

# L'ADOLESCENTE E L'INFEZIONE DA HIV: COMPORTAMENTI E PROBLEMI

G. Caramia, E. Ruffini, P. Osimani

Divisione Pediatria-Neonatologia

Azienda Ospedaliera Materno-Infantile "G. Salesi" - Ancona

## RIASSUNTO

L'adolescente e l'infezione da HIV: comportamenti e problemi.

*Sebbene gli adolescenti rappresentino solo una piccola parte di tutti gli individui affetti da AIDS, essi sono una larga popolazione di soggetti, spesso misconosciuta, con possibile infezione da HIV. Le cause di ciò possono essere identificate con alcuni comportamenti a rischio propri degli adolescenti ed in particolare con l'attività sessuale a rischio.*

*L'adolescente con infezione da HIV, oltre agli importanti problemi inerenti la prevenzione e il decorso clinico-terapeutico della malattia, presenta altre problematiche, tra cui il rapporto con il mondo della scuola.*

*In particolare, i problemi che insorgono dalla presenza di un adolescente infetto in classe sono la possibile trasmissione dell'infezione ai compagni sani, la possibile trasmissione di altre infezioni dal soggetto infetto al sano e, viceversa ed infine, la possibile insorgenza, negli adolescenti consapevoli del loro stato di sieropositività, di quadri psicopatologici.*

*Per meglio affrontare tali problematiche, è molto importante una migliore conoscenza della malattia, sempre mortale a breve o lungo termine, dei fattori di rischio e dei mezzi di prevenzione.*

*Una stretta collaborazione tra Ministero della Pubblica Istruzione, Ministero della Sanità, corpo insegnante, medici scolastici e sanitari dei centri di riferimento, con incisive campagne educative, può dar luogo a quella adeguata informazione ed educazione indispensabile per la prevenzione della malattia non solo in età adolescenziale.*

**Parole chiave:** infezione da HIV, adolescente, scuola.

## SUMMARY

Adolescent and HIV infection: behaviours and problems.

*Even if teenagers represent just a small part of the all the people with AIDS, they are a large population, very often non identified, with potential HIV infection.*

*This is because of some risky behaviours typical of teenagers, especially related to sexual life.*

*The adolescent with HIV infection besides the important problems concerning the prevention and the clinical-therapeutical course of the disease, shows further problems including his relationships in the school.*

*Particularly the problems related to the presence of HIV infected student are the diffusion of the infection among the healthy people, the spreading of other infections from the sick teenagers to the healthy ones and viceversa and, finally, the potential onset, in the conscious HIV positive young of psychopathological problems.*

*In order to face these problems, it is very important to increase the knowledge of the disease, with its risks and its way of prevention.*

*A tight collaboration among Ministry of Public Education, Health Department, teachers and physician in the school, and specialized medical staff, together with effective informative campaigns could be able to produce a qualified information and education necessary to prevent the illness, not only in the adolescence.*

**Key words:** HIV infection, adolescent, school.

**L'** infezione da HIV, malattia sessualmente trasmessa di seconda generazione, ha colpito all'inizio prevalentemente maschi adulti omosessuali o tossicodipendenti, ma negli ultimi anni sta interessando sempre più altri gruppi, tra cui donne e adolescenti. La diffusione dell'infezione pone pertanto gravi problemi di Sanità Pubblica, dato che in certe regioni sta diventando una vera e propria epidemia per la quale purtroppo fino ad oggi non vi è alcuna possibilità di guarigione (1).

## ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

Particolarmente problematica è la conoscenza della incidenza della sieropositività per HIV negli adolescenti, anche se probabilmente è molto alta. Dalle varie indagini eseguite nei paesi industrializzati emerge che il numero di adolescenti con AIDS è relativamente piccolo ed in genere inferiore all'1%. In Italia, al 30 settembre 1995 i casi di AIDS in adolescenti (età compresa tra i 15 e i 19 anni) erano 99, pari ad una incidenza dello 0.3% circa dei soggetti malati. Dalla stessa statistica emerge però che il 33% circa dei pazienti con AIDS ha una età compresa tra i 20 e i 29 anni e, poichè il periodo di incubazione per lo sviluppo dei sintomi dell'AIDS è di circa 10 anni, vi sono fondati motivi per ritenere che non pochi di questi pazienti abbiano acquisito l'infezione in età adolescenziale (2). In Italia il numero degli adolescenti con infezione da HIV non è noto, anche se esso può essere dedotto in parte dallo studio di Mazzotta F. et al. Infatti, in uno studio condotto da tali autori nel 1995 sulla prevalenza dell'infezione da HIV

