

La Lega Arci Ambiente propone alcune soluzioni non emotive



I laghi stanno morendo Noi possiamo salvarli

Le alghe moltiplicate in modo abnorme per la presenza di grosse quantità di fosforo e azoto nelle acque soffocano anche la vita del mare - I dati del fenomeno

Secondo i dati dell'Istituto di ricerca delle acque, circa il 90 per cento dei laghi italiani più importanti si trova oggi in condizioni di eutrofizzazione e, cioè, di eccesso di nutrizione. In taluni casi, (lago di Varese, di Albino, di Comabbio ecc.), il carico di nutrienti (fosforo e azoto) supera di ben 20 volte quello critico, oltre il quale si verifica una produzione abnorme di alghe.

Questo processo oggi si è esteso ed acuito fino a coinvolgere non solo ambienti così fragili come sono i laghi, ma anche intere zone costiere tra le quali quelle dell'Emilia-Romagna.

Le alghe cresciute a dismisura per l'apporto di fertilizzanti, decomponendosi esauriscono l'ossigeno disciolto nelle acque e scatenano una sequenza di reazioni che si concludono con la produzione di sostanze tossiche. L'eutrofizzazione, perciò, è causa di interruzione con il normale sviluppo della vita acquatica, con l'uso dell'acqua per l'alimentazione umana e animale, con l'impiego industriale, con la necessità del turismo, della balneazione, della pesca.

Questa grave malattia delle acque già oggi costituisce una vera e propria calamità per le riserve idriche destinate alla potabilizzazione (per es. in Sardegna) e per quelle zone in cui il turismo è più redditizio, anche in termini di valuta straniera; aree tra le quali si colloca a buon diritto (40 milioni di presenze per anno) la costa dell'Emilia-Romagna.

Il ruolo causale del fosforo nella comparsa di epifaite di eutrofizzazione, è stato documentato senza più equivoci per le acque lacustri e, in molti casi, anche per quelle costiere. L'eliminazione del fosforo, perciò, è stata posta come obiettivo primario per la soluzione di un problema che non riguarda la sola Italia ma che si è posto in tutte le nazioni a sviluppo avanzato e che, peraltro, ha come data e luogo di nascita il 1825, lago di Morat, Svizzera.

Eliminare il fosforo significa non solo individuare la provenienza, ma anche quantificare le fonti che lo generano, valutare le possibilità di intercettare, decidere le strategie per interventi integrati che diano il risultato più efficace al costo più conveniente. Significa cioè riesaminare in concreto il problema della gestione delle risorse, per ri-proporlo commisurando le effettive possibilità di controllare le attività produttive (agricoltura, zootecnia, industria) e i servizi (fognature civili), alle necessità di conservazione delle prerogative qualitative dell'acqua per una prospettiva di uso plurimo.

La complessità del problema è evidente e i rinvii (apparentemente solo scientifici e tecnici) sono in realtà decisioni politiche, comportando scelte che possono incidere pesantemente sulla produzione, sull'occupazione, sui costi sociali e sull'ambiente.

Ad semplificare questa complessità valga l'esempio dell'eutrofizzazione delle coste dell'Emilia-Romagna. Del fosforo che giunge in queste acque (15.600 tonnellate per anno), solo 3.400 sono prodotte in costa, mentre il resto si genera nel Bacino Padano e transita in Lombardia la sua più elevata fonte di produzione. Un intervento della sola regione danneggiata si rivelerebbe con molta probabilità del tutto insufficiente a contenere l'evolversi del processo costiero di eutrofizzazione. Il coordinamento degli interventi per un territorio che, con i suoi 70.000 km² corrisponde a quasi un quarto dell'intero Paese, non può che essere attivato sulla spinta di scelte politiche precise. E se il problema è politico, esso va fatto conoscere perché sia dibattuto a livello di chi «vive l'ambiente» e cioè della popolazione.

