

Più pulite le acque dei mari europei

In dieci anni, dal 1982 al 1992, i tratti di mare e di acqua dolce inquinati nella CEE sono diminuiti di un terzo. Lo rivela una ricerca che si basa sui dati del 1992 forniti alla Comunità e pubblicati oggi a Bruxelles. Lo scorso anno, per la prima volta, tutti i paesi della CEE hanno usato gli stessi criteri per misurare l'inquinamento delle acque da balneazione. Nel 1992, sono stati esaminati 16.000 tratti di mare, il 19 per cento dei quali non era in ordine con le direttive comunitarie. L'Italia, lo scorso anno, tra i paesi della CEE è quello che ha effettuato il più alto numero di controlli in mare (4.033) da cui è stato rilevato che il 92 per cento delle coste non è inquinato. In Italia sono stati effettuati anche 622 controlli sulle acque interne. I risultati hanno indicato che il 79 per cento era conforme ai valori indicati dalla Comunità per la balneazione.

Acqua acida per i tedeschi dell'Est

Nelle regioni orientali tedesche viene utilizzata un'acqua che già in partenza non rientra fra quelle considerate «potabili» in base alle normative. Nessuna conduttura, qualsiasi sia il materiale di cui è fatta, assicura adeguata purificazione sotto il profilo della salubrità. Lo afferma l'Istituto tedesco del rame (Dkr) in polemica con organi di informazione in Germania. Nel segnalare che centrali idriche della ex Rdt forniscono acque ad elevato tenore di acidità, il settimanale «Stern», come prima il canale televisivo pubblico «ARD», avevano indicato in servizi poi ripresi dalla stampa internazionale che a contatto col rame acque così possono portare alla formazione di sali nocivi. Si citava il caso di una bimba di pochi mesi della Sassonia morta ai sintomi epatici da intossicazione dopo essere stata nutrita con alimenti preparati con acqua altamente acida di un pozzo domestico e scaldata in un boiler di rame. Il Dkr ricorda che per la normativa vigente l'acqua potabile deve avere un'acidità compresa fra i valori di pH 6,5 e 9,5. L'acqua invece utilizzata in quel caso, attinta direttamente al pozzo, aveva un valore di pH pari a 4,4. Era quindi particolarmente acida. Richiamandosi all'Ufficio federale di sanità di Berlino il Dkr osserva che in presenza di acqua con un pH inferiore a 6,5 (e quindi acida) non è stata dimostrata l'identità, sotto il profilo sanitario, di alcun materiale per condurre.

Presentato a Palermo un progetto Cnr per gli Uffici

Dopo il recente episodio che ha coinvolto gli Uffici di Firenze occorre riflettere sulla strategia terroristica di colpire non solo gli uomini, ma anche la loro memoria. Toccarci nella memoria storica è quanto di peggio possa accadere. Sostiene Sergio Zoppi presidente del Comitato nazionale per la scienza e la tecnologia dei beni culturali del Cnr, mentre apre le giornate di studio su «Tecnologia e beni culturali» proposte a Palermo nell'ambito della Fiera del Mezzogiorno. Nella prima giornata di lavoro è stato affrontato il tema «problematiche ed esiti del progetto strategico del Cnr-Uffici». Un argomento, dunque, di particolare attualità. Il progetto, nato nel 1990, ha lo scopo principale di elaborare una metodologia generale più efficiente ed innovativa per la conservazione e la valorizzazione delle opere d'arte.

Proposte per una sinistra ambientalista

«Proposte per una sinistra ambientalista» è il tema della tavola rotonda tenuta ieri a Roma in occasione della presentazione del primo numero 1993 della rivista internazionale di ecologia socialista «Capitalismo, natura, ecologismo». La rivista propone, tra gli altri, due saggi sull'ecofemminismo firmati da Mary Mellor e Valery Kuletz, un saggio su salute e ambiente di Giovanni Berlinguer e un altro sul programma ecologico di Roosevelt firmato da Giorgio Nebbia.

