

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— X LEGISLATURA —————

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

(Igiene e sanità)

---

### INDAGINE CONOSCITIVA SULL'AIDS

4° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 16 MARZO 1988

---

**Presidenza del Presidente ZITO**

**INDICE****Audizione dei professori Alessandro Beretta-Anguissola e Carlo Zanussi**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 5, 10 e <i>passim</i>	<i>BERETTA-ANGUISSOLA</i> .....	Pag. 3, 7, 12 e <i>passim</i>
ALBERTI ( <i>Sin. Ind.</i> ) .....	6	<i>ZANUSSI</i> .....	4, 7, 11 e <i>passim</i>
AZZARETTI ( <i>DC</i> ) .....	5, 12		
CONDORELLI ( <i>DC</i> ) .....	7		
CORLEONE ( <i>Gruppo Fed. Eur. Ecol.</i> ) .....	10, 13		
MARINUCCI MARIANI, <i>sottosegretario di Stato</i> <i>per la sanità</i> .....	11		
MELOTTO ( <i>DC</i> ) .....	8		
MERIGGI ( <i>PCI</i> ) .....	7		
ONGARO BASAGLIA ( <i>Sin. Ind.</i> ) .....	6, 14		
SIRTORI ( <i>Gruppo Misto - Lista Verde</i> ) .....	7		
TORLONTANO ( <i>PCI</i> ) .....	9		

*Intervengono il ministro della Sanità Donat Cattin e il sottosegretario di Stato per lo stesso Dicastero Marinucci Mariani.*

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Alessandro Beretta-Anguissola e il professor Carlo Zanussi.*

*I lavori hanno inizio alle ore 11,50.*

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sull'AIDS. È oggi in programma l'audizione dei professori Alessandro Beretta-Anguissola e Carlo Zanussi.

*Vengono introdotti i professori Alessandro Beretta-Anguissola e Carlo Zanussi.*

#### **Audizione dei professori Alessandro Beretta-Anguissola e Carlo Zanussi**

PRESIDENTE. Ringrazio i professori Beretta-Anguissola e Zanussi per aver accettato l'invito a partecipare a questa riunione. Abbiamo già tenuto altre audizioni: abbiamo iniziato con il Ministro della sanità, proseguiamo con gli esperti e allargheremo il raggio dei nostri inviti coinvolgendo anche esperti esteri, il Ministro della difesa, il Ministro della pubblica istruzione e altri per capire cosa si sta facendo da parte di quelle amministrazioni. L'indagine conoscitiva si concluderà con un documento che sarà sottoposto all'attenzione della Commissione.

È inutile ricordare la ragione per cui abbiamo preso questa iniziativa, la preoccupazione e quindi il desiderio di essere informati, da chi sa più di noi, dei termini del problema, qui e negli altri paesi.

Informo che la seduta si svolge con la pubblicità audiovisiva prevista dall'articolo 33, quarto comma, del Regolamento, e che dei nostri lavori viene redatto un resoconto stenografico.

Do senz'altro la parola al professor Beretta-Anguissola.

**BERETTA-ANGUISSOLA.** Signor Presidente, onorevoli senatori, li ringrazio molto per questo invito; sono a disposizione per rispon-

dere alle domande che vorranno rivolgermi. L'esposizione riesce forse un po' difficile da impostare a chi viene ascoltato dopo che già altre informazioni sono state rese sull'argomento e quindi corre il rischio di ripetere cose dette, magari meglio.

Vorrei quindi limitarmi a un paio di considerazioni che sono piuttosto conclusive che non introduttive. Ad ogni modo potranno servire quale spunto per le loro domande.

Nella mia veste di presidente, vorrei sottolineare intanto che il Consiglio superiore di sanità da tempo ha preso in esame il problema oggetto della loro indagine e ha ispirato con i suoi suggerimenti le numerose circolari già da anni emanate dal Ministero.

Nel gennaio 1987 è stata istituita la commissione anti-AIDS, ma il Consiglio superiore di sanità si era già interessato del problema. Per quanto riguarda questa sindrome, infatti, già nel 1983 il Ministero ha emanato una circolare, ispirata dal Consiglio superiore di sanità; per la prima volta venivano indicate le caratteristiche (per lo meno le più importanti) della malattia. Nel 1984 si è promossa la stesura della scheda di rilevamento, che poi è stata ripresa più volte anche dalla commissione anti-AIDS. La scheda di rilevamento, come loro sanno, rappresenta uno dei momenti più delicati, in quanto si è sempre inteso rispettare la segretezza, l'anonimato e anche la commissione ha fatto proprio totalmente questo atteggiamento.

Sempre nel 1984 sono state emanate le prime circolari riguardanti le misure di profilassi (già molto dettagliate), che poi sono state riprese dalla commissione nel primo documento approvato nel 1987; sono state emanate anche le circolari sull'assistenza ai tossicodipendenti, quelle sull'AIDS nelle carceri, quelle sui donatori di sangue e altre che rispondevano ai deliberati del Consiglio superiore di sanità.

Sono stati varati inoltre provvedimenti riguardanti la sorveglianza, la profilassi e la denuncia obbligatoria, sempre fatto salvo l'anonimato, norme più precise come quelle sulle vaccinazioni, sugli odontoiatri, sulla fecondazione artificiale e via dicendo.

L'esperienza di questi anni, soprattutto l'esperienza della commissione nazionale anti-AIDS, mi fornisce lo spunto per pensare che

oggi come oggi il problema debba essere affrontato con metodologia un poco rinnovata. Occorre affrontare il problema delle categorie a rischio, passando da una informazione generica, diffusa alle famiglie attraverso i giornali, ad una informazione mirata che ci consenta di valutare la situazione delle categorie a rischio attraverso le quali si va diffondendo la malattia.

Tra tossicodipendenti e soggetti a comportamento omosessuale si arriva al 73-74 per cento dei casi. Perciò occorre affrontare la questione della droga anche sotto questo profilo: la droga è il tramite di diffusione più importante del *virus*. A questo proposito, infatti, si rileva che, sebbene il problema rimanga tale nella sua importanza, l'incremento del fenomeno tra i soggetti a comportamento omosessuale è stato minore. Ciò è imputabile a molteplici ragioni: ho avuto incontri con alcuni rappresentanti della categoria e ho potuto constatare che una di tali ragioni risiede nell'azione di informazione e prevenzione che essi stanno conducendo *intra moenia*; una intelligente ed efficace propaganda.

Vi è poi il problema delle carceri, con tutto quanto comporta: i detenuti malati vanno emarginati, messi in strutture a parte, oppure no? Si deve fare lo *screening* obbligatorio? Quali provvedimenti è opportuno prendere?

A parte il caso di AIDS accertata, per cui è necessario il ricovero in ospedale, il legislatore potrebbe addirittura prendere in considerazione l'ipotesi di nuove formule, come, ad esempio, trasformare la pena carceraria in pena di altro tipo; il che sarebbe più consono all'esigenza di segretezza, di discrezione e di anonimato e nello stesso tempo eviterebbe rapporti pericolosi con gli altri detenuti.

