

SENATO DELLA REPUBBLICA

X LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

31° RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI GIOVEDÌ 10 MAGGIO 1990

(Antimeridiana)

Presidenza del Presidente ZITO

INDICE

Disegni di legge in sede deliberante

«Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS» (2215), approvato dalla Camera dei deputati

Petizione n. 188

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE	Pag. 2, 19, 23 e <i>passim</i>
ALBERTI (<i>Sin. Ind.</i>)	16, 17, 18 e <i>passim</i>
AZZARETTI (<i>DC</i>)	6, 9
BERLINGUER (<i>PCI</i>)	16, 21
CONDORELLI (<i>DC</i>), <i>relatore alla Commissione</i>	19, 21, 23
DE LORENZO, <i>ministro della sanità</i>	9, 17 18 e <i>passim</i>
DIONISI (<i>PCI</i>)	2
DUÒ (<i>DC</i>)	15
IMBRIACO (<i>PCI</i>)	29
MELOTTO (<i>DC</i>)	14
ZUFFA (<i>PCI</i>)	11

I lavori hanno inizio alle ore 9,45.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

«Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS» (2215), approvato dalla Camera dei deputati

Petizione n. 118

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione congiunta del disegno di legge: «Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS», già approvato dalla Camera dei deputati, e della petizione n. 118.

Riprendiamo la discussione, sospesa il 19 aprile scorso.

DIONISI. Signor Presidente, mi dispiace che il ministro De Lorenzo sia assente in questo momento, anche se sinceramente è assai gradita la presenza del sottosegretario Marinucci. Nel mio intervento, infatti, farò riferimento ad alcune affermazioni rese a suo tempo dal Ministro; lo farò anche se egli non è presente perchè ritengo che politicamente siano importanti.

Il 19 aprile scorso il Ministro lamentava il ritardo con cui si procedeva all'approvazione del provvedimento oggi in discussione.

Abbiamo apprezzato il suo rammarico ritenendo che sia dovuto alla sensibilità che egli, a parole, ha dimostrato più volte al problema dell'AIDS.

Ricordo ai colleghi l'impegno dimostrato dal nostro Gruppo nell'affrontare un problema così drammatico, la cui urgenza non è sottovalutata da nessuno.

Vorrei inoltre ricordare il contributo che abbiamo dato alla discussione in occasione dell'esame in Senato della mozione del 25 gennaio 1989, nonché la nostra richiesta di dimissioni, proprio per i ritardi, del precedente Ministro della sanità, onorevole Donat-Cattin.

Vorrei ora ricordare alcune affermazioni che l'onorevole De Lorenzo, allora solo deputato, espone alla Camera dei deputati nella seduta del 19 luglio 1988. Egli diceva: «l'AIDS non è un problema ideologico, ma di salute pubblica. Ritengo che l'argomento sia troppo grave per diventare materia di polemiche e di dibattiti politici, come del resto è stato anche affermato da Montagnier, autorevole ricercatore francese, molto impegnato nello studio del virus dell'AIDS».

L'onorevole De Lorenzo dichiarava poi: «Mi sembra opportuno affermare subito che l'Italia ha grandi responsabilità rispetto alla diffusione del virus dell'AIDS. Il Governo, lo Stato italiano hanno sottovalutato la lotta all'AIDS nonostante il nostro paese conti oggi» - siamo nel 1988 - «200-300 mila sieropositivi e già nel 1987 registrasse ben 962 casi di AIDS conclamato».

Egli continuava: «siamo purtroppo al quinto posto tra i paesi più colpiti nel mondo». Aggiungeva poi: «Il professor Moroni affermava l'altro giorno che a Milano vi è un sieropositivo ogni 40 cittadini e che quindi salendo sull'autobus si ha la certezza comunque di incontrare un cittadino infetto».

L'onorevole De Lorenzo aggiungeva: «Mi riferisco ai confronti che molto impropriamente sono stati fatti in passato per cercare di ridimensionare la gravità di questo male, che ha notevoli conseguenze a livello sociale».

Vorrei far rilevare in particolare un'affermazione contenuta nell'intervento che svolse allora l'attuale Ministro della sanità: «Intendo dire che non si può affrontare il problema dell'AIDS pretendendo di modificare i comportamenti personali. Le libertà individuali devono essere garantite e rispettate, comunque vengano espresse».

Dichiarava inoltre: «Occorre, dicevo, che lo Stato intervenga per svolgere il ruolo di informazione previsto dalla Costituzione e dalla legge n. 833, per consentire a tutti i cittadini, indipendentemente dalle loro condizioni economiche e sociali, dalle loro abitudini, dai loro comportamenti e scelte sessuali, di conoscere le modalità di trasmissione del virus, permettendo a ciascuno di attuare una seria prevenzione con tutti i mezzi disponibili, che debbono essere suggeriti chiaramente ed in tutte le forme possibili».

In relazione all'informazione, diceva poi: «non è assolutamente possibile che nell'informazione, che è dovere dello Stato assicurare in modo eguale a tutti i cittadini, prevalga l'atteggiamento ideologico e religioso».

Vorrei sottolineare anche la seguente affermazione del Ministro: «Desidero ricordare un fatto che un paese come il nostro dovrebbe conoscere. Chi non ha visto in Inghilterra, all'aeroporto, grandissimi cartelloni che con "mani tese" vanno incontro al turista suggerendogli l'uso del profilattico? Questo lo fa lo Stato e non le case produttrici di profilattici! Lo fa lo Stato per evitare danni molto gravi alle persone ed all'economia. Non non abbiamo fatto niente di tutto questo».

Il Ministro faceva queste affermazioni e anche altre riferendosi all'importanza della prevenzione, dell'uso delle siringhe autobloccanti, e via dicendo.

Non continuerò nella lettura dell'intervento dell'allora deputato De Lorenzo, però ho voluto sottolinearne alcuni passi per mettere in risalto l'incoerenza, causa di ulteriori nuovi ritardi, tra l'impostazione, che allora sembrava corretta, del deputato De Lorenzo e la pochezza delle cose concretamente fatte da quando egli è diventato Ministro della sanità. Noi abbiamo condiviso le affermazioni del deputato De Lorenzo. Avevamo anche sperato che la sua cultura laica e il fatto di essere medico avrebbero consentito di recuperare i ritardi accumulati e corretto le distorsioni dell'impostazione adottata dal Ministro precedente.

Purtroppo, quindi, non giova ai cittadini avere un medico come Ministro della sanità.

Avevamo sperato che si sarebbero corrette le distorsioni provocate dall'impostazione ideologica del precedente Ministro che era più attento a seguire le prescrizioni moralistiche del Vaticano che i

suggerimenti del mondo scientifico. Purtroppo ci rammarichiamo di esserci illusi e del fatto che l'impostazione delle attuali proposte risponda meno alla cultura clericale e più ai valori laici ma, purtroppo, ci sembra risponda agli interessi del mondo degli affari. Forse non risulta utile che il Ministro sia un medico se dimentica di essere medico per entrare nella logica dei lavori pubblici.

Da un punto di vista generale non è accettabile questa logica dell'emergenza dietro la quale si nascondono gli interessi di tipo affaristico. È successo lo stesso in passato nei casi di emergenza provocati da terremoti e recentemente per i mondiali di calcio. Adesso si cerca di approfittare del giusto timore dei cittadini rispetto all'AIDS per lanciare una nuova urgenza che serve soltanto per alterare le regole e aggirare i controlli e le procedure nel settore dei lavori pubblici.

Penso che la medicina in questo caso venga tradita, mortificata e piegata ad interessi di parte e che le indicazioni scientifiche vengano strumentalmente distorte. Si rimane nell'ottica del posto-letto, delle istituzioni chiuse, centralizzate e costose e la prevenzione di cui il Ministro in passato ha più volte richiamato l'importanza è rimasta una parola vuota. Si presta più attenzione agli affari che alla salute dei cittadini. L'ufficio epidemiologico del Lazio proietta a livello nazionale il fabbisogno per il 1993 e afferma che tale fabbisogno dovrebbe attestarsi sui 7.000 posti-letto e non sui 15.000, come invece ci viene indicato. È auspicabile che nel frattempo si faccia qualcosa in direzione della prevenzione ed è auspicabile che avvenga quanto è accaduto per altre malattie in passato considerate incurabili. Una correzione di carattere metodologico nell'approccio diagnostico e terapeutico ed un cambiamento della tipologia dei malati potranno rendere meno drammatiche le proiezioni attuali, riducendo il numero delle persone affette e quindi la necessità di posti-letto.

Inoltre si modificano la cultura e l'atteggiamento della gente; possono essere scoperti nuovi farmaci oppure essere utilizzati farmaci che già si conoscono, come appunto è avvenuto per quelli antineoplastici. Voi sapete che in passato quando ad un cittadino veniva fatta la diagnosi di neoplasia molto spesso questo significava la previsione di una lunghissima degenza, quasi che il malato neoplastico potesse essere curato soltanto in ambiente ospedaliero. Oggi è cambiata la cultura, è cambiato l'atteggiamento dei medici ma anche l'atteggiamento dei familiari. Oggi la malattia fa meno paura e si convive anche con pazienti con le manifestazioni più gravi. È diminuito dunque il bisogno di ricovero per questi malati e non sono rari i casi in cui anche il malato allo stadio terminale viene tenuto a casa e assistito in ambiente domiciliare.

Non lo facciamo per provocazione, ma vorremo chiedere anche al ministro De Lorenzo le stesse cose che chiedemmo all'allora Ministro Donat-Cattin. Vogliamo chiedere il conto del ritardo ingiustificato del Governo nel dispiegare un programma efficace e praticabile di prevenzione. Lo chiediamo per una esigenza tanto di carattere politico quanto di carattere morale, perchè in questo caso il ritardo significa migliaia di nuovi sieropositivi e migliaia di morti con enormi sofferenze per uomini e donne in carne ed ossa e per le loro famiglie. Su chi pesano questi nuovi sieropositivi e questi nuovi morti? È vero che non è

la prima volta che interessi economici prevalgono sulla necessità di garantire la salute dei cittadini: successe la stessa cosa quando fu introdotta la vaccinazione antipolio con il metodo Sebin, quando per smaltire le giacenze del vecchio vaccino si misero nel conto migliaia di nuovi casi di poliomelite. Questa volta per soddisfare gli interessi delle industrie del cemento e del tondino si mettono nel conto centinaia di nuovi morti e di nuovi sieropositivi. Noi vogliamo insistere sulla necessità di privilegiare la prevenzione e questo non per una forma di ossessione di carattere ideologico, per essere coerenti con uno schema culturale che privilegia la prevenzione sulla diagnosi costosa e sulla terapia, ma perchè è riconosciuto da tutti, dal mondo scientifico e dalle persone di buon senso, che in assenza di terapie efficaci l'unica arma utile per affrontare questa terribile malattia è la prevenzione, una prevenzione che dovrebbe basarsi sull'informazione diffusa e sull'educazione sanitaria nelle scuole, tra gli operatori sanitari, in ogni ambiente e che dovrebbe prevedere la preparazione degli operatori e degli informatori per metterli in condizione di diffondere notizie corrette ai cittadini. Questo perchè nella diffusione di una cultura del rispetto del proprio corpo e della salute ravvisiamo l'unico strumento capace di far modificare comportamenti definiti a rischio. La stessa cosa vale, a nostro avviso, per la tossicodipendenza.

In passato si è parlato molto del tipo di informazione circa i modi di trasmissione di questa infezione. Riteniamo che il cosiddetto operatore dalla strada sia quello capace di diffondere l'informazione tra i cittadini più emarginati, che seguono di meno l'informazione ufficiale e i *mass media*.

Vi è poi un'altra misura che è stata disattesa, in relazione alla quale era stato assunto un impegno nella discussione in Aula della mozione sull'AIDS; impegno ribadito anche nella precedente legge finanziaria: mi riferisco all'introduzione delle siringhe monouso, autobloccanti. I dieci miliardi previsti nella «finanziaria» per incentivare l'uso di questo tipo di siringhe tra i tossicodipendenti sono rimasti sicuramente sulla carta poichè questa misura non è stata minimamente attuata.

L'uso dei profilattici è stato meno demonizzato rispetto al passato, ma non è stato diffuso e promosso adeguatamente.

Riteniamo inoltre che le scelte che il Governo sta compiendo per la lotta alla tossicodipendenza siano piuttosto destinate ad incrementare il rischio di diffusione dell'AIDS. Infatti, a nostro avviso, le misure previste porteranno sicuramente ad una ulteriore emarginazione dei tossicodipendenti, con il conseguente aumento, quasi obbligato, del rischio di diffusione della malattia non solo tra i tossicodipendenti ma anche tra la popolazione che non ha comportamenti a rischio.

Un'altra misura che riteniamo necessaria per ridurre la diffusione del virus è la diagnosi precoce attraverso *test* diagnostici da introdurre eventualmente nei vari accessi.

Inoltre, deve essere incentivata e sostenuta la ricerca sui nuovi farmaci e sui vaccini. Una brevissima considerazione sulla sperimentazione. A me sembra che l'urgenza del problema e l'attesa dei cittadini nei riguardi del mondo scientifico inducano gli sperimentatori ad avvalersi di metodi di sperimentazione che definirei «selvaggia». Ritengo che non sia nemmeno accettabile (poichè, dal mio punto di

vista, rappresenta un ricatto morale) l'invito delle gerarchie della chiesa ai semplici religiosi a sottoporsi alla sperimentazione dei vaccini. A mio avviso, non è eticamente condivisibile l'invito che alcuni autorevoli personaggi del Vaticano hanno rivolto recentemente ai fedeli affinché si offrano per la sperimentazione di vaccino o di terapie che non danno ancora alcuna garanzia.

Bisogna pensare ad un modello operativo per quanto riguarda la terapia, la riabilitazione e l'assistenza meno incentrato sul posto letto e che preveda una diversa articolazione di strutture nel territorio, seguendo un po' quello che hanno fatto gli altri paesi europei.