Oncologia: obiettivo informazione di massa

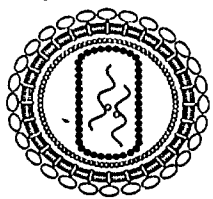
Un quinto degli attuali decessi per cancro (che in Italia sono 150 mila all'anno) è dovuto principalmente a una tardiva diagnosi o alla scelta di una terapia inadeguata. In base a questo dato l'oncologo Umberto Veronesi ha sottolineato l'importanza cruciale che la formazione dei medici ha assunto in questa fase della lotta contro i tumori. Il direttore dell'Istituto dei tumori di Milano ha preso parte a un incontro con i giornalisti per divulgare l'opera della Fondazione per la Formazione Oncologica, nata nel 1986 espressamente con lo scopo di sostenere la «European School of Oncology» (ESO), impegnata a sua volta nell'attività di formazione di nuovi oncologi. Finora la Fondazione ha raggiunto questo scopo ma oggi ha bisogno di allargare la base dei donatori, sostenuta da Veronesi, per il quale «è fondamentale che i risultati finora acquisiti dalla ricerca contro il cancro siano a disposizione del più ampio numero possibile di medici». Finora la ESO, nata nel 1982, ha avuto in tutto 10 mila allievi; oggi ne conta 3000, partecipanti a 61 corsi, nel 1992 ha assegnato 300 borse di studio. L'età media degli allievi è di 36 anni.

MARIO PETRONCINI

I big della scienza «Subito più risorse per la ricerca»

ROMA Un appello perché il governo compia «uno sforzo serio per adeguare il sistema ricerca dell'impresa italiana» disponendo «consistenti risorse» anche finanziarie, rese più efficaci da una normativa snella, che riduca i tempi morti, oggi elevatissimi, ricorrendo anche al meccanismo degli sgravi d'imposta, deducibilità delle erogazioni a favore della ricerca, attivazione di specifici strumenti finanziari: questo è il documento che ieri il Cnr ha diffuso e che è stato firmato da Rita Levi Montalcini, Renato Dulbecco, Gianommasco Scarascia Mugnozza, Enrico Garaci, Silvio Garattini, Luciano Guemero, Luciano Marzi, Luigi Berlinguer, Aldo Brancati, Carlo Ciliberto, Sandro Pontremoli, Giorgio Tecce, Rodolfo Zich, Gianfranco Chiarotti, Romano Cipollini, Giorgio Bernardi, Antonio Praturlon, Attilio Bostocco, Giuseppe Biorci, Romano Lazzeroni,

Si apre domenica a Berlino la conferenza mondiale sulla lotta al morbo dell'Hiv. Il bilancio di un decennio: si moltiplicano ricerche e farmaci



Aids, la grande rincorsa

Si apre domenica a Berlino la conferenza mondiale sull'Aids. Dopo oltre un decennio di lotta all'epidemia, non si attenua il trend di crescita delle ricerche sui meccanismi del virus. Intanto, stanno arrivando nuovi farmaci e si lavora con grande impegno sui vaccini. Questo di Berlino sarà un convegno «tutto scientifico», con minore attenzione quindi ai problemi sociali rispetto agli altri anni.

