

## RESOCONTO STENOGRAFICO

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE  
PUBLIO FIORI

**La seduta comincia alle 9.**

ALBERTA DE SIMONE, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta di ieri.

(È approvato).

**Missioni.**

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 46, comma 2, del regolamento, i deputati Armani, Giovanni Bianchi, Enzo Bianco, Bonaiuti, Bono, Burani Procaccini, Capitelli, Castellani, Cicchitto, Fini, Gamba, Giancarlo Giorgetti, Giovannardi, Martino, Mazzocchi, Molgora, Angela Napoli, Palumbo, Pescante, Pistelli, Scarpa Bonazza Buora, Selva, Stucchi, Tabacci, Tassone e Violante sono in missione a decorrere dalla seduta odierna.

Pertanto i deputati complessivamente in missione sono ottantatré, come risulta dall'elenco depositato presso la Presidenza e che sarà pubblicato nell'*allegato A* al resoconto della seduta odierna.

Ulteriori comunicazioni all'Assemblea saranno pubblicate nell'*allegato A* al resoconto della seduta odierna.

**Svolgimento di interpellanze.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca lo svolgimento di interpellanze.

**(Trapianti di organi su pazienti sieropositivi - nn. 2-00073 e 2-00096)**

PRESIDENTE. Avverto che le interpellanze Giacco n. 2-00072 e Burtone n. 2-00096, che vertono sullo stesso argomento, saranno svolte congiuntamente (*vedi l'allegato A - Interpellanze sezione 1*).

L'onorevole Giacco ha facoltà di illustrare la sua interpellanza n. 2-00073.

LUIGI GIACCO. Signor Presidente, l'interpellanza scaturisce dal fatto che, in data 17 luglio 2001, il professor Marino dell'Istituto mediterraneo per i trapianti di Palermo ha sottoposto un giovane sieropositivo a trapianto di rene da donatore in vita (precisamente dal padre del ragazzo).

Il dottor Marino ha subito per questo intervento una censura da parte del Governo, espressa dallo stesso ministro della salute, professor Sirchia, in relazione all'operazione effettuata. Contro tale censura si è schierato, tra gli altri, il professor Roy Calne, professore emerito di chirurgia a Cambridge e autore nel 1993 di un intervento analogo proprio su un sieropositivo.

Questa situazione ci preoccupa perché non sottoporre a trapianti i pazienti affetti da HIV significa attuare una discriminazione tra i cittadini, preoccupante sotto il profondo etico e anche da punto di vista costituzionale.

Un altro studio condotto dall'università di Cambridge ha dimostrato risultati positivi su 31 pazienti tutti sottoposti a trapianto.

Chiediamo al Governo, non solo di non censurare il comportamento del professor Marino, ma anche di indicarci gli adempimenti che intenda adottare per fare in

modo che cittadini italiani affetti da HIV non siano costretti a recarsi all'estero per ottenere una salute migliore rispetto alla loro condizione.

**PRESIDENTE.** L'onorevole Burtone ha facoltà di illustrare la sua interpellanza n. 2-00096.

**GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE.** Signor Presidente, il collega Giacco ha già illustrato il motivo fondamentale della nostra interpellanza. Nonostante sia stata presentata nell'ottobre del 2001 (potrebbe sembrare, dunque, datata), tale interpellanza pone all'attenzione alcune problematiche, tornate di grande attualità proprio in questi giorni e naturalmente ribadisce al Governo che la censura subita dal professor Marino da parte dell'Ismett di Palermo è assolutamente immotivata. A tale proposito, vorrei ricordare — così come ha fatto precedentemente il collega Giacco — che il 17 luglio del 2001 per la prima volta in Italia, a Palermo, nell'Istituto mediterraneo per i trapianti e la terapia ad alta specializzazione, è stato effettuato un trapianto di rene da donatore vivente in un giovane sieropositivo.

È stato il padre a donare il proprio rene ad un figlio che era sottoposto, tre volte la settimana, ad emodialisi. Il paziente era stato inserito in lista d'attesa, e poi era stato trapiantato, seguendo un protocollo terapeutico già in uso, all'epoca, presso l'Università di Pittsburgh e che, a Palermo, era stato reso ancora più restrittivo. I valori del paziente, al momento dell'intervento, erano negli standard; oggi, dopo otto mesi dal trapianto, quel giovane gode di ottima salute, non fa più emodialisi e svolge un'intensa attività lavorativa.

Precedentemente al trapianto, il 12 giugno 2001, vi era stata una riunione della consulta tecnica nazionale per i trapianti. All'ordine del giorno, essa aveva il tema dell'inserimento nelle liste d'attesa per i trapianti d'organo di pazienti sieropositivi. Il direttore di quel Centro nazionale, il dottor Alessandro Nanni Costa, aveva affermato che, in base alle attuali norme di legge, il soggetto HIV positivo può già non

essere escluso da una lista d'attesa per trapianti. Il dottor Costa aveva dichiarato in maniera esplicita ciò che è chiaro a tutti cittadini e che dovrebbe essere chiaro a tutte le istituzioni: in Italia, non esiste una legge che vieti l'inserimento in lista d'attesa di pazienti HIV positivi e, di conseguenza, l'esecuzione del trapianto di organi.

Dopo il predetto intervento di trapianto di rene da donatore vivente a paziente sieropositivo, il professor Ignazio Marino, direttore dell'Ismett di Palermo è stato colpito, in data 19 settembre 2001, da una censura del centro nazionale trapianti e, inoltre, ha ricevuto un severo monito, tramite comunicato stampa, del ministro della salute, professor Sirchia. Dopo quella censura, signor sottosegretario, l'Ismett non ha più eseguito trapianti in soggetti HIV positivi ed abbiamo assistito a mesi di silenzio del Ministero. Il ministro, pure tanto solerte a muovere censure, non ha dato, successivamente, alcuna indicazione operativa su queste problematiche.

Certo, avremmo voluto una risposta più immediata. Tuttavia, il nostro rammarico si attenua di fronte alla possibilità concreta che si è riaperta stamani. Il tema è tornato di attualità perché alcuni organi di stampa nazionale e, soprattutto, i giornali siciliani hanno riportato due notizie.

Un sieropositivo palermitano, di 37 anni, ammalato di cirrosi epatica e attualmente in cura al reparto di malattie infettive della Casa del sole, da oltre un anno ha iniziato il monitoraggio per un intervento presso l'Ismett. In questi giorni, scoraggiato, ha annunciato che se tra qualche giorno non avrà certezza sulla possibilità di un suo trapianto sospenderà l'assunzione dei farmaci, interromperà il periodo di valutazione ed inizierà lo sciopero della fame per protestare contro chi impedisce ai pazienti HIV positivi di avere aspettative di vita.

La seconda notizia riguarda un altro paziente sieropositivo, in attesa di trapianto di fegato presso l'Ismett, costretto a rivolgersi ad un centro di Pittsburgh, negli Stati Uniti. Poiché la regione siciliana dovrebbe contribuire alle spese per circa

320 mila euro, la situazione è paradossale, signor sottosegretario: l'Ismett è un centro che vede collaborare l'Università di Pittsburgh e la regione ed anche le tecniche operatorie e le competenze sono identiche.

Quindi, signor sottosegretario di Stato, noi ribadiamo la richiesta di una motivazione della censura che è stata espressa nei confronti del professor Marino, poiché è una censura che noi riteniamo assolutamente inaccettabile.

Vi è una seconda questione. Vogliamo sapere se dopo quella censura il ministero si è attivato, se ci sono indicazioni concrete per evitare discriminazioni e per non fare rischiare la vita a tanti pazienti. Ed infine, visto che il presidente della regione siciliana e l'assessore alla sanità hanno fatto tante promesse, apparse negli organi di stampa, a questi due pazienti, che concretamente ho riportato nel dibattito in questa Assemblea, come coloro i quali soffrendo chiedono una risposta concreta alle istituzioni, io chiedo al signor sottosegretario di dare indicazioni precise per dare la possibilità a questi cittadini di sperare ancora su una possibile vita diversa.

