

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— X LEGISLATURA —————

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULL'AIDS

14° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 15 SETTEMBRE 1988

Presidenza del Presidente ZITO

INDICE**Audizione del professor Antony Fauci**

PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 11 e <i>passim</i>	FAUCI	Pag. 3, 6, 7 e <i>passim</i>
ALBERTI (<i>Sin. Ind.</i>)	6		
CONDORELLI (<i>DC</i>)	7, 12		
CORLEONE (<i>Gruppo Fed. Eur. Ecol.</i>)	12		
MELOTTO (<i>DC</i>)	6		

Interviene, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Antony Fauci, direttore del National Institute of Allergy and Infection.

I lavori hanno inizio alle ore 16,10.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sull'AIDS. È oggi in programma l'audizione del professor Fauci.

Viene quindi introdotto il professor Antony Fauci.

Audizione del professor Antony Fauci

PRESIDENTE. Voglio anzitutto dare il benvenuto al dottor Fauci che ringrazio molto per aver accettato il nostro invito a partecipare a questa riunione e a rispondere alle nostre domande.

Il dottor Fauci non ha la possibilità - purtroppo per loro - di incontrare tutti i membri della Commissione e ho spiegato al nostro ospite che i lavori del Senato non sono ancora ripresi dopo l'interruzione estiva, per cui questa riunione presenta un carattere di straordinarietà. Tuttavia abbiamo voluto egualmente convocare in anticipo la Commissione per non perdere l'occasione che ci veniva offerta dalla presenza a Roma del dottor Fauci. Tutti noi riteniamo che il suo contributo sarà molto importante per la nostra indagine, un'indagine sull'AIDS che stiamo conducendo ormai da diverso tempo e nel corso della quale abbiamo ascoltato molti esperti, italiani e stranieri e tra questi ultimi il dottor Gallo.

Abbiamo inoltre ascoltato molte autorità e tra queste l'allora direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, dottor Malher, nonché il dottor Mann. Ci stiamo avviando verso la conclusione dei nostri lavori, il cui risultato sottoporremo all'attenzione del Parlamento, del Governo e delle altre autorità interessate.

Penso che a questo punto possiamo procedere come abbiamo fatto finora, dando cioè la parola al nostro ospite per una prima introduzione sulla situazione dell'epidemia negli Stati

Uniti e sulle misure che vengono adottate per combattere il diffondersi ulteriore di questa epidemia, nonché sulle previsioni che si possono fare al riguardo. Dopo questa illustrazione introduttiva seguiranno le domande dei commissari e le risposte del nostro ospite.

Ringraziando ancora il dottor Fauci per la sua disponibilità, gli cedo la parola per una esposizione introduttiva.

FAUCI. Vi ringrazio e sono molto felice di essere con voi questo pomeriggio e di aiutarvi, come posso, a capire la situazione. Sono sicuro che la situazione italiana somiglia molto a quella statunitense di qualche anno fa e penso che parlando con voi delle esperienze che abbiamo avuto con l'AIDS negli Stati Uniti saremo probabilmente in grado di aiutarvi a pianificare la lotta contro questa terribile malattia.

Prima di tutto vorrei chiarire in quale veste sono presente qui: sono direttore dell'Istituto Nazionale di allergie e malattie infettive, che è uno degli istituti nazionali di sanità, e sono anche il direttore di tutti gli studi che vengono condotti sull'AIDS.

Credo che per voi sarà molto utile conoscere quale è lo stato dell'epidemia negli Stati Uniti in questo momento.

Allo stato attuale ci sono 73.000 casi di AIDS ed è stato calcolato che vi sono approssimativamente fino ad un milione-un milione e mezzo di persone già contagiate dal virus. Negli Stati Uniti la divisione tra i vari gruppi a rischio è stata coerente negli ultimi anni e diversa da quella italiana. Ad esempio gli omosessuali includono circa il 63 per cento di tutti i casi di AIDS, i tossicodipendenti rappresentano il 19 per cento e gli individui che sono sia omosessuali che tossicodipendenti sono circa il 7 per cento. Vi è inoltre un 3 per cento di casi di ammalati in seguito a trasfusioni, un 1 per cento di emofiliaci e un 3-4 per cento di persone che sono state contagiate attraverso un contatto sessuale. La situazione pertanto è diversa da quella italiana dove la maggioranza (il 67 per cento) è rappresentata da tossicodipendenti, il 18 per cento è rappresentato da omosessuali e la cifra totale riportata dall'Organizzazione mondiale della sanità è di circa 2.400 casi.

Vediamo ora come vengono fatte le stime sul numero di persone che negli Stati Uniti svilupperanno l'AIDS nei prossimi anni. Si è calcolato che entro il 1992 ci saranno 365.000 casi di AIDS negli Stati Uniti; le stime fatte nel 1986, quando calcolavamo quanti casi ci sarebbero stati oggi, si sono rivelate molto precise. I calcoli si sono basati su una formula che abbiamo potuto costruire perchè ormai abbiamo almeno otto anni di esperienza nello studio dell'AIDS. Le stime dicono che entro cinque anni dall'infezione approssimativamente il 30 per cento delle persone contagiate svilupperanno l'AIDS conclamato e un altro 20 per cento o più svilupperà dei sintomi di qualche natura. Quindi, su un milione-un milione e mezzo di individui infetti, le stime dicono che circa un terzo di queste persone (cioè circa 270.000) si ammaleranno entro il 1991. Riportando analoghi dati su un grafico si è potuto prevedere che nel 1987 ci sarebbe stato un certo numero di malati di AIDS, circa 74.000, che in effetti è il numero di malati che vi è attualmente. È grazie a questo risultato che noi abbiamo fiducia nelle stime e pensiamo quindi ragionevolmente che ci saranno 365.000 casi di AIDS conclamato nel 1992; si tratta di una previsione accurata, che ci mostra una curva di tipo esponenziale.

