RAPPORTO SULL'AIDS

Gli emofilici: «Controlli severi sugli emoderivati»
Angeloni (Cri): «Per ora evitare trasfusioni»

Sangue, non è sicuro al 100%

ROMA — Hanno scritto una lettera al ministro, ai medici e ai giornalisti chiedono di essere chiamati d'ora in avanti «politrasfusi» perché la «psicosi da Aids» ha già fatto scattare la molla dell'emarginazione. Sondaggi, statistiche, mass media li collocano nella graduatoria dei soggetti «a rischio» al terzo posto, dopo i tossicodipendenti e gli omosessuali. In realtà, loro, gli emofilici, come gli altri «politrasfusi» (talassemici, anemici, leucemici) sono esposti al virus Hiv in quanto costretti ad assumere farmaci emoderivati per poter vivere.

L'emofilia è un'alterazione ereditaria della coagulazione del sangue e colpisce mediamente un individuo ogni 10 mila. Si trasmette dalla madre (portatrice sana) ai figli maschi che presentano manifestazioni emorragiche anche spontanee al livello delle articolazioni, dei muscoli e di organi vitali, spesso con effetti invalidanti. Solo attraverso la somministrazione del fattore VIII o IX che loro manca possono trascorrere un'esistenza «normale» e lunga.

Già dagli anni 70 i farmaci emoderivati hanno sostituito le ben più faticose e pericolose trasfusioni e questo, soprattutto nei giovani, ha reso la «qualità della vita» molto più accettabile. Oggi l'Aids, ma soprattutto la psicosi di massa che sta crescendo intorno a questa malattia, stanno creando nuovi e più grandi problemi.

«*Noi* — dice con grande pacatezza Alessandro De Majo, presidente dell'associazione emofilici del Lazio — *ai nostri bambini abbiamo sempre raccomandato di raccontare ad amici ed insegnanti la loro malattia, per essere accettati, ma soprattutto per imparare subito ad accettarsi. Ora però accadono episodi spiacevoli, come il rifiuto di assumere per un posto di lavoro uno di noi, solo perché emofilico...*»

Ma quali sono i rischi «in più» che corre questa categoria di «politrasfusi»? «*Se rimaniamo tra i "politrasfusi" nessun rischio in più. Il problema è un altro e riguarda la nostra "dipendenza" dal sangue o dai suoi derivati. L'uso di farmaci emoderivati (prodotti per la maggior parte da multinazionali) e "fabbricati" attraverso la raccolta di sangue di centinaia di migliaia di donatori o addirittura da sangue "comprato", ha comportato la trasmissione di alcuni virus, fra cui l'Hiv. Da più di un anno, però, si è scoperto che questo virus non resiste a temperature superiori a 60° e gli emoderivati sono quindi trattati col sistema del "vapore caldo" (steam-treatment) che li dovrebbe rendere sicuri*».

Resta il dramma individuale di tutti quegli emofilici (e sono fra il 70 e l'80%) che oggi sono «sieropositivi», ma Alessandro De Majo insieme con tutti gli associati si è sempre preoccupato di evitare qualsiasi forma di «pietismo». «*Chi è consapevole da sempre della malattia, della sua gravità, delle sue possibili conseguenze* — afferma — *è meno pericoloso per sé e per gli altri. Noi siamo seguiti scrupolosamente nei nostri centri, abbiamo contatti continui con i nostri medici, attuiamo regolarmente tutta una serie di norme igienico-sanitarie, che la maggior parte degli individui non si sognano di seguire e ognuno di noi, con dignità e pazienza, si porta dentro la sua ansia*».

Ma cosa chiedono gli emofilici al governo e alla Commissione recentemente insediatasi? «*Cose concrete* — conclude De Majo —. *Un'informazione corretta, che non susciti allarmismi e pregiudizi; un controllo reale, attento e puntuale sugli emoderivati, perché vengano trattati "a caldo"; un'attenzione maggiore nei confronti dei Centri per emofilici*».

Da chi il sangue lo riceve, a chi lo dona. Da un'associazione privata ad un organismo pubblico, legato direttamente al ministero della Sanità: il Centro trasfusionale nazionale della Croce Rossa. Qui da febbraio-marzo '85 tutti i campioni di sangue dei donatori vengono sottoposti a test (dall'ottobre tutti i centri trasfusionali del Lazio sono obbligati ai test e alla trasmissione dei risultati) e dall'aprile dello stesso anno è cominciata un'opera di informazione e sensibilizzazione tendente a far autoescludere i donatori a rischio, attraverso manifesti e opuscoli.