nella regione Toscana (la regione che più corrisponde dal punto di vista statistico al resto dell'Italia), prendendo come campione gli iscritti alle liste di leva, è emerso che la prevalenza è inferiore all'1 per mille di tutti gli adolescenti, naturalmente di sesso maschile, presi in esame (3).

Negli USA, dove sono stati eseguiti studi approfonditi sulla reale prevalenza dell'infezione da HIV in adolescenti, è stato evidenziato che essa oscilla in media tra lo 0.2 e l'1.1% con percentuali più alte nei soggetti "homeless" (4).

Negli adolescenti statunitensi, al pari degli adulti, il numero maggiore di casi si osserva nelle minoranze africane ed ispaniche, nonché nei grossi centri urbani. A differenza degli adulti, negli adolescenti americani vi è però una diversa distribuzione maschi-femmine nella prevalenza dell'infezione da HIV, poichè il rapporto è circa 2:1 o 3:1, rispetto al 7:1 degli adulti (5).

Anche in Italia si nota che negli adolescenti con AIDS il rapporto maschi-femmine è di 3:1, mentre negli adulti esso sale a 4:1 (2).

Questa diversa prevalenza maschi-femmine negli adolescenti molto probabilmente è dovuta al ruolo preminente della trasmissione eterosessuale dell'infezione da HIV rispetto ad altri tipi di trasmissione. A ulteriore supporto di tale ipotesi vi è la dimostrazione che negli USA le adolescenti con AIDS sono il 47% contro il 29% di donne adulte con AIDS (4).

## TRASMISSIONE DELL'INFEZIONE DA HIV E COMPORTAMENTI A RISCHIO NEGLI ADOLESCENTI

Il virus dell'HIV penetra nell'organismo per via sessuale

con modalità omosessuale ed eterosessuale, attraverso microlesioni difficilmente individuabili della cute e/o delle mucose, per via ematica con trasfusioni di sangue e/o emoderivati infetti, scambio di siringhe o aghi contaminati, o attraverso la via verticale madre-figlio.

Il virus dell'HIV è stato isolato in diversi liquidi e materiali biologici, nei quali è presente sia nelle cellule, che in forma libera, e la sua trasmissione è influenzata dalla carica virale e dalla estensione del contatto con il fluido organico.

Nel sangue, nello sperma e nelle secrezioni vaginali, la carica virale è molto alta, mentre nella saliva, nel latte, nelle feci, nel sudore e nelle lacrime la concentrazione del virus è bassa. Nelle urine è stata dimostrata definitivamente la completa assenza del virus. Da quanto detto sopra si deduce che tramite il sangue, lo sperma e le secrezioni vaginali la trasmissione dell'infezione è molto più elevata rispetto agli altri liquidi biologici.

Sebbene in letteratura siano stati segnalati casi di trasmissione dell'infezione attraverso il latte, lo stesso non si può dire per contatto di feci, sudore e lacrime di soggetti infetti.

Per quanto riguarda la saliva come possibile fonte di trasmissione dell'infezione da HIV, le ipotesi sono abbastanza contrastanti, infatti la saliva di per sé non è infettante e non sono mai stati segnalati casi di infezioni attraverso bicchieri, posate, stoviglie utilizzate in precedenza da soggetti infetti. Uno studio recente del CDC ha evidenziato che nessun caso di sieroconversione si è verificato in 89 conviventi di 25 bambini infetti in fase sintomatica, nonostante il contatto fosse stato molto vario

(usare le stesse stoviglie, dormire insieme, fare il bagno insieme, abbracciarsi, baciarsi, mordersi) (5).