Un'altra cosa importante è capire il programma di trattamento che viene tuttora applicato negli Stati Uniti. Se si tratta di qualcuno che è infetto ma che ancora non ha sviluppato l'AIDS, è possibile prevenire l'inizio delle manifestazioni della malattia? Purtroppo ancora non possiamo dare una risposta a questa domanda, almeno in questo momento: probabilmente ci vorrà ancora un anno per provare scientificamente l'efficacia dell'AZT - i cui esperimenti sono in corso - ossia per determinare se questo farmaco sarà in grado di prevenire lo sviluppo della malattia conclamata. Se il risultato sarà positivo, vi saranno implicazioni molto importanti perchè sarà possibile rallentare lo sviluppo della malattia tra le persone che sono state già contagiate.

La questione critica, quindi, riguarda cosa possiamo fare per prevenire la diffusione ulteriore dell'AIDS negli Stati Uniti. È chiaro che il meccanismo più importante di cui disponiamo è quello dell'educazione. Il Gover-

no federale degli Stati Uniti e i governi locali hanno lanciato una campagna educativa massiccia negli ultimi due anni. Naturalmente sono state rivolte molte critiche a questa campagna: si è detto che il Governo non si è mosso abbastanza rapidamente, ma questo è successo anche in altri paesi. Credo che critiche di questo genere siano state espresse anche in Francia, in Italia e negli altri paesi perchè esse riflettono a mio avviso le frustrazioni derivanti da questa malattia più che un vero ritardo o la inattività da parte del Governo. Vi darò due esempi del tipo di campagna educativa che abbiamo promosso negli Stati Uniti: ho portato alla Commissione qualche copia del famoso «Surgeon General's Report on Acquired Immune Deficiency Syndrome» che è stato diffusamente distribuito a individui e istituzioni negli Stati Uniti e che è stato scritto dal nostro Ministero della sanità. Inoltre vi ho portato alcune copie del *depliant* che è stato spedito ad ogni singola famiglia americana: sono state inviate più di cento milioni di copie. Da questi documenti potete avere un'idea del tipo di informazione che viene trasmessa al pubblico per evitare l'infezione.

Quali sono le domande specifiche che generalmente ci vengono rivolte? La prima riguarda l'uso del profilattico: può veramente proteggere oppure bisogna usare una combinazione di diversi metodi? Negli Stati Uniti pubblicamente raccomandiamo - ed è possibile riscontrarlo sia nel *depliant* che nel rapporto - l'uso del profilattico durante l'atto sessuale se non si è sicuri dello stato di salute del proprio *partner* oppure se si sa di avere a che fare con una persona ad alto rischio. Ciò ha incontrato le difficoltà che tradizionalmente esistono negli Stati Uniti circa la possibilità di parlare apertamente delle abitudini sessuali, anche se per altri aspetti quella americana è una società molto aperta. Il fatto che pubblicamente ora noi raccomandiamo l'uso di precauzioni quali il profilattico indica chiaramente un cambiamento di atteggiamento connesso all'epidemia di AIDS. Ritengo che un fenomeno del genere stia accadendo anche in altri paesi, inclusa l'Italia.

Un'altra domanda che viene rivolta spesso è se l'epidemia sia scoppiata veramente nel 1980

oppure se sia esistita per molto tempo prima di questa data. La malattia vera e propria è stata notata negli Stati Uniti per la prima volta nel 1981, ma probabilmente quelle persone si sono infettate durante la metà degli anni settanta. Se ad esempio controlliamo i campioni di sangue che risalgono alla metà degli anni settanta, possiamo chiaramente vedere che l'infezione negli Stati Uniti e in Africa esisteva già all'inizio di quel decennio; probabilmente in Africa essa esisteva già alla fine degli anni sessanta, solo che essa non veniva notata perchè si trattava di casi molto sporadici. Soltanto all'inizio degli anni ottanta, quando questi casi sporadici si sono trasformati in epidemia, si è parlato di AIDS e vi è stato il riconoscimento della malattia. Sicuramente però nella nostra società l'AIDS esisteva già da alcuni anni.

Un'altra questione che è fonte di preoccupazione negli Stati Uniti riguarda i livelli di diffusione nella popolazione generale, escludendo cioè gli omosessuali e i tossicodipendenti. La risposta è che il principale meccanismo attraverso cui il virus si diffonde nella popolazione eterosessuale è in associazione con l'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa. Infatti molte delle persone infette negli Stati Uniti fanno uso di siringhe oppure sono i *partners* sessuali di tossicodipendenti che usano droghe per via endovenosa. Si tratta di una tendenza che si è accresciuta e che è dimostrata anche dallo sviluppo della malattia tra i bambini. La donna tossicodipendente che usa droga per via endovenosa o che è stata *partner* di un tossicodipendente che fa uso di siringhe può facilmente infettare i propri bambini. Infatti i bambini hanno il 50 per cento di possibilità di essere contagiati: un bambino su due che nasce, quindi, sarà infettato se i genitori sono infettati. Credo che questo aspetto vada considerato molto seriamente, dato che in Italia la maggior parte delle persone che sono infette dall'AIDS sono tossicodipendenti che fanno uso di droghe per via endovenosa. Quindi vi è una possibilità ancora maggiore di trasmissione del virus ai bambini e ai propri *partners* eterosessuali. Ritengo che, come avviene negli Stati Uniti, sia estremamente importante trattare il problema della malattia coinvolgendo i tossicodipendenti: fin-

chè non si affronta il problema dell'uso di droga per via endovenosa non si riuscirà mai a eliminare o a rallentare il tasso di crescita dell'infezione da virus HIV.

