

L'Aids in Lombardia e a Brescia

di Sandro Albini

Considerazioni introduttive

La organizzazione dei servizi sanitari nei paesi industrializzati quale si è andata configurando negli ultimi decenni dava per presupposto che le grandi epidemie fossero ormai materia di archeologia.

Ed effettivamente patologie come il colera, la peste o il vaiolo ormai non rappresentano più un problema essendo praticamente scomparse. Altre più recenti come la tubercolosi, la difterite od il morbillo sono state poste sotto controllo dall'impiego di farmaci antibiotici o di vaccini. Le stesse patologie tumorali, per quanto terribili e drammatiche, sono oggi contrastate da una pluralità di approcci terapeutici sempre più efficaci talché - non essendo malattie a diffusione epidermica - vengono ormai trattate alla stregua delle cardiopatie, nefropatie ecc.

In sostanza si era diffusa la convinzione, soprattutto nella comune opinione, che la scienza medica, in continuo progresso, fosse perfettamente in grado di trattare con vaccini, farmaci, protesi, interventi di alta chirurgia ogni forma patologica vecchia o nuova che fosse.

La comparsa nei primi anni 80 della sindrome denominata Aids ha sconvolto queste certezze preoccupando la stessa comunità medico-scientifica e creando sconcerto nella pubblica opinione - dapprima convinta che l'argomento riguardasse qualche lontano paese dell'Africa e, per le aree industrializzate, solo le categorie a rischio degli omosessuali e tossicodipendenti - e poi cosciente che la mobilità delle persone e dei popoli a livello intercontinentale ne fanno un problema presente ormai in tutto il mondo e coinvolgente anche persone non appartenenti alle citate categorie a rischio (omosessuali, tossicodipendenti, emotrasfusi). Anzi mentre le attività di prevenzione hanno determinato una riduzione del contagio tra gli omosessuali, comincia a diventare consistente il numero di contagiati per contatto eterosessuale. Come è infatti noto l'agente dell'Aids (denominato HIV appartenente alla famiglia dei retrovirus) si diffonde solo per contatto sessuale od ematico ed ha un periodo lunghissimo di incubazione (5 - 10 anni) senza comparsa di alcuna sintomatologia. Può quindi accadere che in questa fase, detta di sieropositività, un individuo che abbia contratto l'infezione ne sia inconsapevole diffusore per via sessuale. L'intreccio di comportamenti tra tossicodipendenza e prostituzione, oggi assai diffuso, rappresenta veicolo di diffusione per coloro i quali, senza le necessarie cautele, venissero anche occasionalmente a contatto.

Non è compito di questa nota - né l'autore ne ha la competenza - trattare degli aspetti clinici della malattia o delle complesse problematiche cultu-

rali, sociali ed economiche indotte dalla diffusione di questa infezione. In proposito si vuol solo segnalare il rischio, non remoto, della comparsa di fenomeni di intolleranza, discriminazione, isolamento degli ammalati, dovuti al timore atavico nei confronti di persone considerate ormai "diverse" ritenute capaci di seminare un morbo contro il quale non esiste rimedio una volta contratto.

Né risulta efficace dimostrare come sia facile evitare la contrazione del morbo evitando comportamenti a rischio.

L'Aids infatti è forse l'unica malattia affrontabile soltanto con l'arma della prevenzione e della educazione sanitaria dato che oggi non sono disponibili vaccini o terapie risolutive: i medicinali disponibili allungano infatti la vita e ne migliorano la qualità ma l'esito è sempre la morte entro il termine massimo di 3/4 anni dalla diagnosi di Aids.

La situazione in Lombardia e a Brescia

Dalla insorgenza dei primi casi (1983) sono stati diagnosticati a residenti nella Regione Lombardia (popolazione 8.700.000) 1454 casi al 30 giugno 1989 (vedi tab. 1) e 1868 casi al 31 dicembre dello stesso anno (vedi tab. 2); in

Tab. 1 - Casi di Aids nella Regione Lombardia al 30 giugno 1989.