GIANCARLO ANGELONI

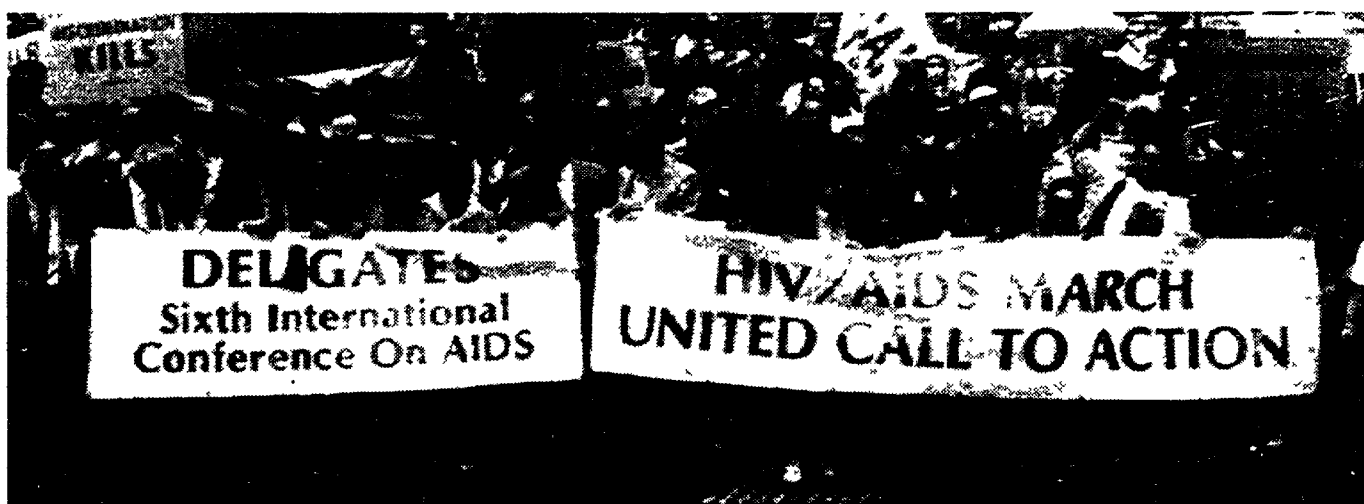
La pubblicazione di importanti studi clinici, una migliore conoscenza della biologia del virus Hiv e dell'immunopatogenesi di questa infezione sono insieme a promettenti novità terapeutiche, i punti più rilevanti che hanno caratterizzato l'anno che è inteso tra l'incontro di Amsterdam del luglio scorso, e questa nona Conferenza internazionale sull'Aids, che si aprirà domenica prossima, a Berlino. Un appuntamento (quindici partecipanti previsti) «semia-abstract», un migliaio di giornalisti) che si annuncia all'insegna del «tutto scientifico», o quasi, riservando una parte relativamente marginale ai temi di più stretta attinenza sociale, legati all'Aids. Quasi a voler allontanare, con una scelta di «razionalità scientifica», da parte degli organizzatori tedeschi, quanto di oscuro di irrazionale, di xenofobo si va agitando di questi tempi in Germania. Ma le circostanze impongono di restare all'argomento.

Si parlava della biologia del virus Hiv. Di particolare rilievo è stata considerata la recente identificazione di ceppi virali che differiscono per patogenicità e virulenza in questo senso, si distinguono ceppi «Siv», che in culture cellulari mostrano un'accesa capacità replicativa e quella di indurre sincizi (da cui la sigla), cioè fusione di cellule, e ceppi «Niv», apparentemente meno virulenti. L'esistenza di questi ceppi potrebbe in parte spiegare i modi differenti di evoluzione della malattia e, forse, la diversa risposta ai farmaci. E questo è un primo fatto.

Un'altra ricerca molto importante ha dimostrato come la latenza clinica dell'infezione da Hiv, quel «time-lag» che, come si sa, si può protrarre anche per dieci anni e oltre, non corrisponde affatto alla latenza virologica. Ma, allora, dove si nasconde l'Hiv? Dove si annida? Una risposta l'ha data il famoso immunologo Anthony Fauci, direttore del National Institute of Allergy and Infectious Diseases, di Bethesda, in un lavoro su «Nature» (firmato, insieme a lui, da diversi italiani i suoi collaboratori Giuseppe Pantaleo e Cecilia Graziosi, ma anche Luca Butini e Maria Montroni, dell'Università di Ancona). Fauci ha sostenuto che l'Hiv si occulta nel tessuto linfoido, dove moltiplicandosi, prepara le vie di attacco alle difese immunitarie dell'organismo. Infatti, l'analisi contemporanea del sistema linfatico centrale e del sangue periferico di pazienti con infezioni Hiv asintomatiche ha mostrato la presenza di un'attiva replicazione virale al livello dei linfonodi anche quando nel sangue periferico non sono rilevabili particelle virali.