L'ARCI-Lega Ambiente (Comitato regionale lombardo) si è mossa in questa direzione promuovendo per il 29 novembre (Milano, corso Magenta 16, Sala ex Stelline) un convegno sul tema:

Ottanta grammi di alcol al giorno: troppi per gli esperti



FIRENZE — «Bere meno, bere tutti». Quasi una ricetta per concludere l'incontro indetto dalla Regione Toscana sugli aspetti medici, economici, sociali e psicologici dell'alcol. Un convegno organizzato per capire un fenomeno che mietisce ogni anno molte più vittime dell'eroina. Venimiglia per l'esattezza. Un fenomeno preoccupante se è vero il dato che il 13 per cento degli italiani beve eccessivamente. E bere eccessivamente vuol poi dire ingerire quotidianamente 80 grammi di alcol puro al giorno. Tradotto in vino, la bevanda alcolica di cui si fa più uso in Italia, una bottiglia al giorno con una gradazione di 11 gradi.

Qualche medico, nel corso del convegno, ha addirittura abbassato la soglia di guardia a 60 grammi. Se un individuo infatti ha disturbi al fegato o fa uso di psicofarmaci o della pillola anticoncezionale, una dose minima di alcol diventa una causa notevole di lesioni al fegato, espone maggiormente al pericolo di cirrosi epatica. Stesso discorso vale per i vini a gradazione alcolica elevata e ovviamente per i superalcolici, compresa la corazzata del caffè.

Un convegno importante che ha messo intorno ad un tavolo non solo gli specialisti. C'erano anche i produttori di vino, i rappresentanti delle cooperative e delle imprese del Chianti. Ognuno ha spiegato le sue motivazioni, come vede il fenomeno dal suo punto di vista.

E poiché la produzione di vino significa anche interessi economici, occupazione di pa-

lettura
Luigi Canalini, «La prima infanzia», Il Mulino, Bologna, pp. 235, lire 10.000.
Il tema affrontato riguarda «lo sviluppo psicologico del bambino dalla nascita ai tre anni». Questo periodo dell'evoluzione umana viene studiato nelle sue linee fondamentali.
Il discorso verte così sul «bambino come essere sociale» e come «essere biologico». Particolare attenzione viene prestata alla costruzione della realtà, all'intelligenza e ai

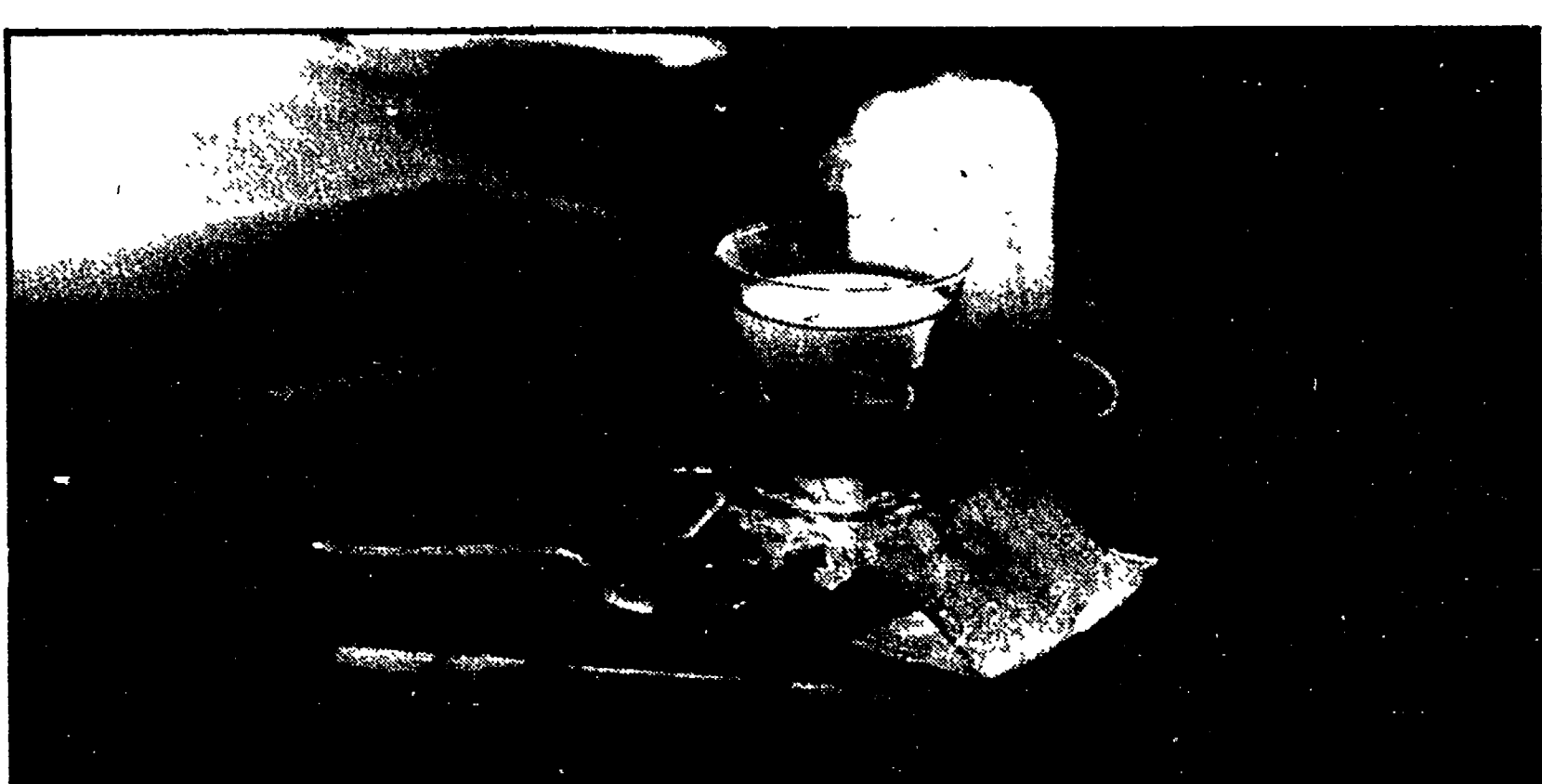
meccanismi che permettono il passaggio dal gesto alla parola.
Una chiave di lettura diversa viene infine proposta nel capitolo conclusivo dove si mette a fuoco l'immagine che gli adulti, nella nostra società, hanno del bambino.
Utilizzano un linguaggio piano, il volume trasmette contenuti di indubbia e documentata validità scientifica, proponendosi come lavoro utile per tutte le categorie di lettori.
S. M.

