

L'Aids non è più la prima causa di morte tra i giovani Usa

L'Aids non è più il killer numero uno dei giovani adulti americani: lo scorso anno, nella fascia d'età compresa tra 25 e i 44 anni, i decessi causati dalla sindrome sono scesi di quasi il 26%. Nei due anni precedenti l'Aids era risultata la prima causa di morte tra i giovani adulti statunitensi, oggi è al secondo posto dopo gli incidenti e prima del cancro. Secondo gli esperti dell'Istituto nazionale per le statistiche sanitarie si tratta del primo «consistente calo in quindici anni» e della dimostrazione che la diffusione delle terapie combinate a base degli inibitori della proteasi contro il virus Hiv può provocare effetti benefici decisivi anche nel breve periodo. Nel '96 le morti per Aids negli Usa sono state 32.655, 10.460 in meno che nel 1995. Tra il '95 e il '96, il tasso di decessi causati dalla sindrome ogni 100.000 persone è così sceso del 25,6%. Ma a fronte di una calo generalizzato, l'Aids continua a mettere più vittime tra i giovani neri per cui risulta ancora la prima causa di morte. Il rapporto sulla salute degli americani disegna globalmente un Paese sempre più sano in cui le aspettative di vita si allungano (la vita media nel '96 ha raggiunto i 76,1 anni contro i 75,8 del '95) e l'incidenza delle morti infantili scende: lo scorso anno i decessi dovuti alla sindrome di «morte improvvisa infantile» sono diminuiti del 15%. Intanto, sul fronte dei farmaci si discute ancora della «super-chemioterapia» che potrebbe diventare un modello per mettere a punto una molecola simile ma che, al contrario delle chemiofarmaci finora note, non sia tossica. «È comunque, indubbiamente, una strada molto lontana», ha detto il virologo Stefano Vella, dell'Istituto superiore di sanità, riferendosi alle speranze di nuove vie terapeutiche dopo la scoperta della supermolecola. La ricerca, ha proseguito, è di «grande livello scientifico, ma riguarda la scienza di base. È una di quelle scoperte - ha detto - legate al mondo delle chemiofarmaci e di cui attendiamo con ansia le applicazioni pratiche».

Menopausa: autocritica dei medici

In Italia il 97 per cento delle donne in menopausa non segue cure che sarebbero utili per eliminare malattie che insorgono in questa «delicata» fase della vita. Lo ha affermato la sessuologa milanese Alessandra Graziottin, alla seconda giornata di lavori del congresso nazionale organizzato dalla Società italiana per la menopausa. La dottoressa Graziottin ha fatto riferimento, tra l'altro, alla terapia ormonale sostitutiva, una delle terapie somministrate alle donne in menopausa per evitare l'insorgere di squilibri ormonali. «Questo dato ci fa capire che noi medici abbiamo sbagliato tutto - ha detto Graziottin nel corso del convegno - almeno dal punto di vista della comunicazione. Siamo rimasti ancora su posizioni centrate sulla figura del medico invece che sulle terapie preventive, più difficili e delicate perché occorre motivare sul lungo termine una paziente che non accusa disturbi».

La malattia è sempre più diffusa nel nostro Paese e colpisce soprattutto i maschi

Cresce il diabete tra i bambini ma le cause sono sconosciute

In Italia abbiamo una media di oltre 8 casi ogni 100.000 persone, la punta massima è in Sardegna. Il fattore ereditario non sembra decisivo. L'esperienza dell'ospedale Meyer di Firenze.