Ciò che Fauci ha potuto dimostrare - afferma Ferdinando Dianzani, ordinario di virologia all'Università La Sapienza di Roma - è che anche durante la fase di sieroconversione ci sono sempre piccoli picchi di produzione virale. Non c'è, dunque, una vera e propria latenza e ciò metterebbe definitivamente con le spalle al muro le ipotesi di Peter Duesberg ma un'infezione continua, persistente, diversamente da quanto avviene per il virus dell'herpes, che può attraversare lunghi periodi senza moltiplicarsi se non c'è una stimolazione. E il fatto che non ci sia latenza virale, rafforza la convinzione di quanti, come me, sostengono che la terapia debba essere iniziata precocemente.

Ma, da un punto di vista patogenetico, la scelta del momento della terapia precoce si lega ad una questione di fondo oggi dibattuta. Quali sono, ci si chiede, gli indicatori, i «marcatori» della risposta terapeutica? «Una serie di studi recenti», dice Stefano Vella, che coordina gli studi clinici sui farmaci anti-Aids, «ha inteso far emergere di sanità - ha di nuovo messo in discussione il valore delle determinazioni del numero assoluto dei linfociti Cd4 nella valutazione dell'efficacia clinica dei farmaci antiretrovirali, anche se, chiaramente, il livello



Dietro un bambino sieropositivo c'è sempre una famiglia da aiutare e sostenere

L'aumento della trasmissione eterosessuale - afferma Virginio Oddone, un magistrato che si è fatto estensore di una Carta dei diritti del bambino infettato dal virus Hiv - rende sempre di più la famiglia come «il luogo del contagio innocente e intergenerazionale», ma anche «il luogo della solidarietà naturale e dell'educazione del bambino quindi del primo e più importante momento di prevenzione».

Sono sempre di più i bambini sieropositivi che, in questo decennio o poco più dell'Aids hanno superato il fatidico primo giorno di scuola. Non solo nell'Africa misera, ma anche nell'Europa non sempre e non dovunque ricca e ben assistita. E altri, purtroppo, ne verranno, se si tiene conto che nel nostro continente vivono attualmente mezzo milione di adulti sieropositivi. Ci sarà davvero per loro, prima nella famiglia e poi nella scuola, un «luogo della solidarietà», come dice Oddone?

Un incontro a Torgiano, vicino Perugia, tra esperti internazionali - organizzato dal National Children's Bureau e dall'Institute of Child Health, di Londra nell'ambito del programma «Positive Action» della Wellcome Foundation - ha tentato di definire le prime linee guida di un possibile piano europeo di intervento a favore dei bambini colpiti dall'infezione Hiv. Sei sono stati i punti principali. Vediamoli in breve.

Prima di tutto, evitare la frammentazione di

iniziative sia cliniche, sia sociali. Quando l'Hiv colpisce un bambino è l'intera famiglia ad essere colpita. Occorre quindi, far convergere (per una maggiore efficacia ma anche per un minor dispendio di energie) il lavoro delle organizzazioni non governative e di volontariato con quello delle istituzioni pubbliche. Occorre poi far tutto il possibile per non staccare il bambino sieropositivo dal suo mondo familiare e garantirgli l'accesso gratuito e la continuità delle cure. Un terzo punto riguarda il coinvolgimento indiretto del bambino, quando uno o entrambi i genitori sono sieropositivi, qui vale principalmente un sostegno di tipo psicologico e un'assistenza concreta per le necessità quotidiane.

