

# SENATO DELLA REPUBBLICA

———— X LEGISLATURA ————

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

(Igiene e sanità)

---

### INDAGINE CONOSCITIVA SULL'AIDS

1° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 10 FEBBRAIO 1988

(Antimeridiana)

---

**Presidenza del Presidente ZITO**

## INDICE

### Audizione del Ministro della sanità

PRESIDENTE .....	Pag. 2, 11
IMBRIACO (PCI) .....	10
DONAT-CATTIN, ministro della sanità .....	3, 10

*Interviene il ministro della sanità Donat-Cattin.*

*I lavori hanno inizio alle ore 9,20.*

#### **Audizione del Ministro della sanità**

**PRESIDENTE.** L'ordine del giorno reca l'indagine conoscitiva sull'AIDS, cui diamo inizio ascoltando il ministro della sanità Donat-Cattin.

Ricorderete che questo problema è stato posto all'ordine del giorno della nostra Commissione all'inizio della legislatura; le notizie che leggiamo e i dati che abbiamo a disposizione sono tali da non farci pentire di aver avviato questa indagine: l'AIDS infatti continua a diffondersi nel nostro paese come negli altri in maniera esponenziale. Nel nostro paese presenta caratteristiche particolari, quali ad esempio la sua maggiore diffusione tra i tossicodipendenti, con la conseguenza che si rendono più difficili la lotta e la prevenzione nei confronti dell'epidemia, e il grande numero di bambini che nascono già infetti, un aspetto molto rilevante sotto il profilo umano.

Non credo che abbiamo voluto fare dell'allarmismo con la nostra iniziativa; vogliamo soltanto conoscere, se possibile, quali sono i termini precisi della questione e vogliamo sapere cosa si sta facendo per combattere il diffondersi ulteriore dell'epidemia.

Prima di dare la parola al Ministro, vorrei avvertire i colleghi che abbiamo poco più di un'ora di tempo a disposizione perchè alle 10,30 dobbiamo recarci in Aula per le votazioni.

Ricordo che l'audizione si svolge con la forma di pubblicità audiovisiva prevista dall'articolo 33, quarto comma, del Regolamento.

**DONAT-CATTIN, ministro della sanità.** Non credo che sia mio compito spiegare cosa è l'AIDS nella sede di una Commissione la cui competenza è la sanità, dopo anni di discussioni su questo tema che, sotto l'aspetto scientifico, avrete modo di approfondire con gli

studiosi che hanno cognizioni rispondenti alla loro professionalità.

Comincio la mia esposizione invece con gli ultimi rilievi epidemiologici. I rilievi sono cominciati nel 1983, riscontrando quattro casi di AIDS conclamato; nel 1984 ne abbiamo riscontrati 26. La malattia si manifesta con maggiore evidenza nel 1985 con 177 casi; a tutto il 1985 i casi denunciati sono 208.

Nel 1986 si denunciano 425 casi dando luogo al rilievo che si tratta di uno sviluppo esponenziale. Alla fine del 1986 il totale dei casi conosciuti assomma a 633.

Nel 1987 siamo giunti ad 845 casi per un totale di 1.478; i dati della primavera dell'anno scorso avevano fatto opinare che si passasse ad uno sviluppo lineare, ma io ed altri avevamo obiettato che bisognava attendere, sottolineando che certamente non potevamo rilevare tutti i casi di AIDS conclamato. Infatti anche se i casi di AIDS conclamato che registriamo sono certamente più vicini alla realtà della cifra dei sieropositivi che è una cifra di stima, sfuggono molti casi di persone che dispongono di mezzi tali da permettergli di non denunciare la malattia anche quando questa si manifesta, ottenendo cure private ed eventualmente spostandosi all'estero. I dati pertanto hanno un certo grado di attendibilità e non di più.

All'otto di febbraio di quest'anno il totale dei casi registrati è di 1.547; in gennaio e nella prima settimana di febbraio abbiamo aggiunto 73 casi a quelli precedentemente conosciuti. La previsione di sviluppo esponenziale che al momento non pare arrestabile, fa pensare che alla fine del 1988 si avrà un numero di AIDS conclamato a cavallo delle 3.500 unità, e che si giungerà alla fine del 1989 a circa 8.000 unità. La correzione della stima del numero degli infetti nella seconda metà dell'anno ha suscitato un certo allarme, ma non si può certo dire che questo numero si sia improvvisamente ingrandito o che nel corso dell'anno siano intervenuti fattori tali da rendere epidemica quella che è invece una malattia endemica.