ZANUSSI. Sono molto lieto ed onorato di potervi esporre quelle che sono le mie opinioni sull'AIDS.

Affronterò il problema da una ottica diversa da quella del professor Beretta-Anguissola. Mi sono chiesto molte volte quale potesse essere l'atteggiamento del pubblico, soprattutto del pubblico più qualificato, riguardo alla difformità di notizie che si hanno sulla malattia. In realtà questa difformità è per gran parte legata al fatto che si acquisiscono dati nuovi, molto

spesso diversi rispetto a quelli precedenti. In questi anni abbiamo assistito ad una dinamica che ha portato all'evidenza nuovi quadri clinici che dovrebbero essere a conoscenza di ogni medico, mentre lo sono di rado. Questa dinamica ha portato a vedere in modo nuovo l'evoluzione della malattia delle categorie a rischio; oltre alle tossicodipendenze, alla omosessualità e alle trasfusioni, stiamo osservando altre modalità di trasmissione della malattia che vanno studiate attentamente: parlo in primo piano della trasmissione eterosessuale.

Ci siamo resi conto che la diagnosi precoce ci consentirà non solo di evidenziare casi iniziali ma anche di intervenire rapidamente, anche se è un programma ancora da attuare. Abbiamo dati, notizie, e stiamo cercando possibili applicazioni pratiche, stiamo cercando di vedere come la malattia evolve diversamente nell'uno o nell'altro individuo ed alcune cose oggi ci stanno diventando più chiare. Esistono fattori genetici e di scatenamento che richiedono un riesame della nostra concezione di assistenza nei confronti della malattia.

Vorrei per un momento soffermarmi su un altro problema. La prevalente preoccupazione delle autorità di tutti i paesi dove l'AIDS ha una elevata diffusione è quella di disporre di un numero di letti sufficiente. La commissione nazionale anti-AIDS ha elaborato un documento, che va sotto il nome di «documento Guzzanti», di notevole importanza per il quadro assistenziale. Non vorrei però che si facesse un errore di fondo: si badasse ai letti di degenza piuttosto che ad un'assistenza globale. Bisogna considerare che il malato di AIDS entra ed esce spesso dall'ospedale e dobbiamo quindi prevedere una rete di coordinamento e assistenza anche di tipo domiciliare, altrimenti non saremo in grado di assistere tutti i malati e creeremo una serie di ospedali «lazzaretto». Dobbiamo, pertanto, affrontare il problema di una assistenza coordinata.

Scusatemi se a questo punto spezzo una lancia a favore di un coordinamento reale, perchè non può l'autorità centrale stabilire certe norme mentre le Regioni ne stabiliscono altre, e i comuni altre ancora, creando una grande confusione.

Vorrei soffermarmi su un ultimo problema e sarò dopo ben lieto di rispondere alle doman-

de che i senatori vorranno rivolgermi. Il problema della ricerca è delicato, anche perchè, a mio parere, la parola ricerca viene per lo più adoperata in modo impreciso. Esiste, accanto alla ricerca scientifica di base, un tipo di ricerca applicata al malato e alla infezione. Se non ci dedichiamo a questa area non solo saremo a rimorchio degli altri paesi, ma arriveremo tardi ad esaminare questioni di ordine terapeutico, assistenziale, organizzativo. Abbiamo oggi una decina di interessanti proposte terapeutiche e abbiamo soprattutto il problema di utilizzare razionalmente questi farmaci nei vari stadi della malattia. Sono ricerche che impegnano enti e persone e che vanno portate rapidamente avanti se si vuole arrestare il progresso della malattia. Ho colto solo l'aspetto terapeutico, potevo sottolineare quello genetico, epidemiologico, preventivo. La dibattuta questione della ricerca non deve essere interpretata come un fiore all'occhiello degli scienziati, ma solo come una assoluta necessità collettiva.

PRESIDENTE. Ringrazio i professori Beretta-Anguissola e Zanussi per la loro esposizione e do senz'altro la parola agli onorevoli colleghi che intendono porre domande.

AZZARETTI. Sono lieto di poter rivolgere una domanda al professor Zanussi; impropriamente l'avevo fatta al ministro Donat-Cattin che non poteva rispondere perchè si tratta di una questione di natura tecnica.

Cercherò di sintetizzare, per non perdere tempo. Credo che ci possa servire una precisazione in ordine alle cosiddette categorie a rischio. Queste all'inizio erano praticamente costituite dai tossicodipendenti, dagli omosessuali e da chi si sottoponeva a trasfusioni quando ancora non erano state previste al riguardo controlli rigorosi. Mi pare che ci sia stata una evoluzione e si ha la sensazione che non sia stato chiarito bene il rischio che si corre. Se si definiscono categorie a rischio solo quelle tradizionali, con probabilità non si diffonde una informazione corretta, visto che sono stati fatti notevoli progressi. Il negozio del barbiere una volta era considerato dall'opinione pubblica come un ambiente a rischio; perchè allora non si è disposto il cambio delle

lamette? L'opinione pubblica ha bisogno di sapere con certezza quali comportamenti si devono tenere. Mi rendo conto del fatto che da parte del Consiglio superiore di sanità sono state date molte indicazioni, ma devo dire che la diffusione di una informazione esatta è sempre stata purtroppo molto scarsa, anche perchè i canali periferici non hanno avuto gli strumenti, la sensibilità, per intervenire in maniera mirata. Credo, professor Zanussi, che questo concetto modificato di categoria a rischio debba essere precisato.

Vorrei fare una seconda domanda. Si è diffusa la sensazione, non solo nell'opinione pubblica, che praticamente la malattia poteva offrire l'occasione per risolvere alcuni problemi che erano in sospenso.

Ma credo che soprattutto si debba affrontare il problema di come e dove curare gli ammalati nella fase acuta. Infatti, anche dalle dichiarazioni rese pubblicamente dalla commissione ministeriale, sembra si sia ipotizzato che i nuovi posti letto debbano essere riservati agli ammalati nella fase conclamata che, per evitare di contagiare altri, dovrebbero praticamente vivere dentro l'ospedale, il che è, a mio avviso, inaccettabile da qualsiasi punto di vista. Vi è il problema del domicilio, che anche per esperienza di altri paesi sappiamo non è facile da risolvere, poichè in certi casi la famiglia non c'è o rifiuta il parente che si è macchiato dell'«infamia» di una malattia come questa. Quindi, si dovrà pensare ad una struttura intermedia tra l'ospedale ed il domicilio, dove poter fornire anche il necessario supporto psicologico, forse ancora più importante della terapia, una volta diagnosticata definitivamente la malattia. Sarebbe pertanto indispensabile intervenire su questi punti.

Mi rendo conto che la scienza deve esprimersi liberamente e che, pertanto, non si può pretendere un'uniformità di pensiero di fronte ai problemi, ma in un momento così particolare, di fronte ad una malattia come l'AIDS, credo che sarebbe utile una maggiore omogeneità nell'informazione. In questo paese, d'altra parte, tutti quelli che hanno voglia di dire la loro su un argomento riescono a diffondere le loro opinioni magari più facilmente di chi è più qualificato per farlo. Ritengo, quindi, che sarebbe opportuna una maggiore chiarezza

nell'informazione per l'opinione pubblica, oltre che per i medici che prima di tutti dovrebbero essere informati o, comunque, avere il dovere di informarsi, dal momento che svolgono il proprio lavoro a salvaguardia della salute del cittadino.

