

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— X LEGISLATURA —————

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULL'AIDS

5° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 23 MARZO 1988

Presidenza del Presidente ZITO

INDICE**Audizione del professor Elio Guido Rondanelli e del professor Luigi Cancrini**

PRESIDENTE	Pag. 3, 9, 10 e <i>passim</i>	<i>CANCINI</i>	Pag 6, 11
ALBERTI (<i>Sin. Ind.</i>)	10	<i>RONDANELLI</i>	3, 13
AZZARETTI (<i>DC</i>)	10		
CONDORELLI (<i>DC</i>)	9		
DIONISI (<i>PCI</i>)	10		
MERIGGI (<i>PCI</i>)	10, 17		
ZUFFA (<i>PCI</i>)	9		

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Elio Guido Rondanelli e il professor Luigi Cancrini.

I lavori hanno inizio alle ore 10,40.

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

Riprendiamo l'indagine, sospesa nella seduta del 16 marzo 1988. Ricordo che, in base all'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stato attivato l'impianto audiovisivo, con l'assenso del Presidente del Senato.

È in programma oggi l'audizione del professor Elio Guido Rondanelli e del professor Luigi Cancrini.

Vengono quindi introdotti il professor Elio Guido Rondanelli e il professor Luigi Cancrini.

PRESIDENTE. Ringrazio gli intervenuti per aver accolto l'invito della 12^a Commissione permanente del Senato. Do quindi la parola al professor Rondanelli.

RONDANELLI. Ringrazio per l'onore che mi viene concesso e devo significare in primo luogo un dato di fatto che a me sembra fondamentale. Sono un clinico infettivologo e quindi il mio intervento sarà rigidamente collocato nell'ambito della problematica relativa al ricovero dei pazienti nel contesto della storia naturale che accompagna l'infezione, dal momento della sieropositività, attraverso il passaggio alla sindrome mononucleologica, fino al passaggio alla sintomatologia. Vi sono problemi legati all'assistenza del paziente che ha acquisito un'infezione da HIV che mi permetterei di distinguere da due punti di vista.

Innanzitutto quello della tipologia del ricovero di tali pazienti che - vogliamo sottolinearlo - hanno delle necessità di approccio diagnostico-terapeutico che sono in funzione del divenire della storia naturale. È sicuramente un dato acquisito e certamente noto ai membri di questa Commissione il fatto che lo spartiacque tra l'*hard class* e le forme conclamate era rappresentato dalla comparsa

di casi riconducibili alla categoria di diagnosi denominata «sarcoma di Kaposi» che in Italia incide sul totale dei casi con una percentuale del 10 per cento circa, essendo il restante 90 per cento riconducibile alla categoria di diagnosi denominata «infezioni opportunistiche». Queste ultime sono infezioni che traggono dalla caduta della cellula l'opportunità di collezionare degli eventi infettivi che rappresentano, nella quasi totalità dei casi, la causa di morte del paziente.

Il ricovero quindi deve essere incentrato sull'esigenza di rendere meno elevata possibile l'eventualità che il paziente acquisisca un agente eziologico delle malattie infettive che costituisce la causa di morte nella quasi totalità dei casi. Si tratta di una meditazione antica che fa riferimento ad un'esperienza che a Pavia portiamo avanti da circa 30 anni in funzione e in riferimento al problema della immunodepressione per una malattia di base.

L'approccio che oggi abbiamo con l'AIDS non ci ha trovato impreparati perchè da tempo, avendo l'Istituto per le malattie infettive dell'Università di Pavia una grandissima tradizione, eravamo abituati a constatare che, ad esempio, la maggior parte dei pazienti con neoplasie sviluppa un'infezione che va verificata in termini diagnostici e di prospettive terapeutiche.

Fatta questa premessa, già in passato avevamo avvertito la necessità di un ricovero che definiamo «protettivo», un ricovero che renda meno elevata, nello spazio dell'umana vicenda, la possibilità di un incontro con l'agente eziologico di malattie infettive. Circa diciotto anni fa (ed in questa vicenda abbiamo avuto vicino per lungo tempo il senatore Azzaretti) avevamo avvertito l'esigenza di una struttura che prevedesse la possibilità di ricovero in camere attrezzate in modo tale da consentire una protezione del paziente nei confronti delle infezioni esterne, e collocate a poca distanza da una serie di strutture laboratoristiche che servono per la diagnosi dell'infezione opportunistica e per l'eventuale terapia.

A questo punto va fatta una premessa importante. Alcuni cultori - scusate il bisticcio - della sottocultura infettivologica (perchè in Italia abbiamo anche un certo numero di colleghi e non che definisco in tal modo)

dimenticano che in questi pazienti esiste un punto nodale che va affrontato in ogni caso; dimenticano cioè che ci troviamo di fronte a soggetti con un'immunodepressione così grave che, se non si verifica un effetto di distruzione, un effetto battericida da parte dell'antibiotico che usiamo, certamente non si otterrà la guarigione della malattia infettiva.

È questo un ulteriore fattore che si aggancia a quello precedente. C'è quindi non solo il problema di una diagnosi precoce e dell'isolamento del germe o dell'agente eziologico, ma vi è anche un problema immediato di terapia con farmaci di cui si devono ottenere concentrazioni tali da distruggere l'agente eziologico causa dell'infezione opportunistica, giacché in condizioni di immunodepressione il processo di guarigione della malattia infettiva si verifica solo parzialmente.

Questo fatto comporta a sua volta la necessità di laboratori che siano in grado di monitorizzare la terapia dell'infezione opportunistica in termini reali e soprattutto nel senso che si era prima detto. Quindi, nella sostanza, oltre all'isolamento protettivo si ritiene necessaria la presenza presso il letto del malato, o comunque a poca distanza, di laboratori che siano in grado di erogare la diagnosi e la terapia dell'infezione opportunistica. È infatti evidente che la guarigione, ad esempio, da una polmonite da *pneumocystis carinii* prolunga la durata di vita del paziente. Dobbiamo poi dire con estrema chiarezza che esiste ed è documentato un allungamento della durata media di vita del paziente con AIDS conclamato a seconda della sede ove è ricoverato. Evidentemente il soggetto collocato in una sede in cui l'isolamento protettivo risolve in gran parte il problema delle infezioni opportunistiche, con la possibilità di un supporto laboratoristico di grande qualità nei vari settori, ha senza dubbio una possibilità maggiore di una più lunga durata di vita.

È questo un fatto importante, poichè mentre attualmente la durata media di vita non va oltre i due anni dal momento di inizio della prima infezione opportunistica, lo spostamento a parametri cronologici differenti permette l'utilizzo di nuovi eventuali antivirali che stanno affiorando a livello internazionale. A tale proposito voglio ricordare che allor-

quando si scoprì che l'estratto di fegato crudo era in grado di guarire l'anemia perniciosa tutti i malati ricoverati presso la Clinica medica di Pavia poterono beneficiare di questa nuova terapia, cosa che potrebbe verificarsi anche nel caso di pazienti con infezione da HIV.

Altro fatto da sottolineare è che con procedure diagnostiche, quali ad esempio l'elettroencefalografia computerizzata, è oggi possibile dare documentazione di lesioni a livello cerebrale ancor prima che si verificano gli epifenomeni clinici di esse. Ciò consente l'utilizzo della a-zitotimidina, che è l'unico antivirale, oggi in commercio, specifico per l'HIV, con risultati che potrebbero essere importanti per quanto riguarda le lesioni neurologiche.

Un aspetto che come clinico desidero sottolineare è il seguente: il problema del paziente con AIDS conclamato non si limita all'infezione opportunistica, ma comprende tutta una serie di altri problemi legati alla neurolesione. Con l'elettroencefalografia computerizzata è possibile documentare la neurolesione ancor prima che il fatto semiologico lo consenta. Il paziente con AIDS, infatti, va incontro nel tempo ad una serie di patologie a varia distrettualità con riferimento al sistema nervoso, che scivolano poi nel quadro della demenza.