È inoltre stato adottato un protocollo di rilievo, messo a punto ad Atalanta, ed è stata compiuta una prima indagine nazionale sulla sieropositività e le sindromi correlate all'infezione da AIDS in Italia. Tale indagine ha riguardato 52.900 soggetti e si è basata sulle

risposte fornite da 83 centri di assistenza ai tossicodipendenti presso gli ospedali, da 36 reparti di malattie infettive, da 11 reparti di medicina, da 3 reparti di immunologia e da 9 centri specializzati per la lotta all'AIDS predisposti da alcune regioni, localizzati soprattutto nel Nord. La cifra più alta in fatto di sieropositività è stata segnalata dai reparti di infettivologia delle strutture ospedaliere, che hanno indicato 18.981 casi, mentre i 9 centri specializzati per la lotta all'AIDS hanno segnalato 11.002 casi e i centri di assistenza ai tossicodipendenti presso gli ospedali 9.166 casi. Da questo quadro, che non rappresenta un campione statistico non avendone nessuna delle caratteristiche tecnico-scientifiche (in quanto i dati in nostro possesso sono soltanto quelli che si sono resi disponibili per cui il rilievo è, in un certo senso, rozzo e non raffinato), emerge che tra i sieropositivi 31.785 sono tossicodipendenti, 5.137 omosessuali, 1.460 politrasfusi adulti, 1.050 emofiliaci, 874 bambini politrasfusi, 9.514 eterosessuali appartenenti a categorie a rischio. Sono anche stati registrati 586 figli di genitori tossicodipendenti e 2.474 soggetti per i quali non sono state espresse le indicazioni di rischio. È questa la base su cui è stata operata la modificazione della stima iniziale, che era di circa 100.000, per arrivare a quella attuale di circa 200.000 casi di sieropositivi nel nostro paese. Tale numero rappresenta naturalmente il carico di anni pregressi nei quali non si è praticamente avuta avvertenza della malattia, se non in gruppi ristretti e da parte di un settore limitato del campo medico stesso, anche perchè l'AIDS conclamato era numericamente limitato, almeno stando alle denunce.

Il primo rapporto dettagliato sull'AIDS è stato elaborato dall'Istituto superiore di sanità nel dicembre del 1986, cioè poco più di un anno e due mesi fa. In questo rapporto si proponeva un programma di interventi vari per una spesa complessiva di 10 miliardi di lire per la ricerca, la preparazione del personale e per una serie di altre attività, esclusa la propaganda per la campagna di informazione, che veniva considerata a parte. L'orizzonte delineato da tale programma mi sembrò un po' ristretto per cui al Ministero decidemmo di istituire una commissione speciale per la lotta contro l'AIDS, naturalmente con funzioni

consultive, per non ricorrere a strumenti di legge, anche se di fatto si è rivelata una commissione di indirizzo nel senso che tutti gli interventi da essa indicati sono stati recepiti a livello ministeriale. Le decisioni circa la composizione di questa commissione hanno richiesto un vaglio un po' laborioso in quanto bisognava rispettare il criterio di contenere il numero dei suoi membri ad un livello ragionevole ed occorreva far fronte ad alcune pressioni che, per il motivo precedente, si erano venute a creare. La commissione si insediò alla fine il 13 gennaio 1987 e nel corso del successivo mese di febbraio definì un primo programma di interventi, che fu poi aggiornato nel mese di giugno sulla base dei dati raccolti a quella data e della constatazione di un'andamento della malattia piuttosto lineare che non esponenziale. Questo programma, poi definitivamente aggiornato nel mese di dicembre sulla base dei dati ulteriormente pervenuti, riguarda un periodo che arriva fino al termine del 1989, in quanto gli epidemiologi ritengono non sia possibile dare indicazioni attendibili oltre tale data, anche se naturalmente questa limitazione crea alcuni problemi perchè la fine del 1989 non è lontana.

Il programma evidenzia innanzi tutto la necessità di adeguare le strutture esistenti con particolare riferimento alla disponibilità di un adeguato numero di posti letto in grado di recepire i malati di AIDS. Desidero far presente che attualmente in Italia, nonostante direttive precedenti che si muovevano nella direzione di una riconversione dei reparti di infettivologia, sono ancora in funzione in tali reparti 5.487 posti letto, mentre in altri paesi tali reparti sono stati quasi completamente soppressi nel periodo precedente l'esplosione dell'infezione da AIDS.

