

SCUOLA 137 TICINENSE

periodico della sezione pedagogica

anno XVI (serie III)

Maggio 1987

L'informazione sulla SIDA nelle scuole

È di recente pubblicazione un'interessante nota informativa elaborata dal Centro svizzero di documentazione in materia d'insegnamento di Ginevra (marzo 1987) relativa alle iniziative promosse dai cantoni nell'ambito della campagna di prevenzione dalla SIDA. Il documento **SIDA, informazione nelle scuole** illustra compiutamente gli sforzi sin qui profusi dai vari cantoni. In 13 cantoni si sono istituite delle Commissioni o dei Gruppi di lavoro con il compito di promuovere un'adeguata informazione. Le istanze generalmente responsabili di questo compito sono le autorità sanitarie (Dipartimento competente, medico cantonale o scolastico) e il Dipartimento della pubblica educazione. L'informazione è generalmente rivolta agli allievi del settore medio e delle scuole postobbligatorie, ai docenti, in particolare coloro che insegnano le materie scientifiche. Scarse, per contro, le iniziative che coinvolgono i genitori. In diversi cantoni ci si interroga pure sul modo di inserire questa campagna informativa sulla SIDA nell'ambito di quei contenuti già presenti nei programmi scolastici come, ad esempio, l'educazione sessuale, l'educazione alla salute, la prevenzione dalle tossicomanie, ecc.. E in Ticino come si procede?



Il 30 gennaio scorso il Consiglio di Stato ha istituito un apposito Gruppo di lavoro incaricato di promuovere l'informazione nelle scuole. A comporre il Gruppo sono stati designati rappresentanti del Dipartimento delle opere sociali, del Dipartimento della pubblica educazione, della Diocesi di Lugano, del Consiglio di Chiesa della Chiesa evangelica e dell'Aiuto AIDS-Svizzera, Sezione Ticino. Il Gruppo di lavoro ha operato in modo da assicurare già durante quest'anno scolastico un'informazione essenziale agli allievi delle classi terminali della scuola media e delle scuole postobbligatorie. Nell'approccio informativo vanno considerati i diversi aspetti del problema (di natura medica, epidemiologica, etica, pedagogica e didattica) e le particolarità proprie dei settori scolastici interessati.

Come intende procedere dunque il Gruppo di lavoro?

Per quanto attiene all'informazione ai docenti si è ritenuto opportuno offrire a ogni operatore scolastico un'adeguata documentazione sulla SIDA: da qui la proposta di un numero monografico di «Scuola Ticinese» interamente dedicata a questo tema.

Per quanto riguarda gli allievi il Gruppo ha elaborato un inserto informativo, pure pubblicato in questo numero della rivista, destinato agli allievi di III e IV me-

dia e a quelli che frequentano le scuole postobbligatorie. Inoltre nei diversi settori scolastici le modalità operative previste sono le seguenti:

Scuola media: agli allievi verrà data un'informazione organica sui problemi posti dalla diffusione del virus dell'immunodeficienza umana e dalla malattia da esso veicolata. Tale operazione s'iscrive in uno sforzo di prevenzione sanitaria e di educazione alla salute. La classe che meglio si presta è la III, considerato che il programma di scienze è dedicato al corpo umano e ai problemi della salute. Per l'anno scolastico in corso saranno interessati sia le III sia le IV medie per coinvolgere anche gli allievi di queste ultime classi. Riservata per il futuro una collocazione più organica e programmata di questo e di altri argomenti concernenti la salute e la sessualità, durante quest'anno scolastico verranno dedicate all'argomento in oggetto almeno due ore-lezione per classe; sono possibili estensioni di tempo a dipendenza del lavoro svolto in queste due ore e dei problemi emersi. In linea di principio il compito informativo è assunto dai docenti della scuola media (docenti di scienze o docente di classe). A partire dall'anno 1987-88 l'azione dovrebbe essere integrata nel corso di scienze di III.

L'opuscolo informativo per gli allievi sarà usato in classe secondo modalità didattiche scelte dai docenti. I docenti interessati saranno pure invitati a una giornata di studio. La campagna informativa avrà luogo nei mesi di maggio-giugno.

Scuole medie superiori: in ogni istituto, su proposta della direzione, verrà costituito un gruppo composto da persone competenti nei diversi aspetti del problema: medico-sanitario, socio-psicologico, etico. Il gruppo si incontrerà con gli studenti per informarli e per rispondere alle loro domande. Si prevede un incontro della durata di due ore. Entro maggio verranno organizzati degli incontri informativi per le classi terminali, mentre nel prossimo autunno l'iniziativa sarà estesa alle altre classi.

Tutti gli allievi delle scuole medie superiori riceveranno l'inserto di «Scuola Ticinese».

Scuole professionali: La necessità d'informazione urta, in questo settore scolastico, contro difficoltà oggettive dovute al fatto che, a differenza delle altre scuole, gli allievi non sono presenti sull'arco dell'intera settimana. Anche in questo settore si procederà a informare gli allievi delle classi terminali entro la fine del corrente anno scolastico. Come per le scuole medie superiori, l'informazione sarà assicurata da specialisti esterni alla scuola in grado di presentare agli allievi i vari aspetti del problema; agli allievi sarà distribuito l'inserto di «Scuola Ticinese». A partire dall'anno scolastico 1987-88 l'azione informativa sarà estesa agli allievi di tutte le classi.

Per quanto riguarda infine i genitori, oltre alle indicazioni contenute nel presente numero della rivista, verrà distribuito nel corso del mese di maggio da parte delle direzioni scolastiche un opuscolo informativo redatto dal Gruppo di lavoro.

Come si può desumere da queste brevi note l'azione formativa e informativa promossa nella scuola è importante. Anche in questa situazione occorrerà adottare quegli accorgimenti che consentano di evitare che un'iniziativa del genere, se mal impostata, generi reazioni opposte a quelle volute. L'esperienza insegna che un'azione di prevenzione basata sulla paura non dà buoni risultati, mentre un'analisi critica e scientificamente corretta risulta più adeguata. È con questo intendimento che ha operato il Gruppo di lavoro nell'assolvimento del proprio mandato.

SOMMARIO

	pag.
L'informazione sulla SIDA nelle scuole	1
L'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) nel Ticino	3
La SIDA come fenomeno d'opinione	10
Epidemia da HIV: la prospettiva dell'autorità sanitaria	11
Testo destinato agli allievi di III-IV media e delle scuole postobbligatorie (supplemento)	I-IV
La SIDA e il medico dentista	13
Trasmissione da retrovirus linfocitotropici (HTLV e HIV) tramite la trasfusione di sangue e derivati	14
Le SIDA: La responsabilité de tous et de chacun	15
Aspetti etici della campagna contro la SIDA	17
La Società svizzera contro le malattie veneree - Sezione Ticino - prende ufficialmente posizione sulla SIDA	19
Aiuto AIDS Svizzera	20
Raccomandazioni	21
L'informazione ai genitori	23

* * *

«Scuola ticinese» ringrazia, per il contributo dato, l'Ordine dei medici del Canton Ticino, l'Ordine dei medici dentisti del Canton Ticino, il Servizio della Sanità pubblica e della pianificazione sanitaria del Canton Vaud, la Società svizzera contro le malattie veneree Sezione Ticino, il Centro trasfusionale CRS Lugano, l'Istituto di etica sociale dell'Università di Zurigo, l'Aiuto Aids Svizzera, la Sezione sanitaria del DOS, l'Ufficio del Medico cantonale e il Gruppo di lavoro incaricato di promuovere l'informazione nelle scuole.

L'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) nel Ticino

Riassunto

Questo scritto dà le nozioni epidemiologiche di base per comprendere i meccanismi della diffusione dell'epidemia da Virus dell'immunodeficienza umana (HIV) agente patogeno della Sindrome d'immunodeficienza acquisita (SIDA).

È inoltre presentata una stima della diffusione attuale (1986) dell'infezione HIV nel Cantone Ticino.

I portatori di virus HIV sono valutati in 1.200-1.400 unità, il che corrisponde a circa un portatore ogni 200-230 abitanti (1 ogni 90-100 uomini e 280-350 donne di età compresa tra i 15-64 anni). I tossicodipendenti che si iniettano rappresentano il gruppo con il maggior numero di portatori del virus HIV sia in numero assoluto sia relativamente al grado di infezione del gruppo (53% di sieropositivi al test degli anticorpi anti-HIV).

Al 30 settembre 1986 il Cantone Ticino era, tra i cantoni svizzeri, al quarto posto per i

casi di SIDA dichiarati ogni 100.000 abitanti e al primo posto se si considerano unicamente le regioni linguistiche.

I casi di SIDA totali attesi entro il 1991, sulla base dell'attuale stima dell'incidenza dell'infezione nella popolazione (e senza tenere conto di una eventuale possibile estensione futura dell'infezione), sono compresi tra 300 e 350 unità. A questi sono da aggiungere da 400 a 500 casi di para-SIDA (ARC). A partire dalla fine del 1988 si prevedono circa 100 nuovi casi di SIDA ogni anno e dalla fine del 1989 saranno «in cura» annualmente nel Cantone circa 150-200 casi di SIDA che occuperanno complessivamente circa 150 posti letto acuti ospedalieri anno.

Sono inoltre illustrati gli obiettivi della prevenzione che, attualmente, rappresenta l'unica concreta possibilità di contrastare il diffondersi tra la popolazione generale di questa infezione trasmissibile essenzialmente per via sessuale. Sono avanzate alcune proposte operative a breve termine fondate sul-

l'informazione circa le modalità di trasmissione del virus HIV nonché sui mezzi idonei a prevenire, nei casi a rischio, il contagio (uso del preservativo e impiego di siringhe sterili).

I. HIV: una epidemia senza precedenti

Si stima oggi che da 1 a 1,5 milioni di abitanti siano, negli Stati Uniti, portatori del Virus dell'immunodeficienza umana HIV¹⁾ (1). In quella nazione si prevedono 54.000 decessi dovuti alla SIDA per il solo anno 1991, anno in cui saranno in totale decedute per questa malattia 179.000 persone, tre volte cioè il totale dei soldati americani morti durante la guerra del Vietnam (2).

Secondo l'Ufficio Federale di Sanità i portatori del virus HIV sono oggi stimati in Svizzera tra 15.000 e 20.000 unità, il che significa 1 persona ogni 300-400 abitanti (3). In Europa sono attesi per l'anno 1988 tra 25.000 e 30.000 casi di SIDA (1), in Svizzera 3.500 entro il 1991 (3).

Le previsioni circa le dimensioni future dell'epidemia di SIDA tengono generalmente conto delle stime dell'attuale prevalenza di portatori del virus HIV e della frequenza con cui, nel limite di 6 anni, l'infezione da HIV è destinata ad evolversi in SIDA [N.B.: secondo la valutazione più recente un'eventuale trasformazione in SIDA è da prevedere, sull'arco di 6 anni, in circa il 30% dei portatori di HIV: cfr. (4) (6)]. Le previsioni non tengono conto - perché per il momento non è possibile farlo - né dell'eventuale aumento dei portatori del virus HIV dovuto all'estendersi dell'epidemia, né della possibilità che la percentuale di trasformazione da portatori del virus HIV in SIDA possa ulteriormente aumentare al di là dell'arco di tempo di 6 anni. Una previsione a più lungo termine, cioè oltre il 1991, dell'incidenza della SIDA e delle sue conseguenze non è possibile poiché la «storia» di questa malattia non ha più di sei anni essendo stato descritto il primo caso nel 1981 negli Stati Uniti.

Pur restando le conseguenze a lungo termine ancora sconosciute, il problema posto dall'epidemia da virus HIV peserà anche sulle generazioni future poiché si ritiene che chi abbia contratto l'infezione la manterrà per tutta la durata della vita (5) (6) rimanendo quindi potenzialmente sempre contagioso.

Le conseguenze epidemiologiche attuali, fondate sull'esperienza acquisita dal 1981 ad oggi, danno, ad un portatore del virus HIV, e per i sei anni successivi all'infezione, una probabilità del:

- 30% di sviluppare una SIDA decedendo poi entro 12-18 mesi;
- 35% di sviluppare un para SIDA²⁾, una sindrome morbosa di per sé grave e che evolve frequentemente in SIDA;
- 35% di probabilità di essere unicamente portatore del virus senza manifestazioni patologiche specifiche.

I pochi anni di conoscenza di questa malattia impediscono dunque di sapere se esisteranno o no dei cosiddetti «portatori sani».

Introduzione dei Consiglieri di Stato direttori dei Dipartimenti delle opere sociali e della pubblica educazione

Le Autorità federali e cantonali hanno da qualche tempo promosso, tramite gli organi d'informazione e con provvedimenti vari, un'azione di prevenzione nei confronti della SIDA.

Come si spiegherà più avanti nelle pagine di questo fascicolo, si tratta di una malattia nuova, contagiosa, mortale, evitabile, con un periodo di latenza variabile, non guaribile, associata a comportamenti tabù e a gruppi sociali stigmatizzati, apparsa in condizioni di prosperità economica e d'abbondanza di risorse mediche, con una propagazione ad andamento esponenziale.

La ricerca medica continua i suoi sforzi allo scopo di trovare una cura efficace per guarire la SIDA. Frattanto ognuno può concorrere, grazie alla conoscenza, alla consapevolezza e a comportamenti conseguenti, a frenare la diffusione della malattia. Così forse «un giorno la SIDA potrebbe entrare nella storia della politica sanitaria quale ulteriore esempio di malattia minacciosa, la cui diffusione è stata interrotta da un'azione educativa e di promozione della responsabilità personale, prima ancora del suo dominio attraverso la scienza medica».

(R. Rosenbrock)

Rossano Bervini

Giuseppe Buffi

Bellinzona, maggio 1987

Infatti nulla esclude che nel trascorrere degli anni anche questi asintomatici portatori del virus HIV possano successivamente ammalarsi.

L'epidemia conseguente all'infezione da virus dell'immunodeficienza umana pone problemi di salute pubblica senza precedenti non comparabili a quelli posti da nessuna altra malattia trasmissibile oggi conosciuta (5). Non è possibile attendere l'eventuale scoperta di vaccini o di una specifica chemioterapia contro il virus dell'immunodeficienza ed è invece urgente una protezione immediata della popolazione non contagiata. Di prima priorità sarà dunque la prevenzione fondata su una capillare informazione attorno alle modalità ed ai meccanismi di trasmissione dell'infezione nonché sull'uso dei mezzi di protezione.

La prevenzione non deve limitarsi ai gruppi finora particolarmente esposti, causa i loro comportamenti a rischio, omosessuali, bisessuali e tossicomani che si iniettano, ma a tutta la popolazione poiché i casi di contagio per mezzo di rapporti eterosessuali sono in aumento e lo saranno viepiù in futuro (3).

La situazione nell'Africa centrale e nei Caraibi, dove l'infezione da HIV è endemica e colpisce senza distinzione tutti gli strati sociali, prefigura quello che potrebbe accadere da noi se non saranno adottati provvedimenti per contenere la propagazione dell'epidemia. I rapporti sessuali sono la più frequente modalità di trasmissione dell'HIV. Per questo motivo la prevenzione dovrà rivolgersi soprattutto alle persone sessualmente attive e che non vivono una relazione sessuale stabile ed esclusiva.

L'informazione dovrà soprattutto essere indirizzata agli adolescenti e ai giovani adulti notoriamente più esposti. Un unico rapporto sessuale come pure un unico scambio di siringhe possono essere sufficienti per trasmettere il virus (3) (6).

II. Nozioni di base³⁾

– La SIDA (sindrome d'immunodeficienza acquisita) è provocata da un virus scoperto per la prima volta nel 1983 dal Dr. Luc Montagnier dell'Istituto Pasteur di Parigi seguito dal Dr. Robert Gallo del National Institut of Health degli Stati Uniti. La denominazione originaria del virus «LAV/HTLV-III»⁴⁾ è stata modificata nell'estate 1986 dal Comitato Internazionale di tossicologia virale in HIV⁵⁾ cioè Virus dell'immunodeficienza umana.

Tre sono le vie di trasmissione del virus HIV:

- i rapporti sessuali con persone infette;
- l'uso di siringhe contaminate e le trasfusioni di prodotti sanguigni contaminati;
- dalla madre infetta al nascituro, durante il parto o l'allattamento.

Benché il virus sia stato isolato anche in vari liquidi organici (saliva, urina, lacrime) non è stato descritto nessun caso ove l'infezione sia stata trasmessa da questi liquidi. Ciò è in parte dovuto al fatto che il contagio presuppone l'esposizione ad un liquido infetto ma anche una porta d'entrata (lesione delle mucose o della pelle) che permetta al virus di penetrare nell'organismo umano. Per questa ragione contatti del vivere quotidiano (anche stretti, frequenti e prolungati nel tempo) non comportano, al di fuori di contatti sessuali o dell'uso di oggetti eventualmente contaminati con sangue (siringhe, ma anche rasoi o spazzolini da denti), alcun rischio di contagio.

