



Rapporti

ISTISAN

12/8



La normativa italiana in materia di HIV, AIDS
e Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST)



ISSN 1123-3117

A cura di
A.M. Luzi, A. Colucci e B. Suligoj

www.iss.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**La normativa italiana in materia di HIV, AIDS
e Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST)**

A cura di
Anna Maria Luzi, Anna Colucci e Barbara Suligoj
Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate

ISSN 1123-3117

Rapporti ISTISAN

12/8

Istituto Superiore di Sanità

La normativa italiana in materia di HIV, AIDS e Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST).

A cura di Anna Maria Luzi, Anna Colucci e Barbara Suligoi

2012, vi, 80 p. Rapporti ISTISAN 12/8

Il presente Rapporto è il risultato della collaborazione tra l'Unità Operativa Ricerca Psico-Socio-Comportamentale, Comunicazione, Formazione (UO RCF) e il Centro Operativo AIDS (COA), due Strutture operanti da lungo tempo presso il Dipartimento di Malattie Infettive Parassitarie ed Immunomediate dell'Istituto Superiore di Sanità. La finalità prioritaria di questo lavoro è stata quella di realizzare una Guida comprendente le principali disposizioni legislative, regolamentari e amministrative per una più facile e rapida consultazione da parte di coloro i quali siano direttamente o indirettamente coinvolti nelle problematiche legate all'infezione da HIV e alle Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST). Tale compendio di norme, quadri giurisprudenziali, indicazioni del Garante per la protezione dei dati personali e aspetti deontologici è articolato in due parti: la prima riguarda la legislazione in materia di infezione da HIV e AIDS, la seconda parte affronta il complesso quadro legislativo concernente le IST. Ognuna delle due parti si apre con una descrizione dello scenario epidemiologico, al quale segue una trattazione dettagliata, se pur non esaustiva, degli elementi normativi, giurisprudenziali, deontologici concernenti, rispettivamente, l'infezione da HIV e le Infezioni Sessualmente Trasmesse.

Parole chiave: HIV; Infezioni Sessualmente Trasmesse; Legislazione; Giurisprudenza; Deontologia

Istituto Superiore di Sanità

The Italian legislation on HIV, AIDS and Sexually Transmitted Diseases (STDs).

Edited by Anna Maria Luzi, Anna Colucci and Barbara Suligoi

2012, vi, 80 p. Rapporti ISTISAN 12/8 (in Italian)

The present document has been prepared by the Unità Operativa Ricerca Psico-Socio-Comportamentale, Comunicazione, Formazione (UO RCF) and the Centro Operativo AIDS (COA, National AIDS Unit) of the Department of Infectious, Parasitic and Immunomediated Diseases of the Istituto Superiore di Sanità (National Institute of Health, Italy). The main objective of this volume is to provide a lean list of the most relevant Italian laws, regulations and administrative decisions to be used by those persons who are directly or indirectly involved in the field of HIV infection or Sexually Transmitted Diseases (STDs). This compendium includes laws, pronouncements of the authority for the protection of personal data, and decisions on ethical aspects. It consists of two sections, specifically: the first section includes the legislation on HIV infection and AIDS, the second section includes the legislation on STDs. Each section offers also an epidemiological overview that describes the current spread of these diseases in Italy.

Key words: HIV; Sexually Transmitted Diseases; Legislation; Law; Ethics

Per informazioni su questo documento scrivere a: anna.luzi@iss.it.

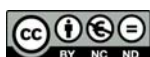
Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

Luzi AM, Colucci A, Suligoi B. (Ed.). *La normativa italiana in materia di HIV, AIDS e Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/8).

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro, Sara Modigliani e Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.



INDICE

Abbreviazioni	iii
Premessa	v
PRIMA PARTE. L'infezione da HIV e l'AIDS	
<hr/>	
Scenario epidemiologico dell'infezione da HIV e dell'AIDS	3
Bibliografia.....	5
Quadro normativo in materia di infezione da HIV e AIDS	6
Parte generale	6
Notifica dei casi di infezione da HIV e di AIDS	10
Tutela dei dati personali	12
Tutela dei dati personali e luogo di lavoro	15
Accesso al lavoro.....	15
Invalidità.....	15
Esenzione ticket.....	16
Assistenza domiciliare	16
HIV, AIDS e infanzia	16
Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (esposizione professionale).....	17
Trasfusioni, somministrazioni di emoderivati e donazione di tessuti (criteri di selezione del donatore e danni).....	17
HIV, AIDS e detenzione: le raccomandazioni internazionali.....	19
HIV, AIDS e detenzione: la normativa italiana.....	20
Pubblica Amministrazione	21
Cenni relativi alla normativa internazionale e dell'Unione Europea.....	26
Normativa in materia di inumazioni	27
Disposizioni in materia di rifiuti sanitari	28
Quadro giurisprudenziale in materia di infezione da HIV e AIDS	29
Penale	29
Delitti contro la persona	29
Diffamazione	29
Differimento pena.....	30
Rinvio dell'esecuzione della pena per le persone affette da infezione da HIV.....	30
Casi di incompatibilità tra carcere e malattia.....	30
Epidemia.....	30
Responsabilità penale medico per danno da trasfusione.....	30
Responsabilità prostituta per rapporti non protetti.....	31
Civile	31
Test per la diagnosi di infezione ed il consenso dell'interessato	31
Danni da trasfusioni.....	31
HIV	32
Aspetti deontologici in materia di infezione da HIV e AIDS	33
Codice di deontologia medica	33
Provvedimenti del garante per la protezione dei dati personali in materia di infezione da HIV e AIDS	35

SECONDA PARTE. Le infezioni sessualmente trasmesse

Scenario epidemiologico delle Infezioni Sessualmente Trasmesse	59
Introduzione.....	59
La nuova prospettiva del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005	60
Le fonti di dati in Italia.....	60
La diffusione delle IST in Italia: i dati dei clinici.....	62
La diffusione delle IST in Italia: i dati dei microbiologi	62
Considerazioni finali	63
Bibliografia.....	63
La normativa italiana in materia di infezioni sessualmente trasmesse	65
Criteri di non idoneità a concorsi pubblici e/o ad attività professionali	65
<i>Treponema pallidum</i> (sifilide).....	65
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (gonorrea o blenorragia).....	67
Misure di Prevenzione.....	67
<i>Treponema pallidum</i> (sifilide).....	67
<i>Chlamydia trachomatis</i> (infezione da <i>Chlamydia trachomatis</i>).....	69
<i>Gardnerella vaginalis</i> (vaginosi da <i>Gardnerella Vaginalis Gardnerella vaginalis</i>).....	69
<i>Haemophilus ducreyi</i> (ulcera molle).....	70
<i>Herpes simplex virus</i> (herpes genitale).....	70
<i>Mycoplasma hominis</i> (infezione da <i>Mycoplasma hominis</i>).....	71
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (gonorrea o blenorragia).....	71
Notifica Obbligatoria.....	72
<i>Treponema pallidum</i> (sifilide).....	72
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (gonorrea o blenorragia).....	72
<i>Phthirus pubis</i> (pediculosi del pube).....	73
Excursus storico-legislativo in materia di infezioni sessualmente trasmesse	74
Giurisprudenza in materia di infezioni sessualmente trasmesse	78
<i>Treponema pallidum</i> (sifilide).....	78
<i>Herpes simplex virus</i> (herpes genitale).....	79
Papillomavirus umano (Infezione da Papillomavirus umano).....	79
<i>Mycoplasma hominis</i> (Infezione da <i>Mycoplasma hominis</i>)	79
Appendice	80
Scheda di aggiornamento	80

ABBREVIAZIONI

Acc.	Accordo
AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
Art.	Articolo
Artt..	Articoli
Ct.	<i>Chlamydia trachomatis</i>
CIPE	Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica
COA	Centro Operativo AIDS
CUF	Commissione Unica del Farmaco
Decr.	Decreto
Del.	Deliberazione
DL	Decreto Legge
DL.vo	Decreto Legislativo
DM	Decreto Ministeriale
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DPR	Decreto del Presidente della Repubblica
Det.	Determinazione
HAART	<i>Highly Active Anti-Retroviral Therapy</i>
HSV 1 e 2	Herpes simplex virus di tipo 1 e 2
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	Papillomavirus umano
IST	Infezioni Sessualmente Trasmesse
GUP	Giudice Udienza Preliminare
Ng	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
NG/NC	Infezioni batteriche non gonococciche non clamidiali
OM	Ordinanza Ministeriale
PSN	Piano Sanitario Nazionale
Provv.	Provvedimento
Provv. Garante protez. dati pers.	Provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali
RD	Regio Decreto
RDL	Regio Decreto Legge
SO	Supplemento Ordinario
SS	Seguenti
SSUU	Sezioni Unificate
TAR	Tribunale Amministrativo Regionale
Tv	<i>Trichomonas vaginalis</i>

Note

Nel 2001 la dicitura “Ministero della Sanità” è stata modificata in “Ministero della Salute” (legge 3 agosto 2001, n. 317)

PREMESSA

Anna Maria Luzi, Anna Colucci, Barbara Suligo

(a) *Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione, Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Centro Operativo AIDS, Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Il presente lavoro è il risultato della collaborazione tra l'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione (UO RCF) e il Centro Operativa AIDS (COA) del Dipartimento di Malattie Infettive Parassitarie ed Immunomediate dell'Istituto Superiore di Sanità.

Si tratta di due strutture operative che dal 1987 sono impegnate, oltre che nel campo della ricerca psico-socio-comportamentale ed epidemiologica, anche in interventi di prevenzione dell'HIV e delle Infezioni a Sessualmente Trasmesse (IST). Nello specifico l'UO RCF attraverso il Telefono Verde AIDS è impegnata nell'erogazione di informazioni sull'infezione da HIV, AIDS e, più recentemente, sulle IST. Il COA, invece, rileva l'andamento sull'intero territorio nazionale di tali infezioni attraverso l'attività di Sorveglianza e conduce attività di ricerca sia nell'ambito dell'HIV che delle IST. Pertanto, le Unità Operative coinvolte in questo lavoro sono quotidianamente a contatto sia con i singoli cittadini, sia con gli operatori e i referenti dei Servizi sanitari territoriali, i quali necessitano di chiare indicazioni relativamente al complesso quadro normativo, che regola a vario titolo e in differenti ambiti, l'infezione da HIV, l'AIDS e le IST.

La finalità prioritaria del presente documento è stata quella di realizzare una Guida comprendente le principali disposizioni legislative, regolamentari e amministrative per una più facile e rapida consultazione da parte di coloro i quali siano direttamente o indirettamente coinvolti nelle problematiche legate all'infezione da HIV e, più in generale, alle IST.

Questo compendio di norme, quadri giurisprudenziali, indicazioni del Garante per la protezione dei dati personali e aspetti deontologici è articolato in due parti: la prima riguarda la legislazione in materia di infezione da HIV e AIDS, la seconda parte affronta il complesso quadro legislativo concernente le Infezioni Sessualmente Trasmesse. Ognuna delle due parti si apre con la descrizione degli aspetti epidemiologici, proseguendo con l'indicazione di leggi, decreti e disposizioni normative elencate dalla più recente alla più datata.

Nella prima parte, riguardante l'infezione da HIV, viene raccolta la normativa dal 1983 al 2011 relativa agli argomenti di maggiore interesse quali, ad esempio, la notifica dei casi di AIDS conclamato agli organi competenti, la tutela dei dati personali, i diritti esigibili (invalidità, esenzione ticket, assistenza domiciliare), l'infanzia, la protezione dell'esposizione professionale, i danni derivanti da trasfusioni e la somministrazione di emoderivati, nonché l'AIDS e il carcere.

Vengono, inoltre, riportate alcune interessanti pronunce dei Tribunali e delle Corti del nostro Paese che, nel corso degli ultimi tre decenni, hanno contribuito a disegnare l'ambito di competenze e di responsabilità degli operatori del settore sanitario (responsabili, medici, infermieri) nonché delle stesse persone coinvolte. Si forniscono anche chiarimenti sull'interazione del fenomeno HIV/AIDS con la vita di tutti i giorni (inclusi taluni aspetti specifici legati alla permanenza carceraria di persone con HIV o con AIDS). Per quanto riguarda l'AIDS, in Italia, il primo provvedimento di natura amministrativa emanato dal Ministero della Sanità, è stato la circolare del 3 agosto 1983, n. 64, con la quale si richiamava

l'attenzione degli organismi periferici sui casi di Sindrome da Immunodeficienza Acquisita. La circolare concludeva raccomandando di porre molta attenzione affinché ogni caso, sospetto o accertato, fosse segnalato al Ministero della Sanità e all'Istituto Superiore di Sanità.

L'Italia dispone oggi di una normativa sull'AIDS fra le più esaustive, aggiornate ed avanzate del mondo ed è uno dei pochi Paesi ad aver approvato una specifica legge sull'AIDS e non un insieme di disposizioni legislative contenute in leggi riguardanti argomenti diversi. 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 ha previsto una serie di misure urgenti nel settore assistenziale della prevenzione, della formazione, tale da essere considerata, a pieno titolo, la Legge alla quale tutti i successivi e più specifici provvedimenti si sono richiamati.

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.

Nella seconda parte, relativa alle Infezioni Sessualmente Trasmesse, vengono illustrate per ogni singola patologia le norme che regolamentano settori specifici della vita civile, quali ad esempio il lavoro o i concorsi pubblici. Sono, inoltre, riportate nel dettaglio leggi e regolamenti, riguardanti l'herpes genitale, l'infezione da *Chlamydia trachomatis*, la vaginosi da *Gardnerella vaginalis*, l'ulcera molle, l'infezione da *Mycoplasma hominis*, la blenorragia e la pediculosi del pube. Vengono altresì riportate alcune disposizioni risalenti all'inizio del XIX secolo, riguardanti specificamente la prevenzione, la diagnosi e la cura della sifilide.

Occorre tuttavia specificare che, per esigenze di sintesi, la presente raccolta non contiene riferimenti alle normative delle singole Regioni, le quali potranno formare oggetto di un futuro lavoro. Ampliamento ed aggiornamento che risulterà, comunque, indispensabile operare, periodicamente, anche per la parte attinente alla legislazione nazionale ed alla giurisprudenza, al fine di fornire un'analisi dettagliata degli sviluppi nella materia trattata. Le competenze territoriali in materia sanitaria sono, infatti, notevolmente aumentate a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, conferendo alle Regioni ampi poteri normativi nel campo della tutela della salute, pur nel rispetto dei principi fondamentali fissati dalla legislazione statale.

Gli Autori hanno anche ritenuto opportuno riportare per intero i testi di alcuni provvedimenti dell'*Autorità Garante per la protezione dei dati personali* sul tema specifico del trattamento dell'informazione sanitaria riguardante la sieropositività. Tale scelta è stata dettata dalla particolare importanza che gli argomenti trattati nei citati provvedimenti hanno assunto nel lavoro di chi ha contribuito alla realizzazione della Guida, posto che l'improprio trattamento dei dati sanitari ultrasensibili (tale, è indubbiamente, la notizia della sieropositività per HIV o per altre IST) costituisce al contempo il punto più critico nella tutela dei diritti delle persone con infezione da HIV o altre IST e la premessa di altre e più gravi violazioni.

PRIMA PARTE

L'infezione da HIV e l'AIDS

SCENARIO EPIDEMIOLOGICO DELL'INFEZIONE DA HIV E AIDS

Laura Camoni (a), Stefano Boros (a), Mariangela Raimondo (a), Vincenza Regine (a), Maria Cristina Salfa(a), Barbara Suligoi (a) e i Referenti Regionali dei Sistemi di Sorveglianza HIV*
(a) Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Alla fine del 2010 l'UNAIDS (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*) ha stimato 33 milioni di persone viventi con l'HIV/AIDS nel mondo. Nel 2009 sono state registrate 2,6 milioni di nuove infezioni e 1,8 milioni morti a causa dell'AIDS. L'Africa Sub-Sahariana è la regione più colpita, con 1,8 nuovi casi per milione di abitanti nel 2009, seguita dal Sud-Est asiatico e dall'Europa dell'Est (1).

La diffusione del virus dell'immunodeficienza acquisita nella Regione Europea presenta una forte variabilità geografica legata principalmente a differenze economiche e sociali. Il numero delle notifiche di AIDS e di HIV è elevato nell'Europa occidentale, ma in trend discendente come conseguenza dell'ampio accesso alla terapia antiretrovirale (efficace nel prevenire la progressione clinica dell'infezione) e della buona riuscita dei programmi di prevenzione ed informazione. Nell'Est Europeo si registra un aumento continuo delle notifiche di AIDS e di HIV a causa dei limiti della risposta dei sistemi sanitari all'epidemia da HIV e del ridotto accesso alla HAART. I paesi dell'Europa centrale sono, invece, interessati in misura minore da questa epidemia (2).

In Italia, la raccolta dei dati sui casi di AIDS è iniziata nel 1982 e nel giugno 1984 è stata formalizzata in un Sistema di Sorveglianza Nazionale.

Il Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità è stato istituito con decreto del Ministero della Sanità nel gennaio del 1987. Dal 1984 raccoglie i dati relativi alle notifiche di AIDS e dal 2008 i dati delle nuove diagnosi di infezione da HIV (3).

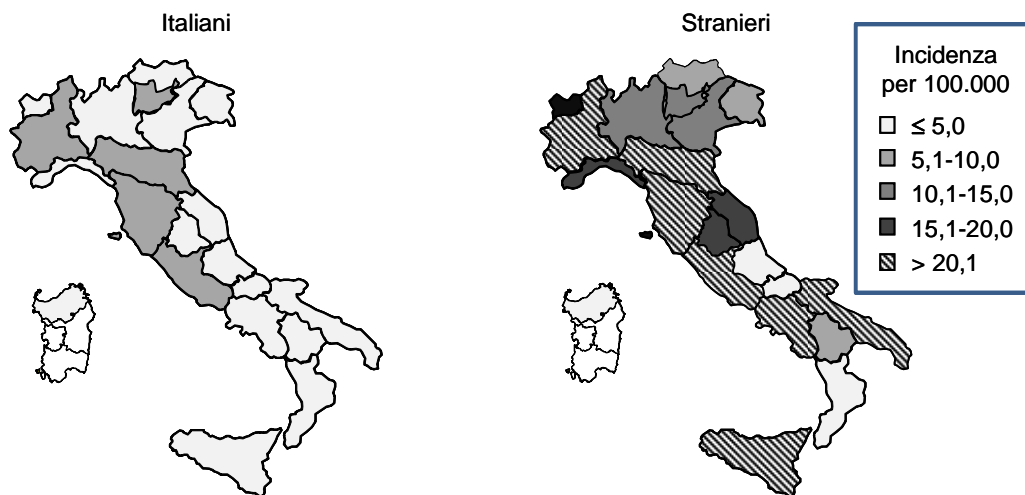
La sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, che riporta i dati relativi alle persone che risultano positive al test HIV per la prima volta, è stata attivata in tutte le regioni italiane.

I dati riportati da questo Sistema di Sorveglianza indicano che nel 2010 sono stati diagnosticati 4,0 nuovi casi di HIV positività ogni 100.000 residenti italiani e 20,0 nuovi casi di HIV positività ogni 100.000 stranieri residenti (Figura 1).

Nel 2010 quasi una persona su tre diagnosticate come HIV positive è di nazionalità straniera. L'incidenza è maggiore al centro-nord rispetto al sud-isole. Negli ultimi 10 anni si osserva, nelle aree per le quali il dato è disponibile, una stabilizzazione delle segnalazioni.

Le persone che hanno scoperto di essere HIV positive nel 2010 hanno un'età mediana di 39 anni per i maschi e di 35 anni per le femmine.

* Abruzzo: Rossana Cassiani; Basilicata: Francesco Locuratolo; Calabria: Daniele C. Chirico, Antonio Zaccone; Campania: Guglielmo Borgia, Raffaele Palombino; Emilia Romagna: Alba Carola Finarelli, Erika Massimiliani; Friuli Venezia-Giulia: Linda Gallo, Cristina Zappetti; Lazio: Angela Carboni, Patrizio Pezzotti; Liguria: Giancarlo Icardi, Sergio Schiaffino; Lombardia: Anna Gramegna, Anna Pavan; Marche: Nicola Scola; Molise: Paola Sabatini; Piemonte: Chiara Pasqualini; Puglia: Maria Chironna; Sassari: Maria Stella Mura, Giordano Madeddu; Toscana: Fabio Voller, Veronica Casotto; Trentino Alto Adige: Gina Rossetti, Raffaele Pristerà; Valle D'Aosta: Luigi Sudano, Marina Verardo; Veneto: Francesca Pozza



Incidenza: 4,0 per 100.000 italiani residenti Incidenza: 20,0 per 100.000 stranieri residenti

Figura 1. Incidenza (per 100.000 residenti) delle nuove diagnosi di HIV segnalate nel 2010

La proporzione di donne è aumentata fino a metà degli anni novanta e dal 2003 sta diminuendo: il rapporto maschi/femmine, che era di 2,3 nel 2003, è diventato di 3,2 nel 2010. Aumentano i casi attribuibili a contatti eterosessuali ed omosessuali, che nel 2010 costituiscono complessivamente l'80,7% di tutte le segnalazioni. Un terzo delle persone con una nuova diagnosi di HIV viene diagnosticato in fase avanzata di malattia, con una rilevante compromissione del sistema immunitario (numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/mm³).

La sorveglianza dell'AIDS, che riporta i dati delle persone sieropositive con una diagnosi di AIDS conclamato, ha una copertura nazionale. Dall'inizio dell'epidemia nel 1982 al 2010 sono stati segnalati circa 63.000 casi di AIDS, di cui quasi 40.000 deceduti (Figura 2).

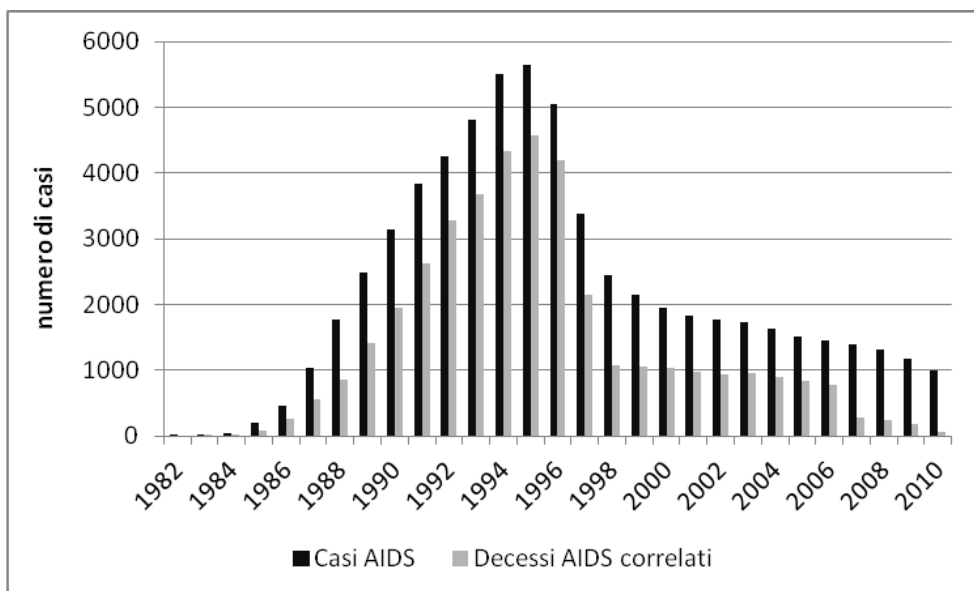


Figura 2. Casi di AIDS e decessi AIDS-correlati 1982-2010

I nuovi casi di AIDS per anno continuano a diminuire principalmente per effetto delle terapie antiretrovirali combinate (introdotte nel nostro Paese nel 1996). Tali terapie prolungano la sopravvivenza e riducono la mortalità delle persone sieropositive, portando ad un aumento progressivo del numero delle persone viventi con AIDS. Le caratteristiche delle persone con AIDS sono cambiate negli ultimi 10 anni: sono diminuiti i casi attribuibili a uso iniettivo di droghe mentre sono aumentati i casi attribuibili a contatto sessuale (sia eterosessuale che omosessuale). Una quota crescente di persone scopre di essere sieropositiva molto tardi, in concomitanza con la diagnosi di AIDS. Come conseguenza di queste diagnosi tardive, ben due terzi delle persone diagnosticate con AIDS dal 1996 al 2010 non ha usufruito dei benefici delle terapie antiretrovirali prima di tale diagnosi.

I dati sull'infezione da HIV e sull'AIDS sono pubblicati annualmente nel Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità (3). Informazioni aggiornate, riferimenti legislativi e risultati della ricerca scientifica nel campo dell'HIV e dell'AIDS, si possono trovare all'indirizzo www.iss.it/ccoa/.

Bibliografia

1. WHO-UNAIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. Disponibile all'indirizzo: www.unaids.org; ultima consultazione 18/04/2012.
2. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2009. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2010. Disponibile all'indirizzo: www.ecdc.europa.eu; ultima consultazione 18/04/2012.
3. COA-Istituto Superiore di Sanità. Aggiornamento dei casi di AIDS e delle nuove diagnosi di infezione da HIV in Italia. Not Ist Super Sanità, 2011;24(5)Suppl1:1-27. Disponibile all'indirizzo: www.iss/ccoa/publ/cont.php?id=15&lang=1&tipo=5; ultima consultazione 18/04/2012.

QUADRO NORMATIVO IN MATERIA DI INFEZIONE DA HIV E AIDS

Maria Antonietta Serra (a), Gabriele Sabato (b), Matteo Schwarz (c)

(a) Azienda Unitaria Sanitaria Locale, Viterbo

(b) Foro di Firenze

(c) Network Persone Sieropositive Italia, Milano

Parte generale

Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, 20 aprile 2011

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Progetto Trapianti di organi solidi in pazienti HIV+». (Rep. Atti n. 79/CSR del 20 aprile 2011).

Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 113 del 17 maggio 2011.

DM 01 febbraio 2011

Ricostituzione della Commissione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS.

DM 02 marzo 2010

Approvazione del programma di attività per l'anno 2010 del Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie – CCM.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 161 del 13 luglio 2010.

DM 31 marzo 2008

Istituzione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 141 del 18 giugno 2008.

DM 07 maggio 2001

Definizione dei casi di AIDS conclamata o di grave deficienza immunitaria per i fini di cui alla Legge 12 luglio 1999, n. 231. Modifica dell'art. 2 del decreto interministeriale 21 ottobre 1999.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 244 del 19 ottobre 2001.

DPR 14 settembre 1991

Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per l'attivazione dei servizi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 219 del 18 settembre 1991.

DPR 09 ottobre 1990, n. 309 (art. 120)

Testo Unico in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 31 ottobre 1990.

DM 28 settembre 1990

Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 235 dell'8 ottobre 1990.

Legge 05 giugno 1990, n. 135

Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS.
Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 235 dell'8 ottobre 1990.

Circolare Ministero della Sanità 05 ottobre 1989

Linee guida di comportamento per gli operatori sanitari per il controllo dell'infezione da HIV.
Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

Circolare Ministero della Sanità 13 febbraio 1988, n. 14

Infezione da HIV e sindromi ad essa correlate. Misure di sorveglianza e controllo.
Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

Circolare Ministero della Sanità 13 febbraio 1987, n. 5

Modifiche al Decreto ministeriale 5 luglio 1975 riportante l'elenco delle malattie infettive sottoposte a denuncia obbligatoria.
Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 48 del 27 febbraio 1987.

Decreto del Ministero della Sanità 28 novembre 1986

Inserimento nell'elenco delle malattie infettive e diffusive sottoposte a notifica obbligatoria, dell'AIDS (SIDA), della rosolia congenita, del tetano neonatale e delle forme di epatite distinte in base alla loro etiologia.
Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 288 del 12 dicembre 1986.

Circolare Ministero della Sanità 25 agosto 1984, n. 65

Sindrome da immunodeficienza acquisita – Misure di profilassi.
Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

Circolare Ministero della Sanità 25 giugno 1984, n. 48

Sindrome da immunodeficienza acquisita – Scheda di rilevamento.
Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

Circolare Ministero della Sanità 3 agosto 1983, n. 64

Sindrome da immunodeficienza acquisita.
Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

Legge 20 maggio 1970, n. 300 (art. 38)

Norme sulla tutela della libertà e dignità dei lavoratori, della libertà sindacale e dell'attività sindacale nei luoghi di lavoro e norme sul collocamento. E' importante fare riferimento all'Art. 38 dello Statuto dei Lavoratori, soprattutto perché esso rimanda all'art. 5 della stessa Legge, ove sono contenute norme riguardanti i limiti alle indagini ed agli accertamenti sanitari che il datore di lavoro può svolgere per verificare l'idoneità del lavoratore.
Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 27 maggio 1970, n. 131.

Decreto Direttoriale 19 gennaio 2011

Determinazione del tasso di interesse da applicarsi, per il periodo 1° gennaio - 30 giugno 2011, ai mutui destinati alla realizzazione del programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS stipulati in data anteriore al 29 marzo 1999.
Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 29 gennaio 2011, n. 23.

DM 11 giugno 2010

Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze.
Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 12 luglio 2010, n. 160.

DM 09 aprile 2010

Elenco delle Associazioni e degli enti di cui all'articolo 5 del Decreto legislativo 9 luglio 2003, n. 215.

Attuazione della direttiva 2000/43/CE per la parità di trattamento tra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 4 agosto 2010, n. 180.

Comunicato 01 aprile 2010

Aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modifiche e integrazioni.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 1 aprile 2010, n. 76, SO.

Det. 09 dicembre 2008

Aggiornamento dell'elenco dei medicinali, istituito con il provvedimento della Commissione Unica del Farmaco 20 luglio 2000, erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 4, del Decreto-Legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito dalla Legge 23 dicembre 1996, n. 648.

Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 2 gennaio 2009, n. 1, SO.

DM 11 aprile 2008

Linee guida in materia di procreazione medicalmente assistita.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 aprile 2008, n. 101.

DM 31 marzo 2008

Istituzione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 28 luglio 2008, n. 175.

Det. 29 maggio 2007

Aggiornamento dell'elenco dei medicinali, istituito con il Provvedimento CUF 20 luglio 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 219 del 19 settembre 2000 con errata-corrige nella Gazzetta Ufficiale n. 232 del 4 ottobre 2000, erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 4, del Decreto-Legislativo 21 ottobre 1996, n. 536, convertito dalla Legge. 23 dicembre 1996, n. 648.

Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 6 giugno 2007, n. 129, SO.

DPCM 29 novembre 2001

Definizione dei livelli essenziali di assistenza.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2002, n. 33, SO.

OM 25 luglio 2001

Divieto d'importazione e di esportazione di gameti o di embrioni umani.

Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 13 agosto 2001, n. 187.

DM 21 maggio 2001, n. 308

Regolamento concernente «Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'art. 11 della Legge 8 novembre 2000, n. 328.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 28 luglio 2001, n. 174.

DM 12 luglio 2000

Approvazione di «Tabella delle menomazioni»; «Tabella indennizzo danno biologico»; «Tabella dei coefficienti»; relative al danno biologico ai fini della tutela dell'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 25 luglio 2000, n. 172, SO.

DM 13 ottobre 1995

Disciplina per le rilevazioni epidemiologiche e statistiche dell'infezione da HIV.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 2 maggio 1996, n. 101.

DM 17 febbraio 1994

Modalità e procedure per la concessione di mutui destinati al finanziamento degli interventi per la prevenzione e lotta contro l'AIDS.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 11 marzo 1994, n. 58.

DM 30 dicembre 1992

Misure dirette ad escludere il rischio di infezione da HIV2 da trasfusioni di sangue e somministrazione di emoderivati.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 13 gennaio 1993, n. 9.

DM 04 novembre 1991

Modalità di prescrizione della specialità medicinale Retrovir.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 22 novembre 1991, n. 274.

DM 13 settembre 1991

Approvazione degli schemi-tipo di convenzione per la disciplina dei rapporti inerenti al trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 24 settembre 1991, n. 224.

DM 15 luglio 1991

Estensione della vendita al pubblico della specialità medicinale denominata Retrovir ed elenco delle strutture pubbliche che possono prescriberla.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 31 luglio 1991, n. 178.

DM 15 gennaio 1991

Protocolli per l'accertamento della idoneità del donatore di sangue ed emoderivati.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 24 gennaio 1991, n. 20.

DM 27 ottobre 1990

Modalità e procedure degli interventi per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS previsti dalla Legge 5 giugno 1990, n. 135.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 3 dicembre 1990, n. 282.

Legge 26 giugno 1990, n. 162

Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della Legge 22 dicembre 1975, n. 685, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 26 giugno 1990, numero 147, SO.

DM 3 marzo 1987, n. 133

Assoggettamento alla disciplina dei presidi medico chirurgici dei kit per la rilevazione di anticorpi anti-HIV.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 6 aprile 1987, n. 80.

Circolare Ministero della Sanità 16 luglio 1986, n. 47

Infezioni da LAV/HIV. Misure di sorveglianza e profilassi.

Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

Nota del Ministero della Sanità 22 febbraio 1986, n. 400.2/3029/240

Rivelazioni dei casi di AIDS.

Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

Legge 22 dicembre 1975, n. 685¹

Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 30 dicembre 1975, n. 342.

DPR 26 ottobre 1972, n. 633

Istituzione e disciplina dell'imposta sul valore aggiunto.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 11 novembre 1972, n. 292, SO.

Notifica dei casi di infezione da HIV e di AIDS

DM 14 gennaio 2008

Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 22 marzo 2008, n. 70, SO.

DM 27 aprile 2004

Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del testo unico, approvato con DPR 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 10 giugno 2004, n. 134.

Circolare Ministero della Sanità 8 giugno 1995, n. 16

Revisione della scheda di notifica dei casi di AIDS in adulti.

Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 12 luglio 1995 n. 161.

¹ Con sentenza 28 gennaio-22 febbraio 1983, n. 31 (Gazzetta Ufficiale 2 marzo 1983, n. 60) la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della presente legge nelle parti concernenti le attribuzioni delle regioni, in cui, relativamente all'ambito territoriale del Trentino-Alto Adige, non statuisce che dette attribuzioni spettano alle province di Trento e Bolzano.

DM 13 ottobre 1995

Disciplina delle rilevazioni epidemiologiche e statistiche dell'infezione da HIV.
Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 7 maggio 1996 n. 101.

Circolare Ministero della Sanità 29 aprile 1994, n. 9

Revisione della definizione di caso di AIDS ai fini della sorveglianza epidemiologica.
Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 13 maggio 1994 n. 110.

Circolare Ministero della Sanità 17 dicembre 1990, n. 36

Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990 concernente il sistema informativo delle malattie infettive e diffuse.
Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 8 gennaio 1991, n. 6.

DM 15 gennaio 1988, n. 14

Disposizioni dirette ad escludere il rischio di infezione da HIV attraverso la catena delle emotrasfusioni e della somministrazione di emoderivati.
Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 26 gennaio 1988, n. 20.

Circolare Ministero della Sanità 13 febbraio 1988, n. 14

Infezioni da HIV e sindromi ad essa correlate. Misure di sorveglianza e controllo.
Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

Circolare Ministero della Sanità 13 febbraio 1987 n. 5

Decreto Ministeriale 28 novembre 1986 – Modifiche al Decreto Ministeriale 5 luglio 1975 riportante l'elenco delle malattie infettive sottoposte a denuncia obbligatoria.
Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 27 febbraio 1987 n. 48.

Nota del Ministero della Sanità 14 marzo 1987

Nuove indicazioni in merito all'esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie in bambini asintomatici nati da madre sieropositiva per HIV.
Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

Circolare 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.
Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

DM 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.
Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 12 dicembre 1986, n. 288.

Circolare 17 luglio 1985, n. 28

Infezioni da LAV/HIV. Misure di sorveglianza e profilassi.
Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

Circolare Ministero della Sanità 25 ottobre 1984, n. 86

Tutela dello stato generale di salute dei tossicodipendenti.
Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

Circolare Ministero della Sanità 20 novembre 1984, n. 87

Problemi di assistenza sanitaria ai tossicodipendenti - Trattamenti protratti con metadone.
Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

Circolare Ministero della Sanità 3 agosto 1983, n. 64

Sindrome da immunodeficienza acquisita.
Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

Tutela dei dati personali

Autorizzazione 16 dicembre 2009, n. 2/2009

Autorizzazione al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.
(Autorizzazione n. 2/2009)
Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 18 gennaio 2010, n. 13, SO.

Autorizzazione 16 dicembre 2009, n. 6/2009

Autorizzazione al trattamento dei dati sensibili da parte degli investigatori privati.
(Autorizzazione n. 6/2009)
Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 18 gennaio 2010, n. 13, SO.

Del. 12 novembre 2009, n. 35

Prescrizioni concernenti la raccolta d'informazioni sullo stato di sieropositività dei pazienti da parte degli esercenti le professioni sanitarie. (Deliberazione n. 35)
Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 12 dicembre 2009, n. 289.

Autorizzazione 19 giugno 2008, n. 2/2008

Autorizzazione al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.
(Autorizzazione n. 2/2008)
Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 21 luglio 2008, n. 169, SO.

Autorizzazione 19 giugno 2008, n. 6/2008

Autorizzazione al trattamento dei dati sensibili da parte degli investigatori privati.
(Autorizzazione n. 6/2008)
Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 21 luglio 2008, n. 169, SO.

DM 12 dicembre 2007, n. 277

Regolamento di attuazione dell'articolo 20, commi 2 e 3, dell'articolo 21 e dell'articolo 181, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante: «Codice in materia di protezione dei dati personali»
Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 18 marzo 2008, n. 66, SO.

Decr. 17 luglio 2007

Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari dell'Istituto Superiore di Sanità
Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 25 agosto 2007, n. 197, SO.

Del. Garante protez. dati pers. 28 giugno 2007, n. 25

Autorizzazione al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.
Autorizzazione n. 2/2007. (Deliberazione n. 25)
Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 24 agosto 2007, n. 196, SO.

Del. Garante protez. dati pers. 28 giugno 2007, n. 29

Autorizzazione al trattamento dei dati sensibili da parte degli investigatori privati. Autorizzazione n. 6/2007 (Deliberazione n. 29).

Publicata nella Gazzetta Ufficiale 24 agosto 2007, n. 196, SO.

Del. Garante protez. dati pers. 14 giugno 2007

Linee guida in materia di trattamento di dati personali di lavoratori per finalità di gestione del rapporto di lavoro in ambito pubblico.

Publicata nella Gazzetta Ufficiale 13 luglio 2007, n. 161, SO.

Prov. Garante protez. dati pers. 21 marzo 2007

Certificazioni per il riconoscimento dell'invalidità civile.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 7 aprile 2007, n. 82.

DM 12 dicembre 2006, n. 306

Regolamento recante: «Disciplina del trattamento dei dati sensibili e giudiziari da parte del Ministero della giustizia, adottato ai sensi degli articoli 20 e 21 del DL.vo 30 giugno 2003, n. 196 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”)».

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 15 gennaio 2007, n. 11, SO.

Prov. Garante protez. dati pers. 23 novembre 2006

Linee guida in materia di trattamento di dati personali di lavoratori per finalità di gestione del rapporto di lavoro alle dipendenze di datori di lavoro privati.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 7 dicembre 2006, n. 285.

Prov. Garante protez. dati pers. 21 dicembre 2005, n. 2/2005

Autorizzazione al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale (Autorizzazione n. 2/2005).

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 3 gennaio 2006, n. 2, SO.

Prov. Garante protez. dati pers. 21 dicembre 2005, n. 6/2005

Autorizzazione al trattamento dei dati sensibili da parte degli investigatori privati (Autorizzazione n. 6/2005).

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 3 gennaio 2006, n. 2, SO, n. 1.

DL.vo 30 giugno 2003, n. 196 (artt. 4 e 76)

Codice in materia di protezione dei dati personali.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 29 luglio 2003, n. 174, SO n. 123.

Prov. Garante protez. dati pers. 31 gennaio 2002, n. 2/2002

Autorizzazione al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale (Autorizzazione n. 2/2002).

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 9 aprile 2002, n. 83, SO n. 70.

Prov. Garante protez. dati pers. 31 gennaio 2002, n. 6/2002

Autorizzazione al trattamento di dati sensibili da parte degli investigatori privati (Autorizzazione n. 6/2002).

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 9 aprile 2002, n. 83, SO n. 70.

Prov. Garante protez. dati pers. 20 settembre 2000

Autorizzazione al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale (Provvedimento n. 2/2000).

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 settembre 2000, n. 229.

Prov. Garante protez. dati pers. 20 settembre 2000

Autorizzazione al trattamento di alcuni dati sensibili da parte degli investigatori privati (Provvedimento n. 6/2000).

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 settembre 2000, n. 229.

Prov. Garante protez. dati pers. 29 settembre 1999

Autorizzazione n. 6/1999 al trattamento di alcuni dati sensibili da parte degli investigatori privati.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 2 ottobre 1999, n. 232.

Prov. Garante protez. dati pers. 29 settembre 1999

Autorizzazione n. 2/1999 al trattamento dei dati idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 2 ottobre 1999, n. 232.

Prov. Garante protez. dati pers. 29 dicembre 1997

Autorizzazione n. 6/1997 al trattamento di alcuni dati sensibili da parte degli investigatori privati.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 2 gennaio 1998, n. 1.

Prov. Garante protez. dati pers. 27 novembre 1997

Autorizzazione n. 2/1997 al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 29 novembre 1997, n. 279.

Legge 31 dicembre 1996, n. 675 (art. 22)

Definisce "dati sensibili" i dati personali idonei a rivelare, tra le altre cose, lo stato di salute e la vita sessuale della persona.

Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 8 gennaio 1997 n. 5, SO n. 3.

Legge 21 dicembre 1996, n. 675 (art. 23)

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.

Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 8 gennaio 1997 n. 5, SO n. 3

Legge 5 giugno 1990, n. 135 (art. 5)

Fa riferimento al trattamento dei dati personali con particolare riguardo al sistema di sorveglianza epidemiologica nazionale dei casi di AIDS ed all'accertamento dell'infezione da HIV nell'ambito di programmi epidemiologici.

Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 8 giugno 1990, n. 132.

RD 19 ottobre 1930, n. 1938 (Codice Penale art. 54)

Stato di necessità.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 28 ottobre 1930, 253.

Tutela dei dati personali e luogo di lavoro

DL.vo 09 aprile 2008, n. 81

Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 30 aprile 2008, n. 101, SO.

Legge 5 giugno 1990 n. 135 (art. 6)

Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS.

Publicata nella Gazzetta Ufficiale 8 giugno 1990, n. 132.

Legge n. 300 del 20 maggio 1970 (artt. 5 e 8)

Predisporre 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.

Publicata nella Gazzetta Ufficiale 27 maggio 1970, n. 131.

Accesso al lavoro

DL.vo 03 agosto 2009, n. 106

Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 5 agosto 2009, n. 180, SO.

DPR 07 maggio 2008

Recepimento dell'accordo sindacale integrativo per il personale direttivo e dirigente del Corpo nazionale dei vigili del fuoco.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 19 luglio 2008, n. 168, SO.

DL.vo 09 aprile 2008, n. 81

Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 30 aprile 2008, n. 101, SO.

DPR 29 ottobre 2001, n. 461

Regolamento recante semplificazione dei procedimenti per il riconoscimento della dipendenza delle infermità da causa di servizio, per la concessione della pensione privilegiata ordinaria e dell'equo indennizzo, nonché per il funzionamento e la composizione del comitato per le pensioni privilegiate ordinarie.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 7 gennaio 2002, n. 5.

Invalidità

Prov. Garante protez. dati pers. 21 marzo 2007

Certificazioni per il riconoscimento dell'invalidità civile.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 7 aprile 2007, n. 82.

DM 28 maggio 1999, n. 329

Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a), del DL.vo 29 aprile 1998, n. 124.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 25 settembre 1999, n. 226, SO.

Esenzione ticket

DM 28 maggio 1999, n. 329

Regolamento di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell' art. 5 comma 1, lettera a) del D. Lgs. 29 Aprile 1998 n. 124.

Publicato nel Supplemento ordinario n. 174/L della Gazzetta Ufficiale 25 settembre 1999, n. 226.

Assistenza domiciliare

DM del 13 settembre 1991

Approvazione degli schemi tipo di convenzione per la disciplina dei rapporti inerenti al trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate.

DPR 14 settembre 1991

Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per l'attivazione dei servizi a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 18 settembre 1991, n. 219.

HIV, AIDS e infanzia

Nota del Ministero della Sanità 06 novembre 1986, n. 400.2/30.35/1670

AIDS, vaccinazione ai bimbi di madri sieropositive.

Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

Circolare ministeriale 14 marzo 1987, n. 123

Sieropositività per HIV - Comunità infantili.

Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

Nota del Ministero della Sanità 14 marzo 1987, n. 400.2/30.35/1570

Esecuzione vaccinazione obbligatorie in bambini nati da madri sieropositive.

Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

DM 3 marzo 1987, n. 133

Assoggettamento alla disciplina dei presidi medico chirurgici dei kit per la rilevazione di anticorpi anti-HIV.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 6 aprile 1987, n. 80.

Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (esposizione professionale)

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.

Publicata nella Gazzetta Ufficiale 28 luglio 1997, n. 174.

DM 28 settembre 1990 (previsto dall'articolo 7 della Legge 5 giugno 1990, n. 135)

Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 8 ottobre 1990, n. 235.

Linee guida di comportamento per gli operatori sanitari per il controllo dell'infezione da HIV 06 settembre 1989

Commissione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS.

Non pubblicate nella Gazzetta Ufficiale.

Nota del Ministero della Sanità 16 dicembre 1986

AIDS - Misure di prevenzione.

Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

Circolare Ministero della Sanità 17 luglio 1985, n. 28

Infezioni da LAV/HTL. Misure di sorveglianza e profilassi.

Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

Trasfusioni, somministrazioni di emoderivati e donazione di tessuti (criteri di selezione del donatore e danni)

DM 26 gennaio 2001 (art. 11)

Protocolli per l'accertamento dell'idoneità del donatore di sangue e di emocomponenti.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 3 aprile 2001 n. 78.

Legge 25 luglio 1997, n. 238²

Modifiche ed integrazioni alla Legge 25 febbraio 1992, n. 210, in materia di indennizzi ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni ed emoderivati.

Publicata nella Gazzetta Ufficiale 28 luglio 1997 n. 174.

² 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 alle 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.

Legge 28 gennaio 1994, n. 63

Testo del Decreto-Legge 29 novembre 1993, n. 480, coordinato con la conversione 28 gennaio 1994, n. 63, recante: "Modifica dell'art. 10, comma 3, della Legge 4 maggio 1990, n. 107, concernente disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti e per la produzione di plasma derivati".

Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 28 gennaio 1994, n. 22.

DM 30 dicembre 1992

Misure dirette ad escludere il rischio di infezione da HIV2 da trasfusioni di sangue e somministrazione di emoderivati.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 13 gennaio 1993 n. 13.

Circolare 10 aprile 1992, n. 500/ VII AG.3/6274 bis

Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie trasfusioni e somministrazioni di emoderivati. Legge 25 febbraio n. 210.

Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 22 giugno 1992, n. 145.

Legge 25 febbraio 1992, n. 210³

Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati

Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 6 marzo 1992 n. 55.

DM 18 settembre 1991

Determinazione dello schema tipo di convenzione fra regioni e associazioni e federazioni di donatori volontari di sangue.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 3 ottobre 1991, n. 232.

DM 18 settembre 1991

Determinazione del prezzo unitario di cessione delle unità di sangue tra servizi sanitari uniformi per tutto il territorio nazionale.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 3 ottobre 1991, n. 232.

DM 18 giugno 1991

Indicazioni per l'istituzione del registro del sangue in ciascuna regione e provincia autonoma.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 18 luglio 1991, n. 167.

DM 12 giugno 1991

Disposizioni sull'importazione ed esportazione del sangue umano dei suoi derivati per uso terapeutico, profilattico e diagnostico.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 26 giugno 1991, n. 148.

DM 21 luglio 1990

Misure dirette ad escludere il rischio di infezioni epatiche da trasfusioni di sangue.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 22 agosto 1990, n. 195.

³ La Legge prevede che la commissione medico ospedaliera dell'ospedale militare esprima il proprio parere sul nesso di causa e classifichi le lesioni riscontrate secondo la tabella A allegata al DPR 30 dicembre 1981, n. 834.

Legge 4 maggio 1990, n. 107

Disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti e per la produzione di plasmaderivati.

Publicata nella Gazzetta Ufficiale 11 maggio 1990, n. 108.

DM 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.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 26 gennaio 1988 n. 20.

HIV, AIDS e detenzione: le raccomandazioni internazionali

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.

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.

Linee guida 1992 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, frutto di una consultazione di esperti su AIDS e carcere.

Raccomandazione n. R (89) 14, adottata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 24 ottobre 1989.

Il 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.

Raccomandazione n. R (88) 1080, adottata dall'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa il 30 giugno 1988 "Dichiarazione sulla prevenzione ed il controllo dell'AIDS nelle carceri" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, redatta nel novembre 1987.

La Raccomandazione sottolinea l'importanza di una politica europea coordinata per prevenire la propagazione dell'AIDS nelle prigioni.

Raccomandazione n. R (87) 25, adottata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 26 novembre 1987.

La Raccomandazione concerne una politica europea comune di lotta contro la sindrome da immunodeficienza acquisita.

Raccomandazione n. R (87) 3, del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa sulle Regole Penitenziarie Europee.

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.

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.

HIV, AIDS e detenzione: la normativa italiana

DPR 30 giugno 2000, n. 230

Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 22 agosto 2000, n. 195, SO.

DM 21 aprile 2000

Approvazione del progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 25 maggio 2000, n. 120.

Legge 12 luglio 1999, n. 231⁴

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.

Publicata nella Gazzetta Ufficiale 19 luglio 1999, n. 167.

DM 22 aprile 1996

Individuazione degli ospedali presso i quali devono essere avviati i detenuti e gli internati affetti da infezioni HIV per i quali la competente autorità abbia disposto il piantonamento.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 6 maggio 1996, n. 104.

DM 25 maggio 1993

Definizione della situazione di incompatibilità con lo stato di detenzione per persone con infezione da HIV.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 5 giugno 1993, n. 130.

⁴ La Legge 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). La Legge modifica altresì l'articolo 146 del Codice Penale, riguarda l'esecuzione della pena e va a emendare la Legge 26 luglio 1975, n. 354 (Legge sull'ordinamento penitenziario). Le definizioni di AIDS conclamata e di grave deficienza immunitaria sono state precisate nel Decreto Interministeriale 21 ottobre 1999 (Gazzetta Ufficiale 22 dicembre 1999, n. 299), modificato dal Decreto del Ministro della Sanità 7 maggio 2001 (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 Ministero della Sanità 29 aprile 1994, n. 9.

DL 14 maggio 1993, n. 139⁵

Disposizioni urgenti relative al trattamento di persone detenute affette da infezione da HIV e di tossicodipendenti.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 15 maggio 1993, n. 112 e convertito in Legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, Legge 14 luglio 1993, n. 222 (Gazzetta Ufficiale 14 luglio 1993, n. 163).

DM 25 marzo 1993

Definizione della situazione di incompatibilità con lo stato di detenzione per le persone affette da infezione da HIV.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 marzo 1993, n. 74.

Decreto del Ministero Sanità in concerto con il Ministero di Grazia e Giustizia, 20 novembre 1992

Definizione della situazione di incompatibilità con lo stato di detenzione per le persone con infezione da HIV.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 23 novembre 1992, n. 276.