DALLA REDAZIONE

FIRENZE. A tutta prima, i sintomi non sembrano gravi. Il bambino, o la bambina, beve più del normale e urina spesso. I genitori, a volte anche gli insegnanti, lo notano. Una parola al pediatra, un accertamento tra i più banali (l'esame delle urine) e la diagnosi è sicura: diabete. Il problema è che lo scenario che abbiamo rapidamente tracciato si sta proponendo sempre più spesso. Il diabete dei bambini è una patologia sempre più diffusa, le curve statistiche subiscono ogni anno una decisa impennata. I maschi ne sono più colpiti delle femmine, in percentuale quasi doppia. L'incidenza della malattia è stata studiata in questi anni con particolare cura dal Centro regionale di riferimento per il diabete in età evolutiva della Toscana dell'ospedale pediatrico Meyer. «Quando ho cominciato il mio lavoro - dice il suo direttore, il dottor Marco Martinucci - i casi di diabete infantile erano davvero rari. Attualmente nell'area di Firenze e di Prato l'incidenza annuale della malattia, cioè i nuovi casi ogni centomila persone dalla nascita ai quattordici anni di età, è arrivata a quota 11,5, contro un 9,2 registrato nel

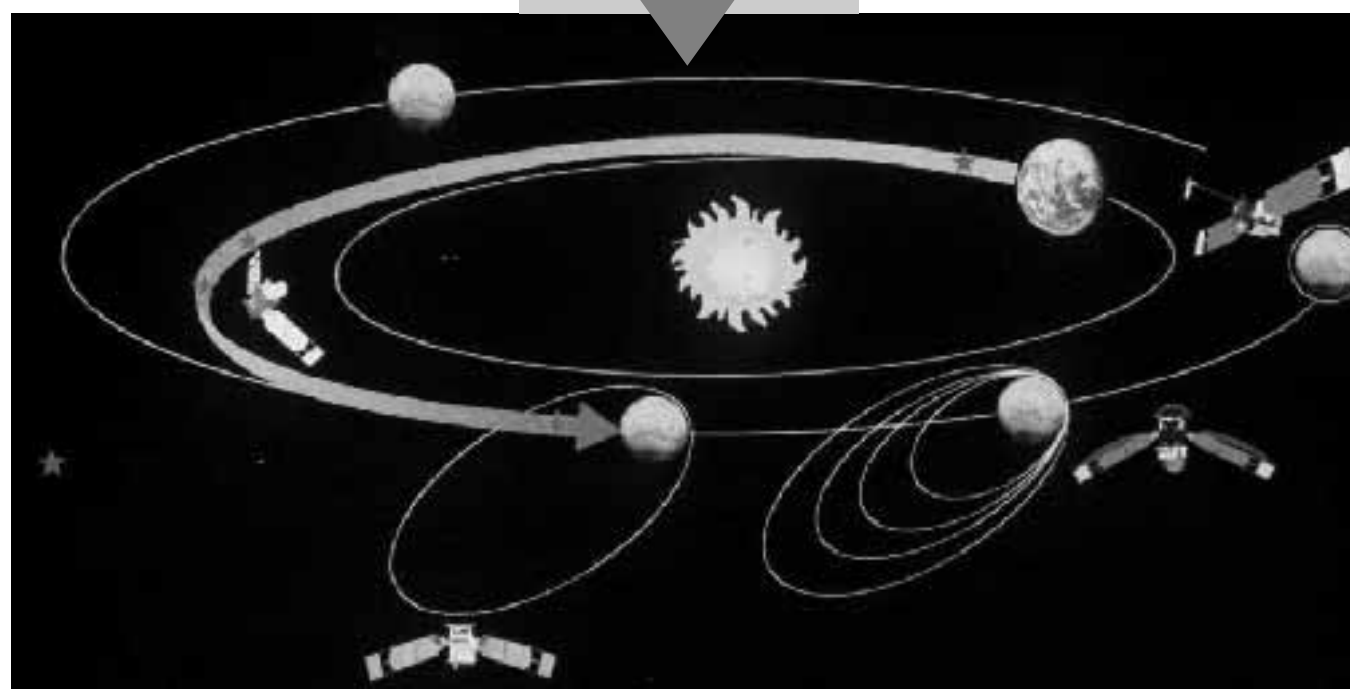
1993, appena quattro anni fa, quindi. Questo significa circa 17 casi nuovi l'anno, e, per l'intera Toscana, una cinquantina di nuovi casi l'anno. È una incidenza molto alta, seconda solo a quella della Liguria, che segna un 11,8 per cento. In Italia il ventaglio dell'incidenza va dal minimo del 6,5 della Lombardia alla punta massima di 40 casi per centomila della Sardegna. L'isola presenta, per cause che non sono state stabilite, una incidenza tra le più alte del mondo, pari quasi a quella della Finlandia. Tralasciando questo punto, la media nazionale si aggira intorno all'8-8,5». Ma non è questo trend di crescita la sola ragione per preoccuparsi: «La fascia di età percentualmente più colpita - continua il dottor Martinucci - è quella tra i cinque e i nove anni. Ma stiamo osservando una tendenza della malattia a manifestarsi sempre più precocemente, sotto i cinque anni, e non mancano casi di diabete neonatale». Conti alla mano nei prossimi due decenni i casi di diabete in età evolutiva in Italia sono destinati a raddoppiare. Ma perché? «Gli studi scientifici in corso - dice il dottor Martinucci - non hanno ancora spiegato fino in fondo questo fenomeno. Si sa che il dia-

