

## **PARTE III**

# **LA NORMATIVA ITALIANA SULL' AIDS**



## Introduzione

Il primo provvedimento emanato in Italia in materia di infezione da HIV è rappresentato dalla Circolare del Ministero della Sanità 3 agosto 1983 n. 64 (“Sindrome da immunodeficienza acquisita”), con la quale si richiamava l’attenzione degli organismi periferici su “casi clinici caratterizzati da sintomatologia polimorfa ma con una comune condizione di immunodeficienza, in particolare legata alla grave diminuzione dell’immunità cellulare con inversione del rapporto linfociti T helper/T suppressor ed alterata risposta immunitaria sierologica”, inizialmente manifestatasi negli Stati Uniti ed in seguito in alcuni paesi europei, nonché nel continente africano.

Da allora, l’attività legislativa in materia di AIDS ha conosciuto in Italia uno sviluppo che non ha termini di paragone né in Europa né altrove.

All’attività legislativa, inizialmente finalizzata ad individuare una serie di interventi mirati a contrastare la diffusione dell’infezione da HIV mediante politiche di prevenzione e di idonea assistenza alle persone affette da AIDS, si è affiancata nel corso del tempo un’altrettanto articolata attività giurisprudenziale, che in alcuni casi ha sollecitato nuovi interventi da parte del legislatore.

La produzione normativa in materia di AIDS in Italia è indubbiamente vasta e complessa ed abbraccia numerosi aspetti del problema.

Punto di riferimento fondamentale è rappresentato dalla Legge 5 giugno 1990, n. 135 (“Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l’AIDS”), che può essere considerata a pieno titolo la legge alla quale tutti i successivi e più specifici provvedimenti si sono richiamati.

La produzione normativa in materia di AIDS ha affrontato nel corso del tempo aspetti di grande interesse per gli operatori sanitari, quali la prevenzione dell’infezione professionale e la notifica dei casi di AIDS conclamata agli organi competenti.

Le questioni che hanno incontrato maggiore difficoltà nel trovare una giusta e definitiva “collocazione normativa” riguardano, non a caso, le situazioni nelle

quali le persone sieropositive o malate possono in qualche modo entrare in contatto con la “collettività”.

Su tali questioni, l’attività giurisprudenziale è stata particolarmente combattuta, con pronunce talora del tutto difformi.

Ma se per la compatibilità tra il regime carcerario e l’infezione da HIV l’attività legislativa sembra avere recentemente trovato un transitorio punto d’arrivo, resta del tutto irrisolta la questione dell’obbligatorietà del test diagnostico finalizzato ad accertare l’esistenza dello stato di sieropositività su richiesta del datore di lavoro.

Il “conflitto” generatosi tra il principio contenuto nella legge e l’intervento correttivo della Corte Costituzionale non ha avuto alcun seguito normativo e la situazione resta comunque indefinita.

Peraltro, occorre segnalare che le questioni che maggiormente hanno colpito la pubblica opinione e che più a lungo sono state dibattute, non sempre in modo produttivo, hanno riguardato soltanto l’infezione da HIV e non altre malattie infettive croniche che, per gravità, modalità di trasmissione e categorie di soggetti a rischio, avrebbero meritato un interesse altrettanto sollecito.

## **Il quadro normativo**

### *1. La Legge 5 giugno 1990 n. 135*

Il programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l’AIDS è stato formulato in Italia con la Legge 5 giugno 1990, n. 135, che individua una serie di interventi mirati a contrastare la diffusione dell’infezione da HIV mediante le attività di prevenzione e di idonea assistenza alle persone affette da AIDS, in particolare quando necessitano di ricovero ospedaliero.

Il piano generale prevede l’attuazione di campagne per la prevenzione, l’informazione, la ricerca, la sorveglianza epidemiologica ed il sostegno delle attività di volontariato.

La legge prevede la costruzione e la ristrutturazione dei reparti di ricovero per malattie infettive e l’istituzione ed il potenziamento dei laboratori di virologia, microbiologia ed immunologia degli ospedali, con assunzione di personale medico ed infermieristico, da assegnare agli stessi reparti e laboratori, e di personale tecnico per i laboratori, nonché l’istituzione di corsi di formazione e di aggiornamento professionale per il personale dei reparti di malattie infettive e degli altri reparti che ricoverano malati di AIDS.

Questo piano generale si integra con il potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti ed il potenziamento dei servizi per le malattie a trasmissione sessuale.

Particolare risalto deve essere dato al fatto che la legge non solo ha pro-

grammato iniziative finalizzate alla prevenzione dell'infezione ed all'assistenza delle persone affette, ma ha sancito (articolo 5) alcune regole fondamentali di ordine etico e comportamentale, con l'intento di proteggere i soggetti con infezione da HIV contro i rischi della discriminazione e dell'emarginazione.

In particolare, è fatto obbligo agli operatori sanitari che giungano a conoscenza di un caso di AIDS o di infezione da HIV, di prestare la necessaria assistenza, adottando tutte le misure necessarie per tutelare la riservatezza della persona assistita.

Nessuno può essere sottoposto, senza il proprio consenso, all'esame per l'accertamento dell'infezione da HIV, se non per motivi di necessità clinica nell'interesse della persona stessa.

Di conseguenza, la pratica di sottoporre all'accertamento dell'infezione da HIV alcune categorie di soggetti (per esempio coloro che devono essere sottoposti ad un intervento chirurgico), senza la preliminare acquisizione del consenso, è del tutto illegittima.

La comunicazione dei risultati di accertamenti diagnostici diretti o indiretti per l'infezione da HIV riguarda esclusivamente la persona sottoposta agli accertamenti.

Infine, l'infezione da HIV non può essere motivo di discriminazione per lo svolgimento di attività sportive, per l'iscrizione a scuola, per l'accesso ed il mantenimento dei posti di lavoro.

Per quanto riguarda il minore, occorre precisare che la legge non ha previsto alcuna disciplina particolare o differenziata, né in merito alla possibilità per il minore di accedere senza il consenso del legale rappresentante alle analisi per l'accertamento dell'infezione, né in merito alla possibilità di poter ricevere direttamente la comunicazione dei risultati degli accertamenti diagnostici.

Di conseguenza, in senso assoluto, non è possibile sottoporre un minore, senza il consenso del legale rappresentante, alle analisi per l'accertamento dell'infezione.

Alcuni autori hanno correttamente ipotizzato che si potrebbe riconoscere al minore che abbia raggiunto la maturità psichica sufficiente per comprendere le implicazioni dell'esecuzione del test, la capacità di fornire un consenso valido alle analisi per l'accertamento dell'infezione, anche senza il consenso del legale rappresentante, rendendo tuttavia edotto il minore, nel corso del colloquio che precede le analisi, che un'eventuale positività dell'indagine dovrebbe comunque essere comunicata al legale rappresentante.

Questa impostazione sarebbe perfettamente in linea con la tendenza recente di riconoscere al minore di età una certa capacità decisionale anche in merito a trattamenti sanitari, capacità già riconosciuta dal legislatore in alcune specifiche norme.

L'articolo 120 del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 ("Testo Unico in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza"), prevede infatti che chiunque faccia uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope può chiedere al servizio pubblico per le tossicodipendenze di essere sottoposto ad accertamenti diagnostici e di definire un programma terapeutico e

socio - riabilitativo, e che qualora si tratti di persona minore di età la richiesta di intervento può essere fatta, oltre che personalmente dall'interessato, dal legale rappresentante.

Occorre inoltre ricordare che l'ordinamento vigente riconosce al minore la capacità di gestire in modo autonomo la propria sessualità e le problematiche ad essa connesse, sia per quanto riguarda il consenso al rapporto sessuale, sia per quanto riguarda l'interruzione volontaria di gravidanza.

Occorre tuttavia osservare che se da un lato è possibile riconoscere al minore che abbia raggiunto la maturità psichica sufficiente per comprendere le implicazioni dell'esecuzione del test, la capacità di fornire un consenso valido alle analisi per l'accertamento dell'infezione, non altrettanto può dirsi per la comunicazione dell'eventuale risultato positivo dell'esame, che richiede indubbiamente il supporto non solo dei sanitari ma anche della famiglia.

L'articolo 6 della Legge 5 giugno 1990, n. 135 (Divieti per i datori di lavoro) stabilisce che è fatto divieto ai datori di lavoro, pubblici e privati, di sottoporre i dipendenti o le persone prese in considerazione per l'instaurazione di un rapporto di lavoro ad indagini mirate ad accertare l'esistenza di uno stato di sieropositività.

La legge prevede, per la violazione di tale divieto, il sistema di sanzioni previsto dall'articolo 38 della Legge 20 maggio 1970, n. 300.

Gli articoli 5 e 6 della Legge 5 giugno 1990, n. 135, che riguardano la protezione dell'individuo e la tutela della sua riservatezza, hanno dato vita ad un interessante dibattito sui diritti dei singoli in relazione alla tutela della salute della collettività.

Alcuni hanno proposto lo screening sistematico e obbligatorio come la misura di politica sanitaria più appropriata per controllare il diffondersi dell'infezione da HIV.

Tuttavia, le agenzie sovranazionali di sanità pubblica hanno più volte precisato che il controllo obbligatorio per l'HIV potrebbe avere quale unico effetto quello di dare un falso senso di "protezione" della collettività, non esistendo ancora una terapia né l'evidenza scientifica che un trattamento precoce possa modificare la prognosi.

Un programma di screening sistematico ed obbligatorio non avrebbe alcuna giustificazione teorica, se non quella di adottare misure contrarie ai principi del diritto universale, quali la discriminazione dei soggetti affetti e la violazione di ogni forma di riservatezza.

## *2. La notifica dei casi di AIDS*

Il primo provvedimento di carattere amministrativo emanato in Italia in materia di infezione da HIV è rappresentato dalla Circolare del Ministero della Sanità 3 agosto 1983 n. 64 ("Sindrome da immunodeficienza acquisita"), con la

quale per la prima volta si richiamava l'attenzione degli organismi periferici su casi clinici caratterizzati da sintomatologia polimorfa ma con una comune condizione di immunodeficienza, in particolare legata alla grave diminuzione dell'immunità cellulare con inversione del rapporto linfociti T helper/T suppressor ed alterata risposta immunitaria sierologica.

Casi clinici con le suddette caratteristiche erano stati osservati negli Stati Uniti inizialmente ed in seguito in alcuni paesi europei, nonché in Africa.

Sulla base dei dati disponibili, epidemiologici e clinici, si ipotizzava un'ezologia virale a trasmissione sessuale e parenterale simile a quella dell'epatite B.

La circolare sollecitava la segnalazione da parte degli operatori sanitari al Ministero della Sanità ed all'Istituto Superiore di Sanità di ogni caso sospetto o accertato di infezione per l'opportuna consulenza e coordinamento delle indagini clinico – epidemiologiche, malgrado non si avesse ancora notizia, a quella data, di alcun caso di AIDS in Italia.

Successivamente, dopo le segnalazioni dei primi casi anche in Italia, il Ministero della Sanità ha emanato altre circolari mirate a fornire indicazioni più precise in materia di sorveglianza e profilassi dell'infezione da HIV, in linea con le raccomandazioni espresse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Circolare Ministero della Sanità 25 giugno 1984 n. 48, Circolare Ministero della Sanità 25 agosto 1984 n. 65 e Circolare Ministero della Sanità 17 luglio 1985 n. 28).

Con la Circolare 25 giugno 1984 n. 48 (“Sindrome da immunodeficienza acquisita – Scheda di rilevamento”) il Ministero della Sanità predisponeva la prima scheda di rilevamento per la segnalazione dei casi sospetti, ai fini di una corretta rilevazione e registrazione degli stessi, da inviare al Ministero della Sanità ed all'Istituto Superiore di Sanità.

Con la Circolare 25 agosto 1984 n. 65 (“Sindrome da immunodeficienza acquisita – Misure di profilassi”) il Ministero indicava le misure di profilassi mirate ad evitare “ogni forma di contatto diretto dell'epidermide e delle mucose dei soggetti sani con il sangue, le secrezioni ed i tessuti dei soggetti affetti da AIDS o presunti tali”, redatte tenendo conto anche delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità emanate nell'ottobre 1983.

Le istruzioni contenute nella circolare comprendevano inoltre indicazioni per il ricovero del paziente con diagnosi accertata, indicazioni per il personale sanitario, per il trattamento dei materiali biologici e per l'esame autoptico dei soggetti riconosciuti affetti da AIDS o sospetti tali.

Da ricordare, inoltre, la Circolare Ministero della Sanità 25 ottobre 1984 n. 86 (“Tutela dello stato generale di salute dei tossicodipendenti”), e la Circolare Ministero della Sanità 20 novembre 1984 n. 87 (“Problemi di assistenza sanitaria ai tossicodipendenti - Trattamenti protratti con metadone”), con la quale si segnalavano forme di alterazioni del quadro immunitario e la frequente presenza di anticorpi contro il retrovirus HTLV – III specie tra i tossicodipendenti dei grandi centri.

Con la Circolare 17 luglio 1985 n. 28 (“Infezioni da LAV/HIV. Misure di

sorveglianza e profilassi”) si stabiliva la notifica attiva dei casi di AIDS mediante segnalazione telefonica all’Istituto Superiore di Sanità ed invio della scheda informativa.