DM 27 settembre 1992

Definizione della condizione di incompatibilità con lo stato di detenzione per le persone con infezione da HIV.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 ottobre 1992, n. 237.

Circolare Ministero Grazia e Giustizia 27 giugno 1985, n. 3127/5577

Direzione generale per gli istituti di prevenzione e pena, ufficio VII, Servizio Sanitario penitenziario.

Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

Codice penale, art. 146

Rinvio obbligatorio dell'esecuzione della pena.

Modificato dalla Legge 8 marzo 2001, n. 40 (*Misure alternative alla detenzione a tutela del rapporto tra detenute e figli minori*).

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 marzo 2001, n. 56.

Pubblica Amministrazione

DPCM 20 ottobre 2010

Proroga degli organismi collegiali del Ministero della salute.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 10 gennaio 2011, n. 6.

DL.vo 15 marzo 2010, n. 66

Codice dell'ordinamento militare.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 maggio 2010, n. 106, SO.

⁵ Il comma 2 dello stesso art. 1 ha, inoltre, disposto che restano validi gli atti ed i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi ed i rapporti giuridici sorti sulla base del DL 13 luglio 1992, n. 335, del DL 11 settembre 1992, n. 374, del DL 12 novembre 1992, n. 431, del DL 12 gennaio 1993, n. 3, e del DL 13 marzo 1993, n. 60, non convertiti in legge.

DL.vo 25 gennaio 2010, n. 16

Attuazione delle direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE, che attuano la direttiva 2004/23/CE per quanto riguarda le prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani, nonché per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 18 febbraio 2010, n. 40.

DM 11 dicembre 2009

Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 12 gennaio 2010, n. 8.

Del. 19 novembre 2009, n. 36

Linee guida in tema di referti on-line (Deliberazione n. 36).

Publicata nella Gazzetta Ufficiale 11 dicembre 2009, n. 288.

DM 08 luglio 2009

Approvazione del programma di attività per l'anno 2009 del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie – CCM.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 01 settembre 2009, n. 202.

DM 17 dicembre 2008

Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 13 gennaio 2009, n. 9.

Decr 27 marzo 2008

Modificazioni all'allegato 7 del decreto 3 marzo 2005, in materia di esami obbligatori ad ogni donazione di sangue e controlli periodici.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 20 maggio 2008, n. 117.

Decr. 30 novembre 2007

Modifiche ed integrazioni al Decr. 24 gennaio 2003, recante norme per l'organizzazione strutturale e la disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti dell'Istituto superiore di sanità.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 21 dicembre 2007, n. 296.

Det. 16 ottobre 2007.

Aggiornamento dell'elenco dei medicinali, istituito con il provvedimento della CUF, 20 luglio 2000, erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 4, del Decreto-Legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito dalla Legge 23 dicembre 1996, n. 648.

Publicata nella Gazzetta Ufficiale 31 ottobre 2007, n. 254, S.O.

DPR 14 maggio 2007, n. 86

Regolamento per il riordino degli organismi operanti presso il Ministero della salute, a norma dell'articolo 29 del Decreto-Legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla Legge 4 agosto 2006, n. 248.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 6 luglio 2007, n. 155.

Del. CIPE 22 marzo 2006, n. 35/06

Programma di interventi urgenti per la lotta contro l'AIDS - Legge 5 giugno 1990, n. 135 - Assegnazione quote residue per emergenze epidemiologiche (Deliberazione n. 35/06).

Publicata nella Gazzetta Ufficiale 10 giugno 2006, n. 133.

DM 03 marzo 2005

Protocolli per l'accertamento della idoneità del donatore di sangue e di emocomponenti.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 13 aprile 2005, n. 85.

Decreto 24 gennaio 2003

Regolamento recante norme per l'organizzazione strutturale e la disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti dell'Istituto superiore di sanità.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 10 Febbraio 2003, n. 33, SO.

Acc. 19 aprile 2001

Accordo tra il Ministro della sanità, le Regioni, le Province Autonome di Trento e Bolzano e le Province, i Comuni e le Comunità montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 14 maggio 2001, n. 110.

DPCM 14 febbraio 2001

Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 6 giugno 2001, n. 129.

DM 18 novembre 1998

Schemi di convenzione per prestazioni assistenziali, da parte di aziende sanitarie, ai casi di AIDS nei confronti di detenuti.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 5 marzo 1999, n. 53.

DM 18 novembre 1998, n. 514

Regolamento recante norme di attuazione degli articoli 2 e 4 della Legge 7 agosto 1990, n. 241, concernente nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi, relativamente ai procedimenti di competenza del Ministero della Sanità.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 8 marzo 1999, n. 55, SO.

Circolare Ministero Sanità 23 dicembre 1996, n. 18

Linee guida per l'adozione di principi di terapia antiretrovirale dell'infezione da HIV indirizzate alle unità operative di malattie infettive, ospedaliere ed universitarie e ad altre unità operative prevalentemente impegnate secondo i piani regionali nell'attività di assistenza ai casi di AIDS.

Publicata nella Gazzetta Ufficiale 8 gennaio 1997, n. 5.

DM 22 aprile 1996

Procedure di controllo e relative modalità di esecuzione per le specialità medicinali derivate dal sangue e plasma umani contenenti immunoglobuline normali e specifiche.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 26 agosto 1996, n. 199, SO.

DM 22 aprile 1996

Procedure di controllo e relative modalità di esecuzione per le specialità medicinali derivate dal sangue e plasma umani contenenti albumina.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 26 agosto 1996, n. 199, SO.

DM 22 aprile 1996

Procedure di controllo e relative modalità di esecuzione per le specialità medicinali derivate dal sangue e plasma umani contenenti i fattori della coagulazione.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 26 agosto 1996, n. 199, SO.

DM 13 ottobre 1995

Disciplina per le rilevazioni epidemiologiche e statistiche dell'infezione da HIV.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 7 maggio 1996, n. 101.

DM 01 settembre 1995

Linee guida per lo svolgimento di attività mirate di informazione e promozione della donazione di sangue nelle regioni che non hanno conseguito l'autosufficienza.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 13 ottobre 1995, n. 240.

DPCM 19 maggio 1995

Schema generale di riferimento della «Carta dei servizi pubblici sanitari».

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 31 maggio 1995, n. 125, SO.

DPCM 22 febbraio 1993

Delega al Ministro della Sanità ad esercitare le funzioni di presidente del Comitato interministeriale per la lotta all'AIDS, a norma dell'art. 8 della Legge 5 giugno 1990, n. 135.

DM 19 febbraio 1993

Approvazione dello schema-tipo di convenzione tra Unità Sanitarie Locali ed Enti, Società, Cooperative o Associazioni che gestiscono strutture per la riabilitazione dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 marzo 1993, n. 55.

DL.vo 30 dicembre 1992, n. 502

Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 7 gennaio 1994, n. 4.

DPR 20 ottobre 1992

Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per l'attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 22 ottobre 1992, n. 249.

DPCM 17 luglio 1992

Delega al Ministro della Sanità ad esercitare le funzioni di presidente del Comitato interministeriale per la lotta all'AIDS, a norma dell'art. 8 della Legge 5 giugno 1990, n. 135.

Circolare Ministero Sanità 10 aprile 1992, n. 17

Misure di prevenzione della trasmissione dell'HIV e di altri agenti patogeni nella donazione di liquido seminale impiegato per la fecondazione assistita umana, nella donazione d'organo, di tessuto e di midollo osseo.

Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale

DPCM 13 dicembre 1991, n. 444

Regolamento recante adeguamento delle competenze e dell'organizzazione del Dipartimento per gli Affari Sociali nell'ambito della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 1992, n. 32.

DM 28 novembre 1991

Ricostituzione della Consulta per i problemi dell'AIDS.

DPR 14 settembre 1991

Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per l'attivazione dei servizi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 18 settembre 1991, n. 219.

Circolare Ministero Sanità 17 dicembre 1990, n. 36

Decreto Ministero della Sanità 15 dicembre 1990: "concernente il sistema informativo delle malattie infettive e diffuse".

Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale l'8 gennaio 1991 n. 6.

DM 15 dicembre 1990

Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale l'8 gennaio 1991 n. 6.

Decreto Ministero Bilancio e della Programmazione Economica 14 dicembre 1990

Approvazione del programma di interventi urgenti per la lotta all'AIDS.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 2 aprile 1991 n. 77.

DM 30 ottobre 1990

Disciplina dei corsi di formazione e di aggiornamento professionale per il personale dei reparti di ricovero di malattie infettive.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 novembre 1990, n. 261.

Decreto Ministero Tesoro 27 ottobre 1990

Modalità e procedure degli interventi per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS previsti dalla Legge 5 giugno 1990 n. 135.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 3 dicembre 1990, n. 282.

DM 29 agosto 1989, n. 321

Regolamento recante criteri generali per la programmazione degli interventi e il coordinamento tra enti competenti nel settore dell'edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti, ai sensi dell'art. 20, commi 2 e 3, della Legge finanziaria 11 marzo 1988, n. 67.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 21 settembre 1989 n. 221.

Legge 8 aprile 1988, n. 109

Conversione del Decreto-Legge 8 febbraio 1988, n. 27, coordinato con la Legge di conversione 8 aprile 1988, n. 109 recante: "Misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria".

Publicata nella Gazzetta Ufficiale 9 aprile 1988 n. 83.

DM 25 marzo 1988

Ricostituzione del Centro Operativo AIDS.

Circolare 13 febbraio 1988, n. 14

Infezione da HIV e sindromi ad essa correlate. Misure di sorveglianza e di controllo.

Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

DL 8 febbraio 1988, n. 27

Misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 9 febbraio 1988 n. 32.

DM 3 febbraio 1988

Ricostituzione della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS per l'anno 1988.

Dati di pubblicazione non disponibili.

DM 1 febbraio 1988

Compiti del Centro Operativo per la lotta contro l'AIDS (COA).

Dati di pubblicazione non disponibili

DM 21 novembre 1987, n. 528

Riformulazione del regolamento interno per l'organizzazione ed il funzionamento dell'Istituto superiore di sanità.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 29 dicembre 1987, n. 302.

DM 26 maggio 1987

Integrazione del Centro Operativo della Commissione nazionale AIDS.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 2 giugno 1987 n. 126.

Circolare Ministero Sanità 27 aprile 1987

Misure di prevenzione della trasmissione del virus HIV e di altri agenti patogeni attraverso il seme umano impiegato per la fecondazione artificiale.

Non pubblicata nella Gazzetta Ufficiale.

DM 9 gennaio 1987

Costituzione della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS per l'anno 1987.

Non pubblicato nella Gazzetta Ufficiale.

Cenni relativi alla normativa internazionale ed europea

Legge 09 novembre 2007, n. 215

Ratifica ed esecuzione dell'Accordo che modifica l'Accordo di partenariato a Cotonou tra i membri del gruppo degli Stati dell'Africa, dei Caraibi e del Pacifico, da un lato, e la Comunità europea e i suoi Stati membri, dall'altro, con allegati, dichiarazioni e Atto finale, firmato a Cotonou il 23 giugno 2000, fatto a Lussemburgo il 25 giugno 2005; dell'Accordo interno tra i rappresentanti dei Governi degli Stati membri, riuniti in sede di Consiglio, che modifica l'Accordo interno del 18 settembre 2000 relativo ai provvedimenti da prendere ed alle procedure da seguire per l'applicazione dell'Accordo di partenariato ACP - CE, fatto a Lussemburgo il 10 aprile 2006; dell'Accordo interno tra i rappresentanti dei Governi degli Stati membri, riuniti in sede di Consiglio, riguardante il finanziamento degli aiuti comunitari forniti nell'ambito del quadro finanziario pluriennale per il periodo 2008-2013 in applicazione dell'Accordo di partenariato ACP - CE e lo stanziamento degli aiuti finanziari ai paesi e territori d'oltremare ai quali si applica la parte quarta del Trattato CE, fatto a Bruxelles il 17 luglio 2006.

Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 17 novembre 2007, n. 268, S.O.

Legge 06 marzo 2006, n. 137

Ratifica ed esecuzione dell'Accordo di dialogo politico e di cooperazione tra la Comunità europea e i suoi Stati membri, da una parte, e le Repubbliche di Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua e Panama, dall'altra, con Allegato, fatto a Roma il 15 dicembre 2003.

Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 5 aprile 2006, n. 80, SO.

Legge 06 marzo 2006, n. 138

Ratifica ed esecuzione dell'Accordo di dialogo politico e di cooperazione tra la Comunità europea e i suoi Stati membri, da una parte, e la Comunità andina e i suoi Paesi membri, dall'altra, con Allegato, fatto a Roma il 15 dicembre 2003.

Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 5 aprile 2006, n. 80, SO.

Legge 03 ottobre 2002, n. 235

Ratifica ed esecuzione dell'Accordo di partenariato tra i membri del gruppo degli Stati dell'Africa, dei Caraibi e del Pacifico, da un lato, e la Comunità europea e i suoi Stati membri, dall'altro, con allegati, protocolli, dichiarazioni e atto finale, fatto a Cotonou il 23 giugno 2000, dell'Accordo interno tra i rappresentanti dei Governi degli Stati membri relativo al finanziamento e alla gestione degli aiuti, nonché alla concessione di un'assistenza finanziaria ai Paesi e territori d'oltremare, con allegato, fatto a Bruxelles il 18 settembre 2000, e dell'Accordo interno tra i rappresentanti dei Governi degli Stati membri relativo ai provvedimenti ed alle procedure di applicazione dell'Accordo ACP- Commissione Europea, con allegato, fatto a Bruxelles il 18 settembre 2000.

Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 28 ottobre 2002, n. 253, SO.

<p>Indicazioni aggiornate sulle normative in vigore nel mondo in materia di ingresso e transito, visti, soggiorno e permessi di lavoro/studio, importazione di farmaci antiretrovirali sono reperibili sul sito "<i>The Global Database – on HIV specific Travel & residence restrictions</i>": http://www.hivrestrictions.org/; ultima consultazione 3 maggio 2012.</p>
--

Normativa in materia di inumazioni

Legge 30 marzo 2001, n. 130

Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri.

Publicata nella Gazzetta Ufficiale 19 aprile 2001 n. 91.

DL.vo 5 febbraio 1997, n. 22

Attuazione delle direttive 91/156/CEE sui rifiuti, 91/689/CEE sui rifiuti Pericolosi e 94/62/CE sugli imballaggi e rifiuti di imballaggio.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 15 febbraio 1997 n. 38, SO.

DPR 10 settembre 1990, n. 285

Approvazione del regolamento di polizia mortuaria.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale n. 239 del 12 ottobre 1990, SO.

Disposizioni in materia di rifiuti sanitari

DPR 15 luglio 2003, n. 254

Regolamento recante disciplina dei rifiuti sanitari a norma dell'art. 24 della Legge 31 luglio 2002 n. 179.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale n. 211 dell'11 settembre 2003.

QUADRO GIURISPRUDENZIALE IN MATERIA DI INFEZIONE DA HIV E AIDS

Maria Antonietta Serra (a), Gabriele Sabato (b), Matteo Schwarz (c)

(a) Azienda Unitaria Sanitaria Locale, Viterbo

(b) Foro di Firenze

(c) Network Persone Sieropositive Italia, Milano

Penale

Delitti contro la persona

Risponde del reato di lesioni personali gravissime il soggetto sieropositivo che, avendo consapevolezza della propria malattia e dei modi di trasmissione, consuma plurimi e ripetuti rapporti sessuali, senza alcuna precauzione e senza comunicare le proprie condizioni di salute alla compagna, che contrae il virus dell'HIV.

Tribunale di Savona (06 dicembre 2007)

La sentenza ha affermato la rilevanza dolosa del comportamento di chi, pur sapendo di essere affetto da HIV e celando tale sua condizione al partner, ha con questi frequenti rapporti sessuali non protetti.

Tribunale di Milano (20 gennaio 2006)

La Corte di Assise di Appello ha riformato la sentenza di I grado che aveva ritenuto responsabile di omicidio volontario, sia pure con dolo eventuale, un marito che, pur consapevole della sua condizione di malato da HIV, aveva continuato ad aver rapporti non protetti con la moglie, alla quale aveva nascosto la propria malattia. La Corte ha ritenuto configurabile l'omicidio colposo aggravato dalla previsione dell'evento.

Corte di Assise di Appello di Brescia (26 settembre 2000)

Il Tribunale di Cremona ha ritenuto colpevole di omicidio volontario con dolo eventuale un marito, resosi responsabile di aver trasmesso alla propria moglie il virus dell'HIV da cui era affetto con rapporti sessuali non protetti, tacendole la propria malattia, condotta da cui è derivata la morte della donna.

Tribunale di Cremona (14 ottobre 1999)

Secondo la sentenza del Tribunale di Roma, integra il delitto di tentate lesioni personali gravissime e non quello di tentato omicidio, il fatto del tossicodipendente, certamente affetto da HIV, il quale colpisca un altro soggetto, conficcandogli l'ago nella mano, con la siringa appena utilizzata per assumere sostanza stupefacente.

Tribunale di Roma (13 novembre 1992)

Diffamazione

Integra il reato di diffamazione la pubblicazione di notizie pur vere sulla salute di un soggetto (nel caso di specie: tossicodipendenza e sieropositività) nonché la pubblicazione della sua

fotografia in quanto si tratta di dati personali e attinenti alla sfera della riservatezza rispetto ai quali difettano i requisiti scriminanti sia dell'interesse pubblico che della continenza.

Tribunale Bolzano (18 marzo 1998)

Differimento pena

L'ordinanza affronta uno dei nodi problematici relativi alla norma di cui all'art. 146 c.p. Se cioè il presupposto relativo allo stato di avanzamento della malattia e la non rispondenza alle cure si applichino solo alle affezioni diverse dall'infezione HIV e AIDS conclamati, o viceversa abbiano portata generale. L'ordinanza aderisce alla tesi della portata generale.

Magistrato di Sorveglianza di Sassari (Ordinanza 04 febbraio 2003)

Rinvio dell'esecuzione della pena per le persone affette da infezione da HIV

La Corte Costituzionale ha ritenuto che l'art. 146 I comma n. 3 Codice Penale, che prevede il rinvio obbligatorio dell'esecuzione della pena se questa deve aver luogo nei confronti di persona affetta da AIDS oppure di persona affetta da infezione da HIV per la quale il giudice ritenga che sussista incompatibilità con lo stato di detenzione, non violi gli artt. 2, 3, 111, 27 III comma e 32 I comma della Costituzione. La Corte ha dato grande rilievo, nel motivare la sentenza, alla salvaguardia della sanità pubblica nelle carceri.

Corte Costituzionale (21 febbraio 1994, n. 70)

Casi di incompatibilità tra carcere e malattia

La Corte elimina la presunzione assoluta di incompatibilità tra carcere e HIV. Annullata la presunzione di incompatibilità, spetta al giudice valutare i singoli casi.

Corte Costituzionale (18 ottobre 1995, n. 438 e n. 439)

Epidemia

Il Gup di Trento ha delineato gli elementi costitutivi del delitto di epidemia in relazione ad un noto caso di immissione in circolazione di emoderivati infetti da virus HIV, HCV, HBV.

Gazzetta Ufficiale Provincia Trento (12 luglio 2002)

Responsabilità penale medico per danno da trasfusione

Con questa sentenza, un medico è stato condannato per aver accettato una donazione di sangue da parte di un donatore omosessuale. Il medico ha poi presentato ricorso alla Corte europea dei diritti dell'uomo. In seguito, è stato assolto dalla Corte d'Appello di Napoli.

Tribunale di Napoli (22 novembre 2000)

Con questa sentenza, la Corte d'Appello di Napoli ha assolto il medico condannato da Tribunale di Napoli 22/11/2000, ritenendo che non sussiste reato nel comportamento del primario che ha dapprima prelevato e poi trasfuso, nella piena osservanza di consolidate risultanze scientifiche, il sangue "buono" di un omosessuale.

Corte d'Appello di Napoli (22 gennaio 2003 n. 40)

Responsabilità prostituta per rapporti non protetti

La sentenza è relativa al caso di una prostituta, portatrice del virus dell'immunodeficienza umana, accusata di aver avuto rapporti non protetti con i propri clienti, e per questo imputata del reato di tentate lesioni gravissime. Il giudice ha assolto l'imputata perché non provata la circostanza che la donna avesse avuto rapporti non protetti e escludendo, sotto il profilo giuridico, la compatibilità tra tentativo e dolo eventuale.

Tribunale di Camerino (n. 298/02)

Civile

Test per la diagnosi di infezione ed il consenso dell'interessato

Con ordinanza del 15 maggio 1993, il Pretore di Padova ha sollevato la 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.

La Corte Costituzionale, investita della vicenda, con la sentenza n. 218 del 23 maggio – 2 giugno 1994 (Gazzetta Ufficiale 8 giugno 1994, n. 24 - Serie speciale), ha ritenuto fondata la questione di legittimità sollevata dal Pretore di Padova, dichiarando l'illegittimità costituzionale dell'art. 5, terzo e quinto comma, della Legge n. 135/90 nella parte in cui non prevede accertamenti sanitari dell'assenza di sieropositività all'infezione da HIV come condizione per l'espletamento di attività che comportano rischi per la salute di terzi. Tale sentenza non è stata seguita da un intervento legislativo che abbia modificato le disposizioni contenute nella Legge 5 giugno 1990 n. 135.

Danni da trasfusioni

Il termine di prescrizione del diritto al risarcimento del danno di chi assume di aver contratto per contagio una malattia per fatto doloso o colposo di un terzo decorre, non dal giorno in cui il terzo determina la modificazione che produce il danno altrui o dal momento in cui la malattia si manifesta all'esterno, ma dal momento in cui viene percepita o può essere percepita, quale danno ingiusto conseguente al comportamento doloso o colposo di un terzo, usando l'ordinaria oggettiva diligenza e tenuto conto della diffusione delle conoscenze scientifiche.

L'onere della prova della provenienza del sangue utilizzato e dei controlli eseguiti grava non solo sul danneggiato, ma anche sulla struttura sanitaria che dispone per Legge o per regola tecnica della documentazione sulla "tracciabilità" (c.d. principio della vicinanza alla prova).

Non può riconoscersi la responsabilità per omissione quando il comportamento omesso, ove anche fosse stato tenuto, non avrebbe comunque impedito l'evento prospettato: la responsabilità non sorge non perché non vi sia stato un comportamento antigiuridico (l'omissione di un comportamento dovuto è di per sé un comportamento antigiuridico), ma perché quell'omissione non è causa del danno lamentato. Il giudice pertanto è tenuto ad accertare se l'evento sia ricollegabile all'omissione (causalità omissiva) nel senso che esso non si sarebbe verificato se (causalità ipotetica) l'agente avesse posto in essere la condotta doverosa impostagli, con esclusione di fattori alternativi. L'accertamento del rapporto di causalità ipotetica passa attraverso l'enunciato "controfattuale" che pone al posto dell'omissione il comportamento alternativo dovuto, onde verificare se la condotta doverosa avrebbe evitato il danno lamentato dal danneggiato. Si deve quindi ritenere che i

principi generali che regolano la causalità di fatto sono anche in materia civile quelli delineati dagli artt. 40 e 41 c.p e dalla “regolarità causale”, in assenza di altre norme nell’ordinamento in tema di nesso eziologico ed integrando essi principi di tipo logico e conformi a massime di esperienza.

Tali norme, però, vanno adeguate alla specificità della responsabilità civile, rispetto a quella penale, perché muta la regola probatoria: mentre nel processo penale vige la regola della prova “oltre il ragionevole dubbio”, nel processo civile vige la regola della preponderanza dell’evidenza, o del “più probabile che non”.

Sul Ministero grava un obbligo di controllo e di vigilanza in materia di impiego di sangue umano per uso terapeutico (emotrasfusioni o preparazione di emoderivati) anche strumentale alle funzioni di programmazione e coordinamento in materia sanitaria, affinché venga utilizzato sangue non infetto, con la conseguenza che, un’eventuale omissione, giustifica una piena responsabilità civile.

Suprema Corte di Cassazione SS.UU. (11 gennaio 2008, n. 581)

Il tribunale di Roma ha condannato il Ministero della Salute alla refusione dei danni subiti da un minore contagiato per emotrasfusione, nonostante il virus fosse stato trasmesso precedentemente alla scoperta del test di riferimento.

Tribunale di Roma (03 gennaio 2007)

Con questa sentenza il Tribunale di Catania si discosta dall’orientamento giurisprudenziale del Tribunale di Roma per cui, in caso di danno da emotrasfusioni, deve ritenersi la responsabilità del Ministero della Salute per comportamento omissivo colposo.

Tribunale di Catania (08 luglio 2006)

La sentenza affronta, per la prima in Italia, il problema del contagio da HIV e da Epatiti che ha interessato alcuni soggetti sottoposti negli anni ‘80 a trasfusioni di sangue effettuate con uso di emoderivati infetti.

Tribunale di Roma (27 novembre 1998)

Con questa sentenza il Tribunale di Roma ha affermato che il Ministero della Sanità, per andare esente da colpa, aveva il preciso compito di attivarsi allo scopo di evitare o, quanto meno, ridurre il rischio delle infezioni virali insite nella pratica terapeutica della trasfusione di sangue. L’amministrazione è stata riconosciuta responsabile anche per i danni che i pazienti, in seguito all’uso di emoderivati infetti, hanno subito prima che fossero acquisite le conoscenze scientifiche sul tema. Tali principi sono stati affermati anche con riferimento all’infezione da HIV.

Tribunale di Roma (15 giugno 2001)

Secondo il Tribunale di Bari, qualora una persona abbia subito un’illecita lesione che ne abbia procurato la morte, nel caso di specie per aver contratto l’HIV e l’HCV a seguito di trasfusione, sussiste in capo alla stessa un danno da perdita della vita, il cui risarcimento è reclamabile dagli eredi e deve essere quantificato in una somma pari alla metà del danno biologico che sarebbe spettato alla vittima principale nell’eventualità che fosse sopravvissuta con un’invalidità permanente del 100%.