**PRESIDENTE.** Il sottosegretario di Stato, senatore Corsi, ha facoltà di rispondere.

**CESARE CURSI, Sottosegretario di Stato per la salute.** Signor Presidente, cercherò di dare alcune risposte rispetto a problemi posti non soltanto nelle due interpellanze ma anche nelle osservazioni che oggi sono state fatte in questa sede. Cercherò di dare delle risposte, anche provando a intravedere delle certezze su quello che deve essere il percorso futuro.

Come diceva l'onorevole Giacco, in data 17 luglio 2001, il professor Ignazio Marino ha eseguito presso l'istituto Mediterraneo di trapianti e terapie ad alta specializzazione di Palermo un trapianto di rene da donatore vivente (padre) in un paziente HIV positivo di 35 anni affetto da insufficienza renale cronica terminale in trattamento dialitico. L'intervento è stato effettuato nell'ambito dell'autorizzazione

per le attività di trapianto da donatore vivente, rilasciata dal Ministero della sanità, e nel rispetto delle linee guida per il trapianto da donatore vivente approvate dalla Consulta nazionale e dal centro nazionale trapianti.

L'istituto Mediterraneo di trapianti e terapie ad alta specializzazione è un istituto per trapianti prodotto da una *partnership* pubblico-privata tra l'azienda ospedale civico di Palermo, l'azienda ospedale Cervello di Palermo ed un privato denominato UPMC, autorizzata dall'assessorato alla sanità della regione Sicilia nell'ambito di una sperimentazione gestionale approvata dalla conferenza Stato-regioni.

Il professor Ignazio Marino è il direttore dell'Ismett. In data 28 agosto, alla dimissione del paziente trapiantato, l'Ismett ha emesso un comunicato stampa che descrive l'accaduto, ampiamente ripreso nei giorni successivi dai media.

Il ministro della salute e l'assessore alla sanità della regione Sicilia, autorità sanitarie competenti nel settore dei trapianti, hanno espresso riserve e cautela nella valutazione dell'intervento, segnalando le caratteristiche di frontiera del trattamento e la necessità di effettuare in questi casi sperimentazioni cliniche regolate da precisi protocolli definiti in sede nazionale.

Il trapianto effettuato dal professor Marino è stato il primo in Italia in paziente affetto da HIV, la cui sieropositività fosse nota.

In questi pazienti, l'associazione tra immunodepressione farmacologica antirigetto ed immunodepressione indotta dal virus HIV, potrebbe esporre il ricevente a gravissimi rischi infettivologici.

La normativa sui trapianti attualmente in vigore esclude la possibilità di utilizzare donatori HIV positivi o a rischio HIV (circolare Ministero della sanità 17 aprile 1992); nulla viene precisato sulla possibilità di inserire in liste di attesa e trapiantare riceventi HIV positivi.

La consulta nazionale nella riunione effettuata il 12 giugno 2001 aveva posto all'ordine del giorno la possibilità di inserire nelle liste di attesa da cadavere

soggetti HIV positivi; preso atto della diversità di opinioni esistenti tra gli esperti di malattie infettive (il presidente della consulta nazionale) e di un parere negativo espresso da una organizzazione interregionale, aveva raccomandato di effettuare successivi approfondimenti attualmente in corso. Peraltro, il professor Marino non ha comunicato alla consulta nazionale l'intenzione di effettuare un trapianto da vivente sieropositivo.

L'affermazione del direttore del centro nazionale trapianti espressa nel corso della seduta della consulta, si riferiva alla mera possibilità teorica che rende necessario il dibattito sul tema, e non già alla concreta realizzazione di un trapianto.

Esiste, infatti, una differenza rilevante tra la teorica possibilità di immissione in lista di attesa da cadavere e l'effettuazione del trapianto da donatore vivente che il professor Marino ha effettuato nonostante le forti perplessità del direttore del centro nazionale ed il parere negativo del ministro della salute. Pertanto, il direttore del centro nazionale, informato dal professor Marino pochissimi giorni prima dell'intervento dell'intenzione di effettuare il trapianto, ha consigliato allo stesso professor Marino di agire con cautela sia con riguardo all'intervento che alla successiva comunicazione, aggiungendo altresì che un autorevole parere poteva essere richiesto direttamente al ministro, il quale a sua volta aveva espresso un parere negativo.

La letteratura recente sull'argomento — ho fatto svolgere anche questo tipo di ricerca, in quanto è importante per tutti noi conoscere a tal proposito la realtà dei fatti anche a livello internazionale — ha tre riferimenti essenziali: Kuo, lettera a *Transplantation* del giugno 2001, riporta otto casi di trapianti in soggetti HIV positivi (due di rene e sei di fegato) dal 1994 al 1999 effettuati negli Stati Uniti, ed afferma che la terapia retrovirale potrebbe far rivalutare questo tipo di terapia dal punto di vista delle controindicazioni derivanti dal trapianto; il secondo riferimento è costituito da Steinman et al, *Guidelines for the referral and management of patients eligible for solid organ transplantation*, in

*Transplantation* del maggio 2001, che indica l'AIDS come controindicazione assoluta all'inserimento in lista di attesa per il trapianto di rene, ad eccezione del contemporaneo riscontro di particolari caratteristiche nel ricevente; l'ultimo riferimento è costituito da Gow et al, *Stato dell'arte del problema*, in *Transplantation* del luglio 2000, che riporta il risultato delle terapie antiretrovirali che potrebbe far riconsiderare l'esclusione dei pazienti HIV dalle liste di attesa per gli organi salvavita cuore e fegato, mentre per i pazienti in attesa di trapianto renale la dialisi rappresenta una valida alternativa.

Data l'esiguità della casistica e la mancanza di evidenza scientifica nei risultati, il trapianto effettuato su soggetto HIV positivo riveste un oggettivo carattere di sperimentazione clinica, indipendentemente da considerazioni di carattere etico e sociale. La normativa in vigore sulle sperimentazione fa riferimento all'articolo 16 del protocollo di Oviedo, sottoscritto dal Governo italiano ed approvato dal Parlamento con legge 28 marzo 2001 n. 145, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* del 24 aprile 2001. Nel caso dei trapianti di organo, in base allo schema di decreto ministeriale concernente l'idoneità degli organi al trapianto, approvato dal Centro nazionale trapianti (di cui il professor Marino è membro), e, quindi, in data 4 luglio 2001 dal Consiglio superiore di sanità, nonché dalla Conferenza Stato-regioni il 14 febbraio 2002, ma non ancora pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, l'effettuazione di trapianti di non consolidata prassi clinica o sperimentale deve essere approvata dallo stesso consiglio superiore, che autorizza specifici protocolli operativi.

Nel caso esaminato, dalla documentazione in possesso del centro nazionale non risultano — lo ripeto, non risultano — pareri o deliberazioni né del Comitato etico né di altro organismo. Le informazioni raccolte presso gli organi, attraverso anche colloqui verbali con il centro regionale della regione Sicilia e, attraverso questo, con la direzione dell'azienda civico, hanno evidenziato che non sono stati chiesti pareri o autorizzazioni né al co-

mitato etico regionale della regione Sicilia, né al comitato etico dell'azienda civico.

L'intervento è stato pertanto effettuato in regime ordinario, cioè sulla base dell'autorizzazione per il trapianto da vivente che Ismett possiede e non nell'ambito di una sperimentazione controllata. Il protocollo utilizzato dal professor Marino, e riportato nel comunicato stampa, fa riferimento a sperimentazioni — che avete anche voi citato — effettuate negli Stati Uniti, e non è stato valutato ed approvato in sedi istituzionali nazionali (Ministero, centro nazionale trapianti, consulta nazionale trapianti, comitato etico locale o regionale). L'avvio di una sperimentazione, infatti, avrebbe richiesto l'approvazione da parte di una sede istituzionale nazionale, l'individuazione del centro o dei centri partecipanti, l'impiego di protocolli concordati per la terapia di pazienti, la raccolta di comuni casistiche, l'adozione di misure per la sicurezza degli operatori (tema sul quale il professor Marino ha dichiarato nel corso della riunione della consulta di seguire un protocollo definito), la comunicazione ai media solo quando i risultati clinici, anche iniziali, avessero evidenziato un *trend* chiaro. Nel caso in questione, quindi, non appare rispettata la normativa attualmente in vigore nel nostro paese.