Una particolare attenzione va posta sul modo in cui il bambino vive la sua specifica condizione di sieropositivo o di figlio di un genitore o di genitori infetti da Hiv. Egli deve essere posto nella condizione di esprimere liberamente pensieri e opinioni, che dovranno essere presi in attenta considerazione per ogni decisione che riguardi la sua vita. C'è ancora uno dei punti più delicati da definire: i modi e il momento in cui comunicare al bambino con Hiv la sua condizione. Qui sarà necessario individuare quali siano le forme migliori per contenere al massimo i danni psicologici e affettivi, in modo da poterle utilizzare successivamente come standard di riferimento per una comunicazione adeguata. Infine, la scuola e soprattutto gli insegnanti, che dovranno svolgere un ruolo attivo nel ridurre lo stigma e nel prevenire qualsiasi forma di emarginazione e di rifiuto. E bene che l'intera comunità scolastica sappia, e ricordi, che nessun bambino ha mai contratto a scuola l'Hiv attraverso altri bambini. □ G.A.

dei linfociti Cd4 riveste ancora un notevole valore clinico e prognostico rispetto alla progressione della malattia».

Uno dei punti più controversi riguarda la risalita limitata e transitoria, dei livelli di linfociti Cd4 circolanti anche quando durante la terapia, si verifica una notevole inibizione dell'attività replicativa del Hiv. A questo fenomeno si danno diverse risposte, ma è molto probabile l'ipotesi che già in fase precoce di infezione anche i progenitori linfocitari midollari e i tessuti linfatici siano colpiti dall'infezione - facendo così mancare la matrice e l'ambiente maturativo per la ricostituzione del «pool» di linfociti circolanti.

Meglio sarebbe allora di «sporre» di tecniche per misurare la quantità di virus in una persona infetta e quanto questo virus si sta replicando, cioè che cosa ben diversa dal numero di linfociti circolanti.

Ma quali progressi sono nell'aria? «Malgrado il fatto che i pazienti non abbiano ancora ricevuto i più grandi benefici, ciò non significa», dice Stefano Vella che a Berlino parteciperà ad un simposio della Harvard University sulle prospettive della terapia - «che progressi, anche nell'ultimo anno non siano stati compiuti. E progressi enormi. Dobbiamo pensare che l'ora della terapia antiretrovirale è iniziata solo cinque anni fa, e oggi ci sono circa trenta nuove «molecole» sperimentate che rendono meno lontano l'obiettivo di condurre l'infezione Hiv ad una patologia cronica ma trattabile. A parte l'Azi, la Ddc e la Ddi, si pensa di poter disporre presto di, nuovi analoghi nucleosidici, come il d4T e il 3TC. Ma entro uno o due anni, si potrebbe contare su farmaci a sintesi originale, ora in fase preclinica o clinica che hanno mostrato di possedere in vitro un'eccezionale attività antivirale. Sono gli imitatori della proteasi di Hiv gli oligonucleotidi antisensio già utilizzati sperimentalmente nelle malattie neoplastiche e le sostanze anti-Tal. Sono tutti agenti farmacologici che agiscono attraverso la modulazione dei geni regolatori virali, aprendo così la strada ad una nuova farmacologia, quella della regolazione genica».

Un'ipotesi suggestiva infine è stata affacciata negli ultimi mesi da un gruppo di Harvard quella di far convergere sul virus tre farmaci - Azv, Ddi e Nevirapina - che agiscono sullo stesso enzima virale, la trascrittasi inversa. La pressione selettiva che si otterrebbe puntando su un unico bersaglio potrebbe indurre una serie di mutazioni in punti diversi ma incompatibili l'una con l'altra, tanto da portare l'Hiv ad una impossibilità replicativa. Già si parla di «terapia convergente». Avrà anch'essa un futuro? «Un'ipotesi suggestiva infine è stata affacciata negli ultimi mesi da un gruppo di Harvard quella di far convergere sul virus tre farmaci - Azv, Ddi e Nevirapina - che agiscono sullo stesso enzima virale, la trascrittasi inversa. La pressione selettiva che si otterrebbe puntando su un unico bersaglio potrebbe indurre una serie di mutazioni in punti diversi ma incompatibili l'una con l'altra, tanto da portare l'Hiv ad una impossibilità replicativa. Già si parla di «terapia convergente». Avrà anch'essa un futuro?»