– Concretamente il contagio avviene di regola in occasione di rapporti sessuali (vaginali e/o anali) senza preservativo, di scambio di siringhe con aghi sporchi di sangue tra i consumatori di prodotti stupefacenti nonché in occasione di trasfusioni di sangue. Quest'ultimo pericolo è oggi estremamente basso poiché dal 1. novembre 1985 la Croce Rossa Svizzera controlla tutti i donatori di sangue e, dal 1. maggio 1986, il sangue e i prodotti sanguigni importati sono pure sottoposti a controllo per la ricerca di

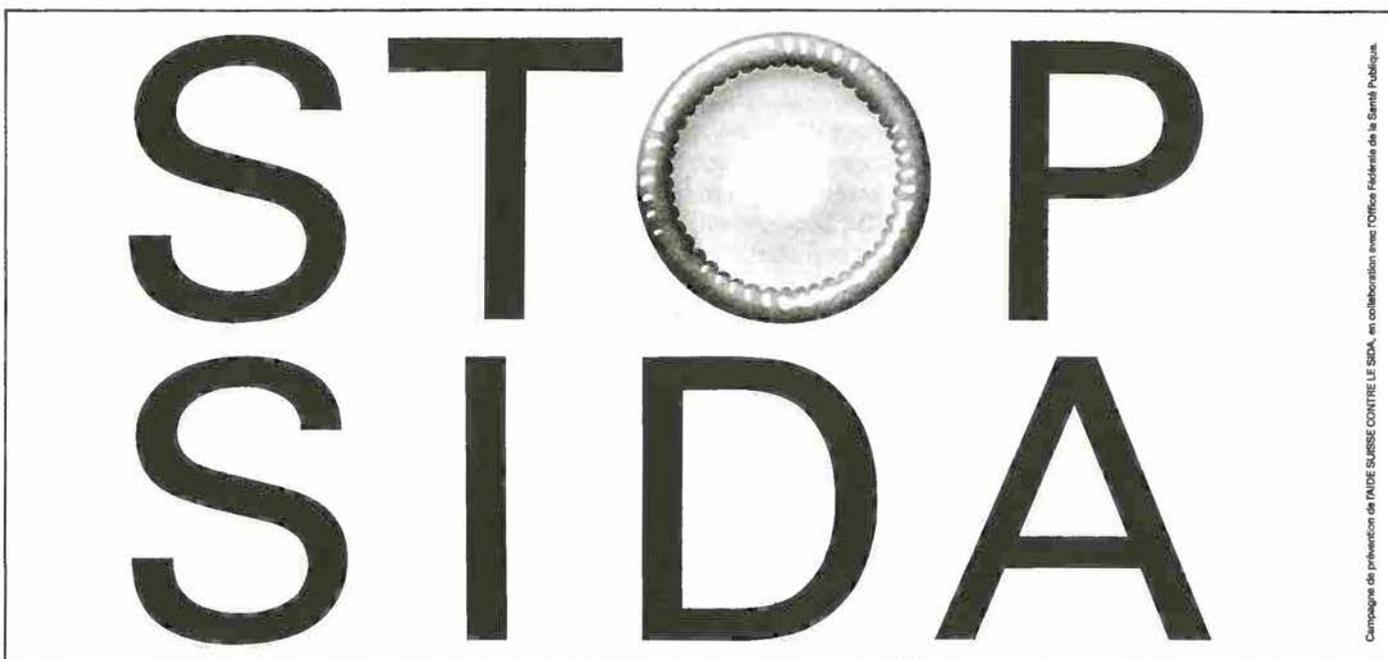
eventuali agenti infettivi, compreso il virus HIV.

È tuttavia ancora possibile che un donatore dia del sangue durante il periodo che intercorre tra l'avvenuto contagio con il virus HIV e la formazione degli anticorpi (da 3 settimane a 3 mesi). Sono infatti solo questi ultimi ad essere messi in evidenza da uno speciale test, chiamato ELISA, oggi disponibile⁶⁾. Nuovi test più sensibili dovrebbero essere commercializzati nel 1987.

– Una volta penetrato nell'organismo umano, il virus HIV vi si insedia in maniera definitiva infettando selettivamente una particolare popolazione di globuli bianchi (linfociti T4). Questi ultimi assolvono importanti funzioni nel contesto del complesso sistema che difende l'organismo umano dall'aggressione di agenti infetti (sistema immunitario). Mentre l'infezione da HIV può restare a lungo latente senza compromettere la funzione del sistema immunitario, in caso di infezione progrediente il virus HIV distrugge poco a poco i linfociti T4 provocando uno stato di sempre più grave deficienza immunitaria.

– In un periodo che va da alcuni giorni a qualche settimana dopo l'infezione appaiono, in parte delle persone contagiate, della febbre, uno stato di affaticamento, disturbi gastrointestinali, dolori muscolari, mal di testa nonché un'infiammazione generalizzata delle ghiandole linfatiche. Questi sintomi spariscono subito e sono spesso interpretati come una semplice influenza.

Da due a sei anni più tardi appaiono nel 35% delle persone contagiate una serie di malattie (micosi boccali, febbri o diarree persistenti, sindromi neuropsichiatriche) in rapporto con l'infezione da HIV anche se non si tratta ancora di una SIDA completa bensì di un **para SIDA**. Si valuta oggi che a sei anni dall'infezione il 30% delle persone contagiate svilupperà una **SIDA completa**⁷⁾. Ne consegue che dopo sei anni i rima-



nenti 35% dei casi contagiati non presentano sintomi di malattia. Tuttavia il virus HIV rimane definitivamente nel corpo umano, motivo per cui sarà solo il passare degli anni (la SIDA è conosciuta solo dal 1981) che permetterà di dire se esistono dei cosiddetti «portatori sani».

– Un quadro di SIDA completo si manifesta con infezioni dette «opportuniste» accompagnate da tumori, oppure unicamente tramite tumori. «Opportuniste» significa che le infezioni, nonostante la presenza di germi patogeni, non si sarebbero manifestate se il sistema immunitario fosse rimasto sano, cioè se esso non fosse stato precedentemente aggredito dal virus HIV.

Nel 60% circa dei pazienti colpiti dalla SIDA si manifesta un ben preciso tipo di polmonite (polmonite a «pneumocystis carinii»). Il sarcoma di Kaposi (tumore maligno della pelle scoperto dal medico viennese Moritz Kaposi) si manifesta nel 25% circa dei casi. Nello stadio più avanzato della malattia i pazienti sono frequentemente colpiti da più infezioni e tumori. La morte interviene generalmente entro 12-18 mesi dall'inizio di un quadro di SIDA completo.

– Attualmente non esiste nessuna cura specifica contro la SIDA. La messa a punto di un vaccino si scontra con diverse difficoltà tra le quali quella che il virus HIV modifica costantemente la sua configurazione. Diverse ricerche si stanno conducendo in questo settore e alcune, che lasciano ben sperare, si stanno già effettuando sulle scimmie. Non sembra tuttavia che ci si debba aspettare per i prossimi 5-6 anni la messa a disposizione generalizzata di una chemioterapia o di un vaccino specifico contro la SIDA.

– È quindi unicamente tramite la prevenzione, fondata sulla conoscenza dei meccanismi e delle modalità di trasmissione dell'infezione da HIV, che sarà possibile contrastare la diffusione del virus tra la popolazione.

L'obiettivo dovrà essere quello di fare in modo che ogni portatore del virus non lo trasmetta ad altre persone.

Inoltre chi non è oggi infetto lo dovrà restare anche per il futuro.

– Tenuto conto dei vettori e delle modalità di trasmissione del virus, le uniche misure sicure di prevenzione consistono nell'evitare i contatti sessuali con persone infette o a rischio di esserlo (persone con molti partner o comunque persone che hanno rapporti con sconosciuti, prostitute) nonché nell'evitare assolutamente l'uso di siringhe non sterili. In caso di contatti sessuali con persone infette o a rischio l'uso di preservativi dovrebbe comunque permettere di evitare il contagio come esperimenti «in vitro» hanno dimostrato (21) (22).

I portatori del virus HIV dovranno spontaneamente rinunciare ad essere donatori di sangue, di sperma, di organi o di altri tessuti organici. Questa raccomandazione è pure da estendersi a tutti coloro che si espongono a comportamenti a rischio in quanto un test del sangue negativo non esclude un'in-

fezione recente. Le donne in età di procreare, portatrici del virus HIV, dovranno inoltre tener conto dell'alto rischio di infezione fetale o perinatale in caso di gravidanza.

– La prevenzione mira a rafforzare la responsabilità personale di ciascuno e sarà attuata tramite l'informazione più larga e capillare possibile sulle modalità e sui meccanismi di trasmissione dell'infezione a HIV e sulle possibilità concrete di prevenzione. Un'attenzione tutta particolare dovrà essere data all'informazione degli adolescenti e dei giovani adulti tenuto conto come essi siano di regola sessualmente attivi e generalmente non in una situazione di relazione stabile ed esclusiva, nonché più in contatto, che non altri gruppi di popolazione, con i tossicodipendenti. Questi ultimi, come si vedrà al capitolo successivo, sembrano essere, nel Cantone Ticino, il gruppo con comportamenti a rischio più elevati e con il maggior numero di portatori del virus HIV.

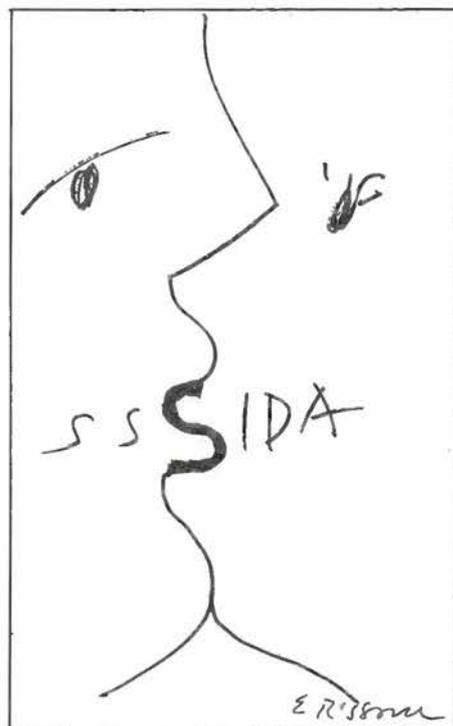
III. L'infezione HIV oggi nel Cantone Ticino

– Presentiamo qui una valutazione dell'estensione dell'infezione HIV nel Cantone Ticino. Il numero attuale presunto di portatori del virus dell'immunodeficienza umana è stato stimato secondo tre diverse metodologie. La prima, qui descritta in esteso, intende identificare il numero di portatori del virus partendo da una stima dell'entità dei gruppi con comportamenti a rischio nonché da altre informazioni concernenti in particolare i donatori di sangue sottoposti al test per la ricerca degli anticorpi anti-HIV.

Le altre metodologie hanno unicamente lo scopo di verificare l'attendibilità di quella qui descritta quanto al risultato finale cioè al presunto numero di portatori del virus riscontrabile attualmente nel Cantone Ticino. Esse sono descritte alla fine del capitolo. La valutazione qui presentata, come la proiezione dei casi di SIDA, devono comunque essere lette con la dovuta prudenza.

– La valutazione è stata attuata tenendo conto dei dati scientifici dei più recenti studi epidemiologici sull'incidenza, la trasmissibilità e la diffusione dell'infezione HIV tra i diversi gruppi di popolazione (pubblicati entro fine novembre 1986)

Inoltre una speciale inchiesta terminata il 15 dicembre ha permesso di valutare il tasso di positività al test anti-HIV di un campione di 158 tossicodipendenti che si iniettano nonché di raccogliere altre informazioni. Tutte le fonti che potevano in questo cantone dare informazioni o sull'entità dei gruppi con comportamenti a rischio oppure su dati epidemiologici circa la diffusione dell'infezione sono state consultate. In particolare gli Ospedali pubblici, l'ONC, il Penitenziario cantonale, singoli medici liberi professionisti, l'Ufficio del Medico cantonale, la Polizia cantonale, il Gruppo operativo droga, il Centro di trasfusioni della Croce rossa svizzera, l'Aiuto AIDS Svizzera sezione Ticino, altre Associazioni ed enti, singoli operatori sanitari e sociali nonché l'Ufficio federale di sanità.



Omosessuali e bisessuali

– L'entità di questo gruppo è stata stimata sulla base d'inchieste e sondaggi fatti in altri paesi (8) (9) (10) nonché sui risultati di un sondaggio effettuato in Svizzera da un grande quotidiano (11). Il numero di omosessuali e bisessuali maschi corrisponde a circa il 5% della popolazione compresa tra i 15 e i 65 anni di età. Il che dà, per il Cantone Ticino, un numero di 4.550 persone appartenenti a questo gruppo.

– I dati più recenti sulla diffusione del virus HIV in questa popolazione indicano, per l'insieme della Svizzera, un'incidenza pari al 13% (6).

– Poiché nel Ticino, secondo rappresentanti dell'Associazione interessata, le occasioni di promiscuità sono meno frequenti che in altre parti della Svizzera, si stima una percentuale massima di sieropositivi pari al 10%, il che dà, per questo gruppo, 455 portatori di virus HIV.

Tossicodipendenti che si iniettano

– La consistenza di questo gruppo è stata stabilita sulla base dei dati in possesso della Polizia cantonale, delle informazioni raccolte presso operatori sociali che da anni si occupano di tossicodipendenti nonché da una valutazione finale fatta dal Gruppo operativo droga. L'entità del gruppo dovrebbe situarsi tra le 1.200 e le 1.800 unità.

– L'inchiesta effettuata nel dicembre 1986 presso gli Ospedali pubblici, l'ONC, il Penitenziario cantonale e alcuni medici pratici su un campione di 158 tossicodipendenti che si iniettano e ai quali era stata fatta la ricerca degli anticorpi anti-HIV, ha permesso di stabilire che:

– il 53% dei casi è portatore del virus HIV (uomini 50%, donne 58%);

– l'83% di coloro che hanno ammesso di essersi scambiati le siringhe erano sieropositivi, contro il 40% di coloro per i quali non

si è potuto appurare se seguissero questo costume.

– Considerato un numero medio di 1.500 tossicodipendenti che si iniettano e un tasso di sieropositività del 53% avremo, per questo gruppo, 795 portatori di virus dell'immunodeficienza HIV. Tenendo invece conto dell'entità minima del gruppo, stimata a 1.200 unità, il numero di portatori sarebbe invece di 636.

Popolazione generale

– Una valutazione della diffusione del virus fuori dai gruppi precedentemente citati è assai ardua.

Essa dipende da contagi avvenuti con trasfusioni di sangue attuate prima del novembre 1985, dal numero di rapporti sessuali senza l'uso del preservativo tra appartenenti di gruppi a rischio, in specie tra i tossicomani e la popolazione generale, casi importati a seguito di turismo sessuale in paesi dell'Africa centrale, ad Haiti, nei Caraibi o negli Stati Uniti, nonché dalle infezioni intrauterine da madri portatrici del virus HIV. Casi singoli sono conosciuti per ognuna di queste cause anche nel Cantone Ticino, tuttavia una quantificazione a livello della popolazione generale è problematica.

– Tenendo conto dei risultati del test anti-HIV effettuato su 16.000 donatori di sangue nel Cantone Ticino, dedotti i casi sieropositivi di appartenenti a gruppi con comportamenti a rischio (tossicomani e omo-

sessuali), si possono stimare in 1 caso su 8.000 abitanti i portatori di virus a seguito di trasfusione effettuata prima del novembre 1985 il che dà, per l'insieme del Cantone, 34 portatori del virus HIV.

– Applicando le percentuali di probabilità di trasmissione del virus in occasione di rapporti eterosessuali, desunte dalla più recente letteratura (12) (13) (14) e supponendo che i tossicomani sieropositivi e quelli già affetti da para-SIDA (ARC), abbiano avuto nel corso degli ultimi due anni almeno 1 partner non tossicomane avremo circa da 80 a 100 portatori del virus nella popolazione generale.

Infezione totale

– Si può affermare (Tavola 1) che nel Cantone Ticino esistono oggi circa 1.200-1.400 persone portatrici del virus dell'immunodeficienza umana HIV. In altre parole 1 ticinese su 200-230 potrà in futuro sviluppare una SIDA; egli è comunque già oggi suscettibile di poter trasmettere il virus ad altre persone (1 su 90-100 uomini e 1 su 280-350 donne d'età compresa fra i 15 e i 64 anni). Si può anche presumere, secondo i dati dell'inchiesta condotta presso i tossicodipendenti, che tra 180 e 210 persone già si trovano in uno stato di para-SIDA (ARC). Inoltre il principale gruppo con comportamenti a rischio è, sia per incidenza relativa della sieropositività (53%), sia per valore assoluto (da 636 a 795 portatori del virus

HIV), quello dei tossicodipendenti che si iniettano.

La previsione qui proposta sembra di tutta attendibilità poiché, ponderando la stima federale di 15.000-20.000 sieropositivi in Svizzera (3) sul numero di casi di SIDA dichiarati per cantone al 30 settembre 1986, abbiamo, per il Cantone Ticino, un numero di portatori del virus HIV compreso tra 1.084 e 1.446. Un'ulteriore conferma è data dal parametro di stima usato dai Centers for Disease Control's di Atlanta (CDC) secondo il quale ad ogni caso di SIDA accertato fa riscontro un numero approssimativo di 100 portatori del virus dell'immunodeficienza acquisita HIV (5) (15).

Nel Ticino al 31 dicembre 1986 erano stati dichiarati 13 casi di SIDA.

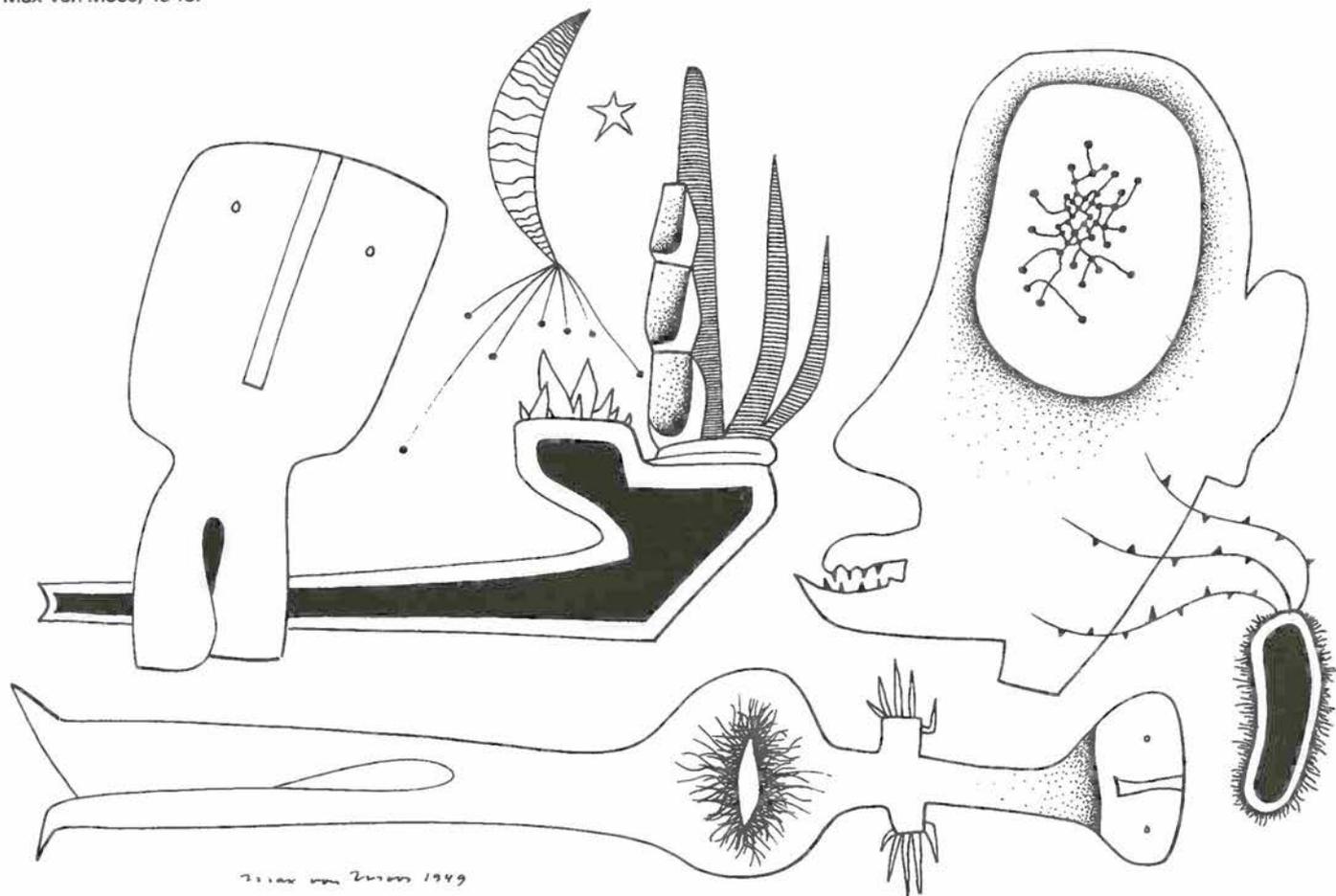
Secondo i parametri CDC il numero di portatori del virus dovrebbe essere quindi stimato a circa 1.300.