ALBERTI. Anzitutto ringrazio i professori Zanussi e Beretta-Anguisola per essere intervenuti.

Vorrei chiedere al professor Zanussi notizie circa un coordinamento organizzativo degli interventi, se cioè la commissione è già pervenuta a questo proposito ad una definizione. Si stanno infatti verificando situazioni alquanto anomale poichè i centri di riferimento per l'AIDS sono diversi da regione a regione: in alcune, lo sono i reparti di virologia; in altre, i reparti di malattie infettive; in altre ancora, i centri trasfusionali. Sarebbe invece necessario individuare centri omogenei di riferimento.

Dal discorso che faceva il professor Zanussi, il coordinamento si pone in termini di assistenza. Quindi, si dovrebbe fare riferimento a reparti di assistenza, cioè di diagnosi e cura, per poter organizzare sul territorio una struttura essenziale onde evitare che i malati di AIDS prima o poi finiscano nel «lazzaretto». Occorre pertanto creare una rete di strutture sul territorio, con *day hospitals*, poliambulatori e reparti di degenza tra loro collegati.

Vi è quindi la necessità di individuare i reparti di diagnosi e cura che devono essere il punto di riferimento attorno a cui organizzare una rete di assistenza efficiente, altrimenti si verificano situazioni assurde e si rischia di innescare un meccanismo di competizione tra struttura e struttura, anche in funzione della ripartizione dei finanziamenti. Naturalmente si sa benissimo che quando si scatenano meccanismi di questo tipo difficilmente poi si riesce ad arrivare ad un'organizzazione efficiente, con il rischio di disperdere le risorse in interventi che nulla hanno a che fare con l'assistenza ai malati di AIDS. I centri di riferimento dovrebbero quindi essere strutture di diagnosi e cura.

Vorrei inoltre far osservare che in alcuni punti le disposizioni contenute nel decreto ministeriale sul controllo delle trasfusioni

lasciano molto perplessi, non sono chiare. Comunque, secondo me, l'intervento del Ministero per cercare di dare soluzione ai problemi deve essere poi filtrato attraverso l'esperienza di operatori capaci di interpretarlo nel modo più efficace possibile.

Ribadisco che, a mio avviso, dovremmo fare riferimento ad adeguate strutture di assistenza su cui organizzare una rete di assistenza reale, un'assistenza che è estremamente complessa e che presenterà ancora più problemi nel tempo, ai quali noi non pensiamo neanche in questo momento ma che potranno presentarsi nei prossimi anni.

ONGARO BASAGLIA. Il professor Beretta-Anguisola nell'ultima parte del suo intervento ha fatto riferimento ad una riduzione della diffusione dell'AIDS fra gli omosessuali e ad un aumento invece fra i tossicodipendenti. A me sembra che ciò indichi molto chiaramente come forme di autotutela, che derivano dal livello di autoconsapevolezza raggiunto, possano essere la prima misura per far fronte ad un contagio di questo tipo: è un grado di consapevolezza che non riguarda solo se stessi ma anche gli altri; cioè, pone il problema di un nuovo rapporto tra le persone.

Comunque l'impressione è che si usino le stesse parole che vengono utilizzate, ad esempio, per le malattie mentali e per i servizi istituiti per queste malattie. Stiamo assistendo, infatti, in questi anni alla nascita dello stesso processo culturale e sociale che si è costruito sulle malattie mentali; stiamo assistendo allo stesso processo culturale e sociale, che non è la negazione della malattia e della pericolosità del contagio.

Però, il fatto che la categoria nella quale il rischio di contagio va riducendosi sia quella degli omosessuali sta a significare che con una buona opera di informazione ed autodisciplina è possibile limitare la diffusione della malattia. Allora è su questo che dovremmo contare, cioè sul fatto che è possibile prevenire e limitare la diffusione, non certamente creando nuove forme di assistenza ospedaliera e di ricovero che porterebbero ad una emarginazione di questi soggetti. Ritengo utile quindi che venga sviluppata maggiormente una corretta informazione che porti ad un certo tipo

di autodisciplina per i soggetti a rischio, perchè non è certo terrorizzando queste persone - come è stato fatto finora - che si potrà giungere ad una limitazione della diffusione dell'AIDS.

SIRTORI. Parto da un presupposto che ho appreso fin dalla giovane età: la medicina preventiva per definizione è una medicina organizzata. E il problema dell'AIDS riguarda in primo luogo la medicina preventiva. Se noi non inquadrriamo il problema in questo contesto, credo che difficilmente otterremo dei risultati; questo naturalmente per ciò che concerne la diffusione, perchè la parte terapeutica è più strettamente collegata alla ricerca. Concordo con il professor Zanussi quando afferma che è necessario pensare ad altre forme di assistenza e in particolare a quella domiciliare, perchè concentrare l'attenzione sui posti letto da predisporre per i malati di AIDS non è più sufficiente a fronteggiare la situazione attuale. L'assistenza domiciliare o altra forma di assistenza - come sottolineava anche il collega Azzaretti - che non sia quella ospedaliera implica un certo tipo di organizzazione a cui non si è ancora pensato concretamente.

Un secondo aspetto che vorrei prendere in considerazione riguarda il coordinamento delle strutture che si occupano del problema. Vorrei premettere che, secondo me, quando è stata approvata la legge di riforma sanitaria e in particolare l'articolo 15, vi è stata una interpretazione forzata dell'articolo 117 della Costituzione, dando in tal modo una autonomia, una libertà organizzativa e legislativa troppo ampia alle Regioni, con la conseguenza che si è determinata una pluralità d'iniziative diverse, alcune buone, altre meno buone ed altre ancora decisamente sbagliate. Il Parlamento deve rendersi conto di questo e deve fare in modo che vengano ripristinate quelle competenze che devono essere esclusive del Ministero della sanità, come ad esempio organizzare la medicina preventiva sul problema AIDS.

MERIGGI. Il professor Zanussi sostiene che esistono nuove modalità di trasmissione della malattia che fanno mutare il quadro statistico

delle categorie a rischio. Da alcune notizie di stampa pare che alcuni esperti - credo americani - abbiano scoperto delle forme di trasmissione come lo scambio di saliva, i contatti epidermici, le punture di zanzara ed altro. Vorrei sapere da voi, che siete degli esperti, se queste notizie hanno un fondamento.

ZANUSSI. Queste notizie sono semplicemente assurde.

BERETTA-ANGUISSOLA. Escludo categoricamente queste forme di contagio.

MERIGGI. Per quanto riguarda la questione del coordinamento anch'io sono del parere che occorre evitare di creare confusione e questo l'unico in grado di farlo è il Ministero della sanità ed il suo comitato tecnico formato *ad hoc*. Se questo coordinamento non venisse accentrato dal Ministero, ma venisse decentrato alle regioni (quindi USL, operatori sanitari, eccetera) non credo che ciò sarebbe dovuto ad una forzatura nell'interpretazione dell'articolo 117 della Costituzione come diceva il collega Sirtori, ma forse ad altre ragioni che sarebbe il caso di conoscere. Vorrei cortesemente un vostro giudizio su questo punto.