La natura stessa della tossicodipendenza è particolare. Le persone che fanno uso di droga non sono molto recettive di fronte alle raccomandazioni e alle campagne di informazione, proprio per la natura della loro dipendenza. È per questo che anche negli Stati Uniti stiamo compiendo degli sforzi enormi - in primo luogo da parte della Commissione sanità per l'AIDS istituita da Walkins, colui che è stato designato dal Presidente Reagan per dirigere lo studio sull'infezione da HIV - e raccomandiamo il coinvolgimento dei tossicodipendenti nella campagna. In questo senso abbiamo formulato più di cento raccomandazioni, che sono state approvate dal Presidente degli Stati Uniti: io stesso faccio parte della Commissione di ricerca sull'AIDS e posso fornirvi una copia di tutte le raccomandazioni che abbiamo formulato per combattere la malattia fra i tossicodipendenti.

Queste raccomandazioni sono disponibili, posso darvene una copia, si tratta di raccomandazioni necessarie per comprendere la malattia. Una cosa molto importante è affrontare il problema fra i tossicodipendenti. Parlando a Roma devo dire che in Italia il problema è ancor più importante a causa della grave proporzione di tossicodipendenti che ha contratto il virus in Italia. Fornirò poi risposte ad altre domande specifiche, per ora vorrei vedere qual è il problema delle scuole e dell'educazione dei bambini negli Stati Uniti. Vi è stata una grande sensibilizzazione politica nei riguardi di questi gruppi. Infatti vi sono da una parte pressioni affinché il Governo federale determini il tipo di educazione che viene dato ai bambini americani e in contrasto vi è un gruppo che ritiene fermamente che il governo locale, la contea, la città e il comune e così via debbano decidere questa educazione dei bambini. Si è cercato di raggiungere un compromesso coinvolgendo il Governo federale e le autorità locali ed è stata data un'informazione ai bambini affinché imparassero cosa bisogna fare per evitare questa infezione. Queste raccomandazioni vengono decise dai governi locali, quello federale richiede per

legge che sia diffusa una educazione del genere. Proprio adesso vi è una legge in discussione al Senato e alla Camera dei rappresentanti americani che riguarda la confidenzialità, l'educazione, la discriminazione. Si tratta di un provvedimento dettato dalla grande sensibilità politica; non è stato ancora approvato e non sappiamo se lo sarà, ma se entrerà in vigore, richiederà certi *standards* di educazione e informazione, nonché misure antidiscriminatorie e confidenzialità nei riguardi di coloro che sono infetti. Ritengo che sia una cosa molto importante perchè esprime il nostro sforzo di scienziati di fare qualcosa contro questa epidemia.

PRESIDENTE. Grazie per le considerazioni che ha svolto e che credo contengano più di un elemento di interesse per tutti noi. Invito ora i colleghi a rivolgere al nostro ospite le loro domande.

ALBERTI. La ringrazio per la sua relazione ampia e molto dettagliata. Vorrei conoscere il suo parere sull'argomento di cui tratterò. Lei ha riferito che il 30 per cento dei soggetti sieropositivi sviluppano in cinque anni la sindrome di immunodeficienza. Il professor Gallo ha affermato nel corso di una audizione che tutti i sieropositivi a suo parere sono destinati a sviluppare nel tempo la sindrome di immunodeficienza acquisita. Mi interesserebbe conoscere la sua esperienza in proposito ed in particolare se vi è differenza prognostica fra i sieropositivi che hanno avuto un solo contatto con il virus (per esempio pazienti che hanno ricevuto una sola trasfusione di sangue infetto, oppure emofilici che hanno ricevuto un solo emoconcentrato) e coloro che per comportamento di vita hanno avuto più occasioni di esposizione all'infezione.

Come seconda domanda vorrei chiederle qual è l'intervallo di tempo per la comparsa di sieropositività e lo sviluppo tra le sieropositività e la crescita della immunodeficienza. Vorrei sapere se esistono fattori che possono accelerare o ritardare, a prescindere da quelli di ordine terapeutico, lo sviluppo della sindrome.

FAUCI. Innanzi tutto non c'è nessun rapporto tra me e il professor Gallo, siamo amici, ma

lui si basa su proiezioni e io sui fatti. Vi dico solo quello che sappiamo: e sappiamo che oltre il 30 per cento della gente che è stata infetta dopo cinque anni sviluppa la malattia. Ciò che ha detto il professor Gallo costituisce essenzialmente una proiezione che riguarda un arco di 20 anni. Su questo vi sono dei dubbi, nessuno può avere certezze in merito. La ragione per la quale siamo dell'idea che, a meno di adottare una terapia adeguata, il 90 per cento o il 100 per cento svilupperà la sindrome, ci induce a seguire molto attentamente le condizioni di questi soggetti e il loro meccanismo di difesa. Ebbene, dopo cinque anni il 90 per cento di queste persone potrebbe non avere nessuna malattia però presenta una anomalia nel sistema immunologico. Si fa un'analisi del sangue e basandosi anche sull'osservazione di questi soggetti si riscontra questa anomalia anche se poi solo il 30 per cento sviluppa l'AIDS. Si può dunque fare questa proiezione ed è importante sottolineare il numero di persone che alla fine di questo ciclo svilupperà la malattia senza una terapia adeguata.

Circa la seconda domanda, vi è una qualche differenza tra l'ipotesi di una sola esposizione (ad esempio una sola trasfusione) e il caso di un omosessuale o di un tossicodipendente. La risposta è che non siamo ancora sicuri, ma riteniamo che ci siano vari fattori per affermare che se si continua ad essere esposti a fattori a rischio si accelera il tempo necessario per lo sviluppo della malattia. Ricordate che nessuno al mondo sa esattamente come stanno le cose. La mia ricerca è volta a dare una risposta a questo quesito: come si può trattare qualcuno che ha un'infezione latente? Se facciamo il confronto fra una persona che abbia il sospetto di una esposizione e un soggetto che continua ad essere esposto, probabilmente il secondo svilupperà la malattia prima. Bisogna anche considerare il periodo di tempo che passa tra sieropositività e malattia: negli Stati Uniti il tempo è di 7,2 anni.

MELOTTO. Mi unisco anch'io volentieri ai ringraziamenti per l'ampia esposizione che il dottor Fauci ha svolto, prima di rivolgere al nostro ospite una domanda che si articola su due aspetti.