Tavola 1

Infezione HIV Ticino 1986

GRUPPO	N.
omosessuali e bisessuali	455
tossicodipendenti che si iniettano	da 636 a 795
altri	da 114 a 134
TOTALE (arrotondato)	da 1.200 a 1.400

Max Von Moos, 1949.



IV. La SIDA nel Cantone Ticino: situazione attuale e previsione fino al 1991

Situazione attuale

- Tenendo conto dei casi dichiarati al 30 settembre 1986 all'Ufficio federale di sanità, il Ticino occupava il quarto posto tra i cantoni svizzeri per i casi di **SIDA** dichiarati ogni 100.000 abitanti (Tavola 2).
- Se si considerano le regioni linguistiche il tasso ticinese al 30 settembre 1986 era il più elevato (Tavola 3).

Tavola 2

CANTONI	TASSO × 100.000 ABITANTI	
	30.9.1986	30.9.1985
GINEVRA	6,35	3,31
ZURIGO	5,76	2,84
VAUD	4,41	2,02
TICINO	4,36	1,82
NEUCHÂTEL	3,23	1,29
BASILEA CITTÀ	2,55	1,53
BE, LU, GL, ZG, FR, SO, BL, SG, GR, AG, VS	(da 0,22 a 2,49)	
UR, SH, NW, GL, OW, SZ, AR, AI, TG, JU	(nessun caso)	
SVIZZERA	2,62	1,19
USA	9,7	(30.6.1986)

Popolazione al 31.12.1985

Fonti: (16) (17)

Tavola 3

REGIONE	TASSO × 100.000 ABITANTI	
TICINO	4,36	(N = 12)
SVIZZERA ROMANDA	3,68	(N = 57)
SVIZZERA TEDESCA	2,80	(N = 97)

SVIZZERA 2,62

Popolazione al
31.12.1985

- Dei 12 casi di **SIDA** dichiarati al 30 settembre 1986 e concernenti 11 residenti nel Cantone Ticino e un abitante di Campione d'Italia, la metà era, a quella data, già deceduta. Sei casi (50%) sono stati diagnosticati fuori cantone. Quest'ultima informazione fa pensare che, non essendoci ancora obbligo legale in Svizzera di dichiarare i casi di **SIDA**, v'è d'attendere un aumento «statistico» delle dichiarazioni allorché l'obbligo (nel 1987) sarà effettivo per tutti i me-



George Grosz.

dici e istituti ospedalieri nazionali. È opportuno qui osservare che tale denuncia obbligatoria dei casi di **SIDA** nonché dei portatori del virus **HIV** rimarrà, molto opportunamente, anonima.

Previsioni fino al 1991

- Tenendo conto della valutazione qui presentata sul presunto numero di portatori del virus **HIV** nel Ticino nonché dei risultati degli studi condotti seguendo per diversi anni gruppi (coorte) di portatori del virus dell'immunodeficienza umana **HIV** [descritti e citati in (4)] è possibile stimare il numero di casi di **SIDA** che saranno attesi dai portatori attuali del virus.
- Assumendo un tasso di conversione (per difetto) da **HIV** in **SIDA** del 25% in 5-6 anni avremo entro il 1991 cumulato nel Cantone un numero di casi di **SIDA** compreso tra le 300 e le 350 unità, nonché da 400 a 500 casi di **para-Sida** (ARC).
- Tenuto conto che parte dei portatori at-

tuali del virus l'hanno contratto prima del 1986, nonché di un periodo di latenza della malattia di circa 3 anni [cfr. (4) e (6)], a partire dalla fine dell'anno 1988 è quindi atteso circa un centinaio di nuovi casi ogni anno.

- Tenuto conto che, di regola, la morte sopravviene tra i 12 e i 18 mesi, a partire dalla fine del 1989, ci si dovrà attendere presumibilmente ogni anno di avere «in cura» ambulatoriamente e in ospedale circa 150-200 casi di **SIDA** ogni anno.

- Una verifica (ritenuta esatta la valutazione iniziale del numero di portatori del virus **HIV**), è stata attuata con altri tassi di conversione annui desunti da uno studio recente (18) (5). Essa dà, per l'anno 1991 e tenuto conto dell'ipotesi di 1.400 portatori nel 1986, un totale cumulato di 334 casi di **SIDA** e 508 di **para-SIDA** (ARC).

- È opportuno osservare nuovamente che questa proiezione non tiene conto della possibile estensione dell'infezione da **HIV** oltre i 1.200-1.400 portatori stimati per il 1986.

nelle sale cinematografiche, allo scopo di pubblicizzare l'uso del preservativo nella prevenzione dell'infezione da HIV.

Gli studi finora condotti «in vitro» hanno dimostrato che esso è impermeabile al virus HIV (21) (22).

Questa campagna interessa l'insieme della Confederazione e tutti i supporti pubblicitari sono diffusi anche in lingua italiana nel Cantone Ticino.

– Lo stesso Ufficio ha elaborato anche in versione italiana il prospetto «SAFER SEX», destinato alle persone sessualmente attive che non vivono una relazione sessuale stabile ed esclusiva. Un accordo per le modalità di diffusione nel Cantone sarà preso con la Sezione sanitaria.

– Il medesimo Ufficio federale sta elaborando una proposta di informazione destinata agli **allievi delle scuole medie e post-obbligatorie**. La Sezione sanitaria è già in contatto per un eventuale adattamento in lingua italiana in collaborazione con il Dipartimento della pubblica educazione (DPE).

– Il Dipartimento delle opere sociali (DOS) e il DPE collaborano per un'informazione al termine della scolarità obbligatoria e nelle scuole post-obbligatorie.

– La Sezione sanitaria intende procedere, nel corso dell'autunno 1987, ad un'informazione presso tutti i fuochi del Cantone.

Quest'azione dovrebbe essere complementare a quella primaverile fatta dall'Ufficio federale e allargare l'informazione anche alle modalità di contagio oltre che ai mezzi di prevenzione. È pure previsto un manifesto murale.

– Dovrebbe inoltre essere facilitato l'accesso ai preservativi, in particolare tramite la posa di distributori automatici anche negli esercizi pubblici.

– Con i responsabili delle agenzie di viaggio dovrebbe essere studiata la possibilità di distribuire, a coloro che si recano in zone ove l'infezione è endemica o per destinazioni tipiche del turismo sessuale, un'informazione sull'infezione e le possibilità di prevenzione come già si fa per altre malattie (malaria, ecc.).

– Dovrebbe essere studiata la possibilità di facilitare per i tossicodipendenti che si iniettano l'accesso alla cura ambulatoriale con metadone. Soprattutto dovrà essere garantito un numero adeguato di medici e/o di altri servizi sanitari disponibili per tale trattamento. Inoltre andranno studiate nuove possibilità per far cessare il micidiale uso promiscuo di siringhe, rendendole, almeno quale male minore, più facilmente accessibili tramite, ad esempio, punti di vendita anonimi oppure la distribuzione anche gratuita da parte degli enti e associazioni rivolti alla prevenzione della SIDA. In altri Paesi, ad esempio ad Amsterdam, vige anche il metodo dello «scambio» tra tossicodipendenti e farmacisti (siringhe sterili in cambio di quelle usate).

Questi provvedimenti potrebbero avere un influsso positivo, specie se accompagnati da un'informazione specifica, sul contenimento della diffusione dell'infezione HIV all'interno del gruppo dei tossicodipendenti e,

di riflesso, nella popolazione. Non va dimenticato che già oltre il 50% di essi è portatore del virus. Se la percentuale (il solo scambio di una siringa può trasmettere l'infezione ad un tossicodipendente non ancora infetto) dovesse ulteriormente aumentare ed avvicinarsi, come è già il caso a Milano (23), a circa il 90% di sieropositività, la probabilità di infezione nella popolazione generale e in specie nei giovani potrebbe subire un drammatico incremento.

Dipartimento delle opere sociali Sezione sanitaria

Bibliografia

- (1) SIDA – Une perspective internationale, OMS Information, No. 103, Novembre 1986.
- (2) Martin J.: **Le SIDA: La responsabilité de tous et de chacun.** Sozial- und Präventivmedizin, 31; 330-332, 1986.
- (3) Janett A., Stutz T., Somaini B. et al.: **Prévention du SIDA.** Bull. Méd. Suisses, 49; 2304, 1986.
- (4) Scottish Committee on HIV Infection, HIV Infection In Scotland, Scottish Home and Health Department, September 1986.
- (5) Mann J.: **La lutte contre le SIDA. Un défi mondial.** OMS, Santé du monde, Novembre 1986.
- (6) SIDA, Documentation publiée par l'Office fédéral de la santé publique à l'occasion de la journée d'information sur le SIDA. CHUV, Lausanne, 2 décembre 1986.
- (7) Goedert J.J. et al.: **Science**, 231: 992, 1986 (citato in 4).
- (8) Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E.: **Sexual Behavior in the Human Male**, Philadelphia, WB Saunders CO, 1984.
- (9) **Homosexuality – part. I: Who is homosexual? A working definition.** Patient Care, Sept. 15: 22-58, 1980.
- (10) Council of Scientific Affairs, Health Care Needs of a Homosexual Population. JAMA, 248, 6: 736-739, 1982.
- (11) Comunicazione personale dott. B. Somaini, BAG, Berna.
- (12) Redfield R., Markham P., Salahuddin S. et al.: **Frequent Transmission of HTLV-III Among Spouses of Patients with AIDS – Related Complex and AIDS.** JAMA, 253, 11; 1571-1573, 1985.
- (13) Redfield R., Markham P., Salahuddin S. et al.: **Heterosexually Acquired HTLV-III/LAV Disease (AIDS Related Complex and AIDS).** JAMA, 254, 15; 2094-2096, 1985.
- (14) Acheson E.D.: **AIDS: A Challenge for the Public Health.** Lancet, 22 march 1986, 662-666.
- (15) Bayer R., Levine C., Wolf S.: **HIV Antibody Screening. An Ethical Framework for Evaluating Proposed Programs.** Jama, 256, 13; 1768-1774, 1986.
- (16) Ufficio Federale di Sanità Berna.
- (17) Who Collaborating Centre on AIDS, AIDS Surveillance in Europe, Report no. 10, 30th June 1986, Paris.
- (18) Mann J., Colebunders R., Khonde N. et al.: **Natural History of Human Immunodeficiency virus infection in Zaire.** Lancet, september 27, 1986; 707-709.
- (19) Martin J.: **Ce que le SIDA va changer.** L'Hébdô, no. 52; 38-39, 1986.
- (20) Seage G. III, Lauders S., Barry A. et al.: **Medical Care Costs of AIDS in Massachusetts.** JAMA, 256; 3107-3109, 1986.
- (21) Conant M., Hardy D., Sernatinger J. et al.: **Condoms Prevent Transmission of AIDS Associated Retrovirus.** JAMA, 255; 1706, 1986.

(22) Wellings K.: **AIDS and the Condoms,** British Medical Journal, 293., 15 november 1986, 1259-1260.

(23) Verani P.: **Sieropositività tra i tossicodipendenti a Milano,** Comunicazione personale dott. Somaini B., BAG, Berna.

Elaborazione e redazione:

G. Domenighetti, economista, Capo Sezione Sanitaria e Membro del Comitato della Società Svizzera di Medicina Sociale e Preventiva.

Collaborazione:

M. DE GRAZIA, sociologo presso la Sezione Sanitaria e Segretario del Gruppo Operativo Droga.
F. ZANETTI-STRECCIA, cand. med., Ospedale S. Giovanni (per l'inchiesta sulla sieropositività dei tossicodipendenti).

Si ringraziano i signori:

G. MOMBELLI, dott. med., Primario medicina interna Ospedale La Carità e Membro della Commissione Federale per i problemi della SIDA, per la rilettura del manoscritto e gli utili consigli.

B. SOMAINI, dott. med., Vice Direttore dell'Ufficio Federale di Sanità e Membro della Commissione Federale per i problemi della SIDA, per la discussione sulla metodologia della parte concernente la diffusione dell'infezione HIV e la previsione dei casi di SIDA.

¹) HIV = Human Immunodeficiency Virus.

²) In inglese, AIDS RELATED COMPLEX (ARC). Tutta la terminologia legata alla patologia dell'infezione da HIV è attualmente in fase di rielaborazione.

³) Le nozioni esposte in questo capitolo sono in larga misura tratte da «SIDA. Documentation publiée par l'Office fédéral de la santé publique à l'occasion de la journée d'information sur le SIDA; 2 décembre 1986; Auditoire Auguste Tissot, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne; Rédaction: Nicolas Broccard, dr.phil.; Etat novembre 1986».

⁴) Lymphadenopathy-associated virus/Human T-cell-leukemia virus Typ III.

⁵) Human Immunodeficiency Virus.

⁶) È detta sieropositiva una persona che ha nel sangue anticorpi anti-HIV. Questo significa che essa è stata almeno una volta in contatto con il virus HIV. Ogni test ELISA positivo deve sempre essere confermato da un secondo test, fondato su un altro metodo, di regola il Western Blot.

⁷) Questi dati si basano su studi longitudinali di morbilità e mortalità degli ultimi 5-6 anni, cioè da quando, nell'estate 1981, è stato descritto, negli Stati Uniti, il primo caso di SIDA. Altre fonti parlano di oltre il 30% di casi SIDA completa già dopo 3 anni dall'infezione (7).

⁸) Anche se va seriamente discussa la posizione di coloro che, portatori del virus HIV, esercitano professioni a rischio di contagio verso terzi, una eventuale generalizzazione dell'obbligo di sottoporsi al test per la ricerca degli anticorpi può risultare, oltre che lesiva della libertà individuale, deresponsabilizzante per gli altri e di nessuna efficacia concreta. Una tale pratica crea infatti l'illusione che chi sia oggi negativo al test lo sia anche in futuro. Non va inoltre dimenticato che l'attuale test ELISA evidenzia gli anticorpi unicamente dopo 3 settimane - 3 mesi dall'avvenuto contagio, lasciando quindi intatta la possibilità di trasmettere l'infezione in quel periodo. Sono stati descritti anche casi di falsi risultati negativi (15).

⁹) Se non diversamente specificato, le proposte qui elencate non sono ancora state né discusse né approvate dalle competenti istanze istituzionali.

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 erronee (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 erronee 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 erronee 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

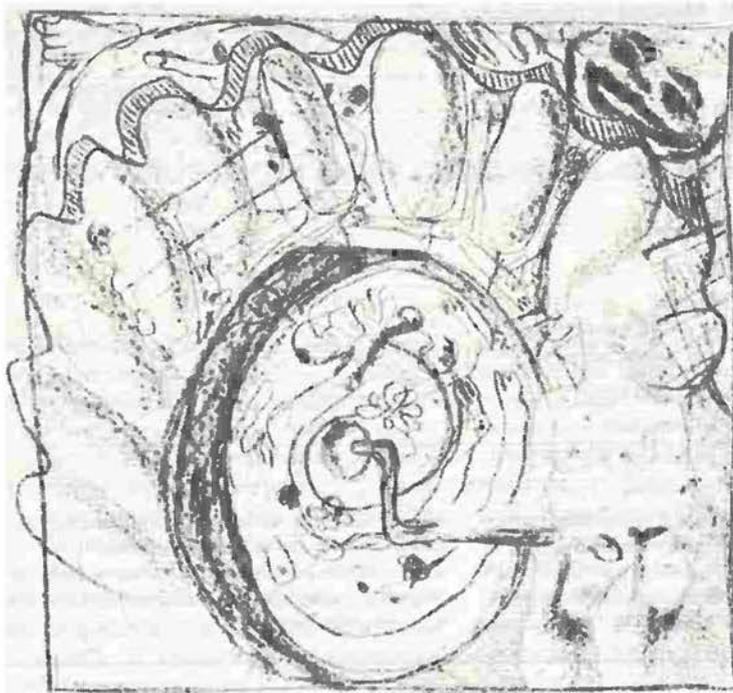
L'epidemia da HIV (Human Immunodeficiency Virus) ha raggiunto proporzioni allarmanti. In mancanza (e in attesa) di un vaccino e/o di una chemioterapia specifica la prevenzione resta l'unico mezzo a disposizione per limitare l'ulteriore espandersi dell'epidemia. L'Autorità sanitaria è quindi intervenuta 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



Mauro Valsangiacomo, *Faites toruner SVP*.

tossicodipendenti e omosessuali. In questa ottica, e date anche le ampie sovrapposizioni dei fattori di rischio (prostituzione tra i tossicomani, tossicomania tra le prostitute o gli omosessuali ecc...) il discorso preventivo preferisce il termine di «comportamento a rischio» piuttosto che di «gruppo a rischio», e considera il rapporto sessuale non protetto al di fuori di una relazione stabile e monogama come il comportamento a rischio più frequente.