La distribuzione regionale di tali posti letto vede, per esempio, la Lombardia con 687 posti letto, che nel 1985 sono stati utilizzati per il 56 per cento, mentre attualmente tale percentuale è più alta, naturalmente anche in considerazione delle contromisure di cui parlerò tra poco. Il programma, che potrà essere meglio illustrato in altra sede dal professor Guzzanti, tiene conto di tutte queste voci. Per quanto riguarda le strutture per il ricovero, il programma prevede una spesa di 181 miliardi per

ristrutturare i reparti esistenti (con la conseguente disponibilità di 2.700 posti letto) e per costruirne di nuovi laddove si rivelassero necessari (circa 1.400 posti letto). Pertanto, per la fine del 1989 si dovrebbe raggiungere nei reparti di malattie infettive il tasso programmato di 12 posti letto ogni 100 mila abitanti. Questa ristrutturazione e riattivazione dei reparti di malattie infettive comporta un conseguente incremento di personale con una spesa aggiuntiva prevedibile in 97 miliardi.

Per quanto riguarda la ricerca, il programma elaborato dalla commissione prevede interventi che dovrebbero comportare una spesa di circa 18 miliardi (cifra che è stata aggiornata rispetto a quella precedente di 6 miliardi). A tale proposito devo far presente agli onorevoli senatori che il Ministero della sanità non ha attualmente competenze dirette in materia.

Inoltre, il programma prevede per la formazione di personale specializzato un'ulteriore spesa di 12 miliardi e per la campagna di informazione e di propaganda 20 miliardi. La spesa complessiva prevista è di 380 miliardi. Per far fronte a tale spesa abbiamo applicato quelle che sono le regole generali della contabilità di Stato in Italia. Quando la commissione ci ha fornito i dati nel febbraio del 1987 non potevamo che riferirci al bilancio di assestamento del 1987 ed al bilancio del 1988. Comunque desidero far presente che il primo programma era dimensionato su scala minore in quanto si basava sull'indicazione di una diversa base di sieropositività risultata dalla precedente ricerca nazionale. Pertanto, per il 1989 mi propongo di chiedere un ulteriore aumento di 200 miliardi da destinare alla lotta contro l'AIDS. Nel bilancio di assestamento del 1987 sono stati previsti 35 miliardi; inoltre ho chiesto ed ho ottenuto uno stanziamento di 100 miliardi che è stato inserito nel bilancio di previsione per il 1988 (ancora in corso di approvazione) in ordine alla tabella del Ministero della sanità.

Dopo aver compiuto una ricerca sui residui passivi di esercizio ormai chiusi del Ministero della sanità, siamo riusciti a recuperare 2 miliardi destinati alle rilevazioni ed ai lavori di programmazione e 9,8 miliardi, che sono stati definitivamente assegnati con una delibera del CIPE del 28 gennaio 1988. Quindi, onorevoli

senatori, in un primo momento abbiamo potuto recuperare pochi stanziamenti anche perchè il Ministero della sanità dispone di un bilancio di dimensioni ridotte - circa 800 miliardi - che in gran parte è assorbito dal personale.

Malgrado tali difficoltà sul piano finanziario, siamo andati avanti cercando di fare ciò che era necessario sul piano diagnostico, utilizzando gli stanziamenti compresi nel Fondo sanitario nazionale. Diverse Regioni hanno predisposto centri specializzati per l'AIDS e nell'ambito dell'assistenza ambulatoriale sono stati abbassati i costi dei *tests* in seguito all'intervento ministeriale. Questi centri, accanto ai reparti e alle divisioni di malattie infettive, hanno potuto controllare un numero rilevante di soggetti a rischio.

Dal punto di vista terapeutico la commissione ha elaborato una serie di documenti, uno dei quali costituisce il protocollo per l'uso e la sperimentazione clinica dell'AZT, che è l'unico farmaco che ha dimostrato fino a questo momento di essere in qualche modo efficace. Sono circa 600 i soggetti che sono stati sottoposti a questa terapia ed anche se la percentuale dei recessi è ancora molto bassa, di poco superiore al 10 per cento, si può dire che la sperimentazione di tale farmaco (che deve essere somministrato per tutta la vita) procede in modo soddisfacente. Complessivamente i documenti elaborati dalla commissione sono 10: due sono documenti programmatici mentre gli altri, escluso il protocollo per l'uso dell'AZT, sono di indirizzo (documenti che ho consegnato alla Presidenza della Commissione). Inoltre, la commissione ha assunto una serie di decisioni che sono state tradotte o in circolari ministeriali o sono state recepite in norme di legge, come per esempio l'obbligatorietà del *test* in caso di trasfusioni di sangue.

Onorevoli senatori, entro la fine dell'anno verrà fatto il punto della situazione per un eventuale aggiornamento del programma di intervento elaborato dalla commissione e per avere il quadro completo di questa attività di indirizzo. Desidero far presente che gli estratti delle decisioni adottate dalla commissione sono stati regolarmente trasmessi alle regioni ed alle USL, che hanno potuto quindi usufruire del materiale della documentazione scientifica

e medica sull'AIDS (con particolare riguardo all'*habitat* in cui si diffonde) elaborato da questa commissione altamente specializzata.