Tribunale di Bari (n. 562/04)

HIV e adozioni

Il giudice ha ritenuto inammissibile l’istanza proposta da coniugi già dichiarati idonei all’adozione internazionale di far sopprimere dal decreto di idoneità l’indicazione della positività all’HIV di uno di essi.

Tribunale per i Minorenni di Genova (Decreto 31 gennaio 2005, 24)

ASPETTI DEONTOLOGICI IN MATERIA DI INFEZIONE DA HIV E AIDS

Maria Antonietta Serra (a), Gabriele Sabato (b), Matteo Schwarz (c)

(a) Azienda Unitaria Sanitaria Locale, Viterbo

(b) Foro di Firenze

(c) Network Persone Sieropositive Italia, Milano

Le problematiche più complesse affrontate dal legislatore e dalla giurisprudenza in materia di HIV e di AIDS sono in parte derivate, 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 individuale ed il bene sociale.

Malgrado, la complessità e l'ampiezza degli interventi parlamentari da un lato e giudiziari dall'altro, si annota ad ogni modo un irriducibile raggio di azione ad appannaggio degli operatori del settore sanitario (medici *in primis*), che trova chiaro riscontro, ove ce ne fosse bisogno, in alcuni articoli del codice di deontologia medica che qui di seguito si riportano (in stralci) e che mostrano la centralità dell'instinguibile ruolo svolto dagli operatori sanitari.

Codice di deontologia medica

- 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'**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 morbosso, sono tenuti a prestare la necessaria assistenza, adottando tutte le misure occorrenti per la tutela della riservatezza della persona assistita”*.
- 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 allorché sia in grave pericolo la salute o la vita di altri”*.

– 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”*.

– 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”.

PROVVEDIMENTI DEL GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI IN MATERIA DI INFEZIONE DA HIV E AIDS

Qui di seguito sono riportati i testi di quattro provvedimenti del Garante per la protezione dei dati personali. Due provvedimenti sono riferiti al trattamento dei dati riguardanti l'accertamento dello stato di sieropositività all'HIV da parte della Marina Militare. Due provvedimenti riguardano la raccolta e il trattamento degli stessi dati da parte degli odontoiatri. Trattandosi di provvedimenti che hanno come oggetto specifico l'HIV e l'AIDS in materie particolarmente sensibili, ne riportiamo i testi per intero.

Provvedimento n. 1

Lavoro: anonimato per la diagnosi HIV - 24 settembre 2009

Il Garante per la protezione dei dati personali

Nella riunione odierna, in presenza del prof. Francesco Pizzetti, presidente, del dott. Giuseppe Chiaravalloti, vice presidente, del dott. Mauro Paissan e del dott. Giuseppe Fortunato, componenti, del dott. Filippo Patroni Griffi, segretario generale;

VISTO il Codice in materia di protezione dei dati personali (DL.vo 30 giugno 2003, n. 196);

VISTO il reclamo in atti con cui la Sig.ra XY (rappresentata e difesa dall'avv. Pier Francesco Angelini), lamenta la detenzione da parte del 3° Circolo didattico di KQ, presso cui era in servizio come insegnante, di copia integrale del verbale relativo all'accertamento sanitario effettuato dalla Commissione medica di verifica di KQ, in relazione alla richiesta dell'interessata volta ad ottenere la pensione di inabilità; documento che riporta oltre alla valutazione medico-legale circa l'inidoneità all'impiego, altri dati personali dell'interessata relativi alla diagnosi, agli esami obiettivi e agli accertamenti clinici e strumentali effettuati, nonché informazioni anamnestiche, tra cui quella relativa all'infezione da HIV, contratta dall'interessata nel 1987;

VISTA la richiesta di elementi inviata dall'Ufficio al 3° Circolo didattico e al Ministero dell'economia e delle finanze-Commissione medica di verifica di KQ;

VISTA la nota di riscontro del 24 marzo 2009 con cui la Commissione medica di verifica di KQ ha comunicato di:

- aver redatto, al termine degli accertamenti sanitari, il verbale di visita ai sensi dell'art. 6 del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 12 febbraio 2004 e in conformità al modello BL/G allegato al medesimo decreto;
- aver, in data 30 ottobre 2008, spedito il verbale al 3° Circolo, in duplice copia conforme all'originale e con nota riservata, ai fini della notifica all'interessata, in ottemperanza

alle indicazioni della circolare n. 757 del 26 marzo 2007 del Ministero dell'Economia e delle Finanze;

VISTA altresì la nota di riscontro del 23 marzo 2009 con cui il 3° Circolo didattico di KQ ha dichiarato che:

- il verbale della commissione medica è pervenuto in data 3 novembre 2008 *“ed è stato immediatamente assunto a protocollo riservato”*;
- dopo la sua ricezione *“è stato riposto nella cassaforte dell'ufficio”* del dirigente scolastico *“da dove non è stato estratto, se non per la consegna di copia, a richiesta, personalmente”* nelle mani dell'interessata;
- successivamente, una volta individuato l'ufficio competente a provvedere, con nota del 6 febbraio 2009, è stato inviato al 4° Circolo didattico insieme al fascicolo personale della reclamante, *“in busta chiusa contrassegnata dalla dizione “riservato”*”, in quanto la Sig.ra XY figura come docente titolare presso il 4° Circolo, seppure utilizzata in servizio presso il 3°;
- il Circolo non è più in possesso *“di alcun documento dell'interessata, ivi compreso il verbale de quo”* e *“non ha commesso alcuna violazione della normativa generale e specifica, né tantomeno”* delle Linee guida del Garante del 14 giugno 2007 le quali, nel porre il divieto per l'amministrazione, datore di lavoro, *“di “utilizzo ulteriore” dei verbali di visita medica contenenti diagnosi ... non ne vieta la mera detenzione una volta che questi siano comunque pervenuti, e non ne consente, né tantomeno impone la distruzione o alterazione”*;

VISTA altresì la relazione allegata alla predetta nota di riscontro con cui il Presidente della commissione medica di verifica ha precisato che:

- *“i verbali di visita, gli unici sino ad oggi messi a disposizione da parte del Ministero, debbono ... essere compilati con la massima esattezza e completezza da parte dei componenti della commissione medica i quali ne rispondono anche di fronte ad organi ispettivi specifici”*;
- *“nel caso in questione risultano riportati nel verbale di visita, riferimenti anamnestici alla patologia sofferta, essenziali per giustificare il riconoscimento di uno stato totale di inabilità con collocamento a rispo”*;

VISTO il regolamento adottato con DPR 29 ottobre 2001, n. 461 che detta disposizioni in tema di procedimenti di accertamento di inidoneità al servizio applicabili anche agli accertamenti di infermità non dipendenti da causa di servizio, quale quello cui è stata sottoposta la Sig.ra XY in relazione alla sua richiesta di pensione di inabilità (art. 2, comma 12, l. 8 agosto 1995, n. 335; DM 8 maggio 1997, n. 187; art. 18, comma 2, DPR n. 461/2001);

CONSIDERATO che sulla base delle procedure previste dal predetto decreto la commissione medica competente ad accertare lo stato di inabilità al lavoro deve redigere un processo verbale per descrivere gli accertamenti eseguiti comprensivo del *“giudizio diagnostico, (nonché de)gli accertamenti e (de)gli elementi valutati a fini diagnostici”* che deve poi trasmettere all'amministrazione di appartenenza del dipendente interessato, entro quindici giorni dalla visita collegiale (art. 6 DPR n. 461/2001);

CONSIDERATO che il trattamento dei dati sensibili, quali quelli attinenti allo stato di salute, di lavoratori alle dipendenze di datori di lavoro pubblici deve aver luogo esclusivamente per

raggiungere determinate finalità di rilevante interesse pubblico individuate dalla Legge o con provvedimento del Garante (artt.. 18 e 20 del Codice);

CONSIDERATO che tra le finalità per le quali è consentito ai soggetti pubblici il trattamento di informazioni sanitarie riferite a lavoratori sono comprese quelle relative all'adempimento degli obblighi e dei compiti in materia di rapporto di lavoro e di impiego, quali gli adempimenti *“connessi alla definizione dello stato giuridico ed economico, ivi compreso il riconoscimento della causa di servizio e dell'equo indennizzo”*, nonché all'applicazione della *“normativa in materia di previdenza e assistenza”* (artt.. 20 e 112 commi 1 e 2, lett. d) e f) del Codice);

VISTE le disposizioni del regolamento citato che, in conformità alla disciplina sulla protezione dei dati personali, individuano nei dati *“idonei a rivelare lo stato di salute dei richiedenti”*, *“strettamente pertinenti e necessari in relazione alle finalità perseguite”*, i tipi di dati sensibili che possono essere trattati dalle amministrazioni e dagli organismi sanitari interessati ai predetti procedimenti (art. 22, comma 3-bis, l. 31 dicembre 1996, n. 675 allora vigente, ora art. 20, comma 2, del Codice; art. 4 DPR n. 461/2001);

VISTO altresì il regolamento definito con decreto del Ministero della pubblica istruzione del 7 dicembre 2006, n. 305 (Gazzetta Ufficiale 15 gennaio 2007, n. 11) che legittima il trattamento dei dati sulla salute del personale scolastico da parte degli istituti di istruzione e dei circoli didattici per porre in essere gli adempimenti necessari per la gestione di rapporti di lavoro, inclusi quelli in materia di stato giuridico ed economico, nonché previdenziale (scheda n. 1);

VISTO il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 29 dicembre 2007, n. 255 (Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 2008, n. 7), che consente alle commissioni mediche di verifica di effettuare lecitamente il trattamento di dati personali sullo stato di salute di dipendenti pubblici per svolgere accertamenti sanitari finalizzati all'accertamento della dipendenza di infermità da causa di servizio o per l'attribuzione di altre prestazioni pensionistiche conseguenti a stati di inabilità o inidoneità, anche non derivanti da causa di servizio (scheda n. 29);

RILEVATO che i datori di lavoro pubblici e gli organismi di accertamento sanitario coinvolti nei predetti procedimenti, nell'utilizzare per una finalità lecita i dati sensibili relativi allo stato di salute dei lavoratori, hanno l'obbligo di conformare il loro trattamento *“secondo modalità volte a prevenire violazioni dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità dell'interessato medesimo”*, nonché di limitarne il trattamento ai soli dati pertinenti, non eccedenti e realmente indispensabili per raggiungere le richiamate finalità in materia previdenziale (artt.. 11, comma 1, lett. d) e 22, commi 1, 3 e 5 del Codice);

VISTE le disposizioni del Codice che hanno rafforzato le cautele previste dalla legislazione previgente a tutela della riservatezza delle persone sieropositive imponendo agli operatori sanitari e ad ogni altro soggetto che venga a conoscenza di un caso di infezione da HIV di *“adottare ogni misura o accorgimento occorrente per la tutela dei diritti e delle libertà fondamentali dell'interessato, nonché della relativa dignità”* (artt.. 5, comma 1, l. 5 giugno 1990, n. 135 come modificato dall'art. 178, comma 2, del Codice);

VISTI gli ulteriori accorgimenti previsti dalla normativa sopra richiamata in materia di HIV che sanciscono l'obbligo di comunicare i risultati dei relativi accertamenti diagnostici, diretti o

indiretti, “*esclusivamente alla persona cui tali esami sono riferiti*” (art. 5, comma 4, Legge n. 135/1990);

RILEVATO che, in ottemperanza a tali cautele e con specifico riferimento ai trattamenti di dati sulla salute contenuti nei verbali utilizzati per l'istruttoria dei procedimenti concernenti l'attribuzione della pensione di inabilità, il Garante ha evidenziato la necessità che le commissioni mediche competenti ad accertare l'inidoneità a svolgere l'attività lavorativa adottino ogni soluzione idonea a tutelare la riservatezza dei lavoratori interessati, specie nei casi in cui gli accertamenti sanitari riguardino casi di infezione da HIV (documentando, ad esempio, la relativa diagnosi in un atto riservato in luogo del verbale da trasmettere all'amministrazione di appartenenza del lavoratore, ovvero riportando la diagnosi sul predetto verbale e trasmettendo all'amministrazione un diverso attestato dal quale questa non sia desumibile; vedere al riguardo, il Prov. del Garante del 31 luglio 1998, disponibile sul sito Internet dell'Autorità www.garanteprivacy.it, doc. web. n. 39172);

VISTE le disposizioni del citato regolamento n. 461/2001 che, recependo le indicazioni fornite dall'Autorità nel parere reso sul relativo schema, fanno salve le elevate cautele a tutela delle persone sieropositive poste dalla Legge n. 135/1990, adeguando a tali garanzie le procedure previste dal medesimo regolamento nell'istruttoria dei procedimenti previdenziali riguardanti i lavoratori alle dipendenze di pubbliche amministrazioni (art. 4, comma 4 e, per i casi di accertamento diagnostico di infezione da HIV, vedere art. 6, comma 8, del regolamento citato; vedere anche il Parere del Garante del 3 maggio 2001, doc. web n. 1076053);

CONSIDERATO che nelle “Linee guida in materia di trattamento di dati personali di lavoratori per finalità di gestione del rapporto di lavoro in ambito pubblico” l'Autorità ha fornito puntuali indicazioni ai collegi medici in ordine gli accorgimenti da adottare nella comunicazione ai datori di lavoro dell'esito delle visite mediche effettuate nei riguardi di dipendenti pubblici, alla luce del principio di indispensabilità dei dati trattati (Provvedimento 14 giugno 2007, doc. web n. 1417809);

CONSIDERATO che al riguardo il Garante ha precisato, in particolare, che all'esito delle predette visite collegiali, volte a verificare l'inidoneità al servizio o altre forme di inabilità non dipendenti da causa di servizio, i “*collegi medici devono ... trasmettere all'amministrazione di appartenenza dell'interessato il verbale ... con la sola indicazione del giudizio medico-legale*”, ritenendo preclusa in queste ipotesi ai datori di lavoro ogni conoscibilità di qualsiasi altra informazione attinente allo stato di salute dei lavoratori interessati, in quanto eccedente, non pertinente e non realmente indispensabile rispetto alle finalità perseguite (artt. 11, comma 1, lett. d) e 22, commi 3 e 5 del Codice; vedere punto 8.4 delle Linee guida cit.);

CONSIDERATO che le indicazioni fornite sul punto dal Garante nelle richiamate Linee guida del 2007 sono state peraltro di recente confermate dallo stesso Ministero dell'economia e delle finanze che, modificando le istruzioni contenute in una precedente circolare adottata in materia - cui la Commissione medica di KQ ha peraltro dichiarato in atti di aver fatto riferimento - ha sollecitato i collegi medici a redigere e trasmettere all'amministrazione di appartenenza dei lavoratori interessati “*due documenti diversificati*” nell'ambito di accertamenti di inidoneità o altre forme di inabilità: la copia autentica del verbale integrale ai fini della comunicazione dell'esito della visita collegiale all'interessato (che va inserita in plico chiuso, da allegarsi alla nota di trasmissione, ai sensi dell'art. 13, comma 4, del DPR n. 461/2001) e un estratto

riportante il solo giudizio medico-legale destinato all'amministrazione procedente (circolare n. 907 del 16 aprile 2009);

RILEVATO che l'avvenuta trasmissione del verbale integrale dell'accertamento sanitario effettuato dalla commissione medica all'amministrazione di appartenenza dell'interessata risulta essere stata effettuata in violazione della disciplina sulla protezione dei dati personali, nonché delle citate previsioni della Legge n. 135/1990 che impongono particolari cautele nel trattamento dei dati riguardanti l'infezione da HIV, peraltro richiamate dallo stesso DPR n. 461/2001, e comunque norme prevalenti e speciali rispetto alle istruzioni interne emanate all'epoca dallo stesso Ministero dell'economia e delle finanze (artt. 11 e 22, commi 1, 3 e 5, del Codice; art. 5 Legge n. 135/1990, art. 4 DPR n. 461/2001);

RITENUTO pertanto illecito il trattamento dei dati personali inerenti alla salute dell'interessata, con riferimento alla comunicazione della versione integrale del verbale di visita dal Ministero dell'economia e delle finanze-Commissione medica di verifica di KQ al 3° Circolo didattico;

CONSIDERATO che, come indicato dal Garante nelle citate "Linee guida", qualora il datore di lavoro sia destinatario di atti di accertamento recanti informazioni ulteriori sulla salute del lavoratore rispetto alla sola valutazione, dal punto di vista sanitario, dello stato di idoneità, inidoneità o della sussistenza di altre forme di inabilità non può utilizzarle ulteriormente, salvo che per l'eventuale conservazione a norma di Legge del documento o dell'atto che le contiene (artt. 11, comma 2, e 22, comma 5, del Codice; vedere anche punti 3.2 e 8.4 delle Linee guida citate);

CONSIDERATE altresì le richiamate previsioni della Legge n. 135/1990 a tutela della riservatezza delle persone sieropositive, nonché le garanzie procedurali previste dal medesimo regolamento n. 461/2001 per i casi, analoghi a quello in esame, in cui gli accertamenti diagnostici rivelino l'infezione da HIV (artt. 5 Legge n. 135/1990 e 6, comma 8, DPR n. 461/2001);

RILEVATO che il 3° Circolo didattico, in ottemperanza al quadro normativo sopra delineato, stante l'inutilizzabilità dei dati sensibili dell'interessata contenuti nella documentazione trasmessagli dall'organo di accertamento sanitario, avrebbe dovuto astenersi da ogni ulteriore operazione di trattamento dei dati in questione, ad eccezione dell'informazione relativa alla valutazione medico-legale effettuata, adottando ogni misura idonea a limitarne rigorosamente la conoscibilità, senza pregiudicare la prosecuzione del procedimento nel quale era legittimamente coinvolto, essendo destinatario dell'istanza dell'interessata volta ad ottenere la pensione di inabilità (art. 11, comma 1, lett. a) e 11, comma 2, del Codice);

CONSIDERATO che, sulla base di quanto documentato in atti, il 3° Circolo didattico risulta invece aver inviato il verbale, nella sua versione integrale, al 4° Circolo individuato successivamente quale istituzione scolastica competente ad adottare il provvedimento conseguente all'accertata inabilità al lavoro della Sig.ra XY;

RITENUTO, alla luce delle considerazioni suesposte, che la comunicazione al 4° Circolo didattico delle informazioni sulla salute dell'interessata contenute nella versione integrale del verbale di visita collegiale configura un trattamento illecito di dati, dal momento che il 3° Circolo, avrebbe potuto conseguire ugualmente la prosecuzione del procedimento trasmettendo

una copia parziale della documentazione pervenutagli da cui fosse omessa la visibilità di dati sanitari riferiti all'interessata ultronei rispetto a quello dell'accertata inabilità al lavoro e riguardanti la diagnosi accertata, gli esami obiettivi e gli accertamenti clinici e strumentali effettuati, nonché l'anamnesi da cui emerge anche l'informazione relativa all'HIV, in maniera tale da rendere nota all'istituzione scolastica competente ad emettere il provvedimento finale soltanto l'informazione relativa al giudizio medico-legale di inidoneità all'impiego (art. 11, comma 2, del Codice; vedere anche punto 8.4 delle Linee guida citate);

TENUTO CONTO che il 3° Circolo, ha affermato con dichiarazioni della cui veridicità l'autore risponde, anche ai sensi dell'art. 168 del Codice (*"Falsità nelle dichiarazioni e notificazioni al Garante"*), di non detenere più alcun documento riferito all'interessata, ivi compreso il verbale in questione;

CONSIDERATO che il medesimo verbale, dalla documentazione in atti, risulta essere attualmente detenuto dal 4° Circolo che, sulla base della valutazione medico-legale effettuata, ha adottato in data 10 febbraio 2009, un decreto di risoluzione del rapporto di lavoro nei riguardi dell'interessata;

CONSIDERATO che il Garante, ai sensi degli artt. 143, comma 1, lett. c) e 154, comma 1, lett. d), del Codice, ha il compito di vietare anche d'ufficio il trattamento illecito o non corretto dei dati o di disporre il blocco e di adottare, altresì, gli altri provvedimenti previsti dalla disciplina applicabile al trattamento dei dati personali;

RILEVATA, quindi, la fondatezza del reclamo e ritenuto pertanto di dover inibire, ai sensi degli artt. 143, comma 1, lett. c) e 154, comma 1, lett. d) del Codice, ulteriori comunicazioni illecite dei dati sulle condizioni di salute dell'interessata contenuti del verbale integrale di visita collegiale da parte del Ministero dell'economia e delle finanze-Commissione medica di verifica di KQ, in violazione della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali (artt. 11 e 22, commi 1, 3 e 5, del Codice; art. 5 Legge n. 135/1990, art. 4 DPR n. 461/2001);

RITENUTO, altresì, necessario, prescrivere al Ministero dell'economia e delle finanze-Commissione medica di verifica di KQ, ai sensi degli artt. 143, comma 1, lett. b) e 154, comma 1, lett. c) del Codice, di trasmettere all'amministrazione di appartenenza dei lavoratori interessati, all'esito di accertamenti sanitari effettuati per verificare l'inidoneità al servizio o altre forme di inabilità non dipendenti da causa di servizio, in luogo del verbale integrale di visita, un diverso attestato riportante il solo giudizio medico-legale, al fine di rendere conforme ai principi sopra richiamati il trattamento dei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute dei dipendenti pubblici;

RITENUTO, infine, in ragione dell'estrema delicatezza dei dati sulle condizioni di salute della Sig.ra XY riportati nel verbale di visita detenuto dal 4° Circolo didattico e del concreto rischio di un pregiudizio rilevante per l'interessata, di dover vietare al medesimo circolo, ai sensi degli artt. 143, comma 1, lett. c) e 154, comma 1, lett. d) del Codice, ogni ulteriore utilizzo dei predetti dati, ad eccezione della valutazione medico-legale di inidoneità all'impiego, con conseguente obbligo di adottare ogni misura di ulteriore conservazione del documento che li contiene idonea a limitarne rigorosamente la conoscibilità, stante l'inutilizzabilità dei medesimi dati (art. 11, comma 2, e 22, comma 5, del Codice; vedere anche le indicazioni delle Linee guida del Garante richiamate nel presente provvedimento);

TENUTO CONTO che, ai sensi dell'art. 170 del Codice chiunque, essendovi tenuto, non osserva il presente provvedimento di divieto è punito con la reclusione da tre mesi a due anni e che, ai sensi dell'art. 162, comma 2-ter del Codice, in caso di inosservanza del medesimo provvedimento, è altresì applicata in sede amministrativa, in ogni caso, la sanzione del pagamento di una somma da trentamila a centottantamila euro;

VISTA la documentazione in atti;

VISTE le osservazioni dell'Ufficio, formulate dal segretario generale ai sensi dell'art. 15 del regolamento del Garante n. 1/2000 del 28 giugno 2000;

Relatore il dott. Giuseppe Fortunato;

Tutto ciò premesso, il Garante

- ritenuta l'illiceità del trattamento:

- a) ai sensi degli artt. 143, comma 1, lett. c) e 154, comma 1, lett. d), del Codice, vieta con effetto dalla notifica del presente provvedimento,
 - al Ministero dell'economia e delle finanze-Commissione medica di verifica di KQ di effettuare ulteriori comunicazioni illecite dei dati sulle condizioni di salute dell'interessata contenuti del verbale integrale di visita collegiale, in violazione della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali;
 - al 4° Circolo didattico di KQ di utilizzare ulteriormente i dati sulle condizioni di salute dell'interessata riportati nel verbale detenuto, ad eccezione del solo giudizio medico legale, con conseguente obbligo di adottare ogni misura di ulteriore conservazione del documento che li contiene idonea a limitarne rigorosamente la conoscibilità;
- b) ai sensi degli artt. 143, comma 1, lett. b) e 154, comma 1, lett. c) del Codice prescrive al Ministero dell'economia e delle finanze-Commissione medica di verifica di KQ, con effetto dalla notifica del presente provvedimento, di:
 - adottare tutte le misure necessarie ed opportune al fine di rendere conformi ai principi sopra richiamati il trattamento dei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute dei dipendenti pubblici all'esito di accertamenti sanitari effettuati per verificare l'idoneità al servizio o altre forme di inabilità non dipendenti da causa di servizio, avendo cura, in particolare, di trasmettere all'amministrazione di appartenenza dei lavoratori interessati, in luogo del verbale integrale di visita, un diverso attestato riportante il solo giudizio medico-legale;
 - fornire al Garante entro e non oltre il giorno 31 ottobre 2009 idonee assicurazioni, in ottemperanza alla presente statuizione adottata anche ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 157, 164 e 168 del Codice, circa la conformità alle prescrizioni del presente provvedimento dei trattamenti di dati effettuati nell'ambito dei predetti accertamenti sanitari.

Roma, 24 settembre 2009

IL PRESIDENTE	Pizzetti
IL RELATORE	Fortunato
IL SEGRETARIOGENERALE	Patroni Griffi

Provvedimento n. 2

Lavoro: anonimato per la diagnosi HIV - 2 ottobre 2009

Il Garante per la protezione dei dati personali

Nella riunione odierna, in presenza del prof. Francesco Pizzetti, presidente, del dott. Giuseppe Chiaravalloti, vice presidente, del dott. Mauro Paissan e del dott. Giuseppe Fortunato, componenti;

VISTO il Codice in materia di protezione dei dati personali (DL.vo 30 giugno 2003, n. 196);

VISTO il reclamo in atti con cui il maresciallo XY, in servizio come ZY presso il Ministero della difesa-Comando base navale di KQ, lamenta di non essere stato adeguatamente informato dall'amministrazione di appartenenza circa l'obbligatorietà o meno di rendere noto il suo stato di sieropositività (riscontrato dal Centro trasfusionale militare in occasione di una donazione di sangue) nell'ambito dell'accertamento di idoneità al servizio cui l'interessato si era sottoposto presso la commissione medico legale del Comando di appartenenza.