Ci siamo recati a Parigi per renderci conto, come Commissione del Senato, della metodologia da loro seguita nell'affrontare questo problema e abbiamo potuto constatare che i francesi danno meno importanza al posto letto specialistico presso i reparti di malattie infettive: i malati vengono infatti ricoverati nei normali reparti di medicina generale o in altri reparti specializzati secondo la sintomatologia prevalente, e si privilegia l'assistenza domiciliare.

Con questo non neghiamo la necessità di ristrutturare, recuperare anche i posti letto esistenti nei reparti di malattie infettive nè che vadano potenziati questi reparti. Riteniamo però che probabilmente la previsione sia esagerata e che occorra una maggiore cautela ed una migliore articolazione del modello operativo.

AZZARETTI. Signor Presidente, la relazione assai dettagliata ed esauriente del senatore Condorelli mi esime dal soffermarmi a lungo sulle varie questioni. Quindi, per non far perdere troppo tempo alla Commissione mi limiterò a fare alcune osservazioni sulle questioni sulle quali ho qualche perplessità, senza sottolineare gli aspetti che invece mi convincono.

Pregiudizialmente, però, vorrei fare un'osservazione riguardo alla previsione contenuta nell'articolo 9 del disegno di legge, circa il termine di 60 giorni per le regioni e le province autonome per la predisposizione dei programmi.

Credo che un emendamento a questa previsione debba essere presentato perchè sono personalmente convinto - ma credo non ci voglia molta fantasia per convincerci reciprocamente - che in 60 giorni probabilmente non saranno costituite neppure le Giunte regionali. Sono assolutamente contrario a che provvedimenti così seri vengano adottati senza delle regole. Le regioni già non rispettano le regole del gioco, fanno già i loro «affari» senza avere il dovuto rispetto per gli enti che devono essere consultati. Si tratta di provvedimenti che deve adottare il Consiglio regionale e non la Giunta e quindi possono essere approvati soltanto dai nuovi consiglieri regionali. Mi pare che su questo argomento vi possa essere un chiarimento, perchè non ritengo che le Giunte regionali, ormai scadute, possano assumersi la responsabilità di approvare programmi come quelli previsti da questa legge, programmi importanti non solo da un punto di vista tecnico e organizzativo, ma per tutto ciò che sta dietro la facciata. Ritengo dunque che debbano essere i nuovi Consigli regionali e le nuove Giunte a rendersi responsabili compiutamente di provvedimenti di tale natura.

Se dovesse essere vero che occorre apportare un emendamento a questo disegno di legge, mi parrebbe allora altrettanto logico soffermarsi un attimo anche su altre questioni che potrebbero essere meritevoli di attenzione. Qualora si dovesse emendare anche solo per sostituire una previsione temporale, si potrebbe porre mano anche ad altri aspetti, perchè ad esempio la relazione svolta il 15 giugno 1988, riassuntiva dell'indagine che abbiamo svolto, poneva l'accento su alcuni aspetti che sono assolutamente trascurati. Innanzitutto per quanto riguarda la prevenzione e l'informazione nelle scuole, abbiamo ritenuto che si trattasse di un dato essenziale per penetrare con una rete di informazioni, perchè in tale settore l'informazione diventasse immediatamente - se fatta bene - prevenzione attraverso l'uso della televisione. Lo stesso Presidente della RAI aveva dato ampia assicurazione in questa direzione.

Il secondo aspetto che avevamo sottolineato e che il Senato aveva sostanzialmente approvato si riferisce ad una sentenza pronunciata anche alla luce dell'esperienza internazionale e indicante che il problema dell'AIDS non si risolve con la ospedalizzazione degli ammalati, mentre in questo caso mi pare che la questione sia ridotta proprio all'ospedalizzazione, tanto che il disegno di legge in esame non prevede un'istituto che abbiamo ripetuto essere fondamentale, anche alla luce dell'esperienza internazionale: quello delle strutture residenziali.

È stato introdotto il ricovero domiciliare con una formula che è certamente condivisibile, cioè l'assistenza sanitaria svolta dai medici della divisione di malattie infettive e dal personale infermieristico della divisione, insieme al medico di base o di famiglia in stretta collaborazione. Però, se vogliamo essere realistici, credo che si tratti di enunciazioni teoriche, certamente condivisibili concettualmente, apprezzabilissime, però impraticabili nella realtà, nel momento in cui vengono chiusi i reparti ospedalieri per mancanza di personale qualificato. Vorrei sapere come si fa ad immaginare che il personale - ripeto carente - oltre all'assistenza in ospedale possa anche svolgere quella domiciliare. Si tratta, dunque, di enunciazioni di principio certamente affascinanti, ma dobbiamo guardare la realtà che è un'altra e in questo caso veramente tra la realtà e il desiderio vi sono molte difficoltà.

C'è poi il problema del livello intermedio tra ospedale e domicilio, un livello che nel disegno di legge è del tutto mancante. Ricordo che quando ci siamo recati in Francia abbiamo verificato come questo fosse l'elemento più caratterizzante dell'assistenza, in quanto è chiaro che non si può immaginare di istituzionalizzare in eterno questo malato. La previsione del piano sanitario AIDS contempla un tempo medio di ospedalizzazione di 80 giorni, dopo di che non si sa il malato dove va a finire, se il domicilio non è in grado di riceverlo. Vi sono delle condizioni che sono state ampiamente dimostrate e dalle quali risulta che spesso i familiari non gradiscono un certo tipo di ammalato di AIDS, appartenente ad una categoria più sospetta delle altre. Questo ammalato allora dove va a finire, se non c'è una struttura residenziale in grado di accoglierlo e assisterlo non solo dal punto di vista sanitario, ma soprattutto psicologico-sociale? Credo bisognerà prevedere questa fattispecie perchè, altrimenti, daremo oggettivamente la sensazione di

voler affrontare questo problema con ritardi per un certo verso, affrettatamente per altro verso e indubbiamente il disegno di legge zoppicherebbe abbastanza vistosamente.

Come ho già detto, l'ampia e penetrante relazione del senatore Condorelli mi esime dal ripetere una serie di considerazioni. Farò quindi soltanto alcune osservazioni relative all'articolo 9, signor Ministro, laddove si prevede che entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento le regioni e le province autonome debbono presentare i programmi.

Difficilmente entro tale termine le Giunte regionali saranno costituite e presumo che i programmi dovranno essere approvati anche dai Consigli regionali data la rilevanza della materia. Pertanto, è stata sottolineata l'esigenza di aumentare il numero dei giorni previsti. Infatti, considerando che siamo quasi a giugno e che poi ci saranno luglio e agosto, se non verrà applicata la nuova legge sulle autonomie locali, con tutta probabilità le nuove Giunte si formeranno a settembre, e credo che questo sia un dato pregiudiziale per chiarire questo punto. Se questo termine non sarà modificato, oggi inevitabilmente si procederà all'approvazione del provvedimento.

Ma se per caso l'osservazione fosse oggettivamente valida, se si dovesse modificare anche una piccola cosa, varrebbe la pena di considerare almeno due altre questioni che non sono contemplate nel disegno di legge, e le ricavo dalla relazione che il presidente Zito ha fatto al Senato il 15 giugno 1988, a conclusione dell'indagine conoscitiva svolta da questa Commissione non solo in Italia ma anche in altri paesi europei. Nel disegno di legge è prevista tra l'altro - come dicevo prima - la possibilità di assistenza domiciliare, oltre che ospedaliera e di *day hospital*, in una prospettiva affascinante, molto stimolante: cioè il malato di AIDS ricoverato a domicilio può essere assistito dai medici della divisione di malattie infettive e dal personale infermieristico di uguale provenienza, dal medico di famiglia, e quant'altro; ma questo è solo un desiderio perchè sappiamo benissimo che attualmente, se il medico dei reparti di malattie infettive può magari recarsi a domicilio, il personale infermieristico non può farlo perchè manca totalmente. Questo è il problema che deve essere sottolineato ancora una volta. Infatti, anche per quanto riguarda la previsione dell'istituzione di tutta una serie di divisioni di malattie infettive cui si fa riferimento in questo disegno di legge, sono convinto che troveremo i medici in più senza alcuna difficoltà, ma non i 13.650 infermieri professionali previsti perchè non ci sono proprio.

Ho già detto queste cose due anni fa e continuo a ripeterle: la verità è che il personale infermieristico professionale in questo paese non esiste, tant'è vero che quotidianamente assistiamo alla chiusura di reparti ospedalieri. Quindi, come si può dire che occorre tale numero se poi concretamente questo non è possibile? E lo dico per una ragione molto semplice: per evitare che poi, il giorno dopo, qualcuno ci rimproveri che alle «promesse» prospettate anche in una legge non abbiamo fatto seguito gli atti conseguenziali, il che non dipende da cattiva volontà, ma dal fatto che non si è mai messo mano al problema delle scuole per queste professioni sanitarie ausiliarie. Da tre anni ci dicono che tra uno, due o tre mesi sarà presentata la riforma di questo

settore, riforma che non c'è ancora stata e che è la causa principale dei guai. Per cui dopo si pone anche l'altro problema che il disegno di legge cerca di risolvere attraverso l'«incentivazione» dei corsi di aggiornamento del personale infermieristico. Infatti, come è ormai noto - e lo ripetiamo tutti i giorni -, è certamente molto più appagante svolgere attività infermieristica, ma il mondo va in un certo modo, per cui tra l'essere sacrificati giorno e notte, le domeniche, Pasqua, Capodanno e le varie festività in ospedale, si preferisce lavorare nella USL, percependo lo stesso stipendio, ma iniziando alle 8 del mattino e finendo alle 14, potendo anche fare i «ponti» lunghi. Questo è un problema che certamente deve essere affrontato concretamente.

Vi è poi un'altra questione. La nostra relazione prevedeva l'informazione e, quindi, la prevenzione (considerato che una informazione fatta bene è quasi sinonimo di prevenzione) nelle scuole attraverso l'utilizzo dei canali pubblici televisivi della RAI.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Questo è già previsto nella campagna di informazione.

AZZARETTI. Infatti, come si diceva, una volta o due alla settimana, ad una certa ora, le scuole italiane si potrebbero sintonizzare su un canale nazionale e in maniera adeguata si potrebbe illustrare la questione.

Ma vi è una cosa che manca in questo disegno di legge e che, a nostro avviso, è invece essenziale: l'ospedalizzazione, il *day hospital*, l'assistenza domiciliare vanno bene, però manca la struttura residenziale. Ad esempio, abbiamo visto in Francia che l'esigenza fondamentale per l'assistenza di questi malati non istituzionalizzati è il livello intermedio. Cioè, se la famiglia, per una ragione o per l'altra, non accoglie il familiare affetto da AIDS, questo dove va a finire nel momento in cui non ha più bisogno di assistenza ospedaliera?

Questo è un dato che è emerso anche a livello nazionale, e laddove questa esperienza si è già maturata è risultato che la struttura residenziale è uno degli elementi caratterizzanti e più significativi.

E vengo al problema della denuncia. Ho già fatto le osservazioni che sto per fare nel 1985, quando il pericolo dell'AIDS si era finalmente affacciato alla coscienza della responsabilità pubblica; si persero ancora su una certa strada per quanto riguarda questo problema. Come dicevo appunto cinque anni fa, non riesco a capire perchè l'AIDS debba essere considerata una malattia infettiva diversa da tutte le altre, per le quali una legge nazionale prevede l'obbligo della denuncia - e chi non compie il proprio dovere rischia di essere denunciato - anche solo di fronte al sospetto, neanche all'accertato caso di malato infetto. Per tutte le malattie infettive esiste questo obbligo; si procede poi all'isolamento, e via dicendo. Non si comprende quindi per quali pudori o «impudori» - non l'ho ancora capito - di fronte a questo flagello, come tutti lo definiscono, non sia previsto l'obbligo della denuncia.

Quando sono stato assunto nel servizio pubblico, come tutti i lavoratori sono stato sottoposto agli esami previsti per i necessari accertamenti sanitari. Noi non possiamo continuare a parlare dei pericoli e di tutto il resto e poi violare la legge, perchè noi questo stiamo

facendo. Quindi, o si stabilisce che le malattie infettive non si denunciano più, oppure si dice che questa non è una malattia infettiva. Infatti, se le malattie infettive si devono denunciare, non capisco perchè questa non debba essere denunciata. Se non si risolverà questo problema, sarà inevitabile una diffusione dell'AIDS sempre più imponente. Se non so di avere contratto l'AIDS, perchè nessuno mi obbliga all'accertamento, è chiaro che andando in giro diffondo la malattia. Abbiamo anche constatato che vi sono persone che la diffondono pienamente consapevoli di farlo.

Quindi, il problema è quello di uno Stato che deve avere il coraggio delle proprie azioni, altrimenti è inutile lacerarsi le vesti. Salvaguardiamo il segreto, in quanto nessuno ha mai scritto o detto che, di fronte ad una denuncia di malattia infettiva, bisogna esporre manifesti, però trattiamo l'AIDS come tutte le altre malattie infettive, altrimenti facciamo la cosa inversa: togliamo anche le altre malattie infettive dai vincoli previsti dalla legge. Se consideriamo l'AIDS come malattia infettiva e anche contagiosa, magari a differenza di altre malattie infettive ma non contagiose, dobbiamo comportarci di conseguenza, altrimenti giochiamo nell'equivoco di salvaguardare la dignità della persona malata - quando in realtà non c'è nessuno che non voglia salvaguardarla - senza salvaguardare quella degli altri. Queste cose le dicevo nel 1985 e allora mi si dava torto; successivamente, coloro che mi davano torto hanno corretto la posizione affermando che forse era giusto rimeditare sulla questione. Mi rivolgo al Ministro competente in materia, perchè una rimeditazione su questo problema si faccia veramente.

