

Marchi Il lungo (e curioso) percorso che serve a decidere come si chiamerà un nuovo rimedio Il successo di un medicinale dipende anche dal suo nome

Scommettiamo che non ci avreste mai pensato: il nome del Viagra, la pillola blu dell'amore, suggerisce vigore e virilità ed evoca il getto roboante delle cascate del Niagara. Il suo diretto antagonista, Cialis, rimanda al francese cielo (*ciel*). Ancora qualche esempio: Lipitor trae vantaggio dalla parola lipidi. E Stilnox, per l'insonnia? Deriva dal tedesco *Stille nacht* che, certo, fa il pari con la nostra canzone «Astro del ciel», ma significa notte silenziosa.

La nascita del nome di un farmaco è un processo affascinante, lungo e costoso. Se parliamo di pillole campioni di incasso, le multinazionali sono arrivate a spendere milioni di dollari o di euro per trovare quello giusto. Il suo sviluppo coinvolge professionalità e competenze dei più svariati campi: medico, farmaceutico, giuridico, linguistico, economico e pubblicitario. Molto spesso i nomi sembrano davvero soltanto un'accozzaglia di sillabe impronunciabili e di lettere dal suono enfatico. Oggi basta un programma come *Drug-O-Matic* sul sito *World-Lab.com* per crearne di verosimili.

Eppure gli esperti di *namings* a livello mondiale sostengono che quella dei nomi dei medicinali è ormai una vera e propria «lingua franca». Botox (antirughe), Prozac (antidepressivo) e Viagra addirittura sono entrati di diritto nel dizionario Oxford di inglese, nonché nello Zingarelli della lingua italiana.

Ma quanti sono i nomi dei farmaci? Ogni mese, all'Ufficio statunitense del registro e dei marchi (Ustpo) ne vengono archiviati in media mille. Nella sola Unione europea esistono non meno di 663 mila marchi registrati. Con sole 26 lettere dell'alfabeto a disposizione e il 35-36 per cento di nomi proposti rigettato da Fda (Agenzia federale del farmaco negli Usa) e il 50 per cento da Ema, l'Agenzia europea del farmaco, la sfida creativa è dirompente. E allora, come nasce un nome?

«Prozac, che abbiamo inventato noi, è un esercizio semantico che deriva da un concetto molto semplice — spiega Manfredi Ricca, *managing director* della sede italiana di Interbrand, uno dei due colossi mondiali del settore del *namings* —: il "pro" latino dà l'idea di qualcosa che faccio a tuo favore. "Zac" in sé non vuole dire nulla, ma è una sillaba terminale che dà l'idea di velocità e di risoluzione immediata, comunica un'impennata positiva. Il nome deve posizionare il prodotto ed è il suo biglietto-

to da visita. E l'unica cosa di cui non si può davvero fare a meno». L'ispirazione può nascere dal concorso tra i settori marketing e ricerca all'interno dell'azienda. In generale, ci si affida comunque a studi professionali nel settore dei brevetti e se il farmaco è destinato al mercato internazionale si consultano anche le grandi società di *namings*.

«Noi, piccole e medie industrie farmaceutiche, i nomi li inventiamo in casa — spiega Emilio Stefanelli, presidente del Comitato piccole industrie di *Farmindustria* —. Però, dopo averlo fatto, chiediamo a uno studio brevetti che controlli se quel marchio non possa essere confuso con altri marchi registrati. E poi mandiamo all'Agenzia italiana del farmaco da 3 a 5 marchi possibili, perché ci dica in anticipo, e questo normalmente lo fa, quali di questi può essere considerato accettabile e quale no».

La denominazione può essere quella comune, che di solito corrisponde al principio attivo del medicinale e ultimamente si utilizza nei farmaci generici. Oppure, è un nome di fantasia che deve rispondere a determinati criteri, rivisti con una certa periodicità sempre a livello europeo. In questo caso la normativa italiana, che recepisce quella europea, fissa paletti ben precisi.

«Il primo di questi criteri — chiarisce la dottoressa Maria Letizia Fabrizi, dell'Aifa — è che il nome di fantasia non debba creare confusione sia nella grafica che nella parola, con denominazioni di altri medicinali già presenti sul mercato e quindi già autorizzati. Si cerca dunque sempre di accettare nomi che non siano simili ad altri. Non devono poi contenere denominazioni che in qualche modo siano promozionali per il prodotto, o ingannevoli per quanto riguarda le indicazioni o le caratteristiche farmaceutiche del medicinale. Abbiamo una banca dati interna con la quale man mano che abbiamo queste proposte di denominazioni, verifichiamo se ne esistono già di simili».

La selezione è spietata. «Di solito si parte da un centinaio di candidati — racconta Annamaria Miglietta, responsabile dell'Ufficio marchi del gruppo Chiesi *Farmaceutici* — nella speranza di riuscire a depositare e ad utilizzare una decina di marchi a livello comunitario». Le aziende farmaceutiche conducono anche test di scrittura e di ascolto, usano un programma per confrontare la somiglianza dei nomi, eseguono verifi-

che linguistiche scrupolose.