Il dottor Fauci prendendo i dati del 1986-1987 li ha proiettati al 1992 delineando una curva esponenziale e una fascia che si allarga sempre più. Ora, dopo lo sforzo che avete compiuto sul piano della prevenzione verso ogni famiglia e quindi, possibilmente, verso ogni cittadino, trovate ancora valida quella curva o essa è stata corretta in diminuzione? Il tentativo di chiarire, informare e dunque prevenire la possibilità di contrarre l'infezione ha cominciato cioè a dare dei risultati? E se no, quando avverrà questo?

Vorrei inoltre sapere se gli strumenti messi in atto sanitariamente hanno cominciato a dare qualche frutto o se, una volta contratta l'infezione, l'AIDS conclamato è un fatto irreversibile.

FAUCI. Trovo che la sua domanda sia molto importante. La cifra di 365.000 prevista per il 1992 non è collegata a questa campagna di prevenzione. Per stabilire infatti quanto accadrà nel 1992 prendiamo in considerazione le persone infettate sette anni prima. A questo punto dunque l'unico modo per ridurre la proiezione consisterebbe nell'introdurre una terapia efficace. Quindi solo se gli esperimenti clinici che stiamo operando negli Stati Uniti ci consentiranno effettivamente di introdurre una terapia in assenza di sintomi queste persone potranno evitare l'AIDS, permettendoci così di diminuire la curva. Basandoci però solo sulla prevenzione dobbiamo tener conto che quanto si può fare adesso, nel 1988, si rifletterà non sul 1992 o sul 1991, bensì sul 1995. È dunque molto importante effettuare una campagna di istruzione e di sensibilizzazione, come quella che stiamo operando adesso, in modo da avere una barriera protettiva nel XXI secolo. Purtroppo però negli Stati Uniti ci siamo resi conto della gravità del problema quando erano già centinaia le persone infettate e per loro non c'era molto da fare a livello di terapia e cura.

Per quanto riguarda la terapia dunque non ci sono dei risultati, abbiamo però un dato significativo, dei parametri che indicano un cambiamento nel comportamento sessuale. Da quando sono iniziate le campagne contro la diffusione dell'AIDS è stata infatti riscontrata una minore incidenza di altre malattie tra-

smesse sessualmente. Ad esempio c'è una diminuzione evidente nella comparsa di gonorrea negli omosessuali e questo dato ci indica che negli Stati Uniti gli omosessuali maschi stanno modificando le loro abitudini sessuali.

Vi darò una cifra straordinaria: l'incidenza di nuove infezioni di AIDS tra gli omosessuali maschi nella città di San Francisco era nel 1981 e 1982 del 19,5 per cento. Questo significa che ogni anno il 19,5 per cento di omosessuali si infettava. Nel 1988 l'incidenza di nuove infezioni è invece inferiore all'1 per cento all'anno e questo riflette due possibilità, due fattori: innanzi tutto, certo, un effetto di saturazione (poichè moltissime persone sono ormai infette, non ve ne sono molti altri che possono infettarsi) ma anche di cambiamento sostanziale verificatosi nel comportamento sessuale degli omosessuali maschi. Noi crediamo che queste campagne di prevenzione ed educazione abbiamo fatto modificare il comportamento sessuale alle persone e che quindi sia probabile che nel 1995 si assisterà ad una caduta nel numero dei casi conclamati.

CONDORELLI. Mi associo al ringraziamento rivolto dal Presidente e da altri colleghi al dottor Fauci per essere venuto da noi a parlare di questi argomenti così importanti ed io, approfittando della sua competenza, vorrei rivolgere al nostro ospite diverse domande.

Lei ha detto che nel 1992 si prevede che negli Stati Uniti ci saranno almeno 365.000 casi di AIDS. Le autorità sanitarie italiane per lo stesso periodo parlano di 125.000-140.000 casi. Non le pare che questa sia una cifra importante se rapportata alla consistenza della popolazione italiana rispetto a quella degli Stati Uniti?

Vorrei poi soffermarmi sul metodo di calcolo di questi casi. A mio avviso il problema dipende dalla platea, dal numero, dalla dimensione delle categorie a rischio e dalla loro stabilità o dalla loro variabilità. Mi spiego meglio. Lei ha detto - e questo è un fatto importante - che negli Stati Uniti, in alcune città, San Francisco, New York, eccetera, si sta verificando una riduzione di infezione da HIV fra gli omosessuali. È quanto si è verificato anche in Italia e tale dato viene portato anche

ad esempio della grande importanza che ha rivestito l'educazione sanitaria svolta da alcuni gruppi in associazionismo. Io penso anche, però, che questo fenomeno sia dovuto al fatto che la categoria degli omosessuali è stabile e non cresce da un anno all'altro come avviene purtroppo per la categoria dei tossicodipendenti che invece cresce spaventosamente ogni anno. Sino a che tale situazione rimarrà inalterata, per la categoria dei tossicodipendenti continuerà a crescere il numero dei casi di AIDS mentre per gli omosessuali rimarrà uguale. Ritengo dunque che quando si fanno calcoli in questa materia bisogna tener conto della variabilità della dimensione del gruppo a rischio.

La terza domanda riguarda la diffusione dell'infezione tra gli eterosessuali che in Italia la contraggono attraverso i rapporti con tossicodipendenti o *ex* tossicodipendenti. Io penso che in quella categoria di soggetti l'educazione sanitaria potrà far molto, mentre siamo abbastanza scettici sull'effetto dell'informazione per i tossicodipendenti.

Vorrei inoltre sapere che provvedimenti avete preso nel vostro paese per il problema della diffusione dell'AIDS nell'esercito e, eventualmente, nelle carceri. Mi interessa molto questo problema, che è oggetto di discussioni importanti, perchè tutti affermano che l'omosessualità nelle carceri è molto diffusa. Io vorrei sapere che provvedimenti lo Stato americano pensa di prendere o ha preso in merito e in quale modo si può svolgere una campagna informativa efficace per i tossicodipendenti. Infatti, riuscire a raggiungere questa categoria, che è refrattaria, per così dire, all'informazione sanitaria, costituisce un grande problema.