Ho già detto delle cadenze con le quali abbiamo una disponibilità di poco più di 144 miliardi rispetto ad occorrenze di 380 miliardi, considerando circa 181 miliardi per ristrutturare i reparti esistenti e per costruirne di nuovi, 20 miliardi per la propaganda e l'informazione, 18 miliardi per la ricerca, 12 miliardi per la formazione di personale specializzato. Ai 144 miliardi di cui disponiamo pensiamo di aggiungerne 25 o 30 attraverso gli stanziamenti compresi nel Fondo sanitario nazionale, al quale purtroppo non possiamo sottrarre molto perchè è già carico degli impegni per la normale attività.

Infatti il piano Guzzanti prevede che l'esame ambulatoriale del *test* sia fatto con le spese correnti del Fondo sanitario nazionale. Dai 144 miliardi, aggiungendone 25-30, arriveremo a circa 170-175 miliardi; la differenza rientra in una richiesta che, concluso l'*iter* del disegno di legge finanziaria, il Ministero avanzerà: avere in sede di assestamento del bilancio 1988 almeno 188 miliardi, cifra che si avvicina ai 200 miliardi per il 1989.

Devo dire che siamo in presenza di cifre contenute ancorchè sembrano robuste, perchè verso la fine del 1988 la commissione sarà chiamata a fare il punto su quei dati epidemiologici sui quali l'osservatorio attuale, che ha fornito dati a partire dal 1983, come ho detto, non vorrebbe per il momento pronunciarsi ma dei quali abbiamo bisogno perchè, anche se l'indirizzo che viene seguito come indicazione del programma Guzzanti è quello di fare quanto è possibile per la spedalizzazione domiciliare, i caratteri dell'AIDS conclamato sono tali da consigliare quasi sempre il ricovero.

L'AIDS conclamato (ho una nota del professor Rondanelli, che insiste su questi aspetti) provoca notevoli possibilità di infezioni per gli altri e per lo stesso malato. Per questi motivi la ristrutturazione ospedaliera è costosa. Bisogna arrivare a prendere coscienza che una infezione avviene spesso per via aerea, che molti muoiono per una polmonite provocata da un bacillo particolare, quindi a considerare la necessità del ricovero nella stanza singola

oppure la possibilità di accoppiamenti quando l'infezione opportunistica è identica. Perciò la ristrutturazione per quello che riguarda l'AIDS è particolarmente costosa, soprattutto tenuto conto dell'espansione esponenziale. La proporzione di 12 posti letto per 100 mila abitanti sarà valida fino a quando avremo un orizzonte che non si discosterà molto dagli 8.000 casi che prevediamo per la fine del 1989; se invece l'orizzonte cambierà, si dovrà pensare alla costruzione di nuovi ospedali e quindi la spesa sarà superiore.

Le costruzioni in Italia non si possono realizzare come in altri paesi: negli Stati Uniti si costruisce un grattacielo in undici mesi; in Italia ci sono ospedali che aspettano da trentaquattro anni di essere ultimati, non solo nel Sud ma anche nel Nord. L'ospedale di Savona, per esempio, è da trentaquattro anni che aspetta di essere completato mentre continua a funzionare l'ospedale di San Paolo: una vergogna dal punto di vista igienico, tanto per parlare della mia provincia di nascita. Al di là di queste situazioni che vengono superate in questo momento per la rapidità dei finanziamenti non per la rapidità nelle costruzioni, è chiaro che se entro la fine del 1988 avremo dati più precisi potremo pensare ad un volume diverso di costruzioni.

Credo tuttavia che al di là di quelle che saranno le decisioni della commissione, alla fine del 1988 il Ministero dovrebbe darsi da fare per raccogliere sul piano dell'ingegneria ospedaliera una serie di progetti in modo da disporre rapidamente di nuove unità che nel 1990, 1991, 1992, possano raccogliere almeno il doppio dei degenti rispetto a quelli attuali. Teniamo conto che la cadenza delle mortalità è piuttosto stretta: sopravvivono mediamente nel secondo anno circa il 20 per cento dei malati. Oggi sono molto di più di 800; 1.547 casi erano stati registrati al 31 dicembre; circa i dati dell'8 febbraio posso indicare la cifra delle denunce, non delle mortalità successive. Si tenga conto che con talune infezioni opportunistiche la sopravvivenza al secondo anno è vicina allo zero, mentre con altre è al 20 per cento.

