

LE SCORCIATOIE DELLA COMUNITÀ SCIENTIFICA ALLE PRESE CON L'EXPLOIT DELLA MALATTIA

I risvolti etici della sperimentazione

«Non c'è futuro nell'infettivologia. Tutte le malattie infettive sono state sconfitte»: ben prima dell'Aids, fu l'arrivo sulla scena di Ebola a smentire questa affermazione assai comune nelle facoltà di Medicina negli anni Settanta del secolo scorso. Il virologo belga Peter Piot, che nel 1976 fu proprio tra gli scopritori di questo temibile virus, racconta nella sua biografia di esserselo sentito dire da un professore che gli suggeriva di dedicarsi ad altro. Lui però ignorò il consiglio perché aveva la fissazione di voler andare in Africa, dove era sicuro di trovarsi davanti a un gran numero di interrogativi scientifici ancora aperti. Di lì a qualche anno, proprio grazie all'esperienza accumulata studiando Ebola, si sarebbe trovato molto meno impreparato di tanti altri nel fronteggiare Hiv e Aids.

Ora, dopo quarant'anni e dopo l'emergenza planetaria dell'Aids, Ebola torna a spaventare la comunità scientifica, al punto da spingerla nel nome della fretta a rivedere prassi consolidate, reinterprestando in una luce nuova le raccomandazioni messe a punto in tema di etica della sperimentazione.

D'altra parte è una fretta che trova giustificazione non solo sul piano razionale, nelle cifre del contagio in rapido aumento (vedi tabella), ma anche sul piano simbolico: nell'era delle pubblicazioni elettroniche con fast-track, la rivista *Science* ha pubblicato alla fine di agosto uno studio sulle caratteristiche genetiche del virus che aveva causato un gran numero di casi nell'Ospedale di Kenema, in Sierra Leone, annunciando che durante le poche settimane intercorse tre infermieri, un tecnico di laboratorio e un medico elencati tra i coautori sono deceduti proprio a causa del virus che avevano contribuito a conoscere un po' meglio.

«Dobbiamo cambiare la percezione per cui questa situazione è senza speranza e fornire una speranza realistica» ha spiegato a inizio settembre Marie-Paule Kieny, assistant director-general dell'Organizzazione mondiale della sanità, al termine dell'incontro in cui oltre 200 ricercatori, eticisti e clinici esperti si sono riuniti per fronteggiare l'emergenza. Giusto un paio di giorni prima, a Bethesda, una paziente trentanovenne era stata la prima a ricevere un nuovo vaccino sperimentale mai testato sull'uomo: con le nuove procedure approvate, quel vaccino e un altro altrettanto promettente (sono già partiti quattro studi di fase I, tra cui quello sul vaccino messo a punto in Italia e in corso di sviluppo presso i National Institutes of Health) potrebbero essere impiegati su migliaia di professionisti sani-

tari impegnati in prima linea nel giro di appena due mesi, se gli studi preliminari dimostreranno la loro sicurezza.

Uno studio pubblicato il 7 settembre su *Nature Medicine* ha mostrato che nelle scimmie l'uso combinato di due tra i vaccini geneticamente modificati oggi allo studio - che usano un virus attenuato come vettore per risvegliare la risposta immune contro le proteine di superficie dell'Ebola - assicura una protezione durevole contro l'infezione da Ebola. E anche se in questo momento nessuno si aspetta che un vaccino riesca a rallentare l'epidemia direttamente, la speranza è che permetta di mantenere al lavoro chi è attualmente impegnato negli sforzi di contenimento e attrarre nuovo personale.

L'ampio gruppo multidisciplinare ha quindi confermato la decisione presa all'inizio di agosto da un comitato ristretto, composto da appena 12 esperti, anche se sono rimasti irrisolti molti dei nodi sollevati già allora: «Non è chiaro chi dovrebbe soppesare rischi e benefici di una qualsiasi terapia, poiché questo non può essere lasciato ai potenziali soggetti», spiegava il bioeticista Arthur Caplan, che sottolineava l'esigenza di chiarire chi pagherà per le cure e come si tuteleranno le aziende contro eventuali richieste di risarcimento nel caso in cui le terapie sperimentali causassero eventi avversi gravi.