Questi sono dati a mio avviso importanti.

Vorrei inoltre sapere, in tutta sincerità, se secondo lei il ritardo nell'informazione sanitaria da parte di un Governo ha veramente importanza nella diffusione dell'epidemia di AIDS o se in realtà questa è una critica che si fa a tutti i Governi. Vorremmo quindi al riguardo una sua valutazione dal punto di vista scientifico. Del resto, le epidemie hanno un loro andamento, una loro caratteristica, una crescita esponenziale, un *plateau*, eccetera. L'inizio di una epidemia, la sua crescita

esponenziale può essere veramente fermata da un'attività di propaganda, quando non si hanno, purtroppo, vaccini o farmaci per combatterla.

Vorrei conoscere la sua opinione su questo punto che per noi è molto importante.

Comunque ciò che soprattutto ci preoccupa è il problema della previsione del numero dei casi, poichè tutto questo poi si traduce ovviamente in spese colossali per lo Stato.

Un'altra domanda: per quel che riguarda il ricovero dei malati di AIDS, quali provvedimenti avete adottato?

Nel nostro paese è stata prospettata anche la possibilità di costruire reparti speciali per questi malati, ad esempio, con doppio filtro d'aria, estremamente costosi. Credo che questo però non sia necessario. Infatti, è vero che i malati di AIDS contraggono facilmente infezioni, però non possiamo neanche tenerli segregati in un ospedale fino alla morte. Potranno essere ricoverati per un breve periodo, però poi potranno andare a casa loro o in altre strutture.

Vi è poi un'ultima questione su cui vorrei avere una sua risposta. In Italia si prospetta l'ipotesi di istituire non so quanti nuovi posti di primario di malattie infettive per curare l'AIDS. Ritengo tuttavia che anche questa misura non sia necessaria. Dovremmo infatti creare circa 2.500 primari di malattie infettive, prevedendo anche tutto il personale necessario. Questa comunque è una malattia generale; si tratta di malati che possono avere complicanze infettive ma, in questo caso, come si fa oggi, si curano anche in *équipe*; in tutti gli ospedali ormai si lavora in collaborazione, nessuno lavora più da solo. Comunque, è molto importante valutare questo aspetto ai fini della spesa.

Cosa si è fatto in proposito negli Stati Uniti? Qual è l'orientamento del Governo a questo riguardo?

FAUCI. Le domande sono molte ma cercherò di rispondere a tutte nel modo più semplice possibile.

Lei ha affermato, senatore Condorelli, che in base alle proiezioni effettuate, si prevedono 140 mila casi in Italia nel 1992. Ritengo che l'unico modo per poter fare una previsione

realistica del numero dei casi sia quello di calcolare non il numero degli omosessuali o di coloro che usano droghe pesanti per via endovenosa, ma il numero delle persone che risultano attualmente infettate. Se non si conosce questo numero, è impossibile fare una proiezione aderente alla realtà per il 1992. Ad esempio, per avere 140 mila casi in Italia nel 1992, dovrete avere adesso, cioè nel settembre 1988, qualcosa come 400 mila persone infettate dal virus. Ma sinceramente non credo proprio che le cose stiano così; non credo che vi siano tante persone in Italia che siano state infettate dal virus; ne sarei molto stupito.

Non voglio essere presuntuoso ma, in base alla mia esperienza, vi posso dire che, se in Italia le persone infettate sono 200 mila, avrete meno di 140 mila casi nel 1992.

Senatore Condorelli, ho ascoltato molto attentamente la sua domanda, ma devo dire che dipende dagli omosessuali se questo gruppo cresce o meno, e lo stesso vale per coloro che usano droghe per via endovenosa; la cosa più importante però è se sono infettati oppure no. Ciò che importa, infatti, non è se aumentano gli omosessuali ma se questi contraggono o meno l'infezione.

Si chiede inoltre se l'infezione è da mettere in relazione ai gruppi a rischio. Questo è stato in parte affrontato nella domanda precedente, cioè se continuando l'esposizione è più facile contrarre la malattia. Ovviamente, se in Italia il gruppo a rischio maggiore è costituito da persone che fanno uso di droghe per via endovenosa e che è assai difficile convincere a cambiare il proprio comportamento, sarà molto più difficile che voi riusciate a controllare la diffusione della malattia nel vostro paese, di quanto non lo sarebbe se il gruppo maggiore fosse quello degli omosessuali, che invece ascoltano le raccomandazioni in materia sanitaria che vengono loro rivolte; almeno negli Stati Uniti la maggior parte degli omosessuali ha accolto in qualche modo tali raccomandazioni.

Penso che - se mi permettete - a volte i politici non si rendono conto di questi aspetti, invece i medici sì. Il problema è che le persone che usano droghe per via endovenosa sono dei malati, non sono solo un problema

per la società. Quindi, bisogna curare queste persone, è necessario curare la loro malattia. Ed è per questo motivo che noi abbiamo predisposto un programma di cura appositamente per loro. Questo è molto importante altrimenti è quasi impossibile convincere una di queste persone che certe cose non si fanno o spiegarne i motivi. Quando sono in crisi di astinenza non sentono niente e nessuno. Questo è importante per spiegare perchè in Italia vi è una grande percentuale di drogati per via endovenosa nei gruppi infetti. Quindi, in Italia sarebbe molto importante battere su questo tasto.