In effetti, per garantire un'adeguata tutela dei soggetti sieropositivi, sarebbe stato doveroso aprire una sperimentazione concordata secondo le modalità ora descritte.

In ogni caso, presso il centro nazionale è in via di approvazione un protocollo sperimentale nazionale per il trapianto di soggetti HIV positivi, aperto anche all'istituto presso cui presta opera il professor Marino, che fa seguito alle problematiche esaminate dalla consulta nazionale in data antecedente al trapianto sul soggetto HIV positivo.

Infine, si precisa che, per effettuare un trapianto all'estero a carico del servizio sanitario nazionale, è necessaria l'iscrizione a due centri italiani, secondo quanto prevede la normativa.

Il riconoscimento dell'idoneità al trapianto rappresenta sia una tutela per il paziente, che evita di essere esposto al rischio di terapie non adeguate rispetto alle proprie condizioni cliniche, sia una tutela per la comunità nazionale rispetto al rischio di spese improprie, effettuate fuori da ogni controllo.

La normativa relativa ai trapianti è assolutamente analoga a quella in vigore per tutti gli interventi di alta specializzazione.

Quanto alle considerazioni svolte, in particolare, dall'onorevole Burtone in merito a cosa si intenda fare anche rispetto a fatti recenti resi noti dalla stampa, sicuramente egli è a conoscenza della svolta della commissione nazionale AIDS dei giorni scorsi, la quale ha stabilito alcuni criteri di selezione e, soprattutto, ha dato il via libera ai trapianti per i pazienti sieropositivi. Infatti, è stato approvato un protocollo che, per la prima volta, stabilisce i criteri di selezione per includere i sieropositivi nelle liste di attesa per i trapianti. Per ora, la decisione della commissione riguarda esclusivamente il trapianto di fegato da donatore morto e si riferisce a fatti già sperimentati.

Vorrei riportare una dichiarazione del vicepresidente della commissione il quale ha affermato: è una grande conquista e se questo esperimento pilota darà risultati positivi naturalmente si potrà estendere.

Si potranno, quindi, effettuare trapianti che interessano non soltanto il fegato ma anche altri organi, tenendo presente che la scelta sarà operata in base all'effettiva necessità dei pazienti sieropositivi e considerando che ormai tra i sieropositivi le morti dovute alle complicanze dell'epatite C, come la cirrosi e il tumore del fegato, sono ormai numerosissime.

Un altro autorevole membro della commissione, l'oncologo Umberto Tirelli, ha dichiarato di considerare questa decisione un passo in avanti molto importante. Infatti, c'è da sperare che i centri trapianti collaborino, operando uno sforzo per rendersi disponibili nel trattare i pazienti sieropositivi.

In conclusione, ritengo che occorra ancora lavorare sulla discussione che ha portato alla decisione della commissione nazionale AIDS per i trapianti. È un dato certo, emerso in questi giorni, come dimostrano gli articoli pubblicati su due quotidiani nazionali del primo di maggio. Si tratta, quindi, di tematiche recentissime.

PRESIDENTE. L'onorevole Giacco ha facoltà di replicare per la sua interpellanza n. 2-00073.

LUIGI GIACCO. Signor Presidente, rinuncio alla replica e lascio la parola al collega Burtone.

PRESIDENTE. L'onorevole Burtone ha facoltà di replicare per la sua interpellanza n. 2-00096.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE. Signor Presidente, considero del tutto insoddisfacente la risposta del sottosegretario e dico subito che anche nelle sue affermazioni emerge un dato: la censura è inammissibile ed inaccettabile. L'Italia è una Repubblica parlamentare democratica e il signor sottosegretario ha qui ribadito che non vi è alcuna legge, approvata dal Parlamento italiano, che sancisca il divieto per i soggetti HIV positivi di essere inclusi nelle liste d'attesa per un trapianto. Pertanto, un abuso vi è stato ed è stato determinato dalla censura subita dal professor Marino: egli in un altro paese avrebbe avuto un encomio. Consideriamo inaccettabile non il comunicato stampa reso dall'Ismett, che ha voluto rendere pubblico un successo dal punto di vista scientifico, bensì l'enfasi che ha creato il ministro, il professor Sirchia, con un comunicato stampa.

Il paziente è stato trapiantato in un istituto di eccellenza. Vogliamo ribadire in questa sede che ciò è stato fatto perché nessuna legge vietava tutto ciò e perché il paziente aveva caratteristiche cliniche che rientravano negli standard. Lei, signor sottosegretario, ha riferito alcuni esempi e dati scientifici; io potrei portare un'ampia

bibliografia sulla possibilità di intervento presente in tutta Europa e nel mondo per gli ammalati di AIDS nella terapia del trapianto d'organo.

Il paziente specifico era stato sottoposto ad un protocollo farmacologico addirittura più restrittivo dei protocolli normalmente utilizzati in Europa e negli Stati Uniti. La cosa più importante, signor sottosegretario, è che dopo otto mesi questo giovane, che era sottoposto a tre emodialisi alla settimana, gode di ottima salute e lavora con grande impegno. Tengo anche a precisare che l'Ismett per le problematiche relative alla sicurezza degli operatori aveva sottoscritto un protocollo con la previsione della necessaria disponibilità dei farmaci.

La solerzia, quindi, del ministro nel fare il comunicato stampa di censura non è accettabile anche perché il signor ministro non ha avuto la stessa solerzia per altri casi. Nello stesso periodo in Sicilia è avvenuto un fatto drammatico: un infartuato si è recato in una casa di cura privata dove non gli è stata effettuata alcuna terapia di emergenza. Questo cittadino palermitano, dopo essere stato in tale casa di cura per cercare una terapia di emergenza, è morto per strada. Si tratta di un caso di malasanità privata. Il signor ministro non ha fatto alcuna censura, non ha inviato alcuna ispezione in questa casa di cura che continua ad operare, spesso — credo — seguendo ancora la strada della malasanità. Però, il ministro ha avuto la solerzia di intervenire e di censurare il direttore dell'Ismett che aveva compiuto un'opera significativa sul piano scientifico e della solidarietà umana.

La stessa solerzia il ministro non l'ha dimostrata nei confronti della regione siciliana, una regione governata dal centro-destra, che nei mesi scorsi è stata al centro di una polemica istituzionale di rilevanza nazionale. Tanti organi di stampa hanno riferito — in Commissione parlamentare, non per strada, su un organo di stampa o in una riunione privata — che in occasione della nomina di alcuni *manager* sono stati utilizzati criteri di mera lottizzazione, senza alcun riferimento specifico alla pro-

fessionalità necessaria. Non vogliamo dare un giudizio sommario su tutte le nomine, ma certo è che in Commissione, in sede legislativa, è stato detto che tali manager sono stati nominati innanzitutto con criteri di lottizzazione. Però, il ministro non ha avuto la stessa solerzia, non è intervenuto con una censura o con un comunicato stampa per raccomandare ai propri amici di cordata, agli stessi uomini del centrodestra in Sicilia di avere un poco più di pudore e fare le cose con più eleganza.

La censura, invece, è stata fatta a coloro i quali hanno rispettato la legge, perché nessuna legge vieta di entrare nelle liste d'attesa per poter avere un trapianto d'organo a soggetti HIV positivi. La censura è stata fatta a chi si è assunto la responsabilità di compiere atti significativi sul piano scientifico, a chi ha operato per salvare una vita umana in un centro di eccellenza. Si tratta di uno dei pochi centri di eccellenza che abbiamo in Sicilia ed in Italia, quei centri di eccellenza che spesso vengono richiamati dal ministro.