«È ovvio che dovendo commercializzare un prodotto in Cina o in Giappone — dicono Diego Pallini e Roberta Garzia, dello Studio brevetti Notarbartolo e Gervasi di Milano — occorre adottare dei marchi che non abbiano la "erre" perché nella pronuncia avrebbero dei grossi problemi».

Spesso una squadra di linguisti verifica il nome commerciale dei candidati non abbiano connotazioni negative o offensive in 40 lingue diverse per preparare poi la commercializzazione. Nessuno vuole che il nuovo antidepressivo significhi magari omicidio in Mandarino. E non solo soltanto le compagnie farmaceutiche e i loro consulenti a preoccuparsi di queste cose. Ema oggi vieta l'approvazione dei nomi di medicinali che suonino offensivi in qualunque lingua dell'Unione europea.

Ruggiero Corcella

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ovaio Ricercatori italiani scoprono una molecola per diagnosi precoci

Sull'ultimo numero della rivista medica *Lancet Oncology*, un articolo, on line, frutto di uno studio di ricercatori italiani, dimostra come la misura di alcune piccole molecole di RNA permetta di stabilire qualsiasi le pazienti con carcinoma dell'ovaio in stadio 1 che guariranno e quelle che presenteranno una recidiva del tumore e avranno quindi una sopravvivenza ridotta a causa della malattia.

Lo studio, che è stato eseguito in 144 pazienti con un'osservazione di nove anni dalla diagnosi, è stato coordinato ed effettuato nei laboratori del dipartimento di oncologia dell'Istituto Mario Negri, diretti da Maurizio D'Incalci e si è avvalso di una collaborazione con i reparti di oncologia ginecologica dell'Ospedale San Gerardo di Monza - università Milano Bicocca e dell'Ospe-

dale Sant'Anna di Torino, università di Torino. Lo studio dimostra che esiste quello che i ricercatori chiamano firma molecolare, che definisce la prognosi, cioè la sopravvivenza delle pazienti.

Il tumore alle ovaie ogni anno, in Italia, colpisce circa 5mila donne. Solo nel 25 per cento dei casi il tumore ovarico viene diagnosticato in una fase precoce, quando - con un intervento chirurgico corretto - le possibilità di guarigione sono intorno all'80-90 per cento. Il restante 75 per cento delle pazienti scopre il tumore in stadio già avanzato, quando ha intaccato anche altri organi dell'addome. Di queste pazienti, solo il 30-40 per cento guarisce, mentre il 60% può solo sperare di trasformare il tumore in una malattia cronica con cui convivere per alcuni anni.

G.Moz



Scelte consapevoli L'efficacia e i rischi di ogni prodotto andrebbero spiegati confrontandoli con i concorrenti

Farmaci: come «capirli» meglio

Elaborato un modello di foglietto illustrativo più semplice e chiaro

Quello che dovrebbe maggiormente interessare chi deve assumere o prescrivere un farmaco è conoscere i risultati delle ricerche effettuate su quel farmaco. Su quante persone è stato sperimentato? Con quale farmaco già in uso è stato confrontato? Ha dimostrato di avere un'efficacia superiore al farmaco in uso con il quale è stato confrontato, o almeno rispetto al placebo? E quali effetti collaterali può produrre, sempre confrontato con l'altro farmaco?

Queste informazioni oggi esistono, perché vengono prodotte durante il processo di sviluppo e di autorizzazione dei farmaci a entrare nella pratica clinica, ma restano sepolte in documenti di centinaia di pagine che sono nelle mani delle agenzie che danno il "nulla osta" all'ingresso dei farmaci in commercio, come la Food and Drug Administration (l'FDA) americana, l'EmA (European Medicines Agency) europea, e, per l'Italia, l'Agenzia Italiana del Farmaco (l'Aifa). Quindi sono informazioni di fatto molto difficili da rintracciare, non solo per i cittadini che i farmaci li devono assumere, ma spesso anche per gli stessi medici che i farmaci li prescrivono.

È da queste considerazioni che è partita l'iniziativa di due ricercatori statunitensi dell'Università di Dartmouth, Steven Woloshin e Lisa Schwartz, per la messa a punto di una cosiddetta *Drugs Facts Box*, una breve scheda sintetica che, a colpo d'occhio, possa aiutare a capire, direttamente dai dati della ricerca, se e quanto quel determinato farmaco è effica-

ce e quali sono i suoi possibili effetti collaterali.