Con il Decreto Ministeriale 28 novembre 1986 (“Inserimento nell’elenco delle malattie infettive e diffuse sottoposte a notifica obbligatoria, dell’AIDS (SIDA), della rosolia congenita, del tetano neonatale e delle forme di epatite distinte in base alla loro eziologia” in Gazzetta Ufficiale 12 dicembre 1986, n. 288) si stabiliva di inserire l’AIDS (i casi di malattia accertata secondo la definizione internazionale) nell’elenco delle malattie infettive e diffuse sottoposte a notifica obbligatoria.

Per la definizione delle modalità della notifica dei casi, il Decreto Ministeriale 28 novembre 1986 rimandava ad una successiva circolare esplicativa del Ministero della Sanità.

Con la Circolare 13 febbraio 1987 n. 5 (“Decreto Ministeriale 20 novembre 1986 – Modifiche al Decreto Ministeriale 5 luglio 1975 riportante l’elenco delle malattie infettive diffuse sottoposte a denuncia obbligatoria” in Gazzetta Ufficiale 27 febbraio 1987, n. 48), il Ministero della Sanità indicava le modalità di notifica e forniva la definizione di caso di AIDS:

. . .

*3) all’elenco delle malattie infettive e diffuse sottoposte a denuncia obbligatoria è aggiunta la sindrome da immunodeficienza acquisita, altrimenti nota come AIDS o SIDA, la cui notifica va eseguita mediante la scheda che si allega affinché sia fornita a tutti gli operatori sanitari interessati. Detta scheda tende ad inquadrare il caso segnalato sulla base della sua definizione internazionalmente accettata;*

*4) ciò consentirà la massima riservatezza poiché ogni medico che identifica un caso di AIDS dovrà compilare la scheda (Allegato 1) in tripla copia a ricalco; ciascuna scheda risulterà prestampata con un numero; una delle tre copie verrà inviata immediatamente, in busta chiusa, alla Regione di appartenenza ed un’altra al C.O.A. - Centro operativo AIDS (Ministero Sanità – Istituto Superiore di Sanità) con sede presso Istituto Superiore di Sanità, viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma; la terza copia rimarrà al medico notificatore, il nome e cognome del caso risulterà esclusivamente sulla scheda che perverrà al C.O.A.; la scheda per la Regione sarà identificabile soltanto con il numero di codice prestampato; il C.O.A. costruirà un archivio AIDS che riporterà il numero di codice, con un linkage riservato al nome e cognome. Ogni transazione informativa avverrà utilizzando il codice numerico. Il C.O.A. curerà la stampa e la distribuzione delle schede ai centri periferici segnalati dalle Regioni e/o alle Regioni stesse.*

*Da quanto sopra premesso risulta evidente che l’informazione riguarda esclusivamente i casi di malattia accertata secondo i criteri dell’O.M.S. (Allegato 2).*



*Pertanto i soggetti che risultano soltanto sieropositivi per HIV verranno esclusivamente indirizzati ai centri di riferimento regionali (come indicato in precedenti circolari) a tal fine identificati dai competenti Assessorati alla sanità allo scopo di poter garantire ai singoli soggetti una idonea assistenza.*

*Al fine di poter assicurare una completa riservatezza dei dati relativi alla notifica dei casi, si raccomanda che le schede di segnalazione vengano compilate in ogni loro parte esclusivamente dal sanitario che ha diagnosticato la malattia, il quale dovrà far in modo che la scheda stessa pervenga agli indirizzi sopra citati in plico accuratamente chiuso con l'indicazione all'esterno che trattasi di denuncia di malattia infettiva e diffusiva.*

*Allegato 2 alla Circolare 13 febbraio 1987 n. 5*

*Si definisce l'AIDS come un'affezione caratterizzata da:*

*I) una o più malattie opportunistiche, diagnosticate con metodi affidabili che sono almeno moderatamente indicative di una immunodeficienza cellulare di base;*

*II) assenza di qualsiasi immunodeficienza conosciuta (diversa dall'infezione da LAV/HTLV III) e di tutte le altre cause di riduzione delle resistenze che possono essere associate ad almeno una delle predette malattie opportunistiche.*

*La diagnosi di AIDS deve essere esclusa se sussiste una negatività della ricerca degli anticorpi anti LAV/HTLV III, negatività della coltura del virus, un numero normale o elevato di linfociti T-helper (OKT4 o LEV3) e un normale rapporto T-helper/T-suppressore (OKT8 o LEV2). In assenza dei risultati sopraelencati la diagnosi verrà posta se il caso soddisfa le caratteristiche I e II.*

Con nota del Ministero della Sanità 14 marzo 1987 si stabilivano nuove indicazioni in merito all'esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie in bambini asintomatici nati da madre sieropositiva per HIV.

La nota sottolineava in particolare la necessità di non somministrare vaccini contenenti virus o batteri vivi e l'utilità dell'immunizzazione con vaccini inattivati (vaccino antidiftotetanico e vaccino antipoliomielitico inattivato tipo Salk).

Occorre inoltre ricordare le indicazioni relative alle modalità di conservazione dello sperma, contenute nella Circolare del Ministero della Sanità del 27 aprile 1987 n. 19 ("Misure di prevenzione della trasmissione del virus HIV e di altri agenti patogeni attraverso il seme umano impiegato per fecondazione artificiale"), ed il Decreto Ministeriale 15 gennaio 1988, n. 14 (in Gazzetta Ufficiale 26 gennaio 1988, n. 20) contenente disposizioni dirette ad escludere il rischio di infezione da HIV attraverso la catena delle emotrasfusioni e della somministrazione di emoderivati.

Con la Circolare del Ministero della Sanità 13 febbraio 1988, n. 14 si stabiliva una nuova definizione di caso di AIDS, con conseguente obbligo di notifica:

*Questo Ministero dal 1983 ha diffuso alcune circolari in merito alla sorveglianza e controllo dell'infezione da HIV e delle sindromi ad essa conseguenti. In particolare per quanto riguarda la segnalazione di ciascun caso di AIDS conclamato, sulla base del continuo evolversi delle acquisizioni scientifiche nei riguardi di tale patologia, sono stati trasmessi fac-simili di diverse schede di notifica, l'ultima delle quali è stata inviata con Circolare n.5 del 13 febbraio 1987, circolare esplicativa del Decreto Ministeriale 28 novembre 1986.*

*Come è noto, negli ultimi mesi dell'anno 1987 si è reso disponibile a livello internazionale un aggiornamento dei criteri di definizione di caso che deve quindi essere applicato nel nostro Paese (Allegato 1).*

*La nuova definizione di caso tiene conto in particolare di alcune acquisizioni emerse negli ultimi due anni: la definizione adottata finora ha consentito di disporre di dati epidemiologici essenziali nei riguardi di una patologia così grave come quella da HIV, accettando come "indicative" di AIDS particolari malattie opportunistiche diagnosticate con metodi attendibili in pazienti senza altre cause note di immunodeficienza.*

*Si è però evidenziato che in tal modo sfuggono alla rilevazione quei casi non inquadrabili come AIDS per impossibilità di effettuare diagnosi di malattia indicativa con i metodi previsti nella originaria definizione (presumibilmente ciò accade secondo i CDC nel 10-15% dei pazienti); oltre a ciò è divenuto sempre più evidente che alcune condizioni progressive gravemente invalidanti, e persino letali, come ad es. la encefalopatia e la Wasting sindrome, si riscontrano in un significativo numero di pazienti con infezione da HIV non compresi però nel sistema di sorveglianza in quanto non rientranti negli attuali criteri di definizione di caso.*

*La nuova definizione quindi consente l'inclusione di casi anche esclusivamente sulla base di diagnosi presuntive e non accertate, purché in presenza di sieropositività, ed inoltre include la Encefalopatia da HIV e la Wasting sindrome tra le malattie di AIDS in presenza di dimostrata infezione da HIV. In base a tali indicazioni è stata modificata la scheda di notifica (Allegato 2).*

La stessa circolare stabiliva inoltre una nuova definizione di caso pediatrico di AIDS ed una scheda differenziata per la notifica dei casi di AIDS in soggetti al di sotto dei 15 anni di età.

*In considerazione dell'andamento epidemiologico dell'AIDS in età pediatrica nel nostro Paese, andamento chiaramente in connessione all'elevato numero dei casi nei tossicodipendenti, occorre adottare una strategia di sorveglianza particolare nell'età compresa tra 0 e 14 anni, e tenuto conto delle specifiche caratteristiche cliniche con cui tale patologia si presenta nei bambini. Pertanto è stata definita una scheda differenziata (Allegato 3) per la notifica dei casi di AIDS in soggetti al di sotto dei 15 anni di età, sulla base dei criteri di definizione di caso pediatrico (Allegato 1).*

*La definizione di caso pediatrico di AIDS finora adottata (CDC giugno 1985)*

*include soltanto bambini con infezioni opportunistiche documentate o con biopsia comprovante polmonite interstiziale linfocitaria o iperplasia linfocitaria polmonare.*

*La nuova definizione invece considera come indicative di AIDS infezioni batteriche multiple o ricorrenti, il complesso polmonite interstiziale linfocitaria/iperplasia linfocitaria polmonare, segni neurologici quali ritardo dello sviluppo intellettuale e/o psicomotorio, microcefalia acquisita e/o atrofia cerebrale, manifestazioni neurologiche progressive. Inoltre i criteri di laboratorio necessari per la dimostrazione di infezioni da HIV sono più specifici qualora si tratti di bambini al di sotto dei 15 mesi di vita nati da madre sieropositiva per HIV, a causa della possibile persistenza di anticorpi materni nel bambino fino a 15 mesi dopo la nascita.*

Per la notifica dei casi di AIDS negli adulti, la circolare stabiliva che ogni copia della scheda compilata dal sanitario dovesse recare il nome ed il cognome della persona.

*Si precisa inoltre che per la notifica di ogni singolo caso di AIDS è prevista la compilazione dell'apposita scheda in triplice copia, comprensiva di nome e cognome del soggetto in tutte le copie; tale scheda, compilata dal sanitario che diagnostica il caso, dovrà essere inviata all'Assessorato regionale competente e al Centro Operativo AIDS (Ministero Sanità - Istituto Superiore di Sanità); presso I.S.S. - Viale Regina Elena, 299 - 00161 ROMA.*

*Appare superfluo ricordare che va garantita la massima riservatezza dei dati.*

*A livello europeo è stato convenuto che le nuove definizioni di caso, e quindi le nuove schede, vengano adottate per tutti i nuovi casi identificati dall'1.1.1988.*

Con il Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990 ("Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse", in Gazzetta Ufficiale 8 gennaio 1991, n. 6), il legislatore richiama l'obbligo di notifica, da parte del medico, di tutti i casi di malattie infettive e diffuse pericolose per la salute pubblica.

Il Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990 suddivide le malattie infettive e diffuse in cinque classi stabilendo, per ciascuna classe, le modalità di notifica.

Per la notifica dei casi di AIDS il decreto fa esplicito riferimento alle circolari del Ministero della Sanità 13 febbraio 1987 n. 5 e 13 febbraio 1988 n. 14.

Il decreto precisa inoltre che la notifica deve avere come oggetto i soli casi di malattia conclamata ed accertata secondo i criteri indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità mentre i soggetti sieropositivi dovranno essere indirizzati ai centri di riferimento regionali, dove potranno ricevere idonea assistenza.

Con Circolare del Ministero della Sanità 29 aprile 1994 n. 9 ("Revisione della definizione di caso di AIDS ai fini della sorveglianza epidemiologica", in Gazzetta Ufficiale 13 maggio 1994 n. 110) il Ministero apportava alcune modifiche alla definizione di caso di AIDS ai fini della sorveglianza epidemiologica,

respingendo quale criterio diagnostico il parametro di laboratorio del numero dei linfociti CD4.

Sulla base delle attuali conoscenze sulla clinica dell'infezione da HIV, i CDC nel settembre 1992 avevano proposto l'inclusione nella definizione di caso di AIDS di tre nuove patologie e di un parametro di laboratorio:

- tubercolosi polmonare;
- polmonite ricorrente;
- carcinoma cervicale invasivo;
- numero di CD4 inferiore a 200.

I rappresentanti dei centri nazionali europei di sorveglianza dell'AIDS hanno deciso di accettare in parte questa proposta, includendo fra i criteri di definizione di caso di AIDS nei soggetti anti - HIV positivi solamente le tre patologie opportunistiche, rigettando il criterio relativo al parametro laboratoristico.

La decisione di basarsi solamente su criteri clinici escludendo una diagnosi basata sul solo parametro di laboratorio è derivata da diverse motivazioni: la copertura del sistema di notifica varierebbe a seconda della facilità di accesso al test HIV ed alla conta dei linfociti CD4 in aree diverse, con conseguente scarsa riproducibilità e comparabilità dei dati.

Inoltre, esistono problemi nella standardizzazione nei metodi di calcolo dei CD4. Infine, etichettare precocemente come AIDS un soggetto asintomatico potrebbe comportare dei problemi psicologici a coloro che, ancorché asintomatici, vengono diagnosticati affetti da AIDS in base al basso numero di CD4.

Al contrario, l'inclusione delle tre nuove patologie:

- tubercolosi polmonare;
- polmonite ricorrente;
- carcinoma cervicale invasivo;

deriva dall'aver osservato una associazione con l'infezione da HIV in termini di aumentata incidenza e mortalità.

