

## La Seconda Ondata di bugie, disorganizzazione & omissioni

*Spocchia l'intransigente, quello che aveva già pronti i ragazzi per la seconda ondata, quello che, in questioni di fede, aveva il coraggio di toccare nel tempo anche Peppone, era, fuori servizio, il barbiere di Molinetto.*

La "seconda ondata" non è un'espressione medica, è un'espressione militare.

Diventò un'espressione di uso popolare grazie ai racconti di Giovannino Guareschi, dove la "seconda ondata" era spesso evocata da Peppone e soci.

Dopo la Resistenza, che si era intrecciata con la guerra civile, si era arrivati alla calma apparente, dove i comunisti sembravano aver accettato l'andazzo democratico, accontentandosi di manifestazioni di piazza + elezioni.

Invece c'erano pronti i ragazzi della seconda ondata, che dalla situazione di calma avrebbero fatto partire "l'alba radiosa della rivoluzione proletaria". Se ne ebbe un assaggio in occasione dell'attentato a Togliatti del 14 luglio 1948, con 30 morti e un migliaio di feriti, ma poi la seconda ondata venne archiviata e le ultime armi finirono sepolte in acqua alla fine degli anni '50.

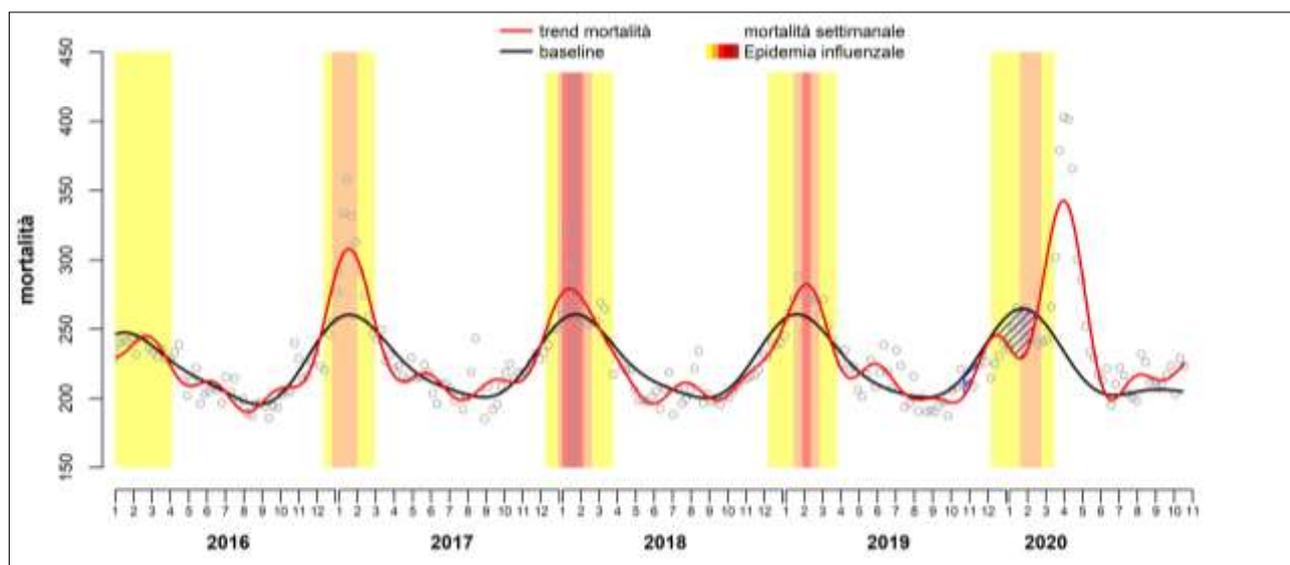
La "seconda ondata" è un termine militare, come "coprifuoco" o "prima linea". Vogliono farci credere che stiamo combattendo la guerra mondiale, ma non è così.

Ciò che oggi il covid sta facendo non è la "seconda ondata": la seconda ondata presuppone la cessazione del virus e il suo ritorno (Ebola si può dire che viaggi a ondate) mentre invece il covid non ha mai cessato di agire e di mietere il suo piccolo numero di morti quotidiani anche in estate.

Quella che stiamo vivendo è semplicemente la terza fase, la recrudescenza autunnale, che gli studiosi più accorti avevano annunciato: «d'estate il virus si attenerà, d'autunno riprenderà, ma non come prima, perché adesso un po' lo conosciamo». Ma, anche se non l'avessero annunciata, l'Italia non può sfuggire all'andamento stagionale.

### L'andamento stagionale

La curva della mortalità in Italia (statistica aggiornata al 13 ottobre) è questa **[IMMAGINE N.1]**



Continuo a riproporla, perché ci ricorda il fatto ineluttabile di una pressione autunnale e invernale sugli ospedali.

Puoi sperare in un picco blando come nel 2016, ma devi anche temere picchi accentuati come nel 2017 (o come nel 2015, che non si vede nel grafico).