Solo noi che abbiamo un contatto giornaliero con malati di questo genere riusciamo a capire il problema della demenza e possiamo quindi denunciarlo, poichè si tratta di una patologia che richiede una partecipazione interdisciplinare tra paramedici e medici, nel contesto di un impegno nei confronti del malato certamente superiore a quello verso qualsiasi altro paziente con una malattia infettiva in atto.

Il problema della neurolesione va quindi visto anche in termini di erogazione di assistenza, paramedica soprattutto, poichè si tratta di pazienti che nel caso si collocano in un gruppo a rischio, come è per i tossicodipendenti, vengono in molti casi abbandonati dai congiunti; vi sono episodi di rottura con la famiglia che purtroppo non sempre la comparsa dell'AIDS conclamato riesce a sanare. Si tratta di soggetti che vengono lasciati nella

struttura ospedaliera e che necessitano di grande umanità e di un supporto giornaliero, si può dire di ora in ora, per la presenza della sindrome demenziale. Così come per gli omosessuali che vengono abbandonati dal *partner* e che costituiscono un altro aspetto della «collocazione abbandonata», come noi la definiamo, nella struttura ospedaliera.

Devo infine dire, come notazione di carattere più generale, che il fatto che oggi in Italia non si abbia certezza sulle prospettive di ricovero (lo dico in modo provocatorio e sento il dovere di sottolineare tale aspetto) è la conseguenza a nostro parere di quanto sostenevano quei profeti di buona ventura, che si sono poi rivelati profeti di sventura, con l'aforisma «le malattie infettive sono finite, chiudiamo le divisioni di malattie infettive». Il risultato è che siamo passati da 8.263 posti letto nel 1980 a 6.363 posti letti nel 1985 e mi è stato detto che statistiche successive mostrano un'ulteriore diminuzione dell'indicizzazione dei posti letto. Quindi in soli sei anni vi è stata una riduzione di circa il 23 per cento del loro numero.

Continuo a ripetere da anni che se avessimo a disposizione una rete di ospedali e di strutture infettivologiche supportate da relativi laboratori, come si conviene ad un paese civile, non ci troveremmo oggi in quell'ansia esistenziale che accompagna la vicenda dell'AIDS.

Qui devo fare un'ultima notazione che mi sembra importante: un errore che a nostro avviso si sta verificando è che la estrapolazione dell'attenzione della sanità pubblica, ed anche degli operatori di sanità quasi in tutto il paese, nei confronti dell'AIDS, fa dimenticare che l'Italia è un paese mediterraneo, che ha grandissimi problemi di patologia infettiva; che con l'andare da Milano o da Torino ad Afragola (mi si consenta questo richiamo) per il cittadino si corre lo stesso rischio in funzione dell'epatite B, per esempio, che si può correre andando da Torino in Zaire, al centro dell'Africa.

Quello dell'epatite B è un altro dei grandissimi problemi di sanità pubblica che è un po' rimasto obsoleto e sottaciuto, perchè in Italia solo l'emotività e non i dati della statistica, in molti casi, porta stimoli ad assumere iniziative.

Voglio quindi dire che esiste un problema di patologia infettiva, in generale, che va meditato, perchè purtroppo alcune strutture che si dichiarano supercompetenti (l'Italia è sempre piena di supercompetenti) finiscono per dare impegno e attenzione al problema dell'infezione da HIV dimenticando che esiste una patologia da salmonella tifica; esiste anche tutta una patologia a trasmissione orofecale, e ancora il problema della trasmissione sangue-sangue dell'epatite B, eccetera. Mi piace poi ricordare anche un dato di fatto che fa riferimento alla regione Lombardia: il dottor Carreri, funzionario responsabile dell'igiene pubblica all'assessorato lombardo della sanità, ha fatto un'indagine randomizzata da cui risulta che negli ultimi due anni in tutta la regione avrebbero dovuto verificarsi circa 800.000-1.000.000 notifiche per malattie infettive e contagiose, cioè con riferimento a quelle malattie infettive su cui la legge dello Stato impone la notifica (oggi andiamo per eufemismi: notifica o denuncia, in fondo, è la stessa cosa). Il risultato di questa indagine ha dato contemporaneamente che nei confronti di questi casi che avrebbero dovuto essere notificati il corrispettivo delle notifiche è stato di circa 60.000-80.000. Questo significa che c'è un grande numero di patologie, di casi di malattie infettive e contagiose che vagolano, in senso lato, nei reparti di pediatria, di medicina interna, di dermatologia eccetera, che non vengono notificati e che creano, evidentemente, ulteriori problemi nei confronti di altre tipologie infettive che sono importanti, certamente, e che in chiave di sanità pubblica devono essere affrontate e verificate.

Non dimentichiamo, poi, che, per esempio, il quadro dell'epatite B fa riferimento ad una casistica che porta a circa 8.000 casi in Italia (sempre se le notifiche siano vere, perchè in Italia esistono varie situazioni che ci portiamo dietro). La notifica è sempre un atto che comporta un impegno di sanità pubblica: quindi anche la comunicazione ai vicini di casa della presenza di una malattia infettiva. Purtroppo ci portiamo dietro delle rimembranze di tipo «peste manzoniana», con i monatti, gli untori, eccetera, anche se si tratta solo di epatite B.

Ottomila morti, in Italia, per postumi di epatite B (cirrosi, epatite cronica da respiro, epatocarcinoma), sono una grossa cifra che va meditata attentamente. È questo uno dei piccoli settori della patologia infettiva.

Finisco quindi questa breve introduzione, certamente frammentaria, che è stata forse un po' emotiva, con il richiamo agli illustri senatori qui presenti sul fatto che in Italia esiste una patologia infettiva che è ancora da terzo mondo. La infezione da HIV è uno di questi aspetti, ma in questo contesto il problema della malattia infettiva, dei ricoveri ospedalieri dei pazienti con patologia infettiva va visto con un'attenzione ancora superiore, al di fuori dei dati conosciuti, perchè l'Italia possa essere un paese civile, degno delle tradizioni scientifiche che in esso ancora oggi sono vive e presenti.

CANCRINI. Ringrazio gli onorevoli senatori per la possibilità di esprimere alcune riflessioni in questa sede.

Vorrei fare un discorso molto breve, centrato su due concetti che riguardano una competenza specifica e in qualche modo laterale rispetto a quella nucleare proposta dal professor Rondanelli.

Vorrei riflettere un momento sulle forme di diffusione dell'AIDS e sul modo con cui finora ci si è mossi per tentare di arginarla.

Credo che siamo tutti d'accordo sul fatto che il rischio di trasmissione dell'AIDS non è di per sé molto alto, il che significa che noi possiamo distinguere abbastanza tranquillamente una larghissima popolazione il cui rischio di contrarre l'infezione è bassissimo, quasi zero, e una quota invece di popolazione marginale, in senso lato, molto ben delimitata, la quale ha un rischio piuttosto alto.

Ecco, la tesi che vorrei proporre in questa sede è questa: mi sembra che il *target* dell'informazione in questi tre anni sia stata piuttosto la popolazione a basso rischio, nel senso che la gran parte delle informazioni che sono passate e il modo in cui l'immagine dell'AIDS si è andata formando nella cultura diffusa portano un gran numero di persone, il cui rischio è zero, o 0.001, a delle modifiche di comportamento; invece esiste, a livello delle popolazioni a rischio reale, un comportamento difforme

e complesso che va studiato con molta attenzione.