Nelle disponibilità di spesa abbiamo già previsto un forte finanziamento per l'unica Regione che finora ha fatto pervenire una

richiesta dettagliata: la Regione Lombardia ha chiesto e ottenuto finanziamenti sul fondo del Ministero della sanità per l'allargamento degli organici e per una serie di interventi destinati a raggiungere circa mille posti letto di infettivologia. Bisogna tener conto che devono essere attrezzati in modo da recepire comunque l'effetto AIDS mille posti di infettivologia, avendo una dotazione vicina ai 700 posti letto. Questa cifra occupa in misura notevole la disponibilità che si era creata con l'assestamento di bilancio, cioè dal 15 novembre dello scorso anno. Attendiamo altre indicazioni.

Non abbiamo potuto esperire la gara indetta nel mese di marzo perchè i 100 miliardi ottenuti dal Ministero e inseriti nel bilancio per il 1988 fanno carico a un Fondo speciale per l'Istituto superiore della sanità, mentre i 35 miliardi già previsti per il 1987 facevano carico ai fondi ordinari del Ministero: il che ha comportato un allungamento dei tempi derivanti dai controlli.

La gara l'avevamo indetta secondo i criteri dell'Istituto superiore di sanità, tanto che ci eravamo indotti a presentare nella legge finanziaria la richiesta di avere lo stesso trattamento del Ministero per la protezione civile relativamente alle spese di investimento e di informazione nazionale. La richiesta del Ministero è stata tradotta in una norma contenuta nell'articolo 31 della legge finanziaria, che però è stato stralciato ed ora è stato inserito in un decreto-legge che inoltre prevede il ridimensionamento dei posti ospedalieri - contenuto nell'articolo 28 della finanziaria - e che entra in vigore oggi.

Dei nove miliardi e rotti destinati alla ricerca scientifica e resi disponibili dalla delibera del CIPE del 28 gennaio scorso si occupa già la commissione appositamente costituita, per dare la possibilità di assegnare i fondi anche agli istituti o ai reparti che fanno capo ai membri della commissione nazionale, anche tenendo peraltro conto che le competenze in questa materia non sono diffusissime. Ciò deve avvenire attraverso la predetta commissione non tanto per una ragione di correttezza, quanto perchè sarebbe assai facilmente conseguibile una censura della Corte dei conti perchè, quando si distribuiscono fondi di questo tipo, c'è sempre un escluso che ricorre.

Per evitare quindi decisioni frettolose e di «partorire gattini ciechi», la commissione è presieduta da un consigliere del Consiglio di Stato, e potrà procedere nel giro di una ventina di giorni.

Per il momento siamo nell'ambito di un decreto che si riferisce a stanziamenti previsti nelle tabelle del bilancio del 1988.

È questo il quadro dal punto di vista tecnico-organizzativo, avviato con qualche difficoltà, ma per il quale abbiamo superato i passaggi più difficili per ottenere un intervento all'altezza delle difficoltà che questa malattia comporta, per la quale per il momento non esistono rimedi ed occorre invece un'azione di prevenzione molto capillare.

È stato definito ancor prima di fare la gara un opuscolo che sarà inviato pressochè a tutte le famiglie (dico pressochè perchè abbiamo visto che l'invio di materiale ai comuni comporta delle difficoltà e pertanto stiamo rivolgendoci a ditte specializzate). Nel passato, con i mezzi reperiti abbiamo avviato campagne d'informazione sia attraverso le pagine dei giornali, sia attraverso l'attivazione del «telefono verde» che ci ha dato decine di migliaia di risposte. Le Regioni a loro volta e un certo numero di USL hanno già diffuso un opuscolo sulla materia che costerà circa un miliardo e mezzo e con il quale raggiungeremo le residue zone ancora non coperte. Non credo che la conoscenza del pericolo della malattia non sia diffusa e che le norme principali di prevenzione non siano conosciute; tuttavia faremo compiere un'indagine in questo senso, in quanto quelle svolte dai privati ci dicono che la mancanza di informazione è marginalissima. Si tratta di tener viva l'informazione e specializzarla in direzioni estremamente difficili, perchè le cifre sulle categorie a rischio dicono - e vorrei ricordarlo ancora - che tra i 1.478 casi registrati al 31 dicembre 1987 abbiamo 916 tossico dipendenti, 301 omosessuali, 52 omosessuali tossicodipendenti, 35 emofiliaci e 23 trasfusi di cui 13 nel 1987, che rappresentano la cifra più alta, anche se è difficile sapere se trattasi di trasfusioni recenti o passate. Gli emofiliaci invece stanno riducendosi (22 casi nel 1986 e 14 nel 1987), il che indicherebbe che le norme di prevenzione adottate riducono il numero degli infetti da AIDS conclamato.