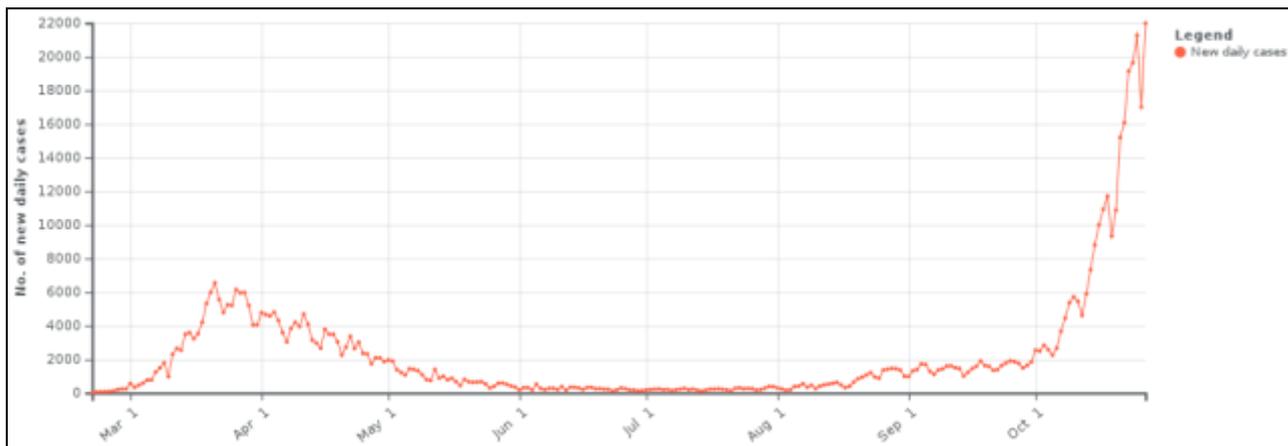
Se questa è la mortalità, l'ospedalizzazione viaggia di conseguenza. L'aggravante ovvia di quest'anno è che i pazienti positivi al covid li si vuole tenere isolati dagli altri pazienti, e questo genera un problema organizzativo non indifferente.

Problema che in marzo aprile era stato ampiamente studiato e sul quale tutti sembravano concordare nelle soluzioni idonee.

Ma poi si è cominciato ad agire in maniera diversa.

## La caccia agli asintomatici

La curva dei "casi" è la seguente [IMMAGINE N.2]:



Se la prendessimo per buona come "andamento dell'epidemia", si direbbe che oggi siamo nel panico più completo, mentre in primavera abbiamo avuto solo un blando assaggio. In realtà sappiamo che è esattamente l'inverso, per cui

### AFFERMAZIONE N.1

Valutare l'andamento dell'epidemia dai "casi" è totalmente fuorviante, tanto da far percepire oggi un "qualcosa" di gravità quadrupla rispetto a marzo-aprile.

Quindi i TG e i giornali che annunciano quotidianamente i "casi" stanno facendo informazione erronea e generatrice di panico.

La caccia agli asintomatici è iniziata in estate con "i ragazzi di ritorno dalla Croazia" e "i ragazzi della movida", creando esclusivamente un ribassamento dell'età media dei "casi" ai fini statistici (asintomatici, paucisintomatici, lievi) e lasciando invece inalterata la statistica dei casi critici e dei morti (mediamente ottantenni con 3,4 patologie di media).

La caccia agli asintomatici avrebbe senso solo in una situazione iniziale in cui si avesse la presunzione di eradicare il virus dal territorio. Ma l'eradicazione nella situazione attuale è tecnicamente impossibile, e quindi la caccia agli asintomatici è un atto inutile. Utile solo a fare numero.

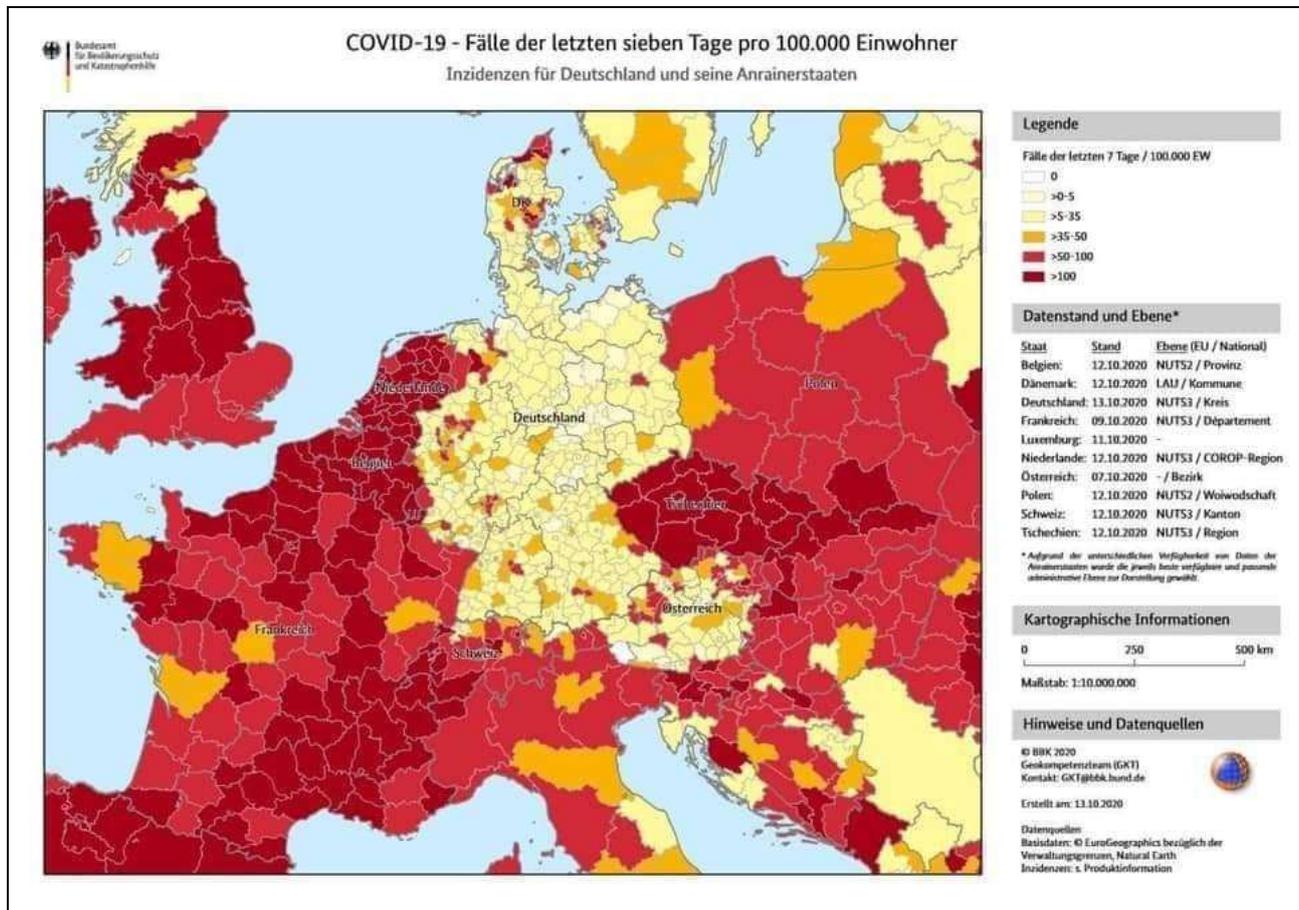
### Il caso Germania (con beneficio d'inventario)