Sappiamo, dalle ricerche fatte su gruppi di omosessuali e su gruppi di tossicodipendenti (c'è un'abbondante letteratura statunitense) che, se osservati in termini statistici, modifiche di comportamento rilevanti sono state ottenute. Per esempio, tra i tossicodipendenti il numero di siringhe usate e gettate è molto maggiore di quanto non fosse in precedenza. Lo stesso si può dire dei comportamenti degli omosessuali che, in una percentuale alta di casi (forse più alta rispetto ai tossicodipendenti), hanno eliminato forme di comportamento promiscuo, oppure hanno adottato il profilattico o altre precauzioni legate al tipo di atto sessuale compiuto.

Noi sappiamo che una parte della popolazione a rischio ha reagito positivamente; però sappiamo anche che esiste una quota abbastanza rilevante, almeno il 30 per cento dei tossicodipendenti, probabilmente il 10 o 15 per cento degli omosessuali (cito dati abbastanza approssimativi), che non hanno reagito nel modo positivo che ci si poteva attendere; anzi, esiste nell'ambito di questa popolazione, di queste minoranze, una quota che ha reagito in modo completamente opposto a quello desiderato, e cioè: «Se ho io l'infezione, è bene che l'abbiano anche gli altri. Se non c'è speranza per me, non mi preoccupo di quello che resta dopo di me». Questo tipo di reazioni schematicamente proposte in questa forma non sono reazioni cattive, bensì reazioni da comprendere in ordine alle situazioni specifiche che vengono vissute.

Tutto questo ci pone, secondo me, di fronte a due grossi problemi, nell'ambito di quello che è il tentativo di spiegare che cosa succede a persone infette da retrovirus. Intanto c'è il problema di come arriva il messaggio. Credo che se, come si è fatto finora, si insiste tanto sul fatto che il sieropositivo, o colui che essendo omosessuale o tossicodipendente è per ciò stesso assimilato al sieropositivo, è una persona pericolosa, se questo è il messaggio che viene trasmesso, l'effetto che si ottiene in una percentuale rilevante di queste categorie a rischio è proprio quello da me proposto in questa sede, per tutte quelle forme di emarginazione che sono state combattute spesso più

per motivi di principio, di dignità morale, del rispetto della persona e così via. In effetti andrebbero combattute anche perchè ogni movimento di emarginazione e di rifiuto comporta un aumento del rischio rispetto al resto della popolazione. Questo è un dato su cui bisogna riflettere.

Allora il problema è che esiste una parte della popolazione più minoritaria, che riceve solo una informazione di riflesso, del tipo di un rifiuto, in quanto è ritenuta pericolosa. L'incidenza di questo fenomeno di rifiuto dei tossicodipendenti presso gli ospedali è stata pesante. Vi sono in moltissime città segnalazioni insistenti per il fatto che l'ospedale rifiuta i tossicodipendenti laddove non c'è un reparto *ad hoc*.

Il professor Rondanelli accennava al problema del numero basso dei reparti di malattie infettive, c'è la questione del rifiuto delle cure alle persone che avrebbero bisogno di essere aiutate e che dopo essersi scontrate col rifiuto ricevono attraverso questo rifiuto una informazione deformata con rischio di risposte deformate.

Un secondo problema riguarda le minoranze a rischio: gran parte degli strumenti utilizzati non raggiunge questa parte della popolazione che non legge i giornali, non guarda la televisione (ammesso che ci sia stata una campagna significativa), che non ha contatti efficaci basati su una reciproca fiducia negli strumenti abituali dell'informazione sanitaria. Se vogliamo immaginare una strategia efficace, dopo aver avvertito la popolazione in generale ed aver dato un avvertimento sufficiente a quella parte che è disposta ad ascoltare, abbiamo il problema di questo altro tipo di persone a rischio. Credo che questo sia rilevante nel caso dell'AIDS. Ho l'impressione, sulla base dei dati forniti dagli infettivologi, che in effetti, trattandosi di una malattia che si trasmette con qualche difficoltà, ciò consentirebbe di valutare la possibilità di una vittoria completa sul fronte dell'epidemiologia se si riuscisse a raggiungere questa parte della popolazione; potremmo pensare di ottenere una prevenzione completa o comunque di larghissima percentuale.

Credo che ci siano almeno tre cose da fare e possibilmente con una certa rapidità. La prima

è di connotare il sieropositivo, con una campagna pubblicitaria bene impostata da persone che fanno questo lavoro, come una persona che può essere curata e non come una persona di cui si deve aver paura. Più compaiono persone in televisione che parlano del rischio di prendere la malattia, più si connota il sieropositivo come pericoloso. Occorrerebbe invece affermare che sulla sieropositività si può interferire efficacemente, che il paziente può essere aiutato con adatte cure e precauzioni, con un monitoraggio attento della sua condizione, che può essere recuperato o almeno avere speranze di vita maggiori. Credo che questo sia un vantaggio nel senso che potrebbe portarci ad acquisire i sieropositivi sul fronte della lotta contro la diffusione dell'AIDS. Dopo una prima fase in cui erano utili i messaggi lanciati dal Ministero della sanità e l'attenzione era portata sul rischio delle infezioni, è necessario un complemento di informazione: bisogna considerare i tossicodipendenti. Un anno fa insieme ad altri colleghi segnalammo il fatto che il tipo di informazione «sieropositivo uguale AIDS, uguale morte» portava a considerare ad alto rischio i tossicodipendenti; nel 1987 il numero dei tossicodipendenti è salito di molto, si è raddoppiato. D'altra parte un esperimento di questo tipo, cioè diffondere l'idea della morte in mezzo ad un centinaio di migliaia di persone che hanno già grossi problemi a livello di sofferenze, produce meccanismi di difesa escludenti; si è evitato che il risultato fosse peggiore ma il rischio è stato alto. Il primo problema è dunque quello che riguarda una campagna pubblicitaria in grado di orientare la gente costruendo una immagine del sieropositivo come persona curabile, non pericolosa; si tratta di dosare bene l'informazione.

La seconda questione concerne il rafforzamento dei servizi per i tossicodipendenti; è un problema molto serio ed io vorrei proporre un'idea non so bene quanto realizzabile. Conosco le varie situazioni italiane per pensare ad un quadro abbastanza vicino alla realtà: i servizi per i tossicodipendenti stanziali sono oggi in gran parte sufficienti; un tossicodipendente che vuole essere aiutato una strada di aiuto la trova nei servizi di assistenza delle

unità sanitarie locali. A mio avviso in gran parte d'Italia, escludendo forse Palermo, l'*hinterland* di Napoli e Salerno, risposte sufficienti si possono trovare se è il tossicodipendente a chiedere aiuto. La debolezza di questi servizi sta invece nella incapacità di muoversi verso il tossicodipendente che non ha formulato la sua domanda di aiuto. Il problema riguarda le carceri, perchè vi è una grossa quantità di tossicodipendenti sieropositivi che non hanno avuto precedenti contatti con strutture sanitarie.

Una ricerca particolarmente interessante che vi farò pervenire è stata svolta a New York da un gruppo che ha cercato di individuare i problemi cruciali per poter effettuare una prevenzione contro l'AIDS; si delineano una serie di situazioni per le quali è chiarissimo il fatto che queste persone sono caratterizzate da diffidenza rispetto al servizio, non si rivolgeranno mai per prime al servizio, vanno cercate attraverso opportuni strumenti. Un esempio interessante si è avuto nella città di New York, dove il coordinamento delle iniziative terapeutiche è tenuto da una associazione di *gay*, la quale riceve finanziamenti da varie strutture private e pubbliche. La ragione di questa scelta è che questo tipo di associazione che si occupa anche di tossicodipendenti ha meno fratture e reazioni di diffidenza presso un certo tipo di popolazione che non accetterebbe un operatore della struttura pubblica ufficiale.

Non siamo in questa situazione in Italia perchè l'operatore è diverso; tuttavia si pone il problema di un operatore in grado di muoversi dal suo luogo di lavoro, di un operatore cioè che non stia nella sua sede ad aspettare ma che si muova.