Poiché una serie ragguardevole di dati clinici sembra ormai dimostrare chiaramente che i vantaggi ottenuti nel breve termine con la monoterapia, possono poi andar perduti nel lungo termine, la ricerca clinica oggi si va sempre più orientando verso la valutazione

che con l'Aids scopre un più autentico modello di verità e si scaglia contro quel Reagan, fino allora amato, che mette il silenziatore all'epidemia, c'è il giornalista dell'«Espresso» Giovanni Forti, c'è il primo detenuto sieropositivo che solleva il problema dell'Aids nelle carceri italiane. Persone famose, quindi, e ancor più che acquistano notorietà per le straordinarie capacità d'animo che seppero dimostrare nel momento in cui furono colpiti dal male o presi dalla morte.

Inaspettatamente, in questo triste calendario-Aids si trovano anche uomini di forte vocazione reazionaria, come Rou Cohn a suo tempo il più prezioso collaboratore di McCarthy o Michael Kuehnen, il capo dei neo-nazisti tedeschi. E c'è, naturalmente quello che venne fortemente sospettato di essere il famoso «paziente zero», lo steward delle linee aeree canadesi

Gaétan Dugas, morto nel 1984. Ma, ben prima di lui, Massimo Consoli ci racconta del secondo caso conosciuto di Aids, dopo Robert R. riguarda la dottoressa danese Grethe Rask, morta nel dicembre del 1978, dopo un soggiorno in un villaggio dello Zaire dove il medico si dedicava ad opere di assistenza. Quando sentì che stava per morire, Grethe Rask volle tornare in Danimarca, e, solo anni dopo, i suoi amici medici capirono che anche per lei si era trattato di Aids. Il terzo caso conosciuto, quello di Rick Wellikof che muore nel 1980 è particolarmente importante, perché, seguendo

Una manifestazione in occasione della conferenza di S. Francisco nel 1990. Un disegno di Mitra Divshali

gli spostamenti e le abitudini sessuali di Wellikof si comprese che la malattia, che non aveva ancora assunto il nome di Aids, era trasmissibile.

Ma prima di quelli di Wellikof e di Grethe Rask, c'è un caso senza nome, che risale al 1977. Si sa, però, che riguarda un tassista panamaense che anni indietro aveva fatto il camionista di lunghi percorsi, sulle piste dell'Africa centrale. Il focolaio africano fu così la sua precoce comparsa, sia nella vicenda del camionista francese «a in quelle della dottoressa danese».

Questo «Killer Aids», dice Massimo Consoli - «è un li-

bro nato da sé quando mi è parso di doverlo fare, mi accorsi in qualche modo di averlo già». Il riferimento è anche al fatto che in quel luglio del 1981 quando la notizia apparve sul «New York Times», lui viveva là ed ebbe modo di conoscere da vicino le ansie e le preoccupazioni della comunità gay di quella città che, insieme a San Francisco, dell'Aids ha condiviso la nascita. E in quei mesi in cui la stampa americana parlava fobicamente, di «Gay cancer», Massimo Consoli scriveva più saggiamente di «un probabile agente infettivo che ha trovato strada in un certo settore della comunità gay più predisposto a causa dello stile di vita imprudente». Ora secondo la migliore tradizione anglosassone, ci dà un «reference book» un libro da «rinvia preteso» da usare (e da sfruttare) anche nel lavoro di consultazione.

I.G.A.