

## DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa del senatore AZZARETTI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 3 OTTOBRE 1990

Norme atte a prevenire la diffusione dell'infezione da HIV

ONOREVOLI SENATORI. - Uno dei fondamentali pilastri su cui poggia la profilassi contro la diffusione delle malattie infettive dell'uomo e che ha contribuito grandemente a contenere e vincere memorabili battaglie contro il rischio di epidemie e pandemie pericolose e mortali, è il testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e, in particolare, il titolo V (Provvedimenti contro le malattie infettive e sociali), capo I (Delle misure contro la diffusione delle malattie infettive dell'uomo), che al primo comma dell'articolo 254 recita testualmente: «Il sanitario che nell'esercizio della sua professione sia venuto a conoscenza di un caso di malattia infettiva e diffusiva o

sospetta di esserlo, pericolosa per la salute pubblica, deve immediatamente farne denuncia al podestà e all'ufficiale sanitario comunale e coadiuvarli, se occorra, nella esecuzione delle disposizioni emanate per impedire la diffusione delle malattie stesse e nelle cautele igieniche necessarie».

Nell'articolo successivo si ribadisce l'indispensabilità della denuncia per attivare tutte le misure precauzionali per «assicurare la cura dei malati ed evitare la diffusione della malattia».

Incomprensibilmente, dal punto di vista igienico-sanitario il mondo politico e parte della comunità scientifica, più per ragioni cultural-demagogiche, che umanitarie, violando apertamente la legislazione vigente,

nel caso dell'AIDS hanno imposto l'inapplicazione della succitata norma, contribuendo a rendere ancor più drammatiche e senza confini le nefaste conseguenze della diffusione della infezione.

L'obbligo della denuncia di una malattia infettiva o sospetta tale, non è stata suggerita al legislatore del 1934 da motivi discriminatori o persecutori nei confronti dell'ammalato, dell'infetto o sospetto tale, ma per ragioni esattamente contrarie. Infatti, soprattutto nell'era pre-antibiotica, grazie all'obbligo della «denuncia» ed al conseguente «isolamento» del paziente per eseguire l'indispensabile «accertamento diagnostico», è stato possibile attivare ed attuare tutte le necessarie misure profilattiche volte a tutelare i pazienti da una parte ed i cittadini sani dall'altra, sottraendoli al rischio di possibili contagi.

Il puntuale e rigoroso rispetto della legge, e la scrupolosa osservanza delle fondamentali regole della profilassi, giovano innanzitutto al paziente affetto da malattia infettiva o sospetta tale, oltre che agli ignari cittadini che potrebbero, inconsapevolmente ed incolpevolmente, contrarre l'infezione e la malattia a seguito di un occasionale contatto con il malato o soltanto «infetto».

Appare, pertanto, assolutamente non condivisibile e pericolosissima l'eccezione introdotta con recente legislazione, secondo la quale gli articoli 254 e seguenti del testo unico di cui al regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, si applicano tutt'ora per tutte le malattie infettive o sospette tali, ad esclusione dell'AIDS.

Si tenga conto che, ad esempio, è ormai dimostrato che il «sieropositivo asintomatico», qualora riconosciuto, può trarre giovamento da un trattamento a base di AZT (azidotimidina). Infatti, rispetto ai non trattati, gruppi di pazienti sottoposti ad AZT sono rimasti per molti anni nello *status quo*, senza evolvere nello stato di malattia conclamata. Ma com'è possibile curare un paziente o evitare che un infetto contagi un sano, se ne è vietata la denuncia e, quindi, più che l'isolamento, per la maggior parte dei casi superfluo, l'accertamento diagno-

stico, indispensabile per conoscere lo «stato» del paziente, sottoporlo a terapia consentirebbe di evitare che infetti altra gente?

Tenuto conto che non è possibile estendere a tappeto l'indagine su tutti i «casi» soltanto sospetti, con questo disegno di legge si vuole innanzitutto ripristinare l'applicazione integrale della legge del 1934, proponendo anche misure profilattiche per le categorie più esposte al rischio di infezione.

La legislazione del 1934, applicabile a tutte le malattie infettive e contagiose deve valere anche per l'infezione da HIV, che interessa in modo particolare i tossicodipendenti, i carcerati, le prostitute e gli immigrati, soprattutto extracomunitari.