<i>Province</i>	<i>BG</i>	<i>BS</i>	<i>CO</i>	<i>CR</i>	<i>MN</i>	<i>MI</i>	<i>PV</i>	<i>SO</i>	<i>VA</i>	<i>F. Reg.</i>	<i>Totale</i>
Tossicodipendenti	84	127	49	10	9	506	20	5	113	60	983
Omosessuali	4	17	7	5	4	147	6	0	7	42	239
T+O	2	4	2	0	0	20	0	0	0	1	29
Emofilici	1	4	0	1	0	7	1	0	2	5	21
Trasfusi	2	0	0	0	0	6	0	1	1	6	16
Contatto eterosex	1	8	10	4	3	39	1	1	8	6	81
Figli a rischio	4	3	3	0	0	19	2	0	6	4	41
Altre	3	5	3	1	0	20	0	0	6	6	41
Totale	101	168	74	21	16	764	30	7	143	130	1454

Fonte: Relazioni ufficiali del Servizio di Igiene dell'Assessorato regionale alla Sanità.

Tab. 2 - Casi di Aids nella Regione Lombardia al 31 dicembre 1989.

<i>Province</i>	<i>BG</i>	<i>BS</i>	<i>CO</i>	<i>CR</i>	<i>MN</i>	<i>MI</i>	<i>PV</i>	<i>SO</i>	<i>VA</i>	<i>F. Reg.</i>	<i>Totale</i>
Tossicodipendenti	99	159	63	16	17	676	25	6	156	78	1295
Omosessuali	7	22	8	7	6	179	7	0	9	53	298
T+O	2	4	2	0	0	23	0	0	0	1	32
Emofilici	1	4	0	1	0	7	1	0	2	5	21
Trasfusi	3	0	0	0	0	7	0	1	1	7	19
Contatto eterosex	2	15	12	4	4	56	1	2	11	6	113
Figli a rischio	4	4	3	0	0	19	2	0	6	4	42
Altre	3	6	4	2	1	20	0	0	6	6	48
Totale	121	214	92	30	28	987	36	9	191	160	1868

Fonte: Relazioni ufficiali del Servizio di Igiene dell'Assessorato regionale alla Sanità.

Tab. 3 – Ripartizione semestrale dei casi Aids notificati tra i residenti della provincia di Brescia per categoria a rischio (al 30 giugno 1989).

Semestre	Tossicodip.	Tox+Omo	Omo	Emotrasf.	Cont. etero	Figli a ris.	Non noti	Totali
1983 I	0	0	0	0	0	0	0	0
II	1	0	0	0	0	0	0	1
1984 I	1	0	0	0	0	0	0	1
II	0	0	0	0	0	0	0	0
1985 I	0	0	1	0	0	0	0	1
II	2	0	0	0	0	0	0	2
1986 I	5	0	0	1	0	1	0	7
II	9	1	1	1	0	0	0	12
1987 I	19	0	1	0	0	0	0	20
II	22	1	2	1	0	1	0	27
1988 I	17	1	0	1	4	0	1	24
II	26	1	4	0	2	0	1	34
1989 I	25	0	8	0	2	1	3	39
Totali	127	4	17	4	8	3	5	168

Fonte: Relazioni Ufficiali del Servizio di Igiene dell'Assessorato regionale alla Sanità.

Tab. 4 –

Provincia	Soggetti da ospedalizzare (n. presunto giornaliero)			Soggetti da assistere in strutture diverse (n. presunto giornaliero)		
	1990	1991	1992	1990	1991	1992
Bergamo	28	40	54	139	200	272
Brescia	47	67	91	234	336	456
Como	21	30	40	103	148	201
Cremona	7	9	13	33	47	64
Mantova	5	8	10	27	38	52
Milano	224	322	437	1122	1613	2187
Pavia	8	12	17	42	61	83
Sondrio	2	3	4	10	14	19
Varese	42	61	83	212	305	413
Da altre regioni	36	51	69	178	256	347
Totali	420	603	818	2100	3019	4094

Fonte: Relazioni ufficiali del Servizio di Igiene dell'Assessorato regionale alla Sanità.

provincia di Brescia, 168 casi al 30 giugno 1989, 214 casi al 31 dicembre 1989 e 250 casi al 28 febbraio 1990 (dei quali 150 deceduti).

