CAMERA DEI DEPUTATI N. 1806

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato SODA

Modifiche alla legge 5 giugno 1990, n. 135, recante « Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS »

Presentata il 20 dicembre 1994

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La legge 5 giugno 1990, n. 135, avente ad oggetto « Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS », non ha risolto compiutamente i temi del rapporto fra trattamenti sanitari e diritto di libertà, fra rispetto del diritto alla riservatezza e tutela della salute pubblica, fra garanzia del diritto di anonimato e tutela della salute del *partner* o dei *partners* della persona nei confronti della quale è stata accertata l'infezione da HIV, non accompagnata da stato morboso.

Oltre a queste lacune, la Corte costituzionale, con sentenza 23 maggio-2 giugno 1994, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 5, commi 3 e 5, della legge « 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 dei terzi ».

È necessario, quindi, procedere ad una sua ampia revisione ed integrazione alla luce dei princìpi costituzionali, così come interpretati dalla Corte costituzionale anche nella richiamata sentenza.

1. *Trattamenti sanitari e diritto di libertà.*

L'analisi del rapporto fra trattamenti sanitari e infezione da HIV richiede una premessa, di ordine generale, sulle nozioni costituzionali di diritto alla salute e libertà della persona.

A differenza della disciplina positiva di alcuni ordinamenti di derivazione anglosassone (in particolare si fa riferimento al sistema nordamericano degli Stati Uniti),

nei quali la tutela sanitaria non costituisce funzione e servizio pubblico federale o statuale, la nostra Carta dei valori, all'articolo 32, definisce la salute « come diritto fondamentale e interesse della collettività ».

Conseguenza di questo differente approccio è che, ancora oggi, nei primi ordinamenti, l'erogazione dei servizi sanitari a prevalente carattere privato è effettuata secondo regole, procedure e strutture diverse a seconda delle condizioni di reddito, di lavoro e di età del cittadino e, quindi, prevalentemente sul piano del rapporto privatistico si qualificano le relazioni fra diritto di libertà e salute.

Al contrario, nei sistemi come il nostro, ove sono preminenti l'interesse e l'intervento pubblico, le prestazioni sanitarie debbono tendere non solo al ripristino dell'integrità individuale, bensì anche alla realizzazione, in primo luogo attraverso la prevenzione, di condizioni generali per la ricerca e la garanzia del complessivo equilibrio psico-fisico, quale stato primario per lo sviluppo della singola personalità e, contemporaneamente, per la tutela della salute pubblica.

Il diritto alla salute è, di conseguenza, attuazione del più ampio diritto di libertà, consacrato nell'articolo 13 della Costituzione, ed è affermato nel suo duplice contenuto di affrancamento dagli ostacoli e dalle limitazioni che impediscono lo svolgersi individuale e sociale della persona ed insieme di libertà da trattamenti sanitari non previsti dalla legge o contrari al rispetto della persona.

In questa sede, ai fini della disciplina positiva del rapporto fra trattamenti sanitari per infezione da HIV e diritto di libertà, assume rilevanza il secondo comma dell'articolo 32 della Costituzione, che sancisce il principio della riserva di legge in materia. Originariamente la dottrina costituzionale ha dato interpretazioni diverse di questo principio, limitando, taluni, il suo significato alla mera libertà da costrizioni fisiche; segnalando, altri, l'assolutezza della libertà da qualsiasi misura sanitaria non voluta; collegando, altri ancora, la libertà alla legittimità del rifiuto di trattamenti verso i quali è espresso comunque un giudizio di disvalore.

Ora la maggior parte dei costituzionalisti sono concordi nel ritenere che il problema dei trattamenti sanitari debba essere affrontato solo alla luce del diritto positivo dato, attraverso la valutazione di cogenza delle norme costituzionali e non dell'attribuzione alle stesse della natura di mere proposizioni programmatiche o di giudizi di valore indicativo.

E dunque la questione va affrontata e risolta attraverso la lettura coordinata degli articoli 13 (diritto di libertà), 14 (necessità di leggi speciali per accertamenti ed ispezioni per materie di sanità ed incolumità pubblica) e 32 (tutela della salute) della Costituzione, che sono norme sovraordinate alle leggi ordinarie.

Siffatta sistematica giuridica segnala che il diritto di libertà ha rango e dignità costituzionale, in primo luogo nel suo contenuto negativo di limite all'ingerenza dell'autorità pubblica nella sfera della salute.

