volerelaluna LA POLITICA PUNTOACAPO

Considerazioni di un medico malato di Covid

Autore: Pierpaolo Brovedani

Dopo aver passato la prima fase della pandemia lavorando in ospedale con i soli mezzi di protezione (e lavaggio delle mani, e distanziamento) e dopo aver eseguito ben quattro vaccinazioni (quarta dose 26 aprile scorso), continuando con mascherina e distanziamento, ho finalmente… preso il Covid. E che Covid! Febbre alta con brivido squassante, faringodinia (mal di gola) quasi invalidante, cefalea, astenia e spossatezza prolungata, repentino calo ponderale di 5 kg. Insomma, non l'infezione da smaltire tranquillamente in quarantena, ma una malattia abbastanza seria cui solo la terapia antivirale ha dato una svolta decisiva (evitando peggioramenti e un possibile ricovero).

Potrebbe essere il caso-simbolo per i no vax: «Avete visto? La vaccinazione non funziona!», ma la mia risposta non può essere del tipo «Credo comunque nella vaccinazione a tutti i costi». Ho perso la fede in età da liceo. È vero, con il mio maestro Franco Panizon penso che la vaccinazione sia ancora «il più semplice, il più economico, il più geniale e il più efficace strumento per non far ammalare»[1]. La medicina è basata sull'evidenza, non sulla fede, e sui grandi numeri anche la vaccinazione anti-Covid ha dimostrato di essere stata decisiva nel limitare la strage ed essere tuttora efficace nel ridurre l'ossigenoterapia e il decesso. Certo, nei confronti di un virus altamente mutevole rimangono aperte questioni come il calo e la durata dell'immunizzazione, la necessità dei richiami, l'efficacia del richiamo eterologo. E tanto altro ancora[2].

Il mio quindi è un caso aneddotico in mezzo a milioni di altri casi, in cui il vaccino è servito finché sono durati gli anticorpi o finché non sono incappato in una variante più aggressiva. Farò la quinta vaccinazione a tempo debito. Piuttosto dobbiamo chiederci se in questi due anni sia valsa la pena criminalizzare i no vax alimentando una vera e propria guerra civile, escludendoli dal lavoro (e, per il periodo, dai diritti maturati), proponendo addirittura di far pagare loro il ricovero in ospedale (addio SSN universalistico!), considerandoli come untori della moderna peste, non distinguendo tra una minoranza contraria a priori e una maggioranza confusa e preoccupata per gli effetti collaterali, disorientata da esponenti del mondo scientifico arroganti e spesso in contraddizione tra di loro[3]. No, non ne valeva la pena e ora l'ennesima variante si fa beffe dei dispositivi medico-sanitari, tanto che il potere politico ha già mollato ogni presidio in nome della "convivenza"(?!) con il virus: per difendere l'economia, naturalmente (e che la prevenzione vada a farsi benedire).

Il malato a casa è mediamente abbandonato a se stesso. La mia condizione di medico mi ha permesso di utilizzare canali e modalità diverse da quelle "normali" e non senza fatica sono riuscito a procurare per me (e mia moglie) il farmaco antivirale efficace. La prima difficoltà inaspettata è che il tampone rapido positivo, indispensabile per richiedere lo stato di malattia e quindi il farmaco, non sempre viene accettato. "Bisogna" andare in farmacia (dove fanno lo stesso identico test rapido) oppure negli irraggiungibili servizi pubblici, ma è chiaro anche a un profano che mobilizzare un contagioso è un controsenso. Ho dovuto

certificare *on line* in maniera dettagliata la veridicità del test, visto che posseggo una laurea in medicina, e inviarla per mail. Che dire? Credo che nel clima di controllo quasi poliziesco (ma velleitario) in cui siamo piombati possa sorgere qualche sospetto se uno si autocertifica il test negativo (per poter uscire da casa), non certo quello positivo (che anzi spesso viene occultato e raramente eseguito anche in presenza di sintomi evidenti).