Le raccomandazioni e misure preventive hanno come obiettivo quello di ridurre al minimo il rischio di contagio e quindi di limitare l'estendersi dell'epidemia da HIV. Emanando queste misure l'Autorità sanitaria tiene conto della situazione attuale a livello di comportamento sessuale senza evidentemente darne un giudizio morale, giudizio che sarebbe comunque al di fuori delle sue competenze specifiche. Per essere in grado di controllare l'epidemia le raccomandazioni e misure preventive devono soddisfare le condizioni di accettabilità e praticabilità da parte dell'utente, oltre che essere di provata efficacia in termini di riduzione del rischio di contagio. L'accettabilità di una misura preventiva è inversamente proporzionale ai cambiamenti che questa misura impone allo stile di vita dell'utente. Per esemplificare: per un tossicodipendente l'uso della siringa sterile è evidentemente più accettabile della rinuncia alla droga. Per un individuo sessualmente attivo al di fuori di una relazione stabile e monogama l'uso del preservativo risulta più accettabile dell'astinenza. L'Autorità sanitaria insiste quindi sull'uso della siringa sterile e del preservativo perchè ritiene che, essendo più largamente accettabili, queste proposte risulteranno più efficaci della proposta di astinenza dalla droga risultante dalla promiscuità sessuale. Questo anche se la protezione fornita dal

preservativo non può essere assoluta (le prove di laboratorio hanno dimostrato che lo stesso è impermeabile al virus, ma resta il rischio legato all'uso improprio e alla rottura).

Per ragioni di chiarezza le misure preventive si concentrano sulle due modalità rilevanti di contagio e volutamente non tengono conto delle innumerevoli e svariate altre possibilità teoriche di contrarre la malattia. Come si è già detto, in effetti, il rischio di contagio al di fuori della via sessuale e dello scambio di siringhe è, in pratica, inesistente. Tener conto di tutte le possibilità teoriche di contagio porterebbe inoltre a raccomandazioni preventive complicate, poco incisive e difficilmente accettabili, con il risultato di diminuire l'efficacia globale dell'intervento preventivo. In questa ottica dovrebbe pure essere gestita la campagna di informazione dei mass-media: con un messaggio efficace, cioè veritiero e chiaro, evitando ingiustificati allarmismi. Questi ultimi non servono alla prevenzione e rischiano invece di provocare reazioni negative a livello di comportamento individuale, familiare e sociale.

La prevenzione del contagio da HIV presso i tossicodipendenti è spesso circondata da un certo scetticismo. Questo scetticismo deriva soprattutto dalla convinzione che la tossicodipendenza sia in ogni caso di per sé già gravata da una prognosi infausta. A parte il fatto che considerazioni di ordine etico impongono un totale impegno di prevenzione anche presso questa categoria di emarginati, lo scetticismo è comunque ingiustificato perchè la prognosi a lunga scadenza dei tossicodipendenti è meno grave di quanto generalmente ritenuto. In effetti, se la mortalità durante la fase di tossicodipendenza è aumentata, 15 anni dopo il primo contatto con la droga l'80% degli individui è pur sempre ancor in vita e di questi la metà

non è più tossicodipendente. Va infine egoisticamente notato come i tossicodipendenti siano un importante veicolo di infezione tra il resto della popolazione, ed è quindi nell'interesse di tutti che il contagio sia possibilmente evitato anche in questo gruppo ad alto rischio.

La misura preventiva decisiva per limitare il contagio tra i tossicodipendenti consiste evidentemente nell'evitare l'uso promiscuo di siringhe. La praticabilità di questa misura è subordinata alla disponibilità di siringhe sterili o alla alternativa della cura metadonica. È comunque da evitare che l'applicazione delle misure preventive faciliti l'accesso alla droga o allo stato di tossicodipendenza in genere. La modalità pratica più sicura per evitare l'uso promiscuo di siringhe senza facilitare l'accesso alla droga dovrebbe consistere nel metodo dello scambio tra farmacista e tossicomane di una siringa sterile contro una già usata. Circa l'alternativa della cura metadonica, è mia convinzione che l'accesso alla cura metadonica vada favorito solo in situazioni singole, a rischio di contagio particolarmente elevato (per esempio: tossicodipendenti HIV positivi e conosciuti per praticare la prostituzione a scopo di procurarsi la droga).

Circa l'utilità del test sierologico (detezione degli anti-corpi anti HIV) agli scopi della prevenzione sono da ritenere i punti seguenti. Il test è diventato un'arma essenziale per evitare il contagio da HIV legato a trasfusioni di sangue e prodotti sanguigni o a donazioni/trapianti di organi o prodotti organici. Resta un piccolo rischio residuo legato a donazioni effettuate durante il periodo di tempo tra l'eventuale contagio del donatore e la formazione di anticorpi (da poche settimane a 3 mesi). Dato l'alto rischio di trasmissione verticale dalla madre infetta al nascituro, il test è pure utile nel pianificare (rispettivamente evitare) gravidanze in donne ad alto rischio di aver contratto l'infezione. Il test è infine evidentemente indicato, ma a scopo puramente diagnostico, in contesti clinici che lasciano sospettare una malattia da HIV. Al di fuori di queste e poche altre situazioni particolari e indipendentemente dalla presenza di fattori di rischio è perlomeno dubbio che il sottomettere persone singole o gruppi di persone sane al test possa avere dei risvolti positivi ai fini della prevenzione. Al limite la coscienza di essere sieropositivo può avere un effetto deresponsabilizzante e favorire comportamenti che aumentano invece di diminuire il rischio di contagio. È inoltre evidente che l'angoscia che comporta il sapersi contagiato può influenzare negativamente il comportamento a livello individuale, familiare e sociale. Il test per anticorpi anti HIV è quindi da eseguire solo dopo che le conseguenze di un eventuale risultato positivo sono state ben soppesate e discusse con l'interessato.

Dott. med. Giorgio Mombelli

Primario medicina interna
Ospedale La Carità, Locarno,
e membro della Commissione federale
per i problemi della SIDA



Informazioni sulla Sindrome da immunodeficienza acquisita (S.I.D.A. o A.I.D.S.)

Testo destinato agli allievi di III-IV media e delle scuole postobbligatorie

Supplemento di «Scuola ticinese», fascicolo no. 137, Bellinzona, maggio 1987

Presentazione

Il virus dell'immunodeficienza umana potrebbe diffondersi nei prossimi tempi rapidamente e veicolare una nuova malattia, la SIDA (o AIDS), contro la quale non possediamo ancora né un vaccino né una cura efficace.

La diffusione di questa malattia può oggi essere combattuta solo con l'informazione e la prevenzione.

Riteniamo indispensabile rivolgere questa azione informativa già agli allievi della scuola media, nell'ottica di un'educazione ai valori della vita e della salute umana e per responsabilizzarli soprattutto nei riguardi dei comportamenti sessuali.

La correttezza dell'informazione permetterà anche di evitare paure irrazionali nei confronti della malattia e pregiudizi nei confronti degli ammalati.

Che cos'è la SIDA

È una malattia virale infettiva. Il virus che la provoca è stato scoperto solo nel 1983 all'Istituto Pasteur di Parigi e, quasi contemporaneamente, al National Institut of Health, a Betesda negli USA.

Esso si chiama

virus dell'immunodeficienza umana (HIV)

La sigla SIDA (in inglese AIDS) è composta dalle iniziali delle parole che definiscono la malattia.

S Sindrome	A Acquired
I Immuno	I Immuno
D Deficienza	D Deficiency
A Acquisita	S Sindrome

Le tappe della malattia

● L'infezione con il virus, penetrato nel sangue umano, segna l'inizio del contagio.

Si può diagnosticare tale stato con esami di laboratorio che rivelano la presenza, nel sangue, di anticorpi prodotti dall'organismo contro il virus.

È detta **sieropositiva** una persona che rivela la presenza di questi anticorpi e perciò, indirettamente, di essere portatrice del virus.

● Allo stato attuale delle conoscenze si può dire che:

- non si è ancora mai potuto dimostrare che l'organismo riesca a eliminare il virus con i suoi mezzi di difesa naturali;
- chi è stato contagiato rimane portato-

del virus e lo può trasmettere ad altre persone;

- in un primo stadio (detto asintomatico) il virus non porta necessariamente alla malattia; questo periodo di latenza può durare diversi anni o forse anche per tutta la vita; l'evoluzione a lungo termine è ancora sconosciuta.

● Si conoscono alcune forme di sviluppo successivo dell'infezione (para-SIDA) che, pur essendo gravi, non sono mortali; esse possono evolvere in SIDA completa; in rari casi vi può essere la scomparsa di queste forme e il ritorno allo stadio precedente (asintomatico).

● La persona portatrice del virus può manifestare, dopo un periodo di latenza mediamente di 3 anni, la SIDA, sia direttamente, sia passando per lo stadio sopra descritto.

● Chi arriva alla SIDA entra in uno stadio irreversibile della malattia che porta alla morte generalmente entro 12-18 mesi.

Non esiste, per il momento, contro questa malattia, nessun vaccino preventivo e nessun medicamento o terapia che la possano curare efficacemente.

Abbiamo a disposizione unicamente la prevenzione, cioè comportamenti umani responsabili e cautelativi, in modo da impedire la diffusione del virus.

L'autoresponsabilizzazione è fondamentale.

Natura della malattia

L'essere umano può ammalarsi quando un germe (virus, batteri, funghi, parassiti) che provoca malattie penetra nel suo organismo. Normalmente, dopo qualche tempo ridiventa sano: l'autodifesa del corpo ha funzionato e ha contrastato efficacemente l'azione del germe. Ciò significa che il *sistema immunitario* (sistema di difesa) ha identificato il germe come estraneo all'organismo e lo ha annientato. Nel processo di protezione dell'organismo l'individuazione dei germi estranei è assicurata da determinati globuli bianchi del sangue, il cui nome scientifico è linfociti-T. Appena individuano un germe nocivo, i linfociti-T attivano, tramite uno stimolo chimico, globuli bianchi di altro tipo che cominciano immediatamente a produrre gli anticorpi. Gli anticorpi sono in grado di riconoscere il germe estraneo e di distruggerlo: l'organismo colpito ritrova il suo stato normale e gli anticorpi che rimangono provvedono alla sua immunità, sovente duratura, contro il germe in causa.

Il virus è un germe così piccolo che non può essere visto nemmeno con il microscopio ottico. Il virus non è capace né di spostarsi da solo, né di nuotare o di volare; per poter vivere e moltiplicarsi deve annidarsi in una cellula vivente del corpo.

Il virus della SIDA ha la pericolosa proprietà di annidarsi soprattutto nei linfociti-T. Per vari motivi, scientificamente non ancora completamente chiariti, esso può permanere durante mesi o anni nell'organismo rimanendo «inattivo». Tra il momento del contagio e la possibile comparsa della malattia trascorre un lungo periodo di tempo. Durante questo tempo i virus della SIDA o non si moltiplicano affatto, oppure solo molto lentamente. Ciò nonostante il sistema immunitario della persona contagiata produce degli anticorpi che si possono scoprire con un esame del sangue. Improvvisamente, il virus obbliga i linfociti-T che ha colpito a produrre in massa nuovi virus della SIDA. La scienza non conosce ancora esattamente il motivo di questo cambiamento nel comportamento del virus.

Le conseguenze per la persona infetta sono in ogni caso gravi:

- i virus colpiscono rapidamente altri linfociti-T;
- i linfociti-T attaccati muoiono.

Quando i linfociti-T sono messi fuori uso, il corpo è senza difesa: il suo sistema immunitario non funziona più. L'organismo è ora completamente inerme, in balia di germi dai quali normalmente si difendeva senza difficoltà. Appare quindi la SIDA nella sua gravità.



N.B. Il decorso sopra descritto si basa sullo stato della conoscenza della malattia nei primi sei anni.

Come può avvenire il contagio e come evitarlo

Il virus dell'immunodeficienza umana non riesce a introdursi nel corpo attraverso la pelle o le mucose; può penetrare nel sistema circolatorio solo attraverso una ferita, anche piccolissima e invisibile a occhio nudo.

Il virus è piuttosto fragile e si inattiva rapidamente fuori del corpo; può tuttavia sopravvivere per qualche tempo su siringhe o altri oggetti sporchi di sangue. Una persona può essere contagiata se il suo sangue entra in contatto con

**sangue
sperma
secrezioni vaginali**

di una persona portatrice del virus.

Situazioni di possibile contagio

① *Tutte le pratiche sessuali con penetrazione sono a rischio se effettuate con persone contagiate dal virus dell'immunodeficienza umana.*

Inoltrandovi in un'età di maturità sessuale, occorre segnalarvi i pericoli insiti nei rapporti indiscriminati, occasionali o con partner poco conosciuti.

Nelle situazioni a rischio, il preservativo, se usato correttamente, diminuisce notevolmente il pericolo di contagio; i test in vitro eseguiti finora hanno dimostrato che il virus non passa attraverso il preservativo.



● Il consumo di droghe, in particolare di quelle iniettate nel sangue, oltre ad essere dannoso per la salute, può trasmettere il virus (HIV) attraverso lo scambio di aghi e siringhe.

● I genitori portatori del virus possono trasmettere lo stesso ai figli durante la gravidanza, il parto o l'allattamento.

La trasmissione non avviene per via genetica ma per gli scambi tra la madre e il feto.

● Bisogna evitare lo scambio di spazzolini da denti, di rasoio e di altri oggetti che possono trasportare sangue da una persona all'altra.

N.B.: anche nei liquidi corporei come la saliva, le lacrime e l'urina sono state rinvenute tracce del virus; essi non rappresentano però un veicolo di trasmissione del virus.

In generale

Bisogna evitare le situazioni a rischio, nelle quali cioè il proprio sangue può entrare a contatto con sangue, sperma o secrezioni vaginali infette.

Quanto più numerose sono le situazioni a rischio a cui ci si espone, tanto maggiore è la probabilità di essere contagiati.

Anche un solo comportamento a rischio può però essere fatale.

Il rispetto della propria vita e di quella altrui impongono una grande cautela nelle situazioni a rischio esistenti.

L'autoresponsabilizzazione e l'autodisciplina sono fondamentali.

Ciò che sicuramente non è contagioso

La gran parte delle situazioni nelle quali ci si ritrova nella vita quotidiana non presentano rischi di contagio.

● I consueti contatti sociali con una persona contagiata da HIV o ammalata di SIDA non presentano alcun rischio se si rinuncia a relazioni sessuali. Nessuno può contagiarsi con strette di mano, abbracci o baci.

● La tosse e lo starnuto non rappresentano vie di contagio.

● L'impiego comune delle stoviglie, della biancheria da letto e di altri oggetti della vita quotidiana non comporta alcun rischio.

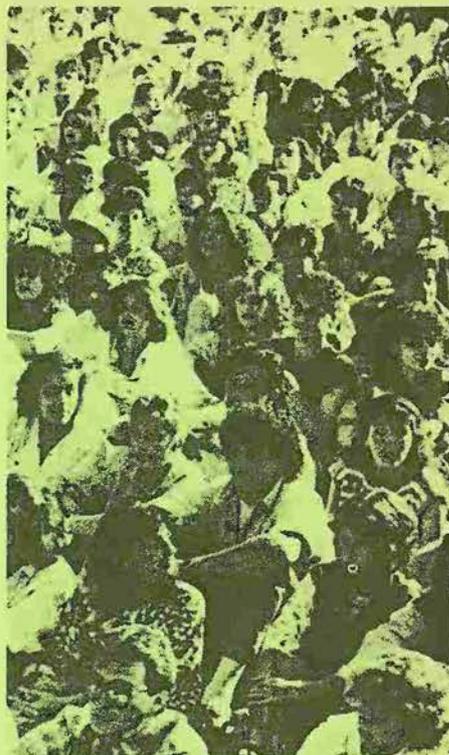
● L'uso delle docce, delle piscine, dei bagni, delle saune o dei gabinetti pubblici non dà luogo a contagio.

● Anche i pasti presi assieme non presentano rischi: infatti il virus della SIDA non si trasmette tramite i generi alimentari.

● Ricevere sangue in Svizzera non presenta oggi alcun pericolo, poiché ogni donazione è severamente controllata. Le conserve di sangue che contengono degli anticorpi contro la SIDA sono scartate sia per le trasfusioni sia per la preparazione di prodotti derivati dal sangue.

● Le cure ambulatoriali dal medico e dal dentista o la degenza all'ospedale sono senza rischio. Le misure abituali di disinfezione prese in questi luoghi sono sufficienti per rendere inoffensivo, con certezza, il virus della SIDA. Lo stesso vale per tutti i luoghi professionali in cui vi è pericolo di ferite della pelle (ad es. dal parrucchiere).

● I contatti con animali domestici e insetti non rappresentano un pericolo di contagio.



Che cos'è un'epidemia

Si parla di epidemia quando una malattia si diffonde in seno a una popolazione mediante la propagazione di germi infettivi.

Quanto più numerose sono le persone ammalate, tanto più aumenta la velocità di diffusione della malattia stessa nella comunità.

I germi sono particolari microorganismi che si nutrono all'interno del corpo umano (parassiti), lo avvelenano o danneggiano le cellule provocando la malattia.

La malattia può essere banale, come il raffreddore, di breve durata, come la varicella, o grave come la peste, il vaiolo, la paralisi infantile.

L'umanità, nella sua storia, ha dovuto combattere molte epidemie devastanti. Negli ultimi decenni è riuscita a vincerne una gran parte, grazie ai progressi della ricerca scientifica e della medicina. Ora è confrontata con una nuova malattia epidemica: la SIDA.

Si combatte un'epidemia con tre ordini di provvedimenti:

a) con misure di prevenzione di tipo igienico e con comportamenti cautelativi, volti a evitare la diffusione del contagio; essi presuppongono l'autoresponsabilizzazione;

b) con la vaccinazione, cioè con l'immissione nell'organismo umano di anticorpi specifici, in grado di neutralizzare i germi più pericolosi, o di parti di germi che stimolano l'organismo a produrre esso stesso gli anticorpi;

c) con le terapie mediche, in grado di intervenire quando la malattia è insorta.

Attualmente si conosce il virus che provoca la SIDA, ma non si è ancora riusciti a creare né un vaccino né una terapia medica efficace. Possiamo difenderci dall'epidemia solo ricorrendo a misure di prevenzione.

Alcuni dati statistici

A partire dal 1981 i casi di SIDA si sono manifestati negli USA, nell'Africa centrale, in tutti i paesi europei e in molti altri paesi del resto del mondo.