Corollario essenziale del principio è la nozione costituzionale di trattamento sanitario, ampia ed onnicomprensiva, che non consente di operare alcuna distinzione fra intervento chirurgico, esame medico, somministrazione di farmaci ed accertamenti ed analisi diagnostiche.

Il trattamento involge cioè tutta l'attività sanitaria diretta a prevenire e curare le patologie psico-fisiche.

La stessa legge fondamentale di istituzione del Servizio sanitario nazionale – legge 23 dicembre 1978, n. 833 – in conformità a questo principio, non distingue fra accertamenti e trattamenti.

Il principio di libertà, che disciplina il trattamento sanitario così inteso, non è però assoluto ed inderogabile, poiché deve essere conciliato con la necessità di tutela, di rilevanza costituzionale, della salute della collettività.

E sotto questo profilo, il nostro ordinamento ammette, accanto ai trattamenti sanitari volontari, anche quelli obbligatori, ovvero coercitivi, che riducono e comprimono, talora sino al sacrificio, il diritto di libertà.

I primi incontrano, per la loro attuazione, il limite del consenso. Tale limite, in difetto di espressa previsione legislativa, non può essere superato neppure attraverso l'intervento della magistratura. All'autorità giudiziaria, il sanitario può infatti fare ricorso soltanto nel caso di trattamenti a tutela della salute dei minori e degli incapaci.

L'articolo 333 del codice civile, nel demandare, infatti, al giudice la potestà di accertamento della condotta di uno, o di entrambi i genitori, pregiudizievole all'interesse dei figli minori, attribuisce all'autorità giudiziaria il potere, oltre che di pronunciare la decadenza della potestà genitoriale, di emanare i provvedimenti più convenienti per il minore. Fra questi provvedimenti rientra indubbiamente quello di disporre, anche in contrasto con la volontà dei genitori, trattamenti sanitari finalizzati alla salute dei minori.

La medesima disciplina trova attuazione per gli incapaci, per i quali si esercitano, nel loro interesse, i poteri del giudice tutelare, di cui agli articoli 344 e seguenti del codice civile.

La disciplina dei trattamenti sanitari obbligatori è informata, a sua volta, al principio di assoluta necessità della espressa previsione legislativa.

La legittimità costituzionale dei trattamenti sanitari obbligatori, per taluni prevista dallo stesso secondo comma dell'articolo 32 della Costituzione, per altri, derivante direttamente dall'articolo 13 della Costituzione, è comunque unanimemente ravvisato nella sussistenza concomitante di due requisiti: finalizzazione del trattamento alla salute del singolo sottoposto ed, insieme, esigenza di salvaguardia della salute collettiva.

Il principio di libertà, che ispira la disciplina di questa materia, comporta inoltre necessariamente, come secondo corollario (oltre a quello dei limiti all'ingerenza della pubblica autorità anche sanitaria), il rispetto del diritto alla riservatezza, atteso che non può esservi esercizio di libertà se difetta il diritto alla piena autodeterminazione psico-fisica, oltre che alla scelta dei trattamenti sanitari.

2. *Il diritto all'anonimato.*

Il diritto all'anonimato è l'oggetto del diritto alla riservatezza.

Esso è, pertanto, espressione del principio costituzionale di libertà, quale prerogativa della persona.

La riservatezza è una qualità morale attribuita ad ogni persona e consiste nella esclusione dall'altrui conoscenza del proprio aspetto (diritto all'immagine, violato per arbitraria diffusione del proprio aspetto fisico, articolo 10 del codice civile), della propria voce (violato per arbitraria riproduzione fonografica), degli accadimenti vissuti (violato per arbitraria diffusione degli avvenimenti della propria vita), del proprio onore (stima di sé), del proprio modo di essere, del proprio stato fisico e psichico.

Ai fini della presente proposta di legge, fra i molteplici contenuti ontologici, il diritto alla riservatezza rileva nel suo aspetto più intenso e tutelato, ovvero sotto il profilo del diritto al segreto su fatti, condizioni e manifestazioni della vita personale la cui violazione si attua non solo con atti di generale divulgazione, ma anche, semplicemente, con la intromissione nella sfera di conoscenza personale, indipendentemente dalla maggiore o minore portata soggettiva della rivelazione.

Il diritto al segreto comporta la facoltà di sottrarre a chiunque la conoscenza di fatti e qualità propri.