Quanto alla domanda circa la diffusione tra gli eterosessuali, la mia risposta è affermativa. Se vi è un alto numero di drogati che usa la siringa, è probabile che vi sarà una larga diffusione tra gli eterosessuali. Questo è molto pericoloso perchè ci sarà un elevato numero di persone a rischio: quando avranno rapporti sessuali con una persona, non sapranno se questa, a sua volta, ne ha avuti con una persona che ha avuto rapporti sessuali con qualcuno che si droga per via endovenosa. Pertanto, proprio per tale motivo, è molto importante diffondere queste informazioni non solo tra gli omosessuali e coloro che si drogano per via endovenosa ma tra tutta la popolazione. Infatti, ripeto, non si può mai sapere se qualcuno, magari per caso, può essere venuto in contatto con una persona che ha fatto uso di droghe per via endovenosa o che ha avuto rapporti sessuali con qualcuna di queste persone.

E vengo alla domanda successiva: cosa si può fare per quanto riguarda l'Esercito, la Marina, l'Aviazione e le prigioni?

Nel nostro paese in questo momento il servizio militare di leva non è obbligatorio, è solo volontario. Chi vuole entrare nelle Forze armate degli Stati Uniti deve prima sottoporsi al *test* per l'HIV. Se il risultato di questo *test* è positivo, non si può entrare nelle Forze armate americane.

Per quanto riguarda quelli che già si trovano nelle Forze armate, va detto che ognuna di queste persone viene sottoposta a dei controlli: se il risultato è positivo non possono rimanere o, meglio, possono anche restare, ma i loro compiti vengono limitati; non possono, ad

esempio, andare all'estero, non possono ricevere incarichi particolarmente rischiosi e pericolosi perchè in caso di ferita avrebbero maggiori possibilità di incorrere in gravi problemi; il nostro Governo non li allontana, non li esonera dal servizio, ma non accetta nuovi militari infetti di AIDS.

Per le prigioni il discorso è diverso perchè negli Stati Uniti abbiamo lo stesso problema che avete voi in Italia: c'è un grande numero di omosessuali, e vi è anche un grande numero di carcerati che assume droga per via endovenosa. Questo non potrei dirlo in pubblico perchè quando ritornerò negli Stati Uniti mi chiederanno perchè ho raccontato queste cose sulle nostre carceri, ma in realtà tutti sanno che la droga entra nelle carceri e si sa anche della diffusione dell'omosessualità nelle carceri. Negare una cosa del genere significa essere ingenui. Cosa si può fare? Non c'è nessuna normativa federale che stabilisca regole sull'effettuazione dei *tests* sui carcerati; gli esami vengono fatti a livello di Stato o di città: per esempio la prigione di New York può sottoporre ogni persona ad un esame medico e ad un *test* sull'AIDS per verificare se è positiva, mentre la prigione di Chicago potrebbe decidere una cosa diversa. Il problema è che le prigioni sono talmente sovraffollate che non si può far molto se si trova qualche carcerato positivo: non si può isolarlo perchè non c'è posto, non ci sono sufficienti celle e sarebbe anche un po' difficile lasciarlo libero. Ci troviamo quindi di fronte ad un grosso problema e la risposta non ce l'ho, non saprei cosa dirvi, anche se in linea generale direi che i carcerati dovrebbero essere esaminati preventivamente sebbene, come ho già ricordato, non esista una legge federale che lo imponga. La maggior parte di queste persone viene comunque esaminata prima dell'accesso nelle carceri.

Ribadisco che l'istruzione sanitaria è importante; nel 1981 o nel 1983, quando vi era ancora molta incertezza circa i metodi di diffusione del virus, un qualunque Governo poteva essere scusato se non investiva milioni di dollari nel settore dell'istruzione e nella diffusione di informazioni, ma dal 1986, da quando si conosce il metodo di diffusione dell'epidemia, se i Governi non adottassero dei

provvedimenti molto seri a questo riguardo sarebbero veramente irresponsabili, commetterebbero un grosso errore e si esporrebbero inoltre a forti critiche. Ora sappiamo come si diffonde il virus e, se non diciamo ai nostri concittadini cosa devono fare per evitare il contagio, saremo veramente degli irresponsabili.

Nell'altra parte della sua domanda mi chiedeva se c'è qualche indicazione per dire che questo metodo funziona. Ho già risposto quando ho detto che l'incidenza delle malattie trasmesse sessualmente sta diminuendo e che l'infezione da HIV sta egualmente diminuendo, perchè come sapete la malattia si manifesta sette anni prima della vera e propria sindrome. Una cosa che sta succedendo nel nostro paese e che ci indica che dobbiamo essere ancora più rigidi a livello di istruzione è che, contemporaneamente alla diminuzione dell'incidenza delle malattie trasmesse sessualmente tra gli omosessuali, si assiste ad un aumento dell'incidenza della malattia nel resto della popolazione. Ciò vuol dire che gli omosessuali ci stanno ascoltando, ci stanno dando retta, mentre il resto della popolazione non ci sta ascoltando affatto. Forse è insito nella natura umana non prestare molta attenzione alle cose fin quando non si è direttamente coinvolti e spero che ciò non avvenga in Italia.

Infine, cosa possiamo dire dei reparti speciali per coloro che sono affetti da AIDS? Negli Stati Uniti ci sono degli ospedali speciali che hanno dei reparti per i malati di AIDS; in questo modo non li vogliamo isolare o emarginare, ma ci sono dei gruppi specializzati che si occupano di loro. Uno di questi reparti è a San Francisco presso l'università della California (l'ospedale generale di San Francisco) e un altro è presso la John Hopkins Hospital di Baltimora e stiamo anche pensando di fare una cosa del genere a New York; tuttavia la maggior parte degli ospedali degli Stati Uniti accetta pazienti colpiti da AIDS nei reparti normali: io sono responsabile di reparto presso l'ospedale di Washington e ho accettato un malato di AIDS in un reparto in cui ci sono altri pazienti. Gli ospedali specializzati possono comportare un certo vantaggio soprattutto in alcune città dove l'incidenza dell'AIDS è

