Senato della Repubblica XVI LEGISLATURA

Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO n. 2

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

12ª COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLE MALATTIE AD ANDAMENTO DEGENERATIVO DI PARTICOLARE RILEVANZA SOCIALE, CON SPECIFICO RIGUARDO AL TUMORE ALLA MAMMELLA, ALLE MALATTIE REUMATICHE CRONICHE ED ALLA SINDROME HIV

160ª seduta: mercoledì 14 aprile 2010

Presidenza del presidente TOMASSINI

IC 0755
TIPOGRAFIA DEL SENATO (170)

I N D I C E

Audizione di esperti

* PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 8, 11
BASSOLI *(PD)* 7
* BIONDELLI *(PD)* 8
SACCOMANNO *(PdL)* 6
ARMIGNACCO . . . . . *Pag.* 3, 9
ORANI 3, 9
* *SARMATI* 5, 11

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; UDC, SVP e Autonomie: UDC-SVP-Aut; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS.

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Orlando Armignacco, vice presidente della Società italiana di malattie infettive e tropicali (SIMIT), la professoressa Anna Orani, probiviro della SIMIT, e la professoressa Loredana Sarmati, membro della Società italiana di virologia medica (SIVIM), ricercatore della clinica di malattie infettive dell'Università Tor Vergata di Roma.

I lavori hanno inizio alle ore 15,50.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di esperti

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle malattie ad andamento degenerativo di particolare rilevanza sociale, con specifico riguardo al tumore alla mammella, alle malattie reumatiche croniche ed alla sindrome HIV, sospesa nella seduta del 3 febbraio scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È in programma oggi l'audizione di esperti.

Sono presenti il professor Orlando Armignacco, vice presidente della Società italiana di malattie infettive e tropicali (SIMIT), la professoressa Anna Orani, probiviro della SIMIT, e la professoressa Loredana Sarmati, membro della Società italiana di virologia medica (SIVIM), ricercatore della clinica di malattie infettive dell'Università Tor Vergata di Roma. Do il benvenuto ai nostri ospiti, ai quali cedo immediatamente la parola affinché possano svolgere una relazione preliminare, cui seguiranno eventuali quesiti da parte degli onorevoli senatori.

ARMIGNACCO. Signor Presidente, desidero ringraziare lei e la Commissione tutta per l'attenzione che ci avete riservato e, considerati i tempi ristretti, cedo subito la parola alla professoressa Orani.

ORANI. Gentili e illustri senatori, il mio compito è quello di illustrare la sindrome dell'HIV con taglio femminile e quindi l'impatto dell'infezione sulle donne.

L'AIDS continua ad essere una priorità in tema di salute pubblica; nonostante gli sforzi per prevenire le nuove infezioni e ridurre la morta-

lità, il numero totale delle persone viventi con infezione HlV è in aumento e l'AIDS rimane una delle cause principali di morte nel mondo. Premesso che la via di trasmissione principale dell'infezione HIV/AIDS è quella eterosessuale, dai dati epidemiologici più recenti emerge un crescente impatto dell'infezione HIV/AIDS sulle donne. L'HIV non discrimina: per *par condicio* (in questo caso non apprezzata dalle donne), è in atto un processo di femminilizzazione dell'epidemia. Il confronto tra HIV e *gender* è quanto mai attuale e l'incontro di oggi testimonia l'interesse della politica per questo tema.

Quante sono le donne con infezione HIV/AIDS? Dal 1985 la percentuale di donne adulte con infezione HIV/AIDS è cresciuta dal 35 al 48 per cento. Dei 33 milioni di persone con HIV nel mondo (la maggior parte vive nei Paesi a risorse limitate), circa la metà sono donne; il recente fenomeno dei flussi migratori dal Sud al Nord del mondo ha favorito l'arrivo di persone sieropositive anche nel nostro Paese (oltre il 20 per cento di tutti i casi in Italia è rappresentato da extracomunitari). Lo stesso *trend* epidemiologico si registra nell'area industrializzata, Europa occidentale e Nord America, dove la percentuale di donne con infezione HIV è in crescita allarmante (dal 15 al 38 per cento; la quota Italia è il 30-35 per cento su 3.500-4.000 nuovi casi annui, secondo i dati del Centro operativo AIDS (COA) dell'Istituto superiore di sanità per il 2007).

