

La SIDA come fenomeno d'opinione

Prime valutazioni della campagna di prevenzione

Fra i molteplici aspetti che la SIDA ci presenta vi è anche quello dell'essere un «fenomeno d'opinione» almeno nella stessa misura in cui è un «fenomeno epidemiologico» (1). In effetti, la SIDA si è manifestata sin dall'inizio come complesso intreccio di caratteristiche straordinarie, apertamente in contrasto con le tendenze evolutive recenti della morbilità e della medicina. a) Si trattava di una malattia nuova; b) contagiosa; c) mortale; d) evitabile; e) con un periodo di latenza variabile; f) non guaribile; g) associata a comportamenti tabù e a gruppi sociali stigmatizzati; h) apparsa in condizioni di prosperità economica e d'abbondanza di risorse mediche; i) con una propagazione ad andamento esponenziale. E proprio su tutte queste caratteristiche i mass-media hanno molto insistito suscitando «un'ondata di sensibilizzazione/drammatizzazione che ha sollevato anche timori (spesso eccessivi ed infondati) connessi col modello storico dell'epidemia (galoppante e fatale)» (2), proiettati tuttavia sullo scenario attuale della «modernità», della «libertà (sessuale)», del «progresso».

La campagna di prevenzione dell'Ufficio federale di sanità è stata condotta – di conseguenza e nei limiti assegnati all'autorità sanitaria – anche sul piano del «fenomeno d'opinione», nell'intento di evitare le reazioni ingiustificate di paura o addirittura quelle di panico e, nel contempo, di stroncare la diffusione dell'infezione. Tale campagna è stata lanciata ben prima dello scorso 3 febbraio (data della conferenza stampa a Berna): già nel mese di marzo 1986 a tutti i fuochi del Paese è giunto l'opuscolo informativo «AIDS» (3). Ci si è però anche preoccupati di valutarne l'impatto con una ricerca diretta dall'Istituto universitario di medicina sociale e preventiva di Losanna e realizzata dall'IPSO di Zurigo. Con questa indagine si è raggiunto un campione rappresentativo, nelle tre aree linguistiche ed in due fasi: 15 giorni prima della distribuzione dell'opuscolo e due mesi dopo la sua diffusione. La metodologia utilizzata permette, indubbiamente, di estenderne i risultati all'insieme della popolazione svizzera compresa tra i 20 e i 69 anni. 1) La SIDA è ormai una malattia conosciuta dalla totalità della popolazione; 2) l'accoglienza dell'opuscolo è stata positiva nella stragrande maggioranza dei casi; 3) esso è stato letto integralmente o quasi dal 53% dei destinatari; 4) l'indice globale di conoscenza attorno alla SIDA è rimasto immutato tra coloro che non hanno letto l'opuscolo ma è migliorato nettamente tra coloro che l'hanno letto; 5) il miglioramento delle

conoscenze si distribuisce pressochè omogeneamente tra la popolazione; 6) continuano a persistere tuttavia delle credenze erranee (ad esempio a proposito dei rischi connessi con le trasfusioni di sangue); 7) si verifica una bipolarizzazione tra coloro che si rappresentano la SIDA come una malattia che tocca esclusivamente gruppi di persone a rischio e coloro che ritengono che si tratta di un rischio diffuso, suscettibile di toccare tutti.

Siccome il «fenomeno d'opinione» SIDA è stato avvertito subito anche in Ticino (4), questo ha indotto la Sezione sanitaria, ancor prima della diffusione dell'opuscolo dell'UFSP, ad effettuare, nel novembre 1985, un primo sondaggio. Nello scorso gennaio poi ne ha promosso un secondo per valutare i risultati dell'ondata informativa che ha fatto seguito, in tutti i mass-media, alla Conferenza stampa del 9 gennaio 1987 in cui si è fatto il punto sull'attuale ampiezza dell'infezione da HIV in Ticino. Alcuni dati emersi dal secondo sondaggio sono già stati resi noti dalla RTSI. Riteniamo che i risultati di entrambi i sondaggi vadano letti quali indicatori validi delle opinioni diffuse nel Cantone, con un grado di precisione accettabile. Ci riferiamo prevalentemente qui di seguito a quelli del gennaio 1987, con alcuni riferimenti a quelli del novembre 1985.

1) È stato possibile stimare con un apposito indice il grado di correttezza all'informazione diffusa tra la popolazione ticinese secondo una scala da 0 a 15 punti, riaggregati successivamente nelle tre categorie seguenti:

Informazione:

Scarsa	Discreta	Buona
15,0%	49,6%	35,4%

2) L'area dell'informazione «discreta» è probabilmente la più problematica, presentandosi in persone che mescolano informazioni corrette a convinzioni erranee e che pertanto sono propense – come si può desumere da molti indizi – ad assumere atteggiamenti e comportamenti contraddittori e ad esporsi a paure ingiustificate. D'altra parte coloro che posseggono un elevato indice d'informazione corretta esplicitano in misura minore reazioni personali di paura.