Estendere la «denuncia» e l'«accertamento diagnostico» a tutti i tossicodipendenti è il meno che si possa fare, tenuto anche conto che quella dei tossicodipendenti, oltre ad essere la categoria più «labile», è anche quella a maggior rischio, se è vero, come è vero, che nel nostro Paese il 68 per cento delle infezioni da HIV riguarda i tossicodipendenti.

I carcerati rappresentano un gruppo ad elevato rischio per l'AIDS, soprattutto in conseguenza delle strette connessioni tra uso di droghe ed incarcerazione (scambio di siringhe ed aghi infetti). Inoltre sono note varie attività che si svolgono tra i carcerati e che possono essere responsabili della trasmissione dell'HIV:

- a) l'attività sessuale tra i carcerati;
- b) episodi di violenza con lacerazioni, morsi e sanguinamento;
- c) scambio di rasoi da barba e di spazzolini da denti;
- d) il tatuaggio (utilizzando strumenti non sterili, è una attività ampiamente praticata nelle carceri, ove viene, peraltro, ritenuto che il tatuaggio che provoca sanguinamento, risulti il migliore in qualità ed è meno probabile che provochi infezione).

Studi retrospettivi effettuati a New York e riferiti agli anni 1984-1987, hanno evidenziato che sintomi correlati all'infezione da HIV sono comparsi in un arco di tempo

variabile da 0 a 84 mesi dopo l'incarcerazione e si sono verificati in soggetti che praticavano attività ad alto rischio «all'esterno».

Non esistono, a livello internazionale, dati precisi circa la diffusione dell'AIDS tra i carcerati. Incarcerazioni brevi possono prevenire l'identificazione o la diagnosi di carcerati infetti. Pazienti infetti possono lasciare le carceri per diagnosi o terapie e non ritornare.

Per valutare l'entità del fenomeno nelle carceri italiane, la Direzione generale degli Istituti di prevenzione e pena ha promosso una indagine a livello nazionale presso tutti gli Istituti penitenziari alla data prestabilita del 15 giugno 1989.

La scelta di un rilevamento di tipo «fotografico» è stata privilegiata, rispetto alla scelta di un campione temporale più ampio, per ovviare a quei problemi di controllo della mobilità e del *turn-over* dei detenuti in carcere, che avrebbero più facilmente determinato nel rilevamento margini di errore. Nel rilevamento è stata utilizzata, quale strumento di raccolta dati, una scheda tipo individuale appositamente calibrata per lo specifico penitenziario. La scheda ha avuto come destinatari i tossicodipendenti ed i soggetti (anche non tossicodipendenti) affetti da infezione da HIV e contemplava le seguenti variabili:

caratteristiche socio-anagrafiche e situazioni giuridiche;

stato della tossicodipendenza e grado della infezione da HIV;

tipo di trattamento sanitario e psico-socio-riabilitativo effettuato in istituto.

L'elaborazione statistica dei dati ha consentito di valutare la prevalenza di detenuti HIV infetti e di tratteggiare il profilo tipico del tossicodipendente detenuto.

Il tossicodipendente che entra in carcere appartiene prevalentemente alla classe di età 22-30 anni, ha un titolo di studio non superiore alla scuola dell'obbligo ed è disoccupato. Dal punto di vista giuridico è in attesa di un giudizio definitivo, è detenuto prevalentemente per reati comuni ed in minor misura per reati connessi alla legge

22 dicembre 1975, n. 685, ed ha una elevata recidiva per entrambi tali fattispecie di reato. Per quanto attiene allo stato di tossicodipendenza, il detenuto fa uso prevalentemente di eroina con diffuso aumento di cocaina e di *cocktail* di droghe. L'incrocio tra tipo di droga e durata della tossicodipendenza, ha evidenziato come la tipologia dei tossicomani in carcere sia quella relativa ai soggetti eroinomani con una lunga storia tossicomana (dai tre ai dieci anni ed anche più), in cui il perdurare della tossicodipendenza è collegato al non avere mai effettuato trattamenti disintossicanti in libertà o al fallimento dei trattamenti effettuati.

La condizione del tossicodipendente detenuto è aggravata dalla sindrome da immunodeficienza acquisita: il 35 per cento del campione di tossicodipendenti sottoposti volontariamente all'accertamento dell'infezione da HIV è risultato infetto. Su 49 casi di AIDS conclamato, 48 sono risultati relativi a soggetti tossicodipendenti. L'analisi del campione dei soggetti riscontrati infetti dal virus HIV, conferma i tossicodipendenti come categoria ad alto rischio (il 97 per cento dei soggetti, infatti, è tossicodipendente). Questi dati sono riferiti ad uno *screening* parziale, condotto su 7.441 detenuti che hanno consentito a sottoporsi allo specifico accertamento sierologico.