La nuova scheda potrebbe andare, in pratica, a completare le informazioni sui medicinali che ora vengono fornite dai "foglietti illustrativi" (*vedi box*), che negli ultimi anni hanno fatto comunque progressi in chiarezza rispetto ai loro "progenitori" definiti, non a caso, "bugiardini". Dato che le Drug Facts Box farebbero emergere più chiaramente la reale efficacia e i reali effetti collaterali dei farmaci così come sono risultati dagli studi clinici, l'industria farmaceutica, soprattutto per i nuovi medicinali per i quali sono in ballo alle volte profitti per milioni di euro, potrebbe mostrarsi quantomeno restia. «La risposta delle grandi multinazionali del farmaco sarà probabilmente a due facce — ipotizzano Woloshin e Schwartz —. Se, infatti, le Drug Facts Box rendono evidente quando un farmaco non offre particolari benefici rispetto ad altri farmaci per analoghe indicazioni e questo può portare le industrie a giudicare negativamente la nuova scheda, è altrettanto vero che le Drug Facts Box rendono evidente quando un farmaco è "vincente" e in questi casi le giudicheranno senz'altro positivamente».

Affinché il loro contenuto possa essere considerato scevro da conflitti di interesse, le Drug Facts Box dovrebbero essere scritte non dalle industrie produttrici del farmaco, ma dalle agenzie governative, o da agenzie indipendenti. Secondo Nicola Magrini direttore del Centro per la valutazione dell'assistenza sanitaria (Ce-

VeAs) di Modena: «Per quanto riguarda l'Europa, l'EmA mette a disposizione del pubblico solo sintesi dei documenti relativi alle registrazioni dei farmaci. L'Aifa invece si era impegnata molto in questi ultimi anni attraverso il Bollettino di informazione sui farmaci destinato ai medici, la cui pubblicazione è però al momento sospesa per rinnovo del progetto grafico». Uno strumento informativo sui farmaci snello e scientificamente affidabile come la Drug Facts Box, potrebbe essere utilmente importato anche in Italia? «Magari ci fosse interesse per un'iniziativa di questo tipo, potenzialmente molto utile anche se molto innovativa e di un certo impegno; — dice Magrini — servono infatti competenze elevate di sintesi e valutazione critica degli studi».

Danilo di Diodoro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Garanzie

Le Drug Facts Box dovrebbero essere scritte da agenzie governative o indipendenti



Istruzioni

Sempre meno bugiardino

Il foglio illustrativo presente in ogni confezione di farmaci oggi fornisce già una serie di informazioni utili, specie da quando è stato sintetizzato e strutturato in modo da essere più comprensibile. Contiene infatti informazioni sulla composizione del farmaco, sulle patologie per le quali è indicato, sulle modalità di somministrazione e conservazione, sui rischi di sovradosaggio o di interazione con altri farmaci. Mancano però informazioni dettagliate sui risultati della ricerca, come quelle che sarebbero fornite da una Drug Facts Box. «Ci sono sempre margini di miglioramento — commenta Cinzia Berghella, dirigente dell'Unità Centro informazione indipendente del farmaco dell'Aifa — L'Agenzia ha in corso iniziative in tal senso. Crediamo, infatti, che sia l'Aifa il soggetto più indicato per fornire informazioni certificate e validate, e con il giusto linguaggio, al pubblico e agli operatori sanitari, anche per evitare il ricorso a canali non ufficiali e non sempre affidabili».

La proposta

Qui sotto un modello di «drug facts box» (in questo esempio, relativo a un farmaco contro l'insonnia di cui abbiamo ommesso il nome) proposto dai ricercatori dell'Università di Dartmouth (Stati Uniti), per spiegare ancora più chiaramente, rispetto all'attuale foglio illustrativo, l'efficacia e gli effetti collaterali delle molecole che sono in commercio.

Drug Facts Box: xxx

A cosa serve questo farmaco?	A rendere più facile l'addormentamento o per mantenere il sonno.
Chi potrebbe valutare se prenderlo?	Adulti con insonnia da almeno un mese.
Chi NON dovrebbe prenderlo?	Persone con meno di 18 anni.
Analisi raccomandate	Nessun esame del sangue, stare in guardia per eventuali comportamenti anomali.
Altre cose da considerare	Ridurre la caffeina (specie la sera), fare esercizio fisico, andare a letto a orari regolari, evitare i sonniferi diumi.

Risultati degli studi effettuati con l'xxx.

788 adulti in buona salute con insonnia da almeno un mese - che dormivano meno di 6,5 ore per notte e/o che impiegavano più di 30 minuti per addormentarsi - hanno preso l'xxx o un placebo (pillola di zucchero) la sera per sei mesi. Ecco quello che è successo.