Chi sono le donne che vivono con infezione HIV/AIDS? Le donne sono 8 volte più suscettibili degli uomini a contrarre l'infezione durante il rapporto eterosessuale per motivi ormonali, immunologici e genetici. Circa la metà delle nuove infezioni ogni giorno avviene in donne in età fertile. Il desiderio di maternità è cresciuto grazie alla prognosi più favorevole della malattia, dovuta alle nuove terapie, ma nel 90 per cento dei casi la gravidanza non è pianificata. La maggior parte delle donne viene a conoscenza della sieropositività soltanto durante la gravidanza che dunque rappresenta il momento della verità e della rivelazione del proprio stato di HIV positive.

Le donne sono spesso le *caregivers* in una famiglia, ma non si curano di se stesse, non credono di essere a rischio e tendono a minimizzare i sintomi precoci. L'età media alla diagnosi è aumentata (in Italia 43 anni per gli uomini e oltre i 40 per le donne); sono aumentati gli stranieri (abbiamo detto oltre il 20 per cento dei casi segnalati riguarda extracomunitari). La terapia antiretrovirale (ARV) ritarda la progressione della malattia e allunga la sopravvivenza di alcune decadi, ragion per cui le patologie AIDS-correlate si associano alle co-morbilità tipiche della popolazione generale che invecchia (vedi menopausa e osteoporosi nelle donne).

Quali sono le speciali considerazioni per le donne con infezione HIV-AIDS? Anzitutto la differenza di risposta tra uomini e donne alla terapia antiretrovirale; numerosi studi dimostrano la diversa efficacia e tossicità della terapia tra i due sessi per ragioni fisiologiche, ormonali e socio-economiche; l'accesso ai farmaci e al test, che in Italia è garantito su tutto il territorio nazionale ma si segnala un ritardo diagnostico e terapeutico nella popolazione extracomunitaria, dovuto a ragioni socio-economiche ed alla

discriminazione e allo stigma, che colpisce soprattutto le persone più vulnerabili, cioè le donne; la gravidanza. Senza un'appropriata terapia ARV in gravidanza, infatti, l'HIV può essere trasmesso dalla madre al figlio: circa il 90 per cento delle oltre 600.000 nuove infezioni stimate ogni anno in tutto il mondo nei bambini, sono dovute alla trasmissione materno-infantile. I programmi di prevenzione e le linee guida sulla terapia ARV in gravidanza hanno praticamente azzerato la trasmissione materno-infantile nei Paesi dell'area industrializzata, inclusa l'Italia; senza terapia ARV invece uno su cinque bambini nati da madre HIV contrarrà l'infezione.

Il recente fenomeno dei flussi migratori ha determinato un incremento dei soggetti HIV positivi extracomunitari (oltre il 20 per cento nel nostro Paese) e quindi anche delle donne in età fertile, di conseguenza delle donne che avranno figli. Lo studio italiano *target*, il primo studio nazionale in questo senso, ha arruolato dal 2006 circa 200 donne gravide, di cui la metà extracomunitarie.

Ancora, la depressione. Le donne sono a maggior rischio di depressione rispetto agli uomini; la depressione è associata ad una più scarsa aderenza al trattamento e quindi al precoce fallimento terapeutico e ad una più rapida progressione della malattia. La menopausa: nella donna sieropositiva si manifesta più precocemente e rappresenta una vera co-morbilità con tutte i problemi clinici che l'accompagnano (osteoporosi, ipertensione, cardiopatia). Si può prevedere che la percentuale delle donne sieropositive è destinata a crescere nel mondo con un impatto non solo sulla prevenzione e sulla riproduzione, ma anche sull'invecchiamento e sul trattamento con farmaci ARV. L'infezione HIV/AIDS attraversa tutto l'arco costituzionale dell'universo femminile, dalla nascita all'età riproduttiva, dalla menopausa alla senilità.

I punti chiave da sviluppare includono un'aperta comunicazione medico-paziente che mira alla prevenzione delle MST (malattie sessualmente trasmesse), tra cui 1'HIV, nelle donne in età fertile; un *counselling* preconcezionale per la prevenzione delle gravidanze non desiderate nelle donne in età fertile sieropositive; il test HIV routinario prima della gravidanza in tutte le donne in età fertile, e questo è un messaggio forte perché fino ad oggi si propone un'offerta attiva del test ma non un test routinario; la terapia antiretrovirale a tutte le madri sieropositive secondo le più recenti linee guida e l'esclusiva modalità di allattamento artificiale; la necessità di investigare l'efficacia e la tollerabilità dei farmaci antiretrovirali nelle donne sieropositive in *trials* clinici randomizzati e controllati, dato che il numero delle donne arruolate in questi *trials* è sempre scarso; l'opportunità di personalizzare la cura e dunque ottimizzare l'*outcome* terapeutico mediante un intervento di *counselling* che includa lo stile di vita, l'anamnesi ed il *planning* familiare, le co-morbilità ed il supporto all'aderenza alla terapia.