«*Ma* — afferma il professor Pasquale Angeloni, direttore del centro della Cri — *non siamo affatto tranquilli. Attualmente troviamo 6 sieropositivi ogni 10 mila test effettuati e fino al settembre avevamo esaminato 75 mila campioni. Per questo la nostra indicazione è quella di non fare trasfusioni se non strettamente necessarie (cioè solo se un individuo adulto ha perso più di un litro di sangue). Il problema, insomma, è che non possiamo garantire al 100% la "purezza" del sangue*».

A parte la «difettibilità» dei test, quali altre ragioni stanno alla base di questa insicurezza? «*In alcuni casi* — spiega il dottor Emilio Mannella, responsabile del reparto di sierologia e immunologia cellulare della Croce Rossa — *la quantità di anticorpi presente nel sangue di un individuo è minima e non si svela con il reattivo. C'è poi il periodo che intercorre tra il contagio e la produzione dell'anticorpo, rilevabile con il test, che è di quindici giorni circa. Se un soggetto viene "testato" in questo periodo non risulta niente e invece è sieropositivo*».

Se, d'altra parte, un individuo risulta sieropositivo non è detto che non ci sia un errore. «*Certo. Noi comunque escludiamo per prima cosa il sangue dal circuito e poi procediamo ad ulteriori controlli* — dice ancora il dottor Mannella —. *Se la sieropositività è confermata, convochiamo il soggetto, lo sottoponiamo ad anamnesi clinica e scopriamo quasi invariabilmente che era un "soggetto a rischio"*».

Anna Morelli

Il racconto di due medici di Bologna - Come hanno vissuto gli ultimi due anni - Le domande della gente più svariata, le risposte ai malati

«In questo centro-screening, parlando con 2.428 persone...»

Dalla nostra redazione

BOLOGNA — «*Negli ultimi due anni sono venute da noi 2.428 persone. 1.212 nel 1985, quattro di più (1.216) l'anno scorso. Hanno significato 7.794 interventi, 2.428 esami sierologici, 1.425 test immunologici, 3.941 visite mediche. Complessivamente i sieropositivi sono 590, la maggior parte dei quali (465) tossicodipendenti. Stanno progressivamente aumentando i «non a rischio», in un anno sono di fatto raddoppiati (da 193 a 317) i non tossicodipendenti, i non omosessuali, i non emofilici che hanno chiesto di essere sottoposti al test di sieropositività. Per fortuna i sieropositivi, tra loro, sono pochissimi: l'1,3%, pari a 4 su 317, nel 1986.*

Ma il nostro lavoro comincia molto prima del prelievo di sangue da esaminare. Alla persona che abbiamo davanti dobbiamo infatti spiegare cosa significa quel prelievo, altrimenti non riuscirà a capire la risposta del test, positiva o negativa che sia.

Si presentano persone grosso modo di due tipi: chi ha fondati motivi di essere preoccupato e chi — sono in aumento — pur non rientrando tra le cosiddette categorie a rischio vuole ugualmente sottoporsi all'esame. È gente che ha letto i giornali, che ha sentito da qualcuno che tutti possono prendere l'Aids. È gente che ha paura.

Vanno tutti tranquillizzati, i primi e i secondi. Ma non è facile. Che fare allora? Cercare di rispondere alle loro domande.

Sono, nella maggioranza dei casi, le seguenti: perché devo fare il test? Se dovessi risultare positivo, poi ci sarà qualcosa da fare? Di solito rispondiamo ricorrendo a tre argomentazioni tipo: due le sottoponiamo alla loro attenzione, una è tutta nostra, frutto di due anni di lavoro con questo particolare tipo di pazienti. La prima: tutti — facciamo notare loro — abbiamo qualcuno a cui vogliamo bene. Sapere allora se si è infetti non è secondario. È l'argomento che più fa presa. Su tutti. Anche sui tossicodipendenti. È il motivo principale, ci dicono, per cui siamo venuti e vogliamo sottoporci al test. La seconda: se si interviene il più precocemente possibile le possibilità terapeutiche sono maggiori. La terza argomentazione: se il test dà un responso negativo l'interessato sei mesi dopo si ripresenterà per un nuovo esame. La verità, in questo modo, fa meno paura.