Che differenza ha fatto l'xxx?	Persone che hanno preso il placebo	Persone che hanno preso il farmaco XXX (3 milligrammi ogni sera)
È servito l'xxx? Chi ha preso l'xxx si è addormentato più velocemente (15 minuti più velocemente)	45 minuti per addormentarsi	30 minuti per addormentarsi
Chi ha preso l'xxx ha dormito più a lungo (37 minuti più a lungo)	5 ore e 45 minuti	6 ore e 22 minuti
L'xxx ha avuto effetti collaterali? <i>Effetti collaterali pericolosi per la vita</i> Nessuna differenza tra l'xxx e il placebo	Nessun evento osservato	Nessun evento osservato
<i>Sintomi di effetti collaterali</i> Un maggior numero di persone ha avuto un sapore sgradevole in bocca (20% in più dovuto al farmaco)	6 persone su 100	26 persone su 100
Un maggior numero di persone ha avuto vertigini (7% in più dovuto al farmaco)	3 persone su 100	10 persone su 100
Un maggior numero di persone ha avuto sonnolenza (6% in più dovuto al farmaco)	3 persone su 100	9 persone su 100
Un maggior numero di persone ha avuto la bocca asciutta (5% in più dovuto al farmaco)	2 persone su 100	7 persone su 100
Un maggior numero di persone ha avuto nausea (5% in più dovuto al farmaco)	6 persone su 100	11 persone su 100

Da quanto tempo il farmaco è in uso?

L'xxx è stato approvato dall'FDA nel 2005. Come per tutti i nuovi farmaci, semplicemente non sappiamo se i suoi dati di sicurezza rivelarono uguali nel tempo. In generale, se esistono importanti effetti collaterali del farmaco che erano imprevedibili, essi emergono dopo che il farmaco è entrato in commercio (quando un numero sufficientemente grande di persone ha usato il farmaco).

D'ARCO



Qui si spiega come è stata svolta la sperimentazione

Questa è la reale efficacia del farmaco

Questo è il dettaglio dei possibili effetti collaterali con le percentuali di rischio

Numeri**1.348****Quante medicine
compriamo?
Milioni di scatole**

Questi sono, secondo il rapporto «L'uso dei farmaci in Italia», elaborato dall'Aifa e dall'Istituto superiore di Sanità, i milioni di confezioni di farmaci (da quelli dispensati dal Servizio Sanitario a quelli comprati di tasca nostra) che noi Italiani abbiamo acquistato nei soli primi 9 mesi del 2010 (ultimi dati complessivi disponibili). Nello stesso periodo la spesa **farmaceutica** del Servizio sanitario (solo farmaci di Fascia A) è stata di circa 9.732 milioni di euro, con un aumento dello 0,8% rispetto allo stesso periodo del 2009. La regione dove, da gennaio a settembre 2010, la spesa **farmaceutica** pubblica è stata maggiore è la Calabria: 201,8 euro per assistito. La spesa più bassa, nella Provincia autonoma di Bolzano: 113,5 euro pro capite.

» | **Ricerca** Si è riaccesa l'attenzione sul batterio

In arrivo nuovi farmaci e test per la diagnosi

La quasi totalità dei malati di tubercolosi guarisce, con una terapia che però ha tempi lunghi (6 mesi) e prevede la somministrazione quotidiana delle pillole. Nel mondo, però, 440 mila persone hanno forme che non rispondono agli antibiotici. A volte, i batteri sono invulnerabili alla rifampicina e all'isoniazide, i due farmaci più importati, e allora i malati sono trattati con altri medicinali, che però vanno usati per tempi più lunghi (anche 2 anni), hanno maggiori effetti collaterali e garantiscono la guarigione solo al 50-70% dei malati. E ci sono casi ancora più gravi, che sono insensibili a quasi tutti i farmaci disponibili.

«Il tasso di guarigione, per questi pazienti, scende al 20% — dice Savario De Lorenzo, responsabile dell'Unità operativa di fisiologia all'Ospedale di Sondalo (Sondrio), specializzato nella cura della tubercolosi —. Il più delle volte, i ceppi resistenti si creano all'interno dello stesso paziente, quando la terapia antibiotica non è seguita con la dovuta diligenza. Più rari sono i casi di infettati da parte di batteri già resistenti in partenza».

Per evitare che il fenomeno si propaghi serve dunque un monitoraggio attento delle terapie, ma occorrono anche farmaci nuovi. Dopo che per molti anni la ricerca di nuovi farmaci era stata sospesa — perché si pensava che la malattia fosse sconfitta e perché quello degli antibiotici è un ramo poco redditizio per le industrie — ora in dirittura d'arrivo c'è una decina di nuove sostanze, che vengono sperimentate sull'uomo. «La più promettente si chiama Tmc207 ed entro l'anno sarà sperimentata anche in Italia — dice De Lorenzo, che coordinerà i test —. I dati emersi finora indicano che è attiva contro i batteri resistenti ai farmaci tradizionali e che potrebbe anche permettere di abbassare a 4 mesi la durata della terapia».