Si ritiene quindi che i citati quadri clinici rappresentino degli indicatori affidabili di una severa immunodeficienza.

Pertanto, per i casi di AIDS diagnosticati a partire dal 1° luglio 1993, la lista delle patologie indicative di sindrome da immunodeficienza acquisita comprenderà i 26 quadri clinici, indicati in allegato 1, in luogo dei 23 precedentemente considerati.

In ogni caso, potranno essere segnalati anche casi diagnosticati, anche anteriormente, a partire dal 1° gennaio 1993 (esempio: diagnosi di TBC polmonare in data 3 febbraio 1993), mentre i nuovi criteri non potranno essere applicati ai casi diagnosticati prima del 1993.

È consentita la diagnosi presuntiva di polmonite ricorrente e tubercolosi polmonare, mentre il carcinoma cervicale deve essere accertato con diagnosi istolo-

gica. A questo proposito, oltre alla lista delle malattie indicative di AIDS, secondo la definizione del 1993, si allegano i criteri diagnostici relativi alle tre patologie inserite nella nuova definizione di caso (Allegato 2, 3, 4).

Per quanto attiene alla notifica dei casi di AIDS, è stata messa a punto una nuova scheda che prevede, oltre all'aggiunta delle tre nuove patologie, anche alcune modifiche minori (cfr. Allegato 5).

Con la Circolare del Ministero della Sanità 8 giugno 1995, n. 16 ("Revisione della scheda di notifica dei casi di AIDS in adulti", in Gazzetta Ufficiale 12 luglio 1995 n. 161) è stata introdotta una nuova versione della scheda di notifica dei casi di AIDS diagnosticati in soggetti adulti, messa a punto in occasione della revisione della definizione di caso di AIDS, contenuta nella Circolare del Ministero della Sanità 29 aprile 1994, n. 9.

Nella nuova scheda di notifica scompare l'informazione relativa al nome dell'eventuale partner del soggetto notificato e compaiono due nuove informazioni anamnestiche, la prima concernente il primo test *positivo* eseguito, la seconda relativa al numero dei CD4 alla prima misurazione eseguita.

Una copia della scheda di rilevamento è per il medico segnalatore, una copia deve essere inviata al Centro Operativo AIDS presso l'Istituto Superiore di Sanità, la terza copia all'Assessorato alla Sanità della regione dove il caso è stato diagnosticato.

Occorre inoltre ricordare il Decreto Ministeriale 13 ottobre 1995 ("Disciplina delle rilevazioni epidemiologiche e statistiche dell'infezione da HIV", in Gazzetta Ufficiale 7 maggio 1996 n. 101), che sottolinea l'assoluta necessità di effettuare la rilevazione statistica dell'infezione con modalità che non consentano l'identificazione della persona, l'assoluta necessità di ottenere il consenso informato al test e l'assoluta necessità di comunicare esclusivamente alla persona interessata il risultato dell'esame, in linea con le disposizioni di cui alla Legge 5 giugno 1990, n. 135.

Con la Circolare del Ministero della Sanità 17 dicembre 1998, n. 14 ("Revisione della scheda di notifica di caso di AIDS") è stata introdotta un'unica scheda per la notifica dei casi adulti e di quelli pediatrici.

### *3. La tutela dei dati personali*

Il trattamento dei dati personali, la tutela della riservatezza della persona ed il dovere, per il medico, di mantenere il segreto professionale, hanno dato vita ad un importante dibattito.

L'articolo 5 della Legge 5 giugno 1990, n. 135 fa riferimento al trattamento dei dati personali con particolare riguardo al sistema di sorveglianza epidemio-

logica nazionale dei casi di AIDS ed all'accertamento dell'infezione da HIV nell'ambito di programmi epidemiologici:

...

2. *Fatto salvo il vigente sistema di sorveglianza epidemiologica nazionale dei casi di AIDS conclamata e le garanzie ivi previste, la rilevazione statistica della infezione da HIV deve essere comunque effettuata con modalità che non consentano l'identificazione della persona. La disciplina per le rilevazioni epidemiologiche e statistiche è emanata con decreto del Ministro della Sanità, che dovrà prevedere modalità differenziate per i casi di AIDS e i casi di sieropositività.*

3. *Nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi tendenti ad accertare l'infezione da HIV se non per motivi di necessità clinica nel suo interesse. Sono consentite analisi di accertamento di infezione da HIV, nell'ambito di programmi epidemiologici, soltanto quando i campioni da analizzare siano stati resi anonimi con assoluta impossibilità di pervenire alla identificazione delle persone interessate.*

4. *La comunicazione di risultati di accertamenti diagnostici diretti o indiretti per infezione da HIV può essere data esclusivamente alla persona cui tali esami sono riferiti.*

Il sistema nazionale di sorveglianza epidemiologica, previsto e disciplinato dalla legge, rappresenta una situazione particolare, l'eccezione che impone al sanitario di segnalare alle sedi competenti i dati relativi al soggetto e la diagnosi.

Alle disposizioni contenute nella Legge 5 giugno 1990, n. 135 occorre affiancare le indicazioni della Legge 31 dicembre 1996, n. 675 in materia di tutela dei dati personali.

L'articolo 22 della Legge 31 dicembre 1996, n. 675 definisce “*dati sensibili*” i dati personali idonei a rivelare, tra le altre cose, lo stato di salute e la vita sessuale della persona.

Tali dati possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante.

*“I dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante”.*

L'articolo 23 della Legge 21 dicembre 1996, n. 675 stabilisce che gli esercenti le professioni sanitarie e gli organismi sanitari pubblici possono trattare i

dati sensibili con il solo consenso dell'interessato, limitatamente ai dati ed alle operazioni necessarie per tutelare l'incolumità fisica e della salute dell'interessato.

In condizioni ordinarie, il trattamento dei dati sensibili da parte del medico avviene semplicemente previa autorizzazione dell'interessato.

Nel caso in cui sia necessario tutelare l'incolumità e la salute di un terzo o della collettività e non sia possibile ottenere il consenso dell'interessato, il trattamento dei dati sensibili può avvenire autorizzazione del Garante.

Le disposizioni contenute nella Legge 31 dicembre 1996, n. 675 e nei successivi Provvedimenti del Garante relative al trattamento dei dati sensibili ed al consenso dell'interessato sono state confermate nel recente Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali, in Gazzetta Ufficiale 29 luglio 2003, n. 174 - Supplemento Ordinario n. 123).

Ai sensi dell'articolo 4 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, sono dati sensibili i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convenzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni e organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

Ai sensi dell'articolo 76, gli esercenti le professioni sanitarie e gli organismi sanitari pubblici trattano i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute:

- a) con il consenso dell'interessato e anche senza l'autorizzazione del Garante, se il trattamento riguarda dati e operazioni indispensabili per perseguire una finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato;
- b) anche senza il consenso dell'interessato e previa autorizzazione del Garante, se la finalità di cui alla lettera a) riguarda un terzo o la collettività.

In sintesi, l'unico caso in cui il trattamento dei dati sensibili prescinde dal consenso dell'interessato (ma necessità dell'autorizzazione del Garante) si configura quanto sia necessario tutelare l'incolumità fisica e la salute di un terzo o della collettività.

Resta sempre da chiarire se il medico, di fronte al rifiuto da parte di un soggetto sieropositivo di informare della propria condizione il partner, sia tenuto ad agire in prima persona, in deroga alle disposizioni sia penali che deontologiche sul segreto professionale ed alle disposizioni in materia di trattamento dei dati sensibili.

Coloro i quali sostengono l'opportunità di informare il partner di un soggetto sieropositivo contro la volontà di quest'ultimo avallano il principio primario della tutela della salute di terzi, richiamando non solo quanto disposto dall'arti-

colo 54 del codice penale (Stato di necessità), ma anche le disposizioni relative al trattamento dei dati sensibili finalizzato alla tutela della salute di un terzo in assenza del consenso dell'interessato.

L'articolo 9 del codice di deontologia medica stabilisce inoltre che costituisce giusta causa di rivelazione del segreto professionale l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, anche quando l'interessato non presti il proprio consenso, ma previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali.

A tale posizione si contrappone quella di chi afferma invece il principio del rispetto della riservatezza e del rapporto di fiducia tra medico e paziente.

In questo senso, il mantenimento del segreto non ammette deroghe.

#### *4. Tutela dei dati personali e luogo di lavoro*

Lo statuto dei lavoratori, con due norme generali contenute negli articoli 5 e 8, predispone una tutela efficace del diritto alla riservatezza del lavoratore, intesa come divieto di indebite informative e di controlli sanitari non giustificati e comunque non affidati alle strutture del servizio sanitario nazionale.

Gli stessi principi possono essere estesi ovviamente ai lavoratori sieropositivi ed affetti da AIDS.

Le previsioni contenute nello statuto dei lavoratori devono essere integrate con le disposizioni contenute nella Legge 5 giugno 1990, n. 135, con la quale il legislatore ha introdotto alcune norme cardine, che fissano:

- a) il divieto di discriminazione nell'accesso al lavoro in ragione di una accertata infezione da HIV;
- b) il divieto per i datori di lavoro, pubblici e privati, di sottoporre i dipendenti o le persone prese in considerazione per l'instaurazione di un rapporto di lavoro, ad indagini mirate ad accertare l'esistenza di uno stato di sieropositività.

Il quadro esistente si è arricchito di due importanti interventi normativi di carattere generale, il primo relativo alle norme sulla sorveglianza sanitaria contenute nel Decreto Legislativo 626/94 in materia di prevenzione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; il secondo relativo alla tutela dei dati personali ed al trattamento dei dati sensibili.

Dal combinato disposto dagli articoli 16 del Decreto Legislativo 626/94 (*Contenuto della sorveglianza sanitaria*) e 23 della Legge 31 dicembre 1996, n. 675, si ottiene un quadro in cui è possibile collocare le problematiche mirate a conciliare il diritto alla riservatezza del lavoratore sieropositivo o affetto da sindrome di immunodeficienza acquisita ed il diritto alla tutela della salute del lavoratore stesso e di altre persone che, per ragioni connesse alla prestazione lavorativa, si trovano con lui in contatto.



Il punto da cui partire è proprio l'articolo 16 del Decreto Legislativo 626/94:

1. *La sorveglianza sanitaria è effettuata nei casi previsti dalla normativa vigente.*
2. *La sorveglianza sanitaria di cui al comma 1 è effettuata dal medico competente e comprende:*
  - a) *accertamenti preventivi intesi a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui i lavoratori sono destinati, ai fini della valutazione della loro idoneità alla mansione specifica;*
  - b) *accertamenti periodici per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica.*
3. *Gli accertamenti di cui al comma 2 comprendono esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio ritenuti necessari dal medico competente.*

Da questa norma si coglie subito un'importante innovazione del quadro normativo preesistente: gli accertamenti sanitari mirati al controllo dell'idoneità fisica del lavoratore allo svolgimento delle mansioni, sia nella fase preassuntiva che durante lo svolgimento del rapporto di lavoro, non sono più di competenza di un medico appartenente ad una struttura pubblica, secondo quanto previsto dallo statuto dei lavoratori, ma del "medico competente", che mantiene un rapporto di stretta fiducia e collaborazione con il datore di lavoro, oltre che con il servizio di prevenzione e protezione.

Si pone così il problema se, nell'ambito di tali controlli, il medico competente possa decidere di sottoporre il lavoratore, in fase preassuntiva o durante lo svolgimento del rapporto di lavoro, a test diagnostici mirati anche all'accertamento dell'infezione HIV, quando ritenga tale accertamento funzionalmente necessario alla verifica dell'idoneità alla mansione.

La risposta non è semplice perché il quadro normativo risulta complicato dalla previsione dell'articolo 6 della Legge 5 giugno 1990, n. 135, che stabilisce il divieto per i datori di lavoro, pubblici e privati, di svolgere indagini volte ad accertare nei dipendenti o in persone prese in considerazione per l'instaurazione di un rapporto di lavoro, l'esistenza di uno stato di sieropositività.

Tale quadro rimane fondamentalmente immutato anche dopo la sentenza della Corte Costituzionale 218/94, che non è stata seguita da alcuna previsione normativa specifica.

Secondo alcuni autori, combinando i principi che si traggono dalla sentenza della Corte Costituzionale con l'evoluzione normativa in atto (Decreto Legislativo 626/94 e Legge 31 dicembre 1996, n. 675) è possibile estrapolare un quadro in cui i diversi e contrastanti interessi possono coesistere e trovare una proporzionata tutela.

Si potrebbe affermare che il divieto posto dall'articolo 6 della Legge 5 giugno 1990, n. 135 a carico del datore di lavoro, sia pubblico che privato, debba

considerarsi superato, e che rientrino nella fattispecie di cui all'articolo 16 del Decreto Legislativo 626/94 (accertamenti mirati all'idoneità fisica alle mansioni e alla più utile e idonea collocazione o ricollocazione dei dipendenti nei luoghi di lavoro) anche i test di verifica dell'infezione da HIV.

Occorre aggiungere tuttavia che la stessa possibilità di utilizzare simili test non appare illimitata, ma funzionalmente giustificata dal fine: il datore di lavoro deve dimostrarne la necessità esclusivamente allo scopo di determinare se l'individuo in oggetto è in grado di svolgere la tipologia di mansioni che gli si intendono affidare.