● Negli USA, all'inizio di marzo 1987, i casi di SIDA erano più di 31.000, mentre le persone contagiate erano più di un milione; si stima che nel 1991 i nuovi casi di SIDA saranno circa 74.000.

● Nel Regno Unito, si calcolava che le persone infette da HIV fossero più di 40.000; di esse più di 600 avevano sviluppato la SIDA (fine dicembre 1986).

● Malgrado l'assenza di censimenti attendibili, si sa che l'infezione è particolarmente diffusa nell'Africa centrale. Mentre nel mondo occidentale sono soprattutto certe «categorie a rischio» a essere colpite, in Africa il fenomeno interessa tutta la popolazione.

In Ticino e in Svizzera

Si stima che oggi nel Ticino vi siano 1.200-1.400 persone portatrici del virus dell'immunodeficienza umana (HIV), cioè

- 1 uomo ogni 90-100 e
- 1 donna ogni 280-350

in età tra i 15 e i 64 anni

Oltre la metà dei sieropositivi è rappresentata da tossicodipendenti che si iniettano nel sangue sostanze stupefacenti con scambi di siringhe. È importante notare che già oggi il 53% dei tossicodipendenti che si «bucano» è portatore del virus della SIDA.

Circa un terzo dei sieropositivi è costituito da uomini omosessuali o bisessuali. Inoltre si stima che vi sia circa un centinaio di persone che non appartengono a questi gruppi particolarmente esposti. Il contagio può interessare qualunque persona che si esponga a comportamenti a rischio.

I malati di SIDA, sempre nel Ticino, al 31 dicembre 1986 erano 13. Questa cifra (apparentemente limitata) non deve trarre in inganno, poiché è solo dopo diversi anni che il portatore del virus svilupperà la malattia. Si stima oggi che

La SIDA in Svizzera

CANTONI	TASSO × 100.000 ABITANTI	
	30.9.1985	30.9.1986
GINEVRA	3,31	6,35
ZURIGO	2,84	5,76
VAUD	2,02	4,41
TICINO	1,82	4,36
NEUCHÂTEL	1,29	3,23
BASILEA CITTÀ	1,53	2,55
BE, LU, GL, ZG, FR, SO, BL, SG, GR, AG, VS	(da 0,22 a 2,49)	
UR, SH, NW, GL, OW, SZ, AR, AI, TG, JU	(nessun caso)	
SVIZZERA	1,19	2,62

USA (30 giugno 1986) 9,7

Popolazione al 31.12.1985

per ogni ammalato di SIDA ci siano 100 portatori del virus.

In Svizzera, dal 1985 al 1986, i casi di SIDA sono aumentati dall'1,19 al 2,62 ogni 100.000 abitanti; nel Ticino si passa da 1,82 a 4,36 ammalati ogni 100.000 abitanti. Si stima che i portatori del virus in Svizzera siano circa 15.000-20.000, il che significa 1 persona ogni 300-400 abitanti.

Si calcola che a partire dal 1988 avremo nel Ticino un centinaio di nuovi ammalati di SIDA ogni anno. Siccome un ammalato sopravvive, allo stato attuale delle possibilità curative, 12-18 mesi, ogni anno vi saranno in cura 150-200 casi di SIDA.

Nel futuro la malattia potrà estendersi ampiamente se non verranno adottate le appropriate misure preventive.

Questionario

Le domande seguenti permettono di fare un bilancio delle conoscenze acquisite. La risposta esatta è di solito una sola; in alcune domande è più di una.

- 1 Perché ritieni che si stia facendo nelle scuole un'informazione sulla SIDA?
 - a) perché è una malattia molto diffusa
 - b) perché c'è il rischio che si diffonda come un'epidemia
 - c) perché è una malattia sessuale
- 2 Una persona può avere il virus della SIDA:
 - a) per una malattia propria
 - b) per contagio da animali
 - c) per disfunzioni sessuali
 - d) per contagio da altre persone infette
- 3 L'HIV è pericoloso quando penetra:
 - a) nel sistema circolatorio
 - b) negli organi sessuali
 - c) nei polmoni
 - d) nella bocca
- 4 Il virus della SIDA, entro 6 anni dall'infezione:
 - a) produce sempre la SIDA o altre forme intermedie
 - b) produce la malattia solo in una parte delle persone contagiate
 - c) può scomparire dall'organismo dopo qualche tempo
- 5 Un portatore del virus (HIV) senza sintomi di malattia è:
 - a) contagioso
 - b) non contagioso
- 6 La SIDA, oggi:
 - a) può essere curata e guarita
 - b) può essere prevenuta con buona sicurezza
 - c) può essere evitata con una vaccinazione
 - d) è sempre mortale
- 7 Possono essere contagiati:
 - a) solo le persone appartenenti a certe categorie a rischio
 - b) tutte le persone che assumono dei comportamenti a rischio
 - c) solo gli uomini
 - d) solo le donne
- 8 Quali dei comportamenti sotto descritti sono a rischio?
 - a) occuparsi di persone ammalate di SIDA
 - b) giocare con bambini portatori del virus o ammalati di SIDA
 - c) usare in comune aghi e siringhe
 - d) ricevere trasfusioni di sangue
 - e) avere rapporti sessuali indiscriminati e pericolosi senza adottare misure profilattiche
- 9 La SIDA è mortale perché:
 - a) arresta la circolazione del sangue
 - b) avvelena il sangue e impedisce che questo trasporti il nutrimento a tutte le parti del corpo
 - c) provoca emorragie interne
 - d) impedisce la procreazione
 - e) indebolisce la capacità dell'organismo di difendersi contro i germi che provocano infezioni e malattie gravi
- 10 Attraverso quali sostanze si trasmette il virus?
 - a) i cibi
 - b) il sangue
 - c) l'acqua
 - d) la saliva
 - e) lo sperma
 - f) la droga
 - g) il fumo
 - h) l'aria
 - i) le secrezioni vaginali
- 11 Quali delle situazioni sotto descritte rappresentano praticamente un pericolo di contagio?
 - a) puntura di zanzare
 - b) dal dentista
 - c) dall'ottico
 - d) dal parrucchiere
 - e) al ristorante
 - f) in piscina
 - g) in ospedale

Risposte esatte

- a - p - q e
 b - a - c e p
 ! - e - q q q q

La SIDA ed il medico dentista

Fra il personale sanitario, il medico dentista è uno dei più esposti al virus della SIDA, perchè lavora tutto il giorno a contatto con le mucose orali e la saliva dei pazienti, che notoriamente può contenere il virus, e perchè spesso le cure dentarie provocano piccole emorragie gengivali (p.es. sistemando una matrice metallica attorno a un dente da oturare, estirpando una polpa ancora viva da un canale, prendendo l'impronta per una corona che deve scendere fin nel solco gengivale, eseguendo un detartraggio, ecc.). Il numero dei portatori del virus HIV viene stimato oggi nel Ticino attorno ai 1500 ed in Svizzera attorno ai 30.000: è chiaro che ogni medico dentista ne avrà prima o poi diversi fra i suoi pazienti. Inoltre il virus tende ormai a diffondersi fra tutta la popolazione, per cui il concetto di «paziente a rischio» pare ormai superato. **Ogni** paziente dev'essere considerato potenzialmente infettivo, e occorre quindi proteggersi, proteggere il proprio personale ausiliario e gli altri pazienti.

Rischio di contagio

Per prima cosa è necessario richiamare una realtà consolante. Il potenziale infettante del virus HIV appare molto piccolo. Se p.es. il rischio di contrarre un'epatite B, in seguito a una ferita accidentale con un ago contaminato da quel virus, si stima fra il 6 e il 30%, per il virus della SIDA tale rischio è inferiore all'1%. Diversi studi hanno indagato sulla possibilità di contagio del personale sanitario. Uno dei più ampi venne condotto in Atlanta. Su 1758 persone (medici, infermieri, impiegati d'ospedale e di laboratorio, ecc.) che erano entrate in contatto diretto con pazienti ammalati di SIDA, se ne trovarono solo 26 portatrici del virus, ma quasi tutte erano esse stesse persone a rischio. Solo in 2 casi si concluse per un'infezione di origine professionale.

Detto questo, bisogna ugualmente prendere sul serio la possibilità di un'infezione e ricorrere alle misure di protezione raccomandate.

Queste vennero già pubblicate nel dicembre '85 sulla Rivista mensile svizzera di odonto-stomatologia, e riportate in traduzione italiana sul Bollettino dell'Ordine dei medici dentisti del Canton Ticino del marzo 1986. Esse coincidono largamente con quelle pubblicate nell'aprile 1986 dal «Center for Disease Control» di Atlanta (ente governativo americano), e le elenchiamo qui di seguito in forma schematica.

Misure di protezione

- Anamnesi accurata (specialmente: medicinali assunti, infezioni acute, linfadeniti, perdita di peso).
- Protezione del personale curante e assistente con occhiali, mascherina, guanti di

gomma. Questi devono venir cambiati per ogni paziente, e qualora vengano perforati accidentalmente.

- Gli abiti da lavoro (camici) devono venir cambiati ogni giorno, o quando sono visibilmente macchiati, e possono venir lavati normalmente nella lavatrice.

- Coprire le superfici che possono venir contaminate da sangue e saliva e che sono difficili da disinfettare (tavolini, interruttori, manici di lampade, ecc.) con teli, fogli di plastica trasparente o di alluminio. Queste protezioni, alla fine dell'intervento, devono venir tolte portando i guanti!

- Evitare, durante la cura, di produrre schizzi o aerosol di sostanze potenzialmente infette. È noto che il trapano a turbina produce una nebbia di goccioline che arriva fino a 2 m dalla bocca del paziente; ed analogamente si comportano gli strumenti ad ultrasuoni per il detartraggio.

- Particolare cura occorre nel lavare le mani, prima e dopo l'intervento (può succedere che i guanti vengano perforati inavvertitamente, e che materiale infetto penetri all'interno). Per le cure di routine, è sufficiente il sapone normale. La disinfezione chirurgica è necessaria per gli interventi operatori, badando però a non ferirsi le mani per troppo zelo.

- Strumenti taglienti e aghi da iniezione dovrebbero essere possibilmente monouso.

Molta cura è necessaria nel manipolarli e nel distruggerli, per evitare di ferirsi. Gettarli via sempre solo in un contenitore solido e impermeabile, per evitare ferite al personale di pulizia.

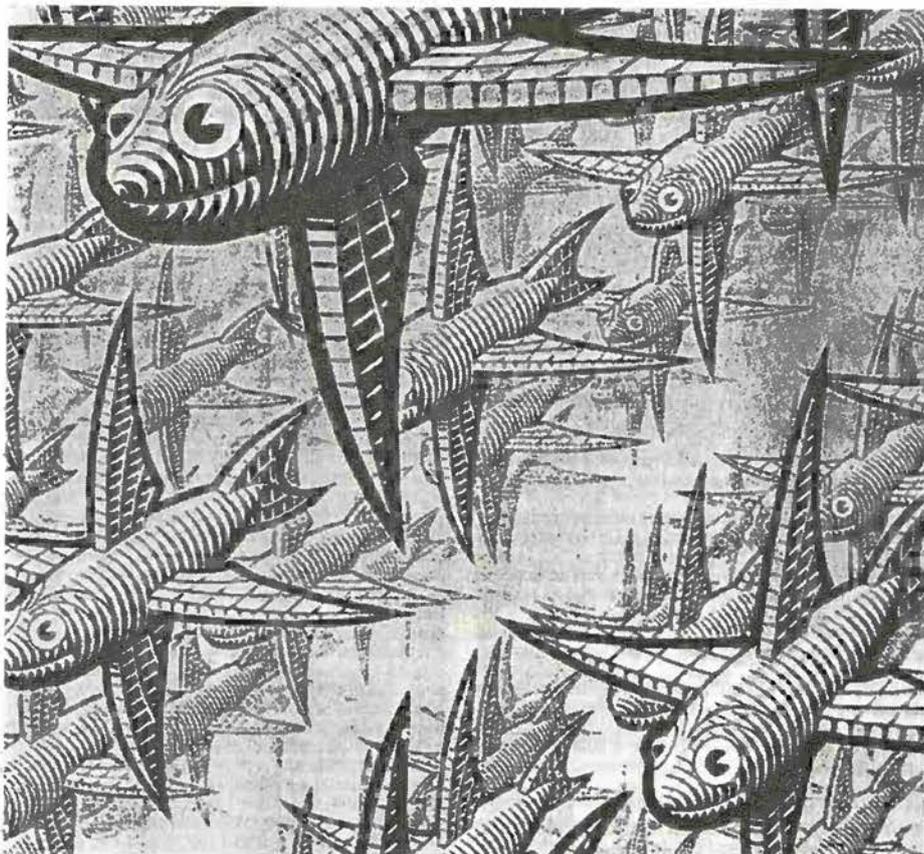
- Particolare attenzione va posta nel maneggiare gli aghi da iniezione. Dopo l'uso, non si deve rimettere il cappuccio di protezione sull'ago (pericolo di ferirsi!) bensì distruggerlo con un sistema adatto (p.es. Destruclip).

- Tutti gli strumenti taglienti che penetrano nei tessuti (pinzette, sonde, bisturi, curette, ecc.) devono venir sterilizzati dopo l'uso. Gli strumenti che entrano in contatto superficiale coi tessuti orali (specchietti, porta amalgama, ecc.) dovrebbero pure venir sterilizzati, o almeno sottoposti ad una disinfezione ad alta efficacia (p.es. 10 ore in aldeide glutarica). Prima della sterilizzazione o della disinfezione gli strumenti devono venir accuratamente puliti (lavaggio con acqua e sapone o altro detersivo; apparecchio a ultrasuoni). Il personale addetto alla pulizia deve portare robusti guanti di gomma.

- Dopo la cura di un paziente, tutte le superfici che possono essere contaminate da sangue o saliva devono venir pulite con uno strofinaccio assorbente, per eliminare eventuale materiale organico, e poi disinfettate adeguatamente. Molto efficace è una soluzione di ipoclorito sodico (NaOCl-«candegina», «acqua da bucato») in concentrazione fra il 5 e lo 0,5 per mille, che però è corrosiva per i metalli.

- Un problema particolare è posto dalla disinfezione degli oggetti in partenza o in arrivo dal laboratorio dentario. La disinfezione è

M.C. Escher, *La profondità*, past., 1955.



indispensabile, tuttavia bisogna tener conto, nella scelta del mezzo, delle particolarità e sensibilità dell'oggetto (p.es. materiale d'impronta) che potrebbe venir danneggiato dal disinfettante.

– Infine l'eliminazione dei rifiuti deve pure rispettare esigenze igieniche. Tutti gli strumenti taglienti devono venir collocati in una scatola resistente ed impermeabile prima di venir gettati via. Oggetti solidi contaminati (garze, rotoli di ovatta, tovaglioli di carta, ecc.) devono venir rinchiusi in contenitori robusti ed ermetici, da cui non possano colare liquidi.

Conclusione

Ed ora qualche osservazione finale. È chiaro che le misure di protezione indicate sopra rappresentano un notevole cambiamento del modo di esercitare la medicina dentaria ed esigono modifiche di struttura e di funzionamento dei nostri studi. Basti dire che la necessità di portare guanti di gomma limita sensibilmente l'abilità manuale e non è senza inconvenienti per la pelle, quando si protrae per tutta la giornata lavorativa. La disinfezione spinta dell'ambiente di lavoro, dopo la cura di ogni paziente, implica tempo e consumo di materiale, ed il tutto si ripercuote sulla «produttività» dello studio.

Infine, l'accresciuto uso di materiale da gettare (decine di paia di guanti al giorno, tovaglioli, campi operatori, ecc.) implica da un lato costi crescenti, e dall'altro un volume notevole di rifiuti da distruggere, con problemi per l'ambiente.

Le possibili vie d'uscita da questa situazione appaiono per il momento poco praticabili. Si potrebbe insistere affinché ogni persona sieropositiva annunci spontaneamente la sua condizione, facendo ampia campagna presso la popolazione e presso i medici che orientino in questo senso i loro pazienti. Tuttavia non si può far molto affidamento su questa spontanea dichiarazione, anche perché purtroppo ci sono già stati casi in cui a pazienti sieropositivi sono state rifiutate le cure dentarie. D'altra parte esiste un articolo del codice penale che punisce la messa in pericolo della vita altrui con la reclusione fino a 10 anni. Non è escluso che un tale reato possa venir imputato al paziente contagioso che, coscientemente, omette di informare il personale curante (medico, dentista, ecc.) del suo stato.

Una centralizzazione delle cure di pazienti a rischio in ambienti appositamente attrezzati (presso ospedali p.es., o colleghi disponibili) è pure di difficile attuazione, per la riluttanza dei pazienti ad ammettere una loro «diversità». Esigere da ogni paziente che si sottoponga preliminarmente ad un test per la SIDA appare, per ora, esagerato. Far finta di niente, e continuare come prima, è un atteggiamento irresponsabile. In pratica, ogni paziente, tenuto conto della diffusione galoppante del virus, dev'essere considerato potenzialmente contagioso.

Come si vede, la situazione è estremamente indefinita e incerta, e occorrerà tempo per avere le idee chiare e abituarsi alle nuove cir-

costanze. La Società Svizzera di Odontostomatologia (SSO) già da un paio di anni ha costituito una commissione di studio per la SIDA presieduta dal Prof. Mäglin dell'Università di Basilea. Il suo lavoro è già stato notevole: pubblicazioni, istruzioni a tutti i colleghi, conferenze, ecc. Nei prossimi mesi

è previsto ancora un intenso lavoro di informazione e di consulenza per tutti i colleghi, che dovrebbe trovare il suo culmine al prossimo congresso di Zurigo della SSO (21-23 maggio 1987).

Dott. med. dent. Guido Ferrazzini

Trasmissione di retrovirus linfocitotropici (HTLV I e HIV) tramite la trasfusione di sangue e derivati

È dimostrato che tramite il sangue o i prodotti da esso derivati è possibile trasmettere ad un paziente un retrovirus quale l'HTLV I, responsabile della ATLL (linfoma a cellule T dell'adulto) oppure l'HIV responsabile della SIDA.

Mentre l'HTLV I presenta dei problemi trasfusionali soprattutto nelle regioni del Giappone e ha inoltre un limitato rischio di insorgenza della malattia relative, l'HIV presenta un problema mondiale per tutti i Servizi Trasfusionali.