Il colloquio, comunque, è un'ottima occasione per dare indicazioni e consigli. Chi viene da noi ha già alcune nozioni di prevenzione, ma con evidenti lacune che bisogna riempire. Soggetto per soggetto: con il tossicodipendente ci si comporta in un modo, con l'omosessuale in un altro, con chi non è né tossicodipendente né omosessuale in un altro ancora.

L'informazione diffusa dai media è, ormai, riuscita a convincere la gente che l'Aids non è un problema che riguarda soltanto i tossicodipendenti e gli omosessuali. I «non a rischio» stanno aumentando. Sta, in sostanza, cambiando la qualità dei campioni. Ognuno con problemi tutti suoi. Non esiste una ricetta valida per tutti. Caso per caso cerchiamo di fare il possibile. È un'autentica battaglia: c'è la persona scrupolosa che ci confessa apertamente di aver avuto un certo tipo di promiscuità sessuale ma abbiamo anche chi è convinto di essere comunque malato. Per fortuna questi ultimi sono pochi. Ma che battaglia dobbiamo ingaggiare con loro! È vero, la gente ha paura e noi dobbiamo dare una risposta a tutti, né possiamo essere noi a vietare ad una persona di fare un test.

Il concetto di rischio, in certe situazioni, è difficilmente spiegabile: c'è chi chiede di sottoporsi al test perché ha bevuto un caffè al bar della stazione o è stato a cena a casa di un ex tossicodipendente e c'è anche la mamma o il babbo che ci telefona per dirci che il bimbo è rientrato a casa con una escoriazione al braccio. «Forse — ci dicono tutti — si è ferito maneggiando una siringa raccolta nei giardini pubblici». Signora, non si preoccupi, rispondiamo. La signora insiste? Bene, allora le fissiamo l'appuntamento. Non possiamo fare altrimenti: la paura di un omosessuale promiscuo è la stessa della mamma del bambino che si è ferito. Non possiamo fare altrimenti neppure con le vittime della psicosi dell'Aids. Ne seguiamo una decina. Sono assolutamente negativi e non potranno mai essere positivi. Eppure vogliono fare continuamente il test. Ci siamo rassegnati: vengono da noi ogni settimana. È l'unico modo per tenerli calmi.

Facciamo dunque l'esame. Se il risultato è negativo, al «paziente» diciamo di ritornare fra sei. Noi, però, non perdiamo l'occasione per fornirgli tutte le indicazioni possibili per eliminare la situazione di rischio. Adesso, dottore, ci domandano tutti, cosa devo fare, cosa mi consiglia per rimanere negativo? È un momento importante dell'interscambio tra operatore sanitario e paziente.

Indescrivibili le reazioni in caso di risposta positiva del test. Sono generalmente composte (per un buon 50% dei casi) quando si fa parte di gruppi con altre persone già sieropositive. Quasi valesse il detto: mal comune mezzo gaudio. Se invece chi è risultato positivo ha più cose da difendere (una «posizione», un lavoro, una famiglia) allora la reazione istintiva è di considerarsi in qualche modo finito. La riflessione tipo, in questi casi: mi dispiace, dottore, ma non tanto per me. Ma i miei, che sarà di loro?

Sono situazioni difficilmente gestibili a caldo. In questi casi puntiamo molto sulla percentuale di evoluzione (non tutte le sieropositività evolvono in Aids), sul fatto che solo gli esami successivi chiariranno la situazione, che, infine, molto dipende anche da loro.

I nostri consigli sono recepiti? Nel primo colloquio crediamo per non più del 10%. La dimostrazione? Dopo aver cercato di spiegare, di tranquillizzare, di dire che sieropositività non equivale a condanna a morte, la prima domanda che tutti i sieropositivi ci pongono è se si può guarire. Scontato che ci si crede ormai definitivamente ammalati. Che rispondiamo? Che non c'è bisogno di nessuna cura se i successivi esami non dimostreranno il contrario. Inoltre per quanto riguarda i tossicodipendenti, almeno a Bologna possiamo contare su servizi ed operatori territoriali molto validi e disponibili. Da noi possono venire ogni volta che vogliono. Non serve impegnativa, non si pagano ticket. Né l'amministrazione ospedaliera frappone ostacoli burocratici. Una volta tanto la burocrazia è stata sconfitta dall'intelligenza, dal buon senso. Né, venendo al Centro, si corre il pericolo che il proprio nome possa essere svelato. Sono tutti delle sigle: zerocentocinquanta eug., zerocinquecento ales., e così via.