Le garanzie per il lavoratore devono comunque essere sempre rappresentate dalla tutela della riservatezza degli accertamenti e dal divieto di discriminazione in conseguenza degli accertamenti effettuati.

Il medico competente ha inoltre la possibilità, secondo l'articolo 17 del Decreto Legislativo 626/94, di istituire ed aggiornare, sotto la propria responsabilità, per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria, una cartella sanitaria e di rischio da custodire presso il datore di lavoro con salvaguardia del segreto professionale.

Tali poteri, conferiti al datore di lavoro attraverso la figura del medico competente, vanno correlati con le disposizioni in materia di tutela dei dati personali contenute nell'articolo 23 della Legge 31 dicembre 1996, n. 675.

Del tutto diverso il discorso relativo alle conseguenze dell'eventuale risultato positivo del test (il rifiuto di assunzione di un lavoratore risultato sieropositivo ricade normalmente nella tutela antidiscriminatoria).

## *5. La protezione dall'esposizione professionale*

La trasmissione dell'HIV da paziente ad operatore sanitario avviene essenzialmente attraverso l'esposizione parenterale, soprattutto tagli e punture, e la contaminazione di mucose e cute non integra.

Non disponendo di mezzi utili a ridurre l'efficacia di trasmissione dell'HIV, né potendo confidare a breve termine in una riduzione della prevalenza dei pazienti infetti, la via principale per limitare le infezioni professionali è rappresentata dalla prevenzione degli incidenti a rischio.

È questo il motivo per cui la Commissione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS, seguendo l'esempio di altri paesi, ha messo a punto le "Linee guida di comportamento per gli operatori sanitari per il controllo dell'infezione da HIV" (6 settembre 1989), rese vincolanti dal Decreto del Ministero della Sanità 28 settembre 1990 ("Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private", in Gazzetta Ufficiale 8 ottobre 1990, n. 235), previsto dall'articolo 7 della Legge 5 giugno 1990, n. 135.

## *Articolo 1*

### *Precauzioni di carattere generale*

*Tutti gli operatori, nelle strutture sanitarie ed assistenziali, pubbliche e private, inclusi i servizi di assistenza sanitaria in condizioni di emergenza e i servizi per l'assistenza ai tossicodipendenti, nonché quanti partecipano alle attività di assistenza e trattamento domiciliare di pazienti, debbono adottare misure di barriera idonee a prevenire l'esposizione della cute e delle mucose nei casi in cui sia prevedibile un contatto accidentale con il sangue o con altri liquidi biologici.*

*Tali precauzioni, basate sulle modalità di trasmissione in ambito assistenziale, vanno in particolare applicate oltre che al sangue, al liquido seminale, alle secrezioni vaginali, ai liquidi cerebrospinali, sinoviale, pleurico, peritoneale, pericardico e amniotico. Esse non vanno, invece, applicate a feci, secrezioni nasali, sudore, lacrime, urine e vomito, salvo che non contengano sangue in quantità visibile.*

*Nell'effettuazione di prelievi tecnicamente di difficile esecuzione, per le condizioni del paziente o per la particolarità del sito di prelievo e durante l'istruzione del personale all'esecuzione dei prelievi stessi è obbligatorio l'uso dei guanti.*

*Il trasporto ai laboratori di campioni di sangue, liquidi biologici e tessuti deve avvenire tramite l'utilizzazione di appositi contenitori idonei ad evitare perdite.*

## *Articolo 2*

### *Eliminazione di aghi e di altri oggetti taglienti*

*L'eliminazione degli aghi e degli altri oggetti taglienti, utilizzati nei confronti di qualsiasi paziente, deve avvenire con cautele idonee ad evitare punture o tagli accidentali. In particolare gli aghi, le lame di bisturi e gli altri strumenti acuminati o taglienti monouso non debbono essere rimossi dalle siringhe o da altri supporti né in alcun modo manipolati o rincappucciati, ma riposti, per l'eliminazione, in appositi contenitori resistenti alla puntura.*

*I presidi riutilizzabili devono, dopo l'uso, essere immediatamente immersi in un disinfettante chimico di riconosciuta efficacia sull'HIV prima delle operazioni di smontaggio o pulizia, da effettuare come preparazione per la sterilizzazione.*

## *Articolo 3*

### *Precauzioni per i reparti di malattie infettive*

*Nell'ambito dei reparti di malattie infettive e negli altri reparti che ordinariamente provvedono all'assistenza a pazienti infetti da HIV, in corrispondenza*

*della molteplicità di agenti infettanti che possono colpire le persone assistite, debbono essere adottate misure di igiene individuale e generale nonché tecniche assistenziali di isolamento enterico e respiratorio idonee ad evitare la contaminazione ambientale da parte dei microrganismi veicolati dai predetti pazienti.*

#### *Articolo 4*

##### *Norme per gli operatori odontoiatrici*

*Gli operatori odontoiatrici, oltre ad osservare le precauzioni di carattere generale, debbono indossare i guanti durante le manovre che possono comportare contatto con mucose, sangue, fluido gengivale, sostituendoli per ogni singolo paziente.*

*I manipoli, gli ablatori ad ultrasuoni, le siringhe aria/acqua, le frese e qualsiasi altro strumento che venga a contatto con le mucose, dopo l'utilizzo, se riutilizzabili, vanno sterilizzati per ogni singolo paziente. Nei casi in cui la sterilizzazione non sia tecnicamente possibile, è obbligatoria la disinfezione degli strumenti con sostanze chimiche di riconosciuta efficacia sull'HIV.*

*Tutti i rifiuti dei gabinetti dentistici debbono essere eliminati secondo la procedura di cui alla Legge 10 febbraio 1989, n. 45.*

#### *Articolo 5*

##### *Precauzioni per gli operatori addetti alle autopsie*

*Gli operatori addetti alle autopsie, fermo restando quanto disposto dal Decreto del Presidente della Repubblica 21 ottobre 1975, n. 803, in ordine al trasporto delle salme, debbono indossare, durante le procedure, maschere, occhiali, guanti e camici a tenuta d'acqua.*

*Gli strumenti e le superfici contaminate durante le procedure debbono essere decontaminati con un disinfettante chimico di riconosciuta efficacia sull'HIV.*

#### *Articolo 6*

##### *Precauzioni specifiche per i laboratori*

*Il personale che opera nei laboratori, oltre ad osservare le precauzioni di ordine generale, deve adottare idonee misure protettive durante la manipolazione di campioni di sangue, e degli altri materiali biologici indicati nell'articolo 1. Al termine delle attività il personale deve decontaminare i piani di lavoro con un disinfettante chimico di riconosciuta efficacia sull'HIV.*

*La gestione dei campioni clinici, dei materiali biologici indicati nell'artico-*

*lo 1 e dei tessuti, deve essere effettuata in modo da minimizzare la diffusione di materiali patologici per limitare la conseguente possibilità di contaminazione dell'operatore e dell'ambiente.*

*Le attività che comportano la produzione di virus in concentrazioni elevate, debbono essere eseguite in laboratori di sicurezza livello 3, della classificazione adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità.*

*Per il pipettamento è obbligatoria l'adozione di sistemi di tipo meccanico.*

*Tutta la vetreria di laboratorio, il materiale monouso e i rifiuti dell'attività di laboratorio debbono essere eliminati secondo la procedura di cui alla legge 10 febbraio 1989, n. 45.*

*Le apparecchiature debbono essere decontaminate prima di qualsiasi intervento di manutenzione o riparazione.*

#### *Articolo 7*

*Precauzioni per il personale addetto alle operazioni di primo soccorso e trasporto degli infermi e degli infortunati*

*Il personale sanitario che effettua operazioni di primo soccorso e trasporto di infermi ed infortunati deve utilizzare, oltre alle precauzioni di carattere generale, sistemi meccanici di respirazione che evitino il contatto diretto con le mucose dell'infermo.*

#### *Articolo 8*

*Obblighi degli organi preposti*

*Gli organi preposti alle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private, i titolari di studi professionali e di laboratori, nonché i responsabili delle istituzioni di volontariato o delle organizzazioni assistenziali previste dalle leggi vigenti, debbono:*

- 1) rendere edotti, con adeguati strumenti di informazione, gli operatori dei rischi specifici cui sono esposti e portare a loro conoscenza le norme di prevenzione di cui al presente decreto;*
- 2) assicurare agli operatori mezzi, presidi e materiali per l'attuazione delle presenti norme;*
- 3) disporre e vigilare affinché gli operatori osservino le precauzioni stabilite ed usino i mezzi di protezione messi a loro disposizione.*

#### *Articolo 9*

*Obblighi degli operatori*

*Tutti gli operatori di cui all'articolo 1 debbono:*

- 1) *osservare le norme del presente decreto nonché le misure correntemente riconosciute idonee per il controllo delle infezioni;*
- 2) *usare, nelle circostanze previste dal presente decreto, i mezzi di protezione messi a loro disposizione;*
- 3) *comunicare immediatamente all'organo preposto l'accidentale esposizione a sangue o ad altri liquidi biologici per l'adozione degli opportuni provvedimenti;*
- 4) *comunicare immediatamente, all'organo preposto, eventuali proprie ferite o lesioni cutanee essudative, per l'adozione degli opportuni provvedimenti.*

## *Articolo 10*

### *Raccomandazioni ed indicazioni tecniche*

*Specifiche raccomandazioni tecniche ed indicazioni sulle sostanze chimiche di riconosciuta validità per la protezione dal contagio professionale da HIV, potranno essere periodicamente definite dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS.*

*Con le stesse modalità potranno essere, altresì, proposti standard di riferimento per presidi e materiali da utilizzare nelle procedure assistenziali.*

Il principio di base di queste raccomandazioni è quello di considerare tutti i pazienti come potenzialmente infetti ed applicare quindi le stesse misure per tutti, indipendentemente dalla conoscenza dello stato di infezione.

Il quadro normativo inerente la protezione degli operatori sanitari dal contagio professionale è stato sensibilmente ampliato dalle indicazioni contenute del Decreto Legislativo 19 settembre 1994, n. 626 riguardante il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro (in Gazzetta Ufficiale 12 novembre 1994, n. 256), nel quale il legislatore identifica il "rischio biologico". Il decreto individua una serie di obblighi per il datore di lavoro finalizzati a tutelare la salute del lavoratore riducendo al minimo i rischi legati alla possibile esposizione agli agenti biologici.

I lavoratori addetti alle attività per le quali la valutazione del rischio ha evidenziato un rischio per la salute sono sottoposti a sorveglianza sanitaria.

Il datore di lavoro, su parere conforme del medico competente, deve adottare misure protettive particolari per quei lavoratori per i quali, anche per motivi sanitari individuali, si richiedono misure speciali di protezione, tra le quali:

- la messa a disposizione di vaccini efficaci per quei lavoratori che non sono già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione;
- l'allontanamento temporaneo del lavoratore dalla specifica attività lavorativa.

Presso l'ISPEL è tenuto un registro dei casi di malattia ovvero di decesso dovuti all'esposizione agli agenti biologici.

I medici, nonché le strutture sanitarie, pubbliche o private, che refertano i casi di malattia ovvero di decesso dovuti all'esposizione agli agenti biologici sono tenuti a trasmettere all'ISPEL copia della relativa documentazione clinica.

#### *6. Danni derivanti da trasfusioni e somministrazioni di emoderivati*

L'articolo 11 del Decreto Ministeriale 26 gennaio 2001 ("Protocolli per l'accertamento dell'idoneità del donatore di sangue e di emocomponenti", in Gazzetta Ufficiale 3 aprile 2001 n. 78), relativo alla validazione biologica delle unità di sangue e/o di emocomponenti, stabilisce che "ad ogni donazione, il donatore viene obbligatoriamente sottoposto agli esami di laboratorio di cui all'allegato n. 7, parte A, volti ad escluderne la positività agli indicatori delle malattie trasmissibili e ad individuarne le principali caratteristiche immunematologiche".

Gli esami obbligatori elencati nell'allegato n. 7 parte A comprendono l'esame emocromocitometrico completo, la determinazione dell'enzima ALT con metodo ottimizzato, la sierodiagnosi per la lue, la ricerca degli HIV-Ab 1-2, la ricerca dell'HBsAg, la ricerca degli HCV-Ab e la ricerca di costituenti virali dell'HCV.

Le disposizioni contenute nel Decreto Ministeriale 26 gennaio 2001 integrano le misure dirette ad escludere il rischio di infezione da HIV, da HBV e da HCV individuate dal legislatore in precedenti provvedimenti.

Con il Decreto Ministeriale 15 gennaio 1988, n. 14 ("Disposizioni dirette ad escludere il rischio di infezioni da virus HIV, dettate in attuazione di quanto previsto dall'articolo 5, comma 7, del decreto – legge 30 ottobre 1987, n. 443, convertito, con modificazioni, nella Legge 29 dicembre 1987, n. 531, recante disposizioni urgenti in materia sanitaria", in Gazzetta Ufficiale 26 gennaio 1988 n. 20), il legislatore aveva disposto che i centri trasfusionali avessero l'obbligo di effettuare su ogni unità di sangue o plasma donato la ricerca degli anticorpi anti HIV.