Quando leggo cose rilanciate su Internet, non mi fido mai al primo colpo. Cerco sempre di andare alla fonte iniziale, per vedere se l'uso della fonte è stato fatto in modo corretto o scorretto.

Questa volta non ci sono riuscito, anche perché non riesco a leggere l'intestazione in alto a sinistra nella cartina. Quindi prendetela con beneficio d'inventario.

La cartina **IMMAGINE N.3, 13 ottobre 2020** mostra una Germania "assediate" dal colore rosso, ma sostanzialmente esente: numero di casi covid basso o bassissimo secondo le zone. Non bisogna però pensare che sia "esente" nel senso che pensiamo noi.

Noi abbiamo l'idea del tampone come una sorta di interruttore che può dare solo due risposte: positivo o negativo. In realtà la tecnica legata al tampone non è assolutamente quella di un interruttore.



### Il tampone funziona sulla tecnica PCR

La reazione a catena della polimerasi (in inglese: Polymerase Chain Reaction), comunemente nota con la sigla PCR, è una tecnica di biologia molecolare che consente la moltiplicazione (amplificazione) di frammenti di acidi nucleici dei quali si conoscono le sequenze nucleotidiche iniziali e terminali. L'amplificazione mediante PCR consente di ottenere in vitro molto rapidamente la quantità di materiale genetico necessaria per le successive applicazioni.

Questa moltiplicazione/amplificazione viene fatta "un certo numero di volte".

Il ciclo descritto viene ripetuto generalmente per circa 30-40 volte. In genere non si superano i 50 cicli in quanto ad un certo punto la quota di DNA ottenuto raggiunge un plateau. Ciò avviene, ad esempio, per carenza degli oligonucleotidi usati come inneschi o per diminuzione dei dNTP (desossiribonucleosidi trifosfati). Bisogna inoltre considerare che si potrebbe amplificare in maniera eccessiva anche eventuale materiale genomico contaminante.

In Germania fanno meno amplificazione e trovano meno "roba" (bisogna chiamarla così, perché ciò che viene trovato non è assolutamente detto che sia il virus, può essere tranquillamente uno spezzone di DNA "morto"; o di un coronavirus diverso).

Da noi amplificano molto. Mi è sorto anche il dubbio che abbiano cominciato ad amplificare di più nelle ultime 3 settimane (niente di illegale, ovviamente: mica esiste una legge che indica i cicli di PCR da fare): venti giorni fa ogni 100 casi testati se ne trovavano 5 positivi, negli ultimi giorni addirittura 20.

Considerato che il risultato finale è la IMMAGINE N.2 completamente fuori dalla realtà, penso davvero che stiamo esagerando.

Cerco di spiegarmi con un esempio.

Nelle cucine della scuola materna ci sono procedure di pulizia e igiene (da sempre, non per il covid). Ogni tanto arriva l'AUSL e fa un tampone in certi punti della cucina, per verificare la correttezza dell'esecuzione.

L'AUSL viene "ogni tanto", perché, se la cuoca o l'insergente è "sciatta", viene individuata anche venendo "ogni tanto".

Se invece l'AUSL decidesse di venire 100 volte, localizzerebbe come "sciatta" anche la migliore delle cuoche, perché un errore occasionale può capitare a tutti.

Il grado di controllo deve essere dosato a un livello tale da avere una bassa probabilità di intercettare dei "falsi positivi".

E noi coi tamponi stiamo facendo incetta di "falsi positivi", ossia di positivi alla tecnica PCR amplificata TOT volte, positivi che non hanno niente a che vedere con la malattia, né per sé stessi (asintomatici stabili) né per gli altri (asintomatici non contagiosi).

BENEFICIO D'INVENTARIO: se scoprirò incertezze nella fonte iniziale della cartina, ve lo comunicherò.

Ma la non certezza sulla cartina lascia inalterato il fatto principale: la caccia agli asintomatici va fermata.