CONDORELLI. Desidero anzitutto ringraziare il professor Zanussi ed il professor Beretta-Anguissola per essere intervenuti a questo dibattito. La prima domanda che vorrei porre riguarda la questione dei posti letto, perchè la ritengo di estrema importanza. È vero che è necessario un coordinamento sul territorio e che è indispensabile una assistenza domiciliare, però è anche vero che spesso questo tipo di malato è respinto dalle famiglie e non è facile far capire a queste ultime che non vi è alcun rischio di contagio nel curare questo tipo di paziente. Allora, per evitare i disagi che si creano nel rapporto famiglia paziente è bene creare delle strutture apposite che permettano a queste persone di vivere in maniera umana e senza sentirsi respinti. Ora, per organizzare queste strutture è necessario conoscere quali sono le prospettive della diffusione della malattia in Italia e questa è una domanda che rivolgo a voi esperti.

Un'altra questione che vorrei sottolineare riguarda la gestione dell'informazione e la sua

qualità. In proposito ho letto diverse critiche sui sistemi di informazione che sono stati adottati in Inghilterra: si è parlato di terrorismo dell'informazione, di metodi brutali di diffusione delle notizie, eccetera. Ma la mia preoccupazione è un'altra e cioè che l'informazione deve essere continuamente «verificata», raccogliendo risultati, studiando le relazioni di *feed back* per vedere se ha prodotto i risultati sperati. Ritengo che si tratti di un problema di centrale importanza. Vorremmo, quindi, avere notizie su come l'apposita commissione intenda gestire l'informazione, giacchè questa investe non soltanto categorie a rischio differente, ma di cultura differente ed è chiaro che deve essere adeguata al livello culturale della fascia di popolazione cui si riferisce.

L'ultima questione che desidero porre riguarda la ricerca policentrica coordinata per settori, non tanto quindi quella di base, quanto quella cui si riferiva il professor Zanussi.

Vorrei sapere se la commissione ha individuato i centri che nel nostro paese possono svolgere tale attività, se essi devono essere incrementati, in che modo vanno qualificati e quale può essere la collaborazione con i paesi esteri.

MELOTTO. Pur concordando sul fatto che relativamente a numerosi aspetti del problema non abbiamo ancora certezze, ritengo tuttavia che, dato il tipo di malattia e la paura che essa ha ingenerato nell'opinione pubblica, presentare le cose in maniera eccessivamente problematica non porti ad altro risultato se non quello di far espandere a macchia d'olio l'allarme.

Ciò premesso, mi chiedo se sia possibile risolvere determinate questioni oggi e non in futuro. Non condivido quanto diceva il collega Sirtori e cioè che l'interpretazione della legge di riforma sanitaria abbia dato un'autonomia troppo ampia alle regioni. Ritengo che gli stanziamenti decisi dal Parlamento e la commissione istituita, proprio in virtù della sua composizione, dovrebbero permettere di fare il punto dell'attuale situazione.

Vorrei, pertanto, sapere se oggi siamo in grado di informare l'opinione pubblica su alcune metodologie, sui modi di trasmissione,

sulla prevenzione, per infondere sicurezza. Questo obiettivo non si raggiunge sommando intervista ad intervista (ed in questo, lo sappiamo tutti; gioca a volte un ruolo essenziale il protagonismo), ma con comunicati ufficiali da parte della commissione.

Non è possibile che la polemica che segue alle interviste rappresenti lo stadio dell'informazione che diamo all'opinione pubblica. Io stesso non riesco più ad orientarmi. Le polemiche appartengono ad una determinata sfera e possiamo anche lasciare che si svolgano. Desidero però sapere con esattezza - e con me la gente che ne ha tutto il diritto - qual è il messaggio ufficiale che la commissione rinnovata, al momento attuale, su questioni così rilevanti può dare all'opinione pubblica italiana.

Certamente la situazione in futuro potrà cambiare; vuol dire che si farà un secondo comunicato che modificherà, sulla base delle ricerche svolte, della conoscenza, dell'esperienza, il discorso fino a quel momento portato avanti.

Un altro aspetto che mi sembra opportuno evidenziare è il seguente. Sono profondamente convinto che la ricerca applicata sia l'asse portante delle nostre intuizioni, se vogliamo sperimentare tutta una serie di risposte che non appartenga ai luoghi comuni o alle frasi ad effetto. Credo che anche su questo punto - dal momento che esiste un capitolo ben distinto e sufficientemente alimentato - manchi un efficace coordinamento. Tutto è lasciato alla periferia e attraverso rivoli si spande e si spande, più per il prestigio che per la concretezza dell'indagine.

A mio avviso, in questo settore, come in altri che necessitano di una certa celerità nella fase sperimentale, un coordinamento a livello centrale è oltremodo necessario, altrimenti diventa estremamente difficile proseguire. Dobbiamo quindi parlare di assistenza domiciliare, di reparti per malattie infettive, del problema delle carceri, della trasmissibilità della malattia e delle modalità di contagio, di tutte le importanti questioni di cui ha appena parlato il professor Zanussi. E se vi è un ampio margine di incertezza sulle vie di trasmissione ciò va detto chiaramente: dovremo avere una pluralità di strumenti che sperimentati vedremo quali risultati daranno.

Infine, per quanto riguarda il problema delle carceri, sono favorevole a momenti alternativi, purchè legati alla qualità della colpa che il carcerato deve espiare. Mi chiedo se non sia opportuno pensare ad una riorganizzazione della medicina carceraria; questo non solo per quanto concerne i malati di AIDS, ma anche per la tossicodipendenza in sè, per cercare di perseguire al meglio l'obiettivo di far uscire il tossicodipendente dal giro della droga, tanto più in quanto, come diceva il professor Beretta-Anguissola, circa il 75 per cento dei casi di AIDS conclamato si registra tra tossicodipendenti ed omosessuali.

TORLONTANO. Mi associo alle espressioni di gratitudine per l'intervento del professor Beretta-Anguissola e del professor Zanussi.

Mi ha molto impressionato il fatto che i *mass-media* sono spesso manovrati - non si capisce come - in senso assolutamente antinformativo. I documenti elaborati seriamente dalla commissione vengono messi a disposizione degli addetti ai lavori, però, come si vede, l'informazione non è diffusa ed anzi è stravolta da altra informazione selvaggia a cui si prestano i mezzi ufficiali di comunicazione. Peraltro questo è un fenomeno che riguarda tutto il settore medico.