SARMATI. Signor Presidente, onorevoli senatori, ho ben poco da aggiungere a quanto ha detto così bene la professoressa Orani. Un argo-

mento importante è proprio quello relativo all'assistenza alle donne sieropositive in gravidanza perché, sebbene siano ormai abbastanza noti i rischi per la madre e per il bambino e anche i sistemi di prevenzione, la possibilità di accedere ad *équipe* specialistiche e informate non è così comune come si potrebbe pensare. Esiste dunque la necessità di una collaborazione tra *équipe* infettivologica, ginecologica e pediatrica proprio nell'ambito del trattamento dell'infezione HIV per assicurare le cure necessarie alla donna sieropositiva in gravidanza, che non è un soggetto così raro non solo perché, come diceva bene la professoressa Orani, sono numerosi i casi di donne extracomunitarie ma anche perché il desiderio di gravidanza sta emergendo anche nelle coppie italiane, proprio perché l'infezione HIV, grazie alle terapie, è diventata una patologia cronica e ben gestibile. Ciò implica, ovviamente, la necessità che nelle strutture sanitarie esistano delle *équipe* in grado di assistere la donna durante la gravidanza e al momento del parto, per l'accesso alle cure e per l'utilizzo di nuovi farmaci, e che siano in grado di gestire il bambino una volta nato.

SACCOMANNO *(PdL).* Signor Presidente, considerati i dati che ci ha fornito la professoressa Orani e le sue idee, vorrei qualche chiarimento relativamente ai sistemi di prevenzione. Tutte le Regioni si sono attivate per mettere in campo sistemi di prevenzione o di assistenza per qualsiasi patologia prenatale o che possa presentarsi in gravidanza. Fortunatamente è un'abitudine che non appartiene ad una parte politica piuttosto che ad un'altra. Nel suo intervento, però, mi è sembrato che lei avesse un'idea abbastanza precisa che potrebbe comportare la compromissione di alcune libertà personali.

Talvolta io e altri miei colleghi chirurghi ci siamo trovati a dover intervenire in sala operatoria senza avere a disposizione dei test che ci avrebbero protetto e abbiamo subito le conseguenze di questa mancanza con mesi di paure. Ora, io non so quanto la tutela della libertà, anche di fronte ad un dramma di salute, possa diventare secondaria. Voglio chiarire, comunque, che dato che stiamo parlando al mondo scientifico, è chiaro che il mio non è un discorso demagogico. Mi pongo questo problema come medico la cui sicurezza sarebbe certamente stata maggiormente garantita, in certi momenti, se determinati test fossero stati obbligatori. A mio avviso, però, ci sarebbero notevoli problemi se si cercasse di trasformare in routinario un esame che non lo è e che è legato alla *privacy* del soggetto.

Probabilmente l'unico modo di risolvere questo problema – ma potrei sbagliarmi e anche per questo la sua opinione è importante – potrebbe essere quello di fornire al paziente un'informazione particolarmente attenta. Anche in quel caso non si tratterebbe di un consenso informato ma, diciamo, di un approccio informativo. Naturalmente l'informazione potrebbe anche non arrivare, come nel caso degli extracomunitari per i quali, giustamente, si rileva che talvolta non sono tutelati in modo paritario, ma almeno nell'assistenza alla gravidanza e al parto si dovrebbe stabilire un momento di confronto obbligatorio negli ospedali, documentato

per quanto le leggi possano tradurre quello che poi deve essere un comportamento civile. La legge, infatti, molto spesso dice che tale comportamento attiene agli uomini, ai professionisti e ai medici, nel momento in cui si trovano ad affrontare i problemi. Probabilmente, quindi, sarebbe il caso di trovare forme più cogenti per fornire un'informazione importante.