Credo che questo sia un secondo punto su cui dobbiamo cercare di immaginare una riflessione, una ricerca di qualche tentativo da proporre in alcune grandi città, con un'assistenza sul territorio, con una formazione specifica degli operatori, con un grosso coinvolgimento del volontariato che sia professionalmente all'altezza dei compiti che gli si propongono. L'ultima questione credo sia quella di una forte valorizzazione di tutte le associazioni, da quelle degli omosessuali a quelle delle prostitute, e così via, nel tentativo di raggiungere l'altra parte della diffusione. Ho

l'impressione che questo tipo di passaggio, cioè l'affidamento ad altri enti - oltre che ai canali ufficiali - di messaggi utili ad un mutamento di comportamento nelle situazioni a maggior rischio avvenga proprio attraverso un coinvolgimento di quelle persone, associazioni e gruppi che sono in grado di raggiungere con una presenza sulla strada le situazioni e le persone a maggior rischio.

Badate bene che il problema della tossicodipendente-prostituta rappresenta in questa fase probabilmente la chiave di volta del problema della diffusione perchè l'aggancio della popolazione ad alto rischio, più o meno chiusa in un settore definito di abitudini, al resto della popolazione è proprio quello della prostituzione per tossicodipendenza, o ad essa collegata, che costituisce un problema gravissimo rispetto al quale non abbiamo strumenti di intervento in questa fase. Certamente sarebbe impensabile che queste persone venissero raggiunte attraverso un moltiplicarsi degli organici: c'è bisogno del coinvolgimento di persone, associazioni e gruppi che abbiano credibilità presso queste persone.

Ci sono state moltissime polemiche, io stesso le ho fatte, però mi pare di poter dire oggi che probabilmente quel che si è fatto ha avuto anche un valore; forse si poteva avere un tiro diverso fin dall'inizio, ma quel che è accaduto intorno al problema dell'AIDS credo sia un grande passaggio di informazioni utili. Forse ce ne sono state un po' troppe in una zona in cui servivano meno e un po' troppo poche in un'altra zona, però siamo in tempo a colmare questa lacuna e credo si tratti di passare proprio ad una seconda fase.

Ritengo che una celere attuazione delle indicazioni del decreto ministeriale in ordine alla possibilità di aprire nuovi reparti presso gli ospedali generali sia anche un elemento di grande rilevanza. In quel decreto, però, non si capisce bene neppure chi sia oggetto attivo di questo piano (USL, comuni, regioni) mentre credo importante chiarire in breve tempo questo aspetto, perchè probabilmente il moltiplicarsi di strutture terapeutiche presso gli ospedali con un rapporto con l'esterno potrebbe aiutare a forzare questa immagine delle persona da aiutare piuttosto che da evitare. Sono messaggi di contesto quelli che passano

in questo modo, non si tratta di creare lazzeretti ma situazioni terapeutiche collegate alle altre e questo può aiutarci a far passare il messaggio che ci interessa.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Rondanelli e il professor Cancrini per il loro contributo. Passiamo alle eventuali domande.

CONDORELLI. Innanzi tutto vorrei associarmi al ringraziamento del Presidente verso gli illustri ospiti, inoltre vorrei porre alcune brevissime domande a cominciare dal professor Rondanelli.

Il numero dei sieropositivi in Italia si calcola intorno ai 200.000, ma questo calcolo viene effettuato sul presupposto che in tutti i servizi trasfusionali vengano effettuati gli *screenings* necessari su tutte le donazioni, non solo di sangue ma anche di emocomponenti. Tutto questo viene fatto puntualmente? Esiste un controllo continuo sulla qualità dei *tests*? In caso contrario non avremmo dei dati molto attendibili e queste cifre potrebbero anche non corrispondere alla verità.

Il secondo punto riguarda il monitoraggio dei sieropositivi. Ho assistito ad una puntata di «Il caso» di Enzo Biagi dove un medico affermava di aver constatato la guarigione di un sieropositivo; questo dipende dal fatto che probabilmente i *Kits* commerciali per i *tests* non erano qualitativamente affidabili come quelli di oggi. Cosa fate per seguire l'evoluzione di questi soggetti che hanno dei *tests* sieropositivi molto deboli: si sviluppa l'infezione in ogni caso o ci sono incertezze?

Inoltre vorrei porre due domande al professor Cancrini che ha trattato argomenti estremamente delicati e difficili da affrontare. Ci sono molti suicidi tra i nostri ammalati di AIDS, o ci sono pratiche di eutanasia? Abbiamo visto che in Olanda si sono molto diffuse queste pratiche di eutanasia addirittura con la costituzione di società apposite.

Sulla questione dell'informazione si è detto più volte che è un argomento molto importante. Bisogna cercare di avere un grande rispetto per i sieropositivi, ed è un problema di estrema delicatezza, però più volte abbiamo segnalato anche in altre audizioni la necessità che l'informazione sia certificata: accanto

all'informazione libera della stampa ci vogliono fonti che siano certe. Soprattutto mi sembra molto logico un rilievo che la volta precedente fece il senatore Azzaretti circa la necessità di imporre un certo tipo di informazione. Per esempio l'obbligo di ascolto per una o due ore settimanali nelle scuole di programmi televisivi sulla materia credo sia importante; per gli adulti, naturalmente, bisognerà trovare un sistema differente.

Altro aspetto delicato è quello dell'informazione per i medici, che spesso non conoscono l'argomento nel modo più assoluto; bisogna trovare un sistema di informazione attraverso gli organi professionali e le società scientifiche.

Infine, nella commissione ministeriale ritengo sarebbe opportuno inserire i direttori di grande testate giornalistiche e reti televisive proprio per farli partecipare attivamente. Credo occorra dare anche a questa commissione poteri operativi, e non solo consultivi, con strumenti per poter agire in modo molto agile ed immediato.

ZUFFA. Volevo chiedere una precisazione per quanto detto dal professor Cancrini. Se ho capito bene egli diceva che c'è stato un indirizzo dell'informazione verso la popolazione a basso rischio piuttosto che verso la popolazione a alto rischio. Volevo capire in che senso c'è stato questo tipo di informazione nei confronti della popolazione a basso rischio.

Ho saputo da alcune colleghe che il famoso *spot* pubblicitario, apparso anche durante la trasmissione «Linea rovente», nel quale vengono proposti i visi di due amanti che si trasformano in teschi, continua ad essere proiettato abbondantemente su diverse reti televisive. Mi sembra di poter dire che questo tipo di *spot* sia l'espressione visiva di una linea che propugna l'astinenza del rapporto sessuale come forma di prevenzione. Un messaggio di questo genere, che non tende a far mutare i comportamenti all'interno della sessualità bensì a far assumere un diverso atteggiamento globale nei confronti della sessualità stessa, non può avere alcun riscontro sul piano della prevenzione perchè è molto chiaro che, nei confronti delle opinioni che

ognuno ha del proprio muoversi all'interno della sessualità, richiederebbe un cambiamento così totale di atteggiamento da risultare del tutto inefficace. Inoltre un tipo di messaggio di questo genere tende ad affermare una norma sessuale e non a prevenire la malattia.

Poichè a me non risulta che vi siano altri tipi di informazione rivolti alle popolazioni a basso rischio, vorrei sapere dal professor Cancrini se considera opportuno fare informazione, anche attraverso la pubblicità, in maniera indiscriminata o se invece ritiene utile indirizzarla verso la popolazione a basso rischio. In quest'ultimo caso, vorrei conoscere il suo pensiero circa le modalità per impostare un tale tipo di informazione.