Ad ogni modo, volendo tener conto anche di una autovalutazione soggettiva della propria informazione si hanno questi valori:

«sono informato»:

«molto bene» o «bene»:	
71.6%	(TI, XI.85: 62.1%)
«male» o «per niente»:	
26.7%	(TI, XI.85: 37.9%)

3) La quota di coloro che ritengono che la SIDA sia ormai diventata un rischio diffuso (48,0%; TI, XI.85: 41,3%) sta effettivamente superando quella di coloro che la ritengono un rischio ristretto a determinati gruppi (41,7%; TI, XI.85: 58,7%); la quota dei «non sa», nel secondo sondaggio, è del 10,3%. È certo però che, in ogni caso, i rischi «circoscritti» sono ritenuti molto elevati: per gli omosessuali dal 95,3% del campione; per i tossicodipendenti dal 92,1%;

Tabella 1 - (I, 1987): Modalità di diffusione del contagio

	SÌ	NO	NON SO
a) con una stretta di mano	3,9	89,0	7,1
b) con rapporti sessuali	94,5	3,9	1,6
c) con saliva, lacrime	20,5	62,2	17,3
d) con trasfusioni di sangue	66,1	17,3	16,5
e) con l'uso di siringhe non sterili	98,4	0,8	0,8
f) respirando la stessa aria	3,9	89,8	6,3
g) con l'uso comune di stoviglie	7,1	78,0	15,0
h) con la gravidanza e parto nel caso di genitori infetti	90,6	0,8	8,7
i) dal dentista	30,7	51,2	18,1
k) in piscina	16,5	62,2	21,3

Si rinvia qui all'osservazione fatta a proposito delle informazioni corrette frammiste con quelle erranee o con il dubbio in quote anche elevate di intervistati (come ad es. nel caso delle trasfusioni di sangue, «dal dentista», «in piscina», «con saliva, lacrime»). Considerazioni analoghe valgono anche per le due questioni seguenti:

	SÌ	NO	NON SO
Esistono cure specifiche per la SIDA?	7,1	81,9	11,0
Si può prevenire il contagio?	71,7	18,1	10,2

per le prostitute dall'87.4%; per coloro che ricevono trasfusioni di sangue dal 66.1%(1).

4) La tabella 1. presenta i risultati relativi a quel che si pensa oggi sul modo in cui l'infezione si trasmette.

5) Quanto ai mezzi di prevenzione, le risposte ottenute nel sondaggio TI, 1.87 si distribuiscono come alla tabella 2.

6) Alla posa di distributori automatici di preservativi si dichiara «favorevole» il 53.5% del campione, «contrario» il 23.6%; il 22.8% «non sa». Alla domanda «sarebbe favorevole o contrario alla distribuzione di siringhe sterili ai tossicodipendenti» il 71.7% si dice favorevole, l'11.8 contrario, il 16.5 «non sa».

7) Pressochè unanime è invece l'accordo per un intervento di prevenzione già nella scuola media. La domanda era così formulata: «Lei comincerebbe l'informazione ai giovani già nella scuola media o solo dopo i 15 anni?». Le risposte si distribuiscono in questo modo: «già nella scuola media»: 92.1%; «solo dopo»: 3.1%; «non so»: 4.7%.

Fra le conclusioni possibili, tre ci sembrano imporsi.

I) La relazione fra il grado obiettivo di conoscenze e le informazioni fornite nelle campagne informative è stretta e statisticamente significativa: la percezione di aver migliorato sensibilmente le proprie conoscenze si correla con un elevato indice di correttezza delle stesse ($P < 0.04$); in particolare con tale indice sono correlati i miglioramenti dell'informazione personale sui modi in cui l'infezione si trasmette ($P < 0.005$), sui modi in cui si può prevenire l'infezione ($P < 0.001$) e sull'ampiezza del contagio in Ticino ($P < 0.004$).

II) I dati emersi denotano d'altro canto che ancora non poco resta da fare perchè la popolazione in generale corregga determinate informazioni distorte e stabilizzi quelle corrette e possa così affrontare i prossimi anni senza cedere a paure immotivate, auto-responsabilizzandosi e proteggendosi da eventuali irresponsabilità e pregiudizi altrui.

III) La sostanziale omogeneità riscontrata nei risultati (indipendenti cioè dalle abituali aggregazioni per sesso, età, regione, classi socio-professionali, ecc. e secondo quanto già si era verificato nella duplice indagine condotta sul piano nazionale) sottolinea la dimensione antropologica della SIDA e pertanto l'esigenza di non sottovalutare, nella prevenzione, nessuna delle componenti che interagiscono con quella medica ed epidemiologica, vale a dire quella psicologica, sociale, culturale ed etica.