Comunque, nonostante io sia un medico, nonostante le mie paure personali, e nonostante il fatto che mi sia capitato di correre al pronto soccorso dopo essermi punto per un semplice intervento su un tossicodipendente ieri o su un ammalato proveniente da un altro Paese oggi, ritengo che l'imposizione della routinarietà non sia assolutamente percorribile mentre invece, probabilmente, in accordo con le associazioni scientifiche, si potrebbero intraprendere dei percorsi di informazione tutelanti. Capisco che la parola «tutelanti» sia importante ma potremmo parlare di informazione appropriata, generosa, soprattutto per le categorie più a rischio come gli extracomunitari. A mio avviso questa potrebbe essere la strada più percorribile e più utile in questo momento.

BASSOLI *(PD).* Signor Presidente, vorrei porre anch'io qualche domanda alle professoresse Orani e Sarmati. Innanzi tutto, anche se mi sembra che lo abbiano già detto, vorrei sapere se convengono sul fatto che vi sia stato un abbassamento dell'attenzione attorno alla diffusione di questa epidemia, soprattutto in rapporto al fatto che oggi non si muore più per l'AIDS, la vita si è allungata e quindi l'attenzione è diminuita perché l'epidemia non è più vissuta come una reale emergenza.

In secondo luogo, a tale proposito, in queste ultime settimane, sui muri della città di Milano, ho visto apparire una serie di manifesti che credo facciano parte di una campagna nazionale che però non ritengo sia sufficiente per informare correttamente i cittadini su questo problema e sul fatto che è necessario essere informati e fare prevenzione.

Infine vorrei chiedere se l'allungamento della vita nelle donne HIV positive comporta, com'è stato detto, entrando nell'età della menopausa, una maggiore incidenza dei disturbi o delle malattie che spesso si accompagnano a questo periodo della vita, se c'è attenzione dal punto di vista sanitario attorno a questo problema e come si può fare perché tale attenzione sia sempre maggiore.

Noi senatrici – parlo anche a nome delle mie colleghe – siamo particolarmente attente al fatto che occorre concentrare l'attenzione anche sulla medicina di genere.

Visto che tale problematica colpisce particolarmente le donne, vorremmo una risposta attenta ai problemi che si presentano per queste donne colpite da HIV e AIDS, soprattutto alla luce della situazione abbastanza inedita nella quale si trovano, dovuta all'allungamento delle aspettative di vita.

Il 1º dicembre scorso ho partecipato insieme al Presidente ad un convegno che si è tenuto alla Camera in occasione della giornata mondiale contro l'AIDS. Ebbene, si è parlato di un aumento del rischio di infezione anche in tarda età, e non solo quindi in età più giovanili, dovuto all'allun-

gamento della vita sessuale, grazie ai medicinali ormai di uso quasi corrente. Relativamente a questo chiedo quali interventi siano ritenuti più opportuni per trasmettere idonei messaggi informativi anche tra la popolazione in tarda età, soprattutto in considerazione del fatto che la sessualità della terza età già costituisce un tabù.

BIONDELLI *(PD)*. Anzitutto ritengo che soprattutto negli ultimi anni si sia veramente abbassata la guardia riguardo a questa malattia; sembra che non se ne parli quasi più e purtroppo i dati che avete elencato sono a mio giudizio preoccupanti, soprattutto per quanto riguarda le donne. Ad ogni modo, sulla base della vostra professionalità e del vostro lavoro, avete elencato alcuni punti da sviluppare, quali la comunicazione fra medico e paziente o, per quanto concerne la donna sieropositiva in stato di gravidanza, alcuni accorgimenti quali l'allattamento artificiale. Credo però esista una grande disparità tra territori – in tal senso aspetto conferme da parte vostra – dove questo gravissimo problema viene affrontato in modo molto diverso. Alla luce di quanto detto, vi chiedo cosa a vostro giudizio possiamo fare nell'immediato, considerando che il problema sta diventando a mio modo di vedere sempre più grave, per poter agevolare l'accesso alle cure. Infatti, molte Regioni – e mi riferisco anche a quelle del Nord; vedo che la mia collega piemontese annuisce – dedicano a tutt'oggi poca attenzione al problema. Per esempio, il test dell'HIV routinario dipende dalla sensibilità dei diversi medici: in sostanza, soprattutto per noi donne, ma non solo, cosa possiamo fare per agevolare l'accesso alle cure, che a mio avviso rappresenta una delle criticità?

PRESIDENTE. Vorrei anch'io aggiungere qualche commento a quanto già osservato dai colleghi al fine di avere puntualizzazioni più precise.