Il fenomeno della infezione da HIV in generale risulta, quindi, sommerso e solo parzialmente rilevabile rispetto alla sua ipotetica estensione. Esso, infatti, allo stato attuale può essere controllato solo attraverso una sensibilizzazione e responsabilizzazione dei detenuti stessi all'accertamento.

Da segnalare, infine, un incremento dei casi sintomatici o di AIDS conclamato presso le strutture penitenziarie. Tale evoluzione pone senz'altro degli interrogativi sui problemi di trattamento degli stessi in carcere, soprattutto con riferimento alla compatibilità dello stato detentivo, con le condizioni psico-fisiche in cui versano i soggetti che presentano stadi avanzati di malattia.

Al fine di evitare la diffusione dell'infezione da HIV in carcere occorre autorizzare i

direttori delle carceri stesse a sottoporre ad accertamento diagnostico i casi sospetti.

Il problema della prostituzione, anche se di difficile soluzione per l'aspetto profilattico, non si può far finta che non esista.

La prevalenza dell'HIV nelle prostitute non tossicodipendenti americane ed europee, è basso. Il rischio maggiore per le prostitute è costituito dalla contemporanea tossicodipendenza e gli studi più accreditati suggeriscono che le prostitute tossicodipendenti presentano un rischio di acquisizione dell'infezione da HIV sovrapponibile a quello della popolazione tossicodipendente nella stessa area geografica.

Poichè molto scarse sono le informazioni relative sia alla diffusione dell'HIV, che a specifici comportamenti a rischio di questa popolazione, è stato condotto uno studio multicentrico, che ha visto coinvolti il Centro operativo AIDS dell'Istituto superiore di sanità, il GICAT di Aviano, la II Università di medicina di Napoli, l'Istituto S. Gallicano di Roma e l'ospedale Sacco di Milano, per valutare la prevalenza di anticorpi anti-HIV in donne prostitute di diverse città italiane.

I risultati preliminari di questo studio, sono stati presentati in occasione del terzo convegno «AIDS e sindromi correlate» tenutosi a Napoli nel novembre 1989. Sono state utilizzate quali fonti di informazione, cliniche per malattie a trasmissione sessuale, centri di riferimento AIDS e carceri.

Sono state studiate 304 donne: 190 erano classificabili come lavoratrici «professionali», mentre 114 erano tossicodipendenti che si prostituivano saltuariamente per procurarsi denaro e droga. L'età media era di 33 anni (*range* 19-63) nel primo gruppo e di 26 (*range* 17-40) nel secondo. Le prostitute non tossicodipendenti risultavano essere più anziane rispetto alle donne che facevano uso endovenoso di droga.

Anticorpi anti-HIV erano presenti in tre prostitute professioniste (1,6 per cento) ed in 41 su 114 prostitute tossicodipendenti (36 per cento). Una delle tre prostitute che non facevano uso di stupefacenti, aveva, comunque, una relazione con un soggetto tossicodipendente. L'uso di profilattici, fre-

quente nel gruppo delle prostitute non tossicodipendenti, risultava, invece, raro ed incostante nelle donne dedite all'uso di droga per via endovenosa.

Anche se la prostituzione non è una «professione» legalizzata, occorre autorizzare la Forza pubblica a richiedere, insieme ai documenti, anche l'esecuzione del *test* anti-HIV.

Infine non si può far finta di ignorare le problematiche poste dalla presenza degli immigrati extracomunitari.

I movimenti migratori stanno interessando quasi tutte le nazioni del mondo ed il fenomeno è in rapida crescita. Attualmente il 14 per cento della popolazione degli Stati Uniti è nata in un altro Paese ed il fenomeno sta crescendo rapidamente.

Per valutare lo stato di salute degli immigrati extracomunitari in Italia, recentemente è stata conclusa la più vasta indagine condotta in Italia su questi soggetti. A condurre la ricerca sullo stato fisico e quella sullo stato mentale degli immigrati extracomunitari in Italia, sono stati l'Istituto scientifico S. Gallicano di Roma, in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità e con la Caritas diocesana di Roma per la parte inerente lo stato fisico, mentre lo stato di salute mentale è stato indagato dall'Istituto di igiene mentale dell'università di Roma.