In quanto diritto a tutela rafforzata, che determina l'illiceità non solo della divulgazione indifferenziata ad una pluralità indeterminata di persone, ma anche della sola presa di conoscenza e comunicazione anche ad una singola persona, tale diritto comporta una forte limitazione dell'altrui libertà e perciò sussiste, nella sua estensione e nei suoi limiti, solo nell'ambito in cui l'ordinamento giuridico lo riconosce espressamente.

La legge riserva questa particolare tutela a quelle manifestazioni personali che si dirigono verso determinati destinatari con mezzi e forme particolari (segreto

della corrispondenza), per peculiari ragioni (segreto professionale) o che si svolgono nell'ambito della più riservata intimità (segreto domestico).

Nella categoria della tutela rafforzata del diritto alla riservatezza si inquadra il segreto professionale, che si sostanzia positivamente nel diritto all'anonimato e negativamente nel divieto di rivelazione ad altri della conoscenza acquisita nell'ambito del rapporto professionale.

E dunque, anche in tema di infezione da HIV, i trattamenti sanitari, nella loro accezione onnicomprensiva di accertamenti diagnostici e di attività di prevenzione e cura, debbono rispondere a questi due corollari del principio di libertà.

La scelta costituzionale di esaltazione del valore della libertà, nei suoi molteplici contenuti di rispetto del diritto di autodeterminazione attraverso il rifiuto della coercizione cui è strettamente collegato il diritto alla riservatezza, si è dimostrata particolarmente felice.

Come ha sottolineato recentemente la Commissione delle Comunità europee (ora Unione europea), nella sua comunicazione al Consiglio ed al Parlamento europeo, in sede di definizione della politica della Comunità e degli Stati membri in materia di AIDS, il 7 gennaio 1994, « la storia ha dimostrato che gli interventi basati su una strategia coercitiva e orientata verso il singolo hanno effetti del tutto controproducenti, in quanto l'epidemia si diffonde in profondità e le varie azioni si rivelano totalmente insostenibili ».

La politica comunitaria nel settore dovrebbe quindi fondarsi sulla sensibilità sociale, il che significa che non si devono individuare ed isolare le persone a rischio e quelle già contaminate, ma occorrerà trovare rapidamente un valido modo di sensibilizzare i singoli e la società per ridurre i rischi di infezione, impedire la discriminazione e promuovere, così, il rispetto dei diritti e della dignità dell'uomo.

Questa pregnante tutela individuale, oltre che trovare fondamento nei richiamati principi costituzionali, è stata quindi ripetutamente affermata nell'ordinamento internazionale.

Oltre all'Unione europea, il Consiglio d'Europa, nella raccomandazione n. 25, adottata dal Consiglio dei Ministri nella sua 81ª sessione del 26 novembre 1987, nel programmare l'adozione di una politica europea comune di sanità pubblica nella lotta contro l'AIDS, richiamata la Convenzione sui diritti dell'uomo, respinge ogni trattamento sanitario obbligatorio generalizzato od individuale, e segnala la necessità di accertamenti fondati sul consenso, che rispettino scrupolosamente, altresì, le norme sulla riservatezza.

Successivamente, lo stesso Consiglio d'Europa, nella raccomandazione n. 14, adottata dal Consiglio dei Ministri nella 429ª sessione del 24 ottobre 1989, sui riflessi morali dell'infezione da HIV nell'ambito sanitario e sociale, « convinto che il rispetto dei diritti fondamentali e dei diritti sociali degli individui contaminati dal virus HIV e dei malati di AIDS è indispensabile per la riuscita di una politica di sanità pubblica diretta alla prevenzione », ha delineato le seguenti linee direttive cui devono ispirarsi in materia le legislazioni degli Stati membri.

1) « Alla luce delle conoscenze attuali, il *test* volontario integrato da procedimenti di informazione-consiglio, è l'approccio più efficace dal punto di vista della sanità pubblica e il più accettabile eticamente e giuridicamente, a condizione di essere accompagnato da campagne vigorose di informazione, nel pieno rispetto della riservatezza, e dall'attuazione di una politica non discriminatoria ».

2) « Fare in modo che il *test* volontario sia facilmente accessibile negli ospedali per malattie sessualmente trasmissibili, nei servizi sanitari, negli ambulatori medici, nei centri di trattamento dei tossicodipendenti; vigilare affinché questi servizi rispettino la riservatezza, siano accompagnati sempre da procedure di informazione-consiglio, siano gratuiti, coperti da una procedura riservata di sicurezza sociale ».