Oggi non c'è più il clima degli anni 1985 e 1986, l'AIDS ormai è diventata una malattia con la quale dobbiamo fare i conti quotidianamente e se la trattiamo per quella che è possiamo contenerne anche la diffusione, altrimenti il pericolo è di fare nuove divisioni tra le malattie infettive. È necessario spendere le cifre di cui si è parlato, però fare gli accertamenti di fronte a casi sospetti non costa niente. Di fronte ad un caso sospetto si prevede la denuncia e poi l'accertamento e, se del caso, l'isolamento. Se queste cose si superano disinvoltamente per ragioni che non sono di libertà o di moralità, ma soltanto, credo, di reticenza morale, politica e amministrativa, non risolveremo il problema, mentre le grandi malattie infettive sono state vinte solo perchè sono state rigorosamente osservate le regole della profilassi. Non si vince nessuna malattia infettiva senza rigore scientifico. Credo dunque che questo problema vada per lo meno discusso e non scavalcato e anche in questo caso il disegno di legge si sofferma più sulla preoccupazione di fare le cose senza offendere il pudore di qualcuno, piuttosto che preoccuparsi di difendere la salute di chi l'ha persa, ma soprattutto di chi ancora la possiede.

Mi riferisco in particolare agli articoli 5 e 6 e non riesco a comprendere il divieto per il datore di lavoro pubblico o privato di svolgere accertamenti. Se tali accertamenti non li fa chi dovrebbe, almeno li faccia il privato. Chi è sospetto deve essere sottoposto ad accertamenti, altrimenti non si può immaginare di poter arrestare la diffusione di questa malattia. Il mio sarà un ragionamento elementare, mi hanno insegnato poche cose che sono riuscito ad apprendere, però

sono convinto che l'applicazione delle cose semplici risolva i problemi grossi. Si continua invece, anche con questa legge, a girare intorno al problema, come ho visto avvenire per le leggi regionali.

L'ultima osservazione riguarda le norme riferite all'articolo 4 che mi pare dovrebbero essere meglio definite, magari anche con una circolare relativa al meccanismo previsto dall'articolo stesso. Vengono considerati in questa maniera e correlati soltanto i posti attualmente esistenti o anche quelli che verranno istituiti? Mi pare che bisognerebbe riferirsi a quelli esistenti e non a quelli di nuova istituzione.

Sempre per quanto riguarda l'articolo 4, mentre al primo punto si afferma che la Commissione è composta dall'assessore o da un suo rappresentante e da un professore universitario titolare di cattedra di malattie infettive, mi pare giusto che nelle ultime righe del punto 4 si parli di docenti universitari e di medico delle specifiche discipline. Credo si dovrebbe ripetere «docente universitario titolare di cattedra delle malattie infettive e medico delle specifiche discipline», perchè non vorrei che accadesse che un docente universitario, solo perchè tale, venisse inserito in questa Commissione, senza magari conoscere nulla di malattie infettive. È dunque necessaria una precisazione in questa direzione, per non introdurre elementi di contraddizione.

ZUFFA. Interverrò molto brevemente perchè le osservazioni di fondo sono già state fatte negli altri interventi del mio Gruppo. Voglio solo riprendere alcuni punti del disegno di legge in relazione al documento che contemporaneamente ci viene presentato con il disegno di legge. Credo che nel documento vi siano dei dati fondamentali, laddove si esamina la composizione dei gruppi a rischio e dei pericoli del contagio. Abbiamo quasi il 70 per cento di tossicodipendenti, il 20 per cento di omosessuali e poi le altre categorie. Vorrei considerare questi due dati per dire che il problema principale, anche se non l'unico, riguarda la tossicodipendenza. Naturalmente sottolineo una cosa che già nella scorsa seduta ha indicato il senatore Berlinguer e che mi pare fondamentale: la lotta all'AIDS non può essere affrontata in maniera disgiunta dalla questione della tossicodipendenza, mentre mi pare che tale questione sia affrontata in maniera non sistematica. È vero che al punto 4 si parla di potenziare l'assistenza ai tossicodipendenti, però a me sembra poca cosa. Il vero problema mi sembra quello di agganciare i tossicodipendenti. Ha ragione il senatore Berlinguer quando dice che la punibilità di per sè psicologicamente e materialmente tende ad allontanare i tossicodipendenti dai servizi.

C'è poi un'altra considerazione da fare della quale non abbiamo discusso in precedenza e della quale avremmo dovuto discutere in questa sede, che riguarda la questione di come agiscono i servizi e del livello di cultura dei servizi nei confronti dei tossicodipendenti.

Qui c'è una nuova discriminante perchè o i servizi assumono, sulla linea generale della legge che in questo momento si sta approvando alla Camera, un atteggiamento ideologico di lotta verso il tossicodipendente, e questa è una linea la cui efficacia mi sembra discutibile; oppure, al contrario, perchè le due questioni non sono sulla stessa linea, sono incompatibili, i servizi hanno come ottica la tutela della salute sia individuale che collettiva.

Rispetto all'emergenza AIDS la linea corretta da seguire mi sembra quella di contenere il danno minore partendo da quello maggiore. Emergono esempi di assistenza in altri paesi; ho ricordato per esempio paesi che hanno come fine primo non tanto la battaglia ideologica contro la tossicodipendenza ma l'assistenza reale del tossicodipendente con il fine della tutela della sua salute. Il primo fine è certamente quello di farli uscire dalla tossicodipendenza ma non si abbandona chi non vuole uscirne o non ha la forza di uscirne, e in questo caso si cerca di contenere i danni ad esempio con l'uso delle siringhe monouso.

Si tratta di un atteggiamento da considerare e non è conciliabile con un atteggiamento moralistico e ideologico.

Non ripeto cose già dette rispetto l'impostazione del disegno di legge per ciò che riguarda l'assistenza e l'ospedalizzazione. L'osservazione di fondo è che il punto di maggior carenza della politica del Governo è sul terreno della prevenzione. Ho trovato un po' curiose anche certe affermazioni riguardo la prospettiva di sviluppo dell'AIDS che praticamente mettevano in evidenza come sia difficilmente prevedibile lo sviluppo di questa malattia perchè è in gioco fundamentalmente un problema che riguarda comportamenti di singoli individui su cui bisogna intervenire. Ci sono altre patologie in cui i comportamenti individuali sono fondamentali per quanto riguarda la prevenzione, compreso il fumo o la carie; lo stesso si può dire per l'aborto e la contraccezione. Quando parliamo di prevenzione molto spesso puntiamo sulla responsabilizzazione del soggetto rispetto alla propria salute; è chiaro che in una campagna di massa ci troviamo di fronte a strati sociali diversi, opinioni diverse, atteggiamenti differenziati, ma la prevenzione si fonda su questo e bisogna vedere come responsabilizzare i singoli soggetti nelle loro differenze sociali, di opinione e così via.

Credo ci sia un equivoco abbastanza importante che trapela dal documento e in generale dalla politica del Governo e cioè l'idea che la prevenzione per quanto riguarda la diffusione dell'AIDS sia solo informazione di massa. Sono d'accordo con quanto ha detto il senatore Berlinguer la scorsa volta e cioè che c'è da discutere se conviene mandare a casa lettere come quelle ideate da Donat-Cattin che servono sicuramente per un propaganda ideologica ma forse non tutelano la salute.

Finalmente ho visto in televisione la nuova campagna contro la diffusione dell'AIDS (ero molto curiosa perchè mi era stato richiesto un parere da alcuni giornalisti) e con grande franchezza devo dire che non mi pare che lo *spot* così formulato sia particolarmente accusatorio nei confronti dei comportamenti sessuali femminili più di quanto non lo sia per i comportamenti maschili. Si tratta di due soggetti che hanno rapporti con persone diverse. Capisco in qualche modo la preoccupazione di alcune colleghe che hanno sollevato dei problemi che a mio avviso sono relativi non tanto a come è confezionato quello *spot* quanto al fatto che abbiamo a che fare con una società in cui i comportamenti sessuali femminili sono sicuramente oggetto di maggiore stigmatizzazione sociale rispetto ai comportamenti maschili. Per cui di per se lo *spot* presenta comportamenti alla pari ma agli occhi della massa è possibile che siano letti in maniera diversa.

Francamente più che i comportamenti sessuali femminili in quello *spot* mi preoccupa la figura del tossicodipendente che sicuramente è il

maggior veicolo di contagio, però abbiamo a che fare con un soggetto oggetto di grande stigmatizzazione sociale e quindi la questione è abbastanza delicata.

In conclusione, rispetto ad un problema come quello dell'AIDS che è parzialmente legato alla sessualità, quanto è efficace il messaggio di massa? Non c'è dubbio che ci possa essere una prima informazione di massa relativa all'uso del preservativo, ma francamente penso che adesso lo sappiano tutti. Quanto è utile l'informazione di massa per la modifica di un comportamento legato alla sessualità, considerato che in questo comportamento si incontrano grandi differenze e andiamo ad impattare con un aspetto fondante della propria identità? Quindi l'informazione rispetto all'uso del preservativo può essere efficace ma non basta per modificare un comportamento.

Probabilmente l'informazione di massa può essere utile per quanto riguarda la prevenzione della carie dove siamo di fronte ad un comportamento non fondante. Rispetto al problema della sessualità, stante una prima informazione, è forse più utile porsi il problema di come i servizi possano fare prevenzione, come possano indirizzare messaggi molto più personalizzati.

Ad esempio, rispetto al problema dell'aborto può essere utile sapere che esistono mezzi anticoncezionali per prevenire, però oltre un certo limite di conoscenza c'è il problema di impattare efficacemente nei comportamenti individuali e questo si può fare attraverso un rapporto personalizzato parlando con la singola donna, capendo il suo orientamento ideale. Non a caso si sono avuti interventi in questa direzione; forse non è stato fatto molto, però si è visto che sarebbe stato utile rafforzare i consultori proprio per avere un rapporto individuale, personalizzato per ciò che riguarda la prevenzione. Penso, ad esempio, ai problemi assai delicati sollevati la volta scorsa dal senatore Bompiani riguardanti le tossicodipendenti sieropositive e i gravi rischi per la gravidanza; in questo caso si pone certamente la delicata questione di come affrontare una scelta molto difficile, cioè se portare avanti oppure interrompere la gravidanza. Quindi, si pone una serie di problemi in relazione all'informazione di massa.

Vi è anche il problema delle scuole: nell'ambito dell'educazione sessuale può essere inserito questo problema, ma anche in questo caso bisogna farlo con la dovuta delicatezza. Infatti, si deve considerare che i giovani devono ancora costruire un rapporto con la sessualità, per cui se certamente è importante fornire le necessarie informazioni per tutelare la loro salute, bisogna però affrontare il problema con delicatezza per evitare di dare un'immagine della sessualità immediatamente associata ad un fantasma di morte come quello dell'AIDS, in un momento in cui invece si deve costruire un rapporto positivo con la sessualità.

In conclusione, quindi, ritengo che il punto maggiormente carente sia quello della prevenzione. Non solo non vi è un programma efficace a livello di massa per modificare i comportamenti individuali ma manca anche una sufficiente riflessione su quali strumenti, differenziati nel rapporto con i singoli, adottare per affrontare una questione così delicata. Su questo, al di là dei vari scopi da perseguire, vorrei invitare a fare una riflessione.

MELOTTO. Signor Presidente, mentre mi associo a quanto dichiarato in alcuni interventi che hanno focalizzato il problema, vorrei porre due questioni al Ministro.

La prima riguarda i posti letto previsti nel programma. Credo che sia assolutamente necessario ristrutturare, ammodernare, rendere più umane le divisioni di malattie infettive esistenti nel nostro paese. Pertanto ritengo che occorra un intervento in questa direzione. Ma trattandosi del programma AIDS, per cui è prevista, come deve essere, una pluralità di situazioni e di strutture di accoglienza, ho l'impressione che la stima preventivata sia eccessiva rispetto al reale fabbisogno di posti letto ospedalieri.

Dal momento che sappiamo che un posto letto non viene occupato all'infinito poichè la degenza è limitata, sono necessarie strutture come il *day hospital*, case di accoglienza e altre strutture che integrino sul piano dell'assistenza umana, più che su quello dell'assistenza ospedaliera, il posto letto.

Nel documento sottoposto alla nostra attenzione è indicata una serie di posti letto da ristrutturare, da eliminare del tutto o da costruire *ex novo*. Mi sembra che il numero di posti letto previsto per le degenze ospedaliere (12.120), in base alle conoscenze che abbiamo e ad autorevoli indicazioni, sia soprastimato rispetto non solo al fabbisogno odierno ma anche in prospettiva. Ritengo infatti che occorra una pluralità di momenti di accoglienza, e non solo questo.

Quindi, signor Ministro, su questo ho fortissime perplessità, come anche sulla prospettiva delle assunzioni del personale infermieristico. Dove troveremo più di 13.000 infermieri professionali da impiegare in questo settore? A mio avviso, questa è una previsione impossibile da realizzare nel nostro paese.

Ugualmente ritengo una previsione impossibile, inserita probabilmente come mera aspirazione, il ritorno in questo settore, con formule *part-time*, di infermieri professionali attualmente in pensione. Come sappiamo, infatti, il personale in quiescenza quando torna a lavorare si vede decurtare significativamente la pensione. Quindi, considerando il dare e l'avere, non è possibile pensare che questo personale torni a lavorare per guadagnare solo qualcosa in più rispetto a quello che già percepisce, considerata anche la possibilità che ha un infermiere pensionato di svolgere attività privata. Quindi, anche questa previsione è solo una aspirazione.

Dobbiamo invece basare le nostre previsioni su realtà concrete, altrimenti anche in questo caso rischiamo di non avere il personale per realizzarle. Abbiamo reparti chiusi in tanti ospedali d'Italia, anche se certamente al Nord questo fenomeno è particolarmente accentuato.

Vorrei quindi essere tranquillizzato dall'onorevole Ministro su questi punti. Vorrei avere informazioni su quanto è stato deciso dal contratto che ha recepito quello che si stava discutendo in questa Commissione. Mi riferisco all'operatore tecnico di assistenza; dopo la firma del decreto del Presidente della Repubblica, è previsto che entro 60 giorni sia emanato il decreto del Ministro che stabilisce il programma per attività di formazione di questa figura. Tutto questo è previsto non solo - come si vocifera da parte di qualcuno - ai fini di una riqualificazione ma anche come dato permanente, e quindi di fatto

superando il disegno di legge in discussione in questa Commissione. In concreto perciò, nell'ordinamento sanitario di questo paese subentrerà questa figura tipica dell'assistenza di tipo alberghiero al paziente, limitando indubbiamente l'assistenza terapeutica all'infermiere professionale, riducendo conseguentemente il numero di infermieri professionali rispetto alla previsione. Se così è - come spero - mi auguro che il decreto del Presidente della Repubblica che dovrà recepire il contratto e il decreto del Ministro che dovrà normare quell'attività di formazione siano operativi in tempi brevi affinché sia possibile avere, a partire dal 1991, personale formato che possa integrare l'*équipe* infermieristica, distinguendo nettamente i due settori: quello della terapia da una parte e quello dell'assistenza alberghiera dall'altra, che pur rivolgendosi allo stesso soggetto di fatto faranno diminuire la previsioni numeriche degli infermieri professionali.

