

# SENATO DELLA REPUBBLICA

— X LEGISLATURA —

## 12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

---

### INDAGINE CONOSCITIVA SULL'AIDS

9° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 8 GIUGNO 1988

---

**Presidenza del Presidente ZITO  
indi del Vice Presidente MELOTTO**

**INDICE****Audizione dei rappresentanti dell'Associazione ricreativa culturale italiana gay**

PRESIDENTE:		<i>DALL'ORTO</i> .....	Pag. 7, 11, 13 e <i>passim</i>
- MELOTTO (DC) .....	Pag. 16	<i>GRILLINI</i> .....	4, 14, 16
- ZITO (PSI) .....	3, 4, 9		
CONDORELLI (DC) .....	11		
MERIGGI (PCI) .....	9		
NATALI (PSI) .....	10		
ONGARO BASAGLIA (Sin Ind) .....	10, 13		
PERINA (DC) .....	15, 16		

**Audizione dei rappresentanti della Lega italiana per la lotta contro l'AIDS**

PRESIDENTE (MELOTTO - DC) .....	Pag. 17, 26, 30	<i>AGNOLETTO</i> .....	Pag. 18, 27
ALBERTI (Sin. Ind.) .....	22	<i>RAMINA</i> .....	17, 26
NATALI (PSI) .....	25	<i>TOMASSINI</i> .....	22
ONGARO BASAGLIA (Sin. Ind.) .....	23		
PERINA (DC) .....	24		
SIRTORI (Misto - Lista Verde) .....	24		

*Intervengono alla seduta, a norma dell'articolo 48 del Regolamento, il signor Franco Grillini, segretario nazionale della Associazione ricreativa culturale italiana gay, il signor Giovanni Dall'Orto, segretario dell'Associazione solidarietà AIDS nell'ambito dell'anzidetta Associazione ricreativa culturale italiana gay, il signor Giuseppe Ramina, presidente della Lega italiana per la lotta contro l'AIDS, il signor Vittorio Agnoletto, segretario nazionale della Lega e la signora Rita Tomassini, membro del Consiglio nazionale della Lega.*

*I lavori hanno inizio alle ore 11,55.*

### **Presidenza del Presidente ZITO**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sull'AIDS.

Sono oggi in programma le audizioni dei rappresentanti dell'Associazione ricreativa culturale italiana gay e dei rappresentanti della Lega italiana per la lotta contro l'AIDS.

Ricordo che, ai sensi dell'articolo 33, quarto comma, del Regolamento, è stato attivato l'impianto audiovisivo interno, con l'assenso del Presidente del Senato.

Se non si fanno osservazioni, verranno ascoltati innanzi tutto i rappresentanti dell'Associazione ricreativa culturale italiana gay.

Onorevoli senatori, prima di introdurre i nostri ospiti, volevo dar conto del sopralluogo effettuato da una delegazione della Commissione a Ginevra, anche se ho incaricato la segreteria della Commissione di predisporre una sorta di resoconto che verrà distribuito a tutti i colleghi.

La delegazione si è incontrata con il dottor Jonathan Mann, responsabile del programma globale di lotta contro l'AIDS, il quale ha esposto i dati relativi alla diffusione della epidemia in tutto il mondo, confermando quanto avevamo avuto modo di acquisire durante la nostra indagine conoscitiva. Il complesso dei casi ufficialmente registrato è di oltre 91.000 in 136 paesi e mi sembra che tale cifra - come risulta dai giornali di questi ultimi giorni - sia in aumento. Il dottor Mann ha fatto presente che il numero dei casi reali è superiore e che dovrebbe oscillare tra i 150.000 e i 200.000; tale malattia è concentrata soprattutto nelle Americhe - per il 75 per cento -, in particolar modo nell'area degli Stati Uniti, del Canada e dei Caraibi. Il numero dei sieropositivi oscillerebbe invece, secondo il dottor Mann, tra i 5 e i 100 milioni.

Per quanto riguarda la diffusione della malattia, il dottor Mann ha ipotizzato, confermando quanto abbiamo appreso durante la nostra indagine conoscitiva, che nei prossimi cinque anni dal 10 al 30 per cento dei sieropositivi si trasformeranno in casi di AIDS conclamato. Inoltre, ha

confermato le modalità con cui si contrae la malattia: tramite rapporti sessuali, per contatto di sangue e da madre in figlio.

Il dottor Mann ha anche illustrato l'attività della Organizzazione mondiale della sanità: stanno collaborando circa 120 paesi per la predisposizione di alcuni programmi nazionali di lotta contro l'AIDS, per l'introduzione di *standards* e per l'attività di ricerca.

La delegazione ha sollevato in quella occasione un problema molto importante: la possibilità di adottare misure di polizia sanitaria alle frontiere. Il dottor Mann ha escluso la possibilità di applicare tali misure per la loro impraticabilità: sarebbe molto difficoltoso, infatti, procedere al controllo della sieropositività di migliaia di persone. Invece, ha sottolineato l'importanza delle campagne di informazione e di educazione sanitaria e della diffusione dell'uso dei profilattici e delle siringhe monouso.

Onorevoli senatori, ci siamo trovati di fronte ad una persona (non so se questa mia impressione sia condivisa dai colleghi) non dico preoccupata ma consapevole della gravità del problema che l'Organizzazione mondiale della sanità ha di fronte. Il dottor Mann, in ordine alle possibili terapie, ha confermato che l'unica sostanza che finora si è dimostrata efficace è l'AZT, anche se con i noti effetti tossici.

La delegazione si è poi incontrata con il dottor Mahler, direttore generale uscente dell'OMS, che ha illustrato il programma generale dell'Organizzazione, esprimendo qualche preoccupazione per l'esplosione demografica che si registra in alcune aree e sottolineando la necessità di procedere ad una diffusa educazione sanitaria. Inoltre il dottor Mahler ha messo in evidenza l'importante contributo, anche in termini finanziari, fornito dall'Italia al programma globale dell'OMS di lotta contro l'AIDS ed ha anche risposto ad una domanda posta dalla delegazione, di cui riferisco in quanto è stata una degli oggetti principali della nostra visita. Il dottor Mahler ha affermato di non aver sottovalutato il problema dell'AIDS e di aver avuto la piena consapevolezza della gravità ed importanza di questo fenomeno. Pertanto, posso dire che infine le sue valutazioni non divergono sostanzialmente da quelle del dottor Mann. Dopo aver preso visione del materiale illustrativo di produzione dell'OMS, che si è rilevato molto interessante, la delegazione ha pregato il dottor Mahler di inviarlo alla Commissione.

Fatta questa premessa, possiamo riprendere l'indagine conoscitiva sospesa il 1° giugno.

#### **Audizione dei rappresentanti dell'Associazione ricreativa culturale italiana gay.**

*Vengono introdotti il signor Franco Grillini ed il signor Giovanni Dall'Orto.*

PRESIDENTE. Rivolgo al signor Franco Grillini e al signor Giovanni Dall'Orto un vivo ringraziamento per avere aderito alla richiesta di informazioni da noi avanzata.

Do senz'altro loro la parola per una esposizione introduttiva sull'argomento dell'indagine.

*GRILLINI.* Signor Presidente, onorevoli senatori, debbo innanzi tutto premettere che abbiamo portato del materiale illustrativo, per dar conto alla Commissione del lavoro e dell'attività che l'Arci-gay ha svolto fino ad oggi dal 1983 nell'ambito della popolazione omosessuale italiana. La nostra attività è iniziata nel 1983 con il circolo culturale Mario Mieli, quando l'Istituto superiore di sanità firmò una convenzione per la ricerca sull'AIDS sulla popolazione omosessuale. Il circolo Mario Mieli è stato il primo gruppo che in Italia ha collaborato con le istituzioni pubbliche, contributo che gli è stato riconosciuto unanimemente a Roma.

Negli anni successivi la nostra attività si è estesa su tutto il territorio nazionale e possiamo dire che le prime in Europa ad impegnarsi su questo problema sono state le organizzazioni omosessuali.

Nel 1984 è stato concluso a Bologna un accordo con gli ospedali, in particolare con i reparti di malattie infettive, simile a quello del 1983, per favorire uno *screening* di massa fra la popolazione omosessuale, che ha avuto una influenza internazionale. Abbiamo svolto la stessa attività al Nord; in particolare a Milano abbiamo predisposto materiale informativo sull'AIDS e l'abbiamo distribuito a tutta la popolazione omosessuale.

Onorevoli senatori, come voi sapete, le città che registrano il maggior numero di malati di AIDS sono Milano, Roma e Bologna. Nel 1985, insieme al gruppo Abele, diretto da don Luigi Ciotti, abbiamo redatto un libro sull'AIDS (curato oltre che da me anche da Giovanni Dall'Orto) che per ben due anni è stato l'unico testo a disposizione di chi si è interessato di questo argomento (libro che tra l'altro è arrivato alla quarta edizione).

Il lavoro che abbiamo svolto fino ad oggi è stato intensissimo; solamente pochissime strutture pubbliche hanno posto a disposizione dell'organizzazione omosessuale risorse e facilitazioni e quando l'hanno fatto erano, in realtà, in misura assolutamente irrilevante. Fin dal 1984 abbiamo realizzato un servizio telefonico con 25 operatori telefonici che rispondevano alle domande di migliaia di persone, dando la possibilità alla popolazione omosessuale di informarsi su tutti gli aspetti di questa malattia, garantendo tra l'altro l'anonimato. Per la realizzazione di questo servizio telefonico, abbiamo dovuto far seguire dei corsi di autoformazione agli operatori telefonici. Inoltre abbiamo predisposto una quantità enorme di materiale informativo sull'AIDS (parte del quale consegneremo alla Presidenza della Commissione) e l'abbiamo distribuito tra la popolazione omosessuale; tra l'altro, «Babilonia» è stato il primo giornale ad aver distribuito gratuitamente - a marzo 1987 - il profilattico alla popolazione omosessuale.

Inoltre, abbiamo costituito gruppi di autoaiuto soprattutto nelle principali città. A Roma abbiamo organizzato addirittura una specie di servizio sanitario, riconosciuto tra l'altro dalla regione Lazio; i medici hanno effettuato centinaia e centinaia di prelievi e la situazione è stata seguita direttamente dal gruppo romano.

A Bologna - come dicevo - abbiamo raggiunto un accordo con gli ospedali. A Milano, attraverso l'Associazione Solidarietà AIDS, è stato possibile seguire direttamente diverse centinaia di omosessuali e le loro problematiche.

Inoltre abbiamo sperimentato una campagna di vera e propria educazione sanitaria tra la popolazione omosessuale per indurre quest'ultima a mutare profondamente comportamenti e sistemi di vita che sono alla base della diffusione del contagio.

Questo lavoro di educazione sanitaria si è basato sia su quanto dicevo prima sia, in alcune città, a livello anche sperimentale, sulla distribuzione gratuita del profilattico, a molte migliaia di persone.

Su questo, non siamo tra coloro che sostengono che occorra distribuire gratuitamente il profilattico tra la popolazione generale, ma riteniamo che sia necessario farlo almeno per qualche anno nelle principali situazioni a rischio. Vorrei sottolineare che usiamo il termine «situazioni» e non «gruppi» a rischio, per evitare - e appunto su questo vi è stata una polemica con il Ministro - che intere categorie di persone, per il solo fatto di appartenere ad una cosiddetta categoria a rischio, vengano in qualche modo emarginate. In alcune situazioni a rischio, in cui è sicuro un alto livello di promiscuità sessuale, andrebbe per qualche tempo, forse addirittura per qualche anno, effettuata una distribuzione gratuita del profilattico.