3) « Considerare, in assenza di trattamenti curativi, e tenuto conto dell'impossibilità di imporre modifiche di comportamenti e di mettere in opera misure restrittive, il « depistage » obbligatorio come non

conforme all'etica, inefficace, irrispettoso della vita privata, discriminatorio ed, eventualmente, *nefasto* ».

4) « Fare in modo che la notificazione dei casi di AIDS e, là ove è previsto dalle autorità sanitarie, dei casi di sieropositività, sia praticata ai fini esclusivamente epidemiologici e dunque in stretta conformità alle regole in vigore in materia di riservatezza e, in particolare, che i dati siano trasmessi con modalità che escludano *l'identificazione* ».

5) « Vigilare affinché all'inizio non vi sia notificazione ai *partners* senza il consenso del paziente e avviare le procedure di consultazione, nel rispetto dei codici nazionali di etica medica e dei regolamenti, per i casi estremi di rifiuto del paziente di cooperare all'informazione di una terza persona rimasta nell'ignoranza e *conosciuta dal medico* ».

6) « Attirare l'attenzione del personale sanitario sulla importanza di aiutare i pazienti a comprendere la loro responsabilità nei confronti dei *partners* ».

7) « Promuovere la notificazione ai *partners* nel quadro di una strategia globale che proponga servizi accessibili ».

8) « Solo i risultati dei *test*, praticati sulle *persone consenzienti*, siano nominativi; *test* anonimi siano proposti a chi rifiuta il consenso ».

9) « La prestazione di consultazione-consiglio e il *test* volontario siano resi, nella misura del possibile, facilmente accessibili nelle realtà e situazioni in cui sono effettuati *test* anonimi ».

3. *La legge 5 giugno 1990, n. 135.*

L'ordinamento interno italiano ha accolto solo parzialmente queste raccomandazioni con la legge 5 giugno 1990, n. 135, che ha dettato, tra l'altro, ai fini della tutela del diritto alla riservatezza, la disciplina degli accertamenti e dei trattamenti sanitari *dell'infezione da HIV, anche se* non accompagnata da stati morbosi.

Questa legge, approvata contestualmente ad una apposita risoluzione sul progetto obiettivo 1990-1992 « Lotta all'AIDS », (che con decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994, pubblicato *nella Gazzetta Ufficiale n.* 93 del 22 aprile 1994 è stato riproposto anche per gli anni 1994-1996), oltre a definire un complesso piano di interventi volti a contrastare la diffusione delle infezioni da HIV e, nel contempo, ad assicurare adeguata assistenza alle persone colpite dall'infezione od affette da AIDS, all'articolo 5, detta le disposizioni in materia di accertamento *dell'infezione*.

Il comma 1 sancisce innanzitutto il dovere da parte degli operatori sanitari di tutelare la riservatezza (nel contenuto già indicato) delle persone assistite.

Il comma 2, fatto salvo il sistema di sorveglianza epidemiologica nazionale dei casi di AIDS conclamato e le garanzie ivi sancite (la cui disciplina, in relazione agli *articoli* 253 e 254 *del testo unico* delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n 1265, e successive modificazioni, ed alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, di istituzione del Servizio sanitario nazionale, è contenuta nel decreto del Ministro della sanità 15 dicembre 1990, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 6 dell'8 gennaio 1991), *prevede che la rilevazione statistica* della infezione da HIV deve essere comunque effettuata con modalità differenziate per i casi di AIDS ed i casi di sieropositività. A tal fine è prevista l'emanazione di un decreto ministeriale per la disciplina delle rilevazioni epidemiologiche e statistiche.

Lo stesso articolo, dopo avere disposto, al *comma* 3, *il divieto di sottoporre* alle analisi chi non presti il suo preventivo consenso, tranne che per motivi di necessità clinica e nell'interesse esclusivo del paziente, sancisce, al comma 4, che la comunicazione dei risultati di accertamenti diagnostici diretti o indiretti per infezione da HIV può essere data esclusivamente alla persona cui tali esami sono *riferiti*.

I risultati delle analisi sono quindi coperti dal segreto professionale e la violazione dell'obbligo di riservatezza può dare luogo a responsabilità civile e penale.

4. *Tutela della riservatezza e diritto alla salute del* partner.

La legge 5 giugno 1990, n. 135, non risolve, però, il delicato tema del rapporto tra tutela della riservatezza e diritto alla salute del *partner* o dei *partners* che, per effetto della esclusione dalla conoscenza dell'accertamento sanitario compiuto, conservino *rapporti con la persona colpita* dall'infezione.