È dimostrato che la donazione di sangue da parte di donatori volontari e non remunerati e di donatori registrati presso Centri Trasfusionali quali donatori abituali, assieme al controllo di tutte le donazioni di sangue con un test per anticorpi anti-HIV accompagnata da una capillare informazione dei donatori di sangue e dell'opinione pubblica su questa problematica può ridurre al minimo il rischio di SIDA post-trasfusionale.

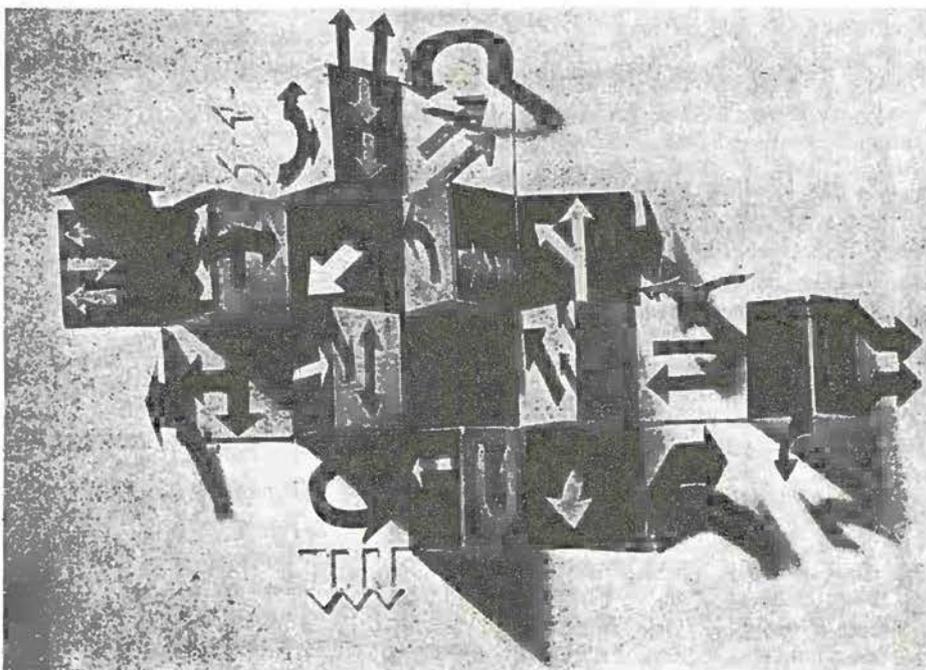
Rimane l'incertezza causata dal periodo intercorrente tra l'infezione e la presentazione degli anticorpi anti-HIV all'analisi che obbli-

ga i responsabili dei Centri Trasfusionali ad un'attenta sorveglianza dei propri donatori. È dimostrato inoltre che i derivati del plasma trattati secondo le tecniche attualmente in vigore, sono sicure per quanto concerne questa malattia, mentre si auspica la messa a disposizione al più presto di un test di laboratorio che permetta l'identificazione non tanto degli anticorpi contro il virus HIV quanto piuttosto del virus stesso (antigene), e che, come per l'epatite, ci permetta di definire con ancora maggior sicurezza lo stato di portatore sano nella nostra popolazione di donatori.

È inoltre evidenziato come il concetto che Croce Rossa Svizzera ha, tramite il suo Servizio Trasfusionale, proposto da anni, per il nostro paese, abbia garantito la massima sicurezza possibile al momento per i pazienti riceventi una trasfusione sanguigna o sottoposti a terapie con prodotti derivati dal sangue.

Dott. med. Damiano Castelli

Direttore del Centro Trasfusionale
Croce Rossa Svizzera, Lugano



Le SIDA: La responsabilité de tous et de chacun

Quelque chose que l'on croyait appartenir au passé: une maladie infectieuse qui se joue des moyens de la médecine moderne

L'histoire du SIDA (syndrome d'immuno-déficiences acquises - AIDS en allemand et en anglais) est fascinante pour l'observateur de la vie de nos sociétés. On aurait envie de dire passionnante si elle n'était, aussi, effrayante dans certains de ses effets et quant aux perspectives pour les 5 à 10 ans à venir. Rappelons qu'il s'agit d'une infection par un virus (appelé LAV ou HTLV-III et maintenant HIV) qui, après une phase aiguë de type grippal pouvant passer inaperçue, puis un temps de latence (sans maladie) qui peut durer plusieurs années, détruit des mécanismes essentiels de défense de notre corps. La personne atteinte devient alors la victime sans défense, au sens littéral, de divers microorganismes qui habituellement sont sans effets graves sur les personnes en bonne santé. Pour plus de détails à ce propos, nous renvoyons à l'utile brochure sur le SIDA distribuée au printemps 1986 à tous les ménages de Suisse par l'Office fédéral de la santé publique.

Rappelons aussi qu'il faut distinguer l'affection avérée, soit le *SIDA proprement dit*, de l'état des personnes non malades mais porteuses d'anticorps, que l'on appelle *séropositives* (parce qu'on trouve dans leur sérum - leur sang - une réaction positive signalant une infection antérieure par le virus du SIDA). Il y a encore un an, on pensait que seule une minorité (environ 10%) des séropositifs allaient développer ultérieurement la maladie avérée. Actuellement, on craint que ce risque existe pour quelque 30% d'entre eux, et on espère que l'avenir ne rendra pas encore plus pessimiste...

On ne dispose pas actuellement de traitement efficace contre la maladie avérée, ni de vaccin qui permettrait de s'en protéger préventivement. A ce stade, lorsqu'il se manifeste sous sa forme complète, le SIDA est fatal en une à quelques années. Des efforts sont faits pour assurer des soins généraux à ces patients, pour traiter les complications qu'ils présentent, pour les accompagner dans les situations personnelles, familiales et sociales graves auxquelles ils sont confrontés. Mais cela reste essentiellement palliatif pour l'instant.

En Suisse, au 31 décembre 1986, 192 cas de SIDA avérés étaient connus, dont 100 étaient décédés de leur maladie. On pense que quelque 15 à 20.000 Suisses (hommes et femmes) sont actuellement séropositifs. Pour l'avenir, et selon une courbe qui ira en s'élevant pendant plusieurs années en tous cas, il faudra probablement compter dans notre pays avec près d'une centaine de

morts du SIDA en 1987 et ultérieurement plusieurs centaines de morts par an.

Les prévisions faites aux Etats-Unis par le Centre pour le contrôle des maladies d'Atlanta indiquent que, pour ce pays, il faut s'attendre à 54.000 morts du SIDA pour la seule année 1991 et que, à la fin de 1991, il y aura eu aux U.S.A. un total cumulé de 179.000 morts de cette maladie. Notons que ce chiffre représentera trois fois le total des soldats américains morts pendant la guerre du Vietnam... Et il s'agira aussi, pour beaucoup, de personnes jeunes encore.

Certains groupes sont particulièrement menacés, mais ils ne sont pas les seuls

Dans l'histoire du SIDA, qui n'est connu que depuis 1981, on a d'abord noté qu'il survenait surtout chez les groupes dans lesquels existent des pratiques particulières, avec de nombreux partenaires, de contact intime par le sang ou le sperme (qui contiennent le virus): homosexuels et toxicomanes s'injectant des drogues par voie intraveineuse. On voit aussi plus de SIDA chez les ressortissants de certains pays des Caraïbes et d'Afrique centrale, où l'infection semble particulièrement fréquente.

Des personnes ayant reçu du sang par transfusion au cours des dernières années peuvent avoir été infectées par cette voie. Toutefois, ce risque n'existe plus actuellement en Suisse et dans la plupart des pays industrialisés, où tous les dons de sang sont contrôlés pour le SIDA (et écartés si on découvre une séropositivité). Enfin, les enfants mis au monde par des mères séropositives courent un grand risque d'être infectés.

Relevons en passant que la pratique qui semble avoir une certaine vogue actuellement, parmi les enfants, des «pactes de sang», où du sang qu'on fait couler d'une petite coupure à la main ou au bras est mélangé mutuellement en signe de fraternité, peut représenter un risque (si on devait le faire avec un camarade séropositif). Il y a donc lieu de la déconseiller.

Contacts intimes par du sang ou du sperme mis à part, il faut savoir que le virus du SIDA est peu infectieux. Cela étant, on pourrait dire que la majorité de la population ne court pas de risque, n'appartenant pas aux catégories susmentionnées (voir aussi la dernière section de cet article).

Toutefois, on sait bien maintenant que les relations hétérosexuelles (entre homme et femme) peuvent aussi être source d'infection si on fréquente plusieurs personnes, de manière peu stable. Plus on a de partenaires, plus le danger est grand. Et, dans une société humaine où existe actuellement une «mobilité sexuelle» notable, le risque

SIDA concerne donc beaucoup plus de monde que les groupes souvent marginaux déjà cités. Beaucoup plus de monde, particulièrement des jeunes.

En pratique, il faut que tous nous soyons informés des faits principaux en rapport avec le SIDA et que nous prenions, le cas échéant, les mesures de protection appropriées. Un des buts de cet article est de dire l'utilité à cet égard du *préservatif masculin (capote anglaise)*.

Le seul moyen préventif aisément disponible, dont il faut déculpabiliser l'usage

On a vu que, malgré les connaissances nouvelles acquises journellement, on est encore loin de pouvoir guérir ou protéger les gens par des médicaments ou un vaccin. Par ailleurs, il est inimaginable d'envisager de priver de liberté les milliers de Suisses qui sont séropositifs (ou malades), donc potentiellement infectants.

Les efforts doivent donc se concentrer sur l'information, l'éducation et les moyens de *prévenir la dissémination* de l'un à l'autre de ce virus. Certains idéalistes ou censeurs de leurs contemporains proposeront peut-être quelques «y a qu'à»: «il n'y a qu'à pas être toxicomane ou homosexuel, il n'y a qu'à supprimer le tourisme de groupe de ceux pour qui le Kenya, le Togo, Bangkok et d'autres destinations ont surtout l'attrait de permettre des aventures sexuelles». Cependant, en tant que responsables de la santé publique, nous ne pouvons attendre que l'être humain soit devenu moins «versatile». Les comportements qui représentent un risque existent, et ils continueront d'exister dans l'avenir prévisible.

Dans ces conditions, pour tous ceux auxquels il arrive d'avoir des relations sexuelles avec plusieurs partenaires, et particulièrement si ces partenaires sont changeants, mal connus, voire anonymes, il y a un mot d'ordre: «Faites sans faute l'effort d'acheter et d'utiliser des préservatifs. *C'est un geste qui, littéralement, peut vous sauver la vie.*» Chez nous, le préservatif ne fait pas l'objet traditionnellement d'une estime particulière mais plutôt de remarques ironiques, et il est parfois associé à l'idée de comportements discutables. Il est important que cela change. Dans le futur, à supposer qu'on observe un client acheter des préservatifs dans une pharmacie, une droguerie ou n'importe quel autre commerce, notre réaction devrait être: «Tiens, voilà un homme prudent, responsable, qui prend les mesures propres à préserver sa santé et celle des autres». En clair, il faut déculpabiliser et, plus que cela, il faut valoriser la vente, l'achat et l'usage du préservatif dans les situations à risque potentiel. De plus, on peut rappeler que le préservatif protège d'autres maladies sexuellement transmises et évite des grossesses non désirées.

Devant ce qui devient une urgence de santé publique (pour une fraction non négligeable de la population), notre rôle est de promouvoir une attitude préventive responsable. Dans ce sens, il est important que la disponibilité des préservatifs soit générale, dans

de nombreux points de vente, en vue de faciliter la pratique de cette mesure prophylactique.

La drogue, la seringue et le SIDA

Les toxicomanes qui s'injectent des drogues par voie intraveineuse courent un très grand risque de se contaminer s'il leur arrive d'échanger seringue ou aiguille avec d'autres toxicomanes (pratique conviviale fréquente). C'est dire qu'un autre message vital doit être connu: «Il ne faut *jamais* accepter la seringue d'un autre et ne jamais passer sa propre seringue à un autre». Si ce principe était observé, le risque de SIDA (et de l'autre maladie grave qu'est l'hépatite) ne serait pas plus grand pour les toxicomanes que pour toute autre personne. Notons aussi que, compte tenu de la situation SIDA, la prise en charge des drogués à la méthadone (méthode qui a été l'objet de controverses dans le passé) peut apporter une aide notable. Au moins, elle a le mérite de permettre au toxicomane de cesser de se piquer. S'agissant de la jeunesse en général, qui ne se drogue pas, mais qui est exposée dans sa réalité quotidienne (écoles, écoles professionnelles, certains bars, parcs publics, etc.) au risque «drogue», elle doit savoir plus que jamais que la seringue, la «shooteuse», peut aussi être une tueuse.

Les jeunes (et les autres): ne pas jouer à la «roulette russe»

Ces comportements, qui sont ceux d'une partie non négligeable de la population, font donc que le SIDA peut devenir l'affaire de beaucoup: mobilité sexuelle dans la vie de tous les jours, tourisme sexuel occasionnel à l'étranger, toxicomanie par injections (probablement plus de 10.000 toxicomanes en Suisse). On ne peut oublier aussi que des toxicomanes garçons et filles sont, pas rarement, amenés à se prostituer afin de se procurer les moyens d'acheter leur drogue... représentant un risque sérieux pour leurs clients (situation bien plus incontrôlable que celle de la prostitution professionnelle, où l'on sait que des précautions sont généralement prises).

Sans une prise de conscience individuelle de *chacun* parmi ceux qui peuvent être concernés, la poursuite de ces pratiques représente un danger, une véritable partie de «roulette russe»: on ne sait pas si la balle partira cette fois, mais on peut être assuré qu'elle partira une fois. Aidons donc nos jeunes (entre autres) à adopter des comportements de prévention:

- en dialoguant avec eux plutôt qu'en les censurant,
- en créant ou renforçant des programmes d'éducation pour la santé, notamment en milieu scolaire, et en assurant dans ce cadre une large information et discussion sur les risques principaux dans l'enfance et l'adolescence, y compris le SIDA,
- en poursuivant et en accentuant les efforts accomplis pour éviter aux jeunes temporairement un peu «paumés» de se marginaliser de manière chronique,

- en portant un jugement positif sur la disponibilité accrue de préservatifs dans les points de vente et sur leur usage. Dans cette perspective, et à ceux qui tendraient à penser que les adolescents (ou les autres) en difficulté n'ont finalement que ce qu'ils ont cherché, nous nous permettons de répéter ce mot de Claude Olievenstein, spécialiste français de la toxicomanie: «Rappelons-nous que ces «voyous» sont nos enfants». Ce n'est pas une boutade, c'est simplement la réalité.

Un pour tous, tous pour un?

Serions-nous ici dans une situation où s'applique assez précisément cette devise des Suisses? Un pour tous, cela peut en tout cas être dit de celui qui a été infecté une fois par le virus du SIDA (qui est donc séropositif) et qui contamine l'entourage avec lequel il a des relations intimes (sexuelles ou par échange de seringues). Un peut être un danger pour beaucoup.

Et tous pour un...? Eh bien, c'est la règle qu'il s'agit d'appliquer pour faire échec à ce nouveau fléau. Il faut que tous acceptent, adoptent des comportements responsables: il s'agirait de préférence de renoncer aux pratiques à haut risque, ou au moins de prendre des précautions élémentaires, mais essentielles, pour ne pas mettre en danger sa propre santé et celle des autres.

Mais alors, est-ce qu'on peut vivre normalement?

Les propos explicites ci-dessus sont dictés par notre mission de protection de la santé publique, qui nécessite un discours clair. Sans information large et sans précautions effectives prises, le SIDA continuera à nous surprendre dans le futur, en mal.

Cela étant, il reste vrai que, pour la majorité de la population, qui ne se met pas en situation à risque, il n'y a pas de danger. Et, surtout, il n'y a *aucune raison de rejeter* ceux de nos concitoyens qui sont séropositifs ou qui ont le malheur de développer une maladie-SIDA avérée. On ne risque rien en

accompagnant ces personnes dans leurs difficultés, en vivant normalement une vie de tous les jours avec eux. A cet égard, nous croyons nécessaire de redonner sous forme abrégée les indications de la brochure d'information distribuée il y a quelques mois par l'Office fédéral de la santé publique:

Les actes de la vie quotidienne dans leur très grande majorité ne présentent aucun risque d'infection.

- Personne ne peut s'infecter en serrant la main de quelqu'un, en le prenant dans ses bras ou en l'embrassant sur la joue.
- Les expectorations de la toux ou d'éternuements de personnes infectées ne peuvent pas transmettre le virus.
- L'usage commun de vaisselle, de literie et autres objets de la vie de tous les jours ne peut le faire non plus.
- Personne ne peut s'infecter par la simple fréquentation des bains, saunas ou toilettes publics.
- On peut sans autre prendre les repas en commun: le virus du SIDA ne se transmet pas par les aliments.
- Donner du sang ou en recevoir n'est pas dangereux. En Suisse, chaque don de sang est maintenant contrôlé.
- Les consultations chez le médecin, chez le dentiste ou à l'hôpital, de même qu'aller chez le coiffeur ou chez l'esthéticienne sont sans danger vu les mesures de désinfection prises en ces endroits.
- Il n'est pas dangereux de rendre visite à un malade atteint de SIDA ou de lui prodiguer des soins.
- Les contacts entre enfants et personnes infectées par le virus du SIDA ne sont pas dangereux.
- Les animaux domestiques ne sont pas une source d'infection.

Dr. méd. Jean Martin

médecin cantonal, agrégé,
Service de la Santé publique
et de la planification sanitaire
Lausanne



Aspetti etici della campagna contro la SIDA

Indicazioni per una lezione

I molteplici problemi connessi con la diffusione della SIDA hanno anche una dimensione etica. Questa constatazione sembra quanto mai ovvia. Tuttavia, esaminando la questione più da vicino, si possono constatare notevoli differenze nell'importanza con cui la si considera e nel peso accordato ai vari aspetti. In questo senso anche un contributo come questo non può essere eticamente neutrale. L'autore cercherà quindi non tanto di sottrarsi all'inevitabile parzialità, quanto piuttosto di esporre i problemi in modo comprensibile per chiunque.