La domanda più difficile di tutte, quella sulla gerarchia di priorità nell'accesso alle prime, limitate, dosi di farmaci e vaccini, ha per ora trovato una risposta: saranno come detto i professionisti sanitari a ricevere per primi i preparati più promettenti, tra cui al momento l'Oms indica anche i derivati di sangue e siero prelevati ai sopravvissuti, il cui impiego è stato in alcuni casi associato alla guarigione. Secondo alcuni esperti sarà anche importante approfondire l'ipotesi suggerita da alcuni studi secondo cui gran parte della popolazione dell'Africa Occidentale sarebbe oggi immune, per aver sviluppato nel tempo gli anticorpi. Di certo gli esperti sono consapevoli del fatto che qualsiasi sperimentazione in corso di epidemia - e in questo momento le epidemie sono due, poiché il ceppo di Ebola che sta colpendo nella Repubblica Democratica del Congo è diverso - renderà ancor più complesso condurre trial clinici rigorosi.

Fabio Turone

Biografia del virus dagli anni Settanta a oggi

Anni	Paesi	Sottotipi di virus	Casi e mortalità (%)
1976	Rd Congo (Zaire) e Sudan (Inghilterra)	Ebola e Sudan	318 (88%) e 284 (53%)
1977	Rd Congo (Zaire)	Ebola	1 (100%)
1979	Sudan	Sudan	34 (65%)
1989-1992	Usa, Filippine, Italia	Reston	0
1994	Gabon	Ebola	52 (60%)
1995-1996	Rd Congo, Gabon (due volte), Sudafrica	Ebola	I casi sono complessivamente circa 420, con tassi di letalità compresi tra il 50% e l'81%
2000-2004	Uganda, Gabon, Rd Congo, Sudan	Sudan e Ebola	425 (53%), poi epidemie più piccole (41%-89%)
2007	Rd Congo, Uganda	Ebola e Bundibugyo	264 (71%), 149 (25%)
2008-2009	Rd Congo	Ebola	32 (47%)
2012	Uganda, Rd Congo	Sudan, Bundibugyo	Circa 50 casi (36%-50%)
Marzo 2014, in corso	Guinea, Liberia, Sierra Leone, Nigeria	Ebola	2.106 (50%)

Fonte: Centers for disease control and prevention, Oms

Il virus fa la sua comparsa. Si trasmette con contatti intimi e con l'uso di aghi e siringhe infette. In un laboratorio inglese si registra la prima infezione accidentale, non letale
Un caso viene scoperto retrospettivamente
I casi si verificano nella stessa zona dell'epidemia precedente
Il virus Ebola-Reston viene introdotto in più occasioni negli Stati Uniti, e più tardi in Italia, importando dalle Filippine scimmie infette, prontamente messe in quarantena. Le persone infettate (4 negli Usa e 3 nelle Filippine) sviluppano anticorpi ma non si ammalano
Nello stesso anno un ricercatore contrae il Tai Forest virus in Costa d'Avorio durante l'autopsia di uno scimpanzé, ma viene efficacemente curato in Svizzera
Un caso importato in Sudafrica dal Gabon viene curato, dopo aver però contagiato un'infermiera, che non sopravvive. Muore anche un ricercatore russo a seguito di una contaminazione accidentale in laboratorio. Il ceppo Reston viene nuovamente individuato in scimmie negli Usa e nelle Filippine
Dopo la ricomparsa in Uganda, epidemie più piccole colpiscono altri Paesi a cadenza annuale, con letalità assai variabile. Nel 2004 in Russia si verifica un nuovo caso, letale, di contaminazione in laboratorio con Ebola
Nel distretto di Bundibugyo, in Uganda, fa la sua comparsa un nuovo ceppo
Nel 2008 il ceppo Reston viene per la prima volta individuato nei maiali, nelle Filippine, dove causa il contagio di 6 persone, asintomatiche
In due distinte regioni dell'Uganda il ceppo Sudan (che già nel 2011 aveva provocato un caso isolato) causa due piccole epidemie, con 11 e 6 casi, mentre in Congo è il ceppo Bundibugyo a causare 36 casi
Una seconda epidemia (che le analisi genetiche hanno mostrato essere indipendente) è scoppiata a fine agosto nella Repubblica Democratica del Congo, causando in pochi giorni oltre 50 casi con una mortalità attorno al 60 per cento