AZZARETTI. Vorrei chiedere al professor Rondanelli in base a quali criteri sono state formulate le indicazioni relative al numero dei nuovi posti-letto per malattie infettive. Mi riferisco alla previsione di 12 posti-letto per 100 mila abitanti. Se tali posti-letto fossero distribuiti in base alle rivendicazioni o delle unità sanitarie locali o delle Regioni, con ogni probabilità non si compirebbe un'azione seria; se invece il criterio è un altro, allora può darsi che si riveli efficace. Le chiedo ciò anche in considerazione di quello che lei ha affermato, e cioè che vi sono certe tendenze - anche da parte di grossi ospedali - a privilegiare i ricoveri dei malati di AIDS, praticamente rifiutando il ricovero per coloro che sono affetti da altre malattie infettive. In questo modo si potrebbero creare squilibri abbastanza rilevanti.

MERIGGI. Dal professor Rondanelli vorrei sapere se il suo Istituto, che è impegnato anche nella fase della ricerca, intrattiene rapporti con l'Istituto americano del professor Robert Gallo nonché con l'ospedale Mulago di Kampala.

ALBERTI. Innanzi tutto vorrei ringraziare i professori Rondanelli e Cancrini per aver risposto all'invito che abbiamo loro rivolto. Concordo con il professor Rondanelli circa la necessità che i posti-letto per le malattie infettive siano confermati in pianta stabile e senza subire riduzioni. Tuttavia gli domando:

chi deve organizzare il settore della cura dei malati di AIDS? Chi deve coordinare tutto il settore della prevenzione?

Un altro problema la cui soluzione mi appare particolarmente complessa è quello della specificità del trattamento. Il professor Rondanelli diceva che a Pavia erano già preparati per questo tipo di cura perchè conoscevano le immunodeficienze provocate. Il problema è che in Italia vi è un bassissimo numero di reparti di terapia intensiva di questo genere. Le attrezzature esistono, ma non sempre, soprattutto laddove vi sono anche reparti di ematologia. Tale situazione richiederebbe uno sforzo di organizzazione perchè non vorrei che i posti-letto che si vogliono porre in essere diventassero di fatto dei lazzaretti.

Ho sentito parlare della possibilità di coinvolgere le associazioni delle categorie a rischio. Mi risulta che gli omosessuali siano stati molto attivi e tutti abbiamo ricevuto delle lettere in cui ci chiedevano di essere ascoltati in questa Commissione. Mi pare però che il Ministro della sanità si sia rifiutato di ricevere le associazioni degli omosessuali. Più difficile appare la possibilità di ascoltare le associazioni delle prostitute che credo abbiano ottenuto meno riconoscimenti ufficiali.

Vorrei quindi sapere dal professor Cancrini come è possibile raggiungere il settore della prostituzione che costituisce il principale anello di congiunzione tra le categorie ad alto rischio ed il resto della popolazione.

DIONISI. Vorrei sapere dal professor Rondanelli se condivide l'impressione che si sia rimasti in qualche modo legati al numero dei posti-letto trascurando invece un altro aspetto secondo me più importante. Vorrei chiedere infatti che significato possa avere il posto-letto in quanto tale se poi la maggior parte degli ospedali italiani manca di adeguate strutture diagnostiche. Il malato di AIDS ha bisogno di broncoscopie per il prelievo di materiale ai fini batteriologici allo scopo di individuare germi e *virus*, ha bisogno di laboratori di virologia e di batteriologia anch'essi mancanti nella maggior parte degli ospedali italiani.

Tali situazione oggettiva fa un po' saltare tutto l'impianto della proposta del Governo. Perchè aumentare i posti-letto se poi, in molti

casi, diviene necessario trasportare i malati in ambulanza dalle piccole città ai grossi centri? Con quale spesa economica e con quale sofferenza per i malati e per i familiari, con quali costi in termini di possibilità reale di guarigione o quanto meno di intervento su malati così delicati tutto ciò avviene? Insistere o restare così legati al problema del numero dei posti-letto mi pare in qualche modo riduttivo se non si potenziano i servizi diagnostici necessari.

Desidero fare un'altra riflessione di carattere generale. Mi sembra che il mondo scientifico che si interessa di questo problema abbia concretato la propria attenzione in particolare sulla terapia farmacologica, a volte anche con alcune forzature. Ad esempio si sa benissimo che alcuni farmaci che vanno per la maggiore non modificano nei fatti il reale andamento della malattia, o comunque lo modificano solo in minima parte. Anche per quanto riguarda la profilassi mi sembra che ci si concentri essenzialmente sulla ricerca di un vaccino.

Ritengo che dietro questo tipo di attività - che è certo necessaria e non va sottovalutata, ma attualmente con una scarsa prospettiva di risultati reali - si muovano enormi interessi economici. Noto una sproporzione tra l'impegno del settore pubblico nei vari paesi, ma anche delle istituzioni private, case farmaceutiche e di ricerca, ed il modesto intervento sulla prevenzione, che deve essere basato soprattutto su una efficace informazione.

Mi sembra che ci si muova ancora nella vecchia logica della medicina del farmaco, che non voglio criminalizzare, ma che è quella legata agli interessi del capitale, che comporta enormi spese e scarsi risultati, senza agire alla fonte e cioè sulla prevenzione reale, quella che, modificando comportamenti, o almeno razionalizzando alcuni di essi, potrebbe evitare il dilagare di questa malattia.

Desidererei, infine, avere chiarimenti circa la notizia riportata dai giornali di casi in cui si è riscontrata una negativizzazione del *test* sierologico.

PRESIDENTE. Professor Rondanelli, si è letto recentemente sui giornali che in Inghilterra è stato individuato un *virus*, l'*HIV II*, che sembra sfuggire ad una verifica con i *tests*

attualmente disponibili. Vorrei sapere se ciò corrisponde al vero.

La seconda domanda riguarda le vie di trasmissione dell'infezione, se siano limitate soltanto ai comportamenti sessuali ed allo scambio di cellule ematiche.

È stata sottolineata la necessità di avere una certa dotazione di posti-letto, attrezzati in modo tale da proteggere l'ammalato di AIDS dalla possibilità di contrarre infezioni opportunistiche. In che momento sorge l'esigenza di questo tipo di protezione nella storia dell'infezione?

Il professor Cancrini ha parlato della necessità di calibrare in modo opportuno il messaggio, passando da una prima fase ad una seconda in cui esso sia mirato. Vorrei sapere se di questo aspetto si tiene conto nelle sedi, ufficiali e non, in cui si stanno predisponendo le campagne di informazione.

CANCRINI. È stato documentato che il rischio di suicidio è nei sieropositivi 66 volte più alto rispetto al resto della popolazione, come ha evidenziato una recente ricerca condotta negli Stati Uniti.

In Italia stiamo predisponendo riguardo a tale aspetto una ricerca, per studiare le motivazioni ricostruibili di suicidio nei morti a Roma nell'ultimo anno. È indubbio comunque che il rischio aumenta nel momento in cui si apprende di essere sieropositivi e non malati.

Per quanto riguarda la certificazione della malattia a mio parere il problema consiste nel dare a questo discorso un'esatta connotazione. La certificazione rappresenta un fatto positivo solo se il soggetto interessato ottiene con essa alcuni vantaggi (ad esempio, accesso a servizi che erogano prestazioni gratuite). Se, viceversa, deve rappresentare un documento da esibire, ad esempio, per poter ottenere un posto di lavoro, la cosa cambia. Quindi la certificazione che garantisce migliore tutela della salute è positiva ed in questo senso può anche divenire obbligatoria; non può invece essere resa obbligatoria, se non con risultati negativi, qualora la connotazione sia di diverso tipo.

Ritengo utile la presenza nella commissione ministeriale di direttori di giornali o di persone che comunque svolgano un'attività che

abbia un certo impatto sull'opinione pubblica. Sarebbe comunque opportuno che la commissione avesse un collegamento con un'agenzia stampa in grado di fare informazione con un taglio pubblicitario, cosa che richiede una professionalità ben definita. Si tratta di un aspetto che non va sottovalutato.