Nello stesso decreto, il legislatore aveva precisato che "Prima di qualsiasi prelievo andrà eseguita attenta indagine anamnestica e, qualora dovessero evidenziarsi elementi presenti o pregressi che consentano di ascrivere il soggetto a categorie a rischio, il soggetto deve essere invitato a rivolgersi ad altri centri, indicati dalle regioni, per il test anti-HIV. Il centro trasfusionale non deve eseguire su questi soggetti il test per l'HIV nè deve effettuare sugli stessi alcun prelievo di sangue".

Con il Decreto Ministeriale 21 luglio 1990 ("Misure dirette ad escludere il rischio di infezioni epatiche da trasfusioni di sangue), il legislatore disponeva che i servizi di immunematologia e trasfusione ed i centri trasfusionali avessero

l'obbligo di effettuare su ogni singola unità di sangue e plasma donato, oltre alla ricerca dell'HBsAg (antigene di superficie del virus dell'epatite B) e degli anticorpi anti-HIV, anche la ricerca degli anticorpi anti-HVC (virus dell'epatite C) e la determinazione del livello di ALT.

Con il Decreto Ministeriale 30 dicembre 1992 ("Misure dirette ad escludere il rischio di infezione da HIV2 da trasfusioni di sangue e somministrazione di emoderivati", in Gazzetta Ufficiale 13 gennaio 1993 n. 13), il legislatore disponeva che i servizi di immunoematologia e trasfusione ed i centri trasfusionali avessero l'obbligo di effettuare su ogni singola unità di sangue e plasma donato, oltre alle ricerche già disposte con provvedimenti precedenti, anche la ricerca degli anticorpi anti HIV 2.

La Legge 25 febbraio 1992, n. 210 ("Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati", in Gazzetta Ufficiale 6 marzo 1992 n. 55) stabilisce il diritto ad un indennizzo per coloro i quali abbiano riportato una menomazione permanente dell'integrità psicofisica in conseguenza di trasfusioni, vaccinazioni e somministrazione di emoderivati.

Ai sensi dell'articolo 1 della suddetta legge, hanno diritto all'indennizzo:

- i soggetti che abbiano riportato lesioni o infermità, dalle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psicofisica, a causa di vaccinazioni obbligatorie per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria italiana;
- i soggetti che, per motivi di lavoro o per incarico del loro ufficio o per poter accedere ad uno stato estero, si siano sottoposti a vaccinazioni che, pur non essendo obbligatorie, risultino necessarie;
- i soggetti a rischio operanti nelle strutture sanitarie ospedaliere che si siano sottoposti a vaccinazioni anche non obbligatorie;
- persone non vaccinate che abbiano riportato il danno a seguito ed in conseguenza del contatto con persona vaccinata;
- i soggetti che risultino contagiati da infezioni da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati;
- gli operatori sanitari che, in occasione e durante il servizio, abbiano riportato danni permanenti dell'integrità psicofisica conseguenti ad infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV;
- i soggetti che presentino danni irreversibili da epatiti post – trasfusionali.

La Legge 25 luglio 1997, n. 238 ("Modifiche ed integrazioni alla Legge 25 febbraio 1992, n. 210, in materia di indennizzi ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni ed emoderivati", in Gazzetta Ufficiale 28 luglio 1997 n. 174), ha esteso la concessione dell'indennizzo al coniuge che risulti con-



tagiato da uno dei soggetti di cui all'articolo 1 della Legge 25 febbraio 1992, n. 210, nonché al figlio contagiato durante la gestazione.

La stessa legge stabilisce all'articolo 1 che l'indennizzo previsto è rappresentato da un assegno reversibile per quindici anni (determinato nella misura di cui alla tabella B allegata alla Legge 29 aprile 1976, n. 177, come modificata dall'articolo 8 della Legge 2 maggio 1984, n. 111), cumulabile con qualsiasi altro emolumento a qualsiasi titolo percepito e rivalutato annualmente.

In caso di morte della persona a causa della vaccinazione o delle patologie contratte, è previsto per l'avente diritto, al posto dell'indennizzo, un assegno *una tantum*.

Ai soggetti danneggiati che contraggono più di una malattia, ad ognuna delle quali consegua una distinta menomazione dell'integrità psicofisica, è riconosciuto un indennizzo aggiuntivo.

I soggetti interessati ad ottenere l'indennizzo previsto dalla legge devono presentare domanda, indirizzata al Ministero della Sanità, alla ASL competente.

La domanda deve essere presentata entro il termine perentorio di tre anni in caso di vaccinazioni o di epatiti post – trasfusionali o di dieci anni nei casi di infezione da HIV.

Per le infezioni da HIV la domanda deve essere corredata da documentazione comprovante la data di effettuazione della trasfusione o della somministrazione di emoderivati, con l'indicazione dei dati relativi all'evento trasfusionale o all'emoderivato, nonché la data di avvenuta infezione da HIV.

In caso di decesso alla domanda è allegata la documentazione comprovante la data di effettuazione della trasfusione o della somministrazione di emoderivati, con l'indicazione dei dati relativi all'evento trasfusionale o all'emoderivato, nonché la data dell'avvenuto decesso.

I termini per la presentazione della domanda decorrono dal momento in cui, sulla base della documentazione, l'avente diritto risulti avere avuto conoscenza del danno.

Per quanto riguarda l'accertamento, l'articolo 4 della Legge 25 febbraio 1992, n. 210 stabilisce che il giudizio sanitario sul nesso di causa tra la vaccinazione, la trasfusione, la somministrazione di emoderivati, il contatto con il sangue e derivati in occasione di attività di servizio e la menomazione dell'integrità psicofisica o il decesso è espresso dalla commissione medico ospedaliera dell'ospedale militare.

La commissione redige un verbale degli accertamenti eseguiti e formula il giudizio diagnostico sulle infermità e sulle lesioni riscontrate.

La commissione esprime il proprio parere sul nesso di causa e classifica le lesioni riscontrate secondo la tabella A allegata al Decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1981, n. 834.

Si tratta di una tabella suddivisa in otto categorie, alle quali corrispondono infermità e lesioni di gravità decrescente dalla prima all'ottava categoria.

## *7. AIDS e prigione: le raccomandazioni internazionali*

La presenza di soggetti sieropositivi o malati di AIDS ma soprattutto la drammatica diffusione dell'AIDS nel contesto carcerario rappresenta uno dei problemi di carattere sanitario e sociale che ha maggiormente sollecitato l'intervento non solo del legislatore italiano ma anche degli organismi internazionali.

La detenzione di soggetti sieropositivi e malati di AIDS ha infatti riportato all'attenzione dell'opinione pubblica le problematiche connesse alla trasmissione dell'infezione da HIV in carcere, ai programmi di prevenzione, trattamento e cura della malattia concretamente realizzabili in carcere ed alla compatibilità tra il regime carcerario e lo stato di sieropositività e di malattia conclamata.

Le principali raccomandazioni internazionali inerenti l'infezione da HIV e l'AIDS in ambito carcerario sono state redatte dal Consiglio d'Europa e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

La Raccomandazione N. R (87) 25 concernente una politica europea comune di lotta contro la sindrome da immunodeficienza acquisita, adottata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 26 novembre 1987, raccomandava agli stati membri di considerare la lotta contro l'AIDS una priorità nazionale urgente e delineava una serie di direttive per l'elaborazione di una politica di sanità pubblica di lotta contro l'AIDS.

Pur sottolineando l'importanza di disporre di rigorosi ed accurati programmi di depistaggio sistematico per i donatori di sangue, di latte materno, di organi e di tessuti, di cellule e di sperma, nel rispetto del libero consenso e delle norme in materia di confidenzialità dei dati, il documento esprimeva una posizione nettamente contraria all'introduzione di programmi di depistaggio obbligatorio, sia per la popolazione generale, sia per gruppi particolari di soggetti, invitando nel contempo le autorità sanitarie ad investire le risorse disponibili per la messa in opera di servizi per l'esecuzione dei test con il libero consenso della persona, nel rispetto scrupoloso della riservatezza e della confidenzialità del risultato.

Il documento sottolineava inoltre l'assoluta inefficacia, sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili, di misure di carattere discriminatorio quali il controllo alle frontiere e l'esclusione dei soggetti sieropositivi dalla scuola e dal lavoro, trattandosi di misure del tutto ingiustificate dal punto di vista scientifico e dal punto di vista etico.

La Raccomandazione 1080 (1988) relativa ad una politica europea coordinata per prevenire la propagazione dell'AIDS nelle prigioni, adottata dall'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa il 30 giugno 1988, indica alcuni degli aspetti sui quali basare le politiche di intervento.

Partendo dalla considerazione che i rapporti omosessuali e la tossicomania per via endovenosa nelle prigioni sono realtà incontestabili e che si tratta di due

pratiche gravate da un elevatissimo rischio di trasmissione dell'infezione da HIV, che la prevenzione della propagazione dell'infezione da HIV deve essere considerata una priorità nell'ambito delle politiche penitenziarie e che misure obbligatorie (quali il depistaggio) sono inefficaci, discriminatorie e vessatorie per la popolazione carceraria così come per la popolazione generale, il documento invitava gli stati membri ad operare affinché:

- l'insieme del personale che opera in ambito penitenziario fosse adeguatamente informato sull'infezione da HIV e le sue conseguenze;
- le persone detenute fossero correttamente informate, per iscritto e con documenti accuratamente tradotti in altre lingue quando necessario, sulle modalità e le conseguenze dell'infezione da HIV ed in modo particolare sui rischi insiti nell'uso di droghe per via endovenosa in carcere e nei rapporti omosessuali;
- fosse assicurato a tutti i detenuti il libero accesso al test per l'accertamento dell'infezione da HIV, sottolineando l'importanza della riservatezza dell'informazione e del carattere confidenziale del risultato del test;
- le persone affette da HIV non fossero isolate nè fossero oggetto di segregazione, eccezion fatta per i casi di comportamento irresponsabile;
- i detenuti affetti da AIDS fossero trasferiti in ospedali specializzati e le persone affette da AIDS gravemente malate fossero liberate definitivamente per motivi umanitari;
- le misure igieniche e l'alimentazione nelle prigioni fossero di livello sufficiente a limitare il rischio, per le persone già sieropositive, di sviluppare la malattia conclamata;
- i preservativi fossero disponibili in carcere per tutti i detenuti;
- fossero attuate misure idonee a prevenire l'introduzione fraudolenta di droghe e di materiale per iniezione in carcere;
- fossero distribuite, quale ultima risorsa, siringhe pulite monouso ed aghi sterili ai tossicodipendenti prima dell'iniezione endovenosa.

Ad analoghe conclusioni giungeva anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità con la "Dichiarazione sulla prevenzione ed il controllo dell'AIDS nelle carceri" adottata nel novembre 1987, nella quale si sottolineava la necessità di migliorare l'igiene e le cure mediche in carcere, il principio di equivalenza delle misure di prevenzione e dell'assistenza sanitaria tra il carcere e la comunità esterna, la necessità di riesaminare le politiche contro il crimine rivolte ai consumatori di droghe al fine di ridurre al minimo il numero dei detenuti tossicodipendenti e la responsabilità delle autorità carcerarie nel ridurre al minimo la trasmissione del virus HIV soprattutto attraverso l'informazione ai detenuti ed al personale di custodia.

Un'ulteriore serie di indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, frutto di una consultazione di esperti su AIDS e carcere, risale al settembre 1992.

In tale occasione, oltre a ribadire le raccomandazioni già formulate nella Dichiarazione del 1987, l'OMS elaborava altre linee guida, sottolineando in particolare la necessità:

- di favorire in ogni paese politiche specifiche, adatte al contesto ambientale;
- di adottare misure di prevenzione comprensive di attività di educazione ed informazione nei confronti dei detenuti (attuazione di programmi di trattamento dei tossicodipendenti, distribuzione di disinfettanti, distribuzione di preservativi);
- di garantire la confidenzialità delle informazioni contenute nei dossier dei detenuti sieropositivi;
- di combattere i comportamenti sessuali aggressivi;
- di favorire l'integrazione dei detenuti sieropositivi nelle attività professionali, sportive e ludiche, limitando l'isolamento ai soli casi di malattia infettiva diffusiva;
- di far beneficiare della libertà anticipata i detenuti affetti dalla malattia conclamata.

Ulteriori indicazioni sono state introdotte con la Raccomandazione N. R (93) 6 adottata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 18 ottobre 1993 (Aspetti penitenziari e criminologici del controllo delle malattie trasmissibili ed in particolare dell'AIDS e problemi di salute connessi in prigione).

Si tratta di un documento di estrema importanza, che riprende le indicazioni già contenute nella Raccomandazione N. R (87) 25 e nella Raccomandazione 1080 (1988).

Il documento richiama inoltre le disposizioni contenute nella Raccomandazione N. (87) 3 del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa sulle Regole Penitenziarie Europee.

La Raccomandazione N. (93) 6 indica, tra gli aspetti di carattere generale, la necessità e l'urgenza di determinare, in ciascuno degli stati membri, una politica coerente di lotta contro il virus dell'immunodeficienza umana e contro l'AIDS nell'ambito penitenziario.

Tale politica dovrebbe essere sviluppata in stretta collaborazione con le autorità sanitarie nazionali e dovrebbe essere integrata in una politica più vasta finalizzata a combattere in generale le malattie trasmissibili in ambito penitenziario.

La promozione delle misure di prevenzione dell'infezione da HIV negli istituti penitenziari, l'educazione e l'informazione in materia di salute, concepite a beneficio di tutti i detenuti e di tutto il personale che opera in ambito penitenziario, dovrebbero essere parte integrante delle politiche penitenziarie.