bete è una patologia di tipo autoimmune, che si eredita la predisposizione a manifestarlo, ma poco di più. Sono invece costanti i progressi nel campo dell'individuazione precoce della malattia e della sua prevenzione». L'ereditarietà è una delle cause, ma non così determinante come si potrebbe credere: in realtà non si eredita il diabete ma la «susceptibilità» a manifestarlo e i fratelli, le sorelle, i figli di persone diabetiche affrontano un tasso di rischio solo del 3-6% maggiore rispetto al resto della popolazione. Nel centro fiorentino, ad esempio, il 90,95% dei 300 bambini che lo frequentano in day hospital non hanno parenti di primo grado diabetici. Mentre i due attuali luminari della lotta contro il diabete, Gianfranco Bottazzo e Noel McLaren, sono impegnati nella messa a punto di un vaccino (per ora le prove vengono effettuate su topolini). La medicina di base ha dunque molto da fare per attutire la gravità dell'attacco. Negli ultimi anni, ad esempio, si è drasticamente abbassato il numero dei bambini che arrivano in ospedale in gravi condizioni o in coma, si è abbassata la soglia di gravità che fa scattare l'allarme nei genitori e nei pediatri. Questo consente cure più effica-

e e meno impegnative, ricoveri più brevi e meno ripetuti, risparmio sul piano umano ed economico. I protocolli internazionali di cura si stanno diffondendo: in Toscana entro l'anno tutti i centri del sistema sanitario pubblico riserveranno ai bambini diabetici le stesse cure, uniformate alle procedure internazionali. Si moltiplicano i corsi di aggiornamento per personale sanitario, e anche per insegnanti, che sempre più spesso si trovano in classe bambini con il diabete e non sanno come gestire le eventuali situazioni problematiche: «Sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo - conclude Martinucci - il bambino con il diabete ha praticamente le stesse aspettative di vita di un bambino senza il diabete. Naturalmente seguendo tutte le cure necessarie e soprattutto adottando il giusto stile di vita. Le medicine del diabete in età evolutiva sono quattro: il programma alimentare, che non significa solo diete e rinunce, l'attività sportiva costante, la terapia insulinica e l'educazione all'autocontrollo e all'autogestione. Non è una cosa facile, si capisce, in un mondo invaso da Coca cola e nutella».

Susanna Cressati

Marte, attimi di suspense poi dalla sonda arriva l'ok



La sonda spaziale «Mars Global Surveyor» è stata immessa alle 3,55 ore italiane in un'orbita ellittica attorno a Marte (come si vede dalla cartina qui sopra) che osserverà per i prossimi due anni in vista di una futura esplorazione umana. «È in orbita e tutto va come avevamo desiderato» ha detto il direttore del progetto di esplorazione di Marte della Nasa, Norm Hayes. Qualche minuto di tensione è stato vissuto prima che Surveyor mandasse al radar della Nasa il definitivo segnale di avvenuta accensione

dei razzi: la sonda si trovava dietro Marte, a 926 miglia dalla superficie del pianeta e per circa un quarto d'ora aveva interrotto la comunicazione con la Terra. Poi è riemersa, piazzandosi perfettamente in orbita e facendo tirare un sospiro di sollievo ai tecnici che seguivano l'operazione. La sonda era partita dalla Terra 10 mesi fa. La sua particolarità consiste nella «aerobraking», cioè un sistema di frenata che ha permesso l'inserimento in orbita aerodinamica, senza l'uso dei propulsori, e

