

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 T1, 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**

	SÌ	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

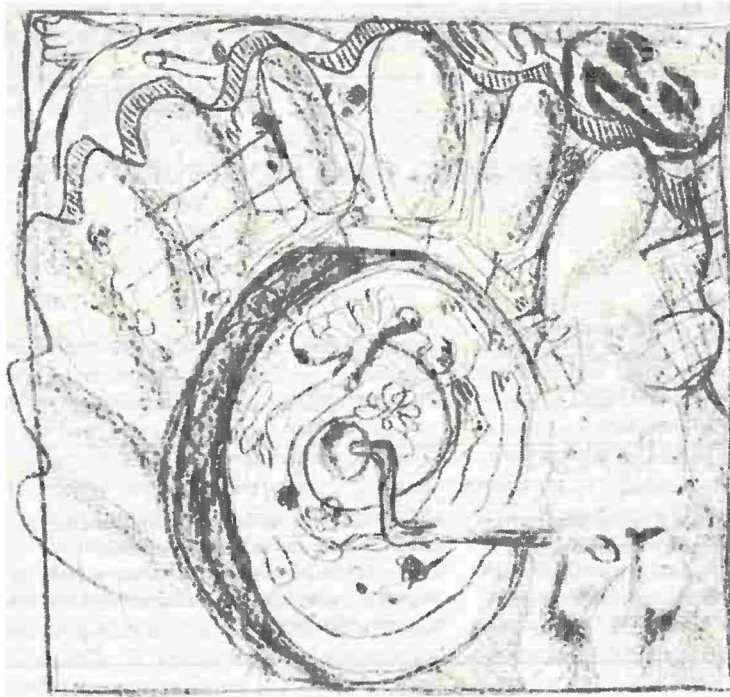
L'epidemia da HIV (Human Immunodeficiency Virus) ha raggiunto proporzioni allarmanti. In mancanza (e in attesa) di un vaccino e/o di una chemioterapia specifica la prevenzione resta l'unico mezzo a disposizione per limitare l'ulteriore espandersi dell'epidemia. L'Autorità sanitaria è quindi intervenuta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