Anzitutto vorrei soffermarmi sull'opportunità di rendere il test routinario; a tale proposito non so se i colleghi sono al corrente dell'esistenza di atti di indirizzo, presentati dalla maggioranza e dall'opposizione, discussi dal Senato in merito all'incentivazione e alla maggiore disponibilità del test sull'HIV. Ciò nondimeno, concordo con le perplessità manifestate dal senatore Saccomanno in merito alle possibili conseguenze derivanti da un'eventuale routinarietà del relativo test. Penso per esempio al test riguardo alla sifilide, che viene ancora fatto di routine perché legale e che al giorno d'oggi dà rischi zero, contrariamente a quello non possibile e routinario; anzi, laddove, come al solito, quella che sembra una questione logica e intuitiva viene posta a livello individuale, la conseguenza è un'azione penale individuale da cui non ci può difendere con una nozione condivisa ma non ancora consolidata dal punto di vista legislativo. Per tale ragione sollecito una proposta specifica da parte delle società scientifiche da poter esaminare nell'ambito di questa nostra indagine conoscitiva; per noi è un mattone importantissimo.

Riguardo alla necessità di informazione, il problema non consiste solo nel fatto che si è abbassata la guardia ma che occorre concentrare

gli sforzi su idonee campagne informative suscettibili di produrre effetti concreti. Una persona che oggi ha 16 –17 anni, che mediamente è l'età in cui inizia l'attività sessuale (le statistiche dicono addirittura anche prima), non sa nulla di questa malattia, ragion per cui, oltre a quanto già sottolineato dai colleghi senatori, è indispensabile affrontare il discorso di quale tipo di informazione scegliere: qual è il veicolo più diretto e più immediato. Infatti, piuttosto che prevedere una campagna bellissima ma limitata nel tempo sarebbe meglio ricorrere ad una diffusione dell'informazione costante, più ampia ed ubiquitaria.

Ho trovato interessante quanto ha ricordato la senatrice Bassoli riguardo al convegno annuale in cui si fa il bilancio rispetto alla situazione del virus HIV. La collega ha parlato genericamente di terza età; in realtà, riguardo alle campagne di vaccinazione per l'HPV, si vede che per quel tipo di infezione, al di là della vaccinazione necessaria a 12 anni, c'è una seconda ondata, che però si fa finta di ignorare o di omettere, soprattutto tra i soggetti in età compresa tra i 50 e i 60 anni. Vorrei sapere se rispetto ai dati epidemiologici, il dato dell'infezione cervico-vaginale corrisponde come andamento anche nelle infezione da HIV o è asimmetrico.

Infine, ritengo indispensabile garantire il pieno accesso alle cure ed un'uniforme risposta da parte delle Regioni, tenuto conto dei rilevanti rischi legati alla diffusione della sieropositività. Infatti, laddove una Regione tende a creare più che un piano di diffusione delle cure un piano di razionamento, si finisce per avere casi non trattati e quindi a loro volta pericolosi.

Cedo quindi la parola agli esperti affinché possano rispondere ai vari quesiti posti, fermo restando che, qualora vi mancasse la documentazione o il tempo di farlo in questa sede, potrete inviarcela per iscritto.

ARMIGNACCO. Prima di cedere la parola alla professoressa Orani, vorrei fare una precisazione rispetto a quanto precedentemente detto riguardo alla diminuzione dell'attenzione sul fenomeno. Più del 60 per cento dei soggetti che giungono alla nostra osservazione con malattia conclamata non ha fatto terapia non tanto per una difficoltà nell'accesso alle cure, che forse è variegato in Italia ma non così difforme, quanto per l'assenza di una adeguata conoscenza dei mezzi per addivenire ad una diagnosi precoce.

ORANI. Devo ammettere che c'è molta carne al fuoco. È difficile sintetizzare in pochi minuti ma affronterei per primo l'argomento del test routinario, che sembra suscitare maggiore interesse. Pensavo di dare un messaggio forte e così è stato. Devo ricordare che nel resto del mondo – si vedano gli Stati Uniti – il test HIV è già un test routinario da alcuni anni per i soggetti tra 14 e 65 anni. Se si vuole avere già un corrispondente nel mondo lo abbiamo e anche forte perché l'epidemia è stata riconosciuta proprio in quel Paese.