E, nei prossimi anni, qualche novità potrebbe arrivare anche per il monitoraggio

della cura e per la diagnosi. Uno studio pubblicato su *Nature Medicine* e coordinato da Giuseppe Pantaleo, dell'Università di Losanna (Svizzera), propone infatti un nuovo metodo per verificare la risposta agli antibiotici e per discriminare la tubercolosi attiva dall'infezione latente, un compito non sempre agevole, soprattutto quando il batterio si annida in organi diversi dai polmoni. Il test si basa su un prelievo di sangue ed esamina le caratteristiche dei linfociti, che mutano nei diversi stadi della malattia. Provato su un centinaio di pazien-

Una decina di nuove sostanze attive contro il bacillo della tubercolosi sono in fase di valutazione

ti, ha però una sensibilità del 67 per cento: ancora troppo bassa. «Attualmente non è applicabile, ma apre una strada interessante soprattutto per il monitoraggio della terapia — commenta De Lorenzo —. Per la diagnosi, invece, il test potrebbe affiancare i metodi che già abbiamo, che sono però già in grado di dare risposte. Oggi, a causare i ritardi nell'identificazione della malattia non è la mancanza di strumenti, ma il fatto che i medici spesso non considerano la possibilità di trovarsi di fronte a un caso di tubercolosi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Malattie infettive Dopo che diversi bambini sono stati contagiati a Milano sono riaffiorate preoccupazioni che appartenevano al passato

Perché e come la tubercolosi si è riaffacciata in Italia

Quali timori possono essere davvero giustificati

E arrivato in queste settimane da Milano l'ultimo allarme: nella scuola elementare Leonardo Da Vinci, una delle più grandi della città, è scoppiata una piccola epidemia di tubercolosi. Su circa 900 bambini che frequentano l'istituto, 12 hanno sviluppato la malattia e 155 sono risultati positivi al test di Mantoux, che indica la presenza del batterio, che può tuttavia restare in forma latente per molti anni e persino non manifestarsi mai.

La fonte iniziale del contagio si è appurato essere un clochard che per qualche tempo ha frequentato i giardini dell'ampia piazza Leonardo, antistante la scuola. Ma i medici che seguono la vicenda hanno ancora molti interrogativi su come il batterio abbia potuto raggiungere l'interno dell'istituto e diffondersi, dato che il contagio non è poi così facile.

Di certo c'è invece che, prima di questo episodio, ai genitori della Leonardo termini come "tisi" o "mal sottile" potevano richiamare al più suggestioni letterarie d'altri tempi. Ora, invece, la tubercolosi è lì, e per le strade di Città Studi, il quartiere della scuola, non si parla d'altro.

Ma la vicenda milanese non è unica. Ogni anno in Italia sono notificati al Ministero della Salute circa 4.500 nuovi casi di tubercolosi, per lo più nel Centro Nord, con Milano e Roma a guidare la classifica delle città più colpite. «Si tratta però di una sottostima, perché non tutti i malati ricevono una diagnosi — fa notare Giorgio Besozzi, direttore del Centro per la tubercolosi Villa Marelli, che fa capo all'Ospedale Niguarda di Milano —. Più realisticamente, i casi potrebbero essere sette-ottomila all'anno, con un'incidenza che comunque è bassa rispetto a quella che si registra in altri Paesi». Secondo l'Organizza-

zione mondiale della sanità (Oms), ogni anno la tubercolosi uccide nel mondo due milioni di persone, mentre i nuovi casi sono nove milioni e mezzo.

Con il 55 per cento dei malati, l'Asia è il continente più colpito; ma il Paese con l'incidenza più elevata è il Sudafrica, dove si contano 700 casi ogni 100 mila abitanti.

Con un'incidenza che non raggiunge i dieci casi per 100 mila residenti, la tubercolosi resta in Italia una malattia piuttosto rara. Che però desta preoccupazione, soprattutto perché il nostro Paese, dopo averla apparentemente sconfitta con gli antibiotici e la prevenzione, ha ormai dimenticato come gestirla.

Per predisporre un piano idoneo a fronteggiarla, il 23 marzo prossimo, a Roma, si incontreranno medici, politici e rappresentanti delle istituzioni.

Il giorno successivo sarà la Giornata mondiale della tubercolosi, un evento organizzato ogni anno dalla partnership internazionale Stop Tb, sotto l'egida dell'Organizzazione mondiale della sanità.

«L'Oms mette la disponibilità politica al primo posto dell'agenda per combattere efficacemente questa malattia — riprende Besozzi —. E in Italia, i nodi da affrontare sono diversi».