Il nostro più grande dramma, però, è quello che viviamo a contatto con le donne incinte sieropositive. È il momento più drammatico. La donna che si presenta non ti chiederà mai di voler interrompere la gravidanza, né noi osiamo dire qualcosa in merito. Ma la donna vuole e chiede informazioni. In coscienza, non ne abbiamo. Non sappiamo rispondere alla domanda fondamentale: che rischi c'è di trasmissione da madre a figlio? Tiriamo fuori le percentuali di cui disponiamo: alcune danno una trasmissione del 100%, altre dell'80%, altre ancora del 50%. Ma ce ne sono di più basse: del 13% ed anche dell'8%. Sono tutte vere ma nessuna completamente giustificata. La nostra è del 15,8% però ha lo svantaggio di essere fatta su numeri piccoli. Riferiamo anche che su dodici casi da noi seguiti abbiamo avuto altrettanti risultati tutti negativi, ossia bambini non infetti. Alla fine però ti accorgi che non sei stato affatto esauriente e convincente con chi ti ha ascoltato.

Ma non ci scoraggiamo. Anzi, queste cose, poi, le ripetiamo anche fuori dal Centro, nella parte «serale» del nostro lavoro. Lo facciamo nelle decine di conferenze, di assemblee a cui siamo invitati, nei quartieri, nelle scuole. L'Aids ha portato anche questa novità.

* * *

La testimonianza che abbiamo raccolto è di Ennio Ricchi e Paolo Costigliola, medici del «Centro screening e prevenzione Aids» dell'Istituto di malattie infettive del Policlinico Sant'Orsola di Bologna.

Franco De Felice

Madri sieropositive: a Milano un'équipe all'avanguardia, ma...

E il neonato rischia dieci volte di più

MILANO — Rischia dieci volte più degli altri di morire nel momento in cui viene al mondo. Se ce la fa, spesso risulta prematuro e sottopeso (in un caso su quattro non arriva ai due chili e mezzo), lo insidiano infezioni alle vie respiratorie e urinarie e molte altre patologie. Con i primi vagiti manifesta i sintomi della cosiddetta «Sindrome da astinenza neonatale» che vanno dalla diarrea al vomito, dal pianto acuto alle convulsioni, dalla febbre ad altri disturbi del sistema nervoso autonomo. Questo bambino «difficile» è il figlio della madre tossicodipendente.

Una partenza in ripidissima salita, tanto più da quando si è dimostrato che sulla sua fragile vita pende anche la minaccia dell'Aids. Doppiamente subdolo e odioso, il virus Hiv in ordine di tempo è l'ultima e più pericolosa eredità che i piccoli ricevono direttamente dalla mamma, così come sviluppano la dipendenza fisica dalla droga.

Un osservatorio eccezionale sui protagonisti di questo problema nel problema, sulle loro ansie, sul modo di affrontarle, è il *Centro di assistenza alle gravide tossicodipendenti al loro neonati* in funzione dal '79 presso la clinica ostetrico-ginecologica «Mangiagalli», a Milano. Vi lavora una équipe di giovani medici, ginecologo, assistente social, neuropediatra, con modeste sovvenzioni e in locali di fortuna. Da quando, esattamente due anni fa, per iniziativa autonoma dello staff sanitario furono avviati sistematici controlli per la ricerca del morbo, due terzi del centinaio di partorienti è risultata sieropositiva.

«*Evidente, quindi, che lo siano anche quasi tutti i neonati* — dice la dottoressa Buccerì, ginecologa, — *I bambini hanno sviluppato anticorpi anti Hiv. Ma i pericoli sono in agguato. E dopo la nascita, infatti, che cresce il rischio di contagio accidentale*». Chiaro il riferimento ad imprudenze comportamentali dei genitori. Per scongiurarle i medici da un lato sollecitano l'allattamento artificiale, dall'altro suggeriscono l'adozione di «*normali precauzioni igieniche*» come le chiama il neuropediatra, dottor Ferraris.