## AFFERMAZIONE N.2

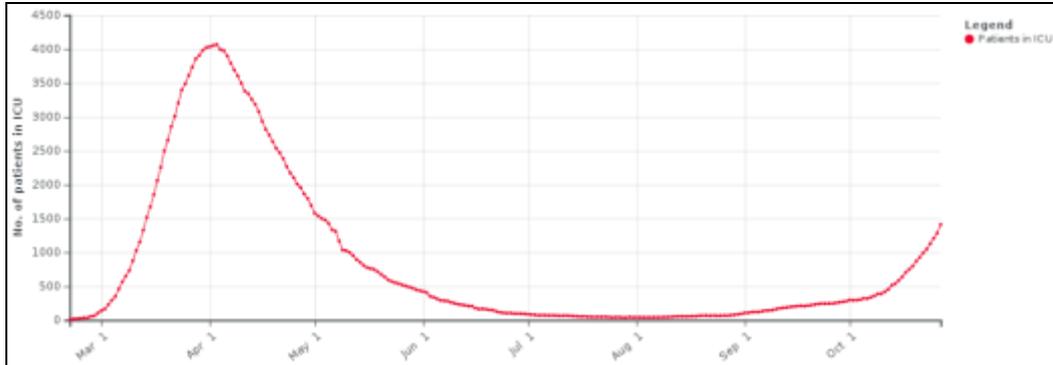
Il grado di controllo in una qualunque procedura di test deve essere dosato a un punto tale da minimizzare la possibilità di "falsi positivi".

I nostri tamponi continuano a "catturare" una messe enorme di asintomatici sani e non contagiosi.

**La caccia agli asintomatici va fermata.**

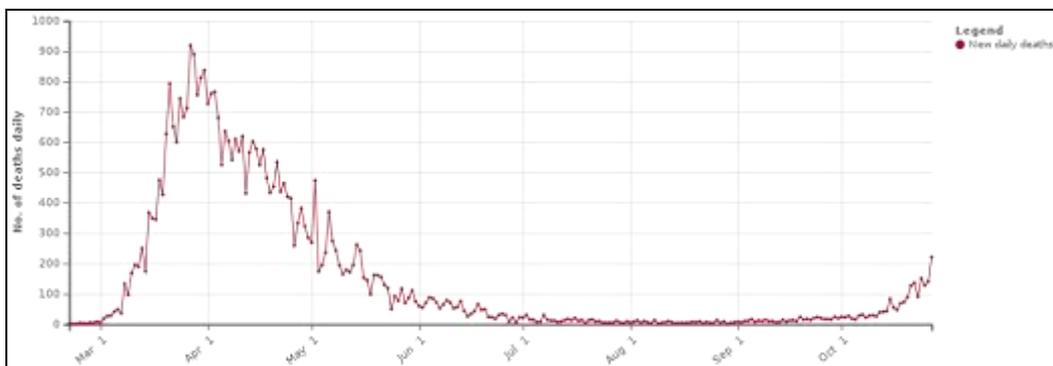
## L'andamento vero dell'epidemia

L'andamento vero dell'epidemia è questo [IMMAGINE N.4], per le persone giornaliere in intensiva:



Quindi: dramma in marzo-aprile, quiete estiva, recrudescenza autunnale.

Il numero dei decessi giornalieri [IMMAGINE n.5] fornisce un andamento molto simile.



Siamo nel dramma?

Per capirlo bisogna ormai rassegnarsi a non considerare più l'epidemia come un blocco unico, ma a separare le 3 fasi (dramma, quiete, recrudescenza) in modo da fare dei confronti omogenei e sensati. Le date di passaggio tra le fasi sono ovviamente convenzionali, però si può tranquillamente proporre come **fine della prima fase il 2 giugno** (giorno delle riaperture, con un cambio "ontologico" nei comportamenti).

**Per l'inizio della terza fase ho scelto invece il 14 settembre**, per diversi motivi: è una via di mezzo tra l'inizio dell'autunno meteorologico e dell'autunno astronomico, è la data convenzionale di inizio delle scuole, è una data dove i numeri in intensiva erano tornati al livello della corrispondente data pre-estiva: 14 giugno.

E poi il 14 settembre è la Festa dell'Esaltazione della Croce, grande festa a Lucca. E noi siamo appena andati in gruppo a Lucca il 18 ottobre (tranquilli: pullman da 52 in 24, mascherati, mani impomatate, tavolini regolari al ristorante). Questa motivazione non c'entra nulla, ma serve per me, per confermare la scelta.

Vediamo quindi le 3 fasi.

descrizione	1a fase	2a fase	3a fase		globale
data inizio	21/02/2020	03/06/2020	14/09/2020		21/02/2020
data fine	02/06/2020	13/09/2020	27/10/2020	data non conclusiva	27/10/2020
giorni	103	103	44		250
morti	33.684	1.926	2.090		37.700
morti/giorno	327	19	48		151
casi	233.515	54.238	277.025		564.778
casi nuovi/giorno	2.267	527	6.296		2.259
media giornaliera intensiva	1.758	105	490		850
media giornaliera corsia	15.025	1.587	5.028		7.700
media giornaliera isolamento	44.820	18.302	82.669		40.539
giorni intensiva per singolo caso	0,8	0,2	0,1		0,4
giorni corsia per singolo caso	6,6	3,0	0,8		3,4
giorni isolamento per singolo caso	19,8	34,8	13,1		17,9
tamponi/giorno	38.846	56.853	116.704		59.352
casi testati/giorno	24.287	33.466	71.625		36.022

La prima fase è il dramma vero: hai tanti casi, tanti morti, un numero consistente di giorni in ospedale e in intensiva rapportati ai casi.

In estate la gente rischia di dimenticarsi del virus: pochi casi, pochi morti, i casi vengono creati con un forte incremento di tamponi, e tenendo blindati in casa per tempi biblici quelli che cadono nella rete dei tamponi.