Presso le Divisioni di Malattie infettive dell'Ospedale Civile sono seguiti 1940 soggetti tra sieropositivi e Aids.

Estrapolazioni condotte con metodi diversi concordano nello stimare in circa 27.000 i soggetti sieropositivi in Lombardia al 31 dicembre '89 e in

5.900 gli Aids conclamati al 31 dicembre '92.

La progressione della diffusione è riportata nella tabella 3 e dimostra il rapido costante incremento dei casi diagnosticati in cura. Il tempo di sopravvivenza degli ammalati varia da uno ad un massimo di tre anni. Negli ultimi due anni compaiono pazienti da contatto eterosessuale.

Qual è il carico sulle strutture assistenziali (per Brescia le 2 Divisioni di Malattie infettive, oltre ai servizi diagnostici di supporto) derivante dai numeri sopra riportati? Uno studio della Regione Lombardia prevede al 1992, 818 pazienti giornalmente spediti e 4.094 assistiti in strutture territoriali, comunitarie o domiciliari (vedi tab. 4).

Per Brescia, 91 da spedire e 456 da assistere fuori ospedale. A questi deve aggiungersi il controllo periodico dei sieropositivi.

Per farvi fronte la Regione Lombardia ha approvato un provvedimento che prevede il raddoppio di posti letto di malattie infettive (dagli attuali 665 a 1175 letti + 234 per Day hospital in Lombardia; da 90 a 110 + 22 di Day hospital a Brescia) nonché l'allestimento di 41 letti per pazienti Aids in Ostetricia e 36 in Pediatria per i neonati a rischio (rispettivamente 5+5 per il Civile). A questi si accompagnano provvedimenti per il sostegno della assistenza domiciliare e la attivazione di strutture socio-sanitarie residenziali per pazienti di Aids che non necessitano di ricovero ospedaliero.

In materia è da segnalare la umanitaria iniziativa già avviata dalle suore della Congregazione delle Ancelle della Carità le quali, in sintonia con la propria vocazione a servire gli "ultimi", già assistono in un normale appartamento in città alcuni pazienti per il periodo in cui non necessitano di costanti cure ospedaliere. Il provvedimento regionale prevede inoltre il potenziamento delle strutture diagnostiche (laboratori in particolare) impegnate nella attività diagnostica e di monitoraggio.

I problemi assistenziali

La predisposizione di nuove strutture per assistere i pazienti Aids di per sé non presenta particolari ostacoli: l'Assessorato regionale alla Sanità ha predisposto i provvedimenti e reperito le consistenti risorse finanziarie destinandole agli enti, e così le autorizzazioni ad assumere il personale necessario.

I problemi nascono a questo punto e sono già stati oggetto di cronaca giornalistica con particolare riguardo alla situazione dell'ospedale per malattie infettive Sacco di Milano. In questa struttura gli infermieri, la cui dotazione è peraltro già superiore di 1/3 a quella delle Malattie infettive del Civile di Brescia, hanno aperto una vertenza chiedendo un consistente aumento d'organico oppure la riduzione dei posti letto oppure il loro trasferimento ad altro reparto.

Poiché vi è già una grave carenza di personale infermieristico per le normali attività assistenziali (secondo gli standard ministeriali il Civile dagli attuali 1.000 infermieri dovrebbe passare ad oltre 2.000) è difficile immaginare una risposta positiva a tali richieste. Si aggiunga il fatto che il potenziamento delle strutture ipotizzato in Lombardia richiede la disponibilità di almeno altri 250 infermieri professionali. Alla carenza numerica si somma la preoccupazione del personale infermieristico di essere contagiato prestando assistenza a detti pazienti, ancorché la casistica di operatori contagiati in corso di prestazioni sanitarie sia estremamente limitato (10 casi nel mondo in circa 10 anni).