Desidero chiarire che, come è emerso da inchieste svolte tra la popolazione, tendenzialmente l'immagine che si è creata nella gente è quella di una malattia contagiosa da evitare usando determinate precauzioni. C'è poi una discussione tra coloro che sostengono, spesso per una certa cultura religiosa, che le precauzioni vadano individuate nell'astinenza sessuale e coloro che, invece, insistono maggiormente sull'adozione di precauzioni attive, cioè del profilattico.

Ritengo che quello della propaganda sia un aspetto sul quale valga la pena discutere. Infatti è importante anche il tipo di messaggio che si trasmette. Certo è che insistendo e sull'astinenza e sull'uso del profilattico non si fa che portare avanti un discorso che vede come elemento centrale quello della paura del contagio.

Sarebbe anche opportuno, invece, parlare della possibilità di recupero della persona sieropositiva e non riferirsi esclusivamente al contagio, ipotesi che è bene non assuma troppo rilievo, dal momento che il contagio è difficile.

Quanto all'assistenza ospedaliera, vorrei dire che il problema non è tanto quello di poter disporre di posti-letto, che pur sono necessari, quanto di predisporre strutture adeguate. Almeno in ogni capoluogo di provincia dovrebbe esserci una struttura attrezzata con una capacità di risposta a livello ambulatoriale, non soltanto con un laboratorio di analisi cliniche, ma con gruppi di persone in grado di calibrare il messaggio che danno in ordine ai quesiti sull'AIDS, sulla sieropositività, coordinandosi con altri servizi, e così via. Il problema è quello di stabilire rapporti entro i quali il sieropositivo divenga partecipe di una campagna sanitaria.

Forse su questo sarebbe opportuno (non sono in grado di dare indicazioni ma credo che vi sia chi può farlo) indicare, rispetto ai servizi da attivare presso gli ospedali, le tipologie di

strutture che sono necessarie; quindi, posti-letto protetti, ma accanto a questi anche un certo numero di stanze, servizi, laboratori. Cioè servono delle cose che vanno proposte come modello, a mio avviso, con una legge dello Stato o con una indicazione ministeriale, perchè non si può pensare che su questo venga fuori la fantasia delle singole USL; sarebbe pericolosissimo. Ci vuole una modellistica di interventi da saggiare; forse questa può essere la sede per discutere, ma credo che servirebbero molte altre cose.

Sul coinvolgimento delle associazioni personalmente mi permetto di esprimere l'opinione che il fatto che alcune di queste associazioni siano ascoltate qui sarebbe molto positiva.

Il Ministro ha ritenuto, in una certa fase, di non ascoltarle; avrà avuto le sue ragioni, ma questo rapporto è recuperabile e credo che sia importante che queste voci vengano ascoltate.

Credo che sia le associazioni degli omosessuali che quelle di coordinamento delle prostitute abbiano delle cose importanti da dire. In particolare segnalo che il coordinamento delle prostitute ha dato un'indicazione molto precisa sulla differenza esistente nel comportamento di prostituzione del tossicodipendente rispetto agli *standards* «professionali» (nel rispetto di tutti); è una questione su cui bisogna avere il coraggio, senza falsi pudori, di discutere a fondo.

Tuttavia credo che non sia soltanto una audizione che possa risolvere il problema, perchè il problema è quello di riuscire, sulla base di una conoscenza di questo tipo, ad immaginare strategie di intervento. Questo richiede qualcosa di più che un semplice ascolto; occorre quindi una riflessione sui suggerimenti che possono venire e anche su eventuali finanziamenti. Bisognerebbe essere molto agili dal punto di vista organizzativo.

Un'ultima questione: ho l'impressione che si cominci a tener conto di alcune esigenze. Ho sentito il professor Aiuti ed ho sentito il Ministro parlare della questione della sieropositività con accenti diversi rispetto ad un anno fa; ma mi sembra che la cosa vada un po' lentamente; mi sembra che poi, dopo un fervore molto grande di iniziative della commissione un anno fa, adesso ci sia un'attenzione un po' meno forte.

Credo che il discorso dovrebbe riprendere con forza, a livello governativo o di istituzioni nazionali, perchè altrimenti quelle considerazioni che affiorano dentro la commissione, ma che non vengono portate fuori con altrettanta forza rischiano di restare qualcosa che non riguarda poi la gente e i comportamenti reali delle persone.

RONDANELLI. Mi sono state rivolte molte domande e cercherò di rispondere a tutte sinteticamente.

Intanto mi permetto di sottolineare un dato di fatto: forse per alcune carenze di trasmissione dei documenti non risulta che a molte domande che sono state fatte si è già data risposta a livello di commissione ministeriale. Per esempio, nel documento 7, era chiaramente delineata quella che è la codificazione delle strutture, primo, secondo e terzo livello, con le specifiche competenze che devono collocarsi nel contesto della verifica dell'HIV positività, fino al ricovero del paziente.

È chiaro che esiste tutta una modulazione nel tempo, fatta di competenze specifiche, che la commissione nel documento 7 ha chiaramente individuato e trasmesso alle Regioni, le quali, evidentemente, dovranno farsene carico; perchè mi pare che il Ministro abbia detto più volte che fino a quando non si dichiara lo stato di epidemia diamo delle linee guida ed è la Regione, poi, che deve codificare gli aspetti operativi. La dichiarazione dello stato di epidemia, non si è verificata, per ovvie ragioni. È chiaro che la Regione deve inserirsi in queste prospettive operative; e la Regione Lombardia ha dato chiara dimostrazione di come, al di fuori addirittura, in alcuni casi, delle preordinazioni delle linee guida centrali, le soluzioni sono state cercate con primo, secondo e terzo livello, con l'individuazione dei centri e codificando nel territorio una serie di deviazioni che di volta in volta si sono rese necessarie in rapporto alla mutevolezza della situazione di base.

Quindi, a me pare che basti richiamarsi al documento 7 della commissione.

Un aspetto che sottolineo, poi, è sostanzialmente questo: vediamo un po' che cosa possiamo dire a proposito del valore della sieropositività in riferimento al passaggio ARC

o LAS-AIDS. Questo è il punto nodale che a mio avviso va sottolineato. Devo sottolineare a livello della Regione Lombardia proprio questa collocazione: primo, secondo e terzo livello e, soprattutto, l'esistenza di centri come quello che ho l'onore di dirigere.

Qui dovrei aprire una piccola parentesi: noi non dobbiamo continuare a vedere la struttura infettivologica come il lazzaretto di manzoniana memoria, che si colloca come evento terminale, in cui il malato viene messo in attesa dell'ultimo evento.

Una dimostrazione di come debba essere articolata la struttura infettivologica l'abbiamo a Pavia (sono anche il direttore scientifico del Policlinico di Pavia e personalmente sarei molto onorato di una vostra visita), dove esiste un modello che, a mio avviso, è di grande qualità, riconosciuto a livello internazionale; c'è una struttura ambulatoriale apertissima al territorio, l'infettivologia viene gestita non come il lazzaretto di manzoniana memoria, dodici laboratori sono a due metri di distanza dal paziente e in grado di erogare in tempi più che reali la diagnosi, l'isolamento e la prospettiva computerizzata della malattia. Quindi, *nihil novi sub lumine soli*, è chiaro che la struttura deve essere pluriarticolata; l'infettivologia non è più, diciamo, una disciplina che fa riferimento alle malattie contagiose nel senso classico, ma fa riferimento alle infezioni ospedaliere; a livello della Regione Lombardia si è stabilito che un infettivologo deve essere presente nel contesto delle strutture NOT (Nuclei operativi tossicodipendenti). Cioè l'infettivologia ha una sua articolazione sul territorio attraverso la quale passa il flusso di informazioni che rende possibile poi alcune meditazioni. Per esempio, i dati che abbiamo in banca dicono che nel contesto della nostra casistica solo il 30 per cento, in cinque anni, dalla sieropositività passa all'AIDS conclamato e, per quel che si riferisce al rapporto sieropositivo-ARC o LAS, ogni anno il 2-4 per cento passa in ARC o LAS. Il passaggio dell'ARC e LAS all'AIDS conclamato ogni anno va dal 5 all'8 per cento. Questo mi sembra un primo dato che cancella un po' alcune concitazioni emotive che hanno suggerito il rapporto cui il professor Cancrini faceva riferimento; cioè, la sieropositività è un concetto che ci