Adesso c'è un numero spaventoso di casi, dovuto a un numero spaventoso di tamponi, e una probabile amplificazione dei cicli PCR: ma si individuano casi mediamente "fatui" per l'impatto **medio** modestissimo che hanno sugli ospedali e sulla permanenza in isolamento.

Parliamo di **MEDIE**: queste ci dicono molto sul tipo di gestione POLITICA che è stata organizzata dopo la prima fase, ma non ci dicono nulla sul carico vero attuale sugli ospedali.

### AFFERMAZIONE N.3

Dopo la fase del dramma primaverile, è stata organizzata una fase estiva che, non potendo contare su molti casi gravi e sui morti, ha giocato sulla lunga permanenza in isolamento e sull'aumento dei tamponi su categorie non a rischio (giovani delle vacanze all'estero, giovani della movida).

La fase autunnale ha invece un numero reale di morti e di casi ospedalieri (a oggi ben più ridotto della primavera) e un aumento enorme di casi "fatui", generati dall'aumento spropositato dei tamponi e dalla probabile amplificazione dei cicli PCR.

I media provvedono a indicare questi "casi" come causa del carico ospedaliero (colpevolizzazione del popolo), mentre col carico ospedaliero non c'entrano nulla, come vedremo.

## Cosa avevamo detto in marzo-aprile

In marzo-aprile tutti avevano le idee chiare. I problemi ospedalieri andavano risolti in 3 mosse.

- 1) Reparti di intensiva appositi per covid, da tenere pronti, stile "protezione civile", ossia da attivare al bisogno senza mandare in pezzi la sanità ordinaria (non dimentichiamoci che, a fronte dei 151 morti giornalieri di covid in media, ci sono 1700-1800 morti giornalieri "normali").
- 2) Aree di appoggio che fungano da filtro prima di riversare le persone in pronto soccorso (medici a domicilio, oppure "alberghi-covid")
- 3) Le RSA con un certo numero di casi devono diventare ospedalini esse stesse: portare in massa gli ospiti RSA in ospedale intasa il sistema e li condanna a morte.

Queste le linee, più o meno. Con tutte le legittime sfumature di opinioni.

In pratica:

- 1) Ospedale Fiera Milano e Ospedale Fiera Bergamo dovevano diventare il modello per tutte le città importanti. Non necessariamente da localizzare in una Fiera, ovviamente. Ma era necessario ovunque un polmone di protezione civile ospedaliera che facesse un po' da "cassa di espansione" o da "area golenale": zone che possono riempirsi d'acqua senza danneggiarsi il sistema esistente.
- 2) Le esperienze di Luigi Cavanna a Piacenza e di Pierluigi Viale a Bologna di azione medica a domicilio dovevano diventare prassi, per tenere alla larga dal pronto soccorso. Realizzare squadre di specialisti ospedalieri in uscita? Oppure implementare certe competenze da parte dei medici di base?
- 3) Gli alberghi-covid andavano localizzati e affittati "a prescindere" (tanto sono vuoti, e questo affitto poteva essere la salvezza delle piccole strutture), non andavano cercati all'ultimo momento. Sempre nello stile della "protezione civile": mi doto di certe strutture/attrezzature nella speranza di non doverle usare.

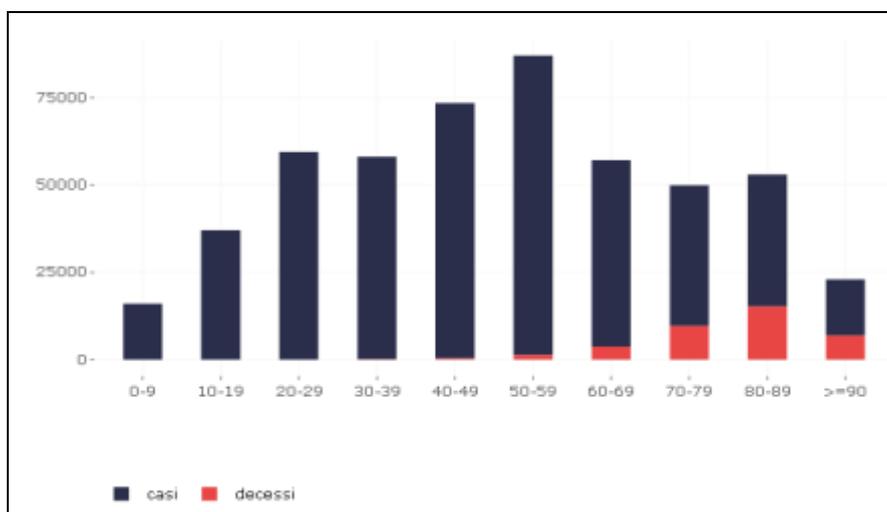
Eccetera.

Tutto questo è stato fatto? No, sono stati fatti i tamponi agli asintomatici, ottenendo file interminabili, attese in casa di asintomatici sani che hanno avuto "contatti", per arrivare alla fine ai "soliti morti": ottantenni con 3,4 patologie.