Quindi, esprimiamo la nostra insoddisfazione e, signor sottosegretario, mi permetto di aggiungere che — lei lo accennava — finalmente il 30 aprile del 2002 la commissione AIDS ha approvato un protocollo per includere i sieropositivi nelle liste di attesa per i trapianti, ma solo per il fegato e non per il rene. Di questo siamo contrariati, anche perché non ci sono controindicazioni scientifiche e ci sarebbe la possibilità di avere più organi — perché spesso dati da donatori viventi, familiari compatibili — che determinerebbero un miglioramento della qualità della vita in soggetti che debbono essere molto spesso emodializzati tre volte la settimana.

Allora il ministro, invece di seguire la strada delle censure, avrebbe potuto chiedere all'Ismett, che ha fatto con successo un intervento per il trapianto di rene, quali siano stati i dati più significativi. Avrebbe sicuramente trovato la strada per evitare una discriminazione che si realizza innanzitutto su base censitaria perché coloro i quali non possono fare l'intervento, debbono continuare a fare la dialisi, e

coloro i quali possono farlo, potranno andare all'estero e fare un intervento per il trapianto di rene da donatore vivente. Ma ciò che è accaduto il 30 aprile per noi ha anche una certa importanza perché è stato approvato questo protocollo di selezione per includere i sieropositivi nelle liste di attesa per trapianti. Lei giustamente ha detto che esiste un protocollo che prevede numerosi passaggi (la revisione e l'approvazione del ministro, del consiglio superiore di sanità e del centro nazionale trapianti), quelle stesse procedure che, probabilmente, lei dice avrebbe dovuto seguire il professor Marino prima di fare l'intervento.

Signor sottosegretario, lei sa che per espletare queste procedure sono necessari sei-otto mesi, forse un anno, e per poter poi entrare in lista d'attesa è necessario aspettare altro tempo: in genere, per una lista d'attesa per un trapianto deve passare circa un anno. Credo che stamani il nostro intervento potrà essere significativo se farà riferimento a due vite umane che chiedono che tali passaggi non siano di sei mesi ma di otto giorni. Questo è l'impegno che il Governo deve assumere, altro che censure nei confronti di coloro i quali hanno lavorato con grande professionalità e ponendo al centro la cultura della solidarietà. Questi ultimi continueranno, anche con le censure che sono state fatte, a svolgere il proprio dovere e il proprio impegno scientifico ma le istituzioni guardino innanzitutto ai cittadini, ai due cittadini in carne ed ossa che ho voluto ricordare in questo dibattito parlamentare perché non subiscano discriminazioni e possano ancora sperare di vivere.

**(Iniziativa di lotta contro l'AIDS -  
n. 2-00165)**

PRESIDENTE. L'onorevole Grillini ha facoltà di illustrare la sua interpellanza n. 2-00165 (vedi l'allegato A - Interpellanze sezione 2).

FRANCO GRILLINI. Onorevole sottosegretario, non so quante volte in passato

il problema dell'AIDS sia stato discusso in quest'aula, non credo tantissime. Si tratta di un problema che comincia ad affacciarsi nel nostro paese dal 1982, anno in cui abbiamo il primo decesso per questa malattia che l'Organizzazione mondiale della sanità definisce come il più grave problema sanitario del mondo, definito tale sulla base dei dati esistenti, di una straordinaria gravità e drammaticità.

Ci sono zone dell'Africa subsahariana dove la popolazione è sieropositiva al 30 e anche al 40 per cento; ci sono dei dati, per esempio riferiti al Sudafrica, che sono drammatici perché il 30 per cento delle Forze armate sudafricane è sieropositivo; ci sono dei paesi africani, ma ormai il problema si pone anche per l'area del sud-est asiatico, dove l'AIDS ha ucciso quasi tutta quella classe media che, faticosamente, si stava creando e che costituiva il perno dell'uscita di tali paesi dal sottosviluppo.

Ci sono centinaia di migliaia di orfani e situazioni nelle quali — soprattutto nelle campagne — non ci sono più uomini in questi paesi.

Quindi, questi dati ci devono far riflettere e ci devono preoccupare moltissimo e dovrebbero indurre anche i paesi occidentali — dunque, anche l'Italia — ad un'attività e ad un'attenzione molto più forte di quella che, in questo momento, registriamo.

Il senso della mia interpellanza, firmata anche da molti altri colleghi, sta nel fatto che riteniamo del tutto insufficiente e insoddisfacente l'attività di contrasto e di lotta all'AIDS svolta dal Governo italiano. D'altra parte, questa insoddisfazione — almeno per quanto mi riguarda — va estesa anche ai precedenti governi, nessuno escluso.

In questo paese — per il ruolo di leader della principale organizzazione omosessuale, che ho ricoperto in passato — sono tra coloro che per primi si sono occupati di questo problema. All'affacciarsi dell'AIDS in Italia si parlava, a torto, per effetto della manifestazione della malattia negli Stati Uniti — dove è stata diagnosticata per la prima volta, a San Francisco,

in pazienti omosessuali —, di peste degli omosessuali e di cancro dei gay. Ovviamente, non era vero; si trattava di una malattia che era stata diagnosticata, per la prima volta, su alcuni omosessuali, come è successo che per altre malattie. Pensiamo, ad esempio, al morbo del legionario, che è stato diagnosticato sui legionari ma, non per questo, questi ultimi sono stati poi considerati una cosiddetta categoria a rischio.

Purtroppo, allora, si affermò il pernicioso concetto di gruppi a rischio. Sembrava che l'AIDS — almeno per quanto riguardava l'informazione e anche una parte del mondo scientifico — fosse una malattia che colpiva alcuni, lasciando del tutto indenni tutte le altre categorie di cittadini. Insieme ad altri, mi sono battuto, con tutte le armi possibili, contro questa specificazione dell'AIDS, che poi si è rivelata sbagliata.

In quel periodo — dal 1982 al 1990 — siano stati i soli, in questo paese, ad occuparci di questo problema e a lottare contro lo stesso. Addirittura, l'insufficienza dell'attività di Governo di quel periodo si è rivelata disastrosa e, ancora oggi, ne paghiamo le conseguenze. Infatti, attualmente, a causa dell'assenza di interventi normativi adeguati, nei tribunali italiani, sono ancora in corso procedure per il rimborso delle persone colpite. A questo proposito, vorrei sollecitare il Governo a velocizzare questi rimborsi; si tratta di cittadini che, purtroppo, sono stati infettati a causa della mancanza di azione governativa, dunque, sarebbe giusto chiudere questo drammatico e non esaltante capitolo che ha caratterizzato la storia sanitaria del nostro paese.

Penso, ad esempio, a quanto affermò allora il ministro Degan: l'AIDS non è un problema per l'Italia. In effetti, dal 1982 fino al 1988, l'Italia era al quattordicesimo posto per numero di casi. Dunque, in quell'occasione, il Ministero della sanità semplicemente non fece nulla, non emanò nemmeno la direttiva per il controllo obbligatorio delle donazioni di sangue, che



venne emanata solo nel 1988 e che costituì la base dei procedimenti giudiziari ancora in corso.

Pensi, signor sottosegretario di Stato, che le uniche organizzazioni di volontariato che operarono in quegli anni, dal 1982 al 1988, furono le organizzazioni omosessuali; poi ne nacquero altre, anche su impulso del sottoscritto. Mi riferisco, in particolare, al circolo Mario Mieli di Roma che fu il primo a collaborare con l'Istituto superiore di sanità. Se lei esaminasse gli archivi dell'Istituto superiore di sanità, conoscerebbe la storia di questa collaborazione assai fruttuosa, assai importante ed assai interessante per lo stesso Istituto superiore di sanità e per l'allora direttore dell'istituto di virologia, Giovanni Battista Rossi, che purtroppo oggi non è più fra noi e al quale voglio dedicare un affettuoso ricordo: egli è stato uno scienziato che ha svolto un lavoro assolutamente prezioso e al quale noi dobbiamo essere molto grati per l'impegno e per l'intervento in quell'occasione.