molto alta, perchè i medici e gli infermieri possono specializzarsi nel trattamento di questi malati e ciò è un grosso vantaggio; tuttavia questi reparti non devono tenere i pazienti finchè non muoiono perchè ciò costa moltissimo al nostro paese. Posso fare l'esempio di San Francisco che è una città *leader* in questo senso: vi è ora la tendenza a mandare a casa i pazienti in modo molto più sollecito rispetto al passato, e a casa possono essere curati dai genitori e dai propri familiari. Quindi la maggior parte dei pazienti di AIDS muore ora a casa e passa con i propri familiari gli ultimi giorni della propria vita. Si cerca di muoversi in questa direzione per due motivi: in primo luogo perchè i pazienti vogliono stare con coloro che amano, con i genitori, con i propri *partners* e i propri amici; in secondo luogo perchè bisogna tener conto del costo assistenziale dell'AIDS: nel 1992-1993 il costo dell'assistenza per l'AIDS negli Stati Uniti sarà qualcosa di incredibile, inciderà per miliardi e miliardi di dollari.

Devo essere molto sincero e dire che il nostro Governo non ha ancora pensato in che modo farà fronte a questo onere; sarà veramente un grosso problema.

PRESIDENTE. Vorrei rivolgere alcune domande al dottor Fauci. La prima riguarda lo stato della ricerca scientifica negli Stati Uniti, sia per quel che concerne la ricerca di un possibile vaccino, sia per quel che concerne la ricerca di una possibile terapia. Il dottor Fauci ha menzionato l'AZT; accanto a questo farmaco c'è dell'altro?

La seconda domanda verte sul finanziamento della ricerca: i programmi e le risorse immagino che vengano distribuiti tra il livello federale, il livello locale e le università. Il professor Fauci potrebbe darci un'idea, anche se non del tutto precisa, della ripartizione delle risorse e dei programmi tra i vari livelli di ricerca?

La terza domanda riguarda i costi: mi pare di capire che il dottor Fauci conferma quanto abbiamo letto circa la previsione che entro il 1991 negli Stati Uniti si spenderà, solo per l'assistenza ospedaliera, una cifra che oscilla tra gli otto e i sedici miliardi di dollari; anche se lei non ha menzionato della cifre, la

dimensione non dovrebbe discostarsi troppo da questo livello.

FAUCI. Per quanto riguarda la prima domanda, ossia se vi sia qualcosa di nuovo per il trattamento della malattia oltre l'AZT, devo dire che l'AZT è l'unico farmaco brevettato e legalmente permesso negli Stati Uniti in quanto è l'unico, fino a questo momento, di cui si sia provata l'efficacia nel prolungamento della vita degli ammalati di AIDS. Attualmente, comunque, vi sono più di dieci farmaci che vengono sperimentati nei nostri laboratori: non dispongo ancora dei risultati perchè in questo momento stiamo definendo la reale efficacia. Le risposte saranno divulgate nei prossimi mesi o anni e sono sicuro che in futuro potrete leggere i risultati di tali ricerche. Ad esempio, uno dei farmaci che stiamo sottoponendo a prove di laboratorio - l'interferon alfa - ha dimostrato di produrre qualche effetto positivo per il Sarcoma di Kaposi e presto diffonderemo questo risultato. Vi sono altri due farmaci che attualmente vengono provati e che riteniamo possano portare ad interessanti risultati nei prossimi due anni; tuttavia l'AZT è l'unico farmaco oggi permesso. Nel mio gruppo di ricerca, inoltre, stiamo facendo alcune prove per il vaccino, ma siamo ancora nella fase iniziale di studio, ossia ci stiamo ancora domandando se possiamo proseguire con le prove di laboratorio perchè ancora non sappiamo se arriveremo ad un risultato sicuro. Ad ogni modo l'eventuale vaccino non sarà sicuramente disponibile prima degli anni novanta, presumibilmente prima del 1995.

Mi è stato anche chiesto come sono distribuite le risorse finanziarie per la ricerca sull'AIDS. Il Governo federale nell'anno finanziario che comincerà tra due settimane (negli Stati Uniti l'anno finanziario inizia il 1^o ottobre) ha stanziato e spenderà 1,3 miliardi di dollari per la ricerca e la sperimentazione nonchè per la prevenzione dell'AIDS; quindi sono escluse le spese ospedaliere. Di questi, circa 700 milioni di dollari riguarderanno solo la ricerca: l'Istituto nazionale sanitario, nel quale dirigo la ricerca su questa malattia, disporrà per il prossimo anno di 615 milioni di dollari.

12^a COMMISSIONE14^o RESOCONTO STEN (15 settembre 1988)

Vediamo ora come sarà distribuito questo *budget*. Circa il 10 per cento di questa somma sarà speso dalla Federal Reservation di Washington, mentre il 90 per cento circa sarà distribuito alle università di Harvard, di Yale ed altre (negli Stati Uniti non vi sono università federali), attraverso concessioni e contratti.

Per quanto riguarda i costi di ospedalizzazione credo che abbiate ragione: per il 1991 i costi sanitari per la cura e l'assistenza ospedaliera dell'AIDS oscilleranno tra i 17 e i 18 miliardi di dollari.

CONDORELLI. Professor Fauci, per ridurre la possibilità di infezione da AIDS tra i tossicodipendenti si parla molto di aumentare l'uso del metadone per questo tipo di persone. Inoltre, è stata avanzata la proposta di usare esclusivamente le siringhe autobloccanti, ossia le siringhe a stantuffo che si bloccano automaticamente, per evitare che i tossicomani possano scambiarsi la siringa quando si iniettano la droga. Lei cosa pensa riguardo a queste due proposte?