La storia di un ex detenuto e l'opinione di un operatore sanitario

Se la «roba» entra nel carcere chi potrà aiutare i drogati?

I mille rivoli per fare arrivare gli allucinogeni dentro le mura delle prigioni - Chi sta dietro le sbarre avrebbe la possibilità di troncane l'assuefazione al «viaggio» ma ci sono i violenti (e potenti) clan dello spaccio

«A S. Vittore finii nel '76 per uno scippo andato male. Non so come sia adesso, ma allora era dura per chi si buca». Così Roberto comincia a raccontare una storia simile a molte altre, il lento ma inesorabile evolversi di un paradosso sottile e crudele: quello di chi ha cercato nell'eroina la via della liberazione e si è alla fine trovato tra le pareti di una cella.



«Arrivai che ero in piena «scimmia» e fui subito assegnato al raggio di transito. Stavo male come un cane e chiesi aiuto ai secondini, spiegando che ero un tossicomane, ma mi sentii rispondere che il non mi trovavo né in villeggiatura né all'ospedale». Dopo due giorni, Roberto fu trasferito al secondo raggio, dove ebbe il suo primo contatto con la droga all'interno della cella. La roba era stata passata durante un colloquio a un suo compagno di cella con un expediente infallibile anche se abusato: un bacio dato alla fidanzata e una bustina che scivola da una bocca all'altra. «Quella sera fu festa grande, la roba era ottima e puoi immaginarti l'emozione di farsi un «trip» (viaggio) in prigione, non sembrava neanche di essere a S. Vittore».

Ma la festa era destinata a durare poco. «A quel tempo — ricorda — c'era un gruppo di cinque o sei persone teneva in pugno tutto il secondo raggio. Si erano insediati stabilmente nel raggio di transito (dove il recluso doveva essere normalmente solo pochi minuti) e calibravano in celle che sembravano appartamenti e godevano di una notevole libertà di movimento. Questi «signori» ci fecero capire che se volevamo «polvere» con loro, ci chiamavano — dovevamo chiederla a loro. Ce lo fecero capire sventolando delle «mole» (cattelli - n.d.r.) sotto le mani, perché non ci fosse possibilità di equivoci.

Sembra quindi che l'eroina seguisse essenzialmente due canali per penetrare all'interno del carcere: il primo era quello dei colletti bianchi, i «nutri con parenti e amici. Ma questo «giro» terminava una volta che il detenuto aveva fatto ritorno alla cella e aveva diviso l'eroina con gli amici con cui trattasse di un normale pacco.