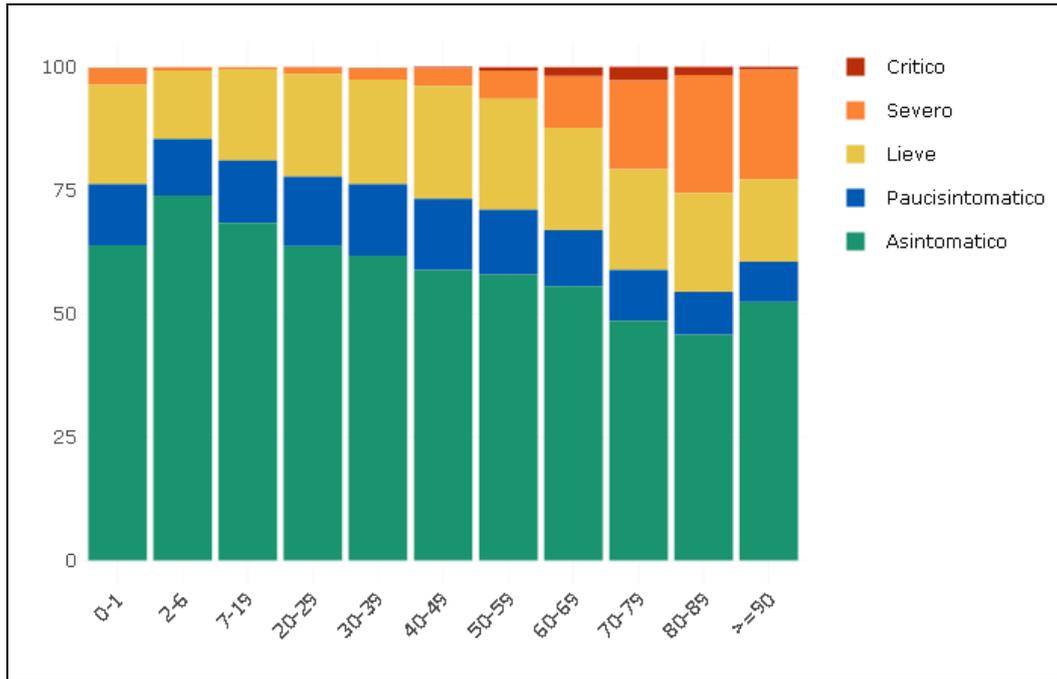
Tutto questo poteva essere fatto? Beh, se il Fiera Milano è stato fatto in 10-20 giorni, tutto poteva essere fatto. Tanto più con un Commissario apposito. Ci si è occupati troppo di tamponi e di banchi a rotelle, poco della sostanza.

Queste omissioni sono la vera fonte del carico ospedaliero, reiterazione perfetta (anche se in piccolo) del carico di marzo.

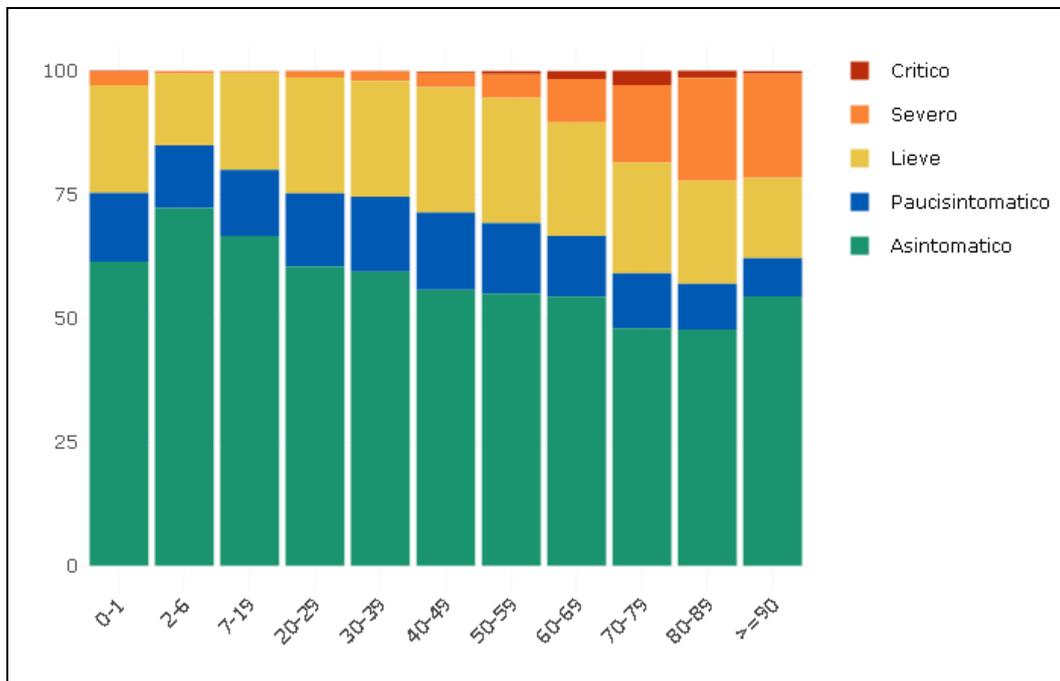
I morti globali sono qui [IMMAGINE N.6], e sono sempre i soliti



Le tipologie di casi sono qui. Questa è globale dal 21 febbraio [IMMAGINE N.7]