L'orientamento generale della raccomandazione privilegia un approccio fondato sul diritto alle cure mediche, diritto fondamentale riconosciuto a tutti gli individui.

La raccomandazione si ispira al principio dell'equivalenza delle misure di

prevenzione e di assistenza sanitaria tra il carcere e la comunità esterna, così come al principio di pari accessibilità ai servizi sanitari tra il carcere e la comunità esterna, cercando inoltre di responsabilizzare i soggetti detenuti in materia di prevenzione e comportamenti a rischio.

Il bilancio medico sistematico realizzato a beneficio dei soggetti che entrano in un istituto penitenziario deve prevedere misure di diagnosi delle malattie intercorrenti, comprese le malattie infettive che possono essere oggetto di trattamento, tra le quali la tubercolosi.

Il momento del bilancio medico costituisce peraltro l'occasione per intraprendere un'efficace azione di informazione e di educazione sanitaria e permettere di responsabilizzare il detenuto nei confronti della propria salute.

Il test di depistaggio volontario per la diagnosi di infezione da HIV, preceduto e seguito da una adeguata informazione, dovrebbe essere disponibile ed accessibile in ogni istituto di pena.

Il personale sanitario, sotto la responsabilità di un medico, dovrebbe spiegare ai detenuti che decidono o richiedono di sottoporsi al test le implicazioni e le conseguenze di un eventuale risultato positivo.

Il risultato dovrebbe essere comunicato al detenuto nel più assoluto rispetto della riservatezza.

Il depistaggio obbligatorio dei detenuti dovrebbe essere interdetto in quanto inefficace e discriminatorio.

A tale proposito, occorre ricordare che la Regola Penitenziaria Europea n. 29 stabilisce che il sanitario deve vedere e visitare ogni detenuto il più presto possibile dopo il suo ingresso ed in seguito con la frequenza necessaria, in particolare al fine di verificare l'esistenza di una malattia fisica o psichica e di adottare tutte le misure necessarie alle cure mediche, di assicurare l'isolamento dei detenuti sospetti di essere affetti da malattie infettive o contagiose, di identificare le deficienze fisiche o psichiche che potrebbero ostacolare il reinserimento del detenuto dopo la liberazione e di determinare l'idoneità di ogni detenuto al lavoro.

Le visite mediche al momento dell'ingresso e durante la presenza nell'istituto penitenziario rappresentano un intervento importante e facilitano in modo concreto la tutela della salute del detenuto.

L'isolamento dei detenuti affetti da malattie infettive è giustificato soltanto per motivi di carattere clinico.

Sempre in materia di depistaggio, occorre ricordare che la Raccomandazione N. R (89) 14, adottata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 24 ottobre 1989 concernente i problemi etici relativi all'infezione da HIV nelle strutture sanitarie e sociali, afferma che, "alla luce delle conoscenze attuali, il test volontario, integrato nel processo di consultation-conseil, è l'approccio più efficace dal punto di vista della salute pubblica ed il più accettabile dal punto di vista etico e giuridico, purché associato ad una campagna di informazione vigorosa,

nel pieno rispetto della confidenzialità e della messa in atto di una politica non discriminatoria”.

I detenuti dovrebbero beneficiare in tutti gli stadi dell'infezione da HIV e della malattia, degli stessi trattamenti medici e psicosociali che sono forniti agli altri membri della comunità.

In linea generale, i detenuti dovrebbero avere accesso alle stesse prestazioni sanitarie cui hanno accesso i membri della collettività.

La Raccomandazione (93) 6 ribadisce il principio dell'equivalenza dell'assistenza sanitaria tra il carcere e la comunità esterna, sottolineando che le prestazioni offerte in ambito penitenziario devono essere qualitativamente uguali a quelle fornite alla collettività.

Una stretta cooperazione tra i servizi sanitari penitenziari ed i servizi sanitari della comunità “esterna” è pertanto fondamentale, anche per assicurare la continuità delle cure sia per le persone che entrano in carcere, sia per le persone che escono dal carcere.

In materia di equivalenza dell'assistenza sanitaria tra il carcere e la comunità esterna, la regola penitenziaria europea n. 32 stabilisce che i servizi sanitari dell'istituto penitenziario devono adoperarsi per diagnosticare e curare tutte le malattie fisiche o mentali suscettibili di compromettere il reinserimento del detenuto dopo la sua liberazione. A tale fine, devono essere fornite al detenuto tutte le cure mediche, chirurgiche e psichiatriche necessarie, ivi comprese quelle che sono fornite dall'esterno.

Dal momento che questa disposizione si applica anche all'infezione da HIV ed all'AIDS, i servizi sanitari e sociali dell'istituto penitenziario hanno l'obbligo di fornire le cure mediche e psicosociali ai detenuti sieropositivi e malati e di assicurare, nella misura del possibile, la continuità delle cure dopo la liberazione ed una adeguata assistenza laddove non esista un sostegno familiare adeguato.

In materia di informazione, la Raccomandazione (93) 6 precisa che uno sforzo ed un'attenzione particolari, rivolti sia al personale dell'istituto penitenziario sia ai detenuti, dovrebbero essere riservati alla spiegazione delle modalità di infezione e di trasmissione dell'HIV così come alla spiegazione delle regole di igiene e delle precauzioni utili a ridurre il rischio di contagio.

Le autorità sanitarie e penitenziarie dovrebbero adoperarsi per fornire, laddove necessario, consigli personalizzati sulle pratiche a rischio.

Sarebbe inoltre auspicabile mettere a disposizione dei detenuti il materiale informativo, con documenti accuratamente tradotti in altre lingue e tenendo conto del livello di cultura del singolo.

Il principio dell'informazione e dell'educazione sanitaria rappresenta un aspetto determinante nell'ambito delle strategie nazionali ed internazionali di lotta contro l'infezione da HIV e l'AIDS.

Il principio di un'informazione permanente e di un'educazione sanitaria rivolta al tempo stesso ai detenuti ed al personale che opera negli istituti penitenziari è assolutamente fondamentale per promuovere comportamenti responsabili, ridurre i comportamenti a rischio ed eliminare qualunque forma di timore non fondato.

Considerando inoltre l'eterogeneità delle popolazioni penitenziarie, è necessario prendere in considerazione non solo le differenze linguistiche, ma anche le differenze culturali.

L'importanza della prevenzione dell'infezione da HIV e dell'AIDS dovrebbe indurre le autorità sanitarie e penitenziarie a rendere disponibili i preservativi ai detenuti durante la detenzione e prima delle uscite provvisorie e definitive.

A tale proposito, ciascuno degli stati membri dovrebbe scegliere il sistema migliore per rendere accessibili e disponibili i preservativi, in funzione del tipo di popolazione carceraria e del tipo di istituto penitenziario.

Il libero accesso ai sistemi di protezione completa ed integra una strategia di lotta fondata sull'informazione e sull'educazione sanitaria.

Per quanto riguarda i dati di carattere sanitario, la Raccomandazione (93) 6 sottolinea che le informazioni relative allo stato di salute dei detenuti sono confidenziali.

Il medico può comunicare le informazioni agli altri membri dell'équipe medica ed in via del tutto eccezionale agli amministratori penitenziari soltanto nel caso in cui tali informazioni siano strettamente necessarie per assicurare il trattamento del detenuto o il controllo dello stato di salute del detenuto e del personale, nel rispetto delle norme deontologiche e giuridiche sul segreto professionale.

In linea di massima, tale comunicazione dovrebbe essere subordinata al consenso dell'interessato, secondo gli stessi principi vigenti ed applicati nella popolazione generale.

La serologia HIV non è generalmente considerata come un'informazione necessaria.

È quindi essenziale, indipendentemente dalle difficoltà, rispettare il principio della riservatezza dell'informazione.

È compito del medico penitenziario valutare, nel rispetto delle regole deontologiche e giuridiche in materia, quali siano le informazioni necessarie agli altri membri dell'équipe medica e all'amministrazione penitenziaria.

Le misure di isolamento così come la limitazione delle attività sportive e lavorative, che non hanno motivo di esistere per le persone sieropositive che vivono nella comunità "esterna", non hanno evidentemente motivo di esistere in ambito carcerario.

Nel caso in cui i detenuti manifestino comportamenti sessuali violenti nei confronti di altri detenuti e più in generale diano prova di comportamenti pericolosi nei confronti degli altri detenuti o del personale, possono essere adottate

misure di carattere disciplinare, che sono giustificate indipendentemente dalla situazione sierologica e che devono essere applicate a tutti i detenuti indistintamente.

I detenuti dovrebbero beneficiare di installazioni sanitarie analoghe a quelle presenti nella comunità “esterna” e conformi alle norme di igiene previste dalla legislazione in materia di salute pubblica.

Questo permette non solo di salvaguardare la dignità del detenuto ma anche di combattere la propagazione di malattie trasmissibili.

Il personale ed i detenuti dovrebbero disporre di tutti i mezzi necessari per il rispetto delle regole di igiene.

I detenuti dovrebbero poter beneficiare di un adeguato sostegno psicologico in particolare in caso di eventuale risultato positivo al test.

Le autorità sanitarie penitenziarie dovrebbero adottare le misure necessarie affinché il detenuto sieropositivo possa beneficiare e sia incoraggiato a beneficiare di un adeguata assistenza medico-psicologica una volta uscito dal carcere.

In questa prospettiva, è indispensabile che i servizi sanitari dell’istituto penitenziario forniscano al detenuto tutte le informazioni necessarie sui centri o servizi di riferimento appropriati.

I detenuti sieropositivi non dovrebbero essere esclusi dal beneficio di misure alternative al carcere.

Nella misura del possibile, i detenuti sieropositivi malati in fase terminale dovrebbero poter beneficiare di misure di liberazione anticipata e ricevere un trattamento adeguato una volta usciti di prigione,

Tale principio si applica evidentemente anche ad altre malattie in fase terminale.

L’iniziativa è generalmente a carico al medico dell’istituto penitenziario il quale, attraverso il direttore dell’istituto, dovrebbe allertare l’autorità giudiziaria o amministrativa competente.

La Raccomandazione (93) 6 precisa inoltre che i detenuti sieropositivi e malati di AIDS dovrebbero poter accedere ai trattamenti nuovi e sperimentali ai quali hanno accesso le persone sieropositive e malate viventi nella comunità “esterna”.

Per far ciò, la Raccomandazione riporta una serie di condizioni fondamentali: il detenuto deve fornire per iscritto il proprio consenso informato, che può tuttavia revocare in ogni momento, gli effetti dei farmaci o del trattamento devono risultare, in linea di massima, positivi, i protocolli devono essere controllati da un comitato etico costituito secondo le regole della legislazione vigente ed indipendente sia dalle autorità penitenziarie sia dal personale medico che realizza la sperimentazione.

Il comitato etico deve verificare se le garanzie del rispetto delle regole etiche sono sufficienti per autorizzare la messa in opera di un protocollo di ricerca o terapeutico in ambito penitenziario.

È inoltre fondamentale realizzare la sorveglianza epidemiologica in ambito



penitenziario, al fine di valutare la prevalenza delle malattie trasmissibili e correggere di conseguenza le politiche sanitarie.

In questo senso, la collaborazione con gli osservatori epidemiologici nazionali è necessaria.

Per quanto riguarda la tossicodipendenza in ambito carcerario, la Raccomandazione stabilisce che i responsabili degli istituti penitenziari dovrebbero adottare per quanto possibile misure finalizzate ad impedire l'ingresso illecito di droghe e di materiali di iniezione in carcere.

Indipendentemente dalle misure di controllo, è comunque necessario adottare un programma di prevenzione basato sull'informazione e sull'educazione sanitaria, finalizzato a ridurre i rischi di trasmissione dell'infezione.

È indispensabile informare i detenuti circa i rischi di contaminazione attraverso l'uso di aghi non puliti o siringhe già utilizzate da altri.

I detenuti dovrebbero poter disporre di disinfettanti, non solo per limitare il rischio di trasmissione di malattie, ma anche per promuovere l'igiene in generale.

I detenuti tossicodipendenti dovrebbero essere informati circa l'esistenza di strutture socio-sanitarie esterne che possono loro fornire assistenza per proseguire eventuali trattamenti iniziati in carcere.

I detenuti tossicodipendenti dovrebbero essere incoraggiati a partecipare attivamente al loro reinserimento e ad accettare il trattamento nel quadro delle misure alternative al carcere.

La Raccomandazione (93) 6 si spinge ad affermare che le autorità giudiziarie ed amministrative competenti dovrebbero ricorrere di preferenza a misure alternative al carcere per incentivare i tossicodipendenti a seguire trattamenti presso istituzioni sanitarie e sociali adeguate.

## *8. AIDS e prigione*

La Legge 12 luglio 1999, n. 231 ("Disposizioni in materia di esecuzione della pena, delle misure di sicurezza e di misure cautelari nei confronti dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria o da altra malattia particolarmente grave", in Gazzetta Ufficiale 19 luglio 1999, n. 167), che modifica l'articolo 275 del codice di procedura penale, stabilisce che non può essere disposta né mantenuta la custodia cautelare in carcere quando l'imputato sia persona affetta da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria (accertate ai sensi dell'articolo 286 bis, comma 2, del codice di procedura penale) ovvero da altra malattia particolarmente grave, per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione e comunque tali da non consentire adeguate cure in caso di detenzione in carcere.