In 5 anni sono stati visitati, per una valutazione generale delle condizioni di salute ed un controllo mirato delle malattie sessuali e della pelle, 5.426 soggetti (3.840 uomini e 1.286 donne), l'80 per cento dei quali di età compresa tra i 20 ed i 40 anni, di cui 300 bambini.

La provenienza era per il 76 per cento dall'Africa orientale e del Nord, il 12 per cento dall'Asia, l'8 per cento dalla Polonia e dalla Romania, ed il 4 per cento dal Sud America. Sono stati eseguiti migliaia di esami chimici, biochimici e batteriologici. I risultati sono stati presentati in occasione del convegno «Medicina e migrazione», organizzato dalla Caritas e tenutosi a Roma nel luglio scorso.

Le malattie dermatologiche rilevate sono le stesse e con frequenze simili a quelle che

## X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

si osservano nella popolazione italiana, anche se è stata rilevata una maggiore incidenza di pruriti di origine psicosomatica anche gravi e lesioni da punture di insetto dovute alla mancanza di un ricovero notturno.

Per quanto riguarda le malattie sessuali sono stati riscontrati 208 casi di sifilide (pari al 3 per cento dei visitati), il 90 per cento dei quali aveva subito il contagio in Italia.

Per quanto riguarda le infezioni da HIV, una indagine campione condotta su 150 volontari, ha rilevato la presenza di 8 soggetti sieropositivi, di cui 6 contagiati in Italia. Il dato non deve stupire, in quanto la popolazione africana che immigra in Italia proviene, generalmente, da zone non ancora raggiunte dall'epidemia.

Nel primario interesse degli stessi immigrati e per allontanare possibili sospetti e

diffidenze della gente nei loro confronti, è conveniente che gli extra comunitari che entrano in Italia per ragioni di lavoro, vengano sottoposti ai necessari accertamenti diagnostici, per evitare anche che possibili infezioni affliggano gli interessati e contagino i sani.

Alla luce delle considerazioni svolte, un ruolo non secondario, nella profilassi delle malattie infettive, lo dovrà svolgere l'informazione e l'educazione sanitaria. Informazione ed educazione sanitaria svolte correttamente e capaci di far capire a tutti che, innanzitutto, la dignità della persona umana si salvaguarda con la tutela della salute. Per realizzare questo obiettivo occorre sempre e comunque attuare norme improntate al massimo rigore scientifico, riconducibili alla legislazione del 1934, oggi più attuale che mai!

**DISEGNO DI LEGGE****Art. 1.**

1. Gli operatori sanitari che nell'esercizio della loro professione vengono a conoscenza di uno stato di AIDS, ovvero di un caso di infezione da HIV, anche non accompagnato da stato morboso, devono osservare le disposizioni di cui agli articoli 254 e 255 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265.

2. Tali disposizioni si applicano, inoltre, ai soggetti tossicodipendenti sospetti di essere affetti da malattia od infezione di cui al comma 1.

**Art. 2.**

1. I datori di lavoro, pubblici e privati, possono chiedere ai loro dipendenti o a persone prese in considerazione per l'instaurazione di un rapporto di lavoro di sottoporsi ad accertamenti diagnostici relativi all'infezione da HIV.

2. Tale accertamento è obbligatorio per i lavoratori immigrati.

**Art. 3.**

1. I direttori degli Istituti di prevenzione e pena possono svolgere indagini volte ad accertare nei detenuti l'esistenza di uno stato di sieropositività.

**Art. 4.**

1. Le forze di polizia, nell'esercizio delle loro funzioni, possono chiedere alle persone che esercitano l'attività di prostituzione l'esibizione di un recente certificato di sana e robusta costituzione fisica, comprendente

la specifica attestazione dell'esclusione dell'infezione da HIV.

2. In mancanza della certificazione di cui al comma 1, le forze di polizia possono chiedere al sindaco del luogo l'autorizzazione a sottoporre tali persone ad accertamenti diagnostici per verificare l'eventuale presenza di uno stato di sieropositività.

#### Art. 5.

1. Per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori previsti dalla presente legge, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. Sono soppresse le disposizioni in contrasto con la presente legge e, in particolare, gli articoli 5 e 6 della legge 5 giugno 1990, n. 135.

#### Art. 6.

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.