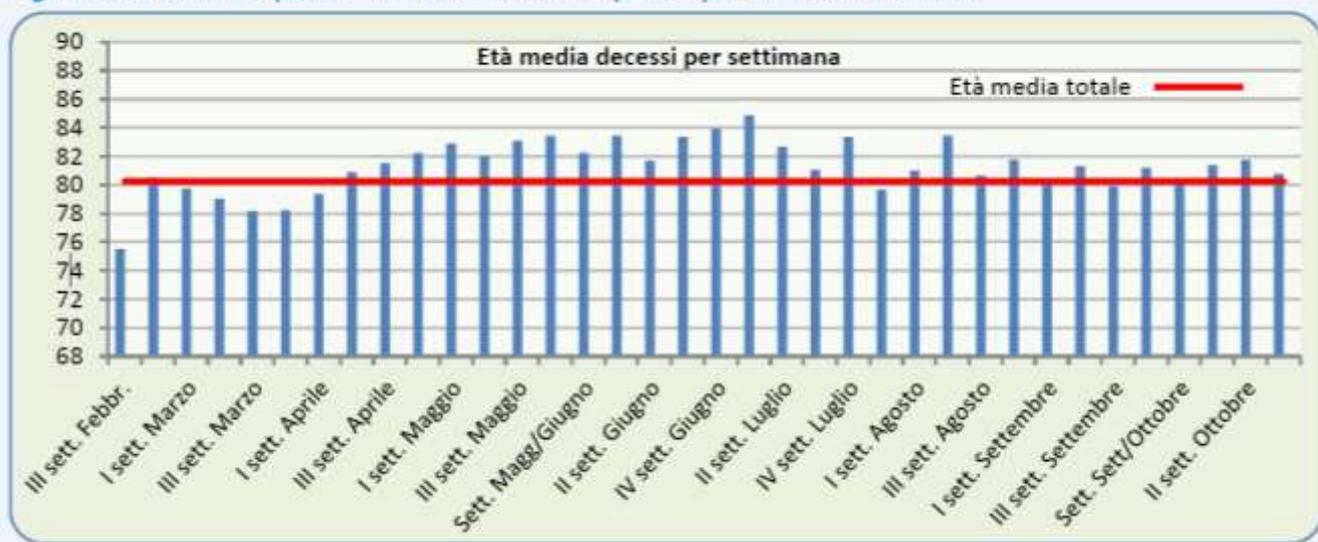


Questa è degli ultimi 30 giorni [IMMAGINE N.8] e ci vuole impegno a captare le differenze dal precedente schema globale. Oggi tutto procede come è sempre stato.



**E taglia la testa al toro la benemerita novità introdotta dall'Istituto Superiore di Sanità, l'età media dei morti per settimana. [IMMAGINE N.9].**

Figura 3. Età media dei pazienti deceduti SARS-CoV-2 positivi per settimana di decesso



Noi continuiamo oggi ad aver un conteggio di morti sempre e rigorosamente ottantenni di media, anche guardando settimana per settimana. I giovani della movida non c'entrano con l'intasamento degli ospedali.

«Ma come! De Luca ci ha fatto vedere la TAC di un giovane!»

Eh, De Luca...

Lui, e tutti quelli che gli credono, sono vittime di WYSIATI.

## WYSIATI

**WYSIATI** è un brutto acronimo (lo definisce "brutto" il suo inventore) che sta per "what you see is all there is" (quello che si vede è l'unica cosa che c'è). Il suo inventore Daniel Kahneman (psicologo israeliano, premio Nobel 2002 per l'economia) lo descrive all'interno del suo libro "Pensieri lenti e veloci".

Kahneman descrive il pensiero come mosso da due sistemi. Sistema 1 opera in fretta e automaticamente, con poco o nessuno sforzo e nessun senso di controllo volontario. Sistema 2 indirizza l'attenzione verso le attività mentali impegnative che richiedono focalizzazione, come i calcoli complessi.

Sistema 1 è essenziale per quasi tutte le attività quotidiane (dalla reazione al suono di un clacson, all'individuo poco raccomandabile che vedo lungo la strada). Sistema 2 è pigro e si attiva solo con la forza di volontà.

Dovendo agire con sforzo, se Sistema 1 gli fornisce una storia plausibile, Sistema 2 si accontenta e non si attiva. La quantità e la qualità dei dati su cui Sistema 1 costruisce la storiella sono in gran parte irrilevanti.

«E' la coerenza, non la completezza delle informazioni, che conta per una buona storia. Anzi si scopre spesso che **sapere poco** rende più facile integrare tutte le informazioni in un modello coerente».

Ecco, De Luca ha fatto leva su questo: sapere poco è essenziale per costruire una storiella coerente.

Ti fa vedere la TAC di un 38enne con polmonite. Scatta WYSIATI (quello che si vede è l'unica cosa che c'è). Il Sistema 1 dei telespettatori partorisce la storiella «adesso si ammalano e muoiono anche i giovani (*il che è vero per singoli casi sporadici fin dall'inizio del covid, ma è zero statisticamente*) quindi è giusto che De Luca voglia la chiusura della movida».

Naturalmente De Luca ha mostrato non una TAC generica, ma la peggiore che ha avuto in mano. O semmai l'unica TAC di un giovane adulto che aveva a disposizione. Nessuno poi gli ha fatto la domandina petulante: «Mi fa conoscere il medico che l'ha curato, e quale protocollo segue?»

È solo il quieto Sistema 2 che, con una noia mortale e con una fatica notevole ma necessaria, va a vedere l'andamento della Campania dall'inizio della Fase 3 e può fornire una storia diversa.

De Luca ha 4 morti di media al giorno dal 14 settembre. Ha 140 persone in intensiva. Quando ne ebbe 133 il 31 marzo, era considerato un governatore fortunatissimo, capo di una regione con carico covid modesto.

Probabilmente in questi mesi a livello regionale non hanno fatto nulla, e adesso cercano di coprire le loro carenze incolpando il popolo.

Del popolo l'unica componente "in movimento" sono i giovani (da una certa età in poi viviamo paralizzati e semi-blindati) e allora dàli ai giovani, anche se le statistiche non li coinvolgono minimamente.

#### **AFFERMAZIONE N.4**

La Campania di De Luca è una delle regioni più fortunate a livello di numeri covid (nei "morti per milione di abitanti" è al 17° posto).

Le sue reazioni appaiono quindi staccate dalla realtà.

Se avesse realizzato un Ospedale Fiera Napoli, forse sarebbe più tranquillo.