In primo luogo il fenomeno SIDA solleva problemi di etica sessuale. Si tratta di argomenti spesso discussi dai media e anche le prese di posizione delle Chiese hanno posto l'accento su questa dimensione. La preoccupazione di rivedere criticamente i nostri costumi sessuali è comprensibile e in parte giustificata. Questa preoccupazione e interesse sono legittimi, poiché in questo ambito le emozioni e i sentimenti più profondi hanno un ruolo centrale. La preoccupazione è giustificata perché la vita sessuale è una componente della nostra esistenza e come tale esige una risposta etica cosciente e motivata.

Ciò non significa che la dimensione etico-sessuale sia in questa circostanza la principale tra le dimensioni etiche. Vi sono altri aspetti di natura etica che occorre considerare prima di affrontare questa dimensione, aspetti che possono mutarne l'ordine d'importanza.

La medicina moderna ci ha abituati a vedere nelle malattie soprattutto una serie di fenomeni biologici. Questo approccio è certamente corretto e non può più essere rimesso in discussione. Ma la malattia è anche qualcosa di più. La questione del rapporto *malattia e colpa* non può essere liquidata come impertinente fin dal principio, deve bensì trovare risposte articolate e critiche. Nel caso di una malattia infettiva che si diffonde principalmente tramite rapporti sessuali, occorre procedere con cautela.

Ha ragione Susan Sontag quando afferma:

«Non v'è nulla di più colpevolizzante che attribuire un significato a una malattia, poiché tale significato è inevitabilmente di stampo moralista». (Sontag S. «La malattia come metafora». Torino: Einaudi 1980).

Non sono sicuro che noi uomini possiamo essere tanto oggettivi di fronte a qualsiasi malattia da saperla considerare con una li-

bertà di giudizio completa e distaccata. Ad ogni buon conto vorrei menzionare *alcune dimensioni etiche celate e represses* della malattia SIDA e commentarle brevemente. Le malattie infettive più pericolose e che conducono direttamente alla morte si prestano particolarmente a rafforzare e legittimare i meccanismi di *segregazione, discriminazione ed esclusione* dalla società. Nessuno vorrebbe avere a che fare con malati del genere o con persone particolarmente minacciate (come nel nostro caso i cosiddetti «sieropositivi»). Questo atteggiamento è eticamente giustificato solo nel caso in cui vi sia un *pericolo diretto d'infezione*. Noi sappiamo che nel caso della SIDA questo pericolo diretto esiste solo in caso di rapporti sessuali senza profilattico o di uso in comune di siringhe non sterili. Di conseguenza, tutti gli altri meccanismi di classificazione e di segregazione come pure tutte le altre misure appaiono, da un profilo etico, immotivati.

● L'attualità già ci offre esempi di discriminazioni ingiustificate: sul posto di lavoro, nei confronti della popolazione straniera, degli asilanti, dei detenuti/detenute nei penitenziari.

● Se da un canto gli ammalati di SIDA e i sieropositivi hanno diritto alla non discriminazione, dall'altro canto lo Stato ha il diritto e il dovere d'informare adeguatamente sullo stato dell'infezione come pure il diritto e il dovere di mettere a punto un'efficace politica di prevenzione.

Quest'ultima deve sempre trarre origine da valori soppesati in maniera ottimale. In altre parole, gli organi statali devono costantemente vigilare sulle conseguenze provocate dalle misure previste e valutarle tecnicamente ed eticamente.

● Questo diritto-dovere della prevenzione non è illimitato, per cui le Autorità devono tenere in considerazione anche altri diritti. Siccome nella popolazione esiste un potenziale sentimento discriminatorio, il diritto alla discrezione e all'anonimato in occasione dei test è, in un'ottica etica, fondato e legittimo. Anche in questo caso il segreto professionale dei medici non deve quindi subire eccezioni.

Questi principi basilari non sono evidentemente in grado di sopprimere la paura collettiva o di eliminare ogni discriminazione. Bisogna prendere in considerazione il fatto che aiuto e punizione, rispettivamente pre-

venzione e controllo, sono momenti gravitanti in zone pericolose e ambigue, e ciò fa pure parte della riflessione etica. Questo intreccio è una delle ambivalenze fondamentali della vita che può essere parzialmente attenuato da una presa di coscienza, ma non completamente superato.

Il bisogno di trovare *capri espiatori* alla provocazione lanciata dalla SIDA è particolarmente forte nelle discussioni e nelle reazioni che il dibattito suscita. Tale bisogno e le paure che esso esprime possono essere superati assumendo un atteggiamento responsabile e consapevole nel proprio agire, e ciò anche da un profilo etico e psicologico. La campagna attira l'attenzione del pubblico sulle conseguenze del proprio comportamento sessuale e si indirizza verso il mondo della tossicodipendenza, suscitando e risvegliando il senso di responsabilità etico interiore di tutti gli individui.

La prevenzione prende origine dai comportamenti reali degli strati di popolazione maggiormente esposti al pericolo.

I costumi sessuali e la dipendenza presenti in questi settori non sono sempre accettabili da un profilo etico, giacché questi comportamenti fanno talvolta scadere la persona al rango di oggetto.

La degenerazione della comunicazione sessuale in consumo sessuale non contraddistingue però soltanto gruppi facilmente stigmatizzabili (quali gli omosessuali, i bisessuali, le prostitute, i libertini, ecc.), ma è, seppur con intensità variabile, un triste privilegio di noi tutti.

Lo Stato comunque, nella sua attività preventiva, deve eticamente orientarsi in primo luogo verso il conseguimento di un successo delle misure adottate in campo medico. È l'unica strategia conforme all'esercizio reale di un compito preventivo che non diffonda principi etici improntati al dogmatismo.

Tuttavia, in assenza di convinzioni individuali meditate e maturate è impossibile andare avanti. L'apprendimento alla riflessione su questi principi è un compito prioritario delle famiglie, della scuola, delle Chiese e solo in un secondo tempo dello Stato.

L'insegnamento sul fenomeno SIDA dovrebbe prefiggersi gli obiettivi etici seguenti:

● imparare a distinguere diritti e doveri dei vari individui, gruppi e istituzioni pur vedendoli in costante rapporto tra loro;

● imparare a riconoscere e a valutare le varie dimensioni etiche connesse al problema della SIDA;

● imparare a verbalizzare i propri dubbi e convinzioni etiche;

● imparare a riconoscere i fondamenti dei propri principi (etico-sessuali, etico-medici, etico-sociali) e a renderli comprensibili;

● imparare ad esprimere e praticare atteggiamenti di simpatia e di solidarietà nei confronti delle persone affette da SIDA.

Dott. Alberto Bondolfi

Istituto di etica sociale
dell'Università di Zurigo

La Società svizzera contro le malattie veneree

- Sezione Ticino -

prende ufficialmente posizione sulla SIDA (AIDS)

In relazione alla campagna di prevenzione contro la sindrome da immunodeficienza acquisita (SIDA o AIDS) lanciata a livello cantonale dal Dipartimento delle opere sociali (DOS) e dall'organizzazione Aiuto AIDS Svizzera (AAS), come pure a seguito di diverse prese di posizione personali di medici o di altre istituzioni, gli specialisti in dermatologia e venerologia, considerandosi per la loro specifica formazione ed esperienza particolarmente qualificati nell'ambito della diffusione delle malattie a trasmissione sessuale, di cui la SIDA fa parte, hanno ritenuto di doversi pronunciare ufficialmente in merito.

Conoscere la malattia per potersi meglio difendere

La SIDA è una malattia infettiva provocata da un virus chiamato HIV (Human Immunodeficiency Virus), che provoca la distruzione di determinate cellule responsabili della difesa del nostro organismo contro numerosi agenti patogeni. Ne consegue una diminuita resistenza verso un certo numero di infezioni, per cui le medesime possono progressivamente aver ragione del funzionamento di diversi organi, portando irreparabilmente verso la morte.

Tutte le persone entrate a contatto con il virus HIV presenteranno nel giro di 3 settimane - 3 mesi una cosiddetta sierconversione ovvero l'apparizione di anticorpi anti-HIV. Per mezzo di un esame del sangue è così possibile identificare chi ha subito un'infezione da questo virus.

Bisogna a questo punto sottolineare, che sulla base delle conoscenze attuali circa il 30% delle persone infettate con questo virus svilupperanno nel giro di 2-6 anni il quadro clinico di questa malattia, decedendo quindi entro 12-18 mesi. Gli altri rimarranno portatori asintomatici (detti anche «portatori sani») o svilupperanno un para-SIDA; comunque tutti potranno trasmettere il virus ad altre persone e quindi sono potenzialmente infettivi.

In che modo si può contrarre l'infezione

Dato che attualmente non esiste ancora una terapia specifica contro la SIDA e che quindi l'unico mezzo per combatterla risiede nella prevenzione, ne consegue l'importanza di conoscere nel modo più chiaro possibi-

le quali ne siano le modalità di trasmissione. Si è potuto accertare che il virus HIV è presente soprattutto nel sangue, nello sperma e nelle secrezioni vaginali. Bisognerà quindi evitare che questi liquidi entrino nel flusso sanguigno di un individuo sano, non fosse che attraverso a una anche pur minima lesione della cute o delle mucose. Questo può avvenire non solo in occasione di rapporti sessuali, vaginali e anali, ma anche con lo scambio di siringhe infette tra tossicodipendenti. La trasmissione del virus HIV mediante trasfusioni di sangue è oggi esclusa; in effetti le donazioni di sangue sono controllate sistematicamente.

Il virus HIV è stato isolato in minima concentrazione anche nella saliva, nelle lacrime e nell'urina. Tuttavia, in considerazione degli studi eseguiti finora, si può affermare con ragionevole sicurezza che la saliva, le lacrime e l'urina non rappresentano un veicolo di trasmissione del virus.

Esiste infine un ulteriore modo di trasmissione di questa malattia, ed è quello dal genitore infetto al nascituro sia durante la gravidanza sia in occasione del parto o, in rari casi, dell'allattamento.

Come si può prevenire l'infezione

Sarà utile ricordare che la migliore prevenzione di questa malattia risiede in una vita sessualmente stabile e monogamica o nella castità: questo fatto implica un comportamento prudente e responsabile, con forme di espressione di cui si auspica la riscoperta, forse in contrasto con un certo concetto odierno della sessualità.

Alle persone sessualmente attive e che non vivono una relazione stabile ed esclusiva di coppia è importante segnalare come alcuni provvedimenti precauzionali personali bastino per proteggersi da un contagio con il virus della SIDA. In altre parole tutte le pratiche sessuali con penetrazione sono a rischio se effettuate senza precauzione con persone infette.

Quali sono i mezzi a disposizione

Sotto questo aspetto, dunque, l'unico mezzo di prevenzione efficace risulta essere il preservativo maschile, che diminuisce notevolmente il contatto fra sperma, secrezioni vaginali e i tessuti genitali. Sarà tuttavia necessario evitare durante il rapporto sessuale ogni pratica anomala o violenta che

possa portare a lesioni con fuoriuscita di sangue sia a livello della cute sia delle mucose boccali o genitali. Il preservativo rimarrà comunque in molti casi l'unica protezione valida contro una malattia terribile, spesso mortale, per cui l'adeguarsi a questo mezzo sarà di fondamentale importanza per riuscire almeno a frenare l'ulteriore espandersi dell'attuale epidemia.

Quali sono le regole di comportamento correnti

È importante sapere che i contatti sociali correnti quali stringere la mano, abbracciarsi, baciarsi sulle guance, tossire e starnutire, usare in comune le stoviglie, i gabinetti pubblici, le docce, gli apparecchi telefonici, le piscine, i contatti con animali domestici, le punture d'insetti, ecc. non rappresentano un rischio di contagio.

A seguito di un'inchiesta epidemiologica approfondita, svolta su di un grande numero di casi si può affermare che attualmente non esiste alcun dato evidente che possa far sospettare la trasmissione della SIDA anche per il tramite di un «bacio profondo» con scambio di saliva poiché anche l'eventuale presenza del virus HIV non raggiunge mai concentrazioni tali da portare ad un contagio: resta comunque riservata la possibilità citata precedentemente a proposito dell'eventualità di uno scambio di sangue attraverso ferite della mucosa boccale.

Per quanto riguarda il comportamento dei tossicodipendenti, non ci sembra necessario prolungare il discorso oltre la raccomandazione di abbandonare l'uso delle droghe iniettabili o di usare materiale sicuramente sterile.

Un chiarimento sierologico della situazione e le raccomandazioni concernenti le precauzioni in caso di rapporti sessuali con persone a rischio saranno inoltre da considerare in modo imperativo.

Conclusioni

Non ci sembra essere compito di questo articolo addentrarsi nella problematica di chi ha ragione di temere di essere stato contagiato, di chi è risultato sieropositivo o addirittura già manifesta sintomi della SIDA: per costoro non resta che rivolgersi ad un medico in grado di consigliarli e di orientarli in modo idoneo oppure di rivolgersi al consultorio dell'Aiuto AIDS Svizzera, Sezione Ticino.

A questo proposito riteniamo opportuno sottolineare come le autorità sanitarie abbiano cercato in ogni modo di evitare le coercizioni, la schedatura e l'emarginazione delle persone coinvolte in questo grave problema: misure di carattere poliziesco rischierebbero forse di provocare un effetto contrario. Percorrendo la via di un chiaro orientamento, di un responsabile comportamento, di una realistica forma di prevenzione unitamente ad una intensa ricerca sul piano medico-scientifico si potrà sperare in una nuova anche se probabilmente non imminente vittoria dell'uomo in questa ulteriore immane sfida che gli è stata lanciata.

Aiuto AIDS Svizzera

L'Aiuto Aids Svizzera è stato fondato a Zurigo il 2 giugno 1985 ed è inteso come ufficio nazionale di coordinamento delle diverse organizzazioni interessate alla lotta contro l'Aids. Fra gli esponenti dell'AAS vi sono oggi le organizzazioni di omosessuali, l'Associazione degli specialisti svizzeri nel campo della droga, l'Associazione svizzera degli emofiliaci e l'Ufficio Federale della Sanità Pubblica. Altre organizzazioni sono intenzionate ad aderirvi. L'AAS offre ai consulenti regionali possibilità di formazione e di perfezionamento e fornisce loro le informazioni più recenti e di maggior rilievo sull'Aids. L'AAS ha come principali obiettivi:

1. L'informazione e la prevenzione.
2. Il lavoro nell'ambito del clima sociale, lottando contro ogni tipo di stigmatizzazione e discriminazione.
3. Rispondere agli aspetti psico-sociali collegati all'Aids, offrendo consulenza, assistenza e aiuto alle persone colpite e alle persone assillate da incertezze.
4. Coordinare le diverse organizzazioni interessate alla lotta contro l'Aids.

Per poter raggiungere questi obiettivi, la sezione Ticino dell'Aiuto Aids Svizzera, lavora con collaboratori volontari e operatori

sociali unendo così il potenziale di esperienza e le conoscenze professionali. La concreta attività di consulenza ed assistenza viene eseguita da consulenti specializzati.

Allo scopo di rispondere in modo più completo alle necessità e alle richieste legate all'Aids cerchiamo di realizzare, dove è possibile, una collaborazione interdisciplinare con medici, personale ospedaliero, ecc. Lavoriamo in stretto contatto con i collaboratori di altri Enti sociali del Cantone al fine di poter creare un reticolo di base che, accogliendo tutte le problematiche inerenti l'Aids, possa dare una risposta polivalente ai molteplici aspetti rilevati dal virus HIV. I collaboratori dell'AAS sono strettamente vincolati ad una responsabilità etica volta al profondo rispetto della personalità di ogni individuo; ciò è la base stessa del nostro operato.

Il tema Aids nella scuola

Per trattare il tema Aids nella scuola riteniamo importanti i seguenti aspetti:

Aspetti preventivi

L'Aids è una malattia trasmissibile sessualmente. Non si può quindi parlare di Aids senza parlare di sessualità. Riteniamo tutta-

via che non si debba iniziare il dialogo sulla sessualità attraverso una malattia. Perciò non soltanto è inevitabile aprire uno spazio all'insegnamento della semiotica sessuale, bensì non si possono che trattare - al fine di un giusto rispetto della personalità degli allievi - i temi relativi alla sessualità in modo aperto. Non saranno da trascurare ad es. le questioni relative alla promiscuità, le precauzioni nel rapporto sessuale rispetto alla gravidanza e rispetto alle malattie trasmissibili sessualmente, come pure il problema della droga per via endovenosa.

Tolleranza e schiettezza

Nei prossimi anni verranno rilevate annualmente cifre più elevate concernenti persone malate di Aids. Sarebbe quindi auspicabile porre già nella scuola la prima pietra per permettere ai giovani di reagire in modo privo di pregiudizi ed umanitario nei confronti delle persone colpite. Anche le questioni riguardanti malattia e morte sono attuali in questo contesto. Inoltre l'analisi dei servizi sull'Aids pubblicati dai mass media offre molte possibilità di apprendimento che dovrebbero essere sfruttate.

Desideriamo però anche evidenziare il fatto che la scelta del tema Aids richiede particolare impegno da parte degli insegnanti: per questo motivo essi devono essere liberi di scegliere se vogliono affrontare questo tema. L'insegnamento può essere sostenuto dalla collaborazione con persone idonee ed esperte, come per esempio persone che hanno contratto il virus HIV, medici, consulenti o operatori dell'AAS.

Qual è il contributo che l'AAS può dare alla scuola

Possono essere richiesti in qualsiasi momento i prospetti riguardanti i diversi temi attinenti all'Aids. Tramite l'AAS si possono pure ottenere interlocutori per i docenti o anche per lezioni e conferenze, che hanno a disposizione materiale didattico su lucido per proiezioni.

Mettiamo anche a disposizione dei docenti interessati le registrazioni su videocassetta di trasmissioni televisive sul tema Aids.

Per ulteriori e più complete informazioni rivolgersi all'AAS Sezione Ticino, c.p. 79, 6900 Massagno, tel. 091/54.94.94.