L'esperimento che abbiamo fatto a Bologna nel 1987 distribuendo gratuitamente il profilattico tra la popolazione omosessuale maschile nelle situazioni di alta promiscuità ha dato un risultato sorprendente: la relazione del centro studi dell'Ospedale S. Orsola di Bologna ha rilevato un crollo della sieropositività che è scesa dal 15 per cento del 1986 al 4 per cento del 1987, proprio in coincidenza con l'iniziativa da noi adottata.

A settembre abbiamo presentato alla commissione - di cui era vicepresidente allora il professor Beretta-Anguissola - un progetto dettagliato per la prevenzione dell'AIDS per la popolazione omosessuale maschile italiana, e soltanto «maschile», perchè quella femminile è il gruppo che a livello nazionale ed internazionale risulta in assoluto il meno colpito, meno addirittura degli eterosessuali; infatti, per quanto riguarda le donne omosessuali, non si conoscono casi di sieropositività nel mondo. Il complesso progetto che abbiamo presentato (con una previsione di spesa annua di un miliardo e 800 milioni di lire), è stato valutato positivamente dalla commissione e dallo stesso professor Beretta-Anguissola; tuttavia, su questo non abbiamo avuto finora alcun riscontro, nemmeno per quanto riguarda il progetto di inchiesta nazionale sulla condizione e sul comportamento omosessuale, che pure la commissione si era dichiarata disposta a finanziare.

Da questo punto di vista, dobbiamo rilevare che i nostri rapporti con gli enti locali, ma in particolare con lo Stato, sono stati, se non impossibili, certamente assai difficili. È questa una situazione che non ha paragoni nel resto del mondo occidentale. Infatti, in tutti i paesi occidentali, come Germania, Francia, Olanda, Danimarca, Svezia, Norvegia e gli stessi Stati Uniti, le attività delle organizzazioni degli omosessuali sono strettamente connesse con il lavoro dell'ente pubblico; in questi paesi lo Stato finanzia cospicuamente le iniziative del gruppo di volontariato omosessuale. In Germania, ad esempio, l'organizzazione che ha fatto il manifesto che abbiamo ripreso e pubblicato in Italia, e che è affisso nei luoghi frequentati dagli omosessuali - e questo è solo uno dei tantissimi manifesti fatti dall'organizzazione - riceve due miliardi e mezzo l'anno di finanziamento da parte dello Stato e altrettanto dagli enti locali; peraltro, anche personale statale (40 unità circa) è distaccato per lavorare insieme a questa organizzazione a tempo pieno.

Non mi dilungherò ora sull'intervento degli altri paesi europei in questo ambito - potrò farlo dopo rispondendo ad eventuali domande specifiche al riguardo - ma non vi è dubbio che il lavoro di organizzazioni come la nostra

in Europa si è intrecciato con quello dello Stato, il che in Italia per ora è assolutamente impossibile; non siamo ancora riusciti ad avere un incontro con il Ministro, al quale vorremmo presentare questo nostro progetto di lavoro a livello nazionale. Abbiamo chiesto di essere messi nelle condizioni di poter continuare questo nostro lavoro, che - ripeto - è di carattere volontario e che, a nostro avviso, è l'unico efficace per arrestare la diffusione dell'AIDS nella popolazione omosessuale maschile.

Il risultato del lavoro che abbiamo svolto è sotto gli occhi di tutti. Nel nostro paese la popolazione omosessuale maschile è colpita meno che altrove, e a ciò abbiamo contribuito in modo determinante. L'Italia è pressochè l'unico caso nel mondo occidentale in cui gli omosessuali non costituiscono il principale gruppo a rischio. Ciò non significa, come si dice da più parti, più o meno esplicitamente, che non bisogna portare avanti la campagna di prevenzione tra gli omosessuali essendo questi meno colpiti che altrove; anzi, sosteniamo il contrario: questa campagna di educazione deve essere continuata.

Chiunque sia a conoscenza dei meccanismi che stanno alla base di qualunque campagna di educazione sa benissimo che l'invito a mutare i comportamenti deve essere fatto di messaggi reiterati, costanti nel tempo, perlomeno finchè il problema non è superato, altrimenti rischia di perdere efficacia nel volgere di poco tempo. Da questo punto di vista, siamo molto preoccupati per la campagna di informazione che il Ministero ha preannunciato. Già non siamo d'accordo sullo *slogan* che è stato deciso: «Se lo conosci, non ti uccide». A nostro avviso, questo è sbagliato perchè è terrorizzante: qualunque messaggio pubblicitario per avere efficacia deve essere in positivo; certamente deve fare presente il rischio, ma deve sollecitare comportamenti in positivo. Quindi, non so se su questo terreno sarà possibile tornare indietro, ma siamo molto preoccupati per la campagna indifferenziata che verrà fatta sulla popolazione in generale.

Sembra che a luglio verranno spesi 20 miliardi per la campagna di informazione radiotelevisiva (sia sulle reti statali che private). Ma, a nostro avviso, una campagna indifferenziata non può che allarmare la popolazione e rendere ancora più difficile la condizione dei cosiddetti gruppi a rischio.

Vorrei concludere informando la Commissione di quanto abbiamo saputo ieri, cioè che non verrà spesa una lira per la popolazione omosessuale maschile. Questa dichiarazione è stata fatta dalla ditta che ha vinto l'appalto per la campagna di informazione tra i vari gruppi a rischio, che quindi dovrebbe riguardare anche la popolazione omosessuale. Nel corso di una trasmissione radiofonica (Rai Stereo 2), tale ditta ha affermato che farà la campagna solo per i tossicodipendenti perchè i soldi a disposizione sono a malapena sufficienti per questo. Quindi, avremo una campagna indifferenziata che salta completamente l'informazione tra la popolazione omosessuale, per cui gli unici a fare un lavoro di informazione e di propaganda saranno ancora i gruppi omosessuali stessi.

Ciò che chiediamo a questa Commissione è di intervenire presso il Ministero dalla sanità perchè in Italia sia possibile fare quello che è stato possibile in tutti gli altri paesi europei.

*DALL'ORTO.* Io vorrei dire solo due cose. Il Centro di solidarietà di Milano è stato fondato dall'Arci-gay, ma ha scelto di non utilizzare il nome Arci-gay perchè aveva fin dall'inizio finalità più ampie di quelle relative

esclusivamente alla popolazione omosessuale. Noi esistiamo dal 1985, attualmente l'utenza è composta per il 75 per cento da eterosessuali; abbiamo gestito una delle prime linee telefoniche di informazione in Italia, e continuiamo a ricevere, nonostante l'esistenza di altri centri, una ventina di telefonate al giorno. Inoltre, abbiamo organizzato gruppi per assistenza psicologica ai sieropositivi, uno dei quali è in particolare rivolto alle donne. Abbiamo prodotto un video che distribuiamo nei locali in cui si propaga il sesso sicuro. Abbiamo fatto due corsi di sesso sicuro, perchè non è sufficiente dire che bisogna cambiare e diminuire la promiscuità, ma insegnare alla gente uno stile di vita diverso.

A Milano siamo arrivati al terzo corso di sesso sicuro che si rivolge specificamente alla popolazione omosessuale.

Assieme al comune di Milano stiamo facendo un corso su «Gay e malattie a trasmissione sessuale». Ho accennato a tutte queste attività per dare l'idea di che cosa può fare un piccolo gruppo di volontariato con dei fondi ridicoli - abbiamo seicento milioni di lire dalla regione Lombardia dopo 2 anni di attività -: si può intervenire capillarmente in situazioni in cui le istituzioni, per ovvi motivi di impacci burocratici - poichè c'è una burocrazia da rispettare e non si può inventare da un giorno all'altro un'iniziativa -, non possono intervenire tempestivamente.

Le iniziative di volontariato hanno la possibilità di arrivare laddove lo Stato non riesce a giungere con una certa sollecitudine.

In questo caso mi sembra che da parte dello Stato italiano manchi la volontà di intervenire, forse nell'illusione che il *virus* dell'AIDS si fermi davanti a degli steccati.

A Milano noi siamo particolarmente preoccupati perchè la trasmissione del *virus* dell'AIDS non è più confinata tra le popolazioni cosiddette a rischio. A mio avviso, le campagne dirette a tappeto sull'intera popolazione non servono assolutamente a nulla. La regione Lombardia ha fatto una campagna il cui *slogan* era: «AIDS, impariamo a conoscerlo», una campagna che non ha modificato alcun comportamento, cosa che invece rappresenta la nostra preoccupazione principale.

Noi abbiamo diverse donne che vengono nei nostri gruppi, le quali hanno contratto l'infezione attraverso normali rapporti eterosessuali, attraverso storie d'amore che potremmo definire bellissime.

Abbiamo casi di ragazzi che hanno smesso di «bucarsi» da almeno cinque anni e che, per scrupolo, prima del matrimonio hanno fatto il *test* e sono risultati sieropositivi. Inoltre, abbiamo il caso di coppie sposate sieropositive. A Milano ci troviamo già di fronte ad una trasmissione eterosessuale del *virus* dell'AIDS che è imponente, del tutto trascurata e del tutto nascosta. Nelle statistiche viene nascosta sotto la voce «contatti», e di fronte ad una situazione di questo genere ancora non abbiamo visto una volontà di intervenire alla radice e dire alla gente che bisogna modificare i comportamenti sessuali. Queste cose bisogna dirle in modo esplicito e non solo affermando che bisogna imparare a conoscere l'AIDS. Ormai tutti sanno cosa è l'AIDS! Bisogna dire: ragazza, quando incontri un ragazzo in discoteca, anche se è il più bravo del mondo, l'uso del profilattico è per te vitale.

Questo è quanto cerchiamo di fare noi, e troviamo enormi difficoltà a farlo recepire alle autorità sanitarie, dal momento che l'urgenza, specialmente per noi che ci troviamo in Lombardia dove si concentra la metà dei casi di

AIDS di tutta Italia – ci troviamo tre anni avanti rispetto al resto del paese per quanto riguarda il diffondersi di questa epidemia –, è fortissima. Bisogna insegnare subito alla gente a modificare i propri comportamenti sessuali, non solo per quanto riguarda gli omosessuali – anche se è il caso sul quale continueremo certamente a batterci in modo particolare –, ma anche per quel che concerne i comportamenti della popolazione eterosessuale in generale. Non è sufficiente un invito a conoscere l'AIDS, ma c'è bisogno di far conoscere in concreto agli adolescenti, ai ragazzi, alle persone che hanno per vari motivi una condotta sessuale non solo monogamica, a modificare i comportamenti a rischio. Vi assicuro che, in tre anni che ho risposto al centralino telefonico, ho sentito moltissimi casi drammatici in famiglie normali, con coniugi sposati da 10 o 20 anni, dovuti ad occasionali rapporti sessuali dell'uomo con una prostituta.

Quindi, o si insegna alla gente a modificare i propri costumi e ad imparare che determinati comportamenti – come ad esempio l'uso del profilattico – oggi sono assolutamente necessari ed indispensabili, oppure fra tre, quattro o cinque anni ci troveremo di fronte alla più grande epidemia a trasmissione eterosessuale dell'AIDS del mondo occidentale.

Oggi in Italia il 75 per cento dei casi di AIDS – lo ripeto – non è a trasmissione omosessuale.

Oggi come oggi, la nostra Associazione rappresenta una minoranza che però grida molto forte in quanto è stata la prima ad essere investita da questo problema.

PRESIDENTE. Ringrazio i signori Franco Grillini e Giovanni Dall'Orto per la loro esposizione.

I senatori che intendono porre quesiti hanno facoltà di parlare.

MERIGGI. Io mi sono ormai convinto, in particolare seguendo l'indagine che stiamo svolgendo in questa Commissione, di un fatto, e cioè che, non esistendo alcuna garanzia di scoprire un farmaco o un vaccino a breve scadenza, l'unica strada su cui indirizzare con forza la lotta contro l'AIDS, sia quella della prevenzione non solo attraverso l'educazione sessuale, ma anche l'educazione sanitaria in generale, che ci permetta di incidere, come anche voi avete sostenuto, sui comportamenti sessuali.