Mauro De Grazia
Gianfranco Domenighetti
Antoine Casabianca
della Sezione sanitaria
del Dipartimento delle opere sociali

Tabella 2 - (I, 1987): Modalità di prevenzione

	SI	NO	NON SO
— evitare contatti di qualsiasi genere con persone infette	53,5	21,3	25,2
— uso del preservativo in casi dubbi o a rischio	75,6	2,4	22,0
— evitare piscine e saune	16,5	40,9	42,5
— evitare trasfusioni	35,4	30,7	33,9
— fare una vaccinazione (il 63,8 risponde spontaneamente che il vaccino non esiste ancora)	7,9	3,9	24,4
— non usare siringhe non sterili	72,4	6,3	21,3
— obbligare tutti a fare il test	63,8	11,8	24,4

Bibliografia

1. D. Hausser, P. Lehmann, F. Gutzwiller: Évaluation de l'impact de la brochure tous ménages d'information sur le SIDA distribuée par l'OFSP, Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne, 30 octobre 1986.

2. Op. cit., pp. 3-15.

3. In collaborazione con «Aiuto-AIDS» Svizzera e, per il Ticino, con la Sezione ticinese.

4. Le ricerche effettuate all'estero sono consultabili anche presso il Centro di documentazione della Sezione sanitaria.

Epidemia da HIV: la prospettiva dell'autorità sanitaria

L'epidemia da HIV (Human Immunodeficiency Virus) ha raggiunto proporzioni allarmanti. In mancanza (e in attesa) di un vaccino e/o di una chemioterapia specifica la prevenzione resta l'unico mezzo a disposizione per limitare l'ulteriore espandersi dell'epidemia. L'Autorità sanitaria è quindi intervenuta con proposte operative articolate essenzialmente su una campagna di informazione circa i comportamenti a rischio e le relative misure di prevenzione del contagio. Questo articolo intende non tanto illustrare le proposte preventive, quanto discuterne brevemente le premesse epidemiologiche, gli obiettivi e i limiti, imposti questi ultimi dal fondamento etico del rispetto dell'individuo e della sua libertà.

La strategia di prevenzione deve tener conto di alcune peculiari caratteristiche epidemiologiche del HIV. In primo luogo la fase di incubazione della malattia è estremamente lunga (anni, eventualmente decenni), e durante questa fase l'individuo portatore del virus HIV è contagioso ma asintomatico, e perlopiù non consapevole di essere contagioso. Gli individui sieropositivi asintomatici rappresentano il più importante bacino di riserva per l'ulteriore estensione dell'epidemia. È al proposito importante ritenere che, se la prevalenza di sieropositivi è nettamente più elevata tra i tossicomani (oltre il 50%) e gli omosessuali (?10%), questa prevalenza è in sicuro aumento tra il resto della popolazione.

Circa le modalità di contagio, l'evidenza epidemiologica dimostra che queste modalità si riducono essenzialmente al contatto sessuale con individui infetti e allo scambio di

sangue infetto (mediante l'uso promiscuo di siringhe o la trasfusione di prodotti sanguigni infetti). Una terza provata modalità di contagio, la trasmissione verticale dalla madre infetta al nascituro (in utero o durante il parto) è per fortuna al momento ancora rara. Circa il contagio per via sessuale, sempre i dati epidemiologici indicano che il rischio relativo dipende dal tipo di contatto, ma che questo rischio è comunque rilevante per ogni tipo di contatto sessuale non protetto (in particolare anche il normale contatto eterosessuale con possibilità di contagio sia da uomo a donna che viceversa). Il rischio legato allo scambio di sangue infetto è ormai circoscritto ai tossicomani, dato che dal 1. novembre 1985 ogni prodotto sanguigno per trasfusioni viene rigorosamente controllato. Va infine sottolineato come l'esperienza epidemiologica abbia dimostrato che il rischio teorico di contagio a livello di contatti del vivere comune sia in pratica inesistente anche quando i contatti sono stretti, quotidiani e prolungati.

Queste premesse clinico-epidemiologiche lasciano chiaramente delineare le potenziali fonti e modalità di contagio nonché gli strati della popolazione esposti al rischio di contrarre l'infezione. In termini quantitativi il rischio maggiore si situa nella possibilità di una progressione geometrica dell'epidemia per via sessuale tra la popolazione eterosessuale. In effetti, a questo rischio sono esposti i soggetti sessualmente attivi al di fuori di una relazione stabile e monogama. E, anche se non esistono cifre precise al proposito, dovrebbe trattarsi di una fetta di popolazione ben più consistente rispetto a