quindi meno costoso. Surveyor impiega 42-45 ore per compiere un giro completo del pianeta rosso. Nei 687 giorni in cui rimarrà nello spazio disegnerà ellissi sempre più vicine a Marte e fornirà informazioni sull'alternarsi delle stagioni, metterà a punto una mappa geologica ed atmosferica fondamentale per le future esplorazioni umane. Dal 4 luglio scorso su Marte vi è la sonda «Mars Pathfinder». Surveyor è un primo passo del programma che prevede due missioni su Marte ogni 25 mesi.

Un Congresso internazionale in Puglia fa il punto sulla lotta alla malattia killer. Si tenta la terapia genica contro un tumore al cervello. Sono già 300 i pazienti «trapiantati» in tutto il mondo

La sopravvivenza del paziente colpito dalle neoplasie cerebrali, in particolare da un glioma maligno, la forma più comune di tumore cerebrale, raramente si prolunga oltre i dodici-ventiquattro mesi. «Si tratta di neoplasie con una spiccata tendenza alla recidiva e che diventano facilmente refrattarie alle terapie convenzionali», confermano il genetista Bruno Dallapiccola e il neurochirurgo Vincenzo D'Angelo, che hanno organizzato presso l'Ospedale San Giovanni Rotondo (FG) un importante confronto internazionale tra i maggiori esperti in terapia genica. «La terapia mediante ingegneria genetica - sottolinea D'Angelo - è quella che sembra oggi offrire le maggiori speranze per gli ammalati che quotidianamente chiedono una cura definitiva o quanto meno duratura nel tempo». Speranze, ma non illusioni. La terapia genica vive infatti ancora una fase sperimentale. Sperimentazioni cliniche hanno preso il via in diversi centri specializzati in tutto il

mondo: ma è ancora troppo presto per valutarne i risultati. «Se i toni iperbolici che inizialmente aveva caratterizzato i primi tentativi erano certamente esagerati - afferma Antonio Chiochia, del Massachusetts General Hospital di Boston - adesso non si deve fare l'errore opposto di diventare troppo pessimisti». «Dalla terapia genica la gente si aspetta risultati immediati, ma questo è sbagliato», commenta Robert Martuza, della Georgetown University di Washington. «In questo settore della ricerca è lecito aspettarsi piccoli passi ogni anno, come del resto sta già accadendo. E sono convinto che questa tecnica molecolare funzionerà, vedo molti nuovi sviluppi nei prossimi anni». Finora sono circa 300 in tutto il mondo i pazienti con tumori cerebrali maligni sottoposti a questo tipo di trattamento. Solo in pochi casi si è ottenuto un apprezzabile prolungamento della sopravvivenza, ma senza dubbio le prime esperienze cliniche hanno fornito utili indicazioni per la messa a punto di una tecnica

più efficace. Si tratta infatti di una modalità di intervento non standardizzata, che si basa su un principio ingegnoso: quello di utilizzare un virus come vettore di un gene che provoca alla fine la morte della cellula tumorale. È una strategia che richiede una stretta collaborazione tra gli studiosi che si occupano di ricerca di base e gli specialisti che combattono il tumore con armi più convenzionali. Si comincia col valutare la validità della metodica in laboratorio, ponendo il vettore virale a contatto con culture di cellule neoplastiche. Se il sistema funziona, lo si mette alla prova su animali (topi) e solo dopo averne verificato l'efficacia su modelli animali, le possibilità che funzioni anche nell'uomo diventano concrete. La sperimentazione clinica sui pazienti, del resto, richiede comunque una verifica preliminare della sicurezza del metodo, e solo alla fine si può passare alla valutazione dell'efficacia. «Una delle strategie più comunemente usate per la terapia genica delle neoplasie cerebrali - spiega Marta