Se questo fatto ha un fondamento reale – e credo che l'abbia – io vi rivolgo la seguente domanda: in base alla vostra esperienza, che possiamo definire varia e completa, nel senso che avete iniziato nel 1983 ad occuparvi del problema e sono già parecchi anni che siete impegnati in questo settore, come pensate si possa raggiungere in modo corretto ed efficace ciò che il signor Grillini chiama le situazioni a rischio?

Voi dite che un'informazione generalizzata e generica è utile, ma non incide concretamente. Allora, quale forma pratica è più efficace per poter raggiungere questi gruppi?

Pensate forse ad un rapporto diretto tra i vari organismi pubblici – dal Ministero fino alle USL –? Pensate che un rapporto molto stretto tra questa struttura e le varie organizzazioni sia una forma corretta? Oppure, quale forma voi pensate si possa indicare, proprio a livello pratico, per raggiungere l'obiettivo che voi ritenete più adeguato, e cioè un'informazione finalizzata per le situazioni a rischio?

**Presidenza del Vice Presidente MELOTTO**

NATALI. Ho visto alcuni *dépliants* che sono anche buoni, però, a mio avviso, hanno una diffusione prima di tutto limitata e poi, come per tutte le cose che giungono alle famiglie, un quoziente di attenzione piuttosto basso. Noi siamo convinti dell'importanza del fenomeno, ma soprattutto della sua drammaticità. Poc'anzi sono state fornite alcune informazioni raggelanti rispetto alla geometricità di questa malattia e alla sua potenzialità endemica; io credo che l'unico mezzo potente di informazione e di cautela sia la televisione. Quest'ultima va utilizzata nella lotta contro l'AIDS come il primo degli strumenti utili ed indispensabili. Soltanto in questo modo si può avere un qualche effetto positivo, naturalmente non dalla mezzanotte in poi come succede spesso, ma tra un telegiornale ed un film. Bisogna che la televisione di Stato, ma anche quelle private siano sensibilizzate verso questo argomento che da un po' di tempo a questa parte richiede una priorità assoluta. Non credo che la Commissione igiene e sanità non possa chiedere, occupandosi anche della prevenzione oltre che della cura, al Governo di utilizzare la televisione per una campagna anti AIDS. Sappiamo benissimo quanto conta la televisione rispetto ai giornali, e non per niente uno *spot* televisivo costa molto di più di ogni altra forma di pubblicità. Inoltre, il numero di spettatori che la televisione coinvolge è superiore a qualsiasi altro mezzo di diffusione di notizie.

Per questi motivi, la Commissione deve chiedere direttamente al Governo che la campagna di propaganda anti AIDS si svolga soprattutto attraverso la televisione, dove dovranno essere pubblicizzati i preservativi ricorrendo anche ad esempi drammatici. La gente si occupa di questi problemi soltanto quando comincia ad avere paura; allora adotterà le precauzioni necessarie e sarà prudente soltanto nel momento in cui gli verrà comunicato onestamente e chiaramente quello che sta succedendo e che cosa bisogna fare per evitare il contagio.

ONGARO BASAGLIA. Signor Presidente, nell'affrontare il problema della pubblicità è necessario riflettere anche sulla qualità delle campagne informative. Nella precedente audizione con il dottor Beretta Anguissola (e in un mio incontro con un rappresentante del gruppo degli omosessuali) ci è stato confermato che il numero dei malati di AIDS non è aumentato nel gruppo degli omosessuali. Ciò significa che se si ricorre all'autoregolamentazione c'è la possibilità di controllare, prevenire e circoscrivere il fenomeno. Allora devo chiedere ai nostri ospiti (e ciò è molto importante per una appropriata impostazione delle campagne informative) se non ritengano opportuna una campagna che sottolinei l'importanza della autoconsapevolezza e dell'autoregolamentazione come garanzia per la salute non soltanto del singolo individuo ma di tutti. Pertanto, credo che la campagna di informazione e di educazione sanitaria dovrebbe essere molto precisa.

Infine devo chiedere ai nostri ospiti, come gruppo omosessuale o che agisce in questo ambito, quali problemi particolari si pongano per gli omosessuali tossicodipendenti e quali mezzi specifici intendano adottare per raggiungere questa categoria. Infatti credo che sia difficile diffondere

nell'ambito dei tossicodipendenti il concetto di autoconsapevolezza e di auto-regolamentazione.

CONDORELLI. Signor Presidente, intervengo brevemente per affrontare alcuni aspetti. Innanzi tutto, per quanto riguarda la cruenza del messaggio informativo, in quasi tutti i paesi, come in Inghilterra, sono state registrate polemiche su questo problema. Personalmente sono d'accordo con il senatore Natali: le campagne informative non devono essere rassicuranti ma devono destare in chi le ascolta preoccupazione e perplessità. Solamente così si può incidere sul comportamento sessuale e si può prevenire questa malattia.

Inoltre, volevo chiedere ai nostri ospiti, premessa l'importanza di una campagna informativa tra gli omosessuali, come pensano di poter raggiungere gli omosessuali non apertamente dichiarati. Non bisogna limitare questa campagna alle associazioni omosessuali ma bisogna estenderla ed è in questo quadro che assume molta importanza lo strumento della televisione. Le campagne informative devono poter arrivare a tutta la popolazione, in modo massiccio e senza differenziazione alcuna. Quindi, non ha senso lamentarsi che un'associazione viene trascurata. È positivo il fatto che le organizzazioni omosessuali svolgano una azione di volontariato ma il vero problema che abbiamo di fronte è la difficoltà di richiamare l'attenzione sul rischio del contagio in tutta la popolazione omosessuale, anche quella che non si dichiara tale apertamente.

DALL'ORTO. Signor Presidente, per quanto riguarda la prima domanda sulla collaborazione tra Stato ed associazioni omosessuali, abbiamo portato con noi del materiale illustrativo per fare vedere alla Commissione, quale esempio concreto, l'attività che abbiamo svolto in passato. Siamo andati nei «luoghi del vizio» – come qualcuno li definirebbe – per distribuire i volantini che indicano i comportamenti sessuali pericolosi. Dalla mezzanotte alle due di mattina ci siamo recati in parchi e discoteche per distribuire il nostro materiale informativo e video-cassette con gli *spot* di educazione sanitaria (come abbiamo fatto a Milano nei bar frequentati da omosessuali). Abbiamo anche distribuito preservativi con la nostra rivista, portando avanti un discorso capillare.

Ho voluto richiamare tutta la nostra attività per sottolineare che con essa (e rispondo alla domanda del senatore Condorelli) noi volevamo raggiungere quel pubblico di omosessuali non altrimenti contattabile. Mi riferisco in particolare a quegli omosessuali che non si sono dichiarati apertamente tali, sposati e con figli, che se fossero contagiati trasmetterebbero il virus all'intero nucleo familiare. Comunque, noi non vogliamo attuare delle discriminazioni alla rovescia: ciò che ci interessa è la prevenzione. Quindi, attraverso le organizzazioni di omosessuali, le autorità potrebbero raggiungere un pubblico non altrimenti contattabile con i normali mezzi di comunicazione.

Noi siamo disponibili e ci siamo offerti tante volte ad andare in giro la notte (come abbiamo fatto) per distribuire volantini, per fermarci a discutere e a parlare con la gente, per svolgere una attività che un normale operatore sanitario non farebbe mai. Per questi motivi l'utilizzo delle organizzazioni omosessuali è indispensabile e non se ne può fare assolutamente a meno; è indispensabile anche perchè bisogna utilizzare un linguaggio adatto ai gruppi

ai quali ci si rivolge. Sappiamo tutti benissimo che la sessualità è un argomento delicato che coinvolge la pubblica decenza. Non posso andare in una scuola superiore e parlare di sessualità con gli stessi termini che uso con un omosessuale adulto; davanti ad una ragazzina di 16 anni non posso dire che «il rapporto anale fatto in un certo modo è pericoloso per cui va evitato». È evidente che con questa ragazzina dovrò adottare un certo tipo di linguaggio (sul quale si commisura la televisione), un linguaggio assolutamente inefficace, all'acqua di rose, troppo vago ed ambiguo per un altro tipo di persona che ha ben altri problemi per la testa. Quindi, è vero che il più comprende il meno, ma non necessariamente in questo modo si riesce a far recepire il messaggio informativo a questa categoria di persone, messaggio che tra l'altro non deve essere di paura.

Onorevoli senatori, è da diversi anni che chiediamo che la RAI-TV predisponga degli *spot* informativi (e non è colpa nostra se non sono stati ancora fatti), però non sono del parere che debbano essere degli *spot* di paura. Questa convinzione deriva dalla mia esperienza: ho passato due anni a contatto con la gente che utilizzava il nostro servizio telefonico e mi sono reso conto che la paura è efficace fino a quando permane nell'individuo. Quando la paura passa, uno ritorna a comportarsi come prima. Quindi, la risposta all'insorgere del fenomeno AIDS deve essere razionale, meditata e non emotiva. Come ho già detto, tutto ciò l'abbiamo potuto constatare anche dal nostro servizio telefonico: quando la stampa affronta il fenomeno AIDS con allarme le telefonate aumentano; quando la stampa smette di parlarne, diminuiscono notevolmente. Cosa significa agire sull'emotività? Che la gente continua a fare le cose a rischio e, dopo averle fatte, si spaventa. Quindi, dobbiamo fare appello ai sentimenti razionali.

La famosa campagna inglese, alla quale ci si richiama, ad un certo punto è stata fermata, perchè ci si è resi conto che in pratica non dava alcun risultato: alla paura, anche se si mantiene ad un livello elevato, la gente arriva ad assuefarsi. Tutti sanno, ad esempio, che il fumo causa il cancro, quindi può portare alla morte; questo fa paura, ma la gente non ci pensa. Dire: «il tabacco uccide» non è servito mai a convincere la gente; si deve invece agire a livello razionale e non emotivo. Se si dice: «fumando ti ammazzerei», si risponde: «ma non sarà questa sigaretta ad uccidermi». Dobbiamo capire che anche dal punto di vista sessuale - scusate la crudezza del mio linguaggio - la gente ragiona nello stesso modo: «non sarà questo rapporto sessuale che mi ucciderà; non sarà una volta in più». Invece non è così perchè il virus non conta una volta in più o una volta in meno.

Un messaggio, quindi, deve essere assolutamente razionale e differenziale a seconda delle fasce sociali. Non posso fare lo stesso discorso ad una ragazzina di 16 anni e ad un omosessuale. Quindi non si può fare una campagna indifferenziata. L'omosessuale, in certi casi - se vogliamo estremi, che però esistono - abbisogna anche di una rieducazione sessuale. Se stiamo portando avanti questo tipo di corsi di rieducazione sessuale, di sesso sicuro ai quali non può accedere chiunque (perchè bisogna parlare di argomenti scabrosi) è perchè ci rendiamo conto che non tutto può essere discusso in pubblico; alcuni argomenti debbono essere trattati in privato perchè, se affrontati in maniera troppo esplicita, offenderebbero, ad esempio il comune senso del pudore.

Quanto al discorso della senatrice Ongaro Basaglia sulla tossicodipendenza e l'omosessualità, direi che gli ambiti sono abbastanza diversi. Infatti,

abbiamo sperimentato come il tossicodipendente sia una persona con problematiche e modi di ragionare completamente diversi, quindi non è pensabile una campagna che, mescolando gruppi a rischio, parli insieme di tossicodipendenti e di omosessuali. Il tossicodipendente molto spesso non ha quel senso di responsabilità su cui si può far conto nel caso di un omosessuale o di un eterosessuale. Non dimentichiamo che alla base di un atto sessuale vi è spesso – e vorremmo che vi fosse sempre – un atto di amore e quindi la capacità di non distruggere l'altro; nella tossicodipendenza sono presenti invece dinamiche distruttive, che non sempre riescono ad essere controllate.

