

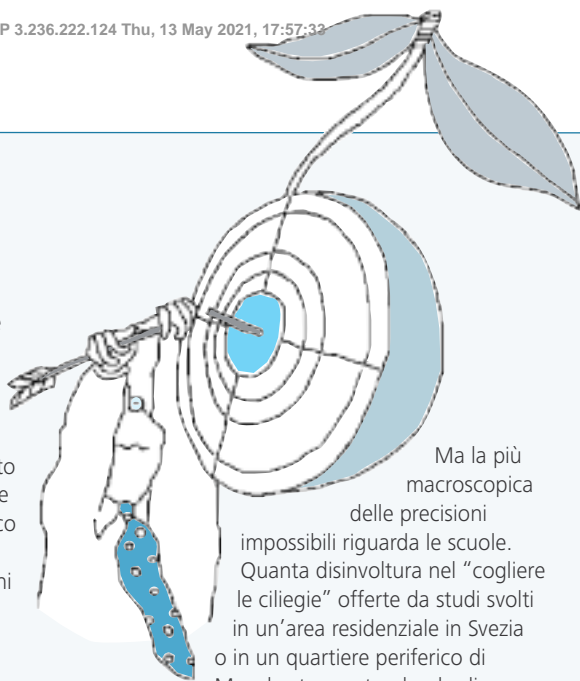
MAI PIÙ SENZA

Precisione

Tra le numerose definizioni di medicina di precisione c'è quella che la inquadra come l'approccio utile a garantire la giusta cura al giusto paziente al momento giusto. È una definizione che, come il nero, va bene su tutto, essendo utilizzata in molte altre occasioni. Il National Research Council degli Stati Uniti è stato più esatto spiegando che la medicina di precisione consiste "nell'adattamento del trattamento medico alle caratteristiche individuali di ciascun paziente (...) per classificare gli individui in sottopopolazioni che differiscono nella loro suscettibilità a una particolare malattia o nella loro risposta a un trattamento specifico. Gli interventi preventivi o terapeutici possono quindi essere concentrati su chi ne trarrà beneficio, risparmiando spese ed effetti collaterali per chi non potrà invece godere di quei vantaggi"¹. Se prendessimo per buone queste definizioni, dovremmo arrenderci ad un'evidenza: la pandemia da Covid-19 ha chiarito che pratica clinica e politica sanitaria basate sulla precisione sono ancora un miraggio.

Studi clinici molto ampi hanno dimostrato inutilità e pericolosità di farmaci che continuano a essere prescritti. Al tempo stesso, non si riesce a far accettare la precisione necessaria per prescrivere certi medicinali al momento opportuno: basti pensare al desametasone o all'azitromicina, farmaci che sembrano suscitare un incontenibile senso di urgenza da parte di molti medici e di diverse istituzioni regionali².

L'insofferenza per una maggiore precisione traspare anche dalle reazioni di cittadini e di "esperti" agli adattamenti delle indicazioni dei vaccini disponibili. C'era da aspettarsi che, man mano che si fossero rese disponibili nuove evidenze di efficacia e sicurezza, i piani potevano cambiare. Avrebbero dovuto saperlo soprattutto i paladini delle approvazioni accelerate e delle corsie preferenziali di approvazione. Invece no, anzi: quanto più si è impazienti, tanto più si difende il principio del *one size fits all* e si protesta se qualcuno si lascia sfuggire un'espressione – "vaccino raccomandato in via preferenziale" – che si ispira più al buon senso che al lessico delle linee guida.



Ma la più macroscopica delle precisioni impossibili riguarda le scuole. Quanta disinvoltura nel "cogliere le ciliegie" offerte da studi svolti in un'area residenziale in Svezia o in un quartiere periferico di Manchester, pretendendo di trasferire tutto alla realtà italiana. Quale sarà poi mai "la realtà italiana"? Quella di una zona benestante di Milano o quella di Librino, quartiere periferico a Catania? La sospensione della didattica in presenza di una scuola dei Parioli o di San Basilio può dipendere dalla stessa decisione?

Che bellezza, poi, il candore col quale il presidente dell'Istituto Superiore di Sanità risponde al giornalista Andrea Capocci in conferenza stampa il 2 aprile scorso: "Ci sono molte pubblicazioni in merito al tema scuola. Il dato reale è che i dati precisi in sé non ci sono". Il dato è che non ci sono dati, dunque: ma nessuno si preoccupa di disegnare, condurre e valutare studi che permettano finalmente di disporre delle conoscenze utili per decidere in modo informato. La sanità basata sull'imprecisione naviga a vista contando sull'idiosincrasia italiana per i numeri³. Evitando accuratamente di fare quella ricerca che potrebbe aiutare ad uscire dall'emergenza senza dover contare su un colpo di fortuna.

Ldf – luca.defiore@pensiero.it

1. Ginsburg GS, Phillips KA. Precision medicine: from science to value. *Health Affairs* 2018; 37: 694-701.
2. Agenzia Italiana del Farmaco. Monitoraggio sull'uso dei farmaci durante l'epidemia covid-19. <https://www.aifa.gov.it/monitoraggio-uso-farmaci-durante-epidemia-covid-19>
3. Craxi L, Vergano M, Elia F. Covid-19 in Italy: maintaining trust in vaccines and balancing risks. *BMJ Opinion* 2021; 9 aprile.