Su questo punto gradirei essere rassicurato, perchè altrimenti rischiamo di prevedere sì i posti-letto ma, accanto a questi bisognerà trovare anche il modo di reperire il personale in grado di svolgere questo tipo di assistenza.

DUÒ. Signor Presidente, signor Ministro, signori colleghi, condivido la relazione fatta dal collega relatore e condivido anche molte delle osservazioni che ho sentito fare, in particolare dal collega Azzaretti. Ho preso la parola per una preoccupazione che mi è data dall'ultimo comma dell'articolo 5 e dal testo dell'articolo 6. Questa preoccupazione attiene al problema della prevenzione che a mio modesto parere è in contrasto con quanto affermato nel quinto comma dell'articolo 5. L'accertata infezione «non può costituire motivo di discriminazione, in particolare, per l'iscrizione alla scuola e per lo svolgimento di attività sportive, nonchè per l'accesso o il mantenimento di posti di lavoro».

Siamo perfettamente d'accordo che discriminazioni a livello di persona non devono sussistere. Però questo problema deve coesistere con l'altro della prevenzione e deve coesistere con una normativa attuale. Mi permetto di ricordare la legge del 30 aprile 1962, n. 283, che disciplina la produzione e la vendita di sostanze alimentari e di bevande e in particolare l'articolo 14 di tale legge che stabilisce che il personale addetto alla presentazione, produzione, manipolazione e vendita di sostanze alimentari deve essere munito di un apposito libretto di idoneità sanitaria rilasciato dall'ufficiale sanitario. Questo personale è tenuto a sottoporsi a periodiche visite mediche di controllo eventuali e a speciali misure profilattiche nei modi e termini stabiliti. Questo articolo, al secondo comma, stabilisce il divieto di assumere o mantenere in servizio per la preparazione, manipolazione e vendita di sostanze alimentari personale non munito di libretto di idoneità sanitaria.

Vi sono dunque delle norme che, imperativamente, addirittura dando valenza penale ad un comportamento in difformità a quanto dettato, stabiliscono visite periodiche. C'è poi la sanzione prevista dal terzo comma dell'articolo 14 e c'è inoltre l'articolo 15, che indipendentemente dalle sanzioni penali autorizza il medico provinciale a ordinare la chiusura temporanea fino a 6 mesi e, nei casi di recidiva o maggior gravità, anche la chiusura definitiva dello stabilimento.

Allora, signor Presidente, signor Ministro, signori colleghi, c'è qui un problema di coerenza delle norme, c'è un problema di aggiustamento con queste norme che indubbiamente sono in conflitto con l'articolo 6 in esame che vieta ai datori di lavoro, pubblici e privati, lo svolgimento di indagini volte ad accertare nei dipendenti, o in persone prese in considerazione per l'instaurazione di un rapporto di lavoro, l'esistenza di uno stato di sieropositività. C'è dunque un problema di coordinamento che mi permetto di evidenziare e di porre alla vostra attenzione.

Ma il problema è anche in relazione allo Statuto dei lavoratori perchè sappiamo che l'ultimo comma dell'articolo 5 della legge n. 300 prevede la facoltà per il datore di lavoro di far controllare l'idoneità fisica del lavoratore da parte di enti pubblici e istituti specializzati di diritto privato. Questa facoltà, che nella *ratio* di questa norma è in relazione al rendimento del lavoratore, mi pare debba essere maggiormente potenziata, perchè qui non è tanto in gioco il rendimento del lavoratore, e quindi l'utilità dell'impresa, quanto la salute pubblica, è in gioco la prevenzione nei confronti di una malattia che è stata definita come la peste del nostro secolo.

BERLINGUER. Se questa malattia fosse trasmessa per via alimentare lei avrebbe ragione.

DUÒ. Certo io non sono un medico, però vi sono questi elementi. Dobbiamo allora dire che queste norme sono abrogate? Dobbiamo dire che l'articolo 6 abroga le norme che ho richiamato? Indubbiamente si tratta di una malattia che non è catalogata fra quelle infettive alle quali faceva riferimento il collega Azzaretti, però come ci si deve comportare di fronte ad una malattia di questo tipo e di fronte ad una normativa come quella richiamata? Come ci comportiamo di fronte ai primi segni giurisprudenziali? Voi tutti conoscete la sentenza del 22 marzo 1989 emessa dal pretore di Torino e nella quale un primario è stato ritenuto responsabile di lesioni colpose per infezione provocata ad un infermiere a seguito del mancato uso di certe cautele nei confronti di un malato di AIDS. Mi sono permesso di richiamare l'attenzione anche su questa giurisprudenza perchè indubbiamente il datore di lavoro, a mio modesto parere, ha l'obbligo di vigilare sulla salute del proprio personale anche in questo modo perchè, altrimenti, potrebbe essere chiamato a rispondere, così come è accaduto per quel primario di ospedale, e potrebbe essere imputato di lesioni colpose.

In conclusione, mi pare che questo aspetto, che modestamente mi sono permesso di porre alla vostra attenzione, meriti un ripensamento nella riformulazione della norma dell'articolo 6 che, così come è, non è in accordo con la legislazione vigente.

ALBERTI. Signor Presidente, purtroppo non ho potuto ascoltare la relazione del senatore Condorelli e per questo mi dispiace di non potervi far riferimento. Ho ascoltato questa mattina gli interventi dei vari colleghi, da alcuni dei quali traspare una perplessità sull'efficacia di questo disegno di legge. Credo che il provvedimento di per sè tratti un argomento abbastanza delicato e pesante, però questa situazione di perplessità è notevolmente esaltata dal fatto che purtroppo in questo

provvedimento l'assistenza al malato di AIDS si presenta proprio in un momento in cui il settore della sanità è in grossa difficoltà, una difficoltà proveniente da un male ineluttabile, dal fatto che procediamo senza alcun programma sanitario. Mi dispiace di riprendere il discorso sul Piano sanitario nazionale insieme al discorso sulla legge contro l'AIDS. Ci sono motivi di urgenza e sotto questo ricatto dell'urgenza dobbiamo digerire una serie di norme molto discutibili.

Manca il piano e manca la programmazione, si parla di urgenza ma non si capisce perchè, anche in assenza di un piano e di una programmazione, si arriva a discutere questo provvedimento nel 1990 quando il fenomeno dell'AIDS è ben presente all'opinione pubblica fin dal 1985. Dunque, non si tratta di voler fare una discussione cavillosa ma sottolineare le manchevolezze del Governo e del Ministro della sanità che non si è preoccupato di questo fenomeno dell'AIDS. Quando parlo di Ministro della sanità non faccio nomi perchè prima dell'attuale ce ne sono stati altri che si sono occupati del fenomeno nel modo che conosciamo e che è stato criticato da tutti.

Fatta questa premessa di carattere generale, c'è la necessità che le questioni siano finalmente messe in luce e che si presenti il piano che aspettiamo per lo meno fin dal 1983. I vari Ministri hanno continuamente detto che il piano era nel cassetto e che bisognava solo tirarlo fuori. Sotto la stessa presidenza del senatore Zito è stato approvato un ordine del giorno in cui si invitava il Governo a presentare subito il piano; questo non per fare il cavilloso ma per evidenziare che il fenomeno dell'AIDS imporrebbe al Ministro di presentare il piano entro brevissimo tempo. Insieme alla collega Ongaro Basaglia presenterò una risoluzione perchè per lo meno dal piano sia stralciata la parte relativa alla psichiatria che non può andare avanti ulteriormente in questa situazione.

Fatta questa premessa di ordine generale, voglio riprendere alcuni discorsi già fatti dai senatori Melotto e Azzaretti per parlare dell'urgenza e della necessità delle strutture. Sappiamo quali e quante sono le strutture ospedaliere e i posti letto funzionanti? Andremo ad istituire posti letto nel Mezzogiorno dove notoriamente ci sono ospedali chiusi? Su quali basi sono state avanzate le ipotesi della istituzione di 15.000 posti letto per l'AIDS e solo 1.100 di assistenza domiciliare? Il rapporto sembra quanto mai squilibrato a favore dei posti letto che rappresentano una struttura sanitaria per la cura e quindi ogni posto letto deve essere attrezzato sia dal punto di vista del personale che dal punto di vista tecnologico. Non conosciamo a fondo questi dati, non abbiamo avuto il piano ospedaliero; siamo a conoscenza solo dei dati che ci sono stati forniti da discusse fonti di studio, sicuramente non fonti ufficiali del Ministero della sanità e quindi siamo in grossa difficoltà nel sapere se questi posti letto verranno stralciati dai posti letto non utilizzati o se si procederà alla istituzione di altri posti letto.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Ha letto l'articolo 1 del disegno di legge?

ALBERTI. Sì l'ho letto, comunque potrà replicare dopo la discussione generale.

In pratica tutte le questioni sono rinviate al Piano sanitario nazionale che non è stato formulato e quindi non si sa di che cosa dovremmo discutere.

Parlando del personale (il senatore Azzaretti è un tecnico), non è possibile pensare di utilizzare posti letto per le malattie infettive per 15.000 unità quando mancano migliaia di infermieri professionali. Il problema dell'assistenza infermieristica merita interventi urgenti di carattere legislativo. Lo strumento della legislazione d'urgenza è largamente usato e non si capisce perchè un problema del genere non debba essere affrontato anch'esso con un decreto-legge. Lei ultimamente è stato nella regione Calabria e dovrebbe sapere che questa regione non ha ancora bandito i concorsi per infermieri professionali che aspettano da 3 anni e per i quali sono state già presentate 8.000 domande, mentre al Nord non ci sono candidati per queste scuole professionali.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Datemi i poteri: adesso non li ho.

ALBERTI. Qui si tratta di 2.100 miliardi per la lotta all'AIDS in assenza di un piano e se fossi il Governo predisporrei un intervento veramente incisivo e non puramente formale.

Entrando nel dettaglio, devo svolgere alcune brevi considerazioni.

La questione della prevenzione è stata toccata da molte persone: è stata rilevata una grossa lacuna a questo livello. Vorrei anche sapere quali saranno gli interventi nelle carceri. Infatti, come è stato rilevato in sede di discussione generale sul disegno di legge sulla droga, il carcere costituisce una delle fonti primarie della diffusione dell'AIDS.

Poichè oltre il 30 per cento dei detenuti è sieropositivo, mi sarei aspettato una riflessione su questo dato o quanto meno una proposta sulle carceri. Non ho una soluzione da proporre in questo momento; credo che nessuno di noi l'abbia. Però non si può certo pensare di risolvere il problema ignorandolo. Anche passaggi «rapidi» attraverso il carcere sono sufficienti ad acquisire l'infezione. Certo ci sono dei problemi. Anche il ministro Vassalli, rispondendomi in Aula quando avevo richiamato la sua attenzione su questo aspetto, era angosciato ed imbarazzato.

Però mi chiedo quale discussione si sta svolgendo ora che parliamo di interventi per la prevenzione dell'AIDS. Perchè non dobbiamo discutere di questo problema?

Quanto alla questione dei posti letto, non ho molto da aggiungere avendone già parlato; peraltro hanno affrontato più dettagliatamente la questione i senatori Melotto e Azzaretti. Pertanto ritengo di poter fare a meno di intervenire dato che il discorso fatto al riguardo è stato molto chiaro ed esplicito.

Venendo poi alle singole norme, vorrei soffermarmi su alcune questioni che sono sorte questa mattina a proposito dell'articolo 5, riguardante l'accertamento dell'inflazione. Con questo articolo, dichiarandosi illegittima la denuncia dei casi di AIDS, si tutela la riservatezza e si stabilisce che l'accertata infezione non può costituire motivo di discriminazione sia per l'iscrizione alla scuola che per lo svolgimento di

attività sportive e per l'accesso o il mantenimento di posti di lavoro; anche il malato di AIDS in ospedale è protetto da questo punto di vista. Però, non mi sembra che siano previste sanzioni per chi non ottemperi a queste norme. Chiedo quindi al relatore Condorelli quali sanzioni verrebbero applicate nel caso di mancata osservanza di queste norme che garantiscono la segretezza. Si deve fare riferimento alle norme generali in materia?

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. Si fa riferimento all'attuale legislazione che disciplina questa materia; vi è ad esempio la violazione del segreto professionale. Comunque, risponderò poi in maniera più ampia in sede di replica.

ALBERTI. Mi chiedo inoltre cosa significhi quanto stabilito nel primo periodo del terzo comma dell'articolo 5: «Nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi tendenti ad accertare l'infezione da HIV se non per motivi di necessità clinica nel suo interesse».

È chiaro che un malato che entra in ospedale deve essere sottoposto agli esami generali e quindi può essere sottoposto anche al *test* per l'HIV. Così come è scritta la norma, infatti, il malato può essere sottoposto in ospedale a questo *test* nell'ambito degli esami di *routine* dal momento che i motivi di necessità clinica nel suo interesse ci sono sempre. Dobbiamo ritenere infatti che qualunque esame sia sempre fatto nell'interesse del malato. Quindi, questa norma dovrebbe essere discussa ed approfondita prima di essere approvata.

Per tali motivi, abbiamo presentato un emendamento volto a modificare questa parte del comma 3 dell'articolo 5, con la previsione solo dei casi in cui il paziente abbia chiesto ed accettato il ricovero nei reparti di malattie infettive. Il paziente deve infatti sapere che nell'ambito di tali reparti questo è un esame obbligatorio. Ma solo in questo caso; non può essere previsto per un malato ricoverato, ad esempio, in un reparto di cardiologia: nel caso di una miocardite, cosa può far pensare alla possibilità di una infezione da HIV?