ONGARO BASAGLIA. La mia domanda riguardava gli omosessuali tossicodipendenti.

DALL'ORTO. Comunque, vi è un errore di base, cioè quello di voler convincere la persona che sa di essere sieropositiva a non contagiare il *partner*. Secondo me, invece, la difesa deve essere passiva, nel senso che chiunque ha rapporti sessuali con sieropositivi (e vi possono essere casi in cui non lo sa) deve adottare quelle precauzioni che gli impediscono di contagiarsi. E questo a mio avviso – e lo ripeto perchè è un grido di allarme che è stato lanciato da due anni, ma che non viene raccolto – è un problema estremamente urgente ed allarmante nel caso delle ragazze. Ad esempio, le ragazzine di 16 anni vanno in discoteca e hanno magari rapporti con un ragazzo che, anche se non è propriamente tossicodipendente perchè si fa il «buco» solo il sabato sera (quindi non è dipendente dall'eroina, potendone fare a meno per sei giorni la settimana), se ha scambiato gli aghi, può benissimo essere già contagiato, e quindi può contagiare la ragazza. Pertanto, più che a convincere lui, miro a convincere lei; cioè, miro ad una difesa passiva.

Chi ha un rapporto sessuale con uno sconosciuto deve quindi imparare ad esigere quelle difese che garantiscono la sua incolumità nel caso in cui il *partner* sia sieropositivo.

Ripeto, a Milano, la nostra esperienza concreta ha dimostrato che persone che da cinque anni non facevano uso di alcuna sostanza stupefacente, che si sono ricostruite una vita, che dovevano sposarsi, si sono sottoposte al *test* per l'AIDS per prudenza e sono risultate sieropositive.

Noi siamo qui per parlare dei problemi degli omosessuali, però proprio il nostro osservatorio privilegiato ci ha permesso di constatare che il problema oggi tocca nello stesso modo ormai anche una vasta parte della popolazione eterosessuale. Quindi, questi metodi che vogliamo utilizzare, che per alcuni sono troppo d'avanguardia, troppo scabrosi, rischiano invece, se presi con troppo ritardo, di essere di retroguardia persino per la popolazione generale. Per cui la mia richiesta è che si tenga conto delle specificità delle situazioni.

Vi sono certamente fasce al massimo rischio come gli omosessuali, che, con il 5 per cento della popolazione, rappresentano il 25 per cento dei casi di AIDS, quindi sono «soprarappresentati» di 5 volte; i tossicodipendenti, senza dubbio, ma non dimentichiamo tutta quella fascia di adolescenti che attraversano una fase di sperimentazione sessuale prima del matrimonio, e credo che anche chi è un acceso difensore della famiglia sostenga che non è

moralmente eccepibile. Anche questi ragazzi quindi sono ad altissimo rischio in questo momento.

Individuo pertanto alcune priorità anche nelle campagne informative televisive per quanto riguarda gli omosessuali, i tossicodipendenti e i giovani, mentre il rischio è minimo in altri casi come la vecchietta pensionata di ottant'anni: se questa non viene raggiunta dal messaggio, non mi preoccupa certo tanto quanto il fatto che non venga raggiunta dall'informazione la sua pronipote di 16 anni, ad esempio, o suo nipote omosessuale che, entrando nel mondo omosessuale senza alcuna informazione, rischia di rimanere contagiato.

*GRILLINI.* Anch'io vorrei ricollegarmi alle osservazioni del senatore Condorelli. Magari fossimo un'associazione con l'unica preoccupazione di fare propaganda solo tra i nostri amici! La nostra preoccupazione fin dall'inizio è stata quella di fare propaganda fra tutta la popolazione omosessuale in generale: la nostra preoccupazione è quindi raggiungere l'intera popolazione omosessuale, soprattutto – come diceva prima Giovanni Dall'Orto – le persone che il senatore Condorelli definisce «non visibili», quelle che si nascondono, e devo dire che in questo senso il nostro lavoro ha avuto una certa efficacia.

Da questo punto di vista, se lo Stato vuole operare efficacemente, come a nostro avviso deve fare, come si sta facendo in tutto il resto dell'Europa, non si può prescindere dalle organizzazioni del volontariato, se si vuole avere una qualche efficacia per quanto riguarda la prevenzione tra le cosiddette situazioni a rischio. D'altra parte il Ministero della sanità non ha problemi a fare la stessa cosa con altre organizzazioni. Abbiamo qui un volantino firmato dal Ministero insieme con il Movimento per la vita, sulla rosolia. Non si capisce bene perchè non debba fare la stessa cosa con l'Arci-gay, che è un'organizzazione presente su tutto il territorio nazionale, capace di raggiungere, come ha dimostrato, migliaia di omosessuali. Siamo un'organizzazione di massa, abbiamo migliaia di iscritti, quindi non è proprio disprezzabile il ruolo che di per sè ha l'Associazione.

Per quanto riguarda la questione dei messaggi, anch'io ribadisco che questi più sono terroristici e meno efficacia hanno. Del resto, se fossi convinto del contrario, sarei il primo a sostenere questo tipo di messaggi.

Il problema non è di carattere ideologico ma pratico. Ad esempio, le campagne per i tossicodipendenti portate avanti con i manifesti con gli scheletri – e la senatrice Ongaro Basaglia lo può dire meglio di me – ottenevano il risultato esattamente contrario; il tossicodipendente, infatti, ha già una spinta all'autodistruzione, quindi la rappresentazione di uno scheletro non è certo efficace in questi casi. Lo stesso vale per il fumatore il quale – sempre per motivi psicologici –, di fronte alle campagne terroristiche contro il fumo, come primo impulso ha quello di fumare per risolvere il problema di ansia che tali campagne gli pongono. Si tratta di un discorso di carattere scientifico e non ideologico per quanto riguarda l'uso di certi strumenti nelle campagne informative.

Certo, sono d'accordo con il senatore Natali quando afferma che bisogna avere addirittura il coraggio di fare forzature drammatiche per quanto riguarda la spregiudicatezza e l'utilizzo di un certo tipo di frasario. La televisione danese, ad esempio, fa vedere, nei momenti di massimo ascolto, durante la trasmissione di programmi come «Fantastico», come si usa il

profilattico. Bisognerebbe anche spiegare alle aziende italiane produttrici di profilattici che non devono solo vendere un prodotto, ma anche fornire indicazioni circa il loro uso, come si fa con qualunque altro presidio sanitario.

Per quanto riguarda le considerazioni della senatrice Ongaro Basaglia circa l'intreccio tra omosessualità ed altri tipi di fenomeni, va detto che questo problema esiste come per tutti gli altri, per cui vi sono omosessuali tossicodipendenti, omosessuali prostituti, eccetera. Per quanto riguarda quest'ultimo fenomeno, ad esempio, siamo intervenuti anche nel mondo della prostituzione.

Qui ribadisco un concetto che è fondamentale: se lo Stato vuole intervenire in situazioni dove un operatore pubblico non è in grado di svolgere questo lavoro, deve avvalersi delle organizzazioni del volontariato – come il Ministero della sanità fa ricorrendo, in altri campi, al Movimento per la vita – non per fare un lavoro di carattere ideologico, ma un lavoro di carattere pratico, capace di risolvere certi problemi e di salvare vite umane, perchè in definitiva il problema che abbiamo di fronte è proprio questo. Noi sappiamo che un malato di AIDS costa mediamente, nello stato terminale della malattia, dai 200 ai 300 milioni di lire, per cui nei prossimi anni lo Stato dovrà affrontare una spesa tutt'altro che trascurabile. Quindi, fare prevenzione da questo punto di vista consente allo Stato di risparmiare non solo in termini sociali, ma anche in termini economici.

Per quanto riguarda le cose che diceva il senatore Meriggi, sull'intreccio con le organizzazioni del volontariato, spero di essere stato chiaro.

Per quanto riguarda l'efficacia del lavoro per i cosiddetti gruppi a rischio, noi sosteniamo che bisogna eliminare la dizione «gruppi a rischio», ma parlare di «situazioni a rischio», cioè di quelle situazioni in cui, ad esempio, si è sicuri che esiste un alto livello di promiscuità sessuale, potenziale e reale, dove esiste un alto livello di uso di sostanze tossiche per via endovenosa. Bisogna rivolgere il massimo dello sforzo dello Stato e dell'intervento pubblico verso queste situazioni. Se per fare questo lavoro è necessaria una certa cosa, io credo che lo Stato debba avere il coraggio di non guardare in faccia a questioni di presunta morale, perchè qui si tratta di vite umane e di operare con il massimo sforzo finanziario. Tra l'altro devo dire che a noi basterebbero cifre notevolmente limitate, nell'ordine di qualche centinaio di milioni di lire a livello nazionale, e non certamente le decine di miliardi che si prevede di spendere e che rimarranno in gran parte inutilizzate.

PERINA. Io sono convinto che la statistica sia ancora assimilabile ad una scienza esatta, anche se commette ancora qualche errore.

All'inizio del suo intervento il signor Grillini ha detto che, per esempio, come sempre ovviamente – ma non so per quale dato di fatto – noi ci troviamo in retroguardia rispetto all'assistenza fornita dallo Stato. Però ciò che mi preoccupa è che chi ci ha superato in termini di prevenzione, di messaggi, eccetera, non è confortato dalle statistiche. Lei stesso prima ha detto che in Italia i casi di AIDS tra gli omosessuali sono inferiori a quelli esistenti in altri paesi, dove si dice che esiste una maggiore diffusione della fase preventiva e informativa, come in Danimarca, in Germania e negli Stati Uniti d'America. In queste nazioni dove tali atti di prevenzione e di informazione sono stati messi in atto molto tempo prima di noi, anche se abbiamo sentito diversi pareri contrastanti sul tipo di informazione e

prevenzione da predisporre, a me risulta sempre strano - basta leggere i quotidiani - il fatto che chi ha messo in atto queste fasi operative sul piano della prevenzione non sia stato confortato da dati che rispecchiano il miglioramento della situazione. Come mai?

*DALL'ORTO.* Qui c'è da considerare la diversità tra la situazione italiana e quella di altri paesi, sia per quanto riguarda la questione omosessuale, sia per quanto riguarda la questione sociale, sia per quanto riguarda il lavoro che è stato fatto. Noi siamo il Gruppo che è partito per primo in Europa su questo terreno, quando addirittura vi erano delle organizzazioni di omosessuali che affermavano che quella dell'AIDS era un'invenzione. In Italia ci siamo subito fatti carico del lavoro di prevenzione anche prima che lo Stato prendesse atto di questo fenomeno; e in Italia sono scientificamente misurabili i risultati da noi raggiunti.

*GRILLINI.* Il problema dell'AIDS è il seguente: dopo qualsiasi campagna di prevenzione i risultati raggiunti si misurano 5 anni dopo.

*DALL'ORTO.* È quindi chiaro che chi parte prima...

*PERINA.* In alcuni casi non si riesce neanche a riscontrare il fenomeno AIDS.

*DALL'ORTO.* In tutto il mondo occidentale, ove esistono gruppi di volontariato come il nostro, vi è una curva discendente di malati di AIDS tra la popolazione omosessuale. Inoltre, da un punto di vista sociale esiste una configurazione della questione omosessuale estremamente diversa. Negli Stati Uniti d'America e nel Nord dell'Europa vi sono delle comunità di omosessuali che in Italia non esistono. Da noi l'omosessualità è essenzialmente bisessualità; gli omosessuali italiani sono quasi tutti sposati e hanno figli, e alcuni omosessuali italiani addirittura convivono e ciò aggrava ulteriormente la situazione. Infatti, il rischio del contagio è quello del passaggio dell'AIDS nell'ambito familiare. Viceversa, in quei paesi vi sono delle grandi comunità, e ovviamente, come succedeva nei ghetti ebraici quando vi era la peste che decimava più il ghetto che non il resto della popolazione, si è avuta una diffusione estremamente rapida.