Il farmaco antivirale attualmente più accessibile è il Paxlovid (PF-07321332 Nirmatrelvir + ritonavir) prescrivibile con piano terapeutico dal medico di famiglia. Una volta era fornito dalle USCA (Unità speciali di continuità assistenziale) ma a Trieste da un paio di settimane non ci sono più, sia per mancata implementazione che per riduzione del compenso orario e conseguente stato di agitazione (alla voce “angeli ed eroi” del SSN). Ho saputo che è possibile richiederlo anche via mail al Reparto Infettivi, con ritiro diretto in ospedale: così ho fatto, con rapida soluzione del problema. Non tutti i medici di medicina generale sono al corrente delle modalità e talvolta vengono frenati da banali questioni burocratiche; sicuramente non esiste un’informazione dettagliata per gli utenti. La sciatteria organizzativa su questo farmaco, che è sicuramente efficace[4], causa ancora un grave ritardo sul suo utilizzo: su 600mila confezioni giacenti in Italia nelle farmacie centrali e periferiche, al 20 luglio di quest’anno meno di 40mila dosi (39.606) sono state utilizzate[5]. Abbiamo anticipato così milioni di euro sempre alla Pfizer, la stessa big pharma del vaccino, che anche con il Paxlovid guadagna cifre astronomiche. Pare che ogni confezione costi 700 euro, ma altri particolari non sono noti perché il generalissimo Figliuolo già in marzo aveva dichiarato che anche questo contratto con Pfizer restava secretato[6]. La secretazione dei contratti vaccinali e farmacologici ha inflitto un duro colpo alla trasparenza e alla credibilità delle istituzioni sanitarie, alimentando il clima di sospetto dei cittadini nei confronti delle autorità pubbliche che appaiono sempre più colluse con gli interessi economici delle grandi industrie private.

Un paio di considerazioni ancora a caldo (oggi ho preso l’ultima dose di antivirale). *Primo*. La medicina non è una scienza esatta, ma una disciplina empirica che utilizza metodi scientifici e si basa su evidenze, spesso statistiche. Progredisce per tentativi ed errori; dobbiamo prenderne atto e accontentarci di ciò che è evidente e ragionevole, stando attenti a non proclamare dogmi apodittici che magari non han più corso il giorno dopo. Non fede, ma prudenza e ragione. *Secondo*. La campagna vaccinale è stata condotta in maniera scadente, con servizi vaccinali troppo centralizzati e USCA insufficienti. È mancata una capillare campagna iniziale, anche casa per casa, nei confronti dell’unico target utile: la popolazione anziana (solo l’1,3% dei pazienti con età inferiore a 50 anni sono deceduti di SARS Covid 19[7]). Si è inseguito l’obiettivo sbagliato dell’immunità di gregge, utilizzando tardivamente e in maniera velleitaria l’obbligatorietà, con scarsa attenzione agli effetti collaterali. *Terzo*. Peggio ancora l’utilizzo degli antivirali. In tutta la prima fase è stata banalizzata la terapia farmacologica a domicilio (“tachipirina e vigile attesa”) mentre erano già noti articolati protocolli delle società scientifiche: ciò ha contribuito a intasare gli ospedali. In seguito gli antivirali sono stati sottoutilizzati a dispetto di un massiccio investimento economico, e non parlo solo del Paxlovid ma anche del

molnupiravir e del remdesivir (quest'ultimo ad uso ospedaliero)[8]. *Quarto*. Sullo sfondo c'è la mancanza di personale sanitario e il progressivo depauperamento del SSN. Risorse insufficienti? Fondo Sanitario Nazionale sottofinanziato? Sono ormai stufo di queste discussioni, specie da quando il Parlamento a larghissima maggioranza ha deciso di buttare 14 miliardi di euro in armi per aumentare al 2% del PIL la spesa militare, su ordine della NATO e di Biden (e prima ancora di Trump). È stata una scelta scellerata contro tutti noi, operatori della salute e cittadini ammalati. E una cosa è sicura: chi ha fatto quella scelta non avrà certo il mio voto.

(27 luglio 2022)

NOTE:

1. Franco Panizon, *Cari genitori,* Laterza 1998, p. 109.
2. Fiolet T, Kherabi Y, MacDonald CJ, Ghosn J, Peiffer-Smadja N., *Comparing COVID-19 vaccines for their characteristics, efficacy and effectiveness against SARS-CoV-2 and variants of concern: a narrative review.* – Clin Microbiol Infect. 2022 Feb;28(2):202-221.
3. Giuseppe Mancia et al (Consulta Società Scientifiche riduzione rischio vascolare), *Tutti gli errori di una comunicazione fuori registro, Quotidianosanità*, 18 febbraio 2021.
4. *Ronza Najjar-Debbiny et al., Effectiveness of Paxlovid in Reducing Severe Coronavirus Disease 2019 and Mortality in High-Risk Patients – Clinical Infectious Diseases, p 1-8, 2 June 2022.*
5. AIFA Report n. 5 *Monitoraggio antivirali per Covid 19* – 0 luglio 2022.
6. Valeria Casolaro, *Il commissario Figliuolo si oppone alla pubblicazione del contratto tra Italia e Pfizer, L'Indipendente*, 14 marzo 2022.
7. *https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia#:~:text=L'et%C3%A0%20mediana%20dei%20pazienti.decessi%20per%20fascia%20di%20et%C3%A0.*
8. SIMG: *Indicazioni per il trattamento domiciliare dei pazienti con Covid-19*, versione 1.2 del 07/04/2021.