La mia impressione è che la commissione non abbia avuto la forza (o non le siano stati forniti i poteri) per produrre un maggiore impatto a livello informativo, mentre i mezzi di informazione potentissimi sono spesso al servizio di interessi particolari. Il dibattito che si è svolto sui quotidiani intorno alla questione se fosse il caso di creare reparti specifici per malati AIDS è stato dato in pasto all'opinione pubblica: è evidente che si vuole promuovere un certo movimento per favorire l'una o l'altra tesi! Certo c'è la libertà di stampa e si rischia di fare la figura di chi vuole mettere il bavaglio alla stampa, ma a volte certi informatori sembrano «pistolieri» che sfidano l'altro come nei *westerns*: la differenza è che nel *western* se l'altro non ha la pistola, il «pistolero» gliela dà, invece nell'informazione chi vuole può stravolgere completamente la verità, si può fornire qualsiasi notizia. Come si possa intervenire non lo so, ma il problema esiste ed è gravissimo.

È ormai chiaro che la fonte principale, il serbatoio dell'infezione è la tossicodipendenza. A New York in alcuni quartieri i contagiati tossicodipendenti prevalgono rispetto agli omosessuali: nella seconda fase dell'epidemia, dunque, ci sarà una prevalenza di tossicodipendenti. Il problema è estremamente grave, l'autoregolamentazione e l'autodisciplina sono inseparabili; almeno il 50 per cento dei tossicodipendenti ha un comportamento assolutamente passivo e non ha interesse neppure a vivere. A me pare che tutta l'organizzazione per l'assistenza alla tossicodipendenza vada molto male in Italia e se la commissione anti-AIDS non può agire in questo settore, che - ripeto - è la grossa riserva della malattia, si troverà di fronte ad un'impresa estremamente difficile.

Ad esempio, mi interessa sapere quali siano i collegamenti attuali. Non si può procedere in maniera slegata, è necessaria una centralizzazione operativa. Anche in questa direzione in seno alla commissione si può fare molto, si può far sì che tutto il campo delle tossicodipendenze non sia lasciato a se stesso. So, ad esempio, che c'è una fuga dei medici che dovrebbero occuparsi dei tossicodipendenti, molti di essi cercano di «sistemarsi meglio». Negli ambulatori poi si è dato molto peso all'intervento medico, mentre la tossicodipendenza è un problema molto più complesso e non è esclusivamente medico.

In questo modo la malattia penserà a distruggere gran parte dei tossicodipendenti: ma a parte il fatto disumano di ritenere che il problema non ci riguarda, con l'attuale situazione di «stato brado» ci sarà un continuo passaggio del *virus* nella popolazione. I soggetti a comportamento eterosessuale inoltre costituiscono un problema sempre più rilevante; essi saranno attaccati in massa nel futuro.

Da questo punto di vista sarebbe interessante sapere quale percentuale di tossicodipendenti si trasmette la malattia anche attraverso comportamenti omosessuali. Nella nostra cultura latina, infatti, l'omosessualità è sia attiva che passiva, non è soltanto passiva: molto spesso quindi alcuni soggetti non denunciano la loro omosessualità, pur tenendo comportamenti omosessuali attivi per fini di lucro.

Come si affronta oggi il problema della tossicodipendenza? Si dice che le comunità terapeutiche intanto forniscono un servizio; ma le comunità terapeutiche sono in balia di se stesse e operano attraverso il volontariato. Un altro elemento importante è quello del rapporto tra magistratura, tossicodipendenti e comunità terapeutiche. Attualmente al magistrato è riconosciuta un'ampia discrezionalità nella scelta tra la pena carceraria e la comunità terapeutica. Forse sarebbe il caso di favorire una direzione piuttosto che l'altra: non propongo di costringere, come in Svezia dove è previsto l'inserimento coatto nella comunità terapeutica (non oso parlare di tanto perchè rischierei il linciaggio), ma almeno favorire tale inserimento. Il tossicodipendente smette per coazione, perchè gli si toglie la possibilità di approvvigionarsi e la famiglia «chiude»: finchè il tossicodipendente si sente protetto non smette. La soluzione non è certo pacifica a livello di magistratura, è un problema spaventosamente difficile da risolvere. Inoltre temo che ci sia il fenomeno dei cosiddetti «compartimenti stagni». Quanto potete intervenire nel campo della tossicodipendenza?

CORLEONE. Quanto ho ascoltato mi ha confortato per le indicazioni che sono state fornite, che mi sembrano positive e diverse da quelle che abbiamo ascoltato nel corso delle precedenti audizioni, sia per quanto riguarda i posti letto ospedalieri che nell'intervento del professor Zanussi non hanno assunto la centralità che avevamo avuto modo di riscontrare in precedenza, sia per quanto riguarda il rilievo positivo dato al ruolo della ricerca, minimizzato e affrontato invece in maniera riduttiva negli incontri precedenti. Ritengo che questi siano due aspetti importanti che questa Commissione dovrà tenere presente nello svolgimento dei suoi lavori.

Vorrei comunque porre alcune domande ai nostri ospiti. Dal momento che la diffusione dell'AIDS tra i tossicodipendenti è legata all'uso delle siringhe, ci si orienta a far immettere sul mercato italiano siringhe auto-bloccanti o non possiamo ancora provvedere in proposito immediatamente?

Inoltre, vorrei sapere se la commissione ministeriale ha analizzato le ragioni alla base

delle percentuali diverse dei gruppi a rischio a seconda dei paesi e delle regioni. Questo sarebbe assai utile per capire se le differenze sono legate ad un fattore di educazione, ad una questione di rapporto tra i gruppi, di prevenzione o di informazione oppure se vi sono altre ragioni.

Vi è poi un altro aspetto da sottolineare. Ritengo che l'informazione e la prevenzione, che sono collegate tra loro, siano un momento fondamentale. A mio avviso, per questo problema come per molti altri, non solo sanitari, lo strumento principale per una corretta informazione dell'opinione pubblica non è costituito dalla stampa nè dall'invio di lettere - a cui sembra si stia pensando - ai cittadini italiani, ma dai mezzi di comunicazione audiovisivi, cioè radio e soprattutto televisione. È proprio questo il problema, che non è stato posto: la televisione è un servizio pubblico; è quindi inutile lamentarsi del fatto che la stampa informa in modo errato o terroristico quando non si utilizza, come è avvenuto finora, la televisione come servizio pubblico.

Infine, vorrei sapere se è prevedibile o già in atto un coordinamento con la commissione per l'AIDS nominata dal Ministero in relazione alla fattispecie in esame.

PRESIDENTE. Vorrei chiedere ai nostri ospiti un giudizio complessivo sulla gravità del fenomeno AIDS in Italia e nel mondo, sulla prevedibile dinamica di diffusione di questa malattia. Al riguardo si registrano opinioni assai contrastanti: secondo alcuni, ad esempio, tra non molto tutti o quasi saremo contagiati dal virus dell'AIDS; altri sostengono invece - come alcuni vostri colleghi autorevoli - che sarebbe bene occuparsi di questioni più serie ed importanti, come gli incidenti stradali che causano migliaia di vittime ogni anno.

Vorrei conoscere il vostro giudizio in proposito che penso non si collochi su posizioni così estremistiche, e le motivazioni che lo sostengono, tenendo presente, come ha detto anche il professor Zanussi, che assistiamo ad un'estensione della cosiddetta area di rischio - come si legge sulla stampa internazionale - tra gli eterosessuali, soprattutto donne, anche in considerazione del ruolo che possono assumere i soggetti a comportamento bisessuale; in

alcuni casi, infatti, l'omosessuale può avere anche rapporti sessuali con donne, che quindi vengono contagiate.