In Italia, la dislocazione sociale è molto più frantumata ed atomizzata, il che se da un lato costituisce sicuramente un problema tra gli omosessuali che non hanno gli strumenti di convivenza adeguati, dall'altro è stato un vantaggio, perchè ci ha consentito di avere a disposizione più tempo per preparare una campagna di prevenzione.

Ripeto che se la Commissione ha la possibilità di ascoltare qualche scienziato che si occupa del problema dell'AIDS, egli vi risponderà che nella popolazione omosessuale ormai si è raggiunto un punto limite e la curva dei malati di AIDS in quella popolazione è in discesa un po' dovunque.

*PRESIDENTE.* Ringrazio il signor Franco Grillini e il signor Giovanni Dall'Orto per la loro partecipazione a questa indagine conoscitiva sull'AIDS e dichiaro conclusa l'audizione.

*I signori Franco Grillini e Giovanni Dall'Orto vengono congedati.*

**Audizione dei rappresentanti della Lega italiana per la lotta contro l'AIDS.**

*Vengono introdotti il signor Giuseppe Ramina, il signor Vittorio Agnoletto e la signora Rita Tomassini.*

**PRESIDENTE.** Rivolgo un vivo ringraziamento per aver accettato l'invito a partecipare ai nostri lavori al signor Giuseppe Ramina, al signor Vittorio Agnoletto e alla signora Rita Tomassini.

Voi sapete che la nostra Commissione sta svolgendo un'indagine conoscitiva sull'AIDS.

Do senz'altro la parola per una esposizione introduttiva al signor Giuseppe Ramina.

**RAMINA.** Signor Presidente, volevo avere innanzi tutto qualche informazione su questa Commissione e se essa proseguirà i suoi lavori in futuro.

**PRESIDENTE.** La 12<sup>a</sup> Commissione sta svolgendo una indagine conoscitiva sull'AIDS.

**RAMINA.** Quindi, il nostro rapporto con questa Commissione si limita all'indagine conoscitiva.

Signor Presidente, ho fatto questa domanda perchè la Lega italiana per la lotta contro l'AIDS ha incontrato gravi difficoltà (ed è questo il nostro problema) con le strutture pubbliche, soprattutto con il Governo centrale. In tal senso abbiamo seri motivi di rimostranza nei confronti del ministro della sanità Donat Cattin, che si è sempre rifiutato di incontrarsi con associazioni come la nostra. Al contrario, abbiamo potuto accertare dall'esperienza degli altri paesi europei ed extraeuropei che, laddove si sono avuti rapporti di collaborazione con organizzazioni di volontariato, gli effetti sono stati positivi non soltanto per quanto riguarda la prevenzione ma anche con riferimento alla assistenza, alla solidarietà e al sostegno verso persone colpite dall'AIDS. Pertanto, ritengo che l'atteggiamento assunto dal Ministro sia fortemente censurabile e mi auguro che questa Commissione riporti nella sede parlamentare le nostre opinioni e le faccia proprie.

Per quanto riguarda la nostra Lega, essa è un'associazione di volontariato che riunisce diverse realtà sociali e sindacali, coordina anche l'attività dell'Arci-gay in relazione al grave fenomeno dell'AIDS e, nell'ambito di un'azione di solidarietà, persegue la assistenza e la tutela dei diritti dei malati e la prevenzione dell'AIDS.

Dal 1984 ad oggi non è stato fatto assolutamente nulla - o quanto meno niente di rilevante - per prevenire l'AIDS e si è arrivati ad un notevole aumento del numero dei sieropositivi; dai 1.500 - 3.000 casi in Italia si è arrivati a stimare 250.000-300.000 sieropositivi. Di fronte a questo gravissimo dato, le responsabilità dello Stato e preminentemente del Governo sono evidenti e meriterebbero una forte ed esplicita censura. Tale situazione non è più sostenibile e se si continua a non interessarsi opportunamente di questo fenomeno si arriverà ad una realtà molto grave in termini di costi umani, sociali ed economici (parlo anche di quest'ultimi perchè un malato di AIDS

costa alla comunità). Realizzare una efficace azione di prevenzione sarebbe molto utile non soltanto per i singoli individui ma anche per l'intera collettività.

Fino ad oggi addirittura si è fatto passare il test sulla sieropositività come uno strumento di prevenzione mentre con esso si rileva uno stato patologico già presente. Inoltre, da questa limitata azione di prevenzione sono stati totalmente esclusi i giovani quando sappiamo che questa fascia di età è una delle più colpite. Ancora non è stato programmato alcun intervento o progetto specifico per le scuole, per le caserme e per le comunità che ospitano giovani. Per le carceri, dove si registra una gravissima e preoccupante situazione verso la quale il direttore generale degli istituti di prevenzione e pena Amato ha richiesto particolare attenzione, non è stata adottata alcuna iniziativa significativa. Il problema della tossicodipendenza collegato al fenomeno dell'AIDS mostra ancora di più le manchevolezze e l'assoluta assenza di iniziative verso tale questione.

Vi sono, inoltre, preoccupanti discriminazioni a danno dei sieropositivi, ai quali spesso vengono rifiutate prestazioni ospedaliere molto banali e di *routine*, come quelle odontoiatriche. Dobbiamo anche tener presente che la capienza delle strutture ospedaliere si è rilevata del tutto insufficiente: i reparti di malattie infettive (che si ritenevano ormai quasi del tutto scomparse in Occidente) sono fatiscenti e comunque inadeguati alla domanda più immediata della popolazione.

In ordine a tutti questi aspetti finora evidenziati, la nostra Lega ha molte proposte da avanzare (anche in base alla sua consistente esperienza) per la campagna informativa, per la tutela dei malati, per i tossicodipendenti, per le carceri, eccetera. Comunque, è necessario che venga instaurato un rapporto di collaborazione tra la nostra Lega e il Ministero della sanità che sta realizzando una campagna informativa per la prevenzione dell'AIDS, che ci auguriamo non sia come quella pubblicata sui maggiori quotidiani italiani nel 1986 che ha avuto effetti negativi. Inoltre, ciò che vogliamo proporre è un coordinamento, a livello di Presidenza del Consiglio dei Ministri, di tutte quelle iniziative che devono essere adottate per l'AIDS in quanto tale fenomeno, per essere efficacemente combattuto, richiede l'attivazione di tutti i settori.

Prima di concludere questo mio intervento, desidero far presente che abbiamo portato del materiale illustrativo che consegneremo alla Presidenza della Commissione.

*AGNOLETTO.* Signor Presidente, onorevoli senatori, devo innanzi tutto far presente che le campagne di informazione e prevenzione finora portate avanti si sono rilevate del tutto insufficienti in quanto non sono state rivolte ai giovani. Dopo aver assunto diverse iniziative volte alla distribuzione di materiale informativo e dopo aver fatto una serie di questionari, abbiamo potuto accertare una completa disinformazione dei giovani su questa malattia. Alcune giovani sieropositive, contagiate dal proprio *partner*, ai quali abbiamo chiesto perchè non avevano preso le necessarie precauzioni, ci hanno risposto che avevano usato la pillola o il diaframma. Tutto ciò dimostra l'esistenza di un'assoluta disinformazione sulla prevenzione e sulla profilassi dell'AIDS.

Sempre rivolgendomi alle nuove generazioni che sono maggiormente coinvolte da questa situazione, volevo far presente che il Provveditorato alla

pubblica istruzione di Milano aveva emanato una circolare più di un anno fa con la quale veniva previsto che gli studenti delle scuole dell'obbligo e dei due primi anni delle scuole medie superiori fossero informati sull'AIDS e sull'epatite. Tuttavia, non sono stati assolutamente forniti gli strumenti per realizzare questa informazione nè sono stati organizzati corsi di aggiornamento per gli insegnanti. In alcuni casi siamo stati chiamati noi che abbiamo iniziato dei corsi con gli insegnanti, ma un'adeguata azione di informazione non può essere realizzata se non c'è la collaborazione degli enti pubblici. Quindi, è necessario organizzare una mirata campagna di informazione e di propaganda con uno specifico linguaggio.

Un altro problema, già preso in considerazione da Giuseppe Ramina, riguarda il diritto al lavoro.

A noi arrivano quasi giornalmente segnalazioni di persone che addirittura non vengono assunte per questo motivo. Molti enti pubblici e privati infatti chiedono il risultato del *test* prima dell'assunzione, e tanti non vengono assunti o perchè risultano sieropositivi o perchè si rifiutano di sottoporsi al *test*.

La ragione della difficoltà di fornire la documentazione di questi fatti è banale: farlo significa fornire il nome delle persone direttamente coinvolte, ma il più delle volte chi ci sottopone il caso chiede il rispetto dell'anonimato. È per questo motivo che i casi che diventano pubblici sono pochissimi, ma la realtà che c'è dietro è assai più vasta e riguarda – ripeto – strutture sia private che pubbliche.

A Milano, pertanto, abbiamo promosso un convegno – di cui abbiamo la documentazione – su questo tema del diritto al lavoro, al quale hanno partecipato magistrati ed avvocati. Siamo arrivati alla conclusione che non esiste alcun tipo di aggancio legislativo, per così dire, per attuare tale tipo di discriminazioni. Attualmente però non vi è alcuna tutela organizzata da parte dell'ente pubblico.

E vengo ad altri argomenti. Quanto alle strutture sanitarie, certamente esiste il problema degli ospedali, di cui Giuseppe Ramina ha già parlato; il problema di fondo comunque è la mancanza o il cattivo funzionamento delle strutture pubbliche socio-sanitarie, cioè del primo livello. Apprezziamo lo sforzo per intervenire su quella che è la punta di un *iceberg*, cioè sui malati di AIDS nella fase conclamata, ma bisogna fare anche uno sforzo per cercare di avere il maggior numero possibile di superfici di contatto con i sieropositivi per arrivare ad una modifica dei comportamenti e quindi anche ad una diminuzione del rischio di passaggio alle fasi successive della malattia.

La stragrande maggioranza delle strutture socio-sanitarie deve essere in grado di contattare le persone. Ciò che abbiamo fatto come LILA insieme al CNCA (Coordinamento nazionale delle comunità di accoglienza), il gruppo «Abele» e altri, e al Coordinamento nazionale degli operatori per le tossicodipendenze è stato proprio capire come l'informazione abbia senso anche in base a chi la fornisce. Cioè, l'informazione deve essere fornita sulla base di rapporti significativi per queste persone, ma tutto questo non esiste. I distretti socio-sanitari non funzionano, il più delle volte gli stessi medici di base non sono messi al corrente di tutte le informazioni da dare, nè si può pensare di ridurre l'informazione solo alle strutture per tossicodipendenti, che si sono diffuse a macchia d'olio nel paese ma che in molte zone esistono soltanto sulla carta.

