

Genetica Le medicine del futuro terranno sempre più conto della differente efficacia a seconda dell'etnia

I nuovi farmaci «razzisti» Per non discriminare nessuno

di ADRIANA BAZZI

Tutti hanno gridato allo scandalo. "Io un farmaco razzista non lo prendo" dice un paziente (di colore) al dottor House. "Ho il cuore rosso come il tuo". E lui (bianco) risponde: "E sarebbe razzista perché aiuta più i neri che i bianchi? Come bianco, che ha pochi benefici da questa medicina, mi sento discriminato" (Dr. House, Medical Division, seconda stagione, 2005, episodio 3, titolo: Sensi di colpa). Ormai la serie è un trattato di clinica, terapia e storia della medicina in versione popolare: si trova di tutto, anche la questione del DiBil. Il farmaco, usato per curare lo scompenso di cuore, sarebbe razzista perché funziona meglio negli afro-americani, come hanno dimostrato gli studi. L'idea, però, di prescrivere una cura sulla base del colore della pelle ha fatto riapparire, qualche anno fa, lo spettro della medicina razziale. Ma la storia del DiBil ha soltanto anticipato i tempi: oggi non si parla più di cure "razziste", ma di terapie "personalizzate" e qui la genetica conta (non quella che stabilisce il colore della pelle, ma quella che rende un farmaco più efficace o più tossico per gli asiatici rispetto agli europei, e viceversa).

I DiBil (un'associazione di isosorbide dinitrato e idralazina) è stato il primo prodotto approvato, nel 2005, dalla Fda, l'ente americano per il controllo delle medicine, specificamente per una categoria etnica, gli afro-americani. Non ha avuto, però, una storia felice: nel 2006 l'amministratore delegato, dell'azienda, la NitroMed è stato rimosso, nel 2008 la pubblicità del farmaco bloccata e nel 2009 l'azienda venduta. Troppe polemiche. L'idea, però, è sopravvissuta e si è trasformata. Il 12 dicembre 2007 l'Fda ha cambiato il foglietto illustrativo della carbamazepina, un anti-epilettico, segnalando un maggiore rischio di ipersensibilità cutanea al farmaco nella popolazione cinese e indiana.

Fin qui le decisioni sono state dettate dall'osservazione quotidiana dei pazienti in cura.

Ora, invece, è arrivata la vera rivo-

luzione, innescata dal completamento del Progetto Genoma (che ha mappato tutti i geni dell'uomo, o meglio di cinque individui presi a campione): così l'efficacia di un farmaco e anche i suoi effetti collaterali si possono determinare in base alla carta di identità genetica di un soggetto.

E al tramonto l'epoca dei grandi studi clinici, dove una molecola veniva sperimentata su migliaia di persone e si considerava efficace perché "mediamente" funzionava. E cominciata l'era della "medicina individualizzata" che tiene conto delle diversità fra una persona e l'altra, per quanto riguarda non solo la sensibilità alle cure, ma anche la diversa diffusione di alcune malattie nei diversi gruppi etnici. I tumori, per esempio.

«Gli afro-americani — commenta Stefan Ambs dell'Nih, i National Institutes of Health americani, con sede a Bethesda — hanno una maggiore incidenza e un tasso di mortalità più elevato, per il tumore alla prostata, rispetto agli americani di origine europea. E questa neoplasia ha caratteristiche genetiche diverse nei cinesi rispetto agli europei. Tener conto di tutto questo può aiutare ad affrontare meglio la malattia. Anche il tumore al seno "discrimina": le afro-americane sono meno colpite, ma quando lo sono, soffrono delle forme geneticamente peggiori e hanno tassi di mortalità più elevati». Ricercatori e autorità sanitarie in tutto il mondo stanno prendendo atto di questa nuova realtà e si stanno adeguando.

Per esempio, il Memorial Sloane Kettering Center di New York, uno dei centri più prestigiosi negli Stati Uniti per la cura del cancro, ha dato il via a un "diversity programme" e sta mettendo a punto protocolli di studio per i nuovi antitumorali che prevedono la presenza delle minoranze etniche (secondo la classificazione che i National Institutes of Health hanno stabilito nel 1997: bianchi, neri, nativi americani, asiatici e iberici). Anche i sistemi sanitari si rinnovano e la riforma sanitaria del Messico, che la rivista medica The Lancet ha presentato nei dettagli tecnici e che i cinesi stanno studiando, fa scuola.