VISTO che nel medesimo reclamo il segnalante contesta, altresì, le modalità con cui i suoi dati personali riguardanti l'accertamento sanitario effettuato sono successivamente circolati all'interno della stessa amministrazione sebbene egli avesse sollecitato il rispetto della normativa vigente a tutela della riservatezza delle persone sieropositive, richiamando anche le precedenti pronunce dell'Autorità in materia: il processo verbale della visita collegiale effettuata sarebbe stato, infatti, trasmesso dalla commissione medica all'Ispettorato di sanità della Marina militare, comprensivo del nominativo dell'interessato e della diagnosi formulata, nonché all'Ufficio generale del personale e al Comando di appartenenza, con la diagnosi "*sbarrata e omessa*", in modo da renderla però facilmente desumibile, poiché la prassi di oscurare la diagnosi sarebbe adottata dall'amministrazione della difesa soltanto quando gli accertamenti diagnostici rivelano casi di infezione da HIV;

VISTA la richiesta di elementi inviata dall'Ufficio al Ministero della difesa-Comando base navale di KQ;

VISTA la nota di riscontro con cui il Comando base navale di KQ ha prodotto copia del modello di informativa sottoposto agli interessati nell'ambito delle procedure di accertamento di idoneità al servizio comunicando che:

- le modalità utilizzate per la trasmissione dell'esito delle visite medico legali ad altri organi o uffici dell'amministrazione della difesa "per gli adempimenti di competenza anche in materia di sanità pubblica o di stato giuridico del personale" sono regolamentate dalla Pubblicazione SMM/IS150/IEU dello Stato maggiore della Marina, Ispettorato della Sanità, edizione 2006, che prevede testualmente: "Tutta la certificazione/documentazione deve essere sempre inviata in busta chiusa apponendo sulla stessa la dicitura "Attenzione: contiene dati sensibili ai sensi del DL.vo 196/2003, da trattarsi esclusivamente a cura del personale autorizzato. Prima di aprire la busta verificarne l'integrità". Se la comunicazione è relativa a casi di cui alla Legge n. 135 del 5 giugno 1990 alla dicitura di cui sopra si dovrà aggiungere: "Personale per il

responsabile del trattamento dei dati personali” nominato con O.d.G del Capo di Corpo”;

- le misure adottate a tutela dei dati personali dei soggetti sottoposti a visita prevedono “in caso di sieropositività al virus dell’HIV dell’utente, l’omissione della diagnosi, sia nei dati raccolti su supporto informatico, sia nei processi verbali cartacei trasmessi all’Ufficio generale del personale e al Comando di appartenenza”, limitandone la trascrizione soltanto alla copia del verbale destinata all’interessato per la notifica del provvedimento medico legale, a quella trattenuta in archivio, nonché a quella destinata alla trasmissione, in busta chiusa, all’Ispettorato di Sanità in conformità a quanto previsto dalla Pubblicazione SMM/IS150/IEU dello Stato Maggiore della Marina;

VISTE le ulteriori memorie del segnalante è stato rappresentato che:

- in riscontro all’istanza di esercizio dei diritti di cui all’art. 7 del Codice formulata dall’interessato, la commissione medico legale ha inoltrato la richiesta dell’interessato di trasformazione in forma anonima dei dati personali trattati in violazione di Legge all’Ispettorato di sanità, in quanto destinatario del verbale di visita collegiale dell’interessato comprensivo della diagnosi riscontrata, “*ponendo così postumo rimedio, alla violazione del diritto di anonimato*” delle persone sieropositive;
- all’esito di un secondo accertamento sanitario di idoneità al servizio nei confronti del Sig. XY, effettuato in data 22 gennaio 2009, la medesima commissione ha nuovamente trasmesso copia del verbale di visita medica all’Ispettorato di sanità, all’Ufficio generale del personale e al Comando di appartenenza con le medesime modalità contestate dall’interessato e a dispetto dei rinnovati richiami di questi al necessario rispetto della normativa vigente a tutela della riservatezza delle persone sieropositive;
- in particolare, l’avvenuto invio all’Ispettorato di sanità della predetta documentazione sanitaria, comprensiva del nominativo dell’interessato e della diagnosi riscontrata, è stato motivato dalla commissione sulla base di quanto disposto dalle circolari e dai regolamenti interni “*in materia di notifica sanitaria*”;
- in occasione di un ulteriore accertamento sanitario di idoneità al servizio effettuato nei confronti dell’interessato in data 23 febbraio 2009, la commissione avrebbe tuttavia riconosciuto “*la discrepanza tra i medesimi regolamenti interni e la normativa vigente relativa alle segnalazioni di notifica sanitaria (DM 31 marzo 2008...)*”;

VISTE le richieste di elementi integrativi inviate dall’Ufficio al Ministero della difesa-Comando base navale di KQ anche ai sensi dell’art. 157 del Codice;

VISTE le note di risposta e l’allegata documentazione con cui il Comando base navale di KQ ha precisato che:

- sulla base delle indicazioni contenute nella Pubblicazione SMM/IS150/IEU dello Stato maggiore della Marina militare, in linea con i modelli allegati al decreto del Ministero dell’economia e delle finanze del 12 febbraio 2004, i verbali di visita collegiale utilizzati dalle commissioni medico legali presso le strutture sanitarie di aderenza della Marina militare, predisposti con circolare n. 05/001/SP/008 del 8 gennaio 2008, recano l’indicazione dell’ “*esame clinico, comprendente anamnesi clinica, anamnesi medico legale, stato attuale, esame obiettivo*”, nonché del “*giudizio diagnostico*” e del “*giudizio medico legale*” e vanno inviati all’Ispettorato di sanità, all’Ufficio generale del personale e al Comando di appartenenza del personale interessato;
- la prassi di omettere il giudizio diagnostico nella redazione e nella trasmissione della documentazione medico legale all’Ufficio generale del personale e al Comando di

- le finalità perseguite con la trasmissione del verbale integrale di visita collegiale agli organi centrali del Ministero della difesa e, in particolare, all'Ufficio generale del personale e all'Ispettorato di sanità, attengono *“alla doverosa notifica degli atti allo scopo di vigilanza e pianificazione all'impiego del personale”*: il primo ufficio, infatti, *“riceve dagli enti sanitari e provvede alla raccolta e conservazione di tutta la documentazione sanitaria; fornisce, qualora necessario, la documentazione per le aspettative e gli avanzamenti ... (e) controlla la corretta redazione della certificazione medica trasmessa dalle strutture sanitarie”*; il secondo ufficio *“sovrintende (tra l'altro) ... all'attività di diagnosi e cura delle strutture sanitarie di Forza armata”* nonché - tramite l'Ufficio medico-legale- *“aggiorna ... l'elenco delle imperfezioni ed infermità che sono causa di non idoneità al servizio militare”* e *“sovrintende ... alla custodia della documentazione medico-legale e all'aggiornamento dell'archivio cartaceo ovvero informatico”*;

VISTO il regolamento adottato con DPR 29 ottobre 2001, n. 461 che detta disposizioni in tema di procedimenti di accertamento delle condizioni di idoneità al servizio applicabili anche agli appartenenti delle Forze armate e a Corpi ad ordinamento militare (art. 1, 15 e 19 DPR n. 461/2001);

CONSIDERATO che sulla base delle procedure previste dal predetto decreto la commissione medica competente ad accertare lo stato di idoneità al servizio deve redigere un processo verbale per descrivere gli accertamenti eseguiti comprensivo delle generalità del dipendente interessato, nonché del *“giudizio diagnostico, (de)gli accertamenti e (de)gli elementi valutati a fini diagnostici”* che deve poi trasmettere all'amministrazione di appartenenza del dipendente interessato, entro quindici giorni dalla visita collegiale (art. 15, comma 2, e 6, commi 6 e 7, DPR n. 461/2001);

CONSIDERATO che il trattamento dei dati sensibili, quali quelli attinenti allo stato di salute, di lavoratori alle dipendenze di datori di lavoro pubblici deve aver luogo esclusivamente per raggiungere determinate finalità di rilevante interesse pubblico individuate dalla Legge o con provvedimento del Garante (art. 20 del Codice);

CONSIDERATO che tra le finalità per le quali è consentito ai soggetti pubblici il trattamento di informazioni sanitarie riferite a lavoratori sono comprese quelle relative all'adempimento degli obblighi e dei compiti in materia di rapporto di lavoro e di impiego, quali gli adempimenti connessi all'accertamento del *“possesso di particolari requisiti per l'accesso a specifici impieghi”*, *“alla definizione dello stato giuridico ed economico”* del personale, nonché in materia previdenziale (artt. 20 e 112, commi 1 e 2, lett. c), d) e f) del Codice);

VISTE le disposizioni del regolamento citato che, in conformità alla disciplina sulla protezione dei dati personali, individuano le tipologie di dati sensibili che possono essere trattati e di operazioni che possono essere eseguite dalle amministrazioni e dagli organismi sanitari interessati ai procedimenti di accertamento dell'idoneità in servizio del personale in quanto *“strettamente pertinenti e necessarie in relazione alle finalità perseguite”* (art. 22, comma 3-

bis, l. 31 dicembre 1996, n. 675 allora vigente, ora art. 20, comma 2, del Codice; art. 4 DPR n. 461/2001);

VISTO altresì il regolamento definito con decreto del Ministero della difesa del 13 aprile 2006, n. 203 (Gazzetta Ufficiale 1 giugno 2006 n. 126) che legittima il trattamento dei dati sulla salute del personale militare presso gli uffici e gli organi, anche sanitari, dell'amministrazione della difesa per porre in essere gli adempimenti necessari per la gestione di rapporti di lavoro, inclusi quelli in materia di stato giuridico ed economico del personale militare, nonché per svolgere le attività finalizzate agli accertamenti di idoneità al servizio (schede nn. 3 e 5);

RILEVATO che la pubblica amministrazione nell'utilizzare per una finalità lecita i dati sensibili relativi allo stato di salute dei lavoratori, ha l'obbligo di conformare il loro trattamento "*secondo modalità volte a prevenire violazioni dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità dell'interessato medesimo*", nonché di porre in essere ciascuna operazione e modalità concreta di trattamento, incluse quelle attinenti alla trasmissione di documenti sanitari all'interno della stessa amministrazione, soltanto se realmente indispensabili per raggiungere le richiamate finalità in materia di gestione dei rapporti di lavoro, adottando idonee soluzioni che permettano di svolgere egualmente le funzioni istituzionali in modo efficace e di eliminare al contempo ogni occasione di superflua conoscibilità di dati sulla salute anche da parte dei soggetti incaricati o responsabili del trattamento (artt. 11, 22, commi 1, 5 e 9 e 112 del Codice; vedere anche Provv. del Garante del 23 luglio 2004, doc. *web* n. 1099216);

VISTE le disposizioni del Codice che hanno rafforzato le cautele previste dalla legislazione previgente a tutela della riservatezza delle persone sieropositive imponendo agli operatori sanitari e ad ogni altro soggetto che venga a conoscenza di un caso di infezione da HIV di "*adottare ogni misura o accorgimento occorrente per la tutela dei diritti e delle libertà fondamentali dell'interessato, nonché della relativa dignità*" (artt. 5, comma 1, l. 5 giugno 1990, n. 135 come modificato dall'art. 178, comma 2, del Codice);

VISTI gli ulteriori accorgimenti previsti dalla normativa sopra richiamata in materia di HIV che sanciscono l'obbligo di comunicare i risultati dei relativi accertamenti diagnostici, diretti o indiretti, "*esclusivamente alla persona cui tali esami sono riferiti*" (art. 5, comma 4, Legge n. 135/1990);

RILEVATO che, in ottemperanza a tali cautele e con specifico riferimento ai trattamenti di dati relativi all'accertamento dell'infezione da HIV effettuati dalle commissioni mediche competenti a verificare lo stato di idoneità all'impiego, il Garante ha evidenziato la necessità di adottare ogni soluzione idonea a tutelare la riservatezza dei lavoratori interessati per documentare gli accertamenti eseguiti, specie nei casi in cui i giudizi diagnostici riguardino l'infezione da HIV, documentando, ad esempio, la relativa diagnosi in un atto riservato in luogo del verbale da trasmettere all'amministrazione di appartenenza del lavoratore, ovvero riportando tale diagnosi sul predetto verbale e trasmettendo all'amministrazione un diverso attestato dal quale questa non sia desumibile (vedere al riguardo, il Provvedimento del Garante del 31 luglio 1998, disponibile sul sito Internet dell'Autorità www.garanteprivacy.it, doc. *web*. n. 39172);

RILEVATO altresì che, sempre con riferimento ai trattamenti di dati relativi all'accertamento dell'infezione da HIV, l'Autorità ha ritenuto che la trasmissione all'amministrazione di appartenenza degli interessati di una copia del verbale depurata del solo giudizio diagnostico, risulterebbe astrattamente conforme a quanto previsto dalla disciplina sugli accertamenti medico

legali nell'ambito del pubblico impiego, ma violerebbe la previsione di cui all'art. 5 della Legge n. 135 del 1990, in quanto l'infezione da HIV risulterebbe comunque palese, sebbene in maniera indiretta, essendo tale caso l'unico, allo stato della legislazione vigente, nel quale il verbale di accertamento medico non può essere comunicato integralmente all'esterno (vedere punto f) Provvedimento del Garante cit., doc. *web*. n. 39172);

VISTE le disposizioni del citato regolamento n. 461/2001 che, recependo le indicazioni fornite dall'Autorità nel parere reso sul relativo schema, fanno salve le elevate cautele a tutela delle persone sieropositive poste dalla Legge n. 135/1990, adeguando a tali garanzie le procedure previste dal medesimo regolamento nei casi di accertamenti diagnostici di infezione da HIV (artt. 4, comma 4, e 6, comma 8, del regolamento citato; vedere anche Parere del Garante del 3 maggio 2001, doc. *web* n. 1076053);

CONSIDERATO che nelle "Linee guida in materia di trattamento di dati personali di lavoratori per finalità di gestione del rapporto di lavoro in ambito pubblico" l'Autorità ha fornito puntuali indicazioni ai collegi medici in ordine agli accorgimenti da adottare nella comunicazione ai datori di lavoro dell'esito delle visite mediche effettuate nei riguardi di dipendenti pubblici, alla luce del principio di indispensabilità dei dati trattati (Provvedimento 14 giugno 2007, doc. *web* n. 1417809);

CONSIDERATO che il Garante ha precisato al riguardo, altresì, che all'esito delle predette visite collegiali, volte a verificare l'idoneità al servizio, i "*collegi medici devono ... trasmettere all'amministrazione di appartenenza dell'interessato il verbale ... con la sola indicazione del giudizio medico-legale*", ritenendo preclusa in queste ipotesi ai datori di lavoro ogni conoscibilità di qualsiasi altra informazione attinente allo stato di salute dei lavoratori interessati, in quanto eccedente, non pertinente e non realmente indispensabile rispetto alle finalità perseguite (artt. 11, comma 1, lett d) e 22, commi 3 e 5 del Codice; vedere punto 8.4 delle Linee guida *cit.*);

CONSIDERATO che, con riferimento ai compiti e alle attività degli organismi di accertamento sanitario alternativi a quelli del Ministero della difesa, il Ministero dell'economia e delle finanze ha emanato specifiche istruzioni al fine di conformare alle indicazioni fornite dal Garante nelle richiamate Linee guida i trattamenti effettuati da tali organismi nell'ambito degli accertamenti di idoneità o di altre forme di inabilità del personale alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche (vedere circolare n. 907 del 16 aprile 2009 e art. 9 DPR n. 461/2001);

RILEVATO che il modello di informativa acquisito in atti non reca chiare e specifiche indicazioni tali da rendere gli interessati pienamente consapevoli circa la natura obbligatoria o facoltativa del conferimento delle loro informazioni sulla salute, nonché delle conseguenze di un eventuale rifiuto a rispondere nell'ambito delle attività di raccolta di dati connesse agli accertamenti medico legali effettuati nei confronti del personale militare, facendo esclusivamente riferimento al diverso profilo della facoltatività del consenso e non ponendo in distinta e specifica evidenza le caratteristiche dei trattamenti effettuati per finalità amministrative correlate alla cura della salute, tra i quali rientrano i predetti accertamenti medico legali, rispetto ai trattamenti posti in essere per finalità di cura (artt. 13 e 85, comma 2, del Codice);

RILEVATO che sulla base della documentazione in atti i verbali relativi agli accertamenti sanitari effettuati nei confronti del Sig. XY presso la commissione medico legale del Comando

di appartenenza, oggetto di trasmissione all'Ispettorato di sanità della Marina militare ad opera della medesima commissione, risultano contenere dati sanitari dell'interessato ultronei rispetto al giudizio medico-legale formulato e riguardanti l'esame clinico, lo stato attuale, l'esame obiettivo, nonché il giudizio diagnostico relativo all'infezione da HIV;

RILEVATO inoltre che gli atti relativi ai medesimi accertamenti, trasmessi dalla stessa commissione all'Ufficio generale del personale e al Comando di appartenenza, pur non contenendo alcun riferimento alla diagnosi riscontrata, risultano essere stati trasmessi, secondo quanto confermato dalle dichiarazioni in atti, con modalità che la rendono comunque immediatamente intellegibile, sebbene in maniera indiretta, essendo adottate soltanto nei casi di accertamenti diagnostici riguardanti la sieropositività all'HIV;

RITENUTO che le modalità – contestate – di circolazione all'interno del Ministero della difesa dei dati dell'interessato contenuti nei verbali degli accertamenti sanitari effettuati, non risultano lecite anche in considerazione del fatto che il perseguimento dei compiti e delle attribuzioni in materia di vigilanza e di pianificazione all'impiego del personale da parte degli uffici destinatari della predetta documentazione avrebbe potuto ugualmente essere conseguito rendendo noto a tali uffici il solo giudizio medico-legale di accertata temporanea inidoneità al servizio, in maniera tale da evitare la conoscibilità, seppure in via indiretta, delle informazioni sanitarie riguardanti l'accertato stato di sieropositività dell'interessato anche da parte delle articolazioni organizzative e del personale dell'amministrazione designati quali incaricati o responsabili del trattamento (artt. 11, comma 1, lett. *d*), 22, commi 1, 3 e 5 e 112 del Codice; vedere anche punto 8.4 delle Linee guida *cit.*);

RITENUTO alla luce delle considerazioni suesposte che l'avvenuta trasmissione secondo le contestate modalità del verbale delle visite collegiali compiute nei confronti dell'interessato dalla commissione medico legale presso il Comando base navale di KQ all'Ispettorato di sanità, all'Ufficio generale del personale e al Comando di appartenenza risulta essere stata effettuata in violazione della disciplina sulla protezione dei dati personali, nonché delle citate previsioni della Legge n. 135/1990 che impongono particolari cautele nel trattamento dei dati riguardanti l'infezione da HIV; cautele peraltro richiamate dallo stesso DPR n. 461/2001, e comunque norme prevalenti e speciali rispetto alle istruzioni interne emanate dallo stesso Ministero della difesa (artt. 11, comma 1, lett. *a*), 22, commi 1, 5 e 9 del Codice; art. 5 Legge n. 135/1990, art. 4 DPR n. 461/2001);

CONSIDERATO che il Garante, ai sensi degli artt. 143, comma 1, lett. *c*) e 154, comma 1, lett. *d*), del Codice, ha il compito di vietare anche d'ufficio il trattamento illecito o non corretto dei dati o di disporre il blocco e di adottare, altresì, gli altri provvedimenti previsti dalla disciplina applicabile al trattamento dei dati personali;

RILEVATA, quindi, la fondatezza del reclamo e ritenuto pertanto di dover inibire al Ministero della Difesa-Comando base navale di KQ, ai sensi degli artt. 143, comma 1, lett. *c*) e 154, comma 1, lett. *d*) del Codice, ulteriori trasmissioni dei dati sullo stato di salute dell'interessato, specie con riferimento alle informazioni sulla sieropositività, con modalità non rispettose della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali (artt. 11 e 22 del Codice; art. 5 Legge n. 135/1990, art. 4 DPR n. 461/2001);

RITENUTO, inoltre, in ragione dell'estrema delicatezza dei dati sulla salute del Sig. XY riportati nella documentazione acquisita dall'Ispettorato di sanità, dall'Ufficio generale del

personale e dal Comando base navale di KQ in relazione agli accertamenti sanitari effettuati, nonché del concreto rischio di un pregiudizio rilevante per l'interessato, di dover vietare ai predetti uffici, ai sensi degli artt. 143, comma 1, lett. *c*) e 154, comma 1, lett. *d*) del Codice, ogni ulteriore utilizzo dei predetti dati, ad eccezione della valutazione medico-legale di inidoneità temporanea all'impiego, con conseguente obbligo di adottare ogni misura di ulteriore conservazione, a norma di Legge, dei documenti che li contengono idonea a limitarne rigorosamente la conoscibilità, stante l'inutilizzabilità dei medesimi dati (art. 11, comma 2, e 22, comma 5, del Codice; vedere anche le indicazioni delle Linee guida del Garante richiamate nel presente provvedimento);

RITENUTO necessario prescrivere al Ministero della Difesa-Comando base navale di KQ, ai sensi degli artt. 143, comma 1, lett. *b*) e 154, comma 1, lett. *c*) del Codice, di modificare il modello utilizzato per informare gli interessati in modo da fornire, anche con formule sintetiche, ma pur sempre agevolmente comprensibili, indicazioni specifiche relative alla natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati sullo stato di salute e alle diverse conseguenze per il mancato conferimento nell'ambito delle attività amministrative correlate alla cura della salute, tra cui rientrano quelle connesse agli accertamenti medico legali nei confronti del personale militare;

RITENUTO, altresì, di dover prescrivere sempre al Ministero della difesa-Comando base navale di KQ, ai sensi degli artt. 143, comma 1, lett. *b*) e 154, comma 1, lett. *c*) del Codice, di conformare ai principi sopra richiamati le contestate modalità di trasmissione ad altri organi e uffici dell'amministrazione dei dati sanitari del personale militare riguardanti le visite collegiali effettuate per verificare l'idoneità al servizio, specie con riferimento alle informazioni sulla sieropositività, utilizzando in luogo del verbale integrale di visita, un diverso attestato riportante il solo giudizio medico legale, in tutti i casi di accertamento sanitario di idoneità, inidoneità o altre forme di inabilità al servizio, indipendentemente dal giudizio diagnostico formulato dalle commissioni mediche competenti;

RITENUTO, infine, opportuno prescrivere al Ministero della Difesa-Ispettorato di sanità della Marina militare, per i profili di competenza in materia medico-legale, di accertare la conformità ai principi richiamati nel presente provvedimento dei modelli di informativa utilizzati presso i Servizi sanitari del Ministero e delle modalità di trasmissione ad altri organi e uffici dell'amministrazione dei dati sanitari del personale militare riguardanti le visite collegiali effettuate per verificare l'idoneità al servizio;

TENUTO CONTO che, ai sensi dell'art. 170 del Codice chiunque, essendovi tenuto, non osserva il presente provvedimento di divieto è punito con la reclusione da tre mesi a due anni e che, ai sensi dell'art. 162, comma 2-ter del Codice, in caso di inosservanza del medesimo provvedimento, è altresì applicata in sede amministrativa, in ogni caso, la sanzione del pagamento di una somma da trentamila a centottantamila euro;

RISERVATA, con autonomo provvedimento, la verifica dei presupposti per contestare al Ministero della Difesa-Comando base navale di KQ la violazione amministrativa concernente l'inidonea informativa, nonché il trattamento illecito di dati (artt. 161, 162, comma 2-bis e 167 del Codice);

VISTA la documentazione in atti;

VISTE le osservazioni dell'Ufficio, formulate dal segretario generale ai sensi dell'art. 15 del regolamento del Garante n. 1/2000 del 28 giugno 2000;

Relatore il dott. Mauro Paissan;

Tutto ciò premesso, il Garante:

- a) ai sensi degli artt. 143, comma 1, lett. c) e 154, comma 1, lett. d), del Codice, vieta con effetto dalla notifica del presente provvedimento:
- al Ministero della difesa-Comando base navale di KQ ulteriori trasmissioni, con modalità non rispettose della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali, dei dati personali dell'interessato attinenti alla salute, specie con riferimento alle informazioni relative all'HIV;
 - al Ministero della difesa-Ispettorato di sanità e Ufficio generale del personale della Marina militare e al Ministero della difesa-Comando base navale di KQ, di utilizzare ulteriormente i dati personali sullo stato di salute dell'interessato riportati nella documentazione acquisita, in relazione agli accertamenti sanitari effettuati, ad eccezione della valutazione medico-legale di inidoneità temporanea all'impiego, ferma restando la conservazione, a norma di Legge, dei documenti che li contengono con conseguente obbligo di adottare ogni misura idonea a limitarne rigorosamente la conoscibilità;
- b) ai sensi degli artt. 143, comma 1, lett. b) e 154, comma 1, lett. c) del Codice prescrive al Ministero della difesa-Comando base navale di KQ con effetto dalla notifica del presente provvedimento:
- di modificare il modello utilizzato per informare gli interessati in modo da fornire, anche con formule sintetiche, ma pur sempre agevolmente comprensibili, indicazioni specifiche relative alla natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati sullo stato di salute e alle diverse conseguenze per il mancato conferimento nell'ambito delle attività amministrative correlate alla cura della salute, tra cui rientrano quelle connesse agli accertamenti medico legali nei confronti del personale militare;
 - di conformare ai principi richiamati nel presente provvedimento le contestate modalità di circolazione all'interno dell'amministrazione dei dati sanitari del personale militare riguardanti le visite collegiali effettuate per verificare l'idoneità al servizio, specie con riferimento alle informazioni sulla sieropositività, utilizzando in luogo del verbale integrale di visita, un diverso attestato riportante il solo giudizio medico-legale, in tutti i casi di accertamento sanitario di idoneità, inidoneità o altre forme di inabilità al servizio, indipendentemente dal giudizio diagnostico formulato dalle commissioni mediche competenti;
 - fornire al Garante entro e non oltre il giorno 30 novembre 2009 idonee assicurazioni, in ottemperanza alla presente statuizione adottata anche ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 157, 164 e 168 del Codice, circa la conformità alle prescrizioni del presente provvedimento dei trattamenti di dati effettuati nell'ambito dei predetti accertamenti sanitari.
- c) ai sensi degli artt. 143, comma 1, lett. b) e 154, comma 1, lett. c) del Codice prescrive al Ministero della difesa-Ispettorato di sanità della Marina militare, per i profili di competenza, con effetto dalla notifica del presente provvedimento, di accertare la conformità ai principi richiamati nel presente provvedimento dei modelli di informativa utilizzati presso i Servizi sanitari del Ministero e delle modalità di trasmissione ad altri organi e uffici

dell'amministrazione dei dati sanitari del personale militare riguardanti le visite collegiali effettuate per verificare l' idoneità al servizio, fornendo a questa Autorità entro il 31 dicembre 2009 idonee assicurazioni al riguardo.