MARINUCCI MARIANI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Se mi consente, signor Presidente, non concordo con questa tesi: le donne risultano percentualmente in numero più basso tra i malati di AIDS; non sono quindi una fonte primaria di trasmissione del contagio ma anzi sono spesso vittime inconsapevoli.

PRESIDENTE. Da quanto si legge sulla stampa - e recentemente ho letto un ampio servizio in proposito apparso su una rivista tedesca - risulta proprio che le donne, sia pure vittime innocenti e inconsapevoli di un *partner* bisessuale, stanno diventando un fattore di propagazione della malattia proprio perchè le categorie a rischio non sono così chiuse come si pensava, in quanto l'omosessuale a volte ha anche rapporti sessuali con donne, come vi sono eterosessuali che hanno anche rapporti con omosessuali.

ZANUSSI. Vi è un punto che ho sentito riecheggiare più volte e che vorrei chiarire subito. La commissione ministeriale non ha alcun potere operativo ed è solo un organo consultivo del Ministro; quindi, non possiamo operare e non possiamo applicare le idee che esprimiamo.

Sul problema dell'informazione interverrà il professor Beretta-Anguissola e vi potrà dire quanto abbiamo insistito sulla necessità di una informazione tempestiva e puntuale, dandovi un esempio di come questa povera commissione ministeriale abbia buone intenzioni, ma possa solo esprimerle in idee, in quanto a questo si limitano i suoi compiti.

Vengo subito alla questione delle Regioni: la politica seguita dalle Regioni riguardo alla diffusione dell'AIDS non può essere omogenea perchè, ad esempio, la Lombardia è investita dal fenomeno in modo assai più violento e drammatico rispetto alla Calabria. Vi sono cioè situazioni notevolmente diversificate, soprattutto nelle grandi aree urbane. Allora, nella distribuzione dei letti e nel coordinamento assistenziale, si dovrà pensare a differenze operative tra regione e regione, il che non

significa che vi debbano essere norme diverse e neppure giustifica provvedimenti difformi da regione a regione. Dovrà essere fissato un comune *standard* di intervento che vale per tutti. Bisogna tenere presente che la malattia non compare in tutta la gravità fin dal suo esordio. I livelli di manifestazione, in ordine crescente di gravità, sono i seguenti: 1) semplice seriopositività senza sintomi; 2) stadi pre-AIDS, che si manifestano dapprima con alcuni sintomi generici ed una linfadenopatia transitoria, poi con sintomi più specifici ed una linfadenopatia generalizzata e in questo stadio iniziano le piccole infezioni opportunistiche; 3) l'AIDS conclamato in cui le infezioni opportunistiche sono sempre più numerose, a causa della deplezione linfocitaria, fino all'insorgenza di tumori come il sarcoma di Kàposi. Il passaggio dall'uno all'altro stadio non è caratterizzato da precisi periodi di tempo, e non è detto che questo passaggio avvenga sempre. Talvolta abbiamo assistito al ritorno da uno stadio più avanzato a quello precedente. È necessario quindi distinguere per categorie anche l'assistenza, a seconda del livello di gravità della malattia. Per fare questo sono necessarie delle strutture *ad hoc* ed una buona coordinazione. In Inghilterra, ad esempio, è stata proposta l'utilizzazione di grosse istituzioni in disuso come collegi ed ospedali dismessi. Potremmo quindi creare in ogni regione un centro in grado di coordinare l'attività assistenziale. I posti letto in Divisioni infettive non sono indispensabili per la cura dell'AIDS ma si rendono necessari per affrontare le infezioni opportunistiche provocate dalle immunodeficienze acquisite.

Concordo con la senatrice Ongaro Basaglia secondo la quale è determinante la consapevolezza nelle categorie a rischio della necessità di un'autotutela nei confronti della malattia. Le iniziative in tal senso dovrebbero rientrare in una generale opera di educazione sanitaria che comprenda anche altre malattie, non soltanto l'AIDS. L'educazione sanitaria dovrebbe iniziare già in età infantile, insegnando al bambino l'importanza di tenere le mani pulite, di disinfettarsi le ferite ed altre norme analoghe. Sono convinto che questo indirizzo porterebbe anche ad una diminuzione dell'uso della droga e ad un maggiore interesse per la

salvaguardia della salute. Sarebbe utile prevedere fin dalle scuole elementari dei corsi dove venga chiarita l'importanza della salute per il singolo e per la società.

Il senatore Condorelli chiede se la commissione ministeriale ha già individuato i centri che potrebbero sviluppare una ricerca policentrica. Anche questo non rientra fra i compiti della commissione in quanto la ricerca è oggi organizzata dall'Istituto superiore di sanità. È opportuno comunque creare un centro unico, di ricerca biomedica, capace di organizzare programmi nazionali in vari settori (AIDS, malattie cardiovascolari, igiene mentale e così via), creare cioè un istituto nazionale di ricerca simile a quello esistente a Bethesda.

Vorrei ora chiarire una questione molto importante, per non venir frainteso sulle categorie a rischio. Desidero innanzi tutto ribadire che la trasmissione della infezione avviene solo attraverso i liquidi biologici e cioè lo sperma ed il sangue. Nei paesi industrializzati la malattia si diffonde soprattutto fra i tossicodipendenti e gli omosessuali. Però in alcuni paesi africani - dove si presume abbia avuto origine la malattia - la trasmissione avviene in via eterosessuale e, soprattutto nelle grandi città, questo fenomeno è in continuo aumento. Poiché fra gli omosessuali dei paesi industrializzati, essendo coscienti di appartenere ad una categoria a rischio, si sta sempre più diffondendo la pratica di misure preventive, è chiaro che il quadro epidemiologico dell'AIDS sta mutando. Fra gli eterosessuali i soggetti che possono entrare a far parte delle categorie a rischio sono coloro che cambiano di frequente il *partner*, che praticano rapporti anali e usano sostanze che possono deprimere il sistema immunitario pur non essendo necessariamente delle sostanze stupefacenti.

Per rispondere alla domanda del presidente Zito devo dire che di fronte ad un tema come quello dell'AIDS - di rilevanza mondiale - è naturale che vi siano prese di posizione diverse: c'è chi vede il problema in maniera catastrofica e chi, invece, lo valuta in modo troppo ottimistico. Personalmente ritengo non si possano valutare con precisione gli sviluppi futuri; ma confesso un timore che non ho mai avuto di fronte alle altre malattie. Non ho

avuto paura di epidemie di epatite pur molto pesanti, ma di questa ho paura. Il motivo lo spiegherò con una bella definizione che è stata data dell'infezione da HIV: «Si tratta di un evento imprevisto nato dall'incontro di una civiltà altamente sofisticata e tecnologica con un *virus* altrettanto sofisticato e biologicamente complesso». A questo eravamo impreparati, tutto qui.

**AZZARETTI.** Professor Zanussi, perchè escludete così categoricamente l'ipotesi che il contagio possa trasmettersi ad esempio attraverso un bacio prolungato?