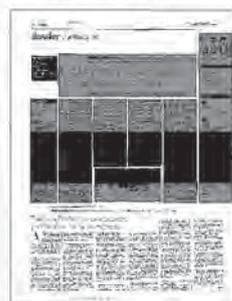
Li elenca Luigi Codecasa, responsabile del Centro regionale di riferimento per il controllo della tubercolosi in Lombardia: «Ci sono pochi medici capaci di riconoscere la tubercolosi, che può essere confusa con altre malattie e viene spesso identificata tardi. L'argomento, infatti, era quasi uscito dalle facoltà di medicina e al personale sanitario oggi manca l'esperienza necessaria. Inoltre, i vecchi strumenti di sorveglianza epi-

demologica, come gli screening con il test di Mantoux nelle scuole o fra i militari di leva, sono stati abbandonati e non si sono messi a punto metodi alternativi». «Sulla tubercolosi, insomma, — prosegue Codecasa — non c'è un'attenzione sufficiente neppure da parte dei medici. È significativo, in questo senso, notare che il test per verificare la presenza del

batterio andrebbe sempre eseguito prima di intraprendere cure con farmaci che interferiscono con il sistema immunitario, perché questi medicinali potrebbero far uscire la malattia dalla latenza. In molti casi però il passaggio sfugge, anche se l'esecuzione del test costa pochissimo».

Una lotta più efficace contro la tubercolosi nel nostro Paese è necessaria anche perché, sebbene da una decina di anni il numero di casi sia stazionario, in futuro la situazione potrebbe cambiare, anche per via dell'incremento dei flussi migratori.

«Già oggi la metà dei casi è diagnosticata in persone immigrate, che provengono soprattutto dai Paesi dell'Est e dal Nord Africa — riprende Luigi Codecasa —. Occorre sorvegliare i luoghi in cui la trasmissione è più facile, come i dormitori per i senzatetto, le carceri e gli ospedali, dove possono essere ricoverati malati che non hanno ancora una diagnosi. Ma



L'iniziativa

L'informazione è fondamentale. Dappertutto

Gugulethu è una vasta baraccopoli di Città del Capo, dove la Tbc è diffusissima e colpisce la maggior parte delle famiglie. Qui, da tre anni, l'associazione Stop Tb Italia e l'alleanza Lilly contro la tubercolosi resistente ai farmaci hanno avviato un progetto per sostenere le strutture sanitarie e migliorare le condizioni della popolazione. «Far uscire le persone dalla povertà è essenziale per combattere la malattia, che in situazioni disagiate passa più facilmente dalla fase latente a quella attiva» dice Luigi Codecasa, dell'Istituto Villa Marelli di Milano. Per questo, in Sudafrica, oltre alle medicine per la terapia e ad altro materiale sanitario si inviano anche cibo e materiale per la scuola, e si interviene per rendere più salubri le abitazioni. In questi anni, inoltre, nel presidio sanitario del luogo è stata creata una struttura per isolare i malati contagiosi. «Anche le campagne di informazione sono importanti — aggiunge Giorgio Besozzi, direttore del Villa Marelli — perché servono ad abbattere lo stigma che spesso spinge i malati a non andare dal medico. Dobbiamo lavorare affinché nei Paesi meno fortunati del nostro i pazienti si curino e seguano con scrupolo la terapia, anche al fine di evitare la propagazione di ceppi batterici resistenti ai farmaci».

va comunque ricordato che i casi di trasmissione da immigrati a italiani non sono frequentissimi e talora, anzi, abbiamo verificato il contrario. A questo proposito è importante notare che la malattia non ha relazioni tanto con la clandestinità quanto con il disagio e la povertà».

Una volta identificata, la tubercolosi si cura con gli antibiotici e la terapia è poco costosa. Ma la presenza di ceppi batterici che non rispondono ai farmaci è in aumento e rappresenta un ulteriore motivo di preoccupazione. Nel mondo, il 12 per cento dei malati non può essere trattato con i farmaci più efficaci.

In Italia, secondo l'ultimo rapporto del Ministero della Salute, i ceppi batterici resistenti sono circa il tre per cento. Ma sono in crescita costante.

Margherita Fronte

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I casi di Tbc notificati in Italia ogni anno

4418

(Dati Ministero della Salute, 2008)

CHE COS'È

È una malattia contagiosa ma curabile causata da un batterio che si diffonde nell'aria e raggiunge i polmoni. Si trasmette attraverso la saliva e il respiro

LE FASI

1

Infezione

Il batterio è vivo ma il sistema immunitario gli impedisce di diffondersi.

2

Malattia

Se il sistema immunitario è debole il batterio diventa attivo, si moltiplica e danneggia i polmoni. La persona può essere contagiosa anche in assenza di sintomi. Un test cutaneo rivela se la persona ha contratto la Tbc

LE FORME EXTRAPOLMONARI

L'infezione può colpire anche questi organi:

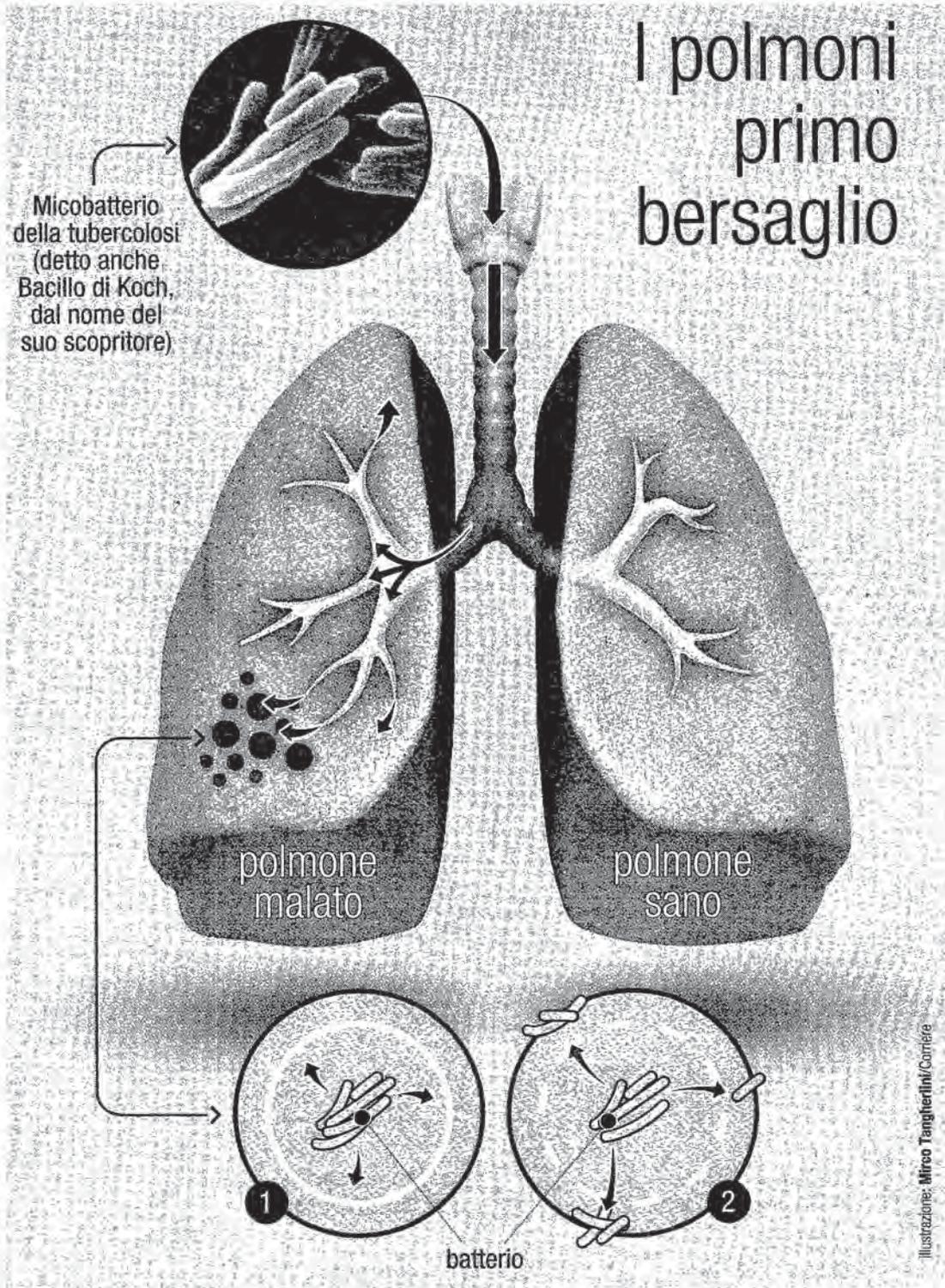
- cervello
- occhi
- linfonodi
- gola
- colonna vertebrale
- ossa
- pelle
- reni

Dove colpisce di più Il tasso di incidenza (nuovi casi ogni 100 mila residenti) in Italia per fasce di età e area geografica

Anno	0-14 anni	15-24 anni	25-64 anni	>=65 anni	Totale
2008	3,9	14,7	9,9	6,8	10,8
• Nord	3,9	14,7	9,9	6,8	10,8
• Centro	3,6	13,4	9,9	6,8	8,8
• Sud	1,0	2,2	2,7	3,1	2,6
• Isole	1,2	1,1	1,1	1,2	1,3
• ITALIA	2,7	9,0	7,9	8,0	7,4

Fonte: Ministero della Salute, «La tubercolosi in Italia, 2008»

D'ARCO



Controlli L'adesione alla terapia combatte le resistenze

Una cura lunga, efficace se seguita fino in fondo

In caso di Tbc è fondamentale uno stretto monitoraggio dei pazienti in cura, perché se ciò non accade la malattia non guarisce, diventando anche un potenziale serbatoio per la diffusione dei germi e aumenta il rischio che si sviluppino ceppi resistenti ai farmaci. Lo ribadisce uno studio pubblicato sull'*International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, realizzato da ricercatori italiani e inglesi per valutare il monitoraggio della terapia tubercolare in una città modello, Londra, e capire le dinamiche associate al fallimento della cura.