Si tratta, per capire, di indicazioni spicciole ma da osservare con scrupolo: lavare i pannolini con la candeggina, non succhiare eventuali piccoli tagli che il bambino potrebbe prodursi, disinfettare con garze che poi vanno buttate. «*Tutte norme concrete che indichiamo anche a quanti adottano questi bambini*», precisano gli affiatati camici bianchi sottolineando «*l'ottima collaborazione con il Tribunale dei minori*». La buona predica — invece — non sembra trovare orecchie altrettanto attente tra i dirigenti della sanità pubblica.

Il servizio, preziosissimo anche perché unico in Lombardia, viene svolto in ambulatori che non è eccessivo definire da Terzo mondo. L'ambulatorio ostetrico non ha il lavandino che invece esiste in quello pediatrico dove peraltro non c'è ombra di personale paramedico. I colloqui con l'assistente sociale e lo psicologo si svolgono nell'anticamera dello studio di un primario, un bugigattolo di appena dieci metri quadrati.

«*Migliore la situazione della sala parto* — precisa la dottoressa Lodi, neonatologa — *frequentata solo da madri tossicomani. Questi pazienti particolari vengono poi ospitati in stanze separate. Purtroppo non tutti rivelano adeguata sensibilità. Mentre il personale utilizza materiali e strumenti usa e getta, o quanto meno sterilizza i ferri, la Regione parla da tempo di contenitori speciali per rifiuti di cui, almeno qui, non s'è ancora vista traccia*».

Nonostante abbiano più volte minacciato di andarsene e mentre sono in attesa che il servizio sanitario nazionale si decida a inquadrarli decorosamente, i «volontari» della Mangiagalli svolgono con passione il loro lavoro. Conoscono come pochi in Italia stati d'animo, tormenti, desideri di donne tra i 20 e i 30 anni che giungono alla maternità senza volerlo.

Eppure raramente chi è sieropositivo decide di rinunciare al figlio. «*L'aborto terapeutico viene rifiutato nella stragrande maggioranza dei casi* — dice la dottoressa Canestrari, assistente sociale — *Noi mettiamo in guardia dal pericolo di dare alla luce bambini che potranno ammalarsi di Aids. In realtà chi rischia continuamente la vita iniettandosi eroina trequattro volte al giorno come queste donne, ha un rapporto con la morte assai diverso da quello abituale. Ma due cose devono essere ben chiare: spetta sempre a loro scegliere, mentre è indispensabile che lo "screening" sulle ragazze sieropositive si faccia prima della gravidanza. Valutare e consigliare "dopo" diventa estremamente difficile. Del resto le future madri si presentano in ospedale quasi sempre oltre il terzo mese*».

Novemila eroinomani a Milano risultano portatori di Aids. Quanti di loro sono donne? Per ora non si sa. In attesa che un miracoloso vaccino liberi queste persone dall'ombra di un destino crudele resta davvero solo la speranza? Alla Mangiagalli c'è chi non si rassegna. Insieme al programma terapeutico studiato insieme agli interessati e volto ad assicurare gravidanze e nascite soddisfacenti, al *Centro di assistenza per madri tossicomani* si pongono le basi di un programma riabilitativo e di disintossicazione. Un esempio non solo per Milano. Combattere la droga, se non ricordiamo male, significa anche combattere la diffusione dell'Aids.

Sergio Ventura

Parla una direttrice sanitaria
Le vaccinazioni, momento delicato

Attenzione negli asili, senza drammi

ROMA «*Non voglio che mio figlio morda la stessa matita masticata da quel bambino*». «Quel bambino» era un piccolo allievo di una scuola di New York affetto da Aids. I genitori dei suoi compagni di classe hanno scatenato un inferno e hanno imposto il suo allontanamento dalla scuola. A Miami, in Florida, hanno adottato un'altra soluzione (se così si può chiamare). C'erano tre bambini affetti da Aids, li hanno messi in una aula-lazzaretto con una maestra volontaria che li isola da tutti gli altri.

In Italia l'allarme è scoppiato per molto meno. Il figlio di un tossicomane affetto da Aids (deceduto qualche settimana fa) ha avuto bisogno di una disposizione del ministro della Sanità per poter frequentare un asilo a Teramo. A Vicenza si è dovuta convocare un'affollata assemblea cittadina per tranquillizzare i genitori terrorizzati dalla presenza a scuola di figli di tossicodipendenti.