Invece quello che risulta chiaramente è che la percentuale degli omosessuali puri infetti da AIDS conclamato è percentualmente in diminuzione rispetto agli omosessuali anche tossicodipendenti (22,2-24,9); non è possibile fare riferimento alle cifre del 1983 in quanto essendo soltanto 4 i casi il dato non è significativo.

È meglio fare riferimento al 1985, e le cose sono un pochino diverse: avevamo infatti 55 omosessuali infetti su un totale di 177, cioè una cifra che superava di qualcosa il 30 per cento; aggiungendo gli omosessuali anche tossicodipendenti, vi è una riduzione sotto il 25 per cento; il che vuol dire che una maggiore prevenzione e profilassi fanno conseguire qualche risultato.

L'orizzonte difficile è quello della tossicodipendenza perchè non è stato ancora accertato in maniera chiara se l'infezione si trasmetta prevalentemente tramite rapporti sessuali o, come pure sembra, attraverso lo scambio delle siringhe infette. Quello che è certo è che si tratta di un settore di difficilissimo controllo.

È dimostrato dalla testimonianza dei responsabili delle unità terapeutiche - analogamente a quanto indicato nei documenti propagandistici dell'OMS - che con cambiamenti di stile di vita si ottengono risultati e, talvolta, anche rallentamenti nella progressione della malattia conclamata e un moderato sviluppo della infettività da cui può derivare, almeno come andamento dei sintomi, una vita di durata quasi normale. Ma tali cambiamenti, come tutti sanno, è molto difficile ottenerli dai tossicodipendenti. Le comunità terapeutiche registrano tante odissee, che iniziano con la ricezione di elementi nella comunità per concludersi, quando tutto va bene, con il reinserimento nella vita normale. A questo punto alcuni riescono definitivamente ad astenersi dal consumo di droga, ma molti hanno ricadute, non si presentano più alle comunità oppure vi ritornano in condizioni aggravate, magari portandosi dietro la sieropositività o anche segni della malattia. Appare evidente che una azione in questa direzione è pertanto molto difficile.

Dalla ricerca che è stata eseguita su un certo numero di casi, che non costituiscono però un vero e proprio campione statistico, scaturisco-

no alcune percentuali relative. I 52.900 soggetti sieropositivi risulterebbero composti da 31.785 tossicodipendenti, 5.137 omosessuali, 1.050 emofiliaci, 1.460 politrasfusi adulti, 874 bambini politrasfusi, 9.514 eterosessuali appartenenti a categorie a rischio, 586 figli di genitori tossicodipendenti, più alcuni soggetti per i quali non sono state chiarite le indicazioni di rischio.

Che significato hanno questi dati se paragonati con le cifre totali dei sieropositivi? Si vede che, in rapporto all'area a rischio della tossicodipendenza, che secondo alcune valutazioni comprende 104-108.000 persone, mentre secondo altre includerebbero ben 150-160.000 persone, la percentuale di coloro che sono stati controllati è molto alta corrispondendo all'incirca ad un sesto del totale. Quindi, il dato relativo alla sieropositività dei tossicodipendenti (40-50 per cento circa degli esaminati) corrisponde probabilmente alla realtà dell'universo dei tossicodipendenti, anche se occorre rilevare che i tossicodipendenti esaminati sono quelli che si sottopongono a cure presso le strutture sanitarie pubbliche, ma non comprendono tutti quegli altri (70.000-130.000, a seconda delle valutazioni) che non si sono sottoposti a tale tipo di cure, almeno presso le strutture pubbliche. Si potrebbe quindi supporre che queste persone siano in buone condizioni di salute ma anche che siano, invece, ancora più gravi di coloro che si sottopongono a cure.

Sempre dall'indagine sulla sieropositività emerge che la percentuale di omosessuali sieropositivi in rapporto a quello che si presume essere il totale degli omosessuali, valutato da molti superiore al milione di persone, dovrebbe essere assai ridotta. Il dato è risultato dall'analisi fatta su tre gruppi di volontari per complessive 5.137 persone e non su un estratto campionario scientifico, per cui il rapporto ottenuto è da ritenere quanto mai aleatorio.

Il tossicodipendente che si sottopone a controlli appartiene per lo più al ceto medio o addirittura basso della popolazione. Infatti, il tossicodipendente di famiglia agiata per curarsi non ricorre solitamente alle strutture sanitarie pubbliche per quel tanto di ritegno, di pudore o di falso pudore che ha.