Oggi, anche nel nostro paese, ci troviamo in una situazione tutt'altro che tranquilla: io definirei preoccupante la situazione dell'AIDS oggi in Italia. È per questo che il significato della mia interpellanza, anche per coloro che l'hanno sottoscritta e condivisa, sta nel sollecitare il Governo italiano ad un maggiore impegno. Oggi, in questo paese, abbiamo 150 mila persone sieropositive; forse sono anche di più: è difficile calcolare quante siano le persone sieropositive — e potenzialmente infettive, naturalmente — perché esistono attorno a questa malattia paura e vergogna che inducono le persone sieropositive a nascondersi, purtroppo. E il fatto che le persone sieropositive si nascondono rappresenta un dramma anche per la possibilità di combattere l'AIDS nel nostro paese. 150 mila persone sieropositive cosa significano? Le persone sieropositive sono concentrate nella fascia sessualmente attiva della popolazione; quindi, ciò vuol dire che chiunque sia sessualmente attivo ha almeno una possibilità su

dieci di incontrare sul suo cammino una persona sieropositiva in questo paese: si tratta di una possibilità altissima.

Tuttavia, di questo non si parla e non si discute. E non se ne parla, non se ne discute, perché occorre affrontare una serie di problemi spinosi, come per esempio il problema della prevenzione. Leggo sui giornali di ieri un intervento del presidente americano George Bush il quale dice: no all'educazione sessuale, sì alla castità. È ben vero che la castità è, indubbiamente, un mezzo per evitare la trasmissione dell'AIDS; però, onestamente, proporre oggi la castità, soprattutto quando non rappresenta una libera scelta, è una presa in giro. Io sono psicologo e, quindi, posso dirlo a ragion veduta: sappiamo benissimo che la forza più grande, l'istinto più forte e anche meno controllabile in ogni essere umano è quello della sessualità. Proporre, dunque, alle persone l'astinenza e la castità è semplicemente una presa in giro.

Signor sottosegretario di Stato, mi consenta il riferimento anche allo scandalo che, in questi giorni, sta tormentando gli Stati Uniti ed una parte dei paesi europei, sottovalutato, secondo me, anche nel nostro paese. Si tratta dello scandalo sessuale che coinvolge il clero cattolico americano e che dimostra come persino chi dovrebbe essere casto per mestiere non lo è. E non lo è in modo disastroso e drammatico.

In realtà, bisognerebbe proporre, anche in questo campo, la pratica e la filosofia della riduzione del danno. So bene che su questo tema è in corso un dibattito molto intenso; penso, per esempio, alla mozione approvata dal consiglio regionale della Lombardia a proposito dell'uso terapeutico della canapa indiana, del tetra-idrocannabinolo. La pratica della riduzione del danno ci dice che, in questo campo, noi dovremmo fare ciò che hanno fatto molti altri paesi europei: la Germania, che era al secondo posto per numero di casi negli anni a cui facevo riferimento, adesso è in basso nella lista, — credo — al nono o al decimo posto. Ma la Germania ha investito centinaia e centinaia di miliardi

all'anno, per fare informazione e prevenzione in modo del tutto privo di pregiudizi e del tutto spregiudicato, con un linguaggio che i giovani capiscono.

Ebbene, non vediamo questa informazione e questa prevenzione in Italia. Ciò significherebbe, per esempio, installare le macchinette per distribuire le siringhe pulite per i tossicodipendenti, perché questa è una delle strade maestre di diffusione del virus; significherebbe distribuire i profilattici, anche gratuitamente, soprattutto fra le giovani generazioni.

Dalle inchieste che si fanno tra i giovani sotto i venti anni emergono dei dati che dovrebbero preoccupare il Governo e anche le famiglie, perché questi dati ci dicono che la stragrande maggioranza delle giovani generazioni ha il primo rapporto sessuale senza alcuna protezione e, soprattutto, senza alcuna informazione, visto che l'educazione sessuale non viene fatta nelle scuole italiane. Di certo ci sono programmi e c'è l'autonomia scolastica, ma io credo che ci dovrebbe essere un'intesa tra ministro della salute e ministro della pubblica istruzione per fare in modo che i 10 milioni di giovani italiani abbiano l'informazione doverosa su questo terreno, perché il rischio è gravissimo, signor sottosegretario. Noi abbiamo decine di giovanissimi che arrivano nei centri infettivi e si scoprono sieropositivi. Tra l'altro (e qui voglio aprire il capitolo del test per ritornare successivamente sulla questione della prevenzione), nel nostro paese purtroppo pochissimi fanno il test per l'HIV e vi è un dato preoccupante, direi tragico: il 65 per cento delle persone che scoprono di essere affetti da AIDS conclamato non ha fatto il test; in altre parole, arriva a scoprire la propria infezione nel momento in cui è troppo tardi, persino per la cura, nella fase terminale della malattia. Perché in questo paese le persone non fanno il test? Signor sottosegretario, perché le persone non si fidano della nostra sanità, non si fidano dell'anonimato. La legge n. 135 del 1990 sull'AIDS, che tutto sommato è una buona legge, impone l'anonimato, ma questo non è un elemento capriccioso, onorevole sottosegretario, ma è l'elemento

essenziale per combattere questa malattia. Infatti, se è vero che attorno a questa malattia esiste un alone di paura, se è vero che l'AIDS, come dice Susan Sonntag nel suo bellissimo libro, è la nuova metafora di morte, è del tutto vero che, purtroppo, contro ogni razionalità, quando una persona si scopre sieropositiva viene emarginata. Tutti sanno benissimo che l'AIDS non si può contrarre attraverso le normali relazioni quotidiane e i normali contatti, eppure questa consapevolezza non fa sì che le persone sieropositive siano accolte con solidarietà come sarebbe doveroso fare. Le persone sieropositive sono emarginate e spesso persino gli appartenenti ai cosiddetti gruppi a rischio subiscono un'emarginazione assolutamente intollerabile.

Per concludere questa mia illustrazione, mi riservo di aggiungere in seguito alcune considerazioni che non ho fatto in tempo a svolgere (d'altra parte l'interpellanza da questo punto di vista è chiara e mi riservo nelle conclusioni di approfondirla ulteriormente), dico che è assolutamente necessario che il Governo si impegni di più su questa materia e che, per esempio, stanzi fondi molto maggiori di quanto non sia stato fatto fin qui, perlomeno al livello di paesi come la Germania, la Francia e l'Inghilterra, e che metta al centro di questa attività le organizzazioni del volontariato che svolgono la loro funzione sussidiaria in modo insostituibile, come, per esempio, la consulta del volontariato, di cui ho fatto parte fino alla mia elezione un anno fa fin dalla sua fondazione e che ho contribuito a mettere in piedi. Quindi, si chiede un maggiore impegno, maggiori fondi, un maggiore stanziamento, meno moralismo e più capacità di intervento nell'interesse ovviamente delle persone colpite e della salute della collettività.

PRESIDENTE. Il sottosegretario di Stato per la salute, senatore Cesare Corsi, ha facoltà di rispondere.

CESARE CURSI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, que-

sta mia risposta rispetto ai temi accennati dall'onorevole Grillini non vuole assolutamente avere una carattere esaustivo perché il tema dell'AIDS è un dramma a livello mondiale, che richiederebbe in quest'aula, così come nelle Commissioni, più tempo e disponibilità.

Quindi, avverto subito che la risposta all'interrogazione presentata è un modo per tentare di avviare un percorso da gestire insieme con chi, come il firmatario Grillini, ma anche tanti altri parlamentari, ha avuto occasione di inserire, in questo contesto, un tema così importante.