Vorrei pertanto sapere se è possibile migliorare il testo in modo che sia chiaro ed efficace.

Infine, le norme sull'assistenza e sulla prevenzione contenute nel disegno di legge non sono, a mio avviso, sufficienti. Ritengo che occorra quindi approfondire questa discussione nella prospettiva dell'attuazione di questa parte del piano sanitario sull'AIDS.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. Anzitutto vorrei ringraziare i colleghi intervenuti. Cercherò di rispondere ai quesiti più importanti che sono stati posti.

Il senatore Torlontano ha sollevato diverse questioni nel suo intervento. Egli ha sottolineato la necessità di prestare assistenza non solo ai soggetti che presentano la forma clinica conclamata di AIDS ma anche a quelli in fase di ARC o LAS e ai sieropositivi, che hanno comunque bisogno di una qualche forma di assistenza; di conseguenza,

il numero complessivo dei soggetti che hanno bisogno di assistenza sanitaria aumenta enormemente. Ritengo che comunque, sotto questo profilo, il provvedimento in discussione sia esaustivo poichè è previsto un potenziamento del personale sanitario. Certo, il problema grave è questo. Quindi, avendo il personale sufficiente, si potranno fare i turni non solo per la mattina ma anche per il pomeriggio e si potrà affrontare adeguatamente il problema. Dice giustamente il senatore Torlontano che bisogna pensare anche ad altri reparti, non soltanto a quelli di malattie infettive, reparti che possono e debbono accogliere in alcuni momenti della evoluzione della malattia il paziente affetto da AIDS; segnatamente i reparti di ematologia e pediatria. Ritengo che già il disegno di legge al punto 4 dell'articolo 2 preveda la possibilità di una ristrutturazione e di un potenziamento di altre strutture oltre a quella di malattie infettive.

Per quanto concerne l'assunzione del personale, il senatore Torlontano ha espresso il giusto concetto che questa malattia richiede competenze molto disciplinari e che non bisogna pensare soltanto ad aumentare il numero degli infettivologi, ma anche ad altre specializzazioni sanitarie che si dedichino al problema. La questione è molto dibattuta, indubbiamente l'AIDS è una sindrome che ha una eziologia infettiva ma che nel corso della sua evoluzione comporta molti altri problemi di tipo immunologico, cardiologico, neurologico. In questo senso gli ospedali si dovranno attrezzare perchè, accanto al sanitario di malattie infettive, ve ne siano altri. In realtà la scelta del sanitario di malattie infettive è stata già fatta perchè, nel momento in cui si presentò la necessità di allocare questi malati, la Commissione nazionale sull'AIDS indicò appunto i reparti di malattie infettive, soprattutto per le complicità cui vanno incontro questi pazienti. Dunque la scelta di fondo può essere considerata giusta ed è chiaro che tutte le altre competenze debbono costituire un contorno a tale scelta, ma credo che il disegno di legge preveda abbondantemente anche questi aspetti.

Il senatore Torlontano ha poi sollevato il problema della prevenzione per quanto riguarda le prostitute e i transessuali provenienti da zone con diffusione della malattia. È un problema molto grave; ho partecipato a molte conferenze del professor Morone il quale afferma cose tragiche: ad esempio che a Milano sono soprattutto gli omosessuali brasiliani ad essere preoccupanti in quanto esercitano la prostituzione anche fino a due o tre giorni prima di morire di AIDS. Sono situazioni allucinanti che purtroppo si verificano. Mi rendo conto che gli aspetti relativi alla prevenzione, all'informazione, all'educazione trovano in queste persone un terreno poco fertile. Quando ci sono queste abitudini è difficile ottenere dei risultati e ritengo che lo Stato si debba preoccupare di questi casi e non si debba far limitare da problemi di ordine ideologico ed etico perchè la cosa più importante è dare l'informazione giusta, anche se poi ciascuno è in grado di comportarsi come meglio crede.

In generale le forme di diffusione delle notizie relative all'AIDS qualche risultato lo ottengono su una popolazione particolarmente recettiva, ma purtroppo non su tutti. Per fare un esempio, si può ricordare che la sifilide è stata vinta soprattutto con l'uso della penicillina, cioè è stata la scienza a risolverla. Così, quando avremo il

vaccino, potremo risolvere anche il problema di cui stiamo discutendo, ma nel frattempo lo Stato ha il compito di dare informazioni esatte.

Ritengo che gli *spot* trasmessi in televisione siano correttissimi anche per quanto riguarda l'indicazione sull'uso del profilattico, una indicazione che però non credo possa essere risolutiva per vincere la battaglia in atto. D'altra parte non è neanche giusto dare alla gente la certezza che con il profilattico si risolve il problema, perchè si tratta di una malattia molto grave, con la quale si rischia di morire.

Il senatore Berlinguer, così come altri colleghi, ha insistito sul fatto che il problema della punibilità non aiuta a rimuovere le cause di diffusione dell'AIDS. Su questo punto abbiamo posizioni profondamente differenti, ma insisto sul fatto che la legge non punisce il tossicodipendente, anche tenuto conto delle modifiche apportate dalla Camera dei deputati, ma punisce chi viene trovato in flagranza di detenzione o di acquisto: qualsiasi tossicodipendente può farsi curare quando crede e come vuole e nessuno mai lo toccherà.

Sono d'accordo con il senatore Bompiani quando afferma che la lotta deve esser rivolta alla tossicodipendenza, perchè sarebbe strano che per eviare la diffusione dell'AIDS si rendesse libero l'uso dell'eroina. Quando mi sono recato negli Stati Uniti ho appreso una notizia interessante: le donne non usano quasi più l'eroina proprio per i problemi legati alla gravidanza e si sono rivolte ad altri tipi di droga, magari ancora più dannosi come il *crack*.

Voglio aggiungere che anche a proposito della propaganda è importante dare nozioni corrette e non bisogna aver paura di scontrarsi con problemi di morale sessuale. Dico questo perchè personalmente ritengo che la morale sia una somma algebrica di tante cose, di tradizioni, di esperienze antropologiche, di problemi religiosi e del modo di sentire di una certa popolazione. Tra queste esperienze ci sono anche quelle di tipo igienico che in alcune religioni si trovano espressamente indicate.

Se una norma igienica corrisponde ad una norma morale non c'è motivo per metterla da parte. Ricordo che quando il ministro Donat-Cattin predispose una famosa lettera poi diffusa, io lo difesi in tutti i giornali in quanto la ritenni una informazione giusta. Il sieropositivo deve essere una persona responsabile e deve sapere di non avere alcun diritto di infettare gli altri, perchè nessuno ha il diritto di trasmettere una malattia infettiva.

BERLINGUER. Spero che su questo vi sia l'unanimità dell'intera Commissione.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. Anche chi è sieropositivo deve seguire certe indicazioni. Comunque credo che la cosa importante sia informare la gente in modo scientificamente esatto.

Per quanto riguarda la questione del «gonfiamento» dei posti-letto ritengo che il Ministro abbia agito nel modo più corretto e del resto non si è inventato nulla: è stata la Commissione nazionale sull'AIDS a fare la valutazione in base alle previsioni epidemiologiche; se n'è occupato anche l'Istituto superiore di sanità, quindi organismi che hanno tutte le competenze scientifiche necessarie per operare.

Capisco che le previsioni vanno sempre prese come tali. È stata fatta una valutazione del fabbisogno ed è stato redatto un piano che il Ministro prudentemente ha accettato usando un comportamento più che corretto, perchè non è che un ministro, pure essendo medico, possa comportarsi diversamente, ma deve attenersi alle indicazioni dei suoi organi di consulenza.

In coscienza, come possiamo dire che queste previsioni sono in eccesso o in difetto? Personalmente non mi prendo questa responsabilità nel modo più assoluto perchè altrimenti dovremmo ricominciare ad effettuare indagini per attivare un procedimento conoscitivo che abbiamo portato avanti per anni.

D'altra parte sono convinto dell'esigenza di rinnovare le strutture italiane perchè ora ci occupiamo del problema urgente dell'AIDS, però dobbiamo rinnovare tutti gli ospedali italiani e ce ne sono parecchi che non funzionano o che sono chiusi, come ad esempio il Cardarelli. È curioso che si possano chiudere gli alberghi quando mancano le condizioni igieniche mentre non si può fare lo stesso per gli ospedali. Dobbiamo metterci in testa che 30.000 miliardi sono insufficienti, bisogna rinnovare tutte le strutture indecenti e carenti.

Grazie a Dio prima o poi il fenomeno dell'AIDS dovrà finire come dimostra la storia dell'epidemiologia; una grossa parte degli istituti ospedalieri saranno rinnovati e se non altro questo sarà un fatto positivo.

Ho delle grosse perplessità e non sento di avere la competenza per dire che i dati che ci sono stati forniti non sono veritieri.

Il senatore Azzaretti ha esposto la questione delle strutture residenziali, potremo legiferare in seguito anche su questo aspetto che non so se può essere inserito nelle maglie della legge che stiamo discutendo.

Sono d'accordo che l'assistenza domiciliare debba essere potenziata, ma non dimenticate che non abbiamo una grossa cultura in questa materia dove dovremmo cominciare da capo. L'assistenza veramente efficace si dà negli istituti ospedalieri. Siamo d'accordo che dobbiamo aprirci verso nuove esperienze, ma il tutto deve essere accompagnato da una serie di fenomeni come ad esempio quello del volontariato, altrimenti sarei molto diffidente e non investirei eccessivamente in questi aspetti. È meglio un posto letto dove il malato possa essere curato in un ambiente confortevole e decente, tanto più che questo tipo di ammalato spesso è rifiutato dagli stessi parenti.

Riguardo le procedure amministrative ci sono stati sbagli enormi; ci sono ospedali in costruzione da 30 anni. D'altra parte il Governo non ha commesso arbitri ma ha applicato le norme della legge n. 80 del 7 febbraio 1987 e poi la legge finanziaria del 1988 che prevedono le modalità di esecuzione dei lavori. Quindi secondo me non c'è stato alcun arbitrio. Certamente c'è qualcuno che ha fatto delle cose non giuste, ma per questo c'è la magistratura; non possiamo andare avanti con la politica dei sospetti; ciascuno assuma le proprie responsabilità.

Questo è un sistema per evitare l'inefficienza, dico sempre che spero che in futuro le regioni diventino qualcosa di meraviglioso ma per ora, soprattutto alcune regioni, sono contrassegnate da un'inefficienza spaventosa scherzando con la pelle della gente e con l'assistenza

sanitaria. È necessario che esista anche un coordinamento centrale ed è giusto che la Commissione nazionale per l'AIDS possa, insieme al Ministro, pilotare gli interventi che si devono fare in questo settore.

Ringrazio il senatore Signorelli per il suo intervento che è stato di consenso alla linea tracciata.

Il senatore Bompiani ha sollevato alcune questioni molto delicate. Sulla questione della diagnosi precoce rispondo che è uno degli aspetti più delicati perchè nel disegno di legge originario il concetto non esisteva e mi pare sia stato introdotto alla Camera anche sulla base dell'intervento dell'onorevole Rodotà. C'è il grosso problema della difesa della *privacy* della persona e, dall'altra, c'è l'interesse della collettività; bisogna trovare un punto di equilibrio tra questi due aspetti delicatissimi. Secondo me, ma non propongo alcun emendamento, la soluzione adottata è un po' sbilanciata verso la persona anzichè verso la collettività per una malattia che presenta aspetti molto pericolosi. Mi preoccuperei soprattutto del comportamento del medico nell'ospedale e credo che il Ministro, nell'emanare le norme previste dal comma 2 dell'articolo 5 con proprio decreto, dovrà prevedere modalità differenziate per i casi di AIDS e di sieropositività ai fini della sorveglianza e dell'analisi epidemiologica.

Certamente se un malato è ricoverato in istituto clinico e deve essere sottoposto a intervento chirurgico, se è sospettato dal medico di sieropositività dovrà pure sottoporsi a qualche indagine, altrimenti la malattia, che si trasmette sangue con sangue, potrebbe procurare problemi. Quindi, bisognerebbe leggere la norma avendo maggiore prudenza su questo punto.

Anche per ciò che riguarda la questione del datore di lavoro, ad esempio, per le Forze armate, per la Polizia, per i Vigili del fuoco, qualcosa farei.

PRESIDENTE. L'abbiamo fatto nell'ambito del disegno di legge sulla droga, con il consenso di tutti.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. I problemi esistono, anche ai fini, ad esempio, della pensione, della causa di servizio.

Vorrei inoltre fare un'osservazione. Quando si vuole morbosamente insistere sulla riservatezza, avvolgere tutto nel mistero, alla fine si rischia di ghettonizzare maggiormente questa malattia e di ottenere l'effetto opposto. Quando tutto deve essere mistero assoluto, il povero sieropositivo diventa un soggetto da scacciare, viene demonizzato da queste forme morbose.

Noi dobbiamo avere una concezione più civile della malattia. Loro ricorderanno tutta la storia della tubercolosi; era una vergogna per le famiglie avere un malato di tubercolosi. Anche per la sifilide si sono posti dei problemi, come anche per il cancro, che è ancora una malattia di cui non si deve parlare.

Questo è un grosso problema, ma dobbiamo accettare la malattia, anche se certo è difficile. L'AIDS deve essere considerata una malattia come tutte le altre.

Rispondendo ad altri colleghi intervenuti nel dibattito, anch'io naturalmente ritengo che sia assolutamente necessaria la prevenzione, e

si farà. Sono comunque previsti programmi specifici, e mi sembra che si stia procedendo per quello che si può fare. Ripeto, non credo che si possa incidere in modo molto significativo ma naturalmente anch'io sono dell'avviso che sia giusto cercare di farlo.

Sull'uso dei profilattici non credo vi sia da aggiungere altro; mi sembra che questo punto sia molto chiaro. Cosa si dovrebbe fare ancora?

Per quanto riguarda la ricerca scientifica, non parlerei certo di sperimentazione «selvaggia». L'unica nostra speranza è proprio la ricerca scientifica. Mi sembra che anche per questo siano previsti interventi.

