

Non mi diverto più: divagazioni antropologiche di un farmacologo nella tempesta

No more fun: anthropological digressions by a pharmacologist in the storm

GIORGIO MINOTTI

Università Campus Bio-Medico di Roma

Il mondo del farmaco vive giorni quantomeno singolari. Superata l'ondata delle invettive *no vax* (uno dei momenti più “alti” del negazionismo scientifico) assistiamo oggi a una ostinata idiosincrasia verso l'esercizio di un minimo di buon senso. Parlo della *vexata quaestio* dei vaccini contro il COVID-19 e della gazzarra mediatica (ma anche interpretativa) scatenatasi intorno alla innegabile possibile insorgenza di eventi cerebrovascolari, seri e a volte fatali, che alcuni di questi vaccini provocano.

Oggi è il problema dei vaccini anti-COVID, ieri era un problema *no vax*, ma da anni oramai è un problema di tutti i farmaci che nell'offrire evidenti effetti salvavita presentano un conto da pagare in termini di effetti collaterali. Perché un farmacologo confessa di non divertirsi più? Perché è obiettivamente disarmante constatare come il concetto di farmaco per la salute dell'uomo si sia irrigidito in un'interpretazione assolutista e monodimensionale, tale per cui un farmaco è buono solo quando fa quel che deve fare senza creare problemi di sorta o comunque senza creare problemi gravi.

È impossibile pensarla così, non ci si deve intestardire a pensarla così. È impossibile perché i farmaci non sono veicoli di salute che vivono esclusivamente delle proprie caratteristiche, se così fosse torneremmo indietro di un secolo o giù di lì quando Paul Ehrlich vagheggiava lo sviluppo di farmaci superselettivi (i famosi “magic bullets”) capaci di colpire un solo bersaglio all'interno dell'organismo umano. Ehrlich aveva ragione e faceva benissimo a tracciare la strada della “selettività farmacologica”, ma anche lui – nato e cresciuto in un'epoca in cui medici e ricercatori erano anche e soprattutto umanisti – sapeva in cuor suo che le cose erano ben più complesse. L'effetto di un farmaco non è mai una faccenda monodimensionale, nel migliore dei casi è bidimensionale perché il farmaco se la deve vedere con il paziente “persona”. Se poi consideriamo che la “persona” è una realtà biologica infinitamente complessa, la faccenda da bidimensionale diventa multidimensionale, multifattoriale, caleidoscopica, verrebbe da dire interminabilmente sorprendente.

Gli addetti ai lavori sanno molto bene che gli effetti di un farmaco sulla salute dell'uomo si impara a conoscerli solo quando quel farmaco entra negli ospedali e nelle case di tutto il mondo, aprendosi a un bacino di centinaia di migliaia o milioni di “persone” laddove le sperimentazioni cliniche che lo hanno portato a essere approvato dalle agenzie regolatorie hanno coinvolto solo alcune migliaia di “persone”, molto spesso non adeguatamente rappresentative delle “persone” del mondo reale. In effetti, se guardiamo i criteri di inclusione-esclusione dei partecipanti alle sperimentazioni cliniche, possiamo a volte maturare la sensazione che si tratti di soggetti “poco persone”, troppo selezionati, privi di quella complessità che si declina in fattori di rischio, predisposizione genetica e via dicendo. È un problema reale, e molto si sta facendo per correggerlo, ma anche quando lo si sarà corretto in tutto o in parte saranno solo i grandi numeri della vita reale a farci comprendere la multidimensionalità che dicevamo prima. I vaccini contro il COVID non sfuggono a questi problemi. I nuovi farmaci contro il cancro o le malattie infiammatorie croniche, tutti concepiti per essere “magic bullets”, non sfuggono a questi problemi. Tutti,

Indirizzo per la corrispondenza
 Address for correspondence

Prof. Giorgio Minotti
 Università Campus Bio-Medico di Roma
 Via A. del Portillo 21, 00128 Roma
 e-mail: g.minotti@unicampus.it



in misura maggiore o minore, provocano problemi, a volte gravi. Se poi pensiamo che si può morire anche di aspirina o tachipirina...