E domani? Quando il morbo, come sembra finora inevitabile, guadagnerà altri spazi, si aprirà anche un caso-scuola? Oggi i figli di madri sieropositive sono il 6% di tutti gli affetti da Aids. Solo per questa via ci potrebbero essere 720 bambini affetti. Ma qui si parla di Aids nella sua fase acuta. I bambini sieropositivi saranno almeno 50-70 volte tanto. Migliaia, insomma. Che cosa accadrà nelle scuole? Donat Cattin già parla di «opportunità» di allontanare i bambini «a rischio» dagli asili.

La paura — se mancheranno informazioni adeguate — sarà inevitabile, e troverà un servizio di medicina scolastica che certo nel nostro Paese non è tra i migliori. Saranno loro, comunque, i medici scolastici, a dover dare delle risposte. Quali? «Dovremo spiegare molte cose, ma soprattutto *tranquillizzare*», afferma la dottoressa Anna Murri, direttore del servizio sanitario materno e infantile dell'Usl Roma 9. Nella zona della sua Usl ha già avuto a che fare con un bimbo di 7 anni, figlio di una tossicodipendente («*che ha avuto l'incauta idea di dirlo in una assemblea*»), «salvato» grazie ad un'informazione tempestiva, in un'assemblea convocata in gran fretta, data agli altri genitori, che già parlavano di allontanamento.

«Bisogna che i genitori *comprendano* — spiega la dottoressa Murri — *che è estremamente difficile, nelle scuole materne e alle elementari, il contagio tra bambini. Molti hanno paura del morso: ma un bambino che, eventualmente fosse sieropositivo, dovrebbe mordere più volte lo stesso compagno — e morderlo a sangue — per trasmettergli quella carica batterica minima per l'infezione. Basterà un'attenzione maggiore, quindi. Ancora più difficile il contagio attraverso la matita o il giocattolo "masticati": il bambino "sano" dovrebbe avere una lesione in bocca e masticare per ore per potere essere contagiato. Insomma, sono condizioni molto, molto difficilmente raggiungibili*».

Ma che cosa bisogna fare con eventuali bambini a «rischio» che potrebbero cioè essere sieropositivi?

«*Per loro occorrerà stare soprattutto attenti alle vaccinazioni. Potrebbe essere rischioso utilizzare vaccini — tipo l'antimorbillo o l'antipolio tipo Sabin — che contengono virus attenuati. Ma si può somministrare l'antitetanica o l'altro tipo di antipolio*».

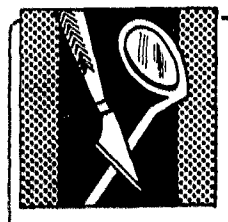
E nelle medie inferiori?

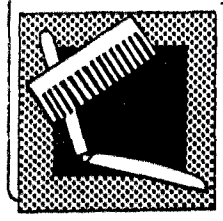
«Qui — spiega la dottoressa Murri — *mi sembra difficile trovare bambini contagiati. Quelli che nascono da madri sieropositive muoiono in genere nei primissimi mesi o anni di vita. A 10-13 anni il contagio potrebbe avvenire solo per violenza sessuale, o per emotrasfusione. Il primo caso è raro, il secondo implica, di solito, una lunga permanenza in ospedale e una vita che raramente si svolge tra le mura di un'aula scolastica. Dunque, per tutta la scuola dell'obbligo c'è e ci sarà soprattutto un problema di informazione e di tranquillizzazione dei genitori più che di prevenzione e profilassi della malattia*».

Nelle superiori, invece...

«*Certo, qui il discorso è diverso. Ed è un discorso di educazione sanitaria e sessuale molto precisa. Dovremo realizzare anche campagne di informazione sul rischio della siringa e delle droghe. Credo però che sarà più facile un'educazione alla prevenzione tra i ragazzi in genere molto meno ansiosi dei genitori*». Ma — com'è noto — l'educazione sessuale nella scuola italiana è inesistente.

Romeo Bassoli





☐ Attenzione

Alcuni dei sintomi sopra descritti sono comuni ad altre malattie quindi non si deve subito concludere di essere ammalati di Aids solo perché si accusano uno o più di questi sintomi.