Comunque nel bacio, la manifestazione sessuale più frequente, e nel sesso orale qualora il contesto sessuale sia traumatizzante, la possibilità di trasmissione del virus con la saliva, anche se rara, non può essere del tutto esclusa.

È stato dimostrato che nel bacio "appassionato", anche tra soggetti sani, nella bocca si può verificare un certo sanguinamento, per cui, se uno dei partners è infetto, esiste la possibilità del passaggio del virus al partner sano. Inoltre, è stato dimostrato che con il progredire dell'infezione verso l'AIDS si assiste ad una aumentata fragilità della mucosa orale con una aumentata possibilità di presenza di sangue nella saliva (6).

Con i maggiori controlli sul sangue, si è ridotto di molto la trasmissione dell'infezione secondaria alla somministrazione di sangue o emoderivati (esempio soggetti emofilici o con altri disturbi della coagulazione). Attualmente, negli USA solo il 2% degli adolescenti contrae l'infezione con le trasfusioni di sangue infetto. Gli altri fattori di rischio per gli adolescenti sono l'omosessualità maschile (64%), i rapporti eterosessuali (18%), l'abuso di droghe intravenose (4%), l'omosessualità associata all'uso di droghe e.v. (7%), mentre per il rimanente 5% i fattori di rischio sono sconosciuti (7).

Nei vari studi eseguiti, è stata notata l'importanza non solo dell'attività sessuale ma anche del tipo e della frequenza. I rapporti anali, ad esempio, che sono ad alto rischio di trasmissione dell'infezione da HIV, sono praticati dal 19-25% degli adolescenti di entrambi i sessi (8).

Anche il numero di partners è correlato ad un maggior rischio di infezione da HIV: a tal proposito è stato evidenziato che circa il 19% di tutti gli studenti USA ha avuto 4 o più partners sessuali nell'ultimo anno (9).

Gli abusi sessuali su adolescenti rappresentano potenziali rischi di trasmissione dell'infezione da HIV, anche se la reale incidenza di questa via di trasmissione non è conosciuta.

Una misura dei grandi rischi rappresentati dai comportamenti sessuali negli adolescenti è rilevata anche dall'incidenza delle malattie a trasmissione sessuale. Negli USA, secondo vari autori, circa il 4% (ma con percentuali fino al 46% negli homeless) degli adolescenti è affetto da malattie a trasmissione sessuale e la presenza di tali malattie, con o senza lesioni ulcerative, rappresenta un fattore di rischio di infezione da HIV (10). Inoltre, la presenza di un alto numero di infezioni sessualmente trasmesse in un elevato numero di gravidanze in adolescenti (1 milione di gravidanze/anno) indica anche un basso uso di preservativi. Negli USA, infatti, solo il 31% degli adolescenti utilizza correttamente il profilattico (10).

La bassa incidenza dell'abuso di droghe intravenose, come fattore di rischio negli adolescenti, è spiegabile dal fatto che questa categoria di soggetti è dedita prevalentemente a droghe non iniettabili, come la marijuana, la cocaina, l'alcool o altre sostanze. A tal proposito è stato evidenziato però che l'uso di tali droghe, associato all'attività sessuale, aumenta il rischio di trasmissione dell'infezione da HIV, in quanto sotto l'effetto di tali droghe l'adolescente tende a non utilizzare il preservativo durante i rapporti sessuali (11).

Inoltre, vi è un gran numero di adolescenti che presenta come fattore di rischio una attività sessuale, in cambio di droga o soldi, per acquistare droga. Sempre negli USA, il numero di adolescenti che si prostituisce per droga o per soldi è stimato intorno a 1-2 milioni e un gran numero di questi è rappresentato dagli "homeless" e da "runaway" (10).

A nostro avviso, in Italia un ruolo sempre più importante rivestono, nella diffusione dell'infezione negli adolescenti, i rapporti sessuali, sia con le numerose prostitute che sempre più frequentemente si trovano in molte zone delle nostre città e sia quelli avuti durante le vacanze in alcuni paesi "esotici".