In sostanza è possibile che una volta allestite le nuove strutture,

risultati molto difficile farle effettivamente funzionare rendendo con ciò precaria l'assistenza ai pazienti affetti da Aids, pazienti ai quali, proprio per le manifestazioni tipiche della malattia necessita praticamente una assistenza continua dentro e fuori le strutture ospedaliere.

Il reclutamento di personale infermieristico sufficiente non appare realisticamente prevedibile a meno di procedere a massicce importazioni dal sud del paese o addirittura da paesi dell'Est o dall'Africa e alla loro successiva riqualificazione, il che richiede in ogni caso tempi non brevi.

In un prossimo futuro?

Se la progressione della infezione oltre il 1992 mantenesse la prevista curva esponenziale (entro quell'anno in Lombardia i pazienti Aids saranno il triplo di quelli attuali) si porranno gravissimi problemi di politica assistenziale: non vi saranno infatti risorse finanziarie e professionali sufficienti per garantire agli ammalati adeguate prestazioni nel caso in cui la ricerca medica non riuscisse a trovare soluzioni più efficaci delle attuali. A quel punto le alternative potrebbero diventare drammatiche: distogliere risorse da altre patologie per concentrarle sui pazienti Aids oppure isolare, questi ultimi come in passato si fece per le vittime delle grandi epidemie.

Resta solo da immaginare quale potrebbe essere la reazione dei cittadini "normali" contro questi "diversi" e quali tentazioni discriminatorie potrebbero affiorare dal subconscio collettivo. Già se ne avvertono i cupi segnali dentro proposte di screening di massa finalizzati all'isolamento civile e fisico di coloro che risultassero contaminati (allontanamento dai posti di lavoro ecc.).

Ad oggi vi è un solo modo per esorcizzare un simile scenario: poiché l'Aids è una malattia prevenibile vanno potenziate tutte le possibili iniziative per evitare la diffusione del contagio.

A tale proposito non si può non rilevare la episodicità, con la quale tale opera di prevenzione viene condotta.

Tutte le strutture sanitarie, assistenziali ed educative debbono sentirsi impegnate a non abbassare la guardia poiché la prevenzione è oggi l'unico intervento efficace, a differenza di quasi tutte le altre patologie sensibili a interventi terapeutici o riabilitativi. Una particolare attenzione va dedicata ai carcerati atteso che circa il 40% di essi è sieropositivo e l'ambiente non è certo idoneo ad evitare la diffusione del contagio.

Resta comunque il compito, non eludibile per una società civile, di prestare assistenza a coloro i quali l'infezione l'hanno già contratta. Ciò obbliga comunque ad un riordino delle strutture sanitarie nell'impossibilità di dimensionare una offerta capace di far fronte a tutto. Bisognerà necessariamente deospedalizzare le patologie meno acute e probabilmente anche limitare l'assistenza infermieristica prestata a questi pazienti agli atti professionalmente indispensabili. E così recuperare alla professione tutto il personale oggi destinato a compiti non direttamente assistenziali per concentrarlo sulle patologie importanti e strategiche (Aids, cardiopatie, alta chirurgia ecc.).

Allo stesso tempo si impone la ristrutturazione e la razionalizzazione dei presidi ospedalieri per limitare lo spreco di risorse (anche qui finanziarie e professionali) in unità operative la cui attività non risponda a criteri di efficacia ed efficienza.

Sotto tale profilo la mancata approvazione della proposta di Pia-

no Sanitario, presentata dall'assessore Fappani, appare come un grave atto di irresponsabilità (o impotenza?) delle forze politiche nel loro complesso tale da lasciar intravedere un futuro prossimo venturo nella Sanità vissuto all'insegna delle più diverse "emergenze" e tra queste vi sarà senza dubbio anche l'emergenza Aids.