Volevo ricordare a me stesso, anche per gli atti della Camera, che lo scorso anno, l'Assemblea dell'ONU ha dedicato un'intera seduta al problema dell'AIDS e ricordo i dati drammatici che uscirono da quella Assemblea; ricordo anche che lo scorso anno ho avuto occasione di incontrare qualcuno dei partecipanti a tale Assemblea, ed i dati cui accennava l'onorevole Grillini hanno trovato una conferma. Vi sono, infatti, alcuni paesi, soprattutto africani, che superano il 30-35 per cento e che, inevitabilmente, prima o poi porteranno alla ribalta questo problema così importante. Basti pensare come non solo l'Africa in quanto tale, ma anche l'Europa, in alcuni paesi ex comunisti, sia investita dal fenomeno. Infatti, sono stato in Romania la scorsa settimana ed ho visto che cominciano a verificarsi eventi drammatici (già esistono da parecchi anni): soprattutto vi sono bambini colpiti da AIDS, dico soprattutto perché in quel paese il fenomeno droga inizia ad emergere in tutta la sua drammaticità comportando, di converso, anche gli altri problemi trattati dall'onorevole Grillini.

Volevo confermare, quindi, che questo è solamente l'avvio di un percorso; lungi da me pensare che la risposta a questa interpellanza possa esserne la conclusione. Proprio ai fini della risposta, occorre premettere che recentemente, il 14 gennaio 2002, si è insediata la nuova consulta del volontariato per la lotta all'AIDS, cui faceva riferimento l'onorevole Grillini (della quale, peraltro, ha fatto parte), ricostituita con decreto del ministro del 18 dicembre

2001. Per quanto riguarda le iniziative di informazione e prevenzione, ricordo quelle accennate nell'interpellanza: in particolare, l'utilizzo del profilattico nei rapporti sessuali, l'invito ad effettuare il test HIV, le iniziative di informazione nelle scuole, la lotta alla discriminazione verso le persone sieropositive. Ritengo quest'ultimo un fatto di informazione, ma anche di cultura: occorre, quindi, far venir meno questo steccato che, ahimè, in una società come la nostra viene sempre più costruito intorno a questo problema.

Si segnala che, come l'onorevole Grillini sa, è in corso di espletamento la gara — già avviata lo scorso anno con il ministro Veronesi — per l'appalto della prossima campagna informativa-educativa sull'infezione da HIV-AIDS, che consentirà una serie di iniziative sia di informazione, sia di comunicazione: *spot* televisivi e sui giornali, ma anche campagne di informazione all'interno del mondo della scuola intorno ai temi sollevati da questa interpellanza. Tale campagna sarà rivolta sia alla popolazione generale, sia agli specifici gruppi di popolazione con comportamenti a rischio, e sarà incentrata sui temi cui faceva riferimento l'onorevole Grillini. Per quanto concerne le questioni accennate dell'interpellanza, in particolare, si precisa che il finanziamento per la ricerca in Italia non è preordinato, né lo sarà in futuro per il semplice motivo che nel 2002 avrà luogo il XIV progetto di ricerca sull'AIDS, già finanziato, e che negli anni a venire non sono previste riduzioni di spesa inerenti a tali finanziamenti: tale progetto di ricerca, dunque, andrà avanti.

Nella legge finanziaria per il 2002, come è noto, non sono stati previsti specifici finanziamenti per la ricerca sull'AIDS, in quanto detta ricerca è attualmente finanziata con risorse a carico del bilancio dell'Istituto superiore di sanità; abbiamo operato una scelta di carattere tecnico-scientifico, quella cioè di porre a carico dell'Istituto superiore — vale a dire dello Stato — progetti di ricerca relativi all'AIDS. L'attenzione sull'uso del profilattico nelle iniziative di informazione è stata sempre richiamata nelle campagne infor-

mative che questo Ministero, dal 1988 ad oggi, ha organizzato; tale obiettivo sarà presente anche nella nuova campagna.

In analogia a quanto previsto nelle recenti campagne di prevenzione (mi pare che costituisca un dato fondamentale sul quale occorre anche impostare la nostra azione futura) anche nella prossima è programmato il coinvolgimento del Ministero dell'istruzione — cui ha fatto riferimento l'onorevole Grillini — per iniziative di prevenzione sull'AIDS, ivi comprese quelle informazioni attinenti alla trasmissione sessuale dell'HIV e alle regole igieniche da osservare a fini preventivi. In particolare, è in corso di realizzazione un progetto editoriale di informazione per la prevenzione dell'HIV-AIDS e delle altre malattie sessualmente trasmesse, destinato a tutti gli studenti. È un progetto prodotto dalla collaborazione tra i Ministeri della salute e dell'istruzione. Ho sollecitato anche la previsione di analoghe iniziative nel mondo dello sport (ho ricevuto una delega per quanto riguarda il doping che non ha nulla a che vedere con questo contesto, ma so bene quanto lo sport ne risenta), del lavoro, dei giovani, delle discoteche, vale a dire nei luoghi di maggiore aggregazione.

Il tema delle discriminazioni verso le persone sieropositive, cui precedentemente facevo riferimento sarà oggetto, oltre che della prossima campagna informativa, anche del prossimo progetto obiettivo AIDS 2002-2004 in corso di elaborazione (invito l'onorevole Grillini a leggerlo quando sarà compiuto), oltreché essere presente nel progetto obiettivo 1998-2000, quale nuova tematica rispetto ai precedenti progetti. Basterebbe solo leggere le previsioni del piano sanitario nazionale, relativamente a tale tema, che nei prossimi giorni sarà all'attenzione del Parlamento (in particolare, questo pomeriggio verrà presentato alla XII Commissione del Senato).

L'invito ad effettuare il test è un'altra delle tematiche toccate nella prossima campagna informativa, oltreché già ricordato in quelle precedenti. Non si ritiene però opportuno ricorrere al cosiddetto test « fai da te », a motivo del fatto che è necessario per un tale accertamento dia-

gnostico il *pre-counselling* ed il *post-counselling*, attività indispensabili per poter eseguire detta accertamento. Si sceglie sempre il dato tecnico scientifico, affinché si produca un risultato il più oggettivo e testato possibile. Sono facilmente immaginabili le conseguenze che potrebbero verificarsi se fosse reso disponibile il test cui fa riferimento l'interpellanza per quanto riguarda i falsi positivi o negativi contraccolpi psicologici che il risultato determinerebbe nei soggetti che si sottopongono al test. Se, da una parte, si capisce che l'utilizzo del « fai da te » potrebbe giustificare anche l'accelerazione di certi processi, vi è, tuttavia, il rischio che, qualora non venga effettuato da persone competenti, si producano effetti negativi, soprattutto dal punto di vista psicologico.

L'invito ad eseguire il test anti HIV sarà, unitamente a quello del profilattico, il cardine della nuova campagna di informazione proprio perché oggi la disponibilità di nuovi trattamenti farmacologici in grado di rallentare lo sviluppo delle infezioni e la diagnosi dell'AIDS fanno sì che la conoscenza del proprio stato sieropositivo sia diventata ancora più importante di quanto già non lo fosse in passato.

Sui consultori autogestiti per la lotta contro l'AIDS si è dell'avviso che le convenzioni del servizio sanitario nazionale siano ora idonee ed adeguate per lo svolgimento dell'attività di prevenzione e lotta contro l'AIDS, ancorché le associazioni di volontariato abbiano in quest'ultimo decennio svolto un'importante ed insostituibile funzione per quanto riguarda la prevenzione e l'assistenza nei confronti dell'infezione da HIV-AIDS. Resta fermo che, ove tali associazioni attivino consultori autogestiti (credo che ciò sia un fatto importante) con necessaria professionalità operanti all'interno, le stesse svolgono un ruolo sussidiario rispetto a quello istituzionale del servizio sanitario nazionale che non può essere sconosciuto. Rispetto a tali associazioni vi è una certa attenzione da parte del Ministero della salute e, quindi, da parte del Governo.