In questi casi, qualora sussistano esigenze cautelari di eccezionale rilevanza

e la custodia cautelare presso le strutture sanitarie penitenziarie non sia possibile senza pregiudizio per la salute dell'imputato o di quella degli altri detenuti, il Giudice dispone la misura degli arresti domiciliari presso un luogo di cura o di assistenza o di accoglienza.

Il Giudice può comunque disporre la custodia cautelare in carcere, in particolare in un istituto dotato di reparto attrezzato per la cura e l'assistenza necessarie, qualora in soggetto risulti imputato o sia sottoposto ad altra misura cautelare per uno dei delitti previsti all'articolo 380 del codice di procedura penale (arresto obbligatorio in flagranza) relativamente a fatti commessi dopo l'applicazione delle misure sopra descritte.

La custodia cautelare in carcere non può comunque essere disposta o mantenuta quando la malattia si trovi in una fase così avanzata da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili ed alle terapie curative.

Per quanto riguarda la definizione di AIDS conclamata e di grave deficienza immunitaria, la legge rimanda ad un decreto del Ministro della Sanità e del Ministro di Grazia e Giustizia.

Quando sia necessario accertare la sussistenza delle condizioni di AIDS conclamata, di grave deficienza immunitaria o di altra malattia particolarmente grave, e tale necessità non possa essere soddisfatta in carcere, il Giudice può disporre il ricovero provvisorio del detenuto in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale per il tempo necessario, adottando, laddove occorra, i provvedimenti idonei ad evitare il pericolo di fuga.

Per quanto riguarda l'esecuzione della pena definitiva, la Legge 12 luglio 1999, n. 231, che modifica l'articolo 146 del codice penale, stabilisce che l'esecuzione della pena è differita se deve avere luogo nei confronti di persona affetta da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria, accertate ai sensi dell'articolo 286 bis, comma 2, del codice di procedura penale, ovvero da altra malattia particolarmente grave, per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione, quando la persona si trova in una fase della malattia così avanzata da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili ed alle terapie curative.

In sintesi, non può essere disposta né mantenuta la custodia cautelare in carcere per le persone affette da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria, così come da altra malattia particolarmente grave, quando le condizioni di salute della persona non siano compatibili con lo stato di detenzione e siano comunque tali da non consentire adeguate cure in caso di detenzione in carcere.

L'ipotesi di automatica incompatibilità con la custodia cautelare in carcere

riguarda solo la malattia in fase avanzata e tale da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili e alle terapie curative.

In modo analogo, l'ipotesi di automatica incompatibilità con l'esecuzione della pena in carcere riguarda solo la malattia in fase avanzata e tale da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili e alle terapie curative.

Modificando la Legge 26 luglio 1975, n. 354 (Legge sull'ordinamento penitenziario), la Legge 12 luglio 1999, n. 231 permette inoltre ai soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria di iniziare o proseguire un programma di cure idonee in apposite strutture, evitando i danni derivanti dalla condizione di privazione della libertà e dall'ambiente penitenziario.

In particolare, la Legge 12 luglio 1999, n. 231 permette ai soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria di poter accedere alle misure alternative al carcere previste agli articoli 47 e 47 ter della legge sull'ordinamento penitenziario (affidamento in prova ai servizi sociali e detenzione domiciliare), anche oltre i limiti di pena previsti.

Destinatari della nuova norma sono i soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria che abbiano in corso o che vogliano intraprendere un programma di cura ed assistenza presso le unità operative di malattie infettive ospedaliere ed universitarie o altre unità operative prevalentemente impegnate secondo i piani regionali nell'assistenza ai casi di AIDS.

L'istanza può essere presentata dall'interessato o dal suo legale al Tribunale di sorveglianza competente, allegando all'istanza una certificazione del servizio sanitario pubblico competente o del servizio sanitario penitenziario che attesti la sussistenza delle condizioni di salute necessarie per poter beneficiare della misura alternativa e che indichi la concreta attuabilità del programma.

Il Tribunale di sorveglianza, nell'ordinanza di concessione, deve definire le prescrizioni per l'esecuzione della misura alternativa e quelle relative alle modalità di esecuzione del programma.

Le definizioni di AIDS conclamata e di grave deficienza immunitaria sono state precisate nel Decreto Interministeriale 21 ottobre 1999 (in Gazzetta Ufficiale 22 dicembre 1999, n. 299), modificato dal Decreto del Ministro della Sanità 7 maggio 2001 (in Gazzetta Ufficiale 19 ottobre 2001 n. 244).

Per la definizione di AIDS conclamata, il Decreto Interministeriale 21 ottobre 1999 fa riferimento alle disposizioni contenute nella Circolare del Ministero della Sanità 29 aprile 1994, n. 9.

Per la definizione di grave deficienza immunitaria, il Decreto del Ministro della Sanità 7 maggio 2001 stabilisce che la grave deficienza immunitaria ricorre quando, anche in assenza di identificazione e di segnalazione ai sensi della Circolare del Ministero della Sanità 29 aprile 1994, n. 9, la persona presenti un numero di linfociti TCD4+ pari o inferiore a 200/mmc, come valore ottenuto in

almeno due esami consecutivi effettuati a distanza di quindici giorni l'uno dall'altro ovvero, indice Karnofsky pari o inferiore al valore di 50.

## **La giurisprudenza**

### *1. Il test per la diagnosi di infezione ed il consenso dell'interessato*

Il principio di volontarietà del test sancito dalla Legge 5 giugno 1990 n. 135 ha subito, in realtà, una deroga con l'articolo 15 del decreto – legge 4 ottobre 1990, n. 276, che disponeva l'obbligo dell'accertamento dello stato di sieronegatività per la verifica dell'idoneità all'espletamento dei servizi che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute dei terzi per il personale delle Forze di Polizia e dei Vigili del Fuoco.

Tale disposizione è stata modificata in sede di conversione del decreto – legge 4 ottobre 1990, n. 276 ed il divieto di controlli obbligatori è stato ribadito nell'articolo 15 della Legge 30 novembre 1990, n. 359 in materia di assunzione, reclutamento ed organici delle Forze di Polizia, Forze Armate e Vigili del Fuoco, che ha stabilito che gli accertamenti possono essere effettuati soltanto con il consenso dell'interessato e con modalità tali da garantirne l'assoluta riservatezza.

Il delicato rapporto tra accertamento dell'infezione, che richiede sempre il consenso del soggetto interessato, ed impossibilità per il datore di lavoro di richiedere accertamenti diagnostici finalizzati ad accertare l'esistenza dello stato di sieropositività, ha portato il Pretore di Padova, con ordinanza del 15 maggio 1993, a sollevare questione di legittimità costituzionale degli articoli 5 e 6 della Legge 5 giugno 1990, n. 135 in riferimento al primo comma dell'articolo 32 della Costituzione, che tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività.

L'ordinanza del Pretore di Padova nasceva da un procedimento civile, promosso da un'operatrice addetta all'assistenza di persone non autosufficienti, nei confronti del proprio datore di lavoro (un istituto di assistenza per anziani).

Il procedimento aveva avuto luogo in quanto la donna, assentatasi dal lavoro per assistere il marito affetto da AIDS, al momento di riprendere l'attività si era rifiutata di sottoporsi alle analisi dirette ad accertare l'esistenza dello stato di sieropositività, richieste dal datore di lavoro.

A causa del rifiuto, la donna era stata cautelatamente sospesa dal servizio.

L'ordinanza del Pretore di Padova, pur sottolineando l'importanza dell'articolo 5 della Legge 5 giugno 1990 n. 135 (che stabilisce che nessuno può essere sottoposto, senza il proprio consenso, ad analisi tendenti ad accertare l'infezione da HIV, se non per motivi di necessità clinica nel proprio interesse, e che l'accertata infezione da HIV non può costituire motivo di discriminazione per l'ac-

cesso a posti di lavoro o per il mantenimento degli stessi) e dell'articolo 6 della Legge 5 giugno 1990 n. 135 (che vieta espressamente ai datori di lavoro di svolgere indagini dirette ad accertare, nei dipendenti o in persone prese in considerazione per l'instaurazione di un rapporto di lavoro, l'esistenza di uno stato di sieropositività), afferma che gli stessi articoli, informati a principi di altissimo valore sociale ed all'apprezzabile esigenza di non discriminare o isolare, neppure sul lavoro, le persone sieropositive o affette da AIDS, sarebbero in contrasto con l'articolo 32 della Costituzione, nella parte in cui non prevedono, limitatamente alle attività lavorative che, per la loro particolare natura, presentino il rischio di trasmissione dell'infezione ad altri soggetti, la possibilità di effettuare accertamenti sanitari, con garanzie di riservatezza, anche contro la volontà degli interessati.

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 218 del 23 maggio – 2 giugno 1994, ha ritenuto fondata la questione di legittimità sollevata da Pretore di Padova.

I giudici della Corte Costituzionale hanno infatti affermato che la tutela della salute "...implica e comprende il dovere dell'individuo di non ledere né porre a rischio con il proprio comportamento la salute altrui, in osservanza del principio generale che vede il diritto di ciascuno trovare un limite nel reciproco riconoscimento e nell'eguale protezione del coesistente diritto degli altri...".

Secondo i giudici, esistono due diritti coesistenti e meritevoli di tutela, il diritto alla riservatezza ed al mantenimento della posizione lavorativa compatibile con lo stato di salute, e la tutela della salute quale diritto dell'individuo ed interesse della collettività.

Il diritto alla riservatezza ed al mantenimento della posizione lavorativa non può tuttavia porsi in contrasto con la tutela della salute delle altre persone.

Di conseguenza, le attività lavorative che, in ragione dello stato di salute di chi le svolge, possono mettere in pericolo la salute di altre persone, possono essere svolte solo da chi si sottoponga agli esami diagnostici necessari ad accertare l'esistenza di malattie infettive o contagiose pericolose per la salute altrui.

Secondo i giudici non si tratterebbe di controlli sanitari indiscriminati ma di accertamenti circoscritti e limitati a particolari categorie professionali.

La sentenza della Corte Costituzionale, che ha sollevato numerose reazioni, costituisce un riferimento giuridico di indubbia importanza, ma non è stata seguita da un intervento legislativo che abbia modificato le disposizioni contenute nella Legge 5 giugno 1990 n. 135.

Di conseguenza, non sono state identificate né le attività che, in ragione dello stato di salute di chi le svolge, rischiano di mettere in pericolo la salute di terzi, né i soggetti che dovrebbero sottoporsi, anche contro la propria volontà, agli esami diagnostici finalizzati ad accertare l'esistenza di tali malattie, né le modalità con cui eseguire tali accertamenti.

In conclusione, le disposizioni contenute nella legge mantengono inalterato il proprio valore e soltanto il ricorso alla Magistratura potrebbe eventualmente

consentire ad un datore di lavoro di svolgere indagini sullo stato di sieropositività di un dipendente.

Il limite principale di questa sentenza è rappresentato dal fatto che mentre sul piano dei principi astratti, l'attenuazione di un tipico diritto della personalità, quale il diritto alla riservatezza o il diritto a non subire controlli coercitivi sul proprio corpo, può trovare giustificazione in relazione al necessario bilanciamento con altri diritti di pari importanza costituzionale (la tutela della salute quale diritto dell'individuo ed interesse della collettività), decisamente più problematica è la specificazione normativa della direttiva enunciata dalla Corte Costituzionale.

L'individuazione delle attività realmente a rischio, tali da giustificare l'obbligo di esami finalizzati ad accertare l'esistenza dello stato di sieropositività, è impossibile: oltre alle professioni sanitarie, quali altre attività lavorative potrebbero essere considerate a rischio di contatto fisico e quindi di infezione?

Teoricamente, ogni tipo di lavoro manuale che richieda attività a stretto contatto ed ogni tipo di lavoro che richieda l'utilizzo di attrezzi e strumenti in grado di causare ferite.

Il numero dei soggetti da destinare al controllo obbligatorio non si allontanerebbe molto da una prospettiva di un controllo generalizzato di massa.

Oltretutto, il gioco delle inclusioni e delle esclusioni finirebbe per essere talmente casuale ed, alla fine, affidato all'arbitrio del singolo provvedimento amministrativo, da rendere tale sistema di controllo del tutto inefficiente ed inefficace.

“Senza necessariamente accentuare le critiche ideologiche alla sentenza della Corte ed, anzi, ammettendone lo sforzo di ricerca di un temperamento realistico tra i valori confliggenti, è evidente che essa non passa il vaglio della verifica pragmatica. La sua direttiva di principio si ferma proprio a quello stadio e forse nella stessa intenzione del redattore non voleva offrire nulla di più. Una sentenza monito fine a se stessa, in cui al monito non deve e non può seguire nulla per oggettiva impossibilità di coerente sviluppo del monito stesso.

In tal modo, la sentenza finisce per costituire una tipica manifestazione di strabismo istituzionale, vale a dire una esplicitazione di quell'attitudine diffusa di guardare ad un problema giusto da un punto di osservazione sbagliato: il problema sicuramente esistente di tutelare la salute come bene pubblico ed individuale anche nei luoghi di lavoro in relazione al pericolo di contagio dell'infezione HIV, viene affrontato dall'ottica - distorsiva sotto il profilo giuridico ed inefficace sotto il profilo del rimedio - del controllo preventivo e della intrusione nella privacy del lavoratore presunto sieropositivo”.