I dati circa la diffusione dell'omosessualità, che è uno stile di vita particolare, risentono invece del fatto che tale condizione non sempre è accettata dalla società e dal costume. Da ciò deriva che la manifestazione di tale condizione è conclamata da parte di taluni gruppi - alcune organizzazioni vogliono affermare l'omosessualità come costume normale per cui rifiutano la definizione di categoria a rischio - mentre in moltissimi altri casi viene mantenuta nascosta. Dai dati che abbiamo potuto raccogliere - ma si tratta ancora di materiale grezzo - l'omosessualità appare diffusa in molti strati di società, anche se nei ceti più poveri si presenta piuttosto come fonte di guadagno per soggetti molto giovani che come stile di vita. Nelle classi più agiate, invece, tale condizione assume a volte l'aspetto quasi di uno stile di vita. Inoltre, in queste classi molti dei soggetti che scoprono di essere infetti ricorrono a cure private e non alle strutture pubbliche. Questa notazione si basa sugli elementi che emergono dall'indagine già citata che è però - lo ribadisco - necessariamente approssimativa. Appare pertanto difficile portare le conclusioni oltre un certo punto.

Uno degli indirizzi fondamentali formulati dalla commissione è quello della necessità di tutelare la riservatezza cui ha diritto la persona colpita da questa malattia, che è indubbiamente una malattia infettiva, anche se con particolari caratteri non trattandosi di una infezione che si propaga attraverso i rapporti sociali bensì secondo modalità ben precise e cioè durante rapporti di sangue o rapporti sessuali.

La commissione si è poi pronunciata contro ogni discriminazione nell'assunzione al lavoro delle persone sieropositive ma non affette da AIDS conclamato e contro una schedatura nominativa, salvo nel caso, come per le altre malattie infettive, di malati conclamati. Tale rilevazione è oggi, dopo la modifica del protocollo iniziale, nominativa, in quanto il precedente sistema comportava un lavoro complicatissimo che non dava alcun risultato, pur trattandosi di un numero di soggetti limitato; anche nel caso, per esempio, della ricerca di precedenti di un malato conclamato che avesse cambiato

residenza, come spesso accade a queste persone nella disperata ricerca di qualcuno che le ospiti specialmente nella fase terminale della malattia.

Quindi, bisogna tener presente questa relatività dei dati. Tuttavia, ciò che è certo è che il numero dei malati conclamati è superiore a quello che abbiamo registrato. Forse è stato preso qualche abbaglio a causa della relatività e della disfunzione della conoscenza anche se il mantenimento dei reparti di malattie infettive ha facilitato il modo di affrontare questa malattia in Italia.

Dai più recenti rilievi emerge una percentuale di sintomatici di AIDS conclamati superiore al Nord rispetto al Sud. La non manifestazione di questa malattia nel Sud è probabilmente da imputare al tipo di diffusione dell'AIDS. Infatti, sembra che essa si sia propagata dall'Inghilterra al resto dell'Europa continentale e pertanto abbia colpito prima il Nord Italia. Quindi, credo di poter dire che non esiste un'isola felice nella quale non si corrono rischi. Il Sud è una di quelle zone dove presumibilmente nel futuro verranno registrate sempre più manifestazioni di malattie del ceppo AIDS o AIDS conclamato, con tutte le conseguenze che ciò comporta (anche se ci auguriamo che il numero dei malati non sia sempre più crescente come nelle altre regioni). Un altro aspetto che devo evidenziare è che, nonostante quanto viene affermato, si registra una maggiore concentrazione e diffusione di questa malattia nelle grandi aree metropolitane rispetto alle zone rurali. Dai dati relativi al 1987 si evince che su 1.478 casi conclamati 537 si riferiscono soltanto alla Lombardia (circa il 35 per cento). Se analizziamo questo dato possiamo vedere che la maggior parte di questi casi si riferisce ai grandi centri metropolitani; per esempio la percentuale relativa alla provincia di Como, di Mantova e di Cremona è limitata. Lo stesso discorso può essere fatto per il Piemonte - anche se in proporzioni minori - dove la maggior parte dei 103 casi conclamati è concentrata nell'area metropolitana di Torino. La stessa prevalenza viene registrata nel Lazio dove il maggior numero dei 185 casi conclamati è presente nel centro metropolitano di Roma.

In base ai dati relativi alla diffusione della malattia in Italia si può pensare che nel Sud sia stato registrato un numero inferiore di casi AIDS rispetto al Nord in quanto l'Italia meridionale presenta poche aree metropolitane. Certamente tali anomalie e situazioni debbono essere approfondite ed analizzate. Per ora posso dire che questa situazione deriva dal fatto, innanzi tutto, che l'AIDS tende a colpire soprattutto i tossicodipendenti che sono principalmente concentrati nelle grandi aree urbane. Per esempio in Sardegna viene registrato un elevato numero di tossicodipendenti soprattutto nella zona altamente turistica dell'Aga Khan mentre è molto basso nel resto della Sardegna meridionale.