## **DECORSO CLINICO DELL'INFEZIONE DA HIV**

Il decorso clinico dell'infezione da HIV viene generalmente diviso in 3 fasi:

- infezione primaria;
- periodo di latenza clinica;
- fase clinica conclamata (AIDS).

Nel 70% dei casi a distanza di 3-6 settimane dal contagio si può assistere come nell'adulto ad una sintomatologia aspecifica simil-influenzale caratterizzata da febbre, malessere generale, faringite, eruzione cutanea, linfadenomegalia, artralgie, mialgie e cefalea. Tale sintomatologia scompare dopo circa 2-6 settimane e successivamente si instaura la fase di latenza clinica con assenza di sintomi o con sintomi aspecifici (12).

Anche se sono ben noti i "long term non progressor" cioè pazienti, stimati intorno al 5-8% della popolazione infetta, nei quali l'infezione assume un an-

damento favorevole con un lungo periodo di assenza dei sintomi, questa latenza dura di solito circa 8-10 anni con possibili variazioni legate al tipo di vita condotta dal soggetto infettato, alla variabilità del virus HIV, alla presenza di infezioni intercorrenti nonché alla via di trasmissione del virus. Infatti, è stato dimostrato che un decorso più aggressivo è legato all'esistenza di particolari ceppi di virus HIV, a rapida crescita (RH) e sincizogeni (si), che si associano ad una rapida progressione dell'infezione. Inoltre alcune infezioni intercorrenti da virus linfotropi, come ad esempio gli Herpesvirus, possono influenzare la progressione della infezione da HIV, in quanto sono in grado di transattivare il virus integrato nel genoma cellulare come provirus.

Negli adolescenti, a dispetto dell'apparente vantaggio della giovane età e quindi della maggiore reattività immunitaria, si assiste ad una più corta sopravvivenza dopo la diagnosi di infezione da HIV (in media 3 anni) (7).

Il passaggio dalla fase di latenza clinica alla malattia sintomatica è legato ad una grave immunosoppressione ed il quadro clinico iniziale, chiamato ARC (AIDS Related Complex), è caratterizzato da una linfadenopatia generalizzata e persistente, febbre, calo ponderale, candidosi orale e riattivazione di infezioni erpetiche. La comparsa di questi sintomi precede in genere di mesi (fino a 2 anni) l'instaurarsi dell'AIDS conclamato.

L'AIDS conclamato è caratterizzato da gravi infezioni opportunistiche e da forme tumorali che possono coinvolgere ogni organo o apparato per azione più o meno diretta del

virus, ma più spesso a causa delle infezioni secondarie e delle patologie neoplastiche.

Dopo l'insorgenza dell'AIDS, la malattia evolve rapidamente verso l'exitus che viene causato direttamente dal virus soltanto nel 20% dei casi. La sopravvivenza media è oggi limitata a 2-3 anni.

Mentre la sintomatologia è presente soprattutto nelle fasi finali della malattia, la replicazione virale persiste invece durante tutto il corso dell'infezione ed il danno immunitario si instaura lentamente e progressivamente a partire dalle fasi iniziali della malattia.

Nella fase acuta o infezione primaria, il virus si replica attivamente come dimostrato dall'elevata viremia evidenziata in questa prima fase. Successivamente, nella fase di latenza clinica, la risposta immunitaria riduce la replicazione virale con caduta della viremia, anche se il virus è presente in forma latente nella maggioranza delle cellule infettate. La persistente replicazione virale e la cronica stimolazione del sistema immunitario rappresentano le principali cause della distruzione del tessuto linfoide con la immunodepressione ad essa secondaria. La spia della immunodepressione è la caduta dei linfociti CD4 principali bersagli del virus, che diminuiscono progressivamente nella fase di latenza clinica con un tasso stimato di 25-40 cellule/mm<sup>2</sup>/anno: quando il numero scende sotto i 300/mm<sup>2</sup> compaiono i segni della malattia (ARC) (12). Su tale aspetto si basa l'ultima classificazione dell'infezione da HIV dei CDC (Centers for Disease Control di Atlanta) che suddivide le manifestazioni cliniche in 3 gruppi A, B e C ognuno dei quali è

suddiviso a sua volta in sottogruppi in base al numero dei CD4. Questa ha un valore prognostico, poiché è associata alla probabilità di sviluppare infezioni opportunistiche che causano, in associazione con altri eventi correlati alla infezione, la morte dell'individuo.

