

11 mar 2020

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

STAMPA | e

MEDICINA E RICERCA

## Coronavirus/ Le speranze da un farmaco per l'artrite, ma bisogna «fare squadra»

di *Gennaro Ciliberto* \*

Le misure straordinarie messe in moto dal Governo per il contenimento dell'infezione da Covid-19 sono assolutamente indispensabili. Tuttavia, non bastano, vanno fatti correttivi e ci sono importanti considerazioni da fare alla luce dei dati che ci vengono trasmessi quotidianamente. Cominciamo dalla comunicazione d'emergenza: qual è il rapporto tra percezione del rischio e realtà?

Ieri, 10 marzo, sono stati distribuiti i seguenti dati: 10.149 casi totali di infezione e 631 decessi. Secondo questi numeri, in Italia il tasso di mortalità sarebbe del 6% circa, un valore molto elevato se raffrontato a quello globale (2-3%) e a quello che è stato ipotizzato in altri paesi come Cina e Corea del Sud, colpiti anche loro in maniera epidemica. In realtà, se il dato reale riferito all'Italia sia quello o un altro nessuno lo può sapere.

E questo perché il denominatore di questa semplice divisione (numero di morti rispetto ai contagiati), nessuno lo conosce, dal momento che è altamente probabile che il virus sia molto più diffuso di quanto si pensi e molto elevato il caso di contagiati asintomatici che non hanno fatto il tampone. E questo sia perché forse non ne hanno sentito la necessità, sia perché hanno provato a chiamare il 112 e la loro richiesta non è stata considerata. E questo è il primo punto.

Altra cosa su cui riflettere è l'affermazione che abbiamo sentito più volte e cioè che le morti che vediamo avvengono principalmente in persone avanti con l'età, con carico di altre malattie già presenti: queste persone, più anziane, sarebbero quindi morte "con" coronavirus e non "da" coronavirus. Una sottile differenza semantica affascinante, ma che non convince affatto. E questo per i seguenti motivi.

Innanzitutto, il numero elevato di morti è un chiaro segno che l'infezione da noi è molto più diffusa che in altri Paesi dove qualcuno sostiene che l'infezione è altrettanto o quasi diffusa che da noi, ma che non fanno altrettanto numero di tamponi. Questa affermazione, alla luce del dato della mortalità, non ha tanto senso.

Inoltre, da quel che sappiamo le morti avvengono nei reparti di terapia intensiva, dove l'infezione da coronavirus causa una grave sindrome respiratoria. Questa sindrome dura parecchi giorni, ed è questo il motivo delle lunghe ospedalizzazioni e dell'intasamento delle terapie intensive di cui si parla tanto. Molti pazienti, col tempo, fortunatamente superano questa sindrome, mentre altri non ce la fanno per concause dipendenti probabilmente da altre malattie che hanno. L'affermare quindi che questi casi muoiono "con" coronavirus e non "da" coronavirus non ha proprio senso.

Piuttosto ha senso cercare di curare al meglio queste sindromi respiratorie e cosa le causa. In questa direzione l'unica notizia confortante viene dalla Cina dove è in corso una sperimentazione di un farmaco inibitore dell'interleuchina-6 già disponibile in commercio da tempo per la terapia dell'artrite.

Il farmaco agisce contrastando la sindrome da rilascio di citochine che, secondo fonti cinesi, è alla base delle polmoniti interstiziali. In Cina sono stati già trattati circa 20 pazienti con risultati incoraggianti, ma i cui dettagli non sono stati ancora condivisi su riviste scientifiche.

Intanto però, proprio in Italia, lo stesso approccio è stato già intrapreso su due pazienti lo scorso fine settimana a Napoli per merito di due clinici intraprendenti, i dottori **Paolo Ascierio** e **Vincenzo Montesarchio**. I risultati anche in questo caso sembrano molto promettenti. È ovviamente presto per cantare vittoria. Occorrono molti più trattamenti, ma soprattutto occorre avere un approccio coordinato a livello nazionale. A merito dell'azienda farmaceutica che produce il farmaco è che, da me contattata due giorni fa, ha affermato che il farmaco è disponibile per uso compassionevole da parte di qualsiasi ospedale ne faccia la richiesta. Ma ora il compito è di lavorare subito e in squadra, non come singola istituzione ma come sistema Paese per avviare uno studio clinico a livello nazionale e ottenere dati omogenei e analizzabili statisticamente. Se per esempio il farmaco fosse capace di "curare" le insufficienze polmonari già solo nel 20% dei casi gravi, anziché intasare la terapia intensiva con 900 posti, ne potremmo liberare circa 200, con meno morti, in primis, e meno pressione sui posti disponibili di terapia intensiva. E se il farmaco fosse più efficace di questa prima stima? Gli esiti sarebbero ancora più favorevoli.

\* *Presidente Federazione Italiana Scienze della Vita*