Materiale a disposizione

- Opuscolo dell'Ufficio Federale della Sanità Pubblica «Aids»
- Serie di opuscoli dell'Aiuto Aids Svizzera
- Lista degli uffici di consulenza, con indirizzi e numeri telefonici
- Bibliografie
- Archivio riviste
- Diverse trasmissioni televisive
- Film «An Early Frost» (Gelo precoce) in italiano
- Film documentario realizzato dall'Aiuto Aids Germanico intitolato «San Francisco - una città vive con l'Aids» (in inglese con sottotitoli in tedesco e libro d'accompagnamento in tedesco)
- Video su testimonianze.

attenti!
SIDA

E. R. 11049

Raccomandazioni

in caso di presenza di allievi con una sierologia positiva agli anticorpi HIV (test della SIDA) e che frequentano o desiderano frequentare un istituto scolastico

L'attitudine d'assumere nei confronti di allievi presentanti una sierologia positiva agli anticorpi HIV (test della SIDA) e senza sintomi dell'affezione che frequentano o desiderano frequentare un istituto scolastico è la seguente:

● Non esiste nessun pericolo di trasmissione del virus nei contatti sociali quotidiani e quindi l'allievo è autorizzato a frequentare liberamente la scuola.

● Il docente responsabile della sezione deve essere informato della presenza di un allievo positivo al test per la ricerca di anticorpi HIV.

L'informazione al docente dovrà essere data dai genitori dell'allievo sieropositivo al test HIV oppure, in accordo con i genitori, dal medico scolastico o dal medico di famiglia. Al fine di evitare situazioni di panico o di insicurezza non giustificate in presenza di un allievo sieropositivo al test HIV, si consiglia di limitare al massimo il numero di persone a conoscenza della diagnosi.

Il docente responsabile è perciò tenuto a garantire la riservatezza di tali informazioni.

● I contatti sociali come stringere la mano, abbracciarsi, baciarsi, tossire e starnutire, usare in comune stoviglie, gabinetti pubblici, docce, piscine, apparecchi telefonici, contatti con animali domestici, consumo dei pasti in locali pubblici (ristoranti, mense, ecc.) non rappresentano un rischio di contagio. Inoltre non è possibile la trasmissione del virus con una puntura d'insetto.

● È d'importanza fondamentale insistere ed informare sul fatto che il virus della SIDA è unicamente trasmissibile tramite contatto diretto con sangue infetto (siringhe) e/o per via sessuale.

Ricordiamo che il virus HIV è presente soprattutto nel sangue, nello sperma e nelle secrezioni vaginali e che la saliva, le lacrime e l'urina non rappresentano alcun pericolo per la trasmissione del virus.

● Tuttavia esiste un rischio potenziale di contagio in caso di una ferita con forte perdita di sangue.

Quali misure preventive, si consiglia quanto segue:

– quale regola generale è importante utilizzare guanti di plastica monouso qualora si debba medicare una persona con ferite sanguinanti.

Per non creare discriminazioni inutili queste misure dovrebbero essere estese a tutte le persone.

– A scopo cautelativo gli spazzolini da denti e i bicchieri di tutti i bambini dovrebbero essere contrassegnati, al fine d'evitare che lo spazzolino dell'allievo positivo al test degli anticorpi HIV venga utilizzato anche da altri ragazzi.

– Il virus è facilmente inattivabile, in particolare:

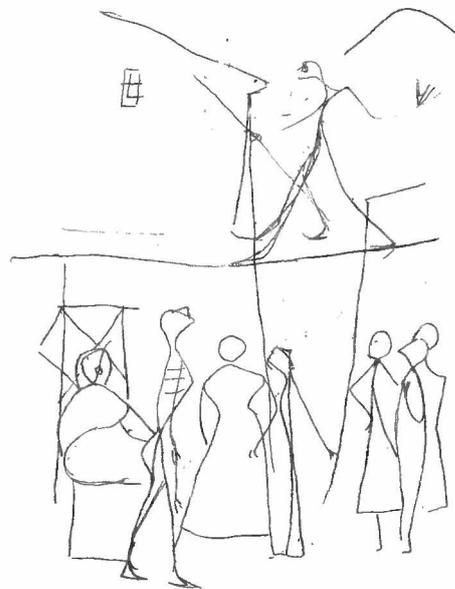
- con il calore (80° sono sufficienti)
- con l'alcool a 70° o con altre soluzioni alcooliche in commercio
- con disinfettanti (prodotti a base di fenolo, composti aldeidici o clorati con liberazione di cloro attivo).

● In caso di interventi da parte di medici, del medico dentista, o di personale paramedico (infermiere), essi devono essere informati della sieropositività dell'allievo.

L'informazione al personale medico o paramedico dovrà essere data dai genitori dell'allievo sieropositivo al test HIV oppure, d'accordo con i genitori, dal medico scolastico o dal medico di famiglia.

● Raccomandazione di carattere generale

- Oltre ai soliti utensili, ogni equipaggiamento di primo soccorso deve contenere:
 - guanti in plastica monouso



Carlo Cotti, *Il funambolo*, 1956.

G.T. 1956

- alcool o un altro disinfettante per trattare le ferite
- disinfettante per superfici (ad es. acqua di Javel diluita 1:10)
- disinfettante per le mani.

● Si consiglia di portare guanti monouso per disinfettare le ferite sanguinanti o quando si puliscono oggetti o superfici sporche di sangue o altri liquidi corporei. In questo modo viene impedita la trasmissione del virus della SIDA, indipendentemente se la persona è positiva o negativa al test.

● Qualora in caso d'urgenza il tempo per mettere i guanti non dovesse bastare, è sufficiente lavare a fondo le mani con acqua e sapone e poi disinfettarle.

**Ufficio del Medico
cantonale, Bellinzona**

Disinfettanti del virus della SIDA

Classe delle sostanze	Principali campi d'impiego	Tempi d'azione in funzione della concentrazione
1. A base d'aldeidici (glutaraldeide, ecc.) (0,5% min.)	Strumenti Apparecchi/utensili Superfici	15 minuti - 1 ora 30 minuti - 1 ora 30 minuti - 1 ora
2. A base d'alcool (min. 50%)	Mani/pelle Strumenti/superfici	30 secondi ad alcuni minuti a partire da 3 minuti
3. Fenolici (min. 0,5%)	Mani/pelle Strumenti/apparecchi Superfici	minimo 3 minuti 30 minuti - 1 ora 30 minuti - 1 ora
4. Alogeni – Iodofori – Clorati (ad es.: ipoclorito di sodio «o candeggina»: concentrazione minima per l'uso 0,1%)	Mani/pelle Superfici/apparecchi	minimo 3 minuti minimo 15 minuti - 1 ora
5. Riduzione d'ossigeno – (ad es.: acqua ossigenata min. 0,3%)	Pelle/strumenti	secondo le istruzioni d'uso

L'informazione ai genitori

Il Gruppo di lavoro DOS-DPE istituito dal Consiglio di Stato con l'incarico di promuovere l'informazione nelle scuole si è occupato anche dell'informazione destinata ai genitori. A questo proposito è stato pubblicato un opuscolo informativo, curato graficamente da Lulo Tognola, che sarà distribuito in queste settimane ai genitori dei 51.000 allievi che frequentano le scuole ticinesi.

L'opuscolo in questione contiene utili indicazioni sulla SIDA e sul perché di una campagna informativa nelle scuole.

Un contributo è pure riservato all'educazione sessuale nelle scuole mentre un altro articolo raccoglie le risposte date dagli specialisti alle domande più comuni riguardanti la SIDA e qui di seguito pubblicate.

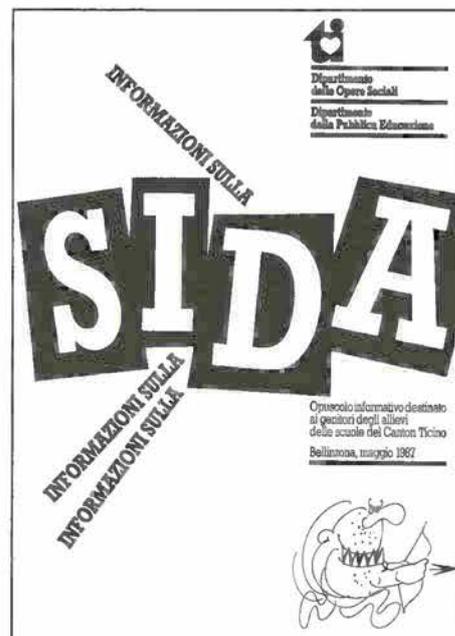
1. Nelle nostre scuole diverse migliaia di allievi pranzano alla mensa. È pericoloso bere dallo stesso bicchiere o mangiare dallo stesso piatto? E se dovessero scambiarsi le posate o, ad esempio, un fetta di pane?

Sei anni di esperienza hanno ormai dimostrato in maniera evidente che il virus non

viene diffuso in famiglia dove un membro è sieropositivo e dove i componenti mangiano e bevono dalle stesse stoviglie e si scambiano le posate o i cibi. Il virus della SIDA sopravvive malissimo all'esterno del corpo umano e viene neutralizzato dai normali detersivi usati per lavare le stoviglie (infatti è molto «delicato», sensibile al calore e a quasi tutti i disinfettanti). Perciò le diverse migliaia di allievi che pranzano nelle mense scolastiche delle nostre scuole non corrono alcun pericolo.

2. Se un bambino affetto da SIDA morsa un compagno di classe, può trasmettergli il virus? Alla scuola materna i bambini giocano e a volte possono abbracciarsi o darsi un bacio, scambiarsi dei giocattoli, ecc. Tutto questo è innocuo?

Il virus è stato isolato in quantità minime anche nella saliva di soggetti malati di SIDA; tuttavia nessun caso di SIDA – fino ad oggi – è stato trasmesso attraverso un morso. Affinché il virus si trasmetta, ne occorre una quantità sufficiente e un passaggio di-



retto da sangue a sangue. I consueti contatti sociali tra i bambini (giocare assieme, abbracciarsi, darsi un bacio, scambiarsi dei giocattoli) sono innocui e non presentano alcun rischio.

3. Si può prendere il virus dal dentista?

Prima di usare qualunque strumento, il dentista lo disinfetta e lo sterilizza (ricordiamo che il virus viene ucciso dai normali disinfettanti e dal calore) oppure usa strumenti di tipo monouso. Inoltre, fino a oggi, nessun caso di SIDA è legato a trattamenti da parte del dentista.

4. È pericoloso frequentare le lezioni di nuoto con la propria classe?

Nessun caso di SIDA è legato all'utilizzazione di piscine. Il virus, oltretutto, è estremamente sensibile al cloro che si trova nelle piscine pubbliche e viene ucciso da tale sostanza.

5. Esiste un qualche rischio per un bambino malato di SIDA di frequentare scuole o gruppi di coetanei?

Sicuramente: il rischio esiste per il bambino malato e non per i compagni sani. Infatti un bambino il cui sistema immunitario di difesa è seriamente compromesso dalla SIDA diviene estremamente vulnerabile a infezioni di vario tipo, alcune delle quali possono risultare mortali.

6. Quali precauzioni possono essere prese dalle scuole per impedire un'eventuale diffusione del virus?

Tutte le comunità frequentate da bambini, anche se non esiste alcun sospetto di sieropositività dei membri, devono adottare forme di precauzione nella manipolazione di sangue. Quale regola è importante utilizzare guanti di plastica monouso qualora si debba

Bibliografia

Tribuna Medica Ticinese, Organo ufficiale e bollettino dell'Ordine dei Medici del Cantone Ticino, Nr. 3, marzo 1987, 52.mo anno, Lugano.

Chapitre VI. **SIDA et autres maladies associées au VIH - le point de la situation en mars 1987**, Commission fédérale d'experts pour le SIDA, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Schweizerische Rundschau für Medizin (PRAXIS) 75 Nr. 48, (1986), Druck und Verlag Hallwag AG, Bern.

Médecine et Hygiène 44e. année, Nr. 1655, (1986), Genève.

Santé du Monde, Le Magazin de l'Organisation Mondiale de la Santé, Novembre 1986, OMS, Genève.

Rosenbrock R., **AIDS kann schneller besiegt werden**, VSA - Verlag 1986, Hamburg.

Indirizzi utili

Ufficio Medico Cantonale, Via Orico 5, 6500 Bellinzona

Sezione Sanitaria, Dipartimento Opere Sociali, Via Orico 5, 6500 Bellinzona

Ufficio Federale Sanità Pubblica, Bollwerk 27, 3001 Berna

Ordine dei Medici del Cantone Ticino, Via Besso 41, 6900 Lugano

Dott. med. Giorgio Mombelli, membro della Commissione Federale per la SIDA, Ospedale La Carità, 6600 Locarno

Dott. med. Sergio Macchi, Presidente del Collegio dei medici scolastici e delegati, Via Bottogno 7a, 6962 Viganello

Dott. med. Rodolfo Mazzi, Presidente Sezione Ticino della Società Svizzera contro le malattie veneree, Piazza Grande 22, 6600 Locarno

Aiuto AIDS Svizzera, Postfach 7660, 8023 Zurigo

Aiuto AIDS Svizzera, Sezione Ticino, c.p. 79, 6900 Massagno - Tel. 091/54.94.94

Elenco degli ospedali che eseguono i test anonimi per la ricerca degli anticorpi HIV (test della SIDA)

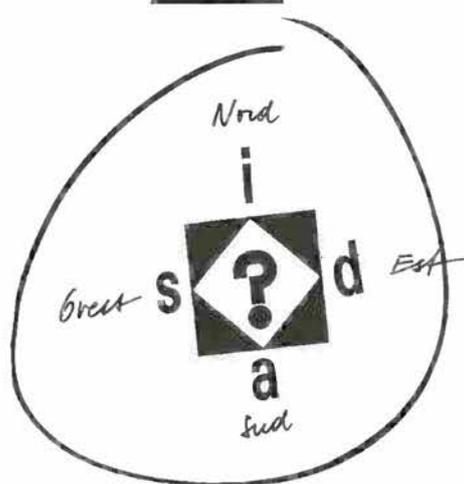
Ospedale La Carità, 6600 Locarno (dott. G. Mombelli)
Ospedale San Giovanni, 6500 Bellinzona (PD dott. C. Marone)
Ospedale Civico, 6900 Lugano (Signora Husnik - Prof. dott. T. Moccetti)
Ospedale Italiano, 6962 Viganella (PD dott. C.F. Beretta-Piccoli)
Ospedale Beata Vergine, 6850 Mendrisio (Prof. dott. G. Nosedà)

Problemi riguardanti i test per la ricerca degli anticorpi HIV

Istituto Cantonale Batteriosierologico, Via Ospedale 6, 6900 Lugano

Trasfusioni di sangue e derivati

Dott. med. Damiano Castelli, Direttore Servizio trasfusionale CRS, Corso Elvezia 29, 6900 Lugano



Notizia dell'ultima ora

Il numero complessivo dei casi di SIDA dichiarati all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) al 31 marzo 1987 ammonta a 227.

129 persone, delle suddette 227, sono decedute.

Si constata che nel primo trimestre dell'anno in corso vi è stato il più grave incremento dei casi registrati fino a tutt'oggi. Infatti tra il 30 giugno 1983 e il 31 dicembre 1984 (periodo d'osservazione: **18 mesi**) sono stati dichiarati **40** casi di SIDA, mentre dal 31 dicembre 1986 al 31 marzo 1987 (periodo d'osservazione: **3 mesi**) i casi dichiarati sono stati **35**.

Nel Canton Ticino il numero dei casi denunciati è rimasto invariato (quest'ultimo dato non è ancora stato confermato ufficialmente dall'UFSP).

REDAZIONE:

Diego Erba
direttore responsabile
Maria Luisa Delcò
Mario Delucchi
Franco Lepori
Mauro Martinoni
Paolo Mondada
Enrico Simona

SEGRETERIA:

Wanda Murialdo, Dipartimento della pubblica educazione, Sezione pedagogica, 6501 Bellinzona, tel. 092 243455

AMMINISTRAZIONE:

Silvano Pezzoli, 6648 Minusio
tel. 093 334641 — c.c.p. 65-3074-9

GRAFICO: Emilio Rissone

STAMPA:

Arti Grafiche A. Salvioni & co. SA
6500 Bellinzona

TASSE:

abbonamento annuale fr. 15.—
fascicoli singoli fr. 2.—

medicare una persona con ferite sanguinanti o pulire oggetti o superfici sporche di sangue. Tutte le superfici sporche vanno subito pulite con un disinfettante (è sufficiente l'ipoclorito di sodio o candeggina, diluito con acqua 1 a 10).

7. Il fatto di riposare insieme, in uno stesso locale, è pericoloso per i bambini?

No, nel modo più assoluto.

8. Come possono i bambini prendere la SIDA? E come è possibile proteggerli?

La maggior parte dei bambini contagiati dal virus hanno contratto la SIDA dal genitore infetto durante la vita intra-uterina o al momento della nascita. Tutte le donne positive al test o con comportamenti a rischio e in grado di procreare dovrebbero in questo momento evitare la gravidanza. Sono consi-

derate a rischio le tossicodipendenti che hanno fatto uso di siringhe o le partner di uomini tossicodipendenti o di omosessuali o di bisessuali, come pure le donne con contatti sessuali occasionali e con cambiamenti frequenti di partner.

9. Un bambino sieropositivo o con la SIDA può trasmettere il virus ad un compagno?

Nessuno dei casi di SIDA finora riscontrati tra i bambini è stato trasmesso da un bambino ad un altro in casa o a scuola. Nemmeno tra i gemelli, di cui uno solo infetto, si è riscontrata una trasmissione del virus (benché usassero gli stessi giocattoli, si scambiasse il cibo o il letto, ecc.).

10. È rischioso per un bambino essere in contatto con docenti o cuochi o altro personale scolastico sieropositivo?

No. La SIDA non si diffonde né attraverso l'aria, né il cibo, né attraverso qualsiasi altra forma consueta di contatto sociale.

11. Secondo le informazioni diramate alle docenti delle scuole materne, i bambini sieropositivi possono frequentare normalmente la scuola: per i bambini malati di SIDA quali sono le disposizioni?

In un bambino malato di SIDA, il sistema immunitario di difesa è seriamente compromesso e per questo egli diviene estremamente vulnerabile a qualsiasi tipo di infezione, di cui alcune possono risultare mortali. Per questo fatto spetterà al medico decidere sulla possibilità o meno che il bambino frequenti normalmente la scuola.

12. I genitori di un compagno di classe sono malati di SIDA. Quali preoccupazioni è lecito avere?

I consueti contatti sociali tra gli allievi presenti negli istituti scolastici non rappresentano un pericolo di trasmissione del virus. Per questo motivo la presenza di un compagno di classe con genitori ammalati di SIDA non deve suscitare preoccupazioni.

G.A. 6500 Bellinzona 1
Mutazioni:
Sezione Pedagogica - 6501 Bellinzona