## **ADOLESCENTI SIEROPositivi NELLA SCUOLA**

L'infezione da HIV nella realtà scolastica è da alcuni anni un problema in rapida evoluzione numerica ed obbliga chiunque si trovi ad operare nella comunità scolastica a confrontarsi con essa. Fino a pochi anni fa il problema era affrontato nelle diverse realtà regionali sulla base di iniziative locali, mentre nel 1992 è stata fatta definitivamente chiarezza sull'argomento con l'approvazione da parte della Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS delle "linee guida per gli interventi di educazione alla salute e alla prevenzione delle infezioni da HIV nella scuola".

Tale documento dà risalto sia alle finalità educative, sia alle modalità di inserimento del soggetto infetto nella comunità scolastica, ma soprattutto sottolinea i problemi che l'infezione da HIV può far insorgere in ambito scolastico ed in particolare:

- la possibilità di trasmissione dell'infezione da HIV ai compagni sani;
- la possibilità di trasmissione di altre infezioni dal soggetto infetto al sano e viceversa;
- la possibilità di insorgenza, negli adolescenti consapevoli del loro stato di sieropositività, di quadri psicopatologici.

Per quanto riguarda la possibi-

lità di tutelare gli studenti sani, è da tenere presente che l'unico pericolo reale di trasmissione di infezione nelle scuole è il contagio attraverso il sangue: questo è basso se non addirittura impossibile nelle circostanze che normalmente si verificano in ambito scolastico.

Il personale insegnante o il medico scolastico dovranno comunque essere messi nelle condizioni di affrontare ogni situazione a rischio, qualora un alunno vada incontro ad emorragie spontanee o a ferite sanguinanti anche in ambito sportivo, utilizzando guanti protettivi. Gli schizzi di sangue che possono colpire zone non protette dai guanti o che possono raggiungere compagni o altri soggetti devono essere subito lavati con acqua e sapone. La zona colpita, specie se ricoperta da cute non integra, dovrà essere accuratamente disinfettata con uno dei prodotti attivi sull'HIV (ipoclorito di sodio 1:10 o 1:100, acqua ossigenata 10 volumi, alcool etilico 70%) che devono essere disponibili in ogni scuola. Lo stesso comportamento dovrà essere tenuto in caso di morsi.

Infine, un cenno deve essere rivolto ai casi, purtroppo sempre più frequenti, di ritrovamento all'interno della scuola o nelle immediate vicinanze di siringhe sporche di sangue. Tali siringhe vanno recuperate prendendole nella parte centrale del corpo ed eliminate in contenitori rigidi e non in sacchetti di plastica. La carica virale nel sangue infetto, eventualmente presente nella siringa, scende a temperatura ambiente del 90-99% entro poche ore ed è questo probabilmente il motivo per cui il rischio di infezione, anche dopo puntura accidentale con aghi sporchi di sangue contaminato, è inferiore all'1%.

Per quanto riguarda il secondo punto, cioè la possibilità di trasmissione di altre infezioni dai soggetti infetti ai sani, questa è praticamente inesistente vista la normale reattività immunologica del soggetto sano: viceversa, va ribadita l'estrema facilità dei soggetti infetti a contrarre infezioni, anche gravi, a causa della loro immunodepressione.

La immunodepressione dovuta alla intensa replicazione virale è alla base delle infezioni opportunistiche, causate da microrganismi ubiquitari nell'ambiente, che normalmente non sono patogeni nei soggetti sani, cioè immunocompetenti. Unica eccezione è rappresentata dalla infezione tubercolare, ma in genere il problema è risolto a monte, dato che i soggetti che diffondono nell'ambiente il bacillo della TBC generalmente vengono isolati o in Ospedale o a domicilio.