Quanto poi al fatto di sottoporsi al vaccino in via sperimentale, ringraziamo Dio che ci sono persone disposte a fare questo; dobbiamo inchinarci con rispetto di fronte agli uomini di chiesa che vi si sottopongono; magari lo facessero anche altri. Ritengo che sia una forma civilissima, una forma di santità addirittura. Semmai sono proprio questi fatti che ci danno la forza di vivere, che danno un significato anche alla nostra vita. Mi sorprende quindi molto una stigmatizzazione in questo senso.

I problemi sollevati dal senatore Azzaretti sono molto importanti. Egli ha una solidissima preparazione nel campo dell'igiene, che è certamente indispensabile. Infatti, se la vita media è aumentata nel nostro paese, questo si deve sicuramente agli interventi di carattere collettivo che vi sono stati in questo campo. La formazione di igiene è fondamentale e occorre anche che vi sia una coscienza non solo dei medici ma anche collettiva, ma si insiste poco su questo.

Sono quindi d'accordo sulla necessità di una attività di formazione e prevenzione nella scuola, che devono essere ritenute momenti importanti. E concordo con la senatrice Zuffa riguardo all'informazione, che diventa cultura nella scuola.

Per quanto riguarda la questione del personale infermieristico, certamente la situazione è drammatica, lo riconosco, e mi rivolgo in particolare ai senatori Azzaretti e Melotto che hanno portato avanti questo discorso. Comunque, si dovrà pur iniziare una volta, e questa può essere una buona occasione per farlo, anche se certo i rischi sono enormi.

Quanto alla denuncia, condivido le perplessità espresse dal senatore Azzaretti perchè, ripeto, si è tenuto ad esaltare, rispetto alla collettività, il momento individuale. In una materia così delicata - lo ribadisco - bisogna trovare un giusto equilibrio.

La senatrice Zuffa, i cui interventi apprezzo sempre molto, ha sollevato questioni assai delicate, di grande sensibilità. Sono d'accordo su quanto da lei affermato; certo, è difficile poi trovare la possibilità di risolvere questi problemi.

Sono stati espressi dubbi sugli *spot* televisivi. In realtà, più che di un'immagine fugace, bisognerebbe parlare di una cultura. Di qui allora il maggiore interesse ad agire di più sulla scuola, negli ambienti di formazione. Su questo sono d'accordo.

Anche quello delle donne tossicodipendenti è un grosso problema. Probabilmente le donne stanno prendendo coscienza di questo problema, e questo può certamente essere una remora soprattutto per chi ha il desiderio della maternità.

Il senatore Melotto ha fatto una serie di osservazioni, anche riguardo al numero dei posti letto. Ma il problema è grosso. Cosa possiamo fare? Ci prendiamo la responsabilità di operare noi una riduzione di fronte a valutazioni che derivano dal Piano sanitario, effettuate a seguito di elaborazioni da parte di commissioni con specifiche competenze in materia? Mi pongo quindi questa domanda, alla quale però non saprei rispondere. Comunque, lascerei le cose come stanno proprio per non assumere una responsabilità del genere. Non credo che convenga neanche al Ministro prendersela. Ritengo sia preferibile seguire le indicazioni date e non intervenire su questo punto.

Il senatore Alberti ha parlato dello squilibrio esistente tra l'assistenza ospedaliera e quella domiciliare, che comunque è avviata; si potrà poi man mano intervenire.

Per quanto riguarda le strutture che devono affiancare i posti letto, vorrei far rilevare che il punto b) dell'articolo 1 prevede interventi in tal senso.

Quanto al problema dei soggetti in stato di detenzione affetti da AIDS, vorrei far presente che abbiamo già provveduto con la legge sulla droga, in particolare mi riferisco all'articolo 32; proprio per questo sono stati stanziati anche 20 miliardi per ciascuno anno del triennio 1990-1992. D'altra parte, come avviene sempre nel caso di un malato, di solito questo soggetto viene messo in libertà. Quindi, questo è già previsto dalla nostra legislazione; queste cose già si fanno.

Molte volte veniamo chiamati nelle carceri per fornire pareri. Per quanto riguarda le sanzioni, non c'è bisogno di riportarle puntualmente nel testo perchè già esiste la previsione nel codice penale.

In conclusione vorrei dire che da anni ripetiamo in continuazione che il problema è urgentissimo, che abbiamo fatto poco. Oggi abbiamo la possibilità di varare una legge che senz'altro avrà dei difetti, ma che comunque è importante. Se sarà necessario, ne faremo altre, ma adesso dobbiamo legiferare in questo senso. Non possiamo continuare ad esitare, si tratta di una emergenza nazionale e non mi sarei scandalizzato se fosse stata presentata la proposta di concedere ai Ministri interessati i pieni poteri, come avviene per quanto riguarda la protezione civile a proposito della quale il Ministro è autorizzato ad emanare ordinanze in caso di calamità. Se vogliamo incidere in modo significativo su un problema come quello in esame, dobbiamo fare in fretta, come del resto ci dicono gli stessi infettivologi. Si parla di situazione disastrosa e noi, con tutti questi lacci e laccioli, non facciamo che ritardare l'attuazione della normativa, mentre abbiamo oggi uno strumento che potremmo applicare rapidamente.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Signor Presidente, colleghi senatori, voglio innanzitutto ringraziarvi per gli interventi fatti, in particolare per quanto ha detto il senatore Condorelli, il quale, nella sua introduzione e poi nella sua replica, ha espresso una serie di concetti che hanno ulteriormente chiarito la posizione del Governo. Io credo che il senatore Condorelli abbia contribuito, per la sua competenza tecnica e per la conoscenza diretta dei problemi, ad esplicitare ulteriormente le posizioni dell'Esecutivo, confermate anche dalla Camera dei deputati.

Ritengo di dover intervenire con organicità sugli aspetti e sui punti toccati, indipendentemente dal loro ordine e, da questo punto di vista, vorrei cominciare con una precisazione relativa al Piano sanitario nazionale. Tale piano per essere presentato alla Camera dei deputati ha bisogno di copertura economica; il ministro Donat-Cattin aveva previsto tale copertura per i vari progetti di azione programmati del Piano stesso, cioè per i cosiddetti fondi vincolati sulla base dei quali avevamo previsto l'accantonamento per l'approvazione della legge di riforma sanitaria, presentata come legge d'accompagnamento in un articolo apposito. Subito dopo l'approvazione di tale articolo, quindi subito dopo l'approvazione della legge che ne prevede l'attuazione, era possibile portare la questione in sede di Consiglio dei Ministri per l'approvazione successiva da parte del Parlamento. Come sapete, quella legge è ancora bloccata alla Camera dei deputati; abbiamo avuto dunque a disposizione lo strumento legislativo e, nel frattempo, vi è stato un intervento da parte dei Ministri finanziari che ha sostanzialmente sottratto una quota dei fondi vincolati per far fronte alle nuove esigenze intervenute con il rinnovo delle convenzioni.

Per essere chiaro, il problema del Piano sanitario nazionale e dei progetti va posto non in termini di preparazione degli interventi sotto l'aspetto normativo che - come ha già detto il mio predecessore - sono già stati predisposti dal Ministero, ma in termini di finanziamento necessario per la copertura dei piani stessi.

PRESIDENTE. È chiaro che la Commissione si rivolge a lei non soltanto o non tanto in quanto Ministro della sanità, ma in quanto rappresentante dell'intero Governo. È insopportabile non tanto che il Ministro della sanità - che ha tutto l'interesse - ma che il Governo, da tanti anni vincolato per legge a presentare il Piano, non lo faccia. Ripeto, lei è qui come rappresentante del Governo, però tutti sappiamo benissimo come poi i cordoni della borsa dipendano da altri. Il Ministro della sanità è sicuramente il più interessato alla presentazione del Piano, però vorrei che lei si facesse tramite di questa insoddisfazione profonda della Commissione che credo sia unanime, perchè abbiamo votato ordini del giorno e risoluzioni contro i ritardi che il Governo nel suo insieme frappone alla presentazione del Piano sanitario nazionale, pregiudiziale a tutto. Primo o poi questo Piano deve pur venire fuori.

DE LORENZO, ministro della sanità. Condivido l'impostazione e la componente passionale che il Presidente a nome della Commissione pone rispetto a questa problematica che mi vede completamente schierato sulle stesse posizioni. Però, voglio ricordare che è stato necessario inserire un articolo apposito nella legge di riforma sanitaria per consentirne l'applicazione attraverso il finanziamento. È inutile la presentazione in Parlamento se non è possibile l'approvazione del Consiglio dei Ministri in mancanza della copertura finanziaria, anzi dovremo insieme lavorare per trovare tale copertura, che spero verrà individuata nell'ambito della riforma sanitaria.

Non è possibile la presentazione anche in base a quanto hanno riferito i tecnici del settore. Sono stati inviati i piani che lo stesso ministro Donat-Cattin aveva predisposto; lui stesso li aveva inviati alla

Presidenza del Consiglio, ma non sono stati esaminati perchè per ogni progetto obiettivo e per ogni azione programmata non erano state individuate le risorse economiche necessarie per l'attuazione. Abbiamo allora inserito una norma nell'ambito della riforma sanitaria come progetto di accompagnamento. Questa operazione è stata compiuta nel settembre dell'anno scorso, con l'intento che quella legge dovesse essere approvata in due o tre mesi per poterci consentire di trovare i finanziamenti previsti per i progetti obiettivi e le azioni programmate già predisposte. Se non rivediamo la spesa sanitaria, colleghi senatori, con molta chiarezza vi devo dire che, di fronte alle difficoltà economiche che stiamo attraversando, non credo che riusciremo a trovare finanziamenti aggiuntivi per l'attuazione del Piano sanitario nazionale. Tutto si svolge nell'ambito della riforma sanitaria, all'interno della quale dovremo trovare un modo per riallocare le risorse con una destinazione mirata ai progetti obiettivi e alle azioni programmate.

Per quanto riguarda il Piano sanitario nazionale, mi rendo conto che vi sono delle riserve dovute ai ritardi che si sono accumulati nel tempo. Però, senatore Alberti, se si vuol trarre anche da questo punto di vista una occasione di critica al Governo perchè comunque questa è la funzione dell'opposizione, posso comprenderlo, ma voglio aggiungere che bisogna considerare lo sforzo fatto per presentare un disegno di legge comunque necessario per alcuni strumenti atti a consentire una politica di emergenza per far fronte alla situazione difficile che si era creata in Parlamento nell'ambito di una cornice più ampia di programmazione. Se non si fa questo significa non riconoscere una corretta programmazione degli interventi previsti dal disegno di legge, perchè abbiamo approvato una azione programmata e uno stralcio del Piano sanitario nazionale presentato alla Camera e al Senato. La Camera ha anche presentato una risoluzione di approvazione di buona parte del contenuto e delle modifiche introdotte. È questo un riferimento anche per quanto riguarda la prevenzione.

Sono veramente rammaricato di non essere stato sufficientemente chiaro. Come Governo abbiamo fatto lo sforzo necessario per rendere il provvedimento più cogente da un punto di vista della solidità dell'impostazione. Chi parla di carenze di norme che riguardano la prevenzione e l'informazione e di altre norme che riguardano anche interventi di carattere assistenziale che devono essere superate nel tempo, senza far riferimento all'azione programmata, troverà evidentemente lacune nel disegno di legge; ma noi abbiamo inserito tutte le norme finanziate che possono essere attuate con provvedimenti amministrativi. Il voler considerare carente il disegno di legge rispetto alle esigenze della prevenzione, è probabilmente un atteggiamento più dovuto alla mancanza di inquadramento complessivo che ad una effettiva carenza dal punto di vista legislativo. Io credo che il Parlamento debba evitare di seguire una logica perversa.

ALBERTI. Non può dire sempre che gli altri sono analfabeti.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Io ho capito così e così rispondendo.

Nell'ambito di questa azione programmata abbiamo previsto una serie di interventi che hanno già un finanziamento e quindi mi pare irrazionale pensare che, siccome c'è un disegno di legge, bisogna rimettere ciò che è già scontato e che, invece, è possibile fare attraverso provvedimenti amministrativi.

Comunque il fatto rientra nell'obbligo di un riferimento di programmazione che, nel momento in cui è approvata in una risoluzione da parte del Senato, diventa un aspetto vincolante per il Governo. Quindi ci muoveremo nell'obbligo di una programmazione che è stata approvata dal Parlamento.

Se il senatore Alberti e altri senatori hanno l'esigenza di proporre delle modifiche all'azione programmata, così come ha fatto la Camera, il Governo è ben pronto a prendere in esame queste modifiche attraverso una risoluzione proposta dal Senato per rimodulare l'azione programmata.

D'altra parte la risoluzione approvata alla Camera all'unanimità ha tenuto conto proprio di alcune modifiche proposte dall'opposizione e che il relatore ha recepito. Pregherei vivamente la Commissione di non trascurare questo strumento che, anche se non è «legislativo», di fatto è uno strumento indiretto a cui il Governo dà ampia apertura per integrazioni, modifiche, correzioni o comunque per una riconferma della risoluzione presentata alla Camera, nell'ambito di questo Piano sanitario nazionale.

Voglio dire a tutti gli intervenuti che hanno stigmatizzato il numero eccessivo dei posti letto che il problema va inquadrato nell'ambito anzitutto dell'articolo 1, lettera *a*), dove si fa riferimento al piano dell'azione programmata e, in secondo luogo si fa riferimento alla lettera *b*) dove sono state introdotte una serie di modifiche che sono intervenute dopo che era stata predisposta l'azione programmata da parte del Governo.