**ZANUSSI.** Perchè non ne abbiamo le prove.

**AZZARETTI.** La mucosa orale in nessuno è perfettamente integra.

**ZANUSSI.** Prima di tutto per il contagio è necessario che sia disponibile una sufficiente quantità di *virus*. Il *virus* vive poco al di fuori delle cellule ospiti. Quindi si dovrebbe trasmettere una certa quantità di linfociti infetti attraverso una soluzione di continuo e questo è già di per sé molto improbabile. In più si tratta di un *virus* molto fragile (grazie al cielo, altrimenti sarebbe un disastro!).

Ora, poichè nella saliva è presente una serie di sostanze biologiche con notevole azione antiumida, il *virus* non riesce a essere infettante per ragioni di quantità e per l'ambiente in cui si trova.

Il maggiore rischio di contagio nel rapporto anale ha due motivi: il primo è che la mucosa anale è fragile, molto vascolarizzata e ricca di linfociti; il secondo è che lo sperma, soprattutto di soggetti che hanno avuto ripetute infezioni sessuali, è ricco di linfociti; quindi si realizza un vero e proprio inoculo, come se facessimo in un animale, sperimentalmente, una coltura di *virus*.

**BERETTA-ANGUISSOLA.** Vi sono alcuni argomenti che mi sembrano di grande interesse e che sono stati sollevati con estrema competenza.

Affrontiamo anzitutto la questione dell'informazione volta alla prevenzione, che tutti hanno riconosciuto fondamentale in assenza di terapia e vaccini. Quando mi recai, dietro

suggerimento del Ministro, a parlare con il direttore generale della RAI per vedere se era possibile realizzare alcuni programmi sull'AIDS, la prima reazione che egli ebbe fu di avanzare il dubbio se non avessimo in tal modo allarmato ancor di più la gente.

A stimolare la commissione ed il sottoscritto erano state, infatti, due trasmissioni della fascia serale, di personaggio notissimo, che aveva fatto del caso AIDS un quadro tale da terrorizzare l'opinione pubblica. Dopo aver visto una di esse chiesi alla commissione se non fosse il caso di fare una protesta pubblica ed ufficiale.

Anche la demonizzazione del rapporto eterosessuale rischia secondo me di essere un altro argomento spinto avanti per complicare le cose (certo, per altro tipo di rapporto contro natura sia pure eterosessuale, naturalmente il rischio c'è).

Spiegai comunque al direttore generale della RAI che il nostro intento era proprio quello di contrapporre una informazione seria e corretta sulla malattia alle notizie date in quelle trasmissioni, al terrorismo psicologico che imperava alcuni mesi fa.

Sono stati così realizzati 50 di questi servizi televisivi. Con finalità ben precise abbiamo istituito il «telefono verde» di cui hanno usufruito circa 30.000 persone, l'1 per cento delle quali medici.

**CORLEONE.** Sono state classificate le domande ricevute?

**BERETTA-ANGUISSOLA.** Certamente. Riguardano in genere le vie di trasmissione e sono poste da individui in maggioranza maschi, tra i 20 ed i 40 anni. Abbiamo inoltre registrato una notevole differenza tra Nord e Sud dal momento che il maggior numero di domande è venuto dal Centro-Nord.

Purtroppo non possiamo impedire che vengano rilasciate interviste che forniscono spesso informazioni frutto di opinioni personali tutt'altro che convalidate, contribuendo a far crescere la paura. Addirittura a volte si fa del terrorismo anche nelle interviste rilasciate durante i lavori della commissione. In quella sede il compito più difficile è stato proprio quello di impedire che i membri della com-

missione facessero dichiarazioni ai giornalisti e quasi mai si è riusciti. Vi sono poi altri difetti, per così dire, costituzionali. Per parte sua, la commissione ministeriale ha predisposto una serie di documenti, che sono raccolti in questo volume, ma che nessuno conosce. Questi documenti sono stati tutti inviati agli assessorati regionali alla sanità, i quali, peraltro, non li hanno sempre a loro volta diffusi tra gli operatori. Desidero anzi raccontare a questo proposito un episodio che, per certi versi, mi è sembrato grave. Vi è una Regione italiana che a Roma ha un ufficio di rappresentanza del quale fanno parte 16 funzionari. Ebbene, è accaduto che un rappresentante di questa Regione ha protestato per il fatto di non avere ricevuto nulla del materiale da noi inviato. Desidero precisare che questo era stato spedito all'ufficio di rappresentanza della Regione a Roma, i cui funzionari però non avevano provveduto a trasmetterlo all'assessorato regionale. Ciò si è verificato anche in altri casi. Una dichiarazione di stato di epidemia avrebbe potuto avere conseguenze negative soprattutto sull'opinione pubblica; il Ministro non è arrivato ad adottare questa decisione. Da tutto ciò si comprende quali siano le difficoltà nel rapporto con le autorità regionali, che si riflettono persino nella trasmissione delle informazioni. Per cercare di superare queste difficoltà è stato effettuato un raccordo tra la commissione e medici dipendenti dagli assessorati regionali, con i quali attualmente vi sono contatti regolari. I risultati sembrano fino a questo punto soddisfacenti e alle riunioni che si sono finora tenute tutti questi rappresentanti tecnici delle Regioni sono stati presenti, così che è stato possibile portare avanti un dialogo costruttivo. Per questo ho suggerito pochi giorni fa al Ministro di far riprendere con regolarità questo rapporto, che è di straordinaria importanza.

Come è già stato accennato, l'informazione dovrebbe essere fornita secondo precise linee guida e con un rigoroso controllo. Dovrebbe trattarsi di una informazione rispetto a quanto si è effettivamente verificato fino a questo momento.

Un altro punto importante che desidero sottolineare è quello dei corsi regionali per informatori, per i quali sono già stati program-

mati i necessari finanziamenti. La particolare importanza di questi corsi discende dalla necessità di formare personale che sia in grado di fornire in modo capillare informazioni esatte agli operatori del settore.

Come ho già detto, per l'esperienza che ho acquisito, la seconda fase dell'attività anti-AIDS dovrà certo tenere conto della attuale organizzazione dell'assistenza ospedaliera, a proposito della quale si è molto parlato distinguendone sia gli aspetti positivi che quelli negativi. Infatti, occorre considerare che nel caso specifico ci troviamo di fronte a malati che entrano ed escono continuamente dagli ospedali, ammalati che in determinati periodi possono essere assistiti anche fuori dagli ospedali. Questa soluzione sarebbe da preferire per moltissime ragioni e soprattutto perché in ospedale questo tipo di malato finisce molto spesso per essere discriminato. Sarebbe quindi preferibile ricorrere a forme di cura alternative all'ospedalizzazione che, se posso aprire una parentesi, raccomanderei vivamente ai legislatori anche per risolvere altri problemi sociali senza farne carico agli ospedali.

ONGARO BASAGLIA. A questo scopo sarebbe necessario sviluppare l'assistenza domiciliare e il *day hospital*.