#### **Le cure**

Siccome il bla bla televisivo non va oltre a "chiusure, distanziamento, mascherine, vaccino", scatta un WYSIATI generalizzato e il Sistema 1 partorisce la storiella universale.

«Se tutto è chiusura, distanziamento, mascherine, vaccino, significa che il covid è incurabile. Accettiamo tutto quello che viene dal Governo, siamo rispettosi delle regole, o non ci salteremo fuori».

Ora, essere rispettosi delle regole non significa smettere di ragionare. Dal covid si guarisce, purché le cure ci tutelino dalle complicanze. Le cure servono per evitare l'ospedale; se sei in ospedale per evitare l'intensiva; se sei in intensiva per evitare la morte.

Se nei lontani inizi il dottor Gandolfini parlava di "supporto e attesa", adesso sappiamo che l'approccio era sbagliato, e adesso non è più così.

La cosa però che impressiona è che l'Italia sembra fatta di protocolli personalizzati e incomunicabili.

Alcuni esempi.

**Cesare Perotti:** «Scorte di plasma iperimmune per 650 pazienti, in associazione con l'eparina, somministrata solo dopo aver dosato l'antitrombina III; Remdesivir, ma costa troppo; cortisone (desametasone) nei casi più gravi è eccellente; cloroquina non ancora sdoganata, ma aspettiamo con fiducia».

**Matteo Bassetti:** «Le terapie intensive in primavera si sono svuotate grazie ai nostri protocolli».

**Lorenzo Mondello:** «Il gold standard della terapia della fase viremica è rappresentato dall'associazione del cortisone con l'antibiotico azitromicina; se è già scattata la seconda fase della coagulazione intravasale disseminata l'unico rimedio, almeno nelle fasi iniziali, è l'eparina, capace di bloccare la cascata coagulativa, assunta seguendo parallelamente una terapia antinfiammatoria che blocchi la causa».

**Luigi Cavanna:** «Cure a domicilio facendo ecografia del torace, tamponi, esami ematici, lasciando farmaci basati su idrossiclorochina, secondo linee guida aziendali e regionali, lasciando il saturimetro e poi in controllo in remoto. Con questo modello ho curato personalmente a casa oltre 300 malati, dei quali il 30 per cento con forme severe e un altro 30 per cento con forme moderate. Nessun morto a 30 ed a 60 giorni, ricoverati meno del 5 per cento».

**Umberto Tirelli:** «Protocollo messo a punto dalla Società Scientifica Ossigeno Ozono Terapia (SIOOT); è un ottimo trattamento contro il covid. Con l'ossigeno ozono terapia possiamo fermare l'epidemia. Possiamo prevenire la diffusione del virus, curare e guarire i malati di Covid e risolvere le patologie e i danni del post Covid. L'Ossigeno Ozono Terapia è un potentissimo antivirale e antinfettivo e funziona da immunomodulatore. Lo usiamo già per molte patologie e ora lo abbiamo usato in associazione al Remdesivir. Ma anche in associazione a cortisonici e eparina funziona. È un protocollo di autoemotrasfusione certificato, ma moltissimi medici non lo conoscono bene e non sanno neppure che cosa sia».

**Pierluigi Viale:** «L'antivirale che dà più garanzie è l'idrossiclorochina, un vecchio antimalarico che blocca l'ingresso del virus nelle cellule e ha già dato buona prova di sé. È l'unico antivirale che ha anche un'azione

antinfiammatoria e quindi ha funzionato anche se usato in modo incongruo. Si è visto inoltre che i pazienti che prendono la cloroquina hanno un'eliminazione più rapida del virus: somministrarla precocemente significa evitare la progressione della malattia in una quota di pazienti e ridurre il tempo in cui questi pazienti sono contagiosi. È un presupposto teorico molto bello supportato da dati piccoli, ma è il punto da cui siamo partiti per sperimentare un nuovo paradigma di cura».

E poi il top del protocollo: Alberto Zangrillo & Silvio Berlusconi.

Vorrei tanto sapere con che protocollo è stato curato il cardiopatico e ultraottantenne Silvio Berlusconi, perché sarebbe un caso emblematico.

\*\*\*

Il terrore è: ma ci sono per caso in giro per l'Italia medici ospedalieri che ancora non sanno che fare e quando hanno un malato covid agiscono col vecchio "supporto & attesa"?

Vorrei saperlo.

Ma intanto c'è la certezza che gli ospedali sono stati blindati nei loro contatti con la stampa: parla solo un portavoce o medici singolarmente autorizzati. De Luca addirittura voleva blindare l'intera Campania e offrire alla stampa un unico portavoce-covid per tutta la regione.

Di tutti quei protocolli di cura dovrebbero essere pieni i TG, i giornali, i dibattiti.

Di tutti quei protocolli di cura invece si tace, le idee buone non circolano.

Il covid deve apparire come incurabile.

## **Fine**

Salirà la curva autunnale, e speriamo che arrivi presto a scollinare.

Ma non è la "seconda ondata".

È un andamento continuo, prevedibile e previsto (da quelli bravi), che non è stato preparato. Commissario Straordinario + Governatori Regionali avevano dei compiti, ma le realizzazioni non si vedono, o almeno non si vedono in tempi utili.

La lentezza della burocrazia non può essere una scusa: Ospedale Fiera Milano docet.

Speriamo che i numeri veri rompano il cerchio della paura, che ammazza più del covid.

Giovanni Lazzaretti

[giovanni.maria.lazzaretti@gmail.com](mailto:giovanni.maria.lazzaretti@gmail.com)

## **NOTA**

Dove non specificato diversamente, i dati presenti nell'articolo sono aggiornati al 27 ottobre 2020.