Vi è poi un altro problema da sottolineare, sempre in relazione alle strutture socio-sanitarie. Giuseppe Ramina già prima ha accennato alla questione del *test* per l'AIDS. Riceviamo quotidianamente decine e decine di telefonate di persone che hanno fatto o devono fare il *test* o che stanno aspettando il suo risultato, le quali vivono situazioni pesantissime di angoscia individuale. Quindi, il problema non è effettuare il *test* a tappeto ma garantire a livello pubblico, non con spesa privata, un appoggio di tipo psicologico a chi deve sottoporsi al *test*, altrimenti molte volte questo ha un *rebound* negativo, cioè può determinare stati di depressione cronica, di frustrazione, il che può portare a diversi tipi di atteggiamento, come quello di totale irresponsabilità verso sè e verso gli altri. Comunque ciò può avere ricadute anche sul piano organico, e questa non è una nostra scoperta poichè studi scientifici dimostrano che, a parità di altre condizioni, la possibilità dei sieropositivi di evolvere verso la malattia è anche segnata dal proprio stato psicologico; cioè, uno stato di depressione cronica, di *stress* prolungato nel tempo, per un meccanismo ormonale molto preciso, può portare a ricadute dei linfocidi e quindi facilitare il passaggio agli stadi più avanzati della malattia. Tutto questo - lo ribadisco - è documentato da diversi studi in materia svolti nei vari rami della medicina.

Non si tratta quindi solo di aiutare psicologicamente la persona ma anche di dare un contributo per bloccare l'evoluzione della sindrome. Sotto questo profilo non esiste nulla di pubblico. Ripeto, la questione dei gruppi di assistenza psicologica non si pone solo all'interno degli ospedali e dei reparti di malattie infettive, ma riguarda ancora prima le strutture sul territorio. Da questo punto di vista si può discutere e considerare attentamente l'utilizzo del *test*.

Sempre a tale proposito, abbiamo denunciato diversi casi di discriminazione in collaborazione con le diverse strutture. Abbiamo qui con noi la documentazione di una denuncia fatta insieme al sindacato a Melegnano, dove non solo si è registrato il caso di non assunzione apparso sulla stampa, ma anche quello di persone, magari di oltre sessant'anni, che sono state sottoposte al *test* solo sulla base di decisioni del singolo medico, alle quali non è stato spiegato nè cosa sia il *test* nè cosa comporti la risposta, e via dicendo.

Abbiamo denunciato il fatto che in moltissimi ospedali pubblici il *test* viene fatto automaticamente, e non solo nei reparti chirurgici. Abbiamo denunciato, facendo nomi e cognomi, ospedali dove vengono effettuati *tests* all'insaputa degli interessati, ai quali viene poi fornito, senza alcuna spiegazione, il solo risultato; dopo di che ognuno deve gestire la propria angoscia per conto proprio, sempre al di là poi del dato di sensibilità e specificità del singolo *test*. Anche su questo vorremmo avere delle risposte.

Del Comitato interministeriale ha già parlato Giuseppe Ramina, ma ho ancora qualche punto da far presente.

Vorrei riprendere la questione delle carceri, dando un contributo anche dal punto di vista medico. Se è vero che stati di depressione cronica, di *stress* prolungato hanno effetti sul passaggio dalla sieropositività alla malattia, se è vero che nell'evoluzione della sindrome, oltre al virus, contano sempre di più i cofattori, allora bisogna capire che per le persone sieropositive il carcere diventa un elemento che favorisce la malattia, il suo sviluppo. Oltretutto questo è stato detto in diversi convegni.

Occorre pertanto studiare anche per i sieropositivi la possibilità di misure alternative al carcere, non solo quindi per i tossicodipendenti, per i

quali già esiste a livello legislativo; per altro, anche per quanto riguarda questi ultimi, per i quali già esiste – ripeto – tale possibilità, queste misure molte volte non possono essere sfruttate per la poca rispondenza e le scarse possibilità di realizzazione. Anche su questo occorre quindi un'attenta riflessione.

Infatti, vi è un abisso tra la percentuale dei sieropositivi nella popolazione e quella dei sieropositivi nel carcere, e poichè chi sta in carcere poi esce, a meno che non sia stato condannato all'ergastolo, si pone il problema non solo di salvaguardare chi vive dentro le carceri ma anche di evitare che i soggetti a rischio, una volta usciti dagli istituti penitenziari, diventino un ulteriore elemento di diffusione tra la popolazione generale. Anche a questo proposito a noi non risulta che sia stato realizzato nulla in concreto.

Sul problema della prevenzione e della profilassi, abbiamo formulato proposte estremamente precise, come quella di installare macchinette distributrici di profilattici – come già avviene in altri paesi – e di calmierare i prezzi di questi. Inoltre, da tempo abbiamo avanzato la proposta – che riproporremo in tempi molto brevi – di un intervento ministeriale affinché anche in Italia sia diffuso l'impiego di siringhe ad ago rientrante e a stantuffo autobloccante; queste infatti sono fondamentali nel campo della prevenzione perchè evitano il passaggio di sangue tra un tossicodipendente e l'altro. Abbiamo già preso diversi contatti, ma il problema è che la produzione di queste siringhe, mancando un mercato quantitativo già garantito, implica un aumento dei costi. È quindi necessario un intervento pubblico per calmierare i prezzi.

Sono in grado di documentare come tutto questo sia già avvenuto in altri paesi e quali effetti abbia avuto la distribuzione di siringhe di questo tipo, ad esempio ad Amsterdam. Però in Italia non si fa assolutamente nulla in questo campo.

Vi sono anche altre questioni da considerare. I malati conclamati di AIDS – e questo fa parte delle diverse attività che svolge la Lega – non devono necessariamente stare tutto il tempo in ospedale; la malattia ha infatti un andamento particolare per cui, anche nella fase conclamata, questi malati possono tornare a vivere nella propria realtà sociale, ovviamente con limitazioni delle proprie funzioni. Ciò è possibile se si sono sviluppate – e arrivo all'ultimo punto che voglio sottolineare – situazioni di assistenza, di solidarietà sociale.

Allora, quali sono le intenzioni di collaborazione tra le strutture pubbliche e le strutture del volontariato o del privato sociale non a fine di lucro? Qual è l'idea, anche sulla base dell'esperienza di altri Stati, che avete per valorizzare la presenza di associazioni da questo punto di vista? Poc'anzi ho fatto l'esempio dell'assistenza domiciliare, ma se ne potrebbero fare tantissimi altri, perchè il più delle volte queste stesse risorse gratuite presenti all'interno della società non vengono minimamente messe in grado di rendere al massimo di ciò che potrebbero rendere, perchè mancano le situazioni di supporto più elementari e banali.

L'ultima cosa che vorrei sapere – ma ciò è stato già detto – è la seguente: quando verrà fatto un discorso più generale di sostegno delle associazioni – una delle quali è la nostra che agisce a livello nazionale –, affinchè la loro opera possa ottenere maggiori risultati? Forse noi abbiamo una specificità importante all'interno della Lega, che è quella di raccogliere nel nostro

comitato tecnico-scientifico diverse persone con diverse competenze, riunendo così l'intervento sociale con quello scientifico. Fino a quando dovremo andare avanti raccogliendo mezzi di fortuna il nostro impatto sarà però alquanto limitato.

Poi vi illustreremo alcune campagne specifiche che abbiamo realizzato nei mesi scorsi.

*TOMASSINI.* Si è parlato di tutela dei diritti e io stessa faccio parte della Lega italiana per la lotta contro l'AIDS, come rappresentante di un sindacato - la UIL - che vi ha aderito assieme alla CGIL condividendone gli obiettivi.

Come sindacato ci troviamo di fronte a problemi molto gravi su tre fronti, perchè scontiamo anche nelle nostre strutture e nei luoghi di lavoro la disorganizzazione generale in tale materia.

Il primo problema è quello concernente la disinformazione dei lavoratori da parte delle strutture sanitarie che molto spesso si rifiutano di dare assistenza ai malati di AIDS.

Poi vi è il problema dei lavoratori che, come diceva poc'anzi Vittorio Agnoletto, spesso non sono ammessi al lavoro, ma si tenta addirittura di licenziarli. È di circa due mesi fa un convegno dell'API di Milano che in quell'occasione ha presentato un progetto completo di licenziamento dei malati di AIDS e dei lavoratori sieropositivi con passaggio dell'assistenza all'INPS, nelle liste del collocamento obbligatorio, e così via. Quindi, questo è il secondo tipo di problemi.

Il terzo problema è quello della disinformazione generale. I lavoratori che vengono a sapere che un loro compagno è sieropositivo spesso rifiutano di continuare a lavorare insieme a lui, perchè si scontano tre o quattro anni di campagne allarmistiche e quindi estremamente disinformanti.

Tra l'altro questo problema rischia di annullare lo sforzo che abbiamo fatto all'interno dei luoghi di lavoro negli ultimi anni sul problema delle tossicodipendenze. Vi è stato un grande sforzo che ha portato negli ultimi rinnovi contrattuali ad inserire, per lo meno negli ultimi contratti del comparto industriale, alcune norme di tutela dei tossicodipendenti che non perdono il posto di lavoro se accettano un programma di recupero in una struttura pubblica o privata. Quindi, il tossicodipendente ha diritto ad una aspettativa per porre in essere un programma terapeutico di disintossicazione.

Queste norme, contenute in alcuni accordi a livello locale e regionale, e da un anno e mezzo nei contratti dell'industria, non ci sono nei contratti del pubblico impiego perchè vi è stato un fermo diniego da parte del Ministro responsabile durante gli ultimi rinnovi contrattuali.

Quei contratti a cui ho fatto riferimento all'inizio stanno permettendo negli ultimi mesi il rientro di alcuni ragazzi nei luoghi di lavoro, dopo che hanno svolto dei programmi di disintossicazione in comunità terapeutiche.

A questo punto sorge una serie di problemi qualora essi risultino sieropositivi. Se non lo sono riescono a rientrare nel luogo di lavoro, se invece lo sono per loro inizia tutta una serie di problemi. È chiaro che noi in questo campo stiamo facendo un grande sforzo insieme alla Lega per lavorare proprio sui temi della ricerca, dell'informazione e della prevenzione. Abbiamo un programma di formazione per i lavoratori nei luoghi di lavoro, proprio perchè ci rendiamo conto che è un problema che dobbiamo affrontare ma che sarebbe indispensabile non farlo ognuno con le proprie forze.

ALBERTI. In queste ultime audizioni, riguardanti i rappresentanti dell'Arci-gay e la Lega italiana per la lotta contro l'AIDS viene fuori un fatto importante, e cioè che il volontariato finora è stato tenuto molto in disparte ed emarginato in questa campagna contro l'AIDS. Ciò mi pare che sia tecnicamente sbagliato, ma non so cosa c'è alla base di questa emarginazione. È tecnicamente sbagliato perchè io credo che l'opera del volontariato sia insostituibile in questo settore. È impossibile che la struttura pubblica possa intervenire con la stessa forza penetrante con cui interviene la struttura del volontariato. Infatti, mentre la struttura pubblica aspetta che il cittadino si avvicini per sciogliere le sue angosce, la struttura del volontariato invece va verso il cittadino, e di conseguenza non solo verso alcune categorie a rischio ma anche verso altre categorie che hanno dei comportamenti a rischio.

Vorrei sottolineare che questo atteggiamento del Ministero della sanità è, a mio avviso, scorretto soprattutto dal punto di vista tecnico.

E veniamo al discorso della emarginazione continua che si era andata verificando nei primi tempi in cui era venuto alla luce il problema dell'AIDS. Con questo suo non voler rispondere alle richieste che provenivano dalle associazioni del volontariato, il Ministro della sanità continua a mantenere questo atteggiamento. Dico queste cose perchè feci già presente al Ministro che atteggiamenti di questo tipo colpevolizzano intere categorie, ivi compresi i bambini, mentre lui afferma che chi ha l'AIDS se l'è voluto prendere!

Questo mi pare che sia un comportamento scorretto sia nei confronti del cittadino che nei confronti del malato.