deriva dalla visione Pasteur della Francia, ma che sta cambiando anche da loro: ogni sieropositivo deve essere potenzialmente considerato come punto nodale e determinante di una catena epidemiologica, ma le prevalenze che noi abbiamo dimostrato con la nostra banca dati, che forse sono anche vicine ad alcuni *standards* riferiti dalla letteratura statunitense, ci dimostrano che questo concetto non corrisponde alla realtà epidemiologica e che quindi si deve giustamente meditare in rapporto a quello che diceva anche il professor Cancrini, cioè il problema delle ansie esistenziali e del terrorismo che deriva dal fatto di considerare il soggetto sieropositivo come destinato a collocarsi nell'AIDS conclamato.

Facendo poi riferimento ad alcune notazioni affiorate sulla questione del personale paramedico e medico che assiste questi pazienti, mi si consenta di sottolineare che come clinico ho una meditazione più approfondita perchè tutti i giorni nella nostra trincea riceviamo i malati e possiamo notare aspetti fondamentali relativi alla questione del ricovero. Vorrei dire con chiarezza che alcuni rifiuti da parte del personale medico e paramedico sono stati molto più rilevanti a livello delle strutture infettivologiche, laddove la dimestichezza, l'impegno sociale, sono di natura ben diversa. Ciò deriva, a nostro avviso, da una non perfetta conoscenza. Abbiamo cercato tramite circolari di far capire al personale medico e paramedico che, al di fuori dei pochi casi segnalati in letteratura e nel cui contesto vi è suspizione di tossicodipendenza strisciante, di fatti anamnestici o di comportamento a rischio nell'attività sessuale, non vi sono problemi estremamente rilevanti, mentre vi è un problema che deriva proprio dalla condizione neuropatologica di questi pazienti, dalle moltissime ansie esistenziali che nè psichiatra o psicologo riescono a placare, pur essendo essi collaboratori importanti nelle vicende di tutti i giorni relative ai pazienti.

Devo segnalare un fatto estremamente importante: nei centri periferici di infettivologia c'è un rifiuto o comunque una tendenza a non farsi trasferire al reparto di malattie infettive. Questo creerà un altro problema che dovrà essere affrontato in chiave di rimediazione; bisognerà trovare una soluzione anche con

parametrazioni di tipo economico. Siamo di fronte al personale paramedico che dice di non volere lavorare nel reparto delle malattie infettive, nella struttura ambulatoriale dove questi pazienti si collocano. Si tratta di una struttura nel cui contesto i pazienti hanno problemi rilevanti e dove c'è anche un grande carico di lavoro sul piano pratico. Quindi creeremo strutture che non avranno un sufficiente supporto di tipo infermieristico per le ragioni dette. Si tratterà di provvedere col *part time* o con altra incentivazione cui bisogna pensare presto perchè, altrimenti, non saremo in grado di seguire questi pazienti per la mancanza di personale. È un dato di fatto che mi sembra molto importante.

Fatte queste generali premesse, devo dire che da anni ci occupiamo e parliamo della questione dei laboratori (e risulta anche da documenti della Commissione ministeriale) alla quale il senatore Dionisi ha fatto un richiamo puntuale: abbiamo fatto, mi pare dieci anni fa, una indagine conoscitiva sul territorio ed abbiamo constatato che circa il 30 per cento degli ospedali, allora regionali e provinciali, non avevano laboratori di microbiologia. Questo è un altro aspetto importante. Esistono poi aspetti corporativi nella gestione della laboratoristica nella struttura ospedaliera, che fa riferimento ad aspetti plurifunzionali e a ricordi ancestrali di tipo encomiastico, per cui il biochimico ha la direzione del laboratorio di diagnosi e fa il microbiologo. La microbiologia è una disciplina estremamente differenziata che richiede competenze approfondite. È ora che nel nostro paese la microbiologia diventi obbligatoria, come peraltro in passato più circolari ministeriali indicavano, regolarmente disattese dalle amministrazioni ospedaliere. Oggi paghiamo lo scotto non solo di una diminuzione dei posti letto ma di una non saggia meditazione sul problema della laboratoristica a supporto della diagnostica e di una organica terapia infettivologica.

Abbiamo avuto grossi contrasti a livello nazionale e purtroppo oggi lo spettro dell'AIDS finisce per dare ragione drammaticamente a certe esigenze. La microbiologia nella differenziazione dei vari livelli è il centro integrato, pluridisciplinare; la cosiddetta microbiologia si differenzia in virologia, paras-

sitologia, immunologia, micologia. Queste differenziazioni a livello microbiologico difficilmente poi hanno riflessi operativi concreti per casi in cui esistono dubbi di tipo laboratoristico.

Le domande del senatore Condorelli riguardano la questione della verifica delle capacità laboratoristiche che si occupano dello *screening* e della diagnostica dell'infezione da HIV. Devo dire che già a livello di commissione ministeriale ci eravamo fatti carico di una serie di segnali e nei prossimi giorni l'argomento più importante che dovrà essere affrontato sarà quello di verificare le capacità di effettuare un certo tipo di esame, perchè si fa appunto riferimento ad alcune patologie derivanti dal tipo di *kit* che è a disposizione. Mi si consenta di dire che, disponendo dell'Istituto superiore di sanità, di enti che in Italia hanno continui flussi di informazioni, il fatto che si arrivi poi al Pasteur, in presenza delle sieropositività, per cercare conforto a questo livello, è decisamente ridicolo. Significa solo che l'informazione deve ammantarsi di alcuni aspetti di esterofilia che non hanno senso.

Per quanto riguarda poi il caso dell'ospedale San Giovanni ed i casi segnalati in altro ospedale della Romagna, devo dire che mancano puntuali verifiche a livello degli antigeni, degli anticorpi. Ricordo però che - i professori Achilli e Cattaneo hanno forse in modo stringato risposto al senatore che aveva fatto la domanda - riguardo a questa possibilità di creare antigeni, anticorpi, ormai il genoma HIV è stato spezzato nei relativi antigeni e c'è la possibilità di verificare la presenza di tutti gli antigeni di questo virus. È chiaro che solo in uno o due centri in Italia ci sono queste disponibilità e che questi casi dovrebbero essere esaminati dai nostri centri perchè potrebbero essere interessante argomento di studio con riferimento ad altri casi che nel tempo si sono verificati. Che ci possano poi essere improvvise negatività affioranti nel corso della malattia è un fatto banalmente noto a livello di infettivologia in genere; quindi, *nihil sub sole novi*. Prima di dare dimostrazioni platealmente giornalistiche e televisive la meditazione ed il silenzio dell'umiltà sarebbero opportuni, come sarebbe opportuna una verifica, presso strutture quali-

ificate, di questi fatti che non sono nella maggior parte dei casi anomali ma rientrano in quella espressività di risultati laboratoristici che derivano da una lunga esperienza e soprattutto da una lunga meditazione a livello di strutture straniere qualificate.