Vorrei svolgere un'ultima osservazione rispetto al tema della tossicodipendenza

accennato dall'onorevole Grillini. Ho partecipato — come egli ricorderà — alla Camera al dibattito vasto, completo e articolato che si è svolto sui tossicodipendenti relativamente al quale ogni gruppo parlamentare ha dato il meglio di sé. Ricordo anche la mozione votata dalla Camera (credo fosse lo scorso gennaio o lo scorso febbraio) che contiene una serie di utilissime indicazioni, soprattutto proposte, iniziative e percorsi operativi che non devono rimanere soltanto scritti sulla carta, come accade relativamente a tante mozioni approvate dal Parlamento; penso alla parte relativa al volontariato, alla riduzione del danno, al sistema carcerario, all'inserimento al lavoro: tutti aspetti importanti che sono stati considerati dalla mozione ogni parola della quale è stata calibrata e pesata.

L'ultimo aspetto al quale vorrei accennare, oggetto diretto di una delega conferitami, concerne gli emofiliaci. È stato costituito, attraverso il conferimento di una delega da parte del ministro, un gruppo paritetico per cercare di dare una risposta ai cittadini coinvolti in quel dramma, in quella vergogna cui abbiamo assistito. Per la prima volta nella storia di questo Parlamento e dei governi repubblicani, che, rispetto ai temi della giustizia, aspettavano sempre la famosa sentenza della Cassazione — lo dico da avvocato che attendeva la sentenza passata in giudicato —, il gruppo paritetico si è posto l'obiettivo di individuare percorsi di transazione, anche con le controparti, per evitare che quando la giustizia, i cui tempi sappiamo essere non molto celeri — dai 12 ai 15 anni —, interviene la persona colpita non sia più in vita e magari non abbia eredi.

Questo gruppo paritetico ha dunque questo obiettivo: individuare percorsi trattativi da sottoporre al Ministero del tesoro, poiché il tema delle risorse finanziarie è sempre importante.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE  
FABIO MUSSI (*ore 10,08*)

CESARE CURSI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Abbiamo già dati certi:

c'è già una sentenza di primo grado che ha condannato lo Stato, il ministero nel caso specifico. Si tratta di cause cominciate diversi anni fa: qualcuna è ancora al livello di corte di appello. Dobbiamo al riguardo individuare un sistema; tra l'altro questo gruppo paritetico si è dato un termine che è quello, previsto dal decreto che lo ha istituito, del 30 giugno.

La commissione al riguardo si riunirà nuovamente domani mattina e speriamo di poter addivenire, nella prossima settimana, ad una proposta da sottoporre al Ministero del tesoro, perché comunque senza risorse finanziarie non è possibile risolvere il problema.

In questo modo viene comunque dato un segnale importante, cioè che lo Stato non sottovaluta questo argomento, rispettando gli eventi drammatici che hanno colpito la gente, l'opinione pubblica ed, in particolare, le persone che hanno vissuto il dramma di entrare in ospedale e di uscirne con malattie drammatiche. Rispetto ad esse vi è l'esigenza che lo Stato ripercorra una strada di credibilità, dando a questa gente la giusta soddisfazione.

Lo stesso discorso vale anche per l'altro gruppo, quello costituito ai sensi della legge n. 210: al riguardo, vi è un problema con la regione, perché, come lei sa, parte di quelle competenze è passata alle regioni. Anche su questo aspetto ci siamo impegnati in sede di Conferenza Stato-regioni per individuare percorsi maggiormente celeri, al fine di predisporre indennizzi in tempi normali e giusti.

In conclusione, all'onorevole interpellante ricordo che si tratta dell'avvio di un percorso. Ci sono le possibilità di lavorare, partendo dalla mozione, ma anche perché il tema ci colpisce per quello che sta avvenendo in tutto il mondo, in Africa, in Europa ed in Italia.

Il dato più preoccupante è soprattutto costituito da questa indifferenza e dalla chiusura da parte di un certo tipo di cultura nei confronti di chi vive questo dramma, persone che invece vanno sostenute ancora di più.

PRESIDENTE. L'onorevole Grillini ha facoltà di replicare.

FRANCO GRILLINI. Signor Presidente, il problema delle campagne per contrastare la diffusione dell'AIDS in questo paese e dell'attività di Governo è legato innanzitutto alla volontà politica di portare avanti un'azione decisa. Dall'altra parte, esso dipende dall'entità dei fondi stanziati.

Signor rappresentante del Governo, se lei confronta i fondi stanziati dal nostro paese con i fondi stanziati su questo versante da paesi come l'Inghilterra, la Francia e la Germania, dovrà constatare che il confronto, ahimè, è impari. Siamo a poco meno, credo, del 10 per cento di ciò che stanziava la Germania per la lotta contro l'AIDS.

Anche per quanto riguarda il rapporto con il volontariato, non si tratta di un problema di colore politico; tra l'altro, non sono a conoscenza, a parte il rappresentante dell'associazione che presiedo e che siede nella consulta del volontariato, di quale sia il colore politico degli altri componenti.

Inoltre, devo dire che questo è uno di quei terreni su cui non dovrebbe esservi polemica politica, perché qui non sono in gioco qualche voto o il consenso elettorale, ma la salute collettiva, in una vicenda che — e ho visto che lei concorda con me — è assolutamente drammatica, tragica per chi vi è coinvolto. Quindi, occorrerebbe uno sforzo maggiore.

Io sono insoddisfatto perché questo sforzo maggiore non c'è, soprattutto dal punto di vista finanziario e del coinvolgimento della popolazione. Il coinvolgimento del volontariato è fondamentale, perché è assolutamente sotto gli occhi di tutti la tendenza delle persone con comportamenti a rischio e delle persone colpite a nascondersi, a vivere nell'anonimato, a vergognarsi della propria malattia, a vergognarsi di quello che si fa e questo è il principale elemento che rema contro qualunque ipotesi di intervento efficace.

Per quanto riguarda la prevenzione e l'informazione, ripeto, a mio parere sono

del tutto insufficienti. Se lei fermasse qualcuno per la strada e chiedesse come si evita l'AIDS, come si prende l'AIDS verificherebbe che la stragrande maggioranza della popolazione è ancora vagamente informata su questo problema e sa che l'AIDS è una malattia infettiva, mortale. Infatti, come lei sa, le cure non consentono di guarire, anzi vi è un paradosso: la triterapia ha svuotato gli ospedali — e questo è un fatto sicuramente positivo —, ha consentito alle persone una speranza di vita molto maggiore rispetto al passato, però vi è, innanzitutto, lo stress della cura (23 somministrazioni giornaliere sono un problema per chiunque, tant'è che il 40 per cento delle persone sieropositive in cura abbandona la terapia per motivi di stress) e poi vi è il problema della resistenza al virus, per cui il paradosso è che certamente una quantità rilevante di persone vive di più, ma vi è il rischio di trasmissione, di una potenzialità infettiva — in assenza di un'attività informativa e di prevenzione che convinca la maggior parte della popolazione a non cadere in comportamenti a rischio — di un virus resistente, perché lei sa benissimo che non esistendo, purtroppo, una cura definitiva, questi farmaci finiscono per creare virus resistenti.

Allora, occorrerebbe un'azione di contrasto molto più forte. La mia richiesta è che vi sia un impegno maggiore, più severo, più deciso, più consistente, non solo a livello di finanziamenti, non solo a livello di campagna. A me fa piacere che la campagna sia stata ereditata dal precedente Governo, dal ministro Veronesi, a cui vanno i miei sentimenti di stima e di amicizia per ciò che ha fatto, che è stato apprezzato dalla popolazione, perché sapete bene che era il ministro del precedente Governo con il maggior indice di gradimento, sia per la sua capacità di intervenire sui problemi sanitari del paese sia per la sua natura laica e liberale.