Dal momento che queste associazioni del volontariato hanno già fatto delle esperienze, vorrei sapere se il Ministro ha mai dato delle risposte e delle motivazioni per il fatto che si rifiuta di ricevere i rappresentanti di tali associazioni, privandosi così di uno strumento che io ritengo insostituibile anche rispetto alla struttura pubblica. Sono sicuro che quest'ultima non può fare ciò che riesce a portare avanti la struttura del volontariato. Vorrei inoltre sapere se la lega che rappresentate ha acquisito esperienza per quanto riguarda le campagne di informazione. Spesso questo tipo di campagne assume un carattere eccessivamente intimidatorio e terrorizzante, come abbiamo potuto verificare nel caso della battaglia contro il fumo o contro la droga. Occorre rendersi conto fino in fondo che si tratta di affrontare temi estremamente delicati. Per quanto riguarda la lotta contro l'AIDS ho potuto rendermene conto personalmente nel corso di ben 16 conferenze che ho tenuto nella mia regione, per cui so quanto sia delicato e difficile dare un'informazione che sia esatta ma non terrorizzante, specialmente quando ci si rivolge ai giovani.

Vorrei quindi sapere se la vostra esperienza in questo campo potrebbe essere messa a disposizione del Ministero. In caso di risposta affermativa, il rifiuto finora espresso dal Ministero di ascoltare le associazioni di volontariato assumerebbe un carattere ancora più grave.

ONGARO BASAGLIA. Intervengo brevemente per fare alcune puntualizzazioni a proposito del volontariato. Ritengo che l'AIDS, così come i trapianti di cui ci stiamo attualmente occupando e l'eutanasia di cui prossimamente ci occuperemo, abbia posto problemi nuovi alla medicina e l'importanza del fatto che gruppi non tecnici, non rigidamente professionali si avvicinano in modo diverso a problemi che si presentano con un carattere soggettivo estremamente più forte di quanto la medicina sia mai stata capace di intuire

nel suo rapporto con il malato in generale è estremamente evidente. Credo che l'importanza di questo rapporto tra associazioni di volontariato di questo tipo e istituzioni pubbliche sia anche da ricercare nel fatto che finalmente si costringono le discipline e i corpi professionali a misurarsi con una realtà di cui non hanno mai tenuto conto. Credo che come Commissione sanità dovremmo anche sentirci responsabili del fatto che queste associazioni di volontariato, che avvicinano i problemi in modo completamente diverso, possono aiutarci a individuare un approccio al problema della sanità inteso come tutela della salute e non soltanto nel senso di organizzazione sanitaria o dei servizi, anche perchè tutti questi nuovi problemi presentano un carattere soggettivo al quale è necessario rispondere con un più ampio coinvolgimento in termini di solidarietà sociale.

SIRTORI. Desidero innanzi tutto sottolineare che, a differenza di quanto è avvenuto sino ad oggi, per la prima volta abbiamo avuto l'occasione di ascoltare l'opinione di persone che del problema AIDS hanno una esperienza diretta in quanto hanno direttamente affrontato la malattia a contatto con la gente. Nel corso dei precedenti incontri noi ci siamo trovati di fronte a personaggi anche molto illustri del mondo sanitario, che vedevano però il problema - questa è la mia impressione - con molto distacco, cioè dal loro punto di vista particolare. Ecco allora che, a mio giudizio, sorge un'obiettiva necessità - come avevo accennato anche prima - che questi operatori che agiscono nel campo del volontariato e a contatto diretto con il problema AIDS vengano ricevuti dal Ministro della sanità. Occorre quindi individuare un meccanismo che consenta alle associazioni di volontariato di far acquisire le loro valutazioni e la loro esperienza al Ministro della sanità. Sappiamo tutti che il Ministro della sanità si avvale di una Commissione consultiva, ma i rappresentanti di questa Commissione li abbiamo già ascoltati e in sostanza hanno dichiarato la loro impotenza. Ci hanno detto di aver proceduto ad alcuni approfondimenti e di aver consegnato poi al Ministro della sanità i risultati conseguiti. C'è da immaginare che poi il Ministro li abbia comunicati ad alcuni funzionari perchè fossero tradotti in forma operativa. Purtroppo le Commissioni sanità del Senato e della Camera non possono muoversi sul terreno operativo.

Ho già detto qui e in altre sedi che il Ministro della sanità non ha assolutamente fatto nulla o quasi nulla per risolvere il problema che, nel frattempo, è divenuto effettivamente pericoloso. Ritengo pertanto che sia veramente opportuno che dell'esigenza di concretizzare un accordo fra le associazioni di volontariato e il Ministero si faccia carico la stessa Commissione sanità.

PERINA. Signor Presidente, non intendo riaprire una vecchia polemica a proposito del valore e del significato delle associazioni di volontariato, che abbiamo distrutto in altre occasioni e che vengono ora riscoperte da parte di persone che ne avevano sempre disconosciuto il valore. Occorre, quindi, intendersi bene sulla questione.

Oggi, caro collega Sirtori, ci troviamo di fronte a persone che hanno un'esperienza diretta dell'AIDS e non a personaggi paludati che parlano in termini asettici, così come è avvenuto in precedenti sedute, e certo meraviglia molto il fatto che esponenti della Commissione istituita presso il Ministero della sanità abbiano dichiarato di non essere preparati sul problema dell'AIDS.

Ma vengo alle domande. Innanzi tutto vorrei sapere dai nostri ospiti se non ritengano opportuno che sia reso pubblico e obbligatorio per tutti il *test*.

In secondo luogo vorrei conoscere – ripeto anche a voi domande che ho già rivolto ad altri – l'opinione della Lega sul fatto che statisticamente – ammesso che il passaggio dalla sieropositività alla malattia conclamata possa essere molto lento e quindi le indagini statistiche possano non rispondere a verità – nei paesi in cui si è sviluppata una ampia campagna di informazione non si è comunque registrata una diminuzione del fenomeno dell'AIDS. Infatti, i dati che ci sono stati esposti anche dagli ospiti che vi hanno preceduto confermano che anche in questi paesi non si è avuta una diminuzione del fenomeno. Sarebbe importante riuscire a dare una spiegazione a questo fatto, anche perchè vi è chi sostiene che il messaggio sconcertante e che incute paura non serve a niente, anche se non è ancora chiaro quale tipo di messaggio si debba dare in quanto a questo proposito regna ancora una grande confusione.

Vorrei infine sapere se, in base alla vostra esperienza, sia dal punto di vista scientifico che da quello sociale e dell'intervento sanitario, non riteniate opportuno istituire un coordinamento delle iniziative o se per caso ciò non potrebbe dare luogo a confusioni ulteriori visto che, purtroppo, in questo ambito la confusione si è spesso verificata.

NATALI. Credo che il sorgere di queste associazioni, che considero benemerite, sia dovuto al vuoto che lo Stato ha lasciato, disinteressandosi completamente del problema. Anche le Regioni hanno adottato provvedimenti certamente molto modesti rispetto alla gravità del fenomeno, a mio avviso destinato ad aumentare. Lei, senatore Perina, si meraviglia perchè malgrado quel poco di prevenzione che si fa la diffusione della malattia non sia regredita. Milano non aveva la metropolitana; sono stati costruiti 60 chilometri di metropolitana ed il traffico della città è oggi superiore a quanto non lo fosse in precedenza. Oggi la mobilità e le occasioni di mobilità sono cresciute in maniera rilevante; lo stesso può dirsi per questo *virus*, per cui il contagio va aumentando.

Possiamo fare tutta la prevenzione che vogliamo, però se essa non è massiccia e non coinvolge i mezzi di informazione di massa, che devono rappresentare la base, non si ottiene nulla. Poi, certo, ci deve essere una assistenza psicologica, un interesse personale per parlare con la gente, ma fino a quando lo Stato non utilizzerà i mezzi potenti di cui dispone – come ho già osservato in precedenza –, finchè lo Stato non userà la televisione per fronteggiare questo problema, non ci sarà mai una prevenzione che arrivi alla conoscenza di tutti. Dipende da noi, dal Parlamento, dal Governo, il lancio di una grande campagna contro l'AIDS utilizzando lo strumento principe, che è appunto la televisione.

Certamente poi il volontariato deve esistere e deve essere aiutato, perchè è chiaro che in alcuni campi, per le malattie in modo particolare, è necessaria la passione che porta la gente ad interessarsi ai propri simili. Il volontariato quindi deve essere non umiliato ma anzi aiutato a crescere e a svilupparsi. Se però non vi sarà dall'altro lato un intervento deciso da parte dello Stato noi ci troveremo di fronte a momenti estremamente difficili. Sono convinto infatti che questa malattia potrebbe diventare, come è stato detto poc'anzi, la malattia dei prossimi anni, forse del secolo che verrà, una «pandemia» che bisognerà affrontare con mezzi adeguati.

*RAMINA.* Signor Presidente, rispondendo ad alcune domande vorrei osservare che la prevenzione non ha funzionato in Italia semplicemente perchè non c'è stata una campagna di prevenzione, quindi non abbiamo neanche la possibilità di misurarne la funzionalità. Alcune questioni importanti riguardano innanzi tutto il messaggio da diffondere. L'obiettivo di una campagna di prevenzione a nostro parere è quello di eliminare i maggiori fattori di rischio. Sappiamo che per quanto riguarda l'AIDS essi si concentrano (al 999 per 1000 o addirittura in percentuale maggiore) in due possibili passaggi: la via sessuale e la via ematica. È inutile in una campagna di prevenzione affermare che la saliva potrebbe essere un veicolo di contagio.

*PRESIDENTE.* Abbiamo appreso che non lo è.

*RAMINA.* Però si continua a dire: attenzione, perchè certi comportamenti danno una possibilità teorica di contagio. Ovviamente la gente che coglie il messaggio recepisce che bisogna fare attenzione a tutto e finisce così per non adottare alcuni comportamenti che sono invece indispensabili in relazione ai maggiori fattori di rischio. Vi è quindi la necessità da un lato di un messaggio molto chiaro sui fattori di rischio reali, dall'altro di un messaggio altrettanto chiaro su una prevenzione che non vuol dire rinunciare ai propri comportamenti e modi di essere, ma adottare alcune meccaniche particolari.

Essenziale è altresì una attivizzazione sociale molto forte. Negli incontri che teniamo nelle scuole non proponiamo soltanto mezzi di informazione, ma un momento di formazione continuativa, perchè siamo convinti che se in un gruppo un ragazzo ha comportamenti a rischio, se è un coetaneo a parlargli, invitandolo a prendere delle precauzioni, ad usare profilattici o siringhe nuove, il messaggio - provenendo da un soggetto parte di un rapporto fiduciario - ha forti possibilità di essere recepito, laddove se ci si affida soltanto ai mezzi di informazione di massa non è probabile che ciò accada. Questa è la nostra opinione e la nostra esperienza. Non solo, ma i messaggi vanno ripetuti in continuazione, altrimenti rischiano di non raggiungere l'obiettivo. Quindi da questo punto di vista non abbiamo nulla di straordinario da dire: ci sembrano cose di buon senso, fra l'altro molto note, per cui ci meravigliamo del fatto che ancora oggi il Ministero non si accorga che questa malattia ha possibilità di contagio molto ampie, ma si può fermare abbastanza facilmente con mezzi semplici, poco costosi e sollecitando la gente ad assumere certi strumenti. Bisogna partire da questi punti di forza.