I numeri che leggeva il senatore Melotto e a cui si è voluto far riferimento con eccessivo spirito polemico, dopo l'approvazione della legge alla Camera, per quanto riguarda il Governo non sono più fissi e definiti e personalmente sono anche pronto ad accettare un ordine del giorno che espliciti ancora meglio quanto è scritto. Prima mi ero permesso di interrompere il senatore Alberti per chiedergli se aveva letto la legge; infatti volevo evidenziare che all'articolo 1, punto *b*) si dice che per quanto riguarda l'approntamento di posti letto bisogna operare con priorità per le opere di ristrutturazione e non si costruiscono nuovi posti letto laddove sono sufficienti ristrutturazioni secondo gli indici epidemiologici. Questo era già nell'ambito delle scelte compiute dal Governo, qui lo si dice con estrema chiarezza nella legge e questo mi pare rappresenti una misura di ulteriore garanzia per chi sarà al Ministero della sanità anche dopo il sottoscritto.

Sempre allo stesso comma si fa poi riferimento ad una graduale realizzazione di nuove costruzioni secondo le indicazioni del Comitato nazionale per la lotta contro l'AIDS, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni nonché le province autonome, e il Consiglio sanitario nazionale in relazione alle previsioni epidemiologiche conseguenti alle esigenze assistenziali. Non abbiamo scritto numeri, nè abbiamo detto di voler affrontare la situazione solo con la

costruzione di nuovi posti letto ma abbiamo messo una serie di vincoli e di barriere.

Bisogna avere un minimo di fiducia e di rispetto per la parte tecnico-scientifica perchè oggi esistono indici epidemiologici che ci fanno pensare che nel 1992 i malati saranno 15.000 tenuto conto della media di degenza di ciascun malato e che il periodo di degenza si allunga perchè le cure mediche determinano un allungamento della vita media dei malati. La previsione è stata formulata su questi concetti ma voglio ripetere, perchè sia ben chiaro, che questi 15.000 non sono vincolanti ma intendiamo rispettare fino in fondo la gradualità prevista dall'articolo 1, punto *b*) che invito tutti a leggere attentamente.

Se i vincoli che abbiamo posto non sono sufficientemente chiari posso formalmente confermare che quei 15.000 posti letto non valgono più per il Governo e se volete formulare una risoluzione la sottoscriverò. Quel numero è stato superato perchè l'azione programmata, concordata con la Commissione per la lotta contro l'AIDS, è stata formulata prima della legge che ha un effetto cogente.

IMBRIACO. Il piano è abbinato alla legge e allora nulla vieta che a questo punto emendiamo anche il piano.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Secondo il concetto della Camera, non so se al Senato sia lo stesso, l'azione programmata non può essere emendata ma una risoluzione può imporre al Governo di fare alcune cose. Allora si può scrivere in questa risoluzione che il numero di 15.000 posti letto non è condiviso dalla Commissione e va quindi escluso ogni riferimento.

Questa è l'interpretazione che abbiamo dato alla Camera e del resto il Governo non ha alcuna intenzione di assestarsi su dei numeri che possono essere rivisti anche nella speranza che l'andamento della malattia possa rallentare. Abbiamo posto una serie di vincoli attraverso il parere delle varie Commissioni e comitati, e una gradualità per la costruzione di nuovi posti letto: mi pare che più di questo non si possa fare. Se poi vogliamo scrivere un numero di posti letto di gran lunga inferiore a quello che potenzialmente potrebbe essere utile, allora andiamo a porre una chiusura che non è opportuno inserire visto che esiste l'azione programmata.

Così come alla Camera ho accettato una risoluzione, che ha risolto i problemi di una concessionaria, non ho problemi a inserire in una risoluzione un riferimento che dica che i 15.000 posti letto non hanno alcun valore, mentre avrà valore soltanto la procedura fissata dal punto *b*). Non ho alcuna difficoltà ad accettarlo. Tuttavia va tenuto conto, lo voglio dire per correttezza, che gli stessi infettivologi (anche coloro che hanno scritto una prima lettera, che poi hanno corretto) fanno riferimento al fatto che lo *standard* che era stato previsto prima dell'emergenza AIDS per posti letto di malattie infettive era di 12 posti letto per 100 mila abitanti (come indicato anche in un documento che è stato approvato all'unanimità dalla Società italiana di malattie infettive).

Dopo tale programmazione è intervenuta l'emergenza AIDS e la Commissione, sulla base di questa, ha ritenuto di aggiungere un'ulteriore quota al numero di posti letto previsto in precedenza. Anche coloro

che in un primo momento avevano scritto una lettera preoccupati di sentire il numero previsto hanno riconosciuto la necessità di aggiungere ulteriori posti letto per l'AIDS rapportati ai dati epidemiologici aggiornati.

Quindi, credo che da questo punto di vista si possa definitivamente superare il problema dei numeri e chiarirlo ulteriormente, al di là di quanto indicato, anche nell'ambito di una risoluzione.

Vorrei inoltre precisare che obiettivamente vi è una serie di importanti misure, pur facendo riferimento all'azione programmata e non ritornando quindi con provvedimenti di legge su iniziative di carattere amministrativo, che possono essere prese dal Ministero e che sono state già adottate con finanziamenti dei fondi vincolati, che abbiamo salvato per miracolo. È stato un tentativo compiuto con la stessa passione del presidente Zito per salvare fondi come quelli per l'assistenza geriatrica, l'assistenza materno-infantile, l'assistenza ai malati mentali, agli handicappati; fondi vincolati parzialmente salvati dall'utilizzazione degli altri residui per la copertura delle spese per il rinnovo delle convenzioni.

Peraltro, non sarebbe neanche sincero e chiaro il rapporto tra Parlamento e Governo se non si tenesse conto che sul piano della prevenzione è prevista una serie di misure importanti: i corsi di aggiornamento professionale, il potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti, il potenziamento dei servizi multizonali per le malattie a trasmissione sessuale, il potenziamento dei ruoli del personale dell'Istituto superiore di sanità ed il potenziamento dei laboratori, proprio per rispondere a quell'emergenza di cui parlerò e che è stata anche oggetto di una conferenza che si è tenuta ieri sul problema delle trasfusioni. Tutto ciò è stato previsto sia nell'ambito dell'azione programmata che a livello legislativo.

Quindi, le norme considerate necessarie per un intervento di carattere preventivo già ci sono, e bisogna tenerne conto. Come ha ricordato anche il senatore Condorelli, è stato compiuto un grande sforzo per creare il nuovo, non essendoci nel nostro paese una tradizione in questo settore. L'assistenza domiciliare ai malati di AIDS è in qualche modo già riconosciuta attraverso il rinnovo delle convenzioni, che prevede proprio questo tipo di assistenza ai malati; anche l'assistenza in residenze protette è stata già inserita come aspetto nuovo nell'ambito del rinnovo delle convenzioni. A nostro avviso, questo è già un dato importante.

In relazione a quanto è stato detto sulle residenze protette, vorrei precisare che lo Stato non può procedere direttamente alla loro costruzione perchè sarebbe impossibile gestirle. Comunque, abbiamo previsto la possibilità di stipulare convenzioni con comunità terapeutiche. Come sappiamo, questi malati possono ora trovare una forma di assistenza non di tipo sanitario ma sociale nell'ambito di queste comunità, molte delle quali si stanno attrezzando proprio per assicurare un livello di vita adeguato ai malati di AIDS respinti dalle proprie famiglie. Solo attraverso questo di tipo di convenzioni possiamo rispondere a tale emergenza e non attraverso la costruzione di apposite strutture, che comporterebbero costi enormi, problemi per la loro costruzione - come si creano per gli ospedali - e problemi ancora

maggiori di gestione. Ritengo quindi preferibile questa forma per quanto riguarda il livello intermedio di assistenza cui si fa riferimento, associata al potenziamento delle strutture di *day hospital*, come peraltro è previsto nella risoluzione approvata dalla Commissione affari sociali della Camera dei deputati, che al punto 8) specifica il seguente obiettivo: «attivare, per ristrutturazione dei posti letto esistenti e con costruzioni *ex novo*, la funzione di ospedale diurno all'interno delle unità operative ospedaliere di malattie infettive per un numero di posti letto pari al 20 per cento del fabbisogno di degenze ospedaliere». Quindi, questo punto è stato ulteriormente rafforzato nell'ambito della risoluzione.

Per quanto riguarda poi la preoccupazione espressa dal senatore Azzaretti in relazione alla determinazione da parte delle regioni della distribuzione e della localizzazione degli interventi di ristrutturazione edilizia e di edificazione di nuove strutture entro il termine di trenta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento, di cui all'articolo 2, non ritengo che tale norma debba essere modificata, proprio in relazione al riconoscimento dell'emergenza. È vero che oggi le regioni si trovano in un momento di transizione, quindi è difficile chiedere loro il rispetto di tempi molto stretti, ma se riconosciamo l'emergenza dobbiamo approvare questo provvedimento; se invece non la riconosciamo, non vi è allora nemmeno bisogno di utilizzare strumenti così immediati di intervento.

Le regioni - con poche eccezioni - hanno già effettuato la programmazione dei posti letto, quindi hanno già i dati necessari per operare. La programmazione dei posti letto della Commissione nazionale è stata fatta sulla base di ciò che ogni regione ha riferito, conoscendo l'andamento epidemiologico della malattia in ciascuna regione. Quindi, le regioni già sanno quanti sono i posti letto da ristrutturare e da costruire e già sanno dove farlo. Infatti, onorevoli colleghi, questi posti letto non saranno istituiti in reparti autonomi, isolati rispetto alle strutture ospedaliere esistenti ma laddove esistono già reparti di malattie infettive e tutti i servizi e divisioni di carattere specialistico che servono per la cura dell'AIDS, che - come sappiamo - necessita di pluricompetenze specialistiche.

Quindi, nessuno pensa di costruire nuovi ospedali in aree lontane dalla città, ad esempio, o dalle strutture dove già ci sono questi servizi: i nuovi posti letto devono essere inseriti nelle strutture ospedaliere già esistenti. Ad esempio, l'Ospedale «Cotugno» di Napoli ha bisogno di finanziamenti adeguati per la ristrutturazione dei posti letto esistenti: quattro reparti sono completamente chiusi da mesi, mentre i malati di AIDS sono ricoverati in corsie da 12 posti letto. È evidente che in questo caso non è necessario costruire nuove strutture ma bisogna procedere ad una ristrutturazione.

Sono comunque necessari strumenti centralizzati di intervento per garantire la tempestività nel rispetto di norme trasparenti. Nel nostro paese ci sono situazioni molto diverse; si pensi alla situazione dell'Italia meridionale: in Calabria, ad esempio, vi è un ospedale la cui costruzione fu iniziata negli anni '50.

Sempre in relazione all'articolo 2, vorrei ricordare che in un primo tempo la stesura fatta dall'allora ministro Donat-Cattin prevedeva che la

società concessionaria fosse individuata con decreto del Ministro; io invece, come Ministro della sanità, ho proposto il CIPE per questo, e sono state previste forme di trasparenza nell'ambito del principio della concessione.

Depositerò agli atti alcune osservazioni fatte in sede di Commissione lavori pubblici, che ha espresso parere negativo su tale norma, quando la normativa vigente in materia di concessioni prevede che il concessionario abbia la direzione dei lavori; poi il controllo viene eseguito dalla commissione di collaudo. Presenterò quindi questo come documento del Governo a chiarimento della posizione assunta dalla Commissione che ha espresso un parere contrario al riguardo, sulla base di valutazioni che non sono coerenti con le norme attuali. Questo articolo è stato riscritto completamente in sede di Commissione e il Governo si è attenuto alle indicazioni date. Quindi, risponderò molto chiaramente sulla non sussistenza di difficoltà nel mandare avanti il programma previsto, anche per quanto riguarda la costruzione dei posti letto, che però deve essere fatta entro 60 giorni, chiedendo alle regioni in carica di provvedere; anzi, a maggior ragione, più presto si fa e meglio è, perchè altrimenti, conoscendo l'andamento della costituzione delle Giunte, si corre il rischio di arrivare a dicembre dell'anno prossimo.

Pertanto, pur considerando le osservazioni espresse dal senatore Azzaretti, pregherei la Commissione, tenendo conto dell'urgenza, di non modificare questa parte del provvedimento.

Quanto poi al problema della prevenzione, vorrei far presente - ne abbiamo già parlato la volta scorsa - che è in atto una campagna di informazione che non è portata avanti solo da *spot* televisivi. Questi ultimi - e ringrazio la senatrice Zuffa per averlo detto - sono stati anticipati da critiche basate obiettivamente solo su delle ipotesi. Ho inviato la videocassetta anche all'onorevole Tina Anselmi, che aveva chiesto di vederla, e prima di mandare in onda lo *spot* ho avuto il suo parere favorevole, affinché non vi fossero sospetti sorti in alcune parti politiche.

Naturalmente, quando dobbiamo ricorrere agli *spot* non lo facciamo per scelta del nostro paese: in Inghilterra vengono trasmessi 48 *spot* al giorno da molti anni. Con questo mezzo colpiamo un bersaglio che è molto indistinto e per il quale vi è la difficoltà di intervenire, da una parte informando e dall'altra non discriminando, non allarmando. Si tratta di un lavoro molto delicato, per il quale abbiamo invitato la Commissione ad inserire persone che avessero esperienza nei confronti dei tossicodipendenti dal punto di vista della bioetica e della psichiatria. Abbiamo anche chiesto consulenze esterne a psicologi per cercare di avere una interpretazione più giusta possibile. Ci stiamo muovendo nella direzione di un documento della Camera per una informazione molto articolata. Stiamo predisponendo nelle scuole una serie di videocassette e una campagna mirata sui giovani e sui giornali che i giovani leggono maggiormente. Stiamo facendo campagne mirate per gli omosessuali, per i tossicodipendenti e stiamo cercando di far ricorso alle associazioni del volontariato come richiesto dalla Camera dei deputati.

Voglio ricordare che in tempi brevissimi è stato pubblicato il decreto di incentivazione per la costruzione e la commercializzazione

delle siringhe autobloccanti. È stato pubblicato dalla *Gazzetta Ufficiale* un decreto che è giunto comprensivo di firma in Lombardia in 48 ore. Tenuto conto della delicatezza della materia e della sensibilità necessaria, abbiamo dato delle scadenze per la presentazione dei presidi e per l'erogazione dei finanziamenti dal 30 maggio al 30 ottobre.