Dire che sono 200.000-250.000 i sieropositivi significa fare una stima approssimativa. Evidentemente (me lo sono chiesto tante volte e l'ho chiesto anche ad altri) si tratta di tossicodipendenti. Al di fuori comunque del fatto che si tratti o meno di una cifra rigorosamente codificata (e non lo è affatto), il problema di fondo è rappresentato sostanzialmente da questo dato: nel contesto delle tossicodipendenze stiamo arrivando per alcuni gruppi (in Lombardia sono state fatte delle indagini) al 55-60 per cento, e di anno in anno la sieropositività sta raggiungendo il 100 per cento. Quindi questo è un numero che certamente sarà di riferimento circa il problema della prevalenza della sieropositività nei tossicodipendenti che purtroppo, se non intevengono quelle provvidenze e quegli impegni a livello di singoli, lascia prevedere che toccherà il 100 per cento dei casi, perchè il tossicodipendente non ha la cultura della siringa «a gettare». Il problema è questo, oltre quello di seguire certi criteri epidemiologici che nella pratica sessuale sono indispensabili.

Voglio sottolineare che esiste il problema del trasferimento del contagio eterosessuale che ormai sta arrivando al 5-6 per cento in rapporto alle statistiche italiane. Questo contagio eterosessuale può essere dovuto alla giovane prostituta tossicodipendente che mantiene la sua condizione di tossicodipendenza attraverso la prostituzione e costituisce un problema rilevante, in quanto si tratta in genere della prostituta giovane e bella che lavora negli alberghi e che camuffa in vario modo la sua attività. Bisogna preoccuparsi che il nostro intervento sul territorio faccia sì che i giovani conoscano l'insidia legata a questo particolare problema. D'altro canto penso che non possano meravigliarsi molto per queste mie affermazioni coloro che, come me, hanno vissuto nell'epoca preantibiotica allorchè la sifilide, per la quale si utilizzavano solo composti di benzolo e il bismuto, rappresentava un problema gravissimo. *Nihil novi sub lumine soli*;

siamo in un momento di meditazione importante che è quello di un richiamo ai problemi dell'epidemiologia che in passato facevano parte del bagaglio culturale del cittadino italiano.

Con questo penso di avere affrontato, in parte almeno, tutte le domande che mi sono state poste; rimangono alcune questioni sulla terapia. Nel contesto delle documentazioni che certamente la commissione ministeriale ha trasmesso appare evidente che in Italia abbiamo un solo antivirale, l'azidotimidina, che rappresenta indubbiamente un elemento importante, ma sotto un certo profilo anche inquietante. Sono convinto di questo per le vicende che abbiamo vissuto nell'epoca preantibiotica, dalla quale purtroppo provengo; abbiamo vissuto l'era incredibile ed entusiasmante dell'avvento degli antibiotici dopo aver sperimentato l'insuccesso della lotta contro le patologie gravissime in epoca precedente.

L'azidotimidina nelle patologie a livello di sistema nervoso dà dei risultati e ci ha permesso di riscontrare delle regressioni non solo in chiave sintomatica e semiologica ma anche in fase di elettroencefalografia computerizzata; certamente oltre questo aspetto esiste il problema della terapia delle infezioni opportunistiche e sono d'accordo con il senatore Dionisi.

In chiave di quantità e di qualità, a livello italiano si richiede con priorità di provvedere, insieme ai ricoveri, anche ad una immediata riqualificazione della rete dei laboratori di microbiologia. Sostengo da anni, contrastato in questo da alcune concezioni che ho combattuto ma che hanno avuto la prevalenza, che il laboratorio deve collocarsi a poca distanza dalla direzione microbiologica e dalla divisione di malattie infettive, perchè da questo flusso e da questa collaborazione nascono degli stimoli a nostro avviso importantissimo. Quindi non è banale la richiesta che ho sempre avanzato e che è ribadita nei documenti della commissione ministeriale: il laboratorio deve essere a poca distanza dalla divisione malattie infettive perchè non ci deve essere eccessivo maneggio di sangue e di materiali nel contesto dell'ospedale.

Veniamo al problema delle tipologie. Mi sto occupando per incarico della commissione

ministeriale della proposta di una tipologia mirata, monitorizzata per la costruzione di nuove sedi per i nuovi posti letto. I dodici posti letto proposti non sono calcolati solo in funzione dell'infezione da HIV ma, forse grossolanamente, anche sulla base delle variazioni, che come ho detto sono estremamente lontane dai dati disponibili, che dovremmo essere in grado di conoscere, delle malattie contagiose e quindi rispetto alle necessità infettivologiche in senso lato.

Rispondendo al senatore Azzaretti, è chiaro che in queste strutture si collocano con quasi assoluta prevalenza casi di AIDS, per la semplice ragione che non vi è un rifiuto formale. Questi casi, cioè, in funzione di certi richiami dei *mass-media* e anche per una sorta di «tam tam» nei tossicodipendenti più che negli omosessuali, finiscono per essere curati in queste strutture. Mi permetto di dire che questo tipo di richiami alle volte risente di alcuni lassismi operativi nel contesto delle strutture stesse; se diamo a costoro la possibilità di uscire nei corridoi, di gozzovigliare nelle singole camere considerando la struttura come fosse un *motel*, il flusso dei tossicodipendenti farà più facilmente riferimento a queste strutture piuttosto che ad altre di diverso rigore dal punto di vista epidemiologico. Questa è in termini molto eufemistici anche la risposta a quanto chiesto con riferimento alla distribuzione dei posti letto.

Inoltre, sempre per quel che si riferisce a questo problema della distribuzione, è chiaro che la Commissione ministeriale ha fornito questa indicazione di posti letto con riferimento al contesto più importante, che è l'infezione da HIV; quindi le regioni che in base alle statistiche e alle notifiche hanno una grande prevalenza di infezioni da HIV in senso lato, dal sieropositivo asintomatico al malato di AIDS conclamato, avranno maggiore disponibilità. Naturalmente non ci si deve fare illusioni perchè, se non si trovano metodologie più efficaci sul piano giuridico e amministrativo, dal momento in cui c'è la possibilità di avere a disposizione una certa somma fino al momento in cui il posto letto è concretato passano in media quattro anni. In Lombardia abbiamo abbreviato questi tempi anche per l'impegno del senatore Azzaretti che ha fatto in

modo che queste istanze venissero concretate; ma questo è un altro aspetto particolare del problema.

La questione della tipologia degli ambulatori e dei ricoveri, che vede nella struttura di Pavia un riferimento di ormai lunga utilizzazione e quindi di comprovata utilità ed efficacia, sta trovando, in un documento che personalmente con la facoltà di ingegneria di Pavia sto elaborando, una doppia canalizzazione. Innanzi tutto la canalizzazione della struttura integrata pluridisciplinare, cioè l'altro centro di riferimento che ha come modello l'Istituto per le malattie infettive dell'Università di Pavia; ogni regione dovrebbe avere una struttura equipollente. Inoltre un'altra preordinazione tipologica per la divisione delle malattie infettive dell'ospedale regionale proprio per evitare che si verificano delle devianze tipologiche e che si creino lazzaretti di manzoniana memoria.

Vorrei infine rivolgere alla Commissione un invito a visitare l'Istituto per le malattie infettive dell'Università di Pavia in quanto ritengo che un sopralluogo potrebbe dare molte risposte ai problemi oggi qui sollevati.

PRESIDENTE. Ringrazio a nome della Commissione gli ospiti oggi intervenuti e in particolare il professor Rondanelli per l'invito che ci ha testè rivolto.

MERIGGI. Signor Presidente, ho avuto notizia della presenza in Italia del professor Robert Gallo. Chiedo pertanto che l'Ufficio di Presidenza si riunisca per verificare l'opportunità di approfittare di tale presenza ai fini di un'eventuale audizione e per compiere un primo esame delle risultanze delle audizioni finora svolte.

PRESIDENTE. Senatore Meriggi, rifletteremo sulla sua richiesta.

Dichiaro conclusa l'audizione. Poichè non si fanno osservazioni, il seguito dell'indagine conoscitiva è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 12,30.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

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

DOTT. ETTORE LAURENZANO