L'essere eccessivamente ansiosi riguardo all'Aids può anche causare l'insorgere di uno di questi sintomi. Se si è preoccupati occorre parlarne col medico di fiducia o consultare gli operatori del Reparto Malattie Infettive della Usl di appartenenza.

Due malattie, in particolare, vengono comunemente riscontrate nei pazienti con Aids:

— il sarcoma di Kaposi, una rara forma di cancro che colpisce soprattutto la pelle ma anche altre parti dell'organismo,

— polmonite da Pneumocistis carinii, una infezione grave ai polmoni.

☐ Quanti sono ammalati di Aids in Italia

A tutto il mese di gennaio 1987 si ritiene secondo una stima teorica, che oltre 100 000 persone abbiano contratto il virus Hiv.

525 sono i malati di Aids.

In Italia il 51% sono tossicodipendenti, il 29% sono omosessuali, il 20% altri. A differenza dell'Italia negli altri paesi occidentali l'Aids colpisce per circa l'80% gli omosessuali. Nei paesi dell'Africa centrale colpisce ugualmente uomini e donne. Nessuno sa con certezza perché l'Aids abbia seguito questi diversi modi di diffusione. Si possono comunque individuare alcune categorie (definite ad alto rischio) i cui appartenenti sono maggiormente soggetti a contrarre l'infezione con virus Hiv e ad ammalarsi di Aids:

tossicodipendenti che fanno uso di droga per via endovenosa specie con scambio di siringhe (o con l'uso in comune di siringhe),

omosessuali e bisessuali maschi (omosessuali sono coloro che hanno rapporti sessuali con persone dello stesso sesso, bisessuali sono coloro che hanno rapporti sessuali con persone di entrambi i sessi),

emofilici e politrasfusi (gli emofilici sono persone che hanno bisogno di particolari derivati del sangue per aiutare il loro sangue a coagularsi),

prostitute,

carcerati se tossicomani o omosessuali,

soggetti con elevata promiscuità sessuale,

partners sessuali di soggetti sieropositivi,

figli di madri sieropositive.

☐ Come si contrae il virus Hiv

Il virus è stato trovato in grande concentrazione nel sangue e nello sperma, raramente e in bassa concentrazione nell'urina, nelle feci, nella saliva, nelle lacrime, nelle secrezioni vaginali e nel latte materno.

Il virus è pertanto trasmissibile sia con rapporti sessuali, sia attraverso i liquidi biologici suddetti. È opinione generale che il contagio avvenga solo se il virus entra direttamente e in gran quantità a contatto con il sangue.

Delle oltre 100 000 persone che alla fine di settembre 1986 si stima siano state colpite in Italia da questo virus Hiv, 367 hanno avuto realmente l'Aids.

Questo fatto conferma che il contagio da virus non significa automaticamente lo stato di malattia, la quale può essere preceduta da uno stadio denominato Las («Sindrome linfoadenopatica») o Arc («Complesso correlato all'Aids»). Tuttavia non è nota l'esatta proporzione tra pazienti con Las/Arc e pazienti che sviluppano l'Aids.

I sintomi della malattia compaiono da sei settimane a cinque anni (a volte un tempo superiore) dopo l'infezione da virus.

Come si è già evidenziato il virus Hiv può sopravvivere solo nei fluidi dell'organismo come il sangue, lo sperma, la saliva e le lacrime. Tuttavia risulta che nessuno ha contratto la malattia dalla saliva o dalle lacrime. Tutti i casi provati hanno contratto l'Aids dal sangue o dallo sperma.

Il virus può essere contratto:

— tramite rapporti sessuali

— ricevendo sangue infetto.

☐ Rapporti sessuali

La trasmissione è possibile quando il sangue o lo sperma di una persona portatrice del virus viene a contatto con le vie sanguigne dell'altro partner (sia esso uomo o donna). Qualunque pratica sessuale che determini lesioni della pelle e delle mucose o comporti una fuoriuscita di sangue all'interno della vagina o dell'ano o sulla pelle può aumentare il rischio di contrarre il virus.

Alcuni rapporti sessuali (ad esempio il rapporto anale e orale) che possono determinare contatti diretti sangue-sangue o liquido seminale-sangue risultano molto più rischiosi di altri. Tuttavia vi è un 4% dei casi di Aids che sono contratti attraverso rapporti eterosessuali normali. Gli omosessuali sono una categoria a rischio particolarmente quando sia elevato il numero dei partners.

→