Non vedo come si possa dire che il Governo è rimasto fermo. Il Governo ha cercato di fare tutto quel che era possibile. Siamo intervenuti presso il Ministero di grazia e giustizia per quanto riguarda la trasmissione di videocassette nelle carceri. Il fatto che i colleghi della Camera abbiano voluto mantenere ciò che avevo previsto in qualità di semplice parlamentare e senza responsabilità di Governo, cioè il comitato di coordinamento a livello di Ministri, sta ad indicare che sono egualmente interessati il Ministro della pubblica istruzione, quello di grazia e giustizia e quello della difesa per permettere che le decisioni del Ministro non rimangano affidate alla rappresentanza di autorità amministrative, ma abbiano la possibilità di operare in maniera coerente.

Per quanto riguarda il problema del personale, mi rendo conto che la difficoltà di reperire personale esiste; però vi è, innanzitutto, la necessità di intervenire con le norme che siamo riusciti a predisporre, che accelerano i concorsi. In alcune parti del paese mancano gli infermieri, ma è anche vero che molto spesso non si fanno i concorsi e per questo motivo si cerca di semplificare la procedura e di intervenire in maniera più snella per il reperimento di personale specializzato in malattie infettive che permetta l'utilizzazione dei posti letto già esistenti. Anche in questo caso si prevedono i 60 giorni e io mi domando se non si possa pensare ad un'inchiesta parlamentare per capire da quanti anni certi concorsi sono stati attivati e non conclusi.

Ho fatto una dichiarazione pubblica e mi assumo tutte le responsabilità, come ho fatto sollevando alcune richieste di intervento della Magistratura, perchè so che presidenti di USL di aree metropolitane come quella di Napoli non fanno concorsi da anni per quanto riguarda i primari. Ci troviamo in una situazione di vasta disoccupazione di medici specializzati e in una situazione di carenza negli organici. Dove la disoccupazione medica è elevata, dobbiamo intervenire con un sistema forte e sono lieto che tutti siano d'accordo perchè, se non diciamo che dopo 60 giorni vi sarà l'intervento con poteri sostitutivi, non riusciamo a smuovere la situazione: purtroppo l'Italia è una nazione e non può essere sottoposta a norme legislative che variano da regime a regime. Dobbiamo chiedere così alle regioni del Nord, più organizzate, di sostenere uno sforzo maggiore fin quando non saremo in grado di normalizzare la situazione.

Per quanto riguarda gli infermieri, ha ragione il senatore Melotto quando afferma che con i contratti di diritto privato non si recupera molto, ma che comunque essi costituiscono un tentativo. Sono a conoscenza di casi di infermieri che hanno lasciato l'attività prima del tempo, ma che sarebbero disponibili a rientrare. Ripeto, si tratta di un tentativo. Voglio avvisare la Commissione che ho già inviato al Ministro del lavoro il decreto per l'utilizzazione del personale immigrato con diploma; spero che il Ministro del lavoro completi l'*iter* al più presto e stiamo aspettando dalle regioni i dati relativi ai fabbisogni. Sono

convinto che possiamo intervenire attuando quanto previsto nel contratto per la preparazione di questo personale, così come sarà fatto anche per il futuro e vedremo di trovare le forme necessarie per intervenire legislativamente, in maniera più complessiva.

Sono sorpreso che il Partito comunista non faccia in qualche modo riferimento allo sforzo contenuto nella legge. Le dichiarazioni che ho letto ieri non tengono conto del dibattito legislativo che si sta facendo. A questo punto dipende dal Senato, dalla celerità con cui approverà la legge, in che modo riusciremo a rispondere a tutte le questioni che ci vengono poste.

È stato oggetto di grande preoccupazione anche il problema dell'accertamento dell'infezione e abbiamo a disposizione una serie di documenti a livello internazionale che sono stati sottoscritti anche dall'Italia e che ci obbligano a comportamenti coerenti. C'è una risoluzione della Comunità europea che, a proposito dei principi di lotta comune contro l'AIDS e a proposito dell'uso dei *test* diagnostici, recita in modo molto chiaro e afferma che i *test* diagnostici appropriati devono essere ampiamente accessibili su base volontaria e devono essere riservati; e, qualora si rivelassero opportuni, sostiene che possono essere creati dispositivi supplementari per offrire agli individui la possibilità di sottoporsi ai *test* mantenendo l'anonimato e, se possibile, permettendo che tali esami vengano eseguiti gratuitamente.

Questi *test* rappresentano azioni individuali di prevenzione sempre associata all'informazione fornita da persone qualificate. Poi si dice che allo stato attuale delle conoscenze nessun motivo inerente alla sanità pubblica giustifica *test* anti AIDS sistematici e obbligatori per le persone senza informazione e senza l'assenso preliminare delle persone stesse sottoposte al *test*: questa prassi è inefficace in termini di prevenzione.

Questa è una risoluzione della Comunità europea che ho sottoscritto e che rappresenta l'indicazione di tutti i paesi della Comunità che, nel momento in cui abbiamo ripreso il dibattito alla Camera, abbiamo cercato di recepire in termini corretti.

A proposito dei libretti sanitari stiamo rivedendo la norma per limitarli al personale effettivamente e direttamente interessato. Questi libretti sono richiesti per molti che in realtà non ne hanno bisogno e rappresentano una procedura complessa, che rende anche difficile il funzionamento di esercizi pubblici commerciali. Stiamo rivedendo questa normativa con un decreto del Presidente della Repubblica che regola tutta la materia e attualmente attende il parere del Consiglio superiore della sanità.

Oggi non possiamo adottare una precauzione nei confronti della collettività ai fini di una conoscenza di sieropositività. Anzitutto perchè in Italia abbiamo tra i 250 mila e i 300 mila sieropositivi e, una volta scoperta questa circostanza, questi soggetti sono normali a tutti i livelli, tanto è vero che la risoluzione della Comunità europea dice in maniera esplicita che non si può fare alcuna discriminazione nè per quanto riguarda i posti di lavoro nè la frequenza delle scuole, nè l'esercizio di attività sportive perchè i sieropositivi a tutti i livelli hanno diritti come gli altri e non trasmettono la malattia tranne che sangue con sangue e attraverso attività sessuali.

PRESIDENTE. La preoccupazione che almeno c'è in me concerne le persone addette a particolari attività che possono mettere a repentaglio altri. Ad esempio nei piloti pare che l'AIDS possa dare conseguenze di tipo neurologico.

Siccome per ciò che riguarda la tossicodipendenza abbiamo introdotto una norma di questo tipo, la domanda è se, aderendo alle indicazioni della Comunità europea per quel che riguarda la collettività in genere, per determinate categorie di persone non sia possibile prevedere una disciplina diversa.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Voglio ricordare che il problema che solleva il Presidente per alcune fasce di operatori viene risolto con un continuo controllo. I piloti sono sottoposti ogni mese o ogni mese e mezzo a *test* molto rigorosi che individuano molto prima di ogni altro *test* di sieropositività se vi sono delle alterazioni di tipo psicofisico che in qualche modo interferiscono con la loro attività. Naturalmente queste alterazioni possono essere di qualsiasi natura.

Non possiamo garantirci nei confronti di operatori che lavorano nell'ambito di strutture alimentari perchè dovremmo compiere dei *test* ogni due o tre mesi mentre la legge prevede che si facciano ogni anno.

Venendo al problema delle trasfusioni, oggi siamo impossibilitati a garantire al cento per cento la loro sicurezza perchè esiste la cosiddetta «finestra» immunologica che impedisce certe verifiche. In Italia dobbiamo decidere ancora se deve essere il Ministero della sanità oppure la stampa, magari attraverso notizie allarmistiche, ad evidenziare questo aspetto. È un problema che mi sono posto perchè non sappiamo quello che può succedere: vale la pena dire che in termini generici ancora oggi vi sono trasfusioni che possono procurare l'AIDS oppure dobbiamo compiere un'azione diversa per ridurre il numero delle trasfusioni a quelle strettamente necessarie?

Secondo quelli che sono gli andamenti della malattia ci aspettiamo che in Italia ogni anno ci siano cinque-sei-sette casi di infezione procurata da trasfusione. In America questi casi sono sei-settecento l'anno perchè c'è una «finestra» immunologica che impedisce di evidenziare l'anticorpo dal momento in cui il contagio è avvenuto fino a un periodo che può andare da tre settimane a sei mesi. Con gli attuali sistemi non è possibile individuare l'antigene per cui mi hanno detto che i falsi positivi sarebbero tanti e anche se volessimo fare l'esame dell'antigene, oltre al problema del costo che sarebbe elevatissimo (ma di fronte a un problema come questo potremmo anche affrontarlo), non avremmo la garanzia di evitare falsi positivi.

Purtroppo in questa situazione dobbiamo prenderci questo rischio, dobbiamo intervenire anche sulle donazioni di sangue. Oggi il Ministero è attrezzatissimo in questo campo, lo voglio dire per tranquillità, ed è in grado di conoscere in maniera molto dettagliata quanti sono i donatori e quante sono le trasfusioni. Possiamo dirvi, per esempio, che nel 1989 ci sono state circa 1.405.000 donazioni e su tutte è stato effettuato un controllo. Sulla base di queste donazioni ci si aspetta un rischio di un caso su duemila donazioni, mentre negli Stati Uniti il rapporto è di uno a cinquecento. Tenuto conto del numero delle donazioni fatte è

evidente che il rischio esiste e non possiamo criminalizzare le strutture pubbliche perchè queste cose avvengono; purtroppo casi di infezione avverranno e dobbiamo decidere, come Parlamento, se il Ministero della sanità deve effettuare saltuariamente dei comunicati per informare di quello che è avvenuto, oppure riteniamo che questo possa essere pericoloso. Mi rimetto alla sensibilità di tutti i colleghi che operano nell'ambito delle strutture sanitarie evidenziando come questo problema potrebbe portare a un rigetto complessivo delle trasfusioni.

Esiste un dato, evidenziato in maniera particolare dall'onorevole Labriola e condiviso da tutti i parlamentari della Commissione affari costituzionali, sul diritto alla riservatezza: il diritto costituzionale da parte del soggetto a non essere sottoposto a determinate forme di indagini. In una prima fase addirittura era stata negata la possibilità al medico di effettuare il *test* in qualsiasi caso. Ho fatto l'esempio di un infortunato in stato di incoscienza e di un medico che deve effettuare la diagnosi e ha bisogno di effettuare questo *test*: cosa fa? Aspetta che questo signore diventi di nuovo cosciente? Qui si tratta dell'interesse del malato ed è chiaro che in seguito, quando quel determinato soggetto risconterà sulla cartella clinica che era stato effettuato quel *test*, potrà rivendicare il diritto ad un risarcimento di danno se questo *test* è stato fatto in violazione delle norme di legge.

Inizialmente era stato fatto divieto assoluto di effettuare un *test* senza il consenso del soggetto. E allora era sorto il problema di specificare per legge che per il medico non c'era responsabilità professionale se il malato o i parenti gli contestavano di non avere effettuato il *test*. Proprio in quel periodo c'era stato un caso anomalo di un intervento effettuato per un problema polmonare mentre si trattava, invece, di una sindrome da AIDS in un soggetto che non aveva voluto sottoporsi al *test* dell'AIDS.

Abbiamo adottato questa formula nell'interesse del malato per evitare che si vada al di là di una linea di frontiera, ma anche responsabilizzando il medico. Anche su questo devo dire che formulazioni migliori non siamo riusciti a vederle. Credo che il soggetto sia abbastanza garantito e nello stesso tempo lo sia anche la comunità.

Voglio aggiungere qualcosa a proposito della risoluzione che mi sembra debba essere tenuta in particolare considerazione. Alla Camera si è svolto un lavoro comune e mi pare che la risoluzione tenga conto di tutti i punti sollevati. Il senatore Condorelli ha ricordato la questione relativa ad alcune forme di assistenza diversa previste nella risoluzione e non nella legge. Se il senatore Azzaretti ritiene che vi siano ancora formule diverse di assistenza intermedia rispetto a quelle previste dalla legge, nulla vieta che, essendo l'azione programmata un provvedimento amministrativo, queste proposte vengano inserite nella risoluzione. Se poi questa risoluzione dovrà tornare alla Camera è una questione che si vedrà, ma l'aspetto può essere riguardato in questa ottica e sotto questo punto di vista abbiamo la massima disponibilità a concordare forme che non comportino una modifica legislativa, ma obblighino lo stesso il Governo al rispetto di talune indicazioni da inserire nella risoluzione stessa.

Spero di aver risposto alle varie osservazioni; nel caso non ci sia riuscito sono pronto a dare, nel corso della discussione degli

emendamenti e della votazione finale della legge, gli ulteriori chiarimenti. Sono convinto che questo disegno di legge, proprio alla luce della necessità di un potenziamento dei lavoratori e del personale necessario per svolgere queste indagini ai fini di una maggiore tutela e garanzia anche sotto il profilo delle trasfusioni, debba essere approvato al più presto.

Ringrazio il relatore per la sensibilità che ha avuto nel tener conto anche dell'urgenza che il Governo evidenzia per un'approvazione rapida di questo provvedimento che, tra parentesi, al Consiglio dei Ministri aveva proposto come decreto-legge, mentre il presidente Andreotti ha fatto notare come di fronte a una questione così urgente di natura tecnico-scientifica fosse inutile adottare un decreto-legge perchè si sarebbe riscontrata la solidarietà e la sensibilità di tutto il Parlamento. Il disegno di legge è abbastanza complicato e innovativo e la Camera per il suo esame ha richiesto un po' di tempo, ma rimane ferma la volontà di far presto. Oggi siamo arrivati quasi alla conclusione e mi auguro si possa procedere all'approvazione celere del provvedimento.

Se ci sono aspetti che vanno chiariti ancora sul piano dell'applicazione della legge mi impegno a recepire ordini del giorno, così come è stato fatto alla Camera, e naturalmente a rendermi garante dell'applicazione anche in considerazione della risoluzione già approvata che riguardava in particolare l'azione programmata.

PRESIDENTE. Poichè non si fanno osservazioni, il seguito della discussione del disegno di legge e della Petizione n. 118 è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 13,15.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare preposto all'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT SSA MARISA NUDDA