Più reale è invece il problema delle infezioni, in particolare virali (ad esempio quelle esantematiche, la varicella, etc.), che normalmente non sono gravi nei soggetti sani, ma che se trasmessi ai soggetti immunodepressi possono diventare letali.

La risoluzione di tali problematiche è molto difficile, data la immunodepressione del soggetto con AIDS, ma molto può essere fatto intervenendo sulla prevenzione.

La prevenzione non può prescindere dalla stretta collaborazione tra i sanitari del Centro di riferimento, ove il paziente è normalmente seguito dal medico scolastico o da una figura vicariante. Il medico scolastico in accordo con i colleghi del Centro di riferimento potrà decidere di volta in volta le più opportune misure profilattiche, fino all'allontanamento dalla scuola, questo soprattutto nell'interesse

del paziente più a rischio, cioè quello affetto da infezione da HIV.

Infine, la diagnosi di sieropositività per HIV e l'andamento progressivo della malattia hanno un effetto dirompente sull'equilibrio psichico e sul comportamento sociale dei soggetti portatori dell'infezione.

La prevalenza di tali disturbi varia in base alle fasi della malattia: 17-30% nei soggetti asintomatici 38-75% in quelli con ARC e 26-80% in quelli con AIDS (13).

Generalmente, alla rilevazione diagnostica si associa uno stato di crisi (fase di stress) caratterizzato da stato depressivo e senso di colpa. A tale fase segue la fase di transizione, contrassegnata da crisi di ansia, e quindi la fase di adattamento caratterizzata dall'alternarsi di periodi di stabilità psichica e periodi di peggioramento (ad esempio in prossimità di ricoveri o controlli), con stato depressivo e aumentato rischio di suicidio.

Quindi, tendenzialmente nei soggetti con infezione da HIV vi è uno stato quasi permanente di depressione e di ansia su cui si possono instaurare altri disturbi più gravi, quali quelli psicotici.

Il tentativo di risolvere tali problematiche che interessano la sfera psichica degli adolescenti sieropositivi è possibile sia con una adeguata preparazione e sensibilità del personale insegnante, che deve vigilare sui possibili mutamenti psico-comportamentali degli studenti, sia sulla presenza nella scuola o sul coinvolgimento di una figura medica capace di instaurare un valido rapporto con l'adolescente al fine di carpirgli la fiducia ed eventualmente indirizzarlo verso strutture mediche più idonee.

Infine, ci sembra opportuno fare un sommesso richiamo all'importante ruolo che, per cultura e prestigio, possono svolgere le autorità scolastiche Nazionali, Regionali e Locali affinché tutte si impegnino sempre più in questo ambito di prevenzione e di Sanità Pubblica. La scuola e ogni singolo insegnante può svolgere un ruolo di primo piano con ricadute su tutta la Società e sul suo futuro, sia per i rapporti che instaura con gli adolescenti nei contatti quotidiani, sia per l'educazione sessuale che può svolgere, sia per l'adeguata informazione sui rapporti sessuali a rischio e sulla gravità dell'infezione che purtroppo ha sempre un esito letale.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Chin J.: *The growing infest of the HIV/AIDS pandemic on children born to HIV infected women*. Clin. Perinatol. 21: 1-14, 1994.
- 2) Istituto Superiore di Sanità. Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia al 31 Marzo 1996.
- 3) Mazzotta F., Di Pietro M., Balocchini E. et al.: *Prevalence of HIV-1 infection in 18 year old men in Tuscany*. Intern. J. Epidemiol. 24: 1030-33, 1995.
- 4) Sweeney P., Lindegren M.L., Buchler J.W. et al.: *Teenagers at risk of human immunodeficiency virus type 1 infection*. Arch. Adolesc. Med. 149: 521-9, 1995.
- 5) Rogers M.F., White C.R., Sander R. et al.: *Lack of transmission of human immunodeficiency virus from infected children to their house contacts*. Pediatrics, 85: 210-14, 1990.
- 6) Piazza M. Chirianni A., Picciotto L. et al.: *Blood in saliva of patients with acquired immunodeficiency syndrome: possible implication in sexual transmission of the disease*. J. Med. Virol. 42: 38-41, 1994.
- 7) Remafedi G., Lauer T.: *Survival trends in adolescent with human immunodeficiency virus infection*. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 14: 1093-96, 1995.
- 8) Reinish J.M., Sanders S.A., Hill C.A. et al.: *High-risk sexual behavior among heterosexual undergraduates at a Midwestern university*. Family Planning Perspectives, 24: 116-21, 1992.
- 9) Center for Disease Control. *Selected behaviors that increase risk for HIV infection, other sexual transmitted disease and unintended pregnancy among high school students-United States*. MMWR, 27: 945-50, 1992.
- 10) Kaplan M.E., Shonberg S.K.: *HIV in adolescent*. Clin. Perinatol., 21: 75-83, 1994.
- 11) Stunin L., Higson R.: *Alcohol, drugs and adolescent sexual behavior*. Int. J. Addiction, 27: 129-46, 1992.
- 12) Piazza M., D'Abbraccio M.: *Storia naturale dell'infezione da HIV*. In: Il libro italiano dell'AIDS, McGraw-Hill, Milano, 1994.
- 13) Cazzullo C.L.: *AIDS: aspetti psicologici e psichiatrici*. In: Psichiatria, Il vol., Micarelli, Roma, 1993.