Dice Julio Frenk, ex Ministro della sanità del Messico, artefice di questa riforma e oggi Preside dell'Harvard School of Public Health: «Un buon sistema sanitario deve rispondere alle esigenze di tutti, anche quando esistono differenze etniche, culturali o religiose. La maggior parte della popolazione messicana è costituita da "mestizos" che hanno ereditato Dna dagli spagnoli, dagli amerindi, dagli africani: lo stato ha deciso di investire nello studio genetico di queste popolazioni ed è già stata messa a punto la Mapa del genoma de los Mexicanos, pubblicata sulla rivista Pnas».

La mappa fornirà informazioni sulle basi genetiche di malattie complesse, come diabete, obesità, malattie cardiovascolari nei diversi gruppi, nell'ottica di un miglioramento dell'assistenza sanitaria alla popolazione e riducendo le disuguaglianze nell'accesso alle cure. È questo il vero razzismo che oggi si può combattere. «Si sta sempre più affermando il concetto di equità in sanità — ha commentato Mark Fishman, ex professore di cardiologia alla Harvard Medical School e al Massachusetts General Hospital e ora Presidente dei Novartis Institutes for BioMedical Research (Nibr) in occasione del primo Health Equity Symposium tenutosi ad Harvard, dove il Nibr ha sede a stretto contatto con l'Università di Harvard —. Tutti i pazienti devono poter essere curati, indipendentemente dall'appartenenza a un gruppo etnico, dal genere, dallo stato socio-economico o dall'orientamento religioso. Oggi la genetica offre grandi opportunità sia nella comprensione dei meccanismi di malattia, sia nella messa a punto di cure sempre più mirate. Grazie allo studio del Dna, possiamo ora affrontare anche molte patologie rare che un tempo non erano trattate». L'equità nell'accesso alle cure è particolarmente importante nei Paesi in via di sviluppo che non hanno ancora risolto il problema delle malattie infettive e, contemporaneamente, stanno vivendo la progressi-

va diffusione di patologie cosiddette "non trasmissibili", in buona parte croniche, come tumori, diabete, malattie cardiovascolari. Ma gli studi genetici di queste malattie sono stati compiuti soprattutto su popolazioni dei Paesi sviluppati. Lo stesso vale per i farmaci, di solito sperimentati

in Occidente.

Ecco perché è stato lanciato il Progetto Genoma Africano, che ha, fra i suoi obiettivi, quello di ottimizzare l'uso delle medicine nella popolazione africana, a partire dagli

antivirali per il virus dell'Aids (il 50 per cento degli africani che assumono efavirez, per esempio, sono in sovradosaggio perché non lo metabolizzano bene). «Garantire a un Paese una buona assistenza sanitaria — conclude Frenk — significa anche favorirne la crescita economica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Terapia

Il caso di una molecola che funzionava bene sui neri ma non sui bianchi

Cellule

Staminali
politically
correct

Francesi, italiani (toscani e sardi, in particolare), scozzesi, spagnoli dei Paesi Baschi: sono loro i progenitori delle cellule staminali embrionali (prelevate cioè da embrioni) finora autorizzate per la ricerca scientifica. Si tratta, in tutto, di 760 linee cellulari che circolano nei laboratori del mondo, cui se ne sono aggiunte altre 91, nel maggio scorso. A che cosa servono? A studiare la genetica delle malattie, per scoprire nuovi farmaci, per sperimentare terapie cellulari (la somministrazione di staminali per riparare tessuti danneggiati). Ma se le cellule rappresentano soprattutto il patrimonio genetico di popolazioni dell'Europa (manca totalmente una rappresentanza africana) rischiano di portare alla scoperta di cure che potrebbero non funzionare in gruppi etnici diversi. Ecco perché la sfida è ora quella di creare nuove linee appartenenti anche ad altre popolazioni e incoraggiare i ricercatori a non usare soltanto quelle classiche.

A. Bz.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è

Esperto di salute globale, Julio Frenk è stato Ministro della Sanità del Messico, dal 2000 al 2006, ed è stato l'artefice di una riforma sanitaria basata sulla riduzione delle discriminazioni nell'accesso alle cure in favore dell'equità. Ha anche introdotto, nel Paese, un programma di assicurazione sanitaria, conosciuto come *Seguro Popular*, che ha

consentito la copertura sanitaria a milioni di persone senza assistenza. Prima di ricoprire l'attuale incarico di Preside dell'Harvard School of Public Health dell'Università di Harvard (Boston), ha diretto un'unità speciale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità con il compito di sviluppare politiche sanitarie capaci di ottenere i migliori risultati in diversi contesti nazionali.