## *2. La compatibilità carceraria*

In Italia la situazione normativa relativa alla detenzione dei soggetti affetti da AIDS ha registrato diverse fasi di sviluppo ed ha motivato l'intervento della Corte Costituzionale in più di una occasione.

La prima legge espressamente rivolta a definire regole precise in materia di AIDS e compatibilità carceraria è la Legge 14 luglio 1993, n. 222 (in Gazzetta Ufficiale 14 luglio 1993, n. 163).

Si tratta di una legge di conversione, che rendeva definitive le indicazioni contenute in una serie di decreti-legge emanati dal legislatore a partire dal 1991 e da ultimo il decreto-legge 14 maggio 1993, n. 139 (“Disposizioni urgenti relative al trattamento di persone detenute affette da HIV e di tossicodipendenti”, in Gazzetta Ufficiale 15 maggio 1993 n. 112).

La legge interveniva modificando l’articolo 146 del codice penale (“Rinvio obbligatorio dell’esecuzione della pena non pecuniaria”) e l’articolo 286 bis del codice di procedura penale (“Divieto di custodia cautelare”) e prevedeva per l’imputato in attesa di giudizio e per il condannato definitivo due differenti possibilità:

- l’incompatibilità assoluta con lo stato di detenzione, che ricorreva, ed era dichiarata dal Giudice, nei casi di AIDS conclamata o di grave deficienza immunitaria (“deficit immunitario esplicitato da un numero di linfociti T/CD4+ pari o inferiore a 100/mmc, come valore ottenuto in almeno due esami consecutivi effettuati a distanza di quindici giorni l’uno dall’altro”). In presenza di tali condizioni il soggetto doveva essere scarcerato;
- l’incompatibilità valutata discrezionalmente dal Giudice di volta in volta, che ricorreva in presenza di una condizione di deficit immunitario rilevante (numero di linfociti T/CD4+ superiore a 100/mmc, ma inferiore a 200/mmc). In questo caso il Giudice poteva ordinare la scarcerazione del detenuto, valutando il periodo residuo di custodia cautelare e gli effetti delle condizioni fisiche sulla pericolosità del detenuto.

Le modifiche introdotte dalle nuove disposizioni provocarono le immediate reazioni di alcuni Tribunali di sorveglianza.

Il Tribunale di sorveglianza di Torino sottolineò in particolare come le nuove disposizioni, nel prevedere il rinvio obbligatorio dell’esecuzione della pena per i soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria, avrebbero determinato un trattamento irragionevolmente discriminatorio nei confronti dei malati affetti da altre malattie con gli stessi caratteri di gravità, irreversibilità ed ingravescenza.

La Corte Costituzionale rispose all’eccezione di incostituzionalità sollevata dal Tribunale di sorveglianza di Torino con la sentenza 21 febbraio – 3 marzo 1994 n. 70, dichiarando non fondata la questione di legittimità costituzionale delle nuove norme ed argomentando nei seguenti termini:

“Nessuna discriminazione, infatti, può intravedersi tra malati “comuni” e persone affette da AIDS, in quanto le caratteristiche affatto peculiari che con-

traddistinguono quest'ultima sindrome adeguatamente giustificano un trattamento particolare che, giova ribadirlo, si incentra sulla necessità di salvaguardare il bene della salute nello specifico contesto carcerario: una finalità, dunque, eterogenea rispetto ad altre gravi malattie, in ordine alle quali il rimedio del rinvio della esecuzione è funzionale esclusivamente alle esigenze del singolo”.

Il rinvio obbligatorio dell'esecuzione della pena per i soggetti affetti da AIDS conclamata e da grave deficienza immunitaria sarebbe stato legittimo e giustificato in quanto funzionale alla necessità di tutelare la salute “nello specifico contesto carcerario” mentre, per i soggetti detenuti affetti da altre malattie, il rinvio dell'esecuzione della pena sarebbe stato funzionale unicamente alle esigenze di tutelare la salute del singolo.

I Giudici, adottando un orientamento del tutto contrastante con quello che aveva ispirato la Legge 5 giugno 1990, n. 135, incentrata sulla valenza individuale della malattia e sull'interesse del soggetto malato, affermarono che con la Legge 14 luglio 1993, n. 222 il legislatore non aveva inteso proteggere la salute del detenuto malato quanto piuttosto tutelare la salute degli altri detenuti ed impedire la diffusione del virus nell'ambito del contesto carcerario.

Nel corso del 1995, tuttavia, una serie di casi di persone sieropositive che commettevano reati dopo essere state scarcerate, largamente enfatizzati dalla stampa, accentuarono il clima ostile nei confronti della Legge 14 giugno 1993, n. 222.

Seguirono nuove eccezioni di incostituzionalità, alle quali la Corte Costituzionale rispose, ribaltando il proprio precedente orientamento, con la sentenza 18 ottobre 1995, n. 438 e con la sentenza 18 ottobre 1995 n. 439 (in Gazzetta Ufficiale 25 ottobre 1995, n. 44).

Con la sentenza 18 ottobre 1995 n. 438, i Giudici affermarono l'illegittimità costituzionale della Legge 14 giugno 1993, n. 222 nella parte in cui non prevedeva di accertare in concreto se, ai fini dell'esecuzione della pena, le effettive condizioni di salute del detenuto fossero compatibili con la detenzione.

“Allo stesso modo, spetterà al giudice verificare caso per caso, in relazione alle strutture disponibili, se l'esecuzione della pena possa avvenire senza pregiudizio per la salute della restante popolazione carceraria che, come si è detto, costituisce l'altro dei valori che la norma ha inteso tutelare”.

Con la sentenza 18 ottobre 1995 n. 439, i Giudici affermarono l'illegittimità costituzionale del divieto assoluto di custodia cautelare in carcere per i soli malati di AIDS, dovendo per essi essere valida la regola generale che consente anche l'adozione della misura carceraria quando esigenze cautelari di eccezionale rilevanza facciano ritenere inadeguata qualsiasi altra misura.



## *Aspetti deontologici*

Le problematiche più complesse affrontate dal legislatore e dalla giurisprudenza in materia di AIDS derivano come si è visto dal conflitto tra la tutela della salute del singolo e la tutela della salute della collettività, dall'opposizione tra il bene personale ed il bene sociale.

In modo del tutto analogo, le più importanti questioni suscettibili di creare difficoltà deontologiche trovano la propria radice nel conflitto esistente tra la tutela dell'interesse del singolo (il soggetto sieropositivo ed il soggetto malato) e la tutela dell'interesse sociale, rappresentato a seconda dei casi dal medico, dall'infermiere, dal partner, dalla società.

I problemi deontologici principali riguardano il dovere di prestare assistenza (rispetto al timore dell'infezione professionale da parte degli operatori sanitari ed ai pregiudizi nei confronti dell'omosessualità, del sesso a pagamento e della tossicodipendenza); le difficoltà di proporre il test di depistaggio alle persone che hanno motivo di credere di avere contratto l'infezione (rispetto alla paura della discriminazione e dell'isolamento); la protezione dei dati personali ed il rispetto del segreto professionale (rispetto alla necessità di prevenire l'infezione e di proteggere la salute di altre persone).

L'articolo 3 del codice di deontologia medica stabilisce che *“Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'uomo ed il sollievo della sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. La salute è intesa nell'accezione biologica più ampia del termine come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona”*.

L'articolo 20 del codice di deontologia medica stabilisce che *“Il medico deve garantire al cittadino la continuità delle cure. In caso di indisponibilità, di impedimento o del venir meno del rapporto di fiducia deve assicurare la propria sostituzione, informandone il cittadino e, se richiesto, affidandolo a colleghi di adeguata competenza. Il medico non può abbandonare il malato ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenirne la sofferenza fisica e psichica”*.

L'obbligo per il medico di garantire la necessaria continuità delle cure e l'assistenza al malato riveste un'importanza particolare proprio se riferita al paziente sieropositivo e malato di AIDS ed ai possibili casi di rifiuto della prestazione fondato sulla paura di un possibile contagio.

A tale proposito occorre ricordare che l'articolo 5 della Legge 5 giugno 1990, n. 135 stabilisce che *“gli operatori sanitari che, nell'esercizio della loro professione, vengano a conoscenza di un caso di AIDS ovvero di un caso di infezione da HIV, anche non accompagnato da stato morboso, sono tenuti a presta-*

*re la necessaria assistenza, adottando tutte le misure occorrenti per la tutela della riservatezza della persona assistita”.*

Sulla problematica accennata risulta di particolare interesse la Raccomandazione n. R (89) 14 del Consiglio d'Europa, concernente i problemi etici relativi alla infezione da HIV nelle strutture sanitarie e sociali secondo la quale tutti gli operatori hanno l'obbligo di prestare assistenza alle persone sieropositive e ai pazienti malati di AIDS; solo quando la protezione del singolo operatore sia chiaramente insufficiente (per mancanza di equipaggiamento protettivo, di formazione, ecc.), l'operatore sanitario può rifiutarsi di eseguire prestazioni che comportino rischi.

L'operatore sanitario non può rifiutarsi per motivi etici e/o contrattuali di curare un paziente la cui condizione patologica rientri nel suo normale dominio di competenza per il solo motivo della sieropositività del paziente stesso.

Ogni operatore sanitario che non sia in grado di provvedere all'assistenza e alle prestazioni professionali richieste da una persona sieropositiva o malata di AIDS dovrebbe affidare il paziente a quei medici o servizi che sono attrezzati per provvedere a tali prestazioni; fino a quando ciò non sia possibile, il medico deve prendersi cura del paziente al meglio delle sue capacità.

Il principio della libera scelta spettante ai medici, nel curare o meno i pazienti, deve essere applicato in modo tale da non configurare forme di discriminazione nei confronti dei pazienti o gruppi di pazienti.

Per quanto riguarda la tutela della riservatezza ed il rispetto del segreto professionale, l'articolo 9 del codice di deontologia medica stabilisce quanto segue:

*Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o che può conoscere in ragione della sua professione; deve, altresì, conservare il massimo riserbo sulle prestazioni professionali effettuate o programmate, nel rispetto dei principi che garantiscano la tutela della riservatezza.*

*La rivelazione assume particolare gravità quando ne derivi profitto, proprio o altrui, o nocumento della persona o di altri.*

*Costituiscono giusta causa di rivelazione, oltre alle inderogabili ottemperanze a specifiche norme legislative (referti, denunce, notifiche e certificazioni obbligatorie):*

- a) la richiesta o l'autorizzazione da parte della persona assistita o del suo legale rappresentante, previa specifica informazione sulle conseguenze o sull'opportunità o meno della rivelazione stessa;*
- b) l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute dell'interessato o di terzi, nel caso in cui l'interessato stesso non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere e di volere;*
- c) l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, anche nel caso di diniego dell'interessato, ma previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali.*

L'articolo 31 del codice di deontologia medica precisa inoltre che *“L'informazione a terzi è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dal paziente, fatto salvo quanto previsto all'articolo 9 allorchè sia in grave pericolo la salute o la vita di altri”*.

Resta sempre da chiarire se il medico, di fronte al rifiuto da parte di un soggetto sieropositivo o malato di informare della propria condizione il partner, sia tenuto ad agire in prima persona, in deroga alle disposizioni sia penali che deontologiche sul segreto professionale.

Coloro i quali sostengono l'opportunità di informare il partner di un soggetto sieropositivo o malato contro la volontà di quest'ultimo avallano il principio primario della tutela della salute di terzi, richiamando non solo quanto disposto dall'articolo 54 del codice penale (Stato di necessità), ma anche le disposizioni relative al trattamento dei dati sensibili finalizzato alla tutela della salute di un terzo in assenza del consenso dell'interessato.

Lo stesso articolo 9 del codice di deontologia medica precisa che costituisce giusta causa di rivelazione l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, anche nel caso di diniego dell'interessato, ma previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali.

A tale posizione si contrappone quella di chi afferma invece il principio del rispetto della riservatezza e del Rapporto di fiducia tra medico e paziente.

In questo senso, il mantenimento del segreto non ammette deroghe.

Altro importante aspetto di carattere deontologico riguarda il dovere per il medico di fornire al paziente un'informazione adeguata e corretta.

L'articolo 30 del codice di deontologia medica stabilisce che *“ Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.*

*Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta.*

*Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione.*

*Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.*

*La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata”*.

Nel caso del soggetto sieropositivo (così come per altri casi di malattie sessualmente trasmissibili), è necessario che il medico informi il paziente in modo chiaro ed esauriente del carattere diffusivo e delle conseguenze della malattia, in

particolare delle misure di prevenzione e delle precauzioni da adottare per evitare il rischio di trasmissione.

Un'informazione di questo tipo è ovviamente impegnativa e può richiedere numerosi colloqui con il paziente.

Infine, per quanto riguarda l'esecuzione del test e l'acquisizione del consenso, l'articolo 32 del codice di deontologia medica stabilisce che il medico non deve intraprendere alcuna attività diagnostica senza l'acquisizione del consenso informato.

*“Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'articolo 30.*

*Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso”.*

In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o terapeutici, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà del soggetto al di fuori dei casi previsti dalla legge (tra i quali non rientra il depistaggio obbligatorio per l'infezione da HIV).