Il secondo — quello del clan cui si è accennato, per intenderci — era molto più esteso e ramificato e poggiava sul problema delle «reti di complicità». «E guai a sgarrare — racconta Roberto —. Uno che si era lamentato della cattiva qualità della «roba» associata disse di «ciapponare» (accogliendolo) sotto i miei occhi durante l'aria. Naturalmente il secondo stava guardando da un'altra parte e disse di non aver visto niente».

Sembra che per quanto riguarda il «problema droga», la situazione a S. Vittore non sia affatto migliorata in tempi più recenti. Intervengono i problemi di ordine generale della Regione sulla criminalità in Lombardia il dottor Edmondo Bruni Liberati, giudice di sorveglianza, ha affermato che per quanto riguarda il «giro» dei colletti bianchi, l'unico «intervento» attuato con efficacia è stato quello delle organizzazioni degli specialisti, saldamente impiantato nel carcere.

«Forse proprio perché di questo tipo hanno fatto il che all'interno di S. Vittore, da circa un anno, funziona una speciale équipe di medici e psicologi incaricati di curare i tossicomani. Il problema non è difficile la sopravvivenza dietro le sbarre. Roberto fu costretto a superare da solo la crisi di astinenza successivamente a un periodo di 3-7 giorni e solo in alcuni casi (una minoranza) la sindrome presenta una sintomatologia grave. Molti dei nostri ammalati presentano invece sintomi poco o per niente gravi: insonnia, riacore, tremori, tutti mali facilmente aggredibili con una farmacologia tradizionale».

Esiste una profonda differenza tra il tossicomane in lingua e scritto. Il primo è un individuo libero; per quest'ultimo l'insopportabilità dell'astinenza è determinata dalla possibilità — non importa quanto remota — di proc-

curarsi la «roba». In questo tipo di dipendenza predomina, senza il fattore psichico, anzi meno importante per chi, trovandosi rinchiuso e potendo solo con gravi difficoltà disporre della droga, non deve combattere dure battaglie contro se stesso.

Il problema è indubbiamente complesso, ma senz'altro la dipendenza psicologica gioca un ruolo importante per chi, detenuto o no, voglia smettere di drogarsi. La nostalgia del «flauto» o il riciclare «stile di vita» del tossicomane divengono fattori decisivi una volta che questi mette piede fuori del carcere.

La spiegazione del professor Garavaglia trova numerose conferme anche nel racconto di Roberto. «Quando uscii da S. Vittore ero completamente disintossicato, ma era tale il mio senso di frustrazione che la prima idea che mi venne — e penso sia così anche per molti altri — fu quella di bucararmi». Frustrazione, quindi, angoscia, il tentativo di emergere da una quotidianità grigia e aggressiva, portano il tossicomane a fare una particolare scelta «di vita», a riprendere quella lunga serie di abitudini che si erano consolidate prima del suo ingresso in carcere e ricomincia così la lunga teoria di piccoli reati, furti, scippi, o spaccio al dettaglio.

«Ecco perché — spiega Garavaglia — non ci limitiamo durante la detenzione del tossicomane, a rendergli più facile la sopravvivenza in carcere, ma cerchiamo pazientemente di ricostruire i suoi rapporti con l'esterno, innanzitutto con la famiglia».

Oggi Roberto, con le sue sole forze è bene sottostimato — sta cercando di ricostruirsi un'esistenza. Lavora («perché il contatto con la gente mi dà la speranza di poter un giorno smettere di bucararmi») ma guadagna cinque e spende dieci. La spirale perversa allora continua. Non si può cioè essere soli nella battaglia contro la droga. In effetti, ciò che più rende scettici operatori sanitari e giudiziali, è la effettiva possibilità

di reinserimento dell'eroinomane. Non è solo una questione di volontà, ma anche di strutture. Che tuttavia esistono e per quanto giovani sono in grado almeno di porgerne una mano.

Per chi è stato in carcere le certezze, dunque, sono forse più fragili. Si come assicurarsi un futuro il dibattito è appena agli inizi. Una cosa sola è assodata: non si può più permettere che chi ha trovato l'eroina sul suo cammino, continui a dibattersi tra le anguste pareti dei nostri penitenti, nel migliore dei casi, delle nostre buone intenzioni. La battaglia è appena iniziata; a dire il vero tuttavia il modo di salvarsi c'è.