FAUCI. La ragione per la quale ho sorriso mentre ascoltavo questa domanda è che si tratta di un settore che riguarda molto l'aspetto politico negli Stati Uniti. Una proposta è quella di distribuire le siringhe sterili ai tossicodipendenti per evitare lo scambio della siringa. Negli USA vi sono persone che sono a favore ed altre contro questa proposta. Chi è contro la distribuzione degli aghi e delle siringhe autobloccanti afferma che nel fare questo si approva indirettamente l'uso di sostanze stupefacenti per via intravenosa: sarebbe secondo questi come autorizzare l'uso di stupefacenti attraverso la distribuzione delle siringhe. D'altra parte, vi sono persone a favore di questa soluzione secondo le quali i tossicodipendenti usano comunque le siringhe e dunque, visto che non possiamo cambiare il loro atteggiamento, ritengono sia meglio cercare di contenere l'infezione offrendo siringhe sterili o che non possono essere usate una seconda volta. Comunque si tratta ancora di un argomento controverso. Come uomo di scienza la mia opinione è che vi sono già importanti esperimenti, in Inghilterra e in Scandinavia, di distribuzione di siringhe steri-

li. Bisogna esaminare questi studi pilota e se funzionano, se dimostrano che è possibile limitare la trasmissione del virus, dovremo considerare seriamente questa proposta per limitare la diffusione tra i tossicodipendenti.

Prima di venire qui ho riferito alla analoga Commissione degli USA che è importante prima di prendere qualsiasi decisione terminare gli studi in corso. Quali risultati daranno questi studi? Si potrebbe rilevare che anche con questa distribuzione di siringhe sterili i tossicodipendenti continueranno ad utilizzare gli aghi di altri, ma se invece gli studi dimostreranno che la misura può essere utile, credo che ciascun Governo dovrà considerare questa proposta.

Per quanto riguarda il metadone, siamo molto entusiasti sull'uso di questa sostanza. Ne abbiamo accresciuto l'uso nelle cliniche e una delle grosse raccomandazioni della Commissione sull'AIDS è stata proprio quella di aumentare il trattamento con questo preparato per le persone che fanno uso di droga per via endovenosa.

CORLEONE. Circa l'ultimo problema riguardante le siringhe, credo che sarebbe necessario avere una maggior informazione sulle motivazioni dell'uso promiscuo di siringhe tra i tossicodipendenti. Infatti il costo di una dose di eroina oggi in Italia credo non sia inferiore alle 100 mila lire, mentre una siringa costa circa 300 lire. Dunque la motivazione dell'uso promiscuo delle siringhe non è certo quella di un risparmio o di una necessità. Se non capiamo qual è questa motivazione che spinge all'uso promiscuo, credo che una campagna di distribuzione gratuita non abbia alcun significato.

In secondo luogo lei ha parlato di assunzione di droghe per via endovenosa. Questo perchè il problema è collegato all'uso promiscuo delle siringhe? Non c'è qualche dato più preciso sull'aumento dell'infezione che non sia riconducibile a questa causa ma ai rapporti sessuali fra soggetti tossicodipendenti o fra questi e altre persone non tossicodipendenti?

FAUCI. La prima cosa che mi ha chiesto è molto importante. Sono completamente d'ac-

12^a COMMISSIONE

14° RESOCONTO STEN (15 settembre 1988)

cordo con lei. Uno degli studi attualmente condotti negli USA si concentra sulla necessità di capire gli aspetti socio-psichici dell'assunzione di droghe. Pensiamo anche noi da tempo che l'uso promiscuo di siringhe non abbia a che fare con la scarsità di siringhe ma con aspetti sociologici, di gruppo e di individui che hanno in comune questa abitudine. Pensiamo si tratti di qualcosa che ha a che fare con la sociologia piuttosto che con le siringhe. Sono dunque d'accordo sul fatto che bisogna condurre studi sul perchè si usano le siringhe in comune. Ad esempio, se si offre ad una persona una siringa gratuitamente è probabile che questa persona continui ad usare quelle in comune. Però, bisogna dire che sarà difficile rispondere alla domanda del perchè questi soggetti condividono le siringhe; ci vorrebbe molto tempo per capire questa logica; è come chiedere perchè gli uomini sono attratti da un certo tipo di donne ed è facile che ci occuperemo di questi studi senza arrivare al perchè di fondo. Comunque sono d'accordo con lei e credo che se capissimo questa ragione saremmo meglio in grado di risolvere il problema. Ci vorrebbe molto tempo per compiere studi del genere e credo sia meglio seguire gli studi pilota in corso e nel frattempo, mentre aspettiamo le risposte, fare qualcosa di alternativo.

Circa la domanda se credo che la diffusione fra i tossicodipendenti sia dovuta più all'uso promiscuo delle siringhe che ai rapporti con altre persone, ritengo che entrambi i fattori siano importanti. La diffusione è predominante per quanto riguarda l'uso della siringa endovenosa, però coloro che fanno uso di droga e i loro *partners* senz'altro contribuisco-

no per via sessuale alla diffusione e dunque il problema diventa doppio in quanto il virus può trasmettersi anche attraverso contatti sessuali con qualcuno che è al di fuori del gruppo.

PRESIDENTE. Poichè non mi sembra che i colleghi intendano rivolgere altre domande al nostro ospite, non ci resta che ringraziare vivamente il dottor Fauci per la sua esposizione ed anche - stavo quasi per dire soprattutto - per le risposte che ha dato, tutte a mio giudizio, ma credo anche a giudizio di ognuno di noi, molto puntuali e precise.

Non è sfuggito ad alcuna domanda e del resto, quando ha scelto il metodo della risposta diretta ad ognuna di esse, che non è il più facile per chi viene interrogato, abbiamo subito capito qual era la strada sulla quale il dottor Fauci si stava incamminando.

Voglio quindi ringraziarlo ancora e pregarlo di lasciarci - come ci ha proposto all'inizio del suo intervento - il materiale utile per la nostra Commissione che ha portato con sè. Gli saremmo inoltre grati se in qualche modo si incaricasse di mantenere i contatti e di farci pervenire dell'altro materiale.

Poichè nessun'altra domanda di parlare, l'audizione è così conclusa.

Il seguito dell'indagine conoscitiva è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 17,40.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

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

DOTT. ETTORE LAURENZANO