Roma, 2 ottobre 2009

IL PRESIDENTE	Pizzetti
IL RELATORE	Paissan
IL SEGRETARIO GENERALE	Patroni Griffi

Provvedimento n. 3

Prescrizioni concernenti la raccolta d'informazioni sullo stato di sieropositività dei pazienti da parte degli esercenti le professioni sanitarie - 12 novembre 2009

(GAZZETTA UFFICIALE n. 289 del 12 dicembre 2009)

Registro delle deliberazioni

Del. n. 35 del 12 novembre 2009

Il Garante per la protezione dei dati personali

Nella riunione odierna, in presenza del prof. Francesco Pizzetti, presidente, del dott. Giuseppe Chiaravalloti, vice presidente, del dott. Mauro Paissan e del dott. Giuseppe Fortunato, componenti, e del dott. Filippo Patroni Griffi, segretario generale;

Vista il provvedimento adottato in data odierna nei confronti di uno studio dentistico odontoiatrico, in merito alla raccolta di informazioni relative allo stato di sieropositività dei pazienti mediante la compilazione di un questionario in fase di prima accettazione dello stesso;

Tenuto conto della particolare delicatezza delle informazioni idonee a rilevare lo stato di sieropositività dei pazienti;

Rilevata la necessità di estendere le prescrizioni formulate nel suddetto provvedimento a tutti gli esercenti le professioni sanitarie;

Visti gli atti d'Ufficio;

Vista la Legge 5 giugno 1990, n. 135 (*Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS*) e il decreto del Ministro della Sanità del 28 settembre 1990 (*Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private*);

Viste le osservazioni formulate dal segretario generale ai sensi dell'art. 15 del regolamento del Garante n. 1/2000;

Relatore il dott. Giuseppe Fortunato;

Premesso

È stato segnalato al Garante che in uno studio dentistico e odontoiatrico all'atto della prima accettazione dei pazienti è distribuito un questionario in cui si chiede a questi di evidenziare il proprio stato di salute ed, in particolare, se si è affetti da infezione da HIV.

Da alcune ricerche preliminari effettuate dall'Ufficio, è emerso che tale questionario è utilizzato da alcuni studi dentistici odontoiatrici ed è, talvolta, presente nelle applicazioni progettate da società informatiche per tali studi.

Gli esercenti le professioni sanitarie, previa acquisizione del consenso informato del paziente, possono trattare i dati sanitari dello stesso per finalità di tutela della sua salute o incolumità fisica, fermi restando i casi di prestazioni d'urgenza per i quali si può prescindere dal consenso dell'interessato (*artt. 75 e ss del Codice*).

Prima ancora di procedere all'attività di cura dell'interessato, infatti, l'esercente la professione sanitaria deve fornire allo stesso una completa informativa sul trattamento dei dati personali che intende effettuare, nonché acquisire il suo consenso anche oralmente. In tal caso il consenso è documentato con annotazione scritta da parte dell'esercente la professione sanitaria (*artt. 13 e 81 del Codice*).

Una volta acquisito il consenso informato del paziente al trattamento dei suoi dati personali, gli esercenti le professioni sanitarie hanno il compito di raccogliere tutte le informazioni sanitarie necessarie ad assicurargli una corretta assistenza medica.

Sia nell'informativa da rendere all'interessato che nell'ambito dei colloqui con il medico curante, infatti, quest'ultimo deve rendere edotto il paziente in merito all'importanza di ricostruire un quadro il più possibile completo delle informazioni sanitarie che lo riguardano, al fine di potergli offrire un migliore percorso di cura. In tale contesto, si inserisce il dovere del medico di illustrare al paziente le scelte diagnostiche o terapeutiche che intende perseguire e le relative prevedibili conseguenze; ciò, al fine di consentire allo stesso di aderire o meno alle proposte diagnostico-terapeutiche avanzate dal medico (*cfr. art. 33 del Codice di deontologia medica del 16 dicembre 2006*).

Con riferimento alla raccolta di informazioni relative all'eventuale stato di sieropositività, è, dunque, compito del medico curante illustrare al paziente l'importanza di conoscere anche tale informazione in relazione al tipo di intervento o al piano terapeutico da eseguire. Qualora ritenga, infatti, che la conoscenza dello stato di sieropositività sia indispensabile in relazione al trattamento sanitario o terapeutico che intende porre in essere, è suo compito illustrare al paziente le conseguenze che la mancata conoscenza di tale informazione potrebbe determinare.

Fermo restando, pertanto, che il medico è tenuto a raccogliere un'anamnesi dettagliata del paziente ed a illustrare a quest'ultimo l'importanza di tale raccolta di dati personali, l'interessato è comunque libero di scegliere, in modo informato -e quindi consapevole - di non comunicare al medico alcune informazioni sanitarie che lo riguardano, ivi compresa la sua eventuale sieropositività, senza per ciò subire alcun pregiudizio sulla possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie richieste (cfr. *Linee guida in tema di Fascicolo sanitario elettronico (Fse) e di dossier sanitario del 16 luglio 2009 [doc. web n. 1634116], par. n. 3, con particolare riferimento al diritto riconosciuto all'interessato di non comunicare ad un medico informazioni sanitarie che lo riguardano; cfr. altresì Documento di lavoro sul trattamento dei dati personali relativi alla salute contenuti nelle cartelle cliniche elettroniche (Cce) adottato il 15 febbraio 2007 dal Gruppo di lavoro per la tutela dei dati personali previsto dall'art. 29 della direttiva 95/46/CE, in particolare par. III, n. 1).*

Il medico è, infatti, tenuto ad agire nel rispetto della libertà e della autonomia decisionale del paziente (*art. 38 del richiamato codice di deontologia medica*).

La raccolta di informazioni relative all'eventuale stato di sieropositività di ogni singolo paziente da parte degli esercenti le professioni sanitarie deve avvenire, pertanto, in conformità al quadro normativo sopra delineato ed ai principi di pertinenza e non eccedenza dei dati rispetto alle finalità del trattamento riconducibili alle specifiche attività di cura dell'interessato (*art. 11, comma 1, lett. a) del Codice*).

La raccolta di informazioni relative all'eventuale stato di sieropositività di ogni paziente che si rivolge per la prima volta allo studio medico effettuata in fase di accettazione, indipendentemente dal tipo di intervento clinico o dal piano terapeutico che lo stesso deve eseguire (*es. trattamento di igiene orale professionale, ablazione del tartaro, rx ortopantomica*), appare in contrasto con i suddetti principi di pertinenza e non eccedenza dei dati. In tale quadro, si ritiene necessario prescrivere agli esercenti le professioni sanitarie di non raccogliere in fase di accettazione di ogni paziente che si rivolge a questi per la prima volta -e a prescindere dal tipo di intervento o piano terapeutico da eseguire - informazioni relative alla presenza di un eventuale stato di sieropositività. Gli esercenti le professioni sanitarie, infatti, -previo consenso informato del paziente- possono raccogliere l'informazione relativa all'eventuale presenza di un'infezione da HIV solo qualora tale dato anamnestico sia ritenuto dagli stessi necessario in funzione del tipo di intervento sanitario o di piano terapeutico da eseguire sull'interessato; resta fermo che quest'ultimo rimane libero di decidere in modo consapevole (e quindi informato) e responsabile di non comunicare al medico alcuni eventi sanitari che lo riguardano.

In ogni caso, il medico che viene a conoscenza di un caso di AIDS, ovvero di un caso di infezione da HIV, oltre a essere sottoposto a specifici doveri deontologici di segretezza e non discriminazione del paziente, è tenuto anche ad adottare ogni misura o accorgimento occorrente per la tutela dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità dello stesso, nonché le misure di sicurezza individuate dal Codice (*art. 5, Legge n. 135/1990, artt. 3, 10, 11, 20 del predetto codice di deontologia medica, artt. 33 e ss. del Codice e Disciplinare tecnico allegato B) al Codice*).

L'esigenza di raccogliere informazioni in merito all'eventuale infezione da HIV in fase di accettazione del paziente non può, nemmeno, ricondursi alla necessità di attivare specifiche

misure di protezione per il personale sanitario, in quanto la normativa di settore prevede che, stante l'impossibilità di avere certezza sullo stato di sieropositività del paziente, le misure di protezione devono essere adottate nei confronti di ogni singolo assistito.

La Legge 5 giugno 1990, n. 135 (Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS), infatti, ha previsto specifiche disposizioni per la protezione del contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private, attuate con decreto del Ministro della sanità del 28 settembre 1990.

Più precisamente, il predetto decreto, nel considerare impossibile “*identificare con certezza tutti i pazienti con infezione da HIV*”, ha previsto che le “*precauzioni finalizzate alla protezione dal contagio*” debbano essere prestate “*nei confronti della generalità delle persone assistite*” (cfr. premesse del citato decreto). In particolare, le specifiche precauzioni previste per gli operatori odontoiatrici devono essere adottate nei confronti di “*ogni singolo paziente*” (cfr. art. 4 del citato decreto nonché il paragrafo sulle “*Precauzioni per gli odontoiatri*” contenuti nelle *Linee guida di comportamento per gli operatori sanitari per il controllo delle infezioni da HIV del 6 settembre 1989 emanate dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS*).

Le disposizioni sopra citate evidenziano, infatti, che allo stato attuale delle conoscenze scientifiche non è possibile identificare con certezza tutti i pazienti affetti da HIV e che, pertanto, le misure di protezione dal contagio devono essere adottate, a prescindere dalla conoscenza dello stato di sieropositività del paziente, nei confronti di ogni soggetto sottoposto a cure dentistiche.

Tutto ciò premesso, il Garante:

1. ai sensi dell'art. 154, comma 1, lett. c) del Codice, prescrive agli esercenti le professioni sanitarie di non raccogliere l'informazione circa l'eventuale stato di sieropositività in fase di accettazione di ogni paziente che si rivolge a questi per la prima volta, e a prescindere dal tipo di intervento o piano terapeutico da eseguire, fermo restando che tale dato anamnestico può essere legittimamente raccolto, previo consenso informato dell'interessato, da parte del medico curante nell'ambito del processo di cura, in relazione a specifici interventi clinici ove ciò sia ritenuto necessario;

2. ai sensi dell'art. 143, comma 2, del Codice, dispone che copia del presente provvedimento sia trasmessa al Ministero della giustizia-Ufficio pubblicazione leggi e decreti, per la sua pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana*.

Roma, 12 novembre 2009

IL PRESIDENTE	Pizzetti
IL RELATORE	Fortunato
IL SEGRETARIO GENERALE	Patroni Griffi

Provvedimento n. 4

No a raccolte indiscriminate sull'HIV negli studi medici

Il Garante per la protezione dei dati personali

Nella riunione odierna, in presenza del prof. Francesco Pizzetti, presidente, del dott. Giuseppe Chiaravalloti, vice presidente, del dott. Mauro Paissan e del dott. Giuseppe Fortunato, componenti, e del dott. Filippo Patroni Griffi, segretario generale;

Vista la segnalazione presentata dall'Associazione NPS Italia onlus (Network persone sieropositive) in data 20 maggio 2009 nei confronti dello studio dentistico odontoiatrico "La Rete" di Brescia;

Vista la richiesta di informazioni in atti;

Vista la documentazione inviata dallo studio dentistico odontoiatrico "La Rete" di Brescia;

Visti gli atti d'Ufficio;

Vista la Legge 5 giugno 1990, n. 135 (*Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS*) e il decreto del Ministro della Sanità del 28 settembre 1990 (*Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private*);

Viste le osservazioni formulate dal segretario generale ai sensi dell'art. 15 del regolamento del Garante n. 1/2000;

Relatore il dott. Giuseppe Fortunato;

Premesso

L'Associazione NPS Italia onlus (Network persone sieropositive) ha segnalato al Garante che nello studio dentistico odontoiatrico "La Rete" di Brescia, all'atto dell'accettazione dei pazienti è distribuito un questionario denominato "*Questionario per anamnesi odontoiatrica*", la cui compilazione costituirebbe una condizione indispensabile per accedere ai servizi dentistici offerti dallo studio. Nel suddetto questionario si chiede al paziente di evidenziare il proprio stato di salute ed, in particolare, se si è affetti da "*infezione da HIV (AIDS)*".

Lo studio dentistico odontoiatrico "La Rete", nel dare riscontro ad una richiesta di informazioni dell'Ufficio, ha sostenuto che la compilazione del suddetto questionario è finalizzata a conoscere la storia clinica del paziente, al fine di impostare un "*piano di trattamento personalizzato*". La conoscenza dello stato di sieropositività del paziente non sarebbe acquisita -secondo quanto affermato dal suddetto studio medico- per scongiurare il rischio di un possibile contagio dell'operatore sanitario, bensì solo per raccogliere informazioni utili a comprendere "*come la cura proposta possa influire sulla salute del paziente*".

Osserva

Gli esercenti le professioni sanitarie, previa acquisizione del consenso informato del paziente, possono trattare i dati sanitari dello stesso per finalità di tutela della sua salute o incolumità fisica,

fermi restando i casi di prestazioni d'urgenza per i quali si può prescindere dal consenso dell'interessato (artt. 75 e ss. del Codice).

Prima ancora di procedere all'attività di cura dell'interessato, infatti, l'esercente la professione sanitaria deve fornire allo stesso una completa informativa sul trattamento dei dati personali che intende effettuare, nonché acquisire il suo consenso anche oralmente. In tal caso il consenso è documentato con annotazione scritta da parte dell'esercente la professione sanitaria (artt. 13 e 81 del Codice).

Sia nell'informativa da rendere all'interessato che nell'ambito dei colloqui con il medico curante, quest'ultimo deve rendere edotto il paziente in merito all'importanza di ricostruire un quadro il più possibile completo delle informazioni sanitarie che lo riguardano, al fine di potergli offrire un migliore percorso di cura. In tale contesto, si inserisce il dovere del medico di illustrare al paziente le scelte diagnostiche o terapeutiche che intende perseguire e le relative prevedibili conseguenze; ciò, al fine di consentire allo stesso di aderire o meno alle proposte diagnostico-terapeutiche avanzate dal medico (cfr. art. 33 del Codice di deontologia medica del 16 dicembre 2006).

Con riferimento alla raccolta di informazioni relative all'eventuale stato di sieropositività, è, dunque, compito del medico curante illustrare al paziente l'importanza di conoscere anche tale informazione in relazione al tipo di intervento o al piano terapeutico da eseguire. Qualora ritenga, infatti, che la conoscenza dello stato di sieropositività sia indispensabile in relazione al trattamento sanitario o terapeutico che intende porre in essere, è suo compito illustrare al paziente le conseguenze che la mancata conoscenza di tale informazione potrebbe determinare.

Fermo restando, pertanto, che il medico è tenuto a raccogliere un'anamnesi dettagliata del paziente ed a illustrare a quest'ultimo l'importanza di tale raccolta di dati personali, l'interessato è comunque libero di scegliere, in modo informato - e quindi consapevole - di non comunicare al medico alcune informazioni sanitarie che lo riguardano, ivi compresa la sua eventuale sieropositività, senza per ciò subire alcun pregiudizio sulla possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie richieste (cfr. *Linee guida in tema di Fascicolo sanitario elettronico (Fse) e di dossier sanitario del 16 luglio 2009* [doc. web n. 1634116], par. n. 3, con particolare riferimento al diritto riconosciuto all'interessato di non comunicare ad un medico informazioni sanitarie che lo riguardano; cfr. altresì Documento di lavoro sul trattamento dei dati personali relativi alla salute contenuti nelle cartelle cliniche elettroniche (Cce) adottato il 15 febbraio 2007 dal Gruppo di lavoro per la tutela dei dati personali previsto dall'art. 29 della direttiva 95/46/CE, in particolare par. III, n. 1).

Il medico è, infatti, tenuto ad agire nel rispetto della libertà e della autonomia decisionale del paziente (art. 38 del richiamato codice di deontologia medica).

La raccolta di informazioni relative all'eventuale stato di sieropositività di ogni singolo paziente da parte dello studio dentistico odontoiatrico "La Rete" deve avvenire, pertanto, in conformità al quadro normativo sopra delineato ed ai principi di pertinenza e non eccedenza dei dati rispetto alle finalità del trattamento riconducibili alle specifiche attività di cura dell'interessato (art. 11, comma 1, lett. a) del Codice).

La raccolta di informazioni relative all'eventuale stato di sieropositività di ogni paziente che si rivolge per la prima volta allo studio dentistico odontoiatrico "La Rete" effettuata in fase di accettazione, indipendentemente dal tipo di intervento clinico o dal piano terapeutico che lo stesso deve eseguire (es. trattamento di igiene orale professionale, ablazione del tartaro, rx ortopantomica), appare in contrasto con i suddetti principi di pertinenza e non eccedenza dei dati. In

tale quadro, accertata l'illiceità del trattamento effettuato, si ritiene necessario vietare al predetto studio di raccogliere in fase di accettazione di ogni paziente che si rivolge a questi per la prima volta -e a prescindere dal tipo di intervento clinico o dal piano terapeutico da eseguire- informazioni relative alla presenza di un eventuale stato di sieropositività.

Lo studio dentistico odontoiatrico "La Rete", previo consenso informato del paziente, può raccogliere l'informazione relativa all'eventuale presenza di un'infezione da HIV qualora tale dato anamnestico sia ritenuto dal medico curante necessario in funzione del tipo di intervento sanitario o di piano terapeutico da eseguire sull'interessato, resta fermo che quest'ultimo rimane libero di decidere in modo consapevole (e quindi informato) e responsabile di non comunicare al medico alcuni eventi sanitari che lo riguardano.

In ogni caso, il medico che viene a conoscenza di un caso di AIDS, ovvero di un caso di infezione da HIV, oltre a essere sottoposto a specifici doveri deontologici di segretezza e non discriminazione del paziente, è tenuto anche ad adottare ogni misura o accorgimento occorrente per la tutela dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità dello stesso, nonché le misure di sicurezza individuate dal Codice (art. 5, Legge n. 135/1990, artt. 3, 10, 11, 20 del predetto codice di deontologia medica, artt. 33 e ss del Codice e Disciplinary tecnico allegato B) al Codice).

L'esigenza di raccogliere informazioni in merito all'eventuale infezione da HIV in fase di accettazione del paziente non può, nemmeno, ricondursi alla necessità di attivare specifiche misure di protezione per il personale sanitario, in quanto la normativa di settore prevede che, stante l'impossibilità di avere certezza sullo stato di sieropositività del paziente, le misure di protezione devono essere adottate nei confronti di ogni singolo assistito.

Si ricorda, infatti, che la normativa in materia protezione del contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private (l.135/1990 e decreto del Ministro della sanità del 28 settembre 1990), nel considerare impossibile "*identificare con certezza tutti i pazienti con infezione da HIV*", ha previsto che le "*precauzioni finalizzate alla protezione dal contagio*" debbano essere prestate "*nei confronti della generalità delle persone assistite*" (cfr. premesse del citato decreto). In particolare, le specifiche precauzioni previste per gli operatori odontoiatrici devono essere adottate nei confronti di "ogni singolo paziente" (cfr. art. 4 del citato decreto nonché il paragrafo sulle "*Precauzioni per gli odontoiatri*" contenuti nelle Linee guida di comportamento per gli operatori sanitari per il controllo delle infezioni da HIV del 6 settembre 1989 emanate dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS).

Tutto ciò premesso

accertata l'illiceità del trattamento effettuato, ai sensi dell'art. 154, comma 1, lett. d) del Codice, vieta allo studio dentistico odontoiatrico "La Rete" di Brescia di raccogliere l'informazione circa l'eventuale stato di sieropositività in fase di accettazione di ogni paziente che si rivolge a questi per la prima volta, e a prescindere dal tipo di intervento clinico o dal piano terapeutico da eseguire, fermo restando che tale dato anamnestico può essere legittimamente raccolto, previo consenso informato dell'interessato, da parte del medico curante nell'ambito del processo di cura, in relazione a specifici interventi clinici ove ciò sia ritenuto necessario.

Roma, 12 novembre 2009

IL PRESIDENTE	Pizzetti
IL RELATORE	Fortunato
IL SEGRETARIO GENERALE	Patroni Griffi

SECONDA PARTE

Le Infezioni Sessualmente Trasmesse

SCENARIO EPIDEMIOLOGICO DELLE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE

Maria Cristina Salfa (a), Vincenza Regine(a), Laura Camoni (a), Mariangela Raimondo (a), Barbara Suligoj (a) e la Rete Sentinella di Centri Clinici* e la Rete Sentinella di Laboratori per le Infezioni Sessualmente Trasmesse**

(a) Centro Operativo AIDS, Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

Le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) costituiscono un vasto gruppo di malattie infettive diffuso in tutto il mondo che può essere causa di gravi complicanze e le cui cure assorbono ingenti risorse finanziarie.

Il controllo e la prevenzione di queste infezioni rappresentano obiettivi prioritari di sanità pubblica, per vari motivi (1):

- l'elevato numero di persone che ogni anno acquisisce una IST;
- la proporzione rilevante di soggetti asintomatici ma infetti ed infettanti;
- la maggiore diffusione in soggetti con comportamenti sessuali a rischio, come giovani, pluripartner, omosessuali e coloro che hanno rapporti sessuali in cambio di denaro;
- la maggiore suscettibilità biologica di alcuni soggetti, come le donne, che hanno un apparato genitale più complesso ed esteso nel quale i patogeni possono avere una probabilità maggiore di stabilirsi; gli adolescenti, che hanno tessuti genitali ancora immaturi e più recettivi ai patogeni; o gli individui portatori di stati di grave immunodeficienza;
- le gravi sequele e complicanze in caso di mancata o errata diagnosi e terapia, quali la cronicizzazione della malattia, la sterilità, la trasformazione oncogena, la sinergia con l'infezione da HIV;
- la possibilità di prevenire e curare efficacemente buona parte di queste.

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ogni anno si verificano circa 448 milioni di nuovi casi delle quattro IST più diffuse e curabili (248 milioni di nuovi casi di infezione da *Trichomonas vaginalis*, 101 milioni di nuovi casi di infezione da *Chlamydia trachomatis*, 88 milioni di nuovi casi di gonorrea, 11 milioni di nuovi casi di sifilide) tra i soggetti di età compresa tra i 15 e i 49 anni (2). Da questo conteggio sono escluse le infezioni genitali virali, quali l'herpes genitale da Herpes simplex virus di tipo 1 e 2 (HSV 1 e 2) e le patologie genitali provocate dal Papillomavirus umano (HPV), per le quali non è facile produrre stime, ma che sono responsabili ogni anno di vari milioni di casi di infezioni nel mondo, con conseguenze sia sulla salute umana sia sullo stato socio-economico (3, 4).

* Aste Nicola (Cagliari), Carnimeo Luigi (Bari), Cusini Marco (Milano), D'Antuono Antonietta (Bologna), Delmonte Sergio (Torino), El-Hamad Issa (Brescia), Matteelli Alberto (Brescia), Moise Gianmichele (Gorizia), Palamara Guido (Roma), Priano Luigi (Genova), Urbani Franco (Trento), Zuccati Giuliano (Firenze).

** Bongera Maurizia (Ivrea, TO), Bruno Anna Rita (Galatina, LE), Busetti Marina (Trieste), Caola Iole (Trento), Cava Maria Carmela (Roma), Clerici Pierangelo (Legnano, MI), Giraldi Cristina (Cosenza), Latino Maria Agnese (Torino), Leone Rosa Anna (Lamezia Terme, CZ), Modolo Maria Luisa (Pordenone), Pauri Paola (Jesi, AN), Sensini Alessandra (Perugia), Tagliaferro Luigi (Lecce).

La maggior parte delle IST si verifica nei Paesi in via di sviluppo, ma sono molto diffuse anche nei Paesi più sviluppati, come l'Europa Occidentale e gli Stati Uniti (2). In questi Paesi, dagli anni settanta alla fine del secolo scorso, si è assistito, da un lato, ad un progressivo aumento delle IST virali (condilomi ano-genitali, herpes genitale, infezione da HIV), e dall'altro ad una sostanziale diminuzione delle IST batteriche (sifilide, gonorrea, infezione da *Chlamydia trachomatis*). Dopo il 2000, insieme al persistente aumento della diffusione delle IST virali si è verificato anche un nuovo e inaspettato aumento della circolazione delle IST batteriche, soprattutto nelle grandi metropoli e a carico di gruppi di popolazione maggiormente a rischio (es. giovani maschi omosessuali). Questa riemergenza ha sottolineato l'importanza di alcuni comportamenti sessuali come fattori determinanti nella diffusione di queste patologie (5-8).