BERETTA-ANGUISSOLA. A questo proposito posso dire che nel corso di un recente viaggio in Unione Sovietica, dove mi sono recato in visita ufficiale, sono rimasto molto colpito dall'esistenza di ben 40.000 strutture intermedie di cura che intervengono laddove non è indispensabile il ricovero negli ospedali veri e propri, e che fanno fronte alle esigenze di milioni di persone. Non intendo dire che anche da noi bisognerebbe creare strutture del genere, ma è comunque certo che sono necessarie strutture intermedie tra la casa e l'ospedale non soltanto per i soggetti sieropositivi o affetti da AIDS, ma anche per gli anziani non autosufficienti, per i tossicodipendenti e così via.

Il problema che abbiamo di fronte è certamente grave e quindi il nostro lavoro deve necessariamente coinvolgere in qualche modo le categorie a rischio, anche se mi rendo conto

che realizzare la collaborazione è molto difficile. Quando espongo questi problemi al Ministro, egli risponde avanzando alcune giuste obiezioni. Infatti, è vero che un rapporto di collaborazione è di difficile realizzazione, ma è anche vero che occorre compiere tutti gli sforzi per cercare di realizzarlo e di istituzionalizzarlo in qualche maniera. Per quanto riguarda, per esempio, una campagna di informazione nelle scuole, da parte della Pubblica Istruzione è venuta una risposta piuttosto negativa: ci è stato detto che agli studenti deve pensare la Pubblica Istruzione e che devono escludersi interferenze di carattere medico e paramedico.

Una corretta informazione avrebbe poi un valore molto importante per i tossicodipendenti, soprattutto quelli rinchiusi nelle carceri, ma qui il rapporto sembra estremamente difficile da realizzare. Come ho già detto, con le associazioni di omosessuali si è invece realizzata una collaborazione assai positiva e nel corso di uno degli incontri che abbiamo avuto con i rappresentanti di tali associazioni questi ci hanno chiesto di adottare nei loro confronti la definizione di soggetti a comportamento omosessuale e non quella di omosessuali. Trovo che questa richiesta sia giusta in quanto si tratta di persone come tutte le altre, anche se con un comportamento sessualmente diverso, che non formano certo una categoria. I positivi risultati di questa collaborazione mi hanno spinto persino a suggerire che nella commissione si inserisca un rappresentante di tali associazioni. Credo che la maggiore disponibilità a collaborare da parte di queste persone sia da attribuire alla loro maggiore cultura specifica, alla quale sembra sia da correlare anche il minore aumento di sieropositivi fra i soggetti a comportamento omosessuale, anche se devo chiarire che non siamo di fronte ad una diminuzione dei casi, ma comunque ad un minore aumento rispetto ai tossicodipendenti, al cui interno il numero dei sieropositivi è invece in aumento. Questo fatto è quasi certamente da attribuire alla maggiore informazione di queste persone e alla circolazione delle notizie tra di loro. A questo proposito ritengo che costituirebbe un errore la chiusura dei locali *gay*, come qualcuno ha chiesto, che costituiscono un utile punto di

incontro e di scambio di informazioni. Sembra che anche negli Stati Uniti, dove era stato preso questo provvedimento, venga oggi riconosciuto pressoché all'unanimità che si è trattato di un errore.

Nei confronti dei tossicodipendenti il problema di come porsi in rapporto con loro si pone in modo più grave. Avevo anche pensato di suggerire che uno o due rappresentanti di comunità di tossicodipendenti venissero inseriti nella commissione così da poter affrontare con i diretti interessati la discussione dei loro problemi. Ma vi sono difficoltà di vario genere. Le comunità terapeutiche presentano aspetti variegati. Non possiamo concludere nulla se non intessiamo rapporti a vari livelli; a questo problema accennava anche il senatore Torlontano.

Riguardo la questione delle carceri, tra qualche mese si svolgerà un convegno e il Ministero di grazia e giustizia si è molto interessato ad esso. L'altro giorno si è svolta una riunione con alcuni direttori delle carceri, che ci hanno riferito la situazione così come la si osserva sul campo. Sono emerse situazioni di estrema gravità a causa della massiccia presenza nelle carceri di tossicodipendenti. Essi sono lasciati insieme ai detenuti sieropositivi e ciò fa nascere problemi gravissimi. Per esempio, in una grande carcere italiano i sieropositivi vengono ospitati in una palazzina all'interno; ma poiché continuano ad arrivare sieropositivi, i posti disponibili non sono più sufficienti, per cui, dopo aver tenuto separati per qualche tempo questi individui, essi sono stati reinseriti nel carcere, con conseguenti ed inevitabili problemi di carattere psicologico, anche nei rapporti fra i carcerati. È un problema da prendere di petto proprio per il notevole numero di persone a rischio.

Vorrei ricordare che la commissione ministeriale, fin dal primo documento - che chiamiamo «il decalogo» - diramato agli operatori, ha sostenuto alcuni principi generali di prevenzione, come: non fare uso di droghe perché abbassano la difesa immunitaria; evitare rapporti sessuali occasionali, o con *partners* sospetti, o ridurre il numero dei *partners*; usare sempre il profilattico nei rapporti con soggetti appartenenti a categorie a rischio. Fin dal primo giorno la commissione ha sancito la libertà e il rispetto dei diritti

individuali e non ha avuto remore di fronte a questi problemi che certamente rivestono una grande importanza.

Nella commissione è prevalsa l'idea che distribuire siringhe gratuitamente o diffondere siringhe a perdere, non sia di grande utilità.

Alla domanda posta dal presidente Zito, seguita da corrette osservazioni, vorrei chiarire la mia non appartenenza alla categoria dei catastrofisti. Uno dei più grandi falsi compiuti dall'informazione è stato paragonare l'AIDS alla peste. Come ho già affermato in televisione, il giorno in cui Renzo ritrovò la sua beneamata nel lazzaretto di Milano erano ricoverati 20.000 individui. La peste, soltanto a Milano, portò a morte, allora, dai 200.000 ai 250.000 individui. Queste sono le proporzioni della peste, e non sono certo le proporzioni di questa malattia. Inoltre, essa aveva ben diverse e catastrofiche modalità di trasmissione. I monatti si affacciavano alle finestre e sbattevano i panni del deceduto per peste proprio per diffondere la malattia. L'AIDS, al contrario, passa solo per certe strade; occorre cautelarsi, come ho detto, con le opportune difese.

Per qualche anno ancora assisteremo ad un aumento dei casi di AIDS che riguardano persone che presumibilmente hanno contratto la malattia molti mesi fa o anni orsono. Non ci dobbiamo scandalizzare dell'aumento delle cifre poiché si verificherà ancora per qualche tempo un fenomeno ascendente, e poi rientreremo gradualmente in una situazione stabilizzata.

La medicina preventiva può fare molto, come, ad esempio, costringere le reti televisive private e pubbliche a trasmettere notizie sulla prevenzione, non soltanto dell'AIDS, ma anche di una lunga serie di malattie.

PRESIDENTE. Ringrazio i professori Beretta-Anguissola e Zanussi per la disponibilità dimostrata nei confronti dei nostri lavori, e dichiaro conclusa l'audizione.

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

*I lavori terminano alle ore 14.*

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

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

DOT. ETTORE LAURENZANO