IMBRIACO. Onorevole Ministro, vi sono alcune province rurali del Sud dove finora non è stato registrato un solo caso di AIDS, come per esempio Benevento. Volevo sapere quale è la percentuale dei sieropositivi nelle province rurali del Nord rispetto a quelle del Sud.

DONAT-CATTIN. *ministro della sanità*. Senatore Imbriaco, in effetti in alcune province del Sud non è stato registrato nessun caso di AIDS. Comunque, consegnerò alla Presidenza della Commissione le tabelle che portano il numero dei sieropositivi regione per regione. Come è stato già fatto presente, sia al Nord che al Centro è stata registrata una prevalenza di casi di AIDS nelle grandi aree metropolitane mentre nelle zone rurali il numero è presumibilmente assai ridotto. Ho detto «presumibilmente» perchè negli anni '80 si era diffuso il tabù dell'AIDS per cui non si può conoscere con esattezza il numero dei sieropositivi.

Inoltre - come ho già chiarito - la malattia, sulla cui provenienza africana la maggior parte degli studiosi è d'accordo, si è diffusa dall'Inghilterra alla Germania, Francia, Svizzera (paese dove vengono registrate insieme alla Danimarca le percentuali più alte) e all'Italia settentrionale. Il fatto che il tasso di incremento in Italia abbia raggiunto una notevole dimensione e sia superiore rispetto ad altri paesi, come l'Inghilterra, dipende dalla prevalenza dei tossicodipendenti. È molto difficile per questa ultima categoria realizzare un'efficace azione di prevenzione - come invece è

possibile per gli omosessuali -, di rieducazione e reinserimento in un genere di vita che non li esponga e non comporti un abbassamento delle difese immunitarie.

Onorevoli senatori, questo è il programma del Ministero della sanità per il quale invito il Parlamento a reperire i necessari stanziamenti. Infatti, se avessimo potuto disporre prima delle cifre che ho citato avremmo guadagnato qualche mese nella nostra opera di prevenzione e di indirizzo; e proprio a tal fine la commissione era pronta ad adottare un piano di ridimensionamento.

Prima di concludere il mio intervento volevo richiamare nuovamente l'attenzione della Commissione sul fatto che il Ministero della sanità non può occuparsi compiutamente della ricerca medica; aspetto che ritengo estremamente negativo. Paesi più progrediti del nostro hanno sviluppato, accanto ad un istituto che può essere paragonato al Consiglio nazionale della ricerca, un apposito centro di ricerca medica, perchè è molto difficile che questa si sviluppi se non è previsto un finanziamento diretto.

Questo è un elemento che per noi si è rilevato negativo perchè al CNR, per quello che mi risulta, finora non ho sentito parlare di AIDS: quindi farò sollecitazioni in questo senso, perchè questa totale separatezza crea qualche inconveniente. Ci sono alcune iniziative di farmaceutici privati che la commissione per l'assegnazione dei fondi dovrà tenere presenti per non creare inutili doppioni e poter chiedere di compiere un controllo.

Ho qualche perplessità sulla distribuzione dei fondi a pioggia che viene prevista nel progetto della commissione dell'Istituto superiore di sanità per i ricercatori. È una distribuzione che può andare bene per l'epidemiologia ma per altri versi costituisce un grave difetto di tutta la ricerca in Italia. D'altra parte, se non dessimo questi modesti aiuti alla ricerca, forse sarebbe più utile addestrare il personale alla conoscenza di quello che viene ricercato altrove, per avere almeno questo contatto internazionale che ci tiene aggiornati. Certo, con queste somme non c'è la possibilità di concentrare in vista di alcuni grandi obiettivi una ricerca approfondita.

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

1° RESOCONTO STEN. (10 febbraio 1988)

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro per la relazione svolta che è stata ampia e ricca di dati e che pertanto ha portato via tutto il tempo che avevamo a disposizione.

Vorrei anche pregare il Ministro di inviare alla Commissione tutto il materiale che si ritiene possa essere utilmente consultato: circolari, decreti-legge e questo «piano Guzzanti» di cui abbiamo sentito parlare e che, se fosse possibile, potremmo utilmente prendere in considerazione.

Poichè nessun altro domanda di parlare, il seguito dell'indagine conoscitiva è rinviato ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 10,25.*

---

**SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI**

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

DOTT. ETTORE LAURENZANO