Questa terapia necessita della combinazione di 4 farmaci e dura in media 6 mesi (per guarire il malato deve seguire scrupolosamente le indicazioni). Nella capitale britannica la percentuale di pazienti, sui 13 mila studiati nel periodo 2003-2006, che ha portato a termine la terapia si è attestata all'88%, un ottimo risultato. Tuttavia alcuni dati hanno colpito i ricercatori: nonostante la Tbc

sia di norma associata alla povertà e all'emarginazione, i pazienti che meno si sono attenuti ai regimi terapeutici sono stati quelli benestanti e bianchi. «Ciò — dice Luca Cegolon, del Dipartimento di sanità pubblica dell'Università di Padova e dell'Imperial College di Londra — testimonia l'efficienza dei servizi sanitari inglesi nell'individuare e seguire maggiormente gli individui considerati più a rischio di abbandonare la terapia anti-tubercolare, (anziani, indigenti, immigrati), ma, a sorpresa, evidenzia che bisogna migliorare l'educazione sanitaria anche di categorie "insospettabili"». Ma se in Gran Bretagna e in altri Paesi europei (soprattutto del Nord Europa) il monitoraggio della terapia anti-tubercolare si può considerare a un buon livello, grazie all'istituzione di appositi registri che raccolgono innumerevoli informazioni sui pazienti in trattamento, in Italia non sono ancora state prese adeguate misure di controllo.

«Da noi non esistono registri

ad hoc per monitorare la terapia anti-tubercolare e, per ora, l'unico dovere del medico in caso di diagnosi è la notifica della malattia ai Dipartimenti di prevenzione delle Asl — puntualizza Cegolon —. Per porre una barriera efficace nei confronti di questa malattia, e soprattutto alle sue forme resistenti, bisognerebbe istituire l'obbligo di notifica del completamento della terapia. Sarebbe utile proporre screening agli aeroporti o in punti di arrivo di immigrati che facciano domanda di

permesso di soggiorno e che provengano da Paesi ad alta endemia (si fa già da anni nel Regno Unito), istituire un network di servizi sanitari dedicati a controllo e prevenzione della Tbc e potenziare l'educazione sanitaria». Insomma, per evitare brutte sorprese, va rafforzata la sorveglianza, a maggior ragione se si pen-

sa alla posizione che il nostro Paese occupa nel Mediterraneo.

«L'Italia è una delle principali mete per migranti provenienti dall'Asia, dall'Africa e dai Paesi dell'Europa dell'Est (soprattutto Romania e Russia), dove i tassi di incidenza della tubercolosi e la percentuale di ceppi di micobatterio tubercolare resistente alla terapia sono fra i più alti nel mondo» sottolinea Giuseppe Mastrangelo, dell'Università di Padova e coautore della ricerca.

Antonella Sparvoli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



»
Per porre una barriera alla Tbc andrebbe istituito l'obbligo di notifica dell'adesione alla cura, fino alla fine



UNA PAURA ANTICA

di **SERGIO HARARI***

La tubercolosi fa paura perché evoca paure lontane nel tempo ma ancora vive nei nostri ricordi: la contagiosità, i sanatori, la povertà che spesso si associa alla malattia.

Una paura che dal punto di vista medico non è completamente irragionevole: spesso la diagnosi è difficile, oggi non sempre ci si pensa, i sintomi sono comuni a tante altre malattie. La tubercolosi è però ormai una malattia completamente guaribile, le terapie e le profilassi sono molto efficaci, anche se vanno proseguite per mesi sotto stretto controllo clinico. La situazione epidemiologica italiana al momento è abbastanza tranquilla, non abbiamo molto da temere: i sistemi di sorveglianza funzionano e il numero di casi è relativamente limitato. È bene però mettere le mani avanti per il futuro. Nel mondo

globale i contagi sono molto più facili e meno controllabili; il nostro Paese, poi, nei prossimi anni vedrà aumentare il numero di immigranti provenienti da Paesi dove la tubercolosi è molto diffusa. In questi ultimi anni vanno inoltre diffondendosi ceppi di bacilli tubercolari resistenti alle comuni terapie antibiotiche, i cosiddetti MDR-TB



In Italia per ora la situazione epidemiologica è sufficientemente tranquilla

(multi-drug resistant tuberculosis) e gli XDR-TB (extensively drug-resistant, ancor più pericolosi), che sono vere e proprie bombe biologiche e sono già un concreto problema sanitario: l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) calcola che ogni anno nel mondo si registrino oltre 440 mila casi di MDR-TB. Per fortuna nel nostro Paese i casi di queste forme resistenti sono pochissimi, ma bisogna stare in allerta; e come? Potenziando la rete territoriale di sorveglianza pneumologica, ormai smantellata dopo la chiusura dei dispensari, e rivisitandola in chiave moderna. E soprattutto continuando a garantire a tutti accesso libero e gratuito alle cure e condizioni di vita igienico-sanitarie decenti.

**direttore U. O. di Pneumologia Ospedale San Giuseppe Milano*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