## Pediatria - notizie

### PRECISAZIONE DELLA PLASMON SULLE OASI ECOLOGICHE

In riferimento alle notizie riportate da alcuni organi di stampa in merito al ricorso presentato da Assalzo (Associazione Nazionale tra i Prodotti di Alimenti Zootecnici) contro la pubblicità delle Oasi Ecologiche della Plasmon Dietetici Alimentari, la Plasmon precisa quanto segue:

"La pubblicità Plasmon ha sempre fornito e fornisce informazioni basate su realtà del tutto dimostrabili. Le Oasi Ecologiche Plasmon sono infatti una realtà produttiva sperimentata da oltre 10 anni e composta da 2.755 aziende agricole e 461 allevamenti, di cui 349 destinati ai bovini, 2 ai suini, 73 ai polli, 8 ai tacchini e 29 ai conigli. Il bestiame allevato annualmente comprende 30mila capi di bovini e 20mila di suini. Gli allevamenti delle Oasi Ecologiche Plasmon offrono concrete garanzie di sicurezza che nascono da precisi standard di produzione delle carni. Il programma di sicurezza globale, in linea con la legislazione internazionale più restrittiva ed i dettami dei più importanti organismi internazionali, tra cui OMS e IARC, prevede:

- l'ispezione e l'abilitazione delle strutture di allevamento
- l'adozione di procedure di controllo all'avviamento dei capi negli allevamenti
- l'adozione di una lista negativa di sostanze ad uso veterinario assolutamente proibite
- la scelta ed il controllo dell'alimentazione che deve essere esclusivamente vegetale
- l'adozione di schede per la registrazione dei dati di allevamento
- l'adozione di schede sanitarie degli animali (profilassi, terapie, vaccinazioni)
- il controllo veterinario periodico degli animali
- l'esclusione di qualsiasi sostanza anabolizzante usata per migliorare le rese di allevamento
- la definizione ed il controllo delle modalità di macellazione e lavorazione della carne
- il controllo della modalità e della temperatura di trasporto delle materie prime.

Tutti gli allevatori sono controllati costantemente e si devono attenere a questi severi disciplinari, pena l'immediata esclusione dal Programma Oasi Ecologica. La concretezza e la realtà del Programma Oasi Ecologica ci permettono di affermare con assoluta certezza che la nostra pubblicità non è lesiva dei diritti di alcuno. La nostra serietà ed il nostro impegno sono stati attestati dai 118 giornalisti e rappresentanti dei Movimenti Consumatori che negli ultimi tre anni hanno visitato le Oasi Ecologiche, verificando sul campo i nostri metodi di produzione e di allevamento. Per quanto concerne il problema BSE, nelle nostre affermazioni non possiamo che condividere le preoccupazioni espresse dalla comunità scientifica internazionale, in quanto azienda da sempre attenta alla salute del consumatore".