La nuova prospettiva del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2003-2005 è il primo ad essere varato in uno scenario sociale e politico radicalmente cambiato. Le modificazioni legislative intervenute nel 2001 (modifica del titolo V, cap. II della Costituzione) e l'approvazione da parte del Governo del Disegno di Legge sulla devoluzione hanno portato ad uno Stato che formula i principi fondamentali, ma non interviene sul come questi principi ed obiettivi saranno attuati, perché ciò diviene competenza esclusiva delle Regioni. Il ruolo dello Stato in materia di sanità si trasforma, quindi, da una funzione preminente di organizzatore e gestore di servizi a quella di garante dell'equità sul territorio nazionale.

Cambia, anche, la missione del Ministero della Sanità, si passa dal concetto di sanità al concetto di salute e più precisamente dalla "pianificazione e governo della sanità" alla "garanzia della salute" per ogni cittadino.

È dunque naturale che il PSN 2003-2005 si ponga in un'ottica del tutto nuova e coerente con questi cambiamenti legislativi e politici trasformandosi, rispetto ai precedenti Piani Sanitari, da atto programmatico per le Regioni, in Progetto di Salute condiviso e attuato con le Regioni in modo sinergico e interattivo (9).

In tema di IST il PSN 2003/2005 si adopera per il raggiungimento dell'obiettivo definito dall'OMS nel 1999, secondo il quale ciascuno Stato dovrebbe ottenere, entro l'anno 2015, una riduzione dell'incidenza della mortalità e delle conseguenze negative dell'infezione da HIV e delle altre malattie a trasmissione sessuale (1).

A tal fine, le azioni prioritarie da attuare sono:

- il miglioramento della sorveglianza e del monitoraggio dell'infezione da HIV;
- il contrasto della trasmissione dell'HIV e degli altri agenti infettivi;
- il miglioramento della qualità della vita delle persone infette da HIV;
- la riduzione di comportamenti sessuali a rischio e la realizzazione di campagne di promozione della salute specialmente nella popolazione giovanile;
- lo sviluppo del vaccino con interventi a favore della ricerca che prevedano il co-finanziamento pubblico-privato;
- il reinserimento sociale dei pazienti con infezione da HIV.

Le fonti di dati in Italia

In Italia, le informazioni disponibili sulla diffusione delle IST vengono fornite dal Ministero della Salute e sono limitate alle sole malattie a notifica obbligatoria, cioè sifilide

e gonorrea. Dal 2000 al 2005 si è registrato un significativo aumento delle notifiche di sifilide e, in misura minore, di quelle di gonorrea, nonché una successiva diminuzione e stabilizzazione fino al 2009 per entrambe (10). Non sono invece disponibili i dati sulla diffusione di altre IST che non sono a notifica obbligatoria. Per sopperire a questa mancanza di dati nazionali sulle IST e per la necessità di disporre in tempi brevi di dati sulla diffusione di queste è stato avviato, nel 1991, sotto il coordinamento del Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità, un Sistema di Sorveglianza Sentinella delle IST basato su centri clinici altamente specializzati nella diagnosi e nella cura dei soggetti con IST. Attualmente, il Sistema prevede la collaborazione di una Rete Sentinella di 12 centri che segnalano soggetti con una diagnosi clinica di IST confermata da appropriati test di laboratorio e raccolgono informazioni socio-demografiche, cliniche e comportamentali, nonché il sierostato HIV (11-15). In questi anni, il Sistema ha consentito di conoscere l'andamento delle diagnosi di oltre 20 quadri clinici di IST in Italia, nonché di valutare la diffusione dell'infezione da HIV nei soggetti con una nuova IST, soprattutto in popolazioni più a rischio (giovani, stranieri, omosessuali) (Tabella 1).

Tabella 1. Quadro clinico ed agente eziologico delle IST incluse nel Sistema di Sorveglianza Sentinella basato su i centri clinici, in Italia

Quadro clinico	Agente eziologico
Uretrite	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Cervicite-vaginite	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Proctite	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Faringite	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Malattia Infiammatoria Pelvica	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Uretrite	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Cervicite-vaginite	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Proctite	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Faringite	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Malattia Infiammatoria Pelvica	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Cervicite-vaginite	<i>Trichomonas vaginalis</i>
Uretrite	Altri microrganismi diversi dai precedenti (<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Streptococcus agalactiae</i> , <i>Stafilococcus aureus</i>)
Cervicite-vaginite	Altri microrganismi diversi dai precedenti (<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Streptococcus agalactiae</i> , <i>Stafilococcus aureus</i>)
Proctite	Altri microrganismi diversi dai precedenti (<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Streptococcus agalactiae</i> , <i>Stafilococcus aureus</i>)
Ulcere genitali	<i>Chlamydia trachomatis</i> sierotipi L1, L2, L3 (Linfogranuloma venereo)
Ulcere genitali	<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>
Ulcere genitali	Herpes simplex virus tipo 1 e 2
Ulcere genitali	<i>Haemophilus ducreyi</i>
Sifilide primaria e secondaria	<i>Treponema pallidum</i>
Sifilide latente	<i>Treponema pallidum</i>
Condilomi ano-genitali	Human papillomavirus
Pediculosi del pube	<i>Phthirus pubis</i>
Mollusco contagioso	Poxvirus

La diffusione delle IST in Italia: i dati dei clinici

Dal 1991 al 2009 il sistema ha raccolto quasi 80.000 nuovi casi di IST, con un andamento costante del numero delle segnalazioni nel tempo. Le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (35,9%), le infezioni batteriche non gonococciche non clamidiali (NG_NC) (19,4%) (si tratta di infezioni batteriche che possono essere causate da *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Streptococco agalactiae*, *Stafilococco aureus*) e la sifilide latente (9,6%).

L'andamento dei casi nel tempo e per tipo di diagnosi ha mostrato una costante riduzione di tutte le infezioni batteriche fino al 1996. Dopo il 1996 i casi di sifilide I-II hanno evidenziato un aumento rilevante: nel 2008 si è osservato un aumento dell'800% delle diagnosi rispetto al 1996. Le segnalazioni di gonorrea sono duplicate tra il 1999 e il 2005 per poi diminuire fino al 2008. I casi di infezione da *Chlamydia trachomatis* hanno mostrato un incremento lieve ma costante dal 1996 raggiungendo il picco massimo nel 2004 con un aumento dell'80% rispetto ai casi segnalati nel 1996; successivamente si è osservato un decremento fino al 2008.

Il numero dei casi di infezione NG-NC è rimasto relativamente stabile fino al 1999 con circa 900 casi all'anno, per poi diminuire progressivamente fino ai 371 casi segnalati nel 2009.

Tra le due principali IST virali, il numero annuo di segnalazioni di condilomi ano-genitali è rimasto costante fino al 1999 per poi mostrare un progressivo incremento con un numero di segnalazioni che sono più che raddoppiate nel 2008 rispetto al 1999; l'herpes genitale ha mostrato un andamento costante delle segnalazioni tra il 1991 e il 2009, che tuttavia sono state sempre numericamente inferiori rispetto a quelle dei condilomi ano-genitali.

Il 70,5% dei soggetti con IST ha effettuato un test anti-HIV e il 7,5% è risultato positivo; fra questi soggetti HIV positivi, più del 30% ha scoperto di aver contratto il virus dell'immunodeficienza umana in occasione della diagnosi di IST (si tratta cioè di nuove diagnosi di HIV).

La diffusione delle IST in Italia: i dati dei microbiologi

Recenti direttive di organismi internazionali in tema di sorveglianza e controllo delle IST hanno raccomandato di migliorare le conoscenze sulla diffusione di queste infezioni, in particolare hanno sottolineato la necessità di reperire informazioni su quelle IST largamente diffuse nella popolazione generale, ma più spesso asintomatiche e quindi difficili da diagnosticare, come le infezioni da *Chlamydia trachomatis* (Ct), da *Neisseria gonorrhoeae* (Ng), da *Trichomonas vaginalis* (Tv) (16-21).

Per rispondere a queste direttive e per migliorare le conoscenze sulla diffusione di queste malattie nel nostro Paese, il COA in collaborazione con il Gruppo di Lavoro "Infezioni Sessualmente Trasmesse" dell'Associazione Microbiologi Clinici Italiani, ha avviato il 1° aprile 2009, un Sistema di Sorveglianza Sentinella delle infezioni da Ct, Ng e Tv, basato su laboratori di microbiologia. Questo Sistema prevede la collaborazione di una Rete Sentinella di 13 laboratori di microbiologia ad elevato standard clinico-diagnostico, dislocati sull'intero territorio nazionale. Presso tali laboratori, pervengono campioni biologici di provenienza diversa, che riflettono un'utenza territoriale molto ampia e più simile alla popolazione generale rispetto ai centri clinici per IST che concentrano, invece, una popolazione sintomatica con comportamenti ad alto rischio (22-23).

Nei primi 27 mesi di attività i laboratori hanno segnalato più di 47.000 campioni; l'infezione più diagnosticata è stata quella da Ct (3,1%), seguita dal Tv (0,6%) e dalla Ng (0,4%). Di tutti i

soggetti positivi alla Ct più di un terzo (33,5%) non presentava sintomi genito-urinari al momento del prelievo del campione. In particolare, la prevalenza di Ct è risultata significativamente più elevata (p-value <0,0001) nei soggetti che avevano dichiarato due o più partner sessuali negli ultimi sei mesi rispetto a chi ne aveva dichiarato uno o nessuno (15,7% vs 2,3%) e nei soggetti con età compresa tra i 15 e i 24 anni rispetto ai soggetti con età uguale o maggiore di 25 anni (7,7% vs 2,4%).

Considerazioni finali

I dati raccolti indicano che la frequenza e la diffusione di queste infezioni in Italia è rilevante e sottolineano l'urgenza di stabilire misure di controllo da intraprendere e risorse da allocare per un'adeguata prevenzione delle IST, compresa l'infezione da HIV.

Da quanto detto si evince che al momento attuale appare indispensabile:

- attivare campagne di informazione sulle IST e sui fattori di rischio associati rivolte alla popolazione generale e a specifici sottogruppi (es. giovani);
- sensibilizzare alla necessità di rivolgersi quanto prima al proprio medico di fiducia in caso di presenza di segni o sintomi suggestivi di una IST;
- educare alla salute sessuale (es. uso corretto del condom, non solo come mezzo anticoncezionale, ma anche come metodo preventivo per evitare l'acquisizione di infezioni; limitato numero di partner sessuali) soprattutto i giovani;
- promuovere l'effettuazione del test HIV in tutti i soggetti affetti da una IST;
- aumentare e facilitare l'offerta dei test di diagnosi per identificare anche i casi asintomatici.

Bibliografia

1. WHO. *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015: breaking the chain of transmission*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2007.
2. World Health Organization. *Prevalence and incidence of selected sexually transmitted infections. Methods and results used by WHO to generate 2005 estimates*. WHO, 2011.
3. Looker KJ, Garnett GP, Schmid GP. An estimate of global prevalence and incidence of herpes simplex virus type 2 infection. *Bull World Health Organ* 2008;86(19):805-12.
4. Bosch FX, Burchell AN, Schiffman M, Giuliano AR, de Sanjose S, Bruni L, Tortolero-Luna G, Kjaer SK, Muñoz N. Epidemiology and natural history of human papillomavirus infections and type-specific implications in cervical neoplasia. *Vaccine* 2008;26(19):K1-K16. Review.
5. Fenton KA, Lowndes CM. Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect* 2004;4:255-63.
6. Doherty L, Fenton KA, Jones J, Pine TC, Higgins SP, Williams D, Palfreeman A. Syphilis: old problem, new strategies. *BMJ* 2002;235:153-56.
7. Rietmeijer CA, Patnaik JL, Judson FN, Douglas JM Jr. Increases in gonorrhoea and sexual risk behaviors among men who have sex with men: a 12-year trend analysis at the Denver Metro Health Clinic. *Sex Transm Dis* 2003;7:562-67.
8. Nieuwenhuis R F, Ossewaarde JM, Götz H M *et al.* Resurgence of lymphogranuloma venereum in western Europe: an outbreak of *Chlamydia trachomatis* serovar L2 proctitis in the Netherlands among men who have sex with men. *Clin Infect Dis* 2004;39:996-1.003.
9. Italia. Ministero della Salute. *Piano Sanitario Nazionale 2003-2005*.

10. Ministero della Salute-Malattie infettive e vaccinazioni-Bollettino Epidemiologico-Consultazione dati definitivi. Disponibile all'indirizzo: www.salute.gov.it/malattieInfettive/datidefcons.jsp; ultima consultazione 03/05/2012.
11. Suligoi B, Giuliani M, Binkin N and STD Surveillance Working Group. The National Surveillance System for Sexually Transmitted Diseases in Italy. *MMWR* 1992;41/nSS-1:35-41.
12. Suligoi B. Spread of sexually transmitted diseases. *Ann Ist Super Sanit* 2000;36(4):417-419.
13. Giuliani M, Suligoi B and the Italian STI Surveillance Working Group. Differences between nonnational and indigenous patients with sexually transmitted infections in Italy and insight into the control of sexually transmitted infections. *Sex Transm Dis* 2004;31(2):79-84.
14. Suligoi B, Salfa MC, Mariani L. Epidemiology and management of patients with ano-genital warts in Italy. *Igiene e Sanità Pubblica* 2010;66(6):733-756.
15. Salfa MC, Regine V, Camoni L, Raimondo M, Giuliani M, Suligoi B e la Rete Nazionale di Centri clinici e di Laboratori per le Infezioni Sessualmente Trasmesse. Le infezioni sessualmente trasmesse nei giovani in Italia. *Microbiologia Medica* 2010;25(4):209-213.
16. WHO. *Progress on Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. World Health Organization Regional Office for Europe; 2008.
17. Europe. Commission decision of 28/IV/2008 amending Decision 2002/253/EC laying down case definitions for reporting communicable diseases to the Community network under Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council.
18. USA. *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Guidelines on construction of core indicators*. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, 2010 Reporting.
19. European Centre for Disease Prevention and Control. Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe. ECDC Technical Report; Stockholm, September 2009. Disponibile all'indirizzo: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_TER_Mapping_of_HIV_STI_Behavioural_Surveillance_in_Europe.pdf; ultima consultazione 18/04/2012.
20. European Centre for Disease Prevention and Control. Chlamydia control in Europe. ECDC Guidance; Stockholm, June 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0906_GUI_Chlamydia_Control_in_Europe.pdf; ultima consultazione 18/04/2012.
21. European Centre for Disease Prevention and Control. Effectiveness of behavioural and psychosocial HIV/STI prevention interventions for MSM in Europe. ECDC Technical Report; Stockholm, November 2009. Disponibile all'indirizzo: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0911_TER_Lit_Review_Effect_HIVSTI_prev_interv_for_MSM.pdf; ultima consultazione 18/04/2012.
22. Giuliani M, Salfa MC, Latino MA, Suligoi B e la Rete Nazionale dei Laboratori per le IST. Una rete di laboratori pubblici per studiare le infezioni sessualmente trasmesse per via sessuale. *Not Ist Super Sanità* 2009;22(10):3-7.
23. Salfa MC, Regine V, Giuliani M, Ferri M, Suligoi B e la Rete Nazionale di Laboratori per le Infezioni Sessualmente Trasmesse. La Sorveglianza delle Infezioni Sessualmente Trasmesse basata su una Rete di Laboratori: 16 mesi di attività. *Not Ist Super Sanità* 2010;23(10):11-15.

LA NORMATIVA ITALIANA IN MATERIA DI INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE

Lucia Pugliese (a), Maria Cristina Salfa (a), Pietro Gallo (b), Barbara Suligoj (a)

(a) *Centro Operativo AIDS, Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione, Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Criteria di non idoneità a concorsi pubblici e/o ad attività professionali

***Treponema pallidum* (sifilide)**

Requisiti per concorsi pubblici

DM 11 marzo 2008, n. 78

Regolamento concernente i requisiti di idoneità fisica, psichica e attitudinale per l'ammissione ai concorsi pubblici per l'accesso ai ruoli del personale del Corpo nazionale dei vigili del fuoco.

L'art. 1 del predetto decreto elenca i requisiti di idoneità fisica e psichica e le cause di non idoneità all'ammissione ai concorsi pubblici per l'accesso alle qualifiche di vigile del fuoco, vice ispettore antincendi, vice direttore, vice direttore medico e vice direttore ginnico-sportivo.

*Tra le cause di non idoneità si annovera la **sifilide** con manifestazioni contagiose in atto.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 19 aprile 2008, n. 93.

DL.vo 30 ottobre 1992, n. 443

Ordinamento del personale del Corpo di polizia penitenziaria, a norma dell'art. 14, comma 1, della L 15 dicembre 1990, n. 395.

*Costituiscono cause di non idoneità per l'ammissione ai concorsi del personale del Corpo di polizia penitenziaria le seguenti imperfezioni e infermità: la **sifilide** e ogni altra grave malattia infettiva ad andamento cronico anche in fase clinica, sierologica, di devianza immunologica o di trasmissibilità.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 20 novembre 1992, n. 274.

DPR 27 febbraio 1991, n. 132

Regolamento sui requisiti psico-attitudinali di cui devono essere in possesso gli appartenenti ai ruoli del Corpo forestale dello Stato che espletano funzioni di polizia ed i candidati ai concorsi per l'accesso ai ruoli del personale del Corpo forestale dello Stato che espleta funzioni di polizia.

*Non sono ammessi ai concorsi coloro che non sono in possesso di uno dei requisiti elencati nell'art. 1. La sana e robusta costituzione fisica non si considera sussistente in presenza delle seguenti imperfezioni ed infermità: la **sifilide**, ogni altra grave malattia infettiva ad andamento cronico anche in fase clinica, sierologica, di devianza immunologica o di trasmissibilità.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 22 aprile 1991, n. 94.

Requisiti per idoneità professionali

Decr. Ministero dell'Economia e delle Finanze 15 dicembre 2003

Direttive tecniche da adottare ai sensi dell'art. 3, comma 4, del DM 17 maggio 2000, n. 155 del Ministro delle Finanze, concernente il «Regolamento recante norme per l'accertamento dell'idoneità al servizio militare».

Tra le cause di inidoneità all'esercizio del servizio militare troviamo le malattie da agenti infettivi e da parassiti che siano causa di rilevanti limitazioni funzionali oppure siano accompagnate da grave e persistente compromissione delle condizioni generali o della crasi ematica o che abbiano caratteristiche di cronicità o di evolutività e tra queste:

- Sifilide*
- Positività per antigene HBV*
- Positività per gli anticorpi per HCV*
- Positività per gli anticorpi per HIV.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 27 dicembre 2003, n. 299.

DPR 15 marzo 2010, n. 90

Testo unico delle disposizioni regolamentari in materia di ordinamento militare, a norma dell'articolo 14 della Legge 28 novembre 2005, n. 246.

Art. 586 - Imperfezioni e infermità che sono causa di non idoneità ai servizi di navigazione aerea.

*Tra le cause di non idoneità ai servizi di navigazione aerea è annoverata la **sifilide**.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 18 giugno 2010, n. 140.

DPR 06 febbraio 2004, n. 76

Regolamento concernente disciplina delle procedure per il reclutamento, l'avanzamento e l'impiego del personale volontario del Corpo nazionale dei vigili del fuoco.

*L'art. 2 del DPR n. 76 sancisce le cause di non idoneità per l'ammissione nei quadri del personale volontario del Corpo nazionale dei vigili del fuoco e tra tali cause include la **sifilide** con manifestazioni contagiose in atto, le malattie infettive e/o contagiose anche ad andamento cronico o in fase clinica silente.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 25 marzo 2004, n. 71.

DM 15 settembre 1995

Requisiti psicofisici per conseguire e mantenere in esercizio licenze ed attestati aeronautici.

*Il DM disciplina i requisiti per conseguire e mantenere in esercizio licenze ed attestati aeronautici. Tra i requisiti di esclusione vi è la **sifilide**.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 2 novembre 1995, n. 256.

DM 15 settembre 1975

Istruzioni per l'esercizio professionale delle ostetriche.

*L'ostetrica chiamata ad assistere una gestante, qualunque sia il mese di gravidanza, deve rendersi conto dello stato generale di salute della donna, informandosi di eventuali malattie, pregresse o attuali, degli stati di sofferenza o disturbi di cui la gestante possa essere affetta in dipendenza o meno dello stato di gestazione. In particolare dovrà far eseguire l'esame sierologico del sangue per la ricerca della **sifilide**.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 13 ottobre 1975, n. 272.

Neisseria gonorrhoeae (gonorrea o blenorragia)

Requisiti per idoneità professionali

DM 15 settembre 1975

Istruzioni per l'esercizio professionale delle ostetriche.

*L'ostetrica cui viene affidato il compito di vigilatrice della madre e del bambino, deve: diffondere le norme pratiche di igiene materna, vigilandone e curandone l'applicazione; nei casi di anomalie o di segni manifesti o sospetti di infezione sifilitica o **blenorragia**, deve consigliare la consultazione di un medico o, se possibile, indirizzare la donna ai consultori ostetrici o materni, astenendosi dal dare consigli terapeutici e manifestare opinioni che non rientrano nel campo della sua competenza professionale.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 13 ottobre 1975, n. 272.

DM 11 ottobre 1940

Approvazione delle istruzioni per l'esercizio professionale delle ostetriche.

*L'ostetrica chiamata ad assistere una gestante, qualunque sia il mese di gravidanza, deve rilevare, con l'esame dei genitali, l'eventuale presenza di segni che possono far sospettare l'esistenza di infezioni (**blenorragia**, lue, ecc.).*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 28 ottobre 1940, n. 249.

DM 11 ottobre 1940

Approvazione delle istruzioni per l'esercizio professionale delle ostetriche.

*L'ostetrica, quale vigilatrice della madre e del bambino deve: diffondere le norme pratiche di igiene materna vigilandone e curandone l'applicazione, nei casi di anomalie o disturbi nella funzione genitale, come segni manifesti o sospetti di infezione sifilitica, o **blenorragia**, in questi casi deve consigliare la consultazione di un medico o, se possibile, indirizzare la donna ai consultori ostetrici o materni, astenendosi dal dare consigli terapeutici.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 28 ottobre 1940, n. 249.

Misure di prevenzione

Treponema pallidum (sifilide)

Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

DM 07 agosto 1982

Istituzione di corsi di pronto soccorso per il personale navigante marittimo.

Il DM prevede il programma per i corsi di pronto soccorso per il personale navigante marittimo. Tra le tematiche da trattare sono previste le malattie trasmesse sessualmente e tra queste:

- *Blenorragia*
- *Sifilide*
- *Uretriti aspecifiche*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 25 settembre 1982, n. 265.

DL.vo 03 agosto 2009, n. 106

Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

*Il Decreto riporta l'elenco dei microrganismi che possono provocare infezioni, allergie o intossicazioni in soggetti umani. I microrganismi sono ripartiti in quattro gruppi a seconda del rischio di infezione. Il *Treponema pallidum* (batterio responsabile della Sifilide) rientra nel gruppo 2 e cioè: agente che può causare malattie in soggetti umani e costituire un rischio per i lavoratori, è poco probabile che si propaghi nella comunità, sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche.*

Il datore di lavoro applica i principi di buona prassi microbiologica, ed adotta, in relazione ai rischi accertati, le misure protettive e preventive, adattandole alle particolarità delle situazioni lavorative (dispositivi di sicurezza per proteggere dall'esposizione accidentale; misure igieniche per prevenire e ridurre al minimo la propagazione accidentale del microrganismo fuori dal luogo di lavoro; elaborazione di idonee procedure per prelevare, manipolare e trattare campioni biologici; definizione di specifiche procedure di emergenza; messa a disposizione di vaccini efficaci; accertamenti sanitari specifici, ecc. Viene, inoltre, stilato un elenco di lavoratori esposti che deve essere conservato per almeno 10 anni dalla cessazione dell'ultima attività comportante rischio di esposizione (Consultare articoli 266-286 decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81).

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 5 agosto 2009, n. 180.

Donazione di sangue e/o tessuti

DL.vo 25 gennaio 2010, n. 16

Allegato II – Esami di laboratorio richiesti per i donatori di cellule e/o tessuti – (art. 5, comma 1)

Attuazione delle direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE, che applicano la direttiva 2004/23/CE per quanto riguarda le prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani, nonché per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani.

L'art. 5 del DL n. 16 oltre ad elencare i requisiti generali per la determinazione dei marcatori biologici al comma 1 elenca i test ai quali il donatore di cellule e/o tessuti non può sottrarsi, tali test sono:

- *Anti-HIV-1 e HIV-2*
- *Anti-HBc*
- *Anti-HCV*
- *HBsAg*
- *Sifilide (punto 1.4.: “Per escludere la presenza di un’infezione attiva da *Treponema pallidum*, deve essere applicato un algoritmo di controllo convalidato. In caso di risultato negativo al test, specifico o non specifico, i tessuti e le cellule possono essere utilizzati. Se si effettua un test non specifico, il risultato positivo non esclude il prelievo o l'utilizzo, se il test di conferma specifico sul *Treponema pallidum* è negativo. Per un donatore risultato positivo in un test specifico del *Treponema pallidum*, occorre una valutazione dei rischi approfondita al fine di decidere in merito all'idoneità per uso clinico”).*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 18 febbraio 2010, n. 40.

DM 03 marzo 2005

Protocolli per l'accertamento della idoneità del donatore di sangue e di emocomponenti.

Il DM del 2005 detta i criteri di esclusione permanente del candidato donatore di sangue o/e di emocomponenti ai fini della protezione della salute del ricevente, tra le malattie infettive troviamo:

- Babesiosi
- Epatite ad eziologia indeterminata
- Epatite B (eccetto persone divenute HBsAg negative e HBsAb positive)
- Epatite C
- HIV1-2
- HTLV I/II
- Kala Azar (Leishmaniosi viscerale)
- Sifilide
- Tripanosoma Cruzi (M. di Chagas)

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 13 aprile 2005, n. 85.