Gigi Marcucci

Oncologi italiani in visita a Mosca, Leningrado e Tallin

Come si è attrezzata l'URSS nella lotta contro i tumori

Una delegazione della Lega italiana per la lotta contro i tumori ha avuto occasione, durante un viaggio, di prendere conoscenza con le strutture oncologiche dell'Unione Sovietica dedicate al settore oncologico. Il viaggio ha toccato Leningrado, Mosca e Tallin. Purtoppo il programma scientifico non è stato pienamente rispettato in quanto sono mancate la visita all'Istituto Oncologico di Leningrado che dipende dal ministero della Sanità, ed al Centro di ricerca sul cancro di Mosca dell'Accademia delle Scienze mediche dell'URSS; tuttavia è stato possibile farsi un'idea della situazione di impostazione con la quale la medicina sovietica affronta la problematica oncologica (cioè del tumore).

Nelle 15 repubbliche dell'URSS sono distribuiti 15 istituti oncologici, ogni repubblica, per quanto piccola, ne ha almeno uno; la responsabilità organizzativa di queste strutture è del ministero di Leningrado in quanto struttura appartenente al ministero della Sanità, mentre i centri di ricerca vengono decisi presso il Centro di ricerca sul cancro di Mosca che appartiene all'Accademia delle Scienze.

Sul territorio esiste una rete di dispensari oncologici, indipendenti dalle altre strutture sanitarie territoriali, che si occupa di diagnostica e di terapia; vi è uno stretto contatto fra i venti istituti oncologici (che si occupano di ricerca e di terapia) e le reti dei dispensari oncologici (che sono capisaldi presso i dispensari). Ogni dispensario è diviso in sezioni di oncologia, ginecologia, radioterapia; in alcuni sono presenti reparti di chemioterapia e reparti specializzati per determinate neoplasie (per esempio: neoplasie polmonari).

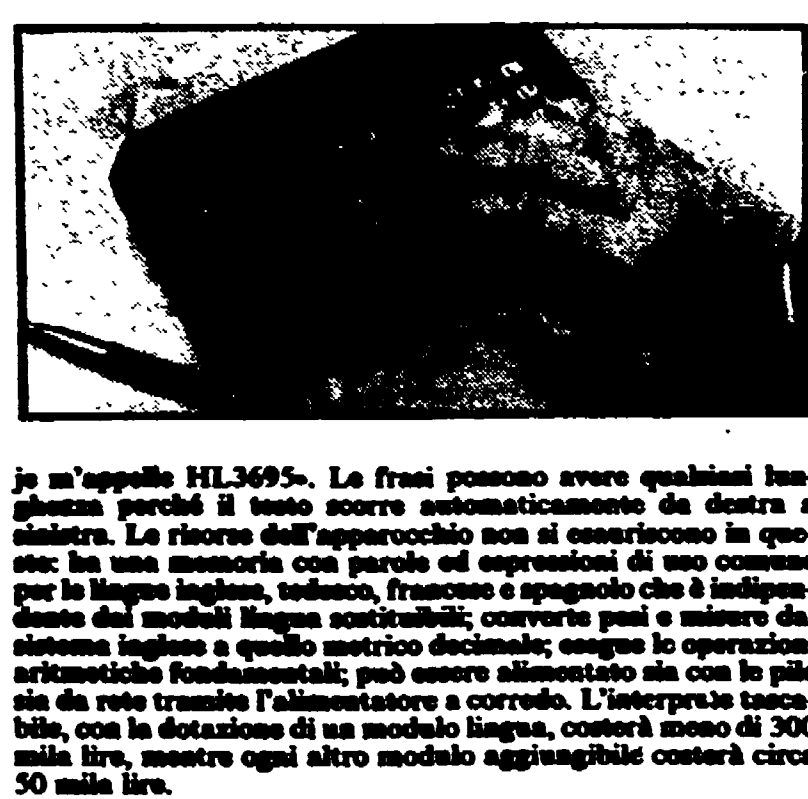
La capienza dei dispensari varia fra 150 e 400 posti letto, ma negli ultimi anni si sono cominciati a costruire dispensari oncologici con capienze maggiori. Quando è necessario le terapie ambulatoriali vengono eseguite alloggiando presso strutture alberghiere annesse ai dispensari o pazienti lontani dal loro domicilio. Come in tutto il resto del mondo la frequenza delle neoplasie sia in numero che in tipo è in URSS ed è in costante crescita; si registrano ogni anno circa 500 nuovi casi ogni 100.000 abitanti; attualmente circa due milioni di persone sono sotto trattamento nell'URSS perché affette da neoplasie; dei malati neoplastici il 49% sopravvive più di 5 anni alla diagnosi, ed il 27% più di 10 anni.