Ciò premesso per quanto riguarda la prevenzione, c'è poi una serie di questioni - lo ha ricordato prima la signora Tomassini - riguardanti la solidarietà, la tutela dei diritti, il *day Hospital*, l'assistenza psicologica, e così via. Anche qui abbiamo le nostre idee e ci piacerebbe avere il tempo e la possibilità di un confronto molto preciso. Il rapporto con lo Stato, con gli enti locali, che già abbiamo in certe situazioni, è molto faticoso e per la verità produce scarsi risultati. Noi non chiediamo di sostituire lo Stato, ma pensiamo che ci debba essere una sinergia tra le varie possibilità e capacità ed un coordinamento effettivo che potrebbe essere molto utile tra diversi modi di essere della società. Quindi ci interesserebbe un incontro con il Ministro purchè alla base ci sia una volontà di fondo di cambiare le cose. Probabilmente conoscerete il decreto del Ministero della sanità che impone

a coloro che fanno parte delle cosiddette categorie a rischio di non donare sangue, fra l'altro operando una serie di categorizzazioni. È difficile riconoscere un soggetto di sesso maschile con comportamento omosessuale ed un soggetto di sesso maschile con comportamento non omosessuale; certo è un po' strano, comunque questo decreto è il simbolo di come si affronta la realtà: non viene diffuso un messaggio sui rischi e sugli strumenti di prevenzione, ma ancora una volta si interviene in maniera autoritaria con scarsi risultati. D'altra parte dobbiamo tener presente che questa circolare è stata contestata dalla stessa società italiana di immuno-ematologia.

*AGNOLETTO.* Signor Presidente, desidero fare degli esempi concreti dell'attività di propaganda (ricordata da Giuseppe Ramina) svolta dalla Lega in venti città italiane tra novembre e dicembre. In quella occasione abbiamo proceduto alla distribuzione di manifesti che spiegavano cosa è l'AIDS, di profilattici e di siringhe monouso. Il manifesto (che consegneremo alla Presidenza della Commissione) presenta una striscia bianca dove ogni sede locale può scrivere le proprie iniziative, la frase «chi isola gli altri isola se stesso» e dieci punti sull'AIDS e la sieropositività.

Inoltre (questa è la nostra esperienza concreta) avvisavamo attraverso un volantino che il giorno dopo ci saremmo recati in quello stesso posto per distribuire gratuitamente profilattici e siringhe monouso. I profilattici sono stati distribuiti insieme ad un adesivo sul quale era scritto «usami»: un messaggio molto semplice privo di qualsiasi tipo di impatto moralistico. Le siringhe monouso sono state anch'esse distribuite con un adesivo dove c'era stampato «non trasferibile». Abbiamo scelto questa soluzione perchè da una serie di ricerche, svolte con diversi operatori di vari settori, abbiamo accertato che il messaggio non deve essere di commiserazione o di colpevolizzazione, ma di suggerimento ed il più possibile freddo. L'adesivo con il timbro «non trasferibile», che contiene la siringa monouso, non dà un giudizio ma un consiglio. Nonostante ciò non siamo riusciti a coinvolgere i mezzi di informazione, come la televisione che ha preparato un filmato non mandato in onda.

Per svolgere questa attività di propaganda ci siamo recati nei posti dove si ritrovano generalmente i tossicodipendenti, avvisando il giorno prima con manifesti e volantini. Di fronte alla farmacia di Piazzale Argentina, a Milano, in venti minuti abbiamo distribuito 120 siringhe, con altrettanto materiale informativo, e ciò dimostra che non è vero che con i tossicodipendenti non si può instaurare un rapporto di dialogo. Con ciò non sto proponendo come unica soluzione per combattere il fenomeno dell'AIDS la distribuzione di siringhe monouso, ma un intervento immediato su alcune vie di trasmissione estremamente specifiche. Da un punto di vista generale invece bisognerebbe sottrarre queste persone dalla tossicodipendenza ed è un problema che tutti quanti conosciamo perfettamente. La distribuzione di queste 120 siringhe dimostra che queste persone non sono così irresponsabili verso se stessi e verso gli altri.

Questo è il tipo di propaganda che abbiamo condotto nei confronti delle categorie a rischio, con messaggi mirati. Inoltre, abbiamo svolto un'attività di propaganda con messaggi generici indirizzata al grosso della popolazione in grandi zone d'Italia. Questo messaggio, essendo rivolto alla popolazione, doveva essere per forza generico (è questo il tipo di ragionamento che abbiamo fatto) e doveva essere lanciato da quei posti che ancora rimangono

un rilevante centro di ritrovo e di socializzazione, come i bar e le rivendite di tabacchi. Allora d'accordo con la FIT (Federazione italiana tabaccai) abbiamo redatto un manifesto nel quale c'è scritto: «Noi combattiamo l'AIDS. Prevenire per non pregiudicare la prevenzione. Questa tabaccheria aderisce alla lotta contro l'AIDS» e mettendo a disposizione del pubblico uno degli strumenti preventivi ritenuto più efficace e sicuro: il profilattico.

Onorevoli senatori, non è stato facile convincere i tabaccai che non perdevano di «dignità» se distribuivano i profilattici. Comunque, adesso i tabaccai che hanno aderito a questa attività di propaganda sono un migliaio ed essa sta procedendo (abbiamo gli elenchi aggiornati di quanti partecipano a questa attività).

Per quanto riguarda la propaganda e l'informazione nelle scuole, abbiamo fatto un'esperienza di due anni e anche per essa possiamo fare degli esempi. Noi ci rifiutiamo di andare a parlare dell'AIDS nell'ambito dei corsi di educazione sessuale: non si può confondere un approccio di tipo psicologico con una patologia (altrimenti creeremmo delle persone turbate dal punto di vista psicologico). A nostro avviso, nella vacanza totale della struttura pubblica, l'informazione sull'AIDS nelle scuole deve essere fornita nell'ambito di un programma di educazione sanitaria (questa è la sua giusta collocazione), dove devono essere individuati i possibili rimedi e le vie di trasmissione della malattia. Comunque, noi ci rifiutiamo di andare a parlare dell'AIDS nelle scuole quando abbiamo il divieto del preside e degli insegnanti di dire che bisogna usare il profilattico, come strumento di prevenzione.

Oltre a questi esempi sulla nostra esperienza ne potrei fare molti altri: ci siamo recati dalle scuole medie alle superiori, nei Rotary club, nelle fabbriche, nei centri di prostitute, nelle comunità di tossicodipendenti, negli uffici; questa esperienza però non viene valorizzata dagli enti pubblici. Anche per quanto riguarda la distribuzione delle siringhe monouso, le strutture pubbliche non sono uscite all'esterno, non hanno instaurato un rapporto con l'insieme dei tossicodipendenti (forse solo con il dieci per cento) come noi da tempo abbiamo proposto.

Per quanto riguarda la domanda del senatore Alberti, devo dire che il Ministero non soltanto non ci ha ricevuti ma non ha neanche risposto alle nostre lettere ed ai nostri telegrammi. C'è stato il silenzio più totale.

Signor Presidente, noi siamo ovviamente contrari al *test* obbligatorio. È necessario intervenire sui comportamenti: deve prendere precauzioni e stare attento sia colui che è sieropositivo sia chi è sieronegativo o ignora di essere l'uno o l'altro. D'altra parte dobbiamo tener presente che ciascuno di noi oggi può risultare sieronegativo e domani essere sieropositivo, anche perchè è risultata la scarsa attendibilità del *test*. Quindi il vero problema è di intervenire sui comportamenti. Ciò non vuol dire mettere al bando il *test* perchè qualcuno potrebbe ritenere utile, da un punto di vista psicologico, sottoporsi ad esso in quanto la conoscenza della propria situazione potrebbe portarlo a modificare il proprio comportamento. Dobbiamo, però, sempre tener presente che il risultato del *test* può dar luogo a reazioni positive o negative. Per questi motivi, siamo contrarissimi al *test* obbligatorio nelle carceri, nelle caserme, eccetera. Abbiamo portato alcuni documenti - di cui penso voi già disponiate - come quello inviato dall'AVIS al ministro Donat Cattin in data 16 maggio 1988, quelli della società italiana immunematologia e delle associazioni italiane dei centri trasfusionali (sempre

indirizzati al Ministro della sanità), che riportano dei dati incredibili, che tutti voi conoscete. Comunque - sono quattro righe - ve li leggo:

«Da un'indagine recentemente condotta è risultata la scarsa attendibilità dei *tests*; infatti molto spesso solo una piccola percentuale di coloro che erano stati dichiarati sieropositivi risulta tale con i metodi di conferma». Secondo un dato dell'AVIS, dopo i metodi di conferma applicati su un campione di cosiddetti sieropositivi, solo il 13 per cento di essi è risultato essere effettivamente sieropositivo, mentre il rimanente 87 per cento è stato classificato come falso sieropositivo. Frequenze simili sono state osservate anche negli Stati Uniti, dove si è arrivati ad una percentuale di falsi sieropositivi dell'89 per cento. Pertanto, su popolazione aperta, non ha nessun tipo di significato il *test* obbligatorio.

Un altro problema sollevato si riferisce al rapporto tra il sociale e il sanitario. Nel momento in cui anche la spesa sociale e sanitaria è divisa, allora affrontare la tragedia dell'AIDS, che è il classico esempio di situazione socio-sanitaria intrecciata, diventa difficilissimo: è complicato persino chiedere le strutture di supporto. Quando si parla di *day Hospital* o di altri interventi quotidiani sul territorio, a quali capitoli di spesa si fa riferimento?

La nostra Lega poi ha predisposto una carta dei diritti dei sieropositivi, che affronta numerosissime questioni, che non citerò ora dal momento che vi lasciamo una copia di tale carta.

Mi limiterò a ricordare la necessità di rispettare l'anonimato, cosa che non avviene sempre. Finora è prevista la segnalazione obbligatoria nei casi di malattia conclamata, mentre si propone da parte ministeriale di giungere alla segnalazione solo con iniziali delle persone sieropositive, ma questa situazione di fatto equivale a saltare completamente l'anonimato aggravando così i problemi dell'isolamento.

Inoltre, esiste il problema della sperimentazione farmacologica e dell'uso di AZT per soggetti sieropositivi, vale a dire l'uso di farmaci che causano sicuramente effetti collaterali in soggetti che non hanno nessuna certezza di sviluppare l'AIDS. È necessario pertanto un più puntuale controllo sui *tests* (si lascia alle singole Regioni la disciplina della materia?) e sui farmaci.

Ugualmente solleviamo il problema della formazione degli operatori da parte del Ministero. Gli operatori socio-sanitari, non solo i medici, in che modo vengono preparati ad affrontare questo problema? Finora non abbiamo avuto risposte.

Un'altra questione che attende risposta è quella della situazione della Lombardia, la regione più coinvolta. Abbiamo un piano regionale per l'AIDS che prevede la possibilità di intervenire nell'ambito delle strutture sanitarie del carcere, perchè l'integrazione tra struttura sanitaria pubblica e amministrazione carceraria è un fatto importantissimo. Eppure la situazione vede ancora una separazione tale che la grande maggioranza dei detenuti, che accettano di rispettare la circolare ministeriale e di sottoporsi al *test*, quando escono non ricevono neppure il certificato con il relativo risultato.

Siamo molto contenti di essere ascoltati in questa sede, anche perchè abbiamo visto che tutti i senatori intervenuti hanno concordato sulla necessità di trovare gli strumenti per valorizzare l'esperienza del volontariato. Ma vorrei ricordare che una organizzazione come la nostra, con 25 sedi in tutta Italia, ha una direzione situata in uno scantinato di Milano: e siamo

l'unica associazione nazionale sul terreno socio-sanitario. Speriamo che la vostra attenzione si trasformi in concreta operatività, anche perchè ancora non sappiamo con esattezza chi ha il potere di decidere oggi in questo campo.

PRESIDENTE. Ringrazio a nome della Commissione il signor Ramina e i suoi collaboratori e dichiaro conclusa l'audizione, non senza ricordare prima che qui siamo in sede di indagine conoscitiva ed abbiamo il compito di acquisire elementi di conoscenza e di documentazione. Terminata questa fase, passeremo alle eventuali proposte operative: non intendiamo delegare a nessuno il nostro potere legislativo.

Poichè non si fanno osservazioni il seguito dell'indagine conoscitiva è rinviato ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 14,15.*

---

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

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

DOTT. ETTORE LAURENZANO