Izquierdo, del Centro di Biologia Molecolare di Madrid - è quella di utilizzare un retrovirus che porta un gene «killer-suicida» all'interno della cellula tumorale». In questo modo la cellula viene resa sensibile ad un farmaco antivirale, il ganciclovir: quest'ultimo è tossico nei confronti delle cellule che contengono il gene «trasferito», e venendo incorporato nel Dna delle cellule proliferanti ne provoca la morte. «Questo tipo di approccio - sostiene la Izquierdo - si rivela assai efficace nell'animale da esperimento, ma le sue potenzialità diminuiscono drasticamente in presenza di masse tumorali più cospicue. Nell'uomo affetto da neoplasia cerebrale, perciò, un considerevole aumento della sopravvivenza potrebbe essere conseguito mediante l'effetto combinato di una riduzione del volume tumorale - che è compito del neurochirurgo - seguita da un'adeguata terapia genica».

Edoardo Altomare

Importante scoperta di scienziati italiani

Con un «pulsante» si possono indurre al «suicidio» le cellule tumorali

Le cellule si «suicidano» e addirittura si possono istigare al suicidio. Di qui una strategia messa a punto da ricercatori delle università di «Tor Vergata» e «La Sapienza» coordinati dal prof. Roberto Testi che potrebbe aprire nuove speranze nella lotta contro i tumori. La scoperta del gruppo di scienziati italiani, pubblicata dalla rivista americana «Science», apre la strada allo sviluppo di nuove strategie molecolari, potenzialmente mirate a provocare la morte delle cellule indesiderate. Il responsabile dell'«istigazione al suicidio» si chiama glicoproteina GD3 ed è un glicolipide complesso, normalmente prodotto all'interno della cellula che può scatenare il programma di morte cellulare per apoptosi. «I dati ottenuti dopo quasi quattro anni di ricerche - spiega il prof. Testi - indicano che quando in alcune cellule tumorali vengono raggiunti livelli elevati di glicoproteina GD3, esse innescano il proprio programma di apoptosi, cioè di suicidio cellulare. Livelli eccessivi di glicoproteina GD3 possono danneggiare direttamente i mitocondri, organuli intracellulari deputati alla respirazione cellulare e alla produzione di energia necessaria alla sopravvivenza della cellula. Il danno mitocondriale è quasi sempre fatale per la

cellula». La scoperta dei ricercatori è avvenuta studiando i complessi e ancora oscuri fenomeni intracellulari che fanno seguito alla attivazione del recettore di membrana chiamato «Fas». Quest'ultimo rappresenta una sorta di «pulsante di autodistruzione» posizionato sulla superficie della cellula. Quando viene «premutato», ovvero attivato a seguito dell'interazione con altre particolari molecole, la cellula si suicida in poche ore, con un meccanismo chiamato appunto apoptosi. I risultati pubblicati su «Science» svelano che quando Fas viene attivato, il glicoproteina GD3 si accumula rapidamente all'interno della cellula e il conseguente danno mitocondriale induce la cellula al suicidio. La rilevanza del meccanismo di distruzione cellulare individuato dagli scienziati italiani consiste nella possibilità di indurre morte per apoptosi di alcune cellule tumorali esponente al GD3 o manipolando geneticamente la cellula tumorale in modo che si accumuli GD3 all'interno e sia indotta quindi a suicidarsi. La scoperta dell'équipe del professor Testi rientra nelle strategie molecolari che tendono a provocare la morte delle cellule indesiderate: uno degli orientamenti più avanzati della ricerca oncologica.