A livello dei dispensari è particolarmente valorizzata la diagnosi precoce e ciò ha permesso di migliorare notevolmente i prognosi di alcuni tipi di tumore. Il prof. Wagner dell'Istituto di Leningrado, specialista nella terapia delle neoplasie polmonari, riferisce che tutta la popolazione adulta viene sottoposta annualmente a schermografia o al posto di lavoro o presso strutture mediche territoriali ed il 34% dei casi di neoplasia polmonare diagnosticati a Leningrado nel '79 (1600 in tutto) è stato scoperto in questo modo. Ovviamente quando questo esame fa sorgere il dubbio della presenza del tumore il paziente viene avviato ad eseguire esami più accurati e precisi.

Questo sistema ha permesso di aumentare il numero dei pazienti diagnosticati ai primi stadi della neoplasia e suscettibili prima di terapia chirurgica. Infatti il 22% dei tumori polmonari trovati a Leningrado nel '79 ha potuto essere operato (nel 5% l'intervento è stato «curativo») ed in questi casi operati la sopravvivenza a cinque anni tocca il 49% con una mortalità operatoria decisamente bassa: il 5%. Abbiamo voluto riportare queste cifre, che sottolineano proprio l'efficacia della diagnosi precoce, perché esse dimostrano sicuramente un elevato standard sanitario. La visita effettuata negli ospedali e nei dispensari ha in effetti confermato l'impressione di una notevole situazione di pure delle strutture mediche sovietiche in questo settore, perché una diagnosi accurata e precoce è un elemento che determina un elevato standard sanitario. La visita effettuata negli ospedali e nei dispensari ha in effetti confermato l'impressione di una notevole situazione di pure delle strutture mediche sovietiche in questo settore, perché una diagnosi accurata e precoce è un elemento che determina un elevato standard sanitario.

Col microinterprete anche il giapponese nelle nostre lingue

Stanno per cadere le barriere linguistiche? Certo no, ma per chi si accostata di comunicare per avere informazioni e basta, questo nuovo oggetto può servire e certamente molto bene. La Philips ha infatti presentato un «interprete» tascabile, HL3695 che è in grado di tradurre ben 3000 parole ed espressioni (con verbi coniugati alla perfezione) dall'italiano all'inglese, tedesco, francese, olandese, spagnolo, danese, arabo e giapponese. Per le ultime due lingue, data la diversità dei caratteri, si ha direttamente la traduzione fonetica. L'apparecchio (nella foto) è un piccolissimo computer portatile con la tastiera. Premendo i tasti si compongono le parole e la traduzione appare istantaneamente sul display. L'interprete tascabile traduce simultaneamente dalla lingua base fornita con l'apparecchio in altre lingue a scelta. Basta inserire l'appropriato modello linguistico. Ad esempio, se si vuole tradurre in inglese la frase «sono traduttore e mi chiamo HL3695», si sufficiente comporre e premere il tasto lingua corrispondente. Sul display apparirà «I am a translator and my name is HL3695». Per ottenere la stessa risposta anche in francese si preme l'apposito tasto e si avrà «Je suis traducteur et



je m'appelle HL3695». Le frasi possono avere qualsiasi lunghezza perché il testo scorre automaticamente da destra a sinistra. Le risorse dell'apparecchio non si esauriscono in questo modo: ha una memoria con parole ed espressioni di uso comune per le lingue inglese, tedesco, francese e spagnolo che è indipendente dai modelli linguistici sostituibili; converte pari e misero del sistema inglese a quello metrico decimale; esegue le operazioni aritmetiche fondamentali; può essere alimentato sia con la pila sia da rete tramite l'alimentatore a corredo. L'interprete tascabile, con la dotazione di un modulo lingua, costerà meno di 300 mila lire, mentre ogni altro modello agganciabile costerà circa 50 mila lire.

Alberto Gottlieb Neurochirurgia - Genova