Chlamydia trachomatis (infezione da Chlamydia trachomatis)

Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

DL.vo 03 agosto 2009, n. 106

Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

*Il Decreto riporta l'elenco dei microrganismi che possono provocare infezioni, allergie o intossicazioni in soggetti umani. I microrganismi sono ripartiti in quattro gruppi a seconda del rischio di infezione. La **Chlamydia trachomatis** (batterio responsabile dell'infezione da Chlamydia trachomatis) rientra nel gruppo 2 e cioè: agente che può causare malattie in soggetti umani e costituire un rischio per i lavoratori, è poco probabile che si propaghi nella comunità, sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche.*

Il datore di lavoro applica i principi di buona prassi microbiologica, ed adotta, in relazione ai rischi accertati, le misure protettive e preventive, adattandole alle particolarità delle situazioni lavorative (dispositivi di sicurezza per proteggere dall'esposizione accidentale; misure igieniche per prevenire e ridurre al minimo la propagazione accidentale del microrganismo fuori dal luogo di lavoro; elaborazione di idonee procedure per prelevare, manipolare e trattare campioni biologici; definizione di specifiche procedure di emergenza; messa a disposizione di vaccini efficaci; accertamenti sanitari specifici, ecc. Viene, inoltre, stilato un elenco di lavoratori esposti che deve essere conservato per almeno 10 anni dalla cessazione dell'ultima attività comportante rischio di esposizione (Consultare articoli 266-286 decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81).

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 5 agosto 2009, n. 180.

Gardnerella vaginalis (vaginosi da Gardnerella vaginalis)

Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

DL.vo 03 agosto 2009, n. 106

Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

*Il Decreto riporta l'elenco dei microrganismi che possono provocare infezioni, allergie o intossicazioni in soggetti umani. I microrganismi sono ripartiti in quattro gruppi a seconda del rischio di infezione. La **Gardnerella vaginalis** (batterio responsabile della vaginosi da Gardnerella vaginalis) rientra nel gruppo 2 e cioè: agente che può causare malattie in soggetti umani e costituire un rischio per i lavoratori, è poco probabile che si propaghi nella comunità, sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche.*

Il datore di lavoro applica i principi di buona prassi microbiologica, ed adotta, in relazione ai rischi accertati, le misure protettive e preventive, adattandole alle particolarità delle situazioni lavorative (dispositivi di sicurezza per proteggere dall'esposizione accidentale; misure igieniche per prevenire e ridurre al minimo la propagazione accidentale del microrganismo fuori dal luogo di lavoro; elaborazione di idonee procedure per prelevare, manipolare e trattare campioni biologici; definizione di specifiche procedure di emergenza; messa a disposizione di vaccini efficaci; accertamenti sanitari specifici, ecc. Viene, inoltre, stilato un elenco di lavoratori esposti che deve essere conservato per almeno 10 anni dalla cessazione dell'ultima attività comportante rischio di esposizione (Consultare articoli 266-286 decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81).

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 5 agosto 2009, n. 180.

Haemophilus ducreyi (ulcera molle)

Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

DL.vo 03 agosto 2009, n. 106

Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

*Il Decreto riporta l'elenco dei microrganismi che possono provocare infezioni, allergie o intossicazioni in soggetti umani. I microrganismi sono ripartiti in quattro gruppi a seconda del rischio di infezione. Il **Haemophilus ducreyi** (batterio responsabile dell'ulcera molle) rientra nel gruppo 2 e cioè: agente che può causare malattie in soggetti umani e costituire un rischio per i lavoratori, è poco probabile che si propaghi nella comunità, sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche.*

Il datore di lavoro applica i principi di buona prassi microbiologica, ed adotta, in relazione ai rischi accertati, le misure protettive e preventive, adattandole alle particolarità delle situazioni lavorative (dispositivi di sicurezza per proteggere dall'esposizione accidentale; misure igieniche per prevenire e ridurre al minimo la propagazione accidentale del microrganismo fuori dal luogo di lavoro; elaborazione di idonee procedure per prelevare, manipolare e trattare campioni biologici; definizione di specifiche procedure di emergenza; messa a disposizione di vaccini efficaci; accertamenti sanitari specifici, ecc. Viene, inoltre, stilato un elenco di lavoratori esposti che deve essere conservato per almeno 10 anni dalla cessazione dell'ultima attività comportante rischio di esposizione (Consultare articoli 266-286 decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81).

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 5 agosto 2009, n. 180.

Herpes simplex virus (herpes genitale)

Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

DL.vo 03 agosto 2009, n. 106

Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

*Il Decreto riporta l'elenco dei microrganismi che possono provocare infezioni, allergie o intossicazioni in soggetti umani. I microrganismi sono ripartiti in quattro gruppi a seconda del rischio di infezione. L'**Herpes simplex virus** (virus responsabile dell'herpes genitale) rientra nel gruppo 2 e cioè: agente che può causare malattie in soggetti umani e costituire un rischio per i*

lavoratori, è poco probabile che si propaghi nella comunità, sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche.

Il datore di lavoro applica i principi di buona prassi microbiologica, ed adotta, in relazione ai rischi accertati, le misure protettive e preventive, adattandole alle particolarità delle situazioni lavorative (dispositivi di sicurezza per proteggere dall'esposizione accidentale; misure igieniche per prevenire e ridurre al minimo la propagazione accidentale del microrganismo fuori dal luogo di lavoro; elaborazione di idonee procedure per prelevare, manipolare e trattare campioni biologici; definizione di specifiche procedure di emergenza; messa a disposizione di vaccini efficaci; accertamenti sanitari specifici, ecc. Viene, inoltre, stilato un elenco di lavoratori esposti che deve essere conservato per almeno 10 anni dalla cessazione dell'ultima attività comportante rischio di esposizione (Consultare articoli 266-286 decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81).

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 5 agosto 2009, n. 180.

***Mycoplasma hominis* (infezione da *Mycoplasma hominis*)**

Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

DL.vo 03 agosto 2009, n. 106

Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

*Il Decreto riporta l'elenco dei microrganismi che possono provocare infezioni, allergie o intossicazioni in soggetti umani. I microrganismi sono ripartiti in quattro gruppi a seconda del rischio di infezione. Il ***Mycoplasma hominis*** (batterio responsabile dell'infezione da *Mycoplasma hominis*) rientra nel gruppo 2 e cioè: agente che può causare malattie in soggetti umani e costituire un rischio per i lavoratori, è poco probabile che si propaghi nella comunità, sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche.*

Il datore di lavoro applica i principi di buona prassi microbiologica, ed adotta, in relazione ai rischi accertati, le misure protettive e preventive, adattandole alle particolarità delle situazioni lavorative (dispositivi di sicurezza per proteggere dall'esposizione accidentale; misure igieniche per prevenire e ridurre al minimo la propagazione accidentale del microrganismo fuori dal luogo di lavoro; elaborazione di idonee procedure per prelevare, manipolare e trattare campioni biologici; definizione di specifiche procedure di emergenza; messa a disposizione di vaccini efficaci; accertamenti sanitari specifici, ecc. Viene, inoltre, stilato un elenco di lavoratori esposti che deve essere conservato per almeno 10 anni dalla cessazione dell'ultima attività comportante rischio di esposizione (Consultare articoli 266-286 decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81).

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 5 agosto 2009, n. 180.

***Neisseria gonorrhoeae* (gonorrea o blenorragia)**

Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

DL.vo 03 agosto 2009, n. 106

Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

*Il Decreto riporta l'elenco dei microrganismi che possono provocare infezioni, allergie o intossicazioni in soggetti umani. I microrganismi sono ripartiti in quattro gruppi a seconda del rischio di infezione. La ***Neisseria gonorrhoeae*** (batterio responsabile della gonorrea) rientra*

nel gruppo 2 e cioè: agente che può causare malattie in soggetti umani e costituire un rischio per i lavoratori, è poco probabile che si propaghi nella comunità, sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche.

Il datore di lavoro applica i principi di buona prassi microbiologica, ed adotta, in relazione ai rischi accertati, le misure protettive e preventive, adattandole alle particolarità delle situazioni lavorative (dispositivi di sicurezza per proteggere dall'esposizione accidentale; misure igieniche per prevenire e ridurre al minimo la propagazione accidentale del microrganismo fuori dal luogo di lavoro; elaborazione di idonee procedure per prelevare, manipolare e trattare campioni biologici; definizione di specifiche procedure di emergenza; messa a disposizione di vaccini efficaci; accertamenti sanitari specifici, ecc. Viene, inoltre, stilato un elenco di lavoratori esposti che deve essere conservato per almeno 10 anni dalla cessazione dell'ultima attività comportante rischio di esposizione (Consultare articoli 266-286 decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81).

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale. 5 agosto 2009, n. 180.

DM 07 agosto 1982

Istituzione di corsi di pronto soccorso per il personale navigante marittimo.

*Il DM detta il programma per i corsi di pronto soccorso per il personale navigante marittimo. Tra le nozioni da impartire vi sono quelle che riguardano gli Elementi di prevenzione delle malattie trasmesse sessualmente e tra queste la **blenorragia (o gonorrea)**, la sifilide, le uretriti aspecifiche.*

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 25 settembre 1982, n. 265.

Notifica obbligatoria

***Treponema pallidum* (sifilide)**

DM 15 dicembre 1990

Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive.

Il medico, che nell'esercizio della sua professione, venga a conoscenza di un caso di qualunque malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, pericolosa per la salute pubblica, deve notificarla all'autorità sanitaria competente.

*Tra le malattie a obbligo di notifica è indicata la **sifilide**.*

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale. 8 gennaio 1991, n. 6.

***Neisseria gonorrhoeae* (gonorrea o blenorragia)**

DM 15 dicembre 1990

Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive.

*Il medico che, nell'esercizio della sua professione, venga a conoscenza di un caso di qualunque malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, pericolosa per la salute pubblica deve, comunque, notificarla all'autorità sanitaria competente. Tra le Malattie elencate abbiamo la **blenorragia**.*

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 gennaio 1991, n. 6.

***Phthirus pubis* (pediculosi del pube)**

DM 15 dicembre 1990

Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive.

*Il medico che, nell'esercizio della sua professione, venga a conoscenza di un caso di qualunque malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, pericolosa per la salute pubblica deve, comunque, notificarla all'autorità sanitaria competente. Tra le Malattie enumerate abbiamo la **pediculosi del pube**.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 8 gennaio 1991, n. 6.

EXCURSUS STORICO-LEGISLATIVO IN MATERIA DI INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE

Lucia Pugliese

Centro Operativo AIDS, Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Nel presente paragrafo vengono riportate alcune leggi, risalenti al Regno d'Italia, relative alle Infezioni Sessualmente Trasmesse. Queste leggi, sebbene molto datate, sono formalmente vigenti in quanto mai espressamente abrogate.

Sono leggi, tuttavia, destinate a scomparire grazie al Decreto Legislativo del 2008 n. 200, il quale prevede l'istituzione di una banca dati informatizzata, pubblica e gratuita della normativa statale vigente. Tale banca dati non include quelle norme del precedente ordinamento costituzionale estranee ai principi dell'attuale ordinamento giuridico. Tutto questo all'insegna del principio della certezza del diritto, secondo il quale il diritto deve ricevere un'applicazione prevedibile. Il non inserimento di tanti provvedimenti obsoleti nella banca dati "normativa" rappresenta, inoltre, un cospicuo risparmio di spesa.

RD 27 luglio 1934, n. 1265, art. 309

Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie.

*L'esercizio del baliatico è subordinato ad autorizzazione del podestà, che viene rilasciata dopo visita medica la quale abbia accertato che la balia non è affetta da **sifilide**, blenorragia, tubercolosi o altra malattia infettiva o diffusiva.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 9 agosto 1934, n. 186.

RD 27 luglio 1934, n. 1265, art. 310

Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie.

*Quando viene denunciato un caso di **sifilide**, trasmesso per baliatico, l'autorità sanitaria provvede alla cura ospedaliera gratuita della nutrice infetta.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 9 agosto 1934, n. 186.

DM 13 dicembre 1937

Norme concernenti la trasfusione, il prelevamento e la utilizzazione del sangue umano.

*La prestazione di sangue a scopo di trasfusione terapeutica e di pronto soccorso deve essere data da individuo idoneo e che appartenga ad un gruppo sanguigno compatibile con quello dell'individuo ricevente. Il riconoscimento di tale idoneità deve risultare da rigorosi esami clinici e di laboratorio i quali dimostrino l'assenza di malattie trasmissibili, particolarmente della **sifilide**.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 7 gennaio 1938, n. 4.

RD 27 luglio 1934, n. 1265, art. 311

Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie.

Nei limiti della disponibilità del fondo stanziato nel bilancio del Ministero dell'interno per la profilassi delle malattie infettive, possono essere concessi a titolo di incoraggiamento, speciali sussidi o premi agli istituti di puericoltura, ai dispensari per lattanti e alle istituzioni aventi scopi analoghi, quando ne risultino meritevoli per favorevoli risultati conseguiti nelle

condizioni sanitarie dei bambini a essi affidati, segnatamente nei riguardi della profilassi della sifilide.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 9 agosto 1934, n. 186.

RD 27 luglio 1934, n. 1265, art. 312

Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie.

Nel regolamento che stabilisce le norme di attuazione delle disposizioni contenute nella presente sezione sono anche determinate le modalità e le cautele alle quali deve essere subordinata l'autorizzazione alle balie sifilitiche di esercitare il baliatico esclusivamente per bambini riconosciuti affetti da sifilide.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 9 agosto 1934, n. 186.

RD 29 dicembre 1927, n. 2822, art. 9

Regolamento per l'esecuzione del RDL 8 maggio 1927, n. 798, sull'ordinamento del servizio di assistenza dei fanciulli illegittimi, abbandonati o esposti all'abbandono.

*I brefotrofi e le case di ricezione, mantenute nelle province prive di brefotrofi, debbono essere provvisti dei moderni mezzi e presidi per la diagnosi della sifilide e delle altre principali malattie infettive e disporre, oltre che dei locali per infermeria comune, anche di speciali reparti di contumacia e di isolamento per i bambini sospetti o infermi di malattie infettive a carattere contagioso e di distinti reparti per la degenza dei bambini affetti da **sifilide** od oftalmie, provvisti di separati servizi ausiliari.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 7 marzo 1928, n. 56.

RD 29 dicembre 1927, n. 2822, art. 19

Regolamento per l'esecuzione del RDL 8 maggio 1927, n. 798, sull'ordinamento del servizio di assistenza dei fanciulli illegittimi, abbandonati o esposti all'abbandono.

*I bambini per i quali si chiedi la pubblica assistenza sono immediatamente visitati dai sanitari del brefotrofio o della casa di ricezione o dal medico addetto all'ufficio all'uopo incaricato che rilasciano il certificato prescritto dall'art. 3 del regolamento 4 agosto 1918, n. 1395. I bambini riconosciuti affetti da oftalmie o da **sifilide** sono accolti negli appositi reparti di isolamento di cui nel precedente art. 9.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 7 marzo 1928, n. 56.

RD 29 dicembre 1927, n. 2822, art. 29

Regolamento per l'esecuzione del RDL 8 maggio 1927, n. 798, sull'ordinamento del servizio di assistenza dei fanciulli illegittimi, abbandonati o esposti all'abbandono.

*Qualora non possano essere allattati dalla madre i bambini immuni da malattie contagiose debbono essere di regola affidati, per l'allattamento naturale, alle nutrici. L'allattamento artificiale in modo permanente deve essere limitato ai bambini infetti o sospetti di **sifilide**, o di altra malattia contagiosa per i quali non sia possibile l'allattamento materno o con nutrici sifilitiche.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 7 marzo 1928, n. 56.

RD 29 dicembre 1927, n. 2822, art. 38

Regolamento per l'esecuzione del RDL 8 maggio 1927, n. 798, sull'ordinamento del servizio di assistenza dei fanciulli illegittimi, abbandonati o esposti all'abbandono.

*Quando la nutrice non sia più in grado di continuare l'allattamento o, trascuri il buon governo del bambino, oppure essa o il bambino presentino, sintomi, anche sospetti, di **sifilide**, il medico condotto ne avverte immediatamente il locale comitato di patronato e la direzione del*

brefotrofio o della casa di recezione che, provvedono in via di urgenza, al ritiro del bambino e, secondo i casi, al suo collocamento presso altra nutrice od al suo allattamento artificiale, salvi i definitivi provvedimenti della detta direzione.

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 7 marzo 1928, n. 56.

RD 15 aprile 1926, n. 718, art. 201

Approvazione del regolamento per l'esecuzione della Legge 10 dicembre 1925, n. 2277 sulla protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia.

*Gli asili di ricovero permanente e i preventori debbono disporre, per mezzo di un proprio laboratorio o di laboratori esterni ufficialmente riconosciuti, dei moderni mezzi e presidi per la diagnosi della **sifilide** e devono essere provvisti di un distinto reparto per la degenza dei bambini riconosciuti affetti da tale malattia.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 5 maggio 1926, n. 104.

RD 15 aprile 1926, n. 718, art. 204

Approvazione del regolamento per l'esecuzione della Legge 10 dicembre 1925, n. 2277 sulla protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia.

*I bambini presentati per l'ammissione in un asilo di ricovero permanente o in un preventorio sono immediatamente visitati dai sanitari dell'istituto che rilasciano il certificato prescritto dall'art. 3 del regolamento 4 agosto 1918, n. 1395. I bambini riconosciuti affetti da **sifilide** sono accolti nell'apposito reparto d'isolamento.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 5 maggio 1926, n. 104.

RD 15 aprile 1926, n. 718, art. 205

Approvazione del regolamento per l'esecuzione della Legge 10 dicembre 1925, n. 2277 sulla protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia.

*Ai bambini lattanti accolti negli asili-nido è praticato l'allattamento materno, esclusivo o misto. Solo quando la madre sia riconosciuta fisicamente incapace di allattare, o quando si oppongano ragioni d'indole igienico-sanitaria, concernente la madre o il bambino, oppure gravi motivi di ordine morale, può ammettersi l'allattamento al seno di altra donna o quello artificiale. L'allattamento artificiale in modo permanente deve essere limitato ai bambini infetti o sospetti di **sifilide** o di altra malattia contagiosa, per i quali non sia possibile l'allattamento materno o con nutrici sifilitiche.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 5 maggio 1926, n. 104.

DPCM 06 gennaio 1919, n. 1

Disposizioni per l'esercizio del baliatico.

*L'autorizzazione ad esercitare il baliatico agli effetti dell'art. 1° del regolamento, approvato con decreto luogotenenziale 4 agosto 1918, n. 1395, viene rilasciata dal sindaco, in seguito a risultato favorevole della visita medica, che dichiara la balia immune da **sifilide** e da altre malattie infettive e trasmissibili.*

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 28 gennaio 1919, n. 23.

DPCM 06 gennaio 1919, n. 5

Disposizioni per l'esercizio del baliatico.

Qualunque donna autorizzata allorché prende a baliatico, presso di sé, in casa propria, un bambino, anche se proveniente da un brefotrofio o da altro istituto consimile, deve dare immediata comunicazione all'ufficiale sanitario del comune, ove essa risiede, delle generalità del bambino. Ha, ancora, l'obbligo di presentarsi col bambino, ogni quindici giorni,

all'ufficiale sanitario per far constatare lo stato di salute suo e del bambino in relazione alla sifilide e ad altre malattie infettive o trasmissibili.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 28 gennaio 1919, n. 23.

DPCM 06 gennaio 1919, n. 6

Disposizioni per l'esercizio del baliatico.

Se un lattante viene riconosciuto affetto da sifilide, si provvede al suo allattamento per mezzo della madre e, quando ciò non sia possibile, per mezzo di una balia sifilitica, ovvero con l'allattamento artificiale. Se il lattante viene riconosciuto affetto da sifilide dopo essere già stato affidato ad una balia, questa non deve allattare altri bambini e deve essere tenuta in osservazione per un periodo sufficiente ad accertare che non abbia contratta l'infezione, durante il quale periodo si provvede all'allattamento del bambino nel modo indicato nel comma precedente. Nel caso che la balia abbia invece contratto l'infezione, si provvede a termini dell'art. 4 del regolamento suindicato. Essa può continuare nell'allattamento del bambino ed essere curata insieme con questo.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 28 gennaio 1919, n. 23.

DPCM 06 gennaio 1919, n. 7

Disposizioni per l'esercizio del baliatico.

Il sindaco, per l'allattamento di bambini riconosciuti affetti da sifilide potrà, in seguito al parere favorevole dell'ufficiale sanitario, rilasciare, alle balie sifilitiche, una speciale autorizzazione, la quale dovrà contenere, oltre al riconoscimento della infezione sifilitica ed ai dati prescritti dall'art. 1, anche l'assoluto divieto di allattare bambini non sifilitici.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 28 gennaio 1919, n. 23.

RD 09 ottobre 1921, n. 1981 1

Approvazione del regolamento per la difesa contro le malattie infettive nelle scuole.

Tutte le persone che frequentano, a qualunque titolo, gli asili infantili, le scuole primarie e medie, quelle ad esse assimilate, ed in generale ogni istituto di istruzione, sia pubblico, sia privato, sono assoggettate alle prescrizioni del presente regolamento, per impedire la trasmissione delle malattie infettive o diffuse negli istituti stessi. Tra le malattie infettive è ascritta la sifilide.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 25 gennaio 1922, n. 20.

RD 27 luglio 1934, n. 1265

Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie.

Il R.G. detta le disposizioni per la tutela igienica del baliatico e subordina l'esercizio dello stesso ad autorizzazione del podestà, che viene rilasciata dopo visita medica, la quale abbia accertato che la balia non sia affetta da sifilide, blenorragia, tubercolosi o altra malattia infettiva o diffusiva.

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 9 agosto 1934, n. 186.

GIURISPRUDENZA IN MATERIA DI INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE

Lucia Pugliese

Centro Operativo AIDS, Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Di seguito vengono riportate alcune sentenze emesse, nel corso dell'ultimo ventennio, da vari Tribunali Amministrativi Regionali (TAR), dal Consiglio di Stato, dalle Corti dei Conti, dalla Cassazione Penale.

Dalla lettura delle decisioni emerge che si è ricorso alla macchina giudiziaria per vari motivi:

- discriminazione dei propri diritti nell'ambito del servizio militare;
- mancato riconoscimento dei diritti per un migliore trattamento pensionistico;
- mancato rinnovo del permesso di soggiorno;
- esclusione da un concorso pubblico per aver in passato contratto la sifilide dalla quale si è poi completamente guariti.

Questa raccolta che sicuramente non è integrale e non è esaustiva, vuole, però, evidenziare un'attenzione alla tematica delle IST non solo dal punto di vista legislativo, ma anche giurisprudenziale.

***Treponema pallidum* (sifilide)**

- TAR Lazio Roma Sezione I bis, sentenza 07 dicembre 2010, n. 35435
- TAR Piemonte Torino Sezione II, sentenza 20 marzo 2009, n. 792
- TAR Sicilia Palermo Sezione I, 25 febbraio 2005, n. 254
- Corte dei Conti Basilicata Sezione giurisdizionale, 11 febbraio 2009, n. 57
- Corte dei Conti Calabria Sezione giurisdizionale, 25 novembre 2008, n. 854
- Corte dei Conti Sicilia Sezione giurisdizionale, 01 agosto 2007, n. 2075
- Corte dei Conti Campania Sezione giurisdizionale, 14 giugno 2007, n. 1170
- Corte dei Conti Calabria Sezione giurisdizionale, 27 marzo 2006, n. 326
- Cassazione civile Sezione I, 10 ottobre 2008, n. 24930
- Cassazione civile Sezione I, 06 giugno 2008, n. 15090
- Cassazione civile Sezione I, 03 agosto 2001, n. 30425
- Cassazione penale Sezione feriale, sentenza (udienza 15 settembre 2009) 18 settembre 2009, n. 36322
- Cassazione civile Sezione I (udienza 18 ottobre 2004) 02 dicembre 2004, n. 46945
- Cassazione civile Sezione III (udienza 05 dicembre 2003) 11 febbraio 2004, n. 5315
- Cassazione civile Sezione I (udienza 26 aprile 2000), n. 3137
- Cassazione civile Sezione I (udienza 11 aprile 2000) 25 maggio 2000, n. 2744
- Cassazione civile Sezione I (udienza 11 aprile 2000) 19 maggio 2000, n. 2743.

Herpes simplex virus (herpes genitale)

- Cassazione penale Sezione IV (udienza 01 luglio 2004) 26 ottobre 2004, n. 41663.

Papillomavirus umano (Infezione da Papillomavirus umano)

- Consiglio di Stato Sezione V, sentenza 19 novembre 2009, n. 7259.

***Mycoplasma hominis* (Infezione da *Mycoplasma hominis*)**

- Corte dei Conti Lazio Sezione giurisdizionale, 04 giugno 2009, n. 1022.

APPENDICE

Si prega di voler segnalare eventuali aggiornamenti/variazioni di quanto riportato nel presente Rapporto, utilizzando l'apposita *Scheda di aggiornamento* da inviare:

- **In riferimento alla normativa riguardante l'infezione da HIV e l'AIDS, a:**
Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione - UO RCF
Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate
Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma
Tel. 06 49902029, fax 06 49902695
<http://www.iss.it/urcf/>

- **In riferimento alla normativa riguardante le Infezioni Sessualmente Trasmesse, a:**
Centro Operativo AIDS - COA
Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate
Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma
Tel. 06 49902584, fax 06 49902755
<http://www.iss.it/ccoa>

Scheda di aggiornamento

Legge/Accordo/Decreto/Deliberazione/Determinazione/Ordinanza Ministeriale/ Provvedimento/Altro
.....
.....
.....
.....pubblicato/a in
il, n.

Note
.....
.....
.....
.....
.....

*Stampato da Tipografia Facciotti srl
Vicolo Pian Due Torri 74, 00146 Roma*

Roma, aprile-giugno 2012 (n. 2) 3° Suppl.