Banche e Finanza per lo sviluppo del Mezzogiorno

Convegno

Programma dei lavori

ore 9.30
Presidente
Alfredo Reichlin
Presidente Fondazione Cespe
Salute
Francesco Divella
Presidente Fiera del Levante
Introduzione
Lanfranco Turci
Resp. Dipart. Impresa Pds
Relazione
Marcello Messori
Direttore CESPE
ore 11.30 Dibattito
ore 13.30 Buffet
ore 15.00 Dibattito
ore 18.00
Conclusioni
Massimo D'Alema

Interventi

Attilio Alto
Roberto Barbieri
Fabio Basagni
Gianfranco Borghini
Cesare Caletti
Paolo Colonna
Davide Croff
Antonio D'Amato
Vincenzo De Bustis
Giuseppe Falcone
Cesare Farsetti
Gilberto Gabrielli
Gianfranco Imperatori
Enzo Lavarra
Pasquale Natuzzi
Nicoletta Rocchi
Isaia Sales
Giancarlo Sangalli
Giuseppe Scuderi
Vincenzo Visco
Giuseppe Zadra

Bari, 15 settembre 1997

Fiera del Levante, Lungomare Starita
Palazzo del Mezzogiorno - Sala Tridente



Fondazione
Cespe
Centro Studi di
Politica Economica



Partito Democratico
della Sinistra
Direzione
Unione regionale Puglia

l'Unità

| Tariffe di abbonamento | |
|------------------------|-----------------------|
| Italia | Annuale L. 330.000 |
| 7 numeri | L. 169.000 |
| 6 numeri | L. 149.000 |
| Estero | Annuale L. 780.000 |
| 7 numeri | L. 395.000 |
| 6 numeri | L. 685.000 |
| | Semestrale L. 335.000 |

Per abbonarsi: versamento sul c.c.p. n. 269274 intestato a S.O.D.I.P. «ANGELOPAPUZZI» s.p.a. Via Belpetro 18 - 20092 Cinisello Balsamo (MI) - oppure presso le Federazioni del Pds.

Tariffe pubblicitarie

| A mod. (mm. 45x30) Commerciale ferialle L. 560.000 - Sabato e festivi L. 690.000 | |
|---|---|
| Finestra 1° pag. 1° fascicolo | Feriale L. 5.343.000 - Festivo L. 6.011.000 |
| Finestra 1° pag. 2° fascicolo | L. 4.100.000 - L. 4.900.000 |
| Manchette di test. 1° fasc. L. 2.894.000 - Manchette di test. 2° fasc. L. 1.781.000 | |
| Redazionali L. 935.000 - Finanze - Legali - Concess. - Aste - Appalti - Feriali L. 824.000 - Festivi L. 899.000 | |
| A parola: Necrologie L. 8.700; Partecip. Lutto L. 11.300; Economici L. 6.200 | |

Concessionaria per la pubblicità nazionale: PUBLIKOMPASS S.p.A. Direzione generale: Milano 20124 - Via Giose Carducci, 29 - Tel. 02/864701

Area di vendita

Milano: via Giose Carducci, 29 - Tel. 02/864701 - Torino: corso M. D'Azeglio, 60 - Tel. 011/665211 - Genova: via C.R. Ceccardi, 114 - Tel. 010/540184 - Padova: via Gattamelata, 108 - Tel. 049/75224-8073144 - Bologna: via Amendola, 13 - Tel. 051/25952 - Firenze: via Don Minzoni, 46 - Tel. 055/56192-57568 - Roma: via Quattro Fontane, 15 - Tel. 06/4620011 - Napoli: via Caracciolo, 15 - Tel. 081/205111 - Bari: via Amendola, 166/3 - Tel. 080/5485111 - Catania: corso Sicilia, 374/3 - Tel. 095/7306311 - Palermo: via Lauro, 19 - Tel. 091/6235100 - Messina: via U. Bonino, 15C - Tel. 090/298855 - Cagliari: via Ravenna, 24 - Tel. 070/262520

Stampa in fac-simile

Telestampo Centro Italia, Oncola (AO) - Via Colle Marangoli, 58/B - SABO, Bologna - Via del Tappezzere, 1 - PPM Industria Poligrafica, Palermo Dogano (MI) - S. Stale del Giovi, 137 - STS S.p.A. 95030 Catania - Strada 5° - 35 - Distribuzione: SODIP, 20092 Cinisello B. (MI), via Bettola, 18

l'Unità

Supplemento quotidiano diffuso sul territorio nazionale unitamente al giornale l'Unità
Direttore responsabile Giuseppe Caldarola
Iscrit. al n. 22 del 22/01/94 registro stampa del tribunale di Roma