E allora, che si fa? Si usa il buon senso, che nello specifico si chiama valutazione del rapporto rischio-beneficio. Si badi bene, la valutazione del rapporto rischio-beneficio è parte integrante del metodo scientifico. Nel caso dei vaccini anti-COVID si tratta di prendere atto che la complicazione osservata in alcune decine di "persone" su un totale di milioni di persone vaccinate configura un rischio nettamente inferiore al beneficio rappresentato da una protezione quasi totale contro le manifestazioni cliniche della malattia COVID, spesso grave e fatale in migliaia e migliaia di persone. Nel caso dei farmaci contro il cancro significa confrontare la possibile incidenza di eventi avversi con la opportunità di guarigione o sopravvivenza prolungata laddove prima si moriva in pochi mesi o anni. Si tratta di capire che assistiamo a una partita tra farmaco ed epidemiologia della malattia, come tra i famosi giocatori di carte di Cézanne. Vince chi ha la carta più alta, e il farmaco è quasi sempre la carta più alta.

Chi scrive comprende bene che può sembrare troppo facile liquidare la faccenda con argomenti così lievi, ma come nei tribunali di famosi processi alzino la mano quei giudici popolari che hanno argomenti migliori. Una mano potrebbe in realtà alzarsi, quella di chi dice "...e se l'incidente dovesse capitare a me o a lei, come la mettiamo? Che facciamo? Ci facciamo scrivere un bell'epitaffio perché parenti e amici, straziati dal dolore, ci ricordino prematuramente rapiti da un morbo chiamato rapporto rischio:beneficio?".

È vero, la dimensione individuale delle tragedie va sempre rispettata, e i problemi non vanno affrontati asetticamente. Il rapporto farmaco-salute-paziente è antropologico per definizione. Rovesciando il Talmud potremmo dire che perdere una vita per colpa di un farmaco o di un vaccino significa perdere il mondo intero. Ma è così che vanno i progressi dell'uomo, dai prototipi leonardeschi di aeroplani che si schiantavano al suolo con tanto di passeggero a bordo fino ai non pochi

farmaci ritirati dal mercato, non perché provocavano eventi avversi gravi, ma perché – una volta arrivati al banco di prova della vita reale – non avevano più gli effetti terapeutici osservati sul set cinematografico di una sperimentazione clinica. È sulla fallibilità del procedere umano che bisogna lavorare, accendendo in tutti l'entusiasmo di un metodo scientifico in costante miglioramento e sensibile sia alla mutevolezza delle malattie che alla complessità della persona. In tempi di emergenza, come questo della pandemia, bisogna essere rapidi nell'interpretare e decidere, ma tutti indistintamente – dalle Istituzioni ai centri di cura fino alle università, dove si formano i medici e ricercatori del futuro – si sono trovati impreparati perché irrigiditi in un concetto di eccellenza che non era più vita reale.

Se non si recupera la dimensione antropologica, e quindi scientifica, del rapporto farmaco-salute-persona, io non mi diverto più. Se poi penso che l'unico risultato dei problemi descritti è un sentimento antiscientifico in troppi settori della opinione pubblica, non solo non mi diverto ma comincio a temere che non tornerò più a farlo. Se infine penso alle allusioni che in troppi fanno a un presunto comportamento opportunistico e omertoso dell'industria del farmaco, allora non solo non mi diverto più ma corro il rischio di prendere una solenne sbornia di ira funesta.

Pensiamo positivo, e pensiamo a quanto si è allungata la vita media della persona di tutti i giorni. Tra successi e insuccessi, questo è stato anche merito di antibiotici, antivirali, antineoplastici, vaccini, e via discorrendo. Credo sia valse la pena non aver avuto paura di salire sull'altalena di successi e insuccessi e infine dominarla. Dal COVID usciremo grazie ai vaccini. Dal cancro usciremo sempre più grazie a farmaci innovativi. Ci si ricordi sempre, però, che innovare significa comprendere, e l'uomo si lascia comprendere con una parsimonia che è intrinseca alla sua complessità. Preso atto di questo, grazie ai farmaci vivremo felici e contenti in quella bella favola che è la vita reale, bella perché fatta di successi, insuccessi, o mezze vittorie.