Oggi si può ovviare alla mancanza di routinarietà (che pure è consentita dall'articolo 10 del codice penale, che ci autorizza a chiedere anche

alle persone che lo rifiutano, se le condizioni cliniche ce lo consentono, di sottoporsi al test, e questo è un aspetto che non dobbiamo omettere né dimenticare) soprattutto con l'offerta attiva del test, effettuata tramite un processo comunicativo che si chiama *counselling*, che fa parte della pratica clinica dell'infettivologo, il quale informa il paziente delle condizioni che lo mettono a rischio di essere un soggetto sieropositivo. L'obiettivo, naturalmente, è di convincere il paziente a dare il consenso. Questo è il percorso attuale, molto difficile da condurre, che a noi esperti del ramo riesce quasi sempre, tanto che il test viene effettuato nel 99 per cento circa dei casi in cui viene richiesto con la suddetta prassi.

Bisogna ricordare, però, che i pazienti e i soggetti a rischio non arrivano subito dall'infettivologo ma vengono contattati magari dal medico di base o da altri specialisti che non hanno nessuna opportunità, o qualche volta esperienza, per condurre un processo di *counselling* attivo ed efficace. Questo è l'aspetto che mi preme sottolineare anche se sono e resto fortemente convinta che la routinarietà del test, in alcuni ambiti selezionati, sia auspicabile. Come dicevo prima, e parlo a nome della società che il professor Armignacco rappresenta, almeno in fase preconcezionale, prima della gravidanza, dovrebbe essere praticato un test routinario.

Per quanto riguarda poi le modalità di canalizzazione di una informazione efficace sull'HIV, effettivamente i giovani adolescenti e i giovani adulti ignorano completamente il problema perchè non ne hanno mai sentito parlare e perché non hanno alcun tipo di informazione o di preparazione. Per questo il canale educativo, e mi riferisco soprattutto alla scuola, è prioritario. In Italia c'è un'assenza devastante di educazione sanitaria nelle scuole e questo è un *gap* che specialmente noi infettivologi da circa un ventennio continuiamo a segnalare rimanendo assolutamente inascoltati. Ci sono delle iniziative locali e *spot* di alcuni licei e altre scuole superiori che organizzano percorsi educativi di tipo sanitario nei quali rientrano le malattie sessualmente trasmesse come l'HIV. Comunque si tratta di percorsi di educazione sanitaria e quindi di stile di vita, alimentazione, *fitness* e tutto quanto può interessare la popolazione in generale. Comunque noi ci teniamo particolarmente alla diffusione di una corretta informazione sulle malattie sessualmente trasmesse e l'HIV proprio perché oggi l'epidemia si trasmette soprattutto tra gli eterosessuali, anche se la seconda ondata è molto variegata e interessa persone che hanno un'età media avanzata, 43 anni per gli uomini italiani. Attualmente ho ricoverato, ad esempio, un paziente di 77 anni malato di AIDS; quindi, anche i reparti di geriatria come i nidi degli ospedali non sono immuni da questa epidemia proprio perché, in mancanza di prevenzione, l'infezione sta circolando nella popolazione in modo assolutamente libero. Non c'è prevenzione di tipo educativo, né a livello di consultori. Oltre alla scuola, infatti uno dei punti focali per la prevenzione sanitaria devono essere i consultori come quello per le gravidanze a rischio e non e quello per la menopausa che in molti ospedali esistono già.

È chiaro che in Italia siamo di fronte ad una totale difformità di interventi non soltanto tra le Regioni ma anche all'interno della stessa Re-

gione. Ogni unità sanitaria locale, ogni ente ospedaliero lavora in modo diverso, pur ricordando che ci sono delle linee guida internazionali e nazionali molto precise su tutti gli argomenti di cui abbiamo parlato oggi.

SARMATI. Voglio aggiungere soltanto che se si contrae l'infezione da HIV in età avanzata è molto più difficile il trattamento perché l'immunità di un soggetto che ha superato i 60 anni è più difficile da recuperare rispetto a quella di un giovane e quindi è ancora più importante un'informazione corretta per una diagnosi precoce che attualmente, purtroppo, è più difficile. Infatti spesso si diagnostica direttamente l'AIDS, con il conseguente ricovero in ospedale. La condizione di sieropositività asintomatica è più rara da diagnosticare proprio per mancanza di informazione che porta solo a diagnosi più tardive.

PRESIDENTE. Ringraziamo il professor Armignacco, la professoressa Orani e la professoressa Sarmati per il contributo offerto ai nostri lavori e tutti i senatori intervenuti.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,20.

€ 1,00