Ebbene, sulla questione dei preservativi, ad esempio, io sono convinto che dovrebbe esservi un'azione di Governo per ridurre drasticamente il prezzo. Noi abbiamo il prezzo più alto di Europa ed è

intollerabile, perché un profilattico costa pochissimi centesimi alla produzione — circa 40 lire — ed arriva nelle nostre farmacie a due euro, 2 euro e mezzo. È veramente una cosa inspiegabile ed intollerabile e per le giovani generazioni, che sono i gruppi a maggiore rischio, sono prezzi proibitivi. Dovrebbe, quindi, esservi un'azione del Governo per calmarne i prezzi e per favorirne la distribuzione gratuita nei luoghi a maggior rischio. Per esempio, lei ha fatto riferimento all'attività sportiva: si tratta di uno dei luoghi in cui dovrebbe esservi un accesso gratuito a questi strumenti di prevenzione, al di là di ciò che uno pensa: uno può pensare quello che vuole, sotto il profilo morale, sulla sessualità e via dicendo, però prima di tutto viene la salute collettiva.

A proposito, mi consenta una battuta a proposito di sport: la FIFA ha vietato il bacio fra i calciatori. Questo la dice lunga sull'ignoranza che esiste anche tra le principali organizzazioni sportive, perché si sa benissimo che non è il bacio che trasmette l'AIDS.

Per quanto riguarda la questione del test, a mio avviso, il Governo dovrebbe promuovere il *test day* (lei stesso ha sottolineato l'importanza del test, poiché conoscere il proprio stato sierologico in tempi ragionevolmente precoci consente un intervento terapeutico più efficace). Il *test day* — tenutosi, con grande successo, il 27 giugno di un anno fa negli Stati Uniti — ha lo scopo di sensibilizzare la popolazione ed informarla sui centri che praticano il test, sui reparti infettivi a cui è possibile rivolgersi in condizioni di anonimato e di sicurezza.

Per quanto riguarda il volontariato, l'Istituto superiore di sanità, da tempo, ha avanzato la proposta di affidare la gestione dei telefoni verdi nazionali direttamente all'organizzazione del volontariato, con convenzioni nazionali. A me fa piacere che il Governo ritenga fondamentale la collaborazione con il volontariato ed importante che, laddove esistono i consultori autogestiti, questi siano riconosciuti ad abbiano una possibilità di convenzionarsi (già qualcuno è convenzionato con le re-

gioni). Tuttavia, dovrebbe esserci un protocollo nazionale che il Ministero della sanità realizza con le organizzazioni del volontariato per la gestione di questi consultori autogestiti. Ad essi la popolazione si rivolge molto volentieri perché si fida maggiormente. Esiste, dunque, un problema di fiducia. Vorrei richiamare l'esempio dell'organizzazione degli omosessuali, nella quale ho lavorato e lavoro; i gay si rivolgono più volentieri ai consultori autogestiti rispetto a qualunque ospedale, dove esiste la giungla, onorevole sottosegretario. In alcuni ospedali, infatti, vi è la possibilità di fare il test anonimo, mentre in altri occorre la richiesta del medico. È chiaro che, a tal punto, si deve pagare il ticket, indicare il nome ed il cognome e via dicendo, cosa che la legge n. 135 non prevede. Bisognerebbe, dunque, rimettere ordine in questa materia, chiedendo a tutti di rispettare la legge che la disciplina.

Quindi, da questo punto di vista, credo che andrebbe riconosciuto un ruolo decisamente più incisivo alla consulta, la quale, come dice il nome, ha un ruolo consultivo (peraltro, anche la Commissione AIDS ha un ruolo consultivo).

Un'ultima questione mi sta particolarmente a cuore. L'AIDS ha alcune particolarità.

PRESIDENTE. Onorevole Grillini...

FRANCO GRILLINI. È l'unica malattia, onorevole sottosegretario, per la cui definizione viene data importanza a chi la contrae e non alle modalità di trasmissione. Si guardi, ad esempio, alla classificazione — che, con intenzione volutamente molto critica, definirei demenziale — dell'Organizzazione mondiale della sanità: nel classificare la malattia, al primo posto tra i soggetti a rischio, figurano gli omosessuali, i quali sembrerebbero a rischio in quanto tali; seguono tossicodipendenti e omosessuali tossicodipendenti; al quarto posto, compaiono emofiliaci e trasfusi; infine, si arriva agli eterosessuali (che, in questo momento, rappresentano il veicolo di maggiore trasmissione, anche perché

sono la maggioranza), con riferimento ai quali si parla, però, di contatto eterosessuale, dando rilevanza al mezzo di trasmissione.

Dunque, gli omosessuali sono a rischio in quanto tali, mentre gli eterosessuali sono a rischio in quanto vi sia un contatto. Questo è veramente demenziale! Si sa benissimo che non è così! La mia è una richiesta veramente pressante: definire una malattia per cosiddetti gruppi a rischio significa indurre discriminazione e razzismo. La malattia dovrebbe essere definita, come tutte le malattie infettive, per le sue modalità di trasmissione: rapporti sessuali non protetti (e non v'è alcuna differenza tra rapporti omosessuali ed eterosessuali), siringhe infette e trasmissione verticale, da madre a figlio, durante il parto.

Se avessimo una classificazione di questo tipo, probabilmente già questo aiuterebbe a far crescere la consapevolezza della popolazione nella lotta all'AIDS. Quindi, signor sottosegretario, bisogna attivare una collaborazione tra tutte le persone di buona volontà disposte a lavorare su questo terreno per contrastare quella che ormai è diventata la malattia dei poveri, la malattia del terzo mondo, la malattia dell'ignoranza e, purtroppo, la malattia della discriminazione.

Quindi, sollecito il Governo ad un maggiore impegno, ad un più stretto rapporto con il volontariato e, soprattutto, a stanziare fondi maggiori: un preservativo costa 40 lire, un malato di AIDS può costare allo Stato anche 500 mila euro.

PRESIDENTE. È così esaurito lo svolgimento delle interpellanze all'ordine del giorno.

Sospendo la seduta che riprenderà alle ore 11.

**La seduta, sospesa alle 10,20, è ripresa alle 11.**

**Discussione del disegno di legge: Conversione in legge del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, recante disposizioni finanziarie e fiscali urgenti in materia**

**di riscossione, razionalizzazione del sistema di formazione del costo dei prodotti farmaceutici, adempimenti ed adeguamenti comunitari, cartolarizzazioni, valorizzazione del patrimonio e finanziamento delle infrastrutture (2657).**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: Conversione in legge del decreto legge 15 aprile 2002, n. 63, recante disposizioni finanziarie e fiscali urgenti in materia di riscossione, razionalizzazione del sistema di formazione del costo dei prodotti farmaceutici, adempimenti ed adeguamenti comunitari, cartolarizzazioni, valorizzazione del patrimonio e finanziamento delle infrastrutture.

**(Esame di questioni pregiudiziali - A.C. 2657)**

PRESIDENTE. Avverto che sono state presentate le questioni pregiudiziali di costituzionalità Morgando ed altri n. 1, Bressa ed altri n. 2 e De Franciscis ed altri n. 3 (vedi l'allegato A - A.C. 2657 sezione 1).

A norma del comma 4 dell'articolo 40 del regolamento, nel concorso di più questioni pregiudiziali, ha luogo un'unica discussione. Le questioni pregiudiziali possono essere illustrate da uno solo dei proponenti per non più di dieci minuti. Può altresì intervenire un deputato per ognuno degli altri gruppi per non più di cinque minuti.

Al termine della discussione, si procederà ad un'unica votazione.

L'onorevole Morgando ha facoltà di illustrare la sua questione pregiudiziale n. 1.

GIANFRANCO MORGANDO. Signor Presidente, nei pochi minuti che mi sono concessi per illustrare questa pregiudiziale vorrei fare due considerazioni. La prima, di carattere più generale, riguarda le ragioni per cui abbiamo deciso di presentare la pregiudiziale stessa; la seconda, invece, concerne le motivazioni tecniche che sono alla base di questa decisione.