Assumono rilevanza, entrando in reciproca contraddizione, due valori entrambi costituzionalmente protetti: l'uno, il diritto alla riservatezza, quale espressione del diritto costituzionale di libertà, l'altro, il diritto alla salute, pur esso garantito dalla Costituzione.

Il conflitto, nel quale il sanitario è coinvolto e che deve necessariamente affrontare, non trova soluzione nella disciplina legislativa, che, sul punto, non ha raccolto le raccomandazioni del Consiglio d'Europa sulla « cooperazione » paziente-sanitario in ordine all'informazione al *partner* od ai *partners* conosciuti, dello stato di sieropositività accertata.

La legge in materia si limita, al comma 4 dell'articolo 5, a sancire che « la comunicazione di risultati diagnostici diretti o *indiretti per infezione da HIV può essere* data esclusivamente alla persona cui tali esami sono riferiti » escludendo, quindi, ogni comunicazione alle persone in rapporto con il sieropositivo e che si trovano in concreto rischio di ricezione dell'infezione.

Seguendo le linee guida, indicate nelle richiamate raccomandazioni, la soluzione qui proposta trova il suo fondamento in un procedimento di informazione-consiglio, che deve vedere congiuntamente protagonisti il sanitario e il paziente.

L'articolo 1 della presente proposta di legge, modificando ed integrando il comma 4 dell'articolo 5 della legge 5 giugno 1990, n. 135, disciplina tale procedimento, consentendo la tutela del terzo.

In principio, ossia nella fase iniziale del rapporto sanitario che si conclude con l'accertamento dell'infezione, l'operatore sanitario è tenuto all'obbligo del segreto.

Alla nascita del conflitto, quando il paziente abbia manifestato la volontà di non portare a conoscenza del *partner* il suo stato di sieropositività, il sanitario deve avviare le procedure di informazione-consiglio per convincere e sollecitare il paziente a rimuovere il rifiuto, ad avvertire il dovere di informare il terzo, quindi, a « cooperare » all'informazione alla terza persona interessata che è direttamente conosciuta dal sanitario stesso.

L'espressione « cooperare » comporta che nel corso della procedura di informazione-consiglio, insorga anche a carico del sanitario il dovere di avvertire il terzo, direttamente conosciuto come *partner* del sieropositivo, dei pericoli di contagio per la tutela della sua salute.

Tale dovere deve tradursi nel sacrificio finale del diritto alla riservatezza del paziente che ripetutamente abbia rifiutato di cooperare all'informazione del terzo.

In questa fase, quindi, incombe anche al solo sanitario di procedere alla comunicazione del terzo « qualificato » dei risultati delle analisi compiute.

L'adempimento di questo dovere è, quindi, giusta causa che esclude nella condotta del sanitario la configurabilità del reato di rivelazione di segreto professionale facendo venir meno, anche sotto il profilo civilistico, l'illiceità dell'azione.

Permane indubbiamente l'obbligo di conservare il segreto professionale nei confronti di tutti gli altri terzi non qualificati, ossia non *partner*, e delle persone non pervenute alla conoscenza del sanitario.

5. *Trattamento sanitario e consenso.*

La Corte costituzionale, con la richiamata sentenza, pur non essendo stata investita direttamente della legittimità della prima parte del comma 3 dell'articolo 5 della legge 5 giugno 1990, n. 135, sotto il profilo della possibilità di trattamento sanitario obbligatorio per accertamento di infezione da HIV, dettato per motivi di necessità clinica nell'interesse del paziente, in assenza del concomitante requisito di tutela della salute pubblica, ha ribadito

che i *trattamenti sanitari obbligatori* « possono essere legittimamente richiesti solo in necessitata correlazione con l'esigenza di tutelare la salute dei terzi o della collettività generale ».

Vi è, quindi, la necessità di integrare la prima parte del citato comma aggiungendo, fra i requisiti che possono comportare la sottoposizione, senza consenso, ad analisi tendenti ad accertare l'infezione da HIV, quello relativo all'esigenza di tutela della salute della collettività.

L'articolo 2 della presente proposta di legge provvede in tal senso, rendendo così la norma, attraverso la restrizione delle possibilità di trattamento obbligatorio, conforme ai princìpi costituzionali in tema di diritto di libertà e diritto alla salute richiamati nelle premesse.

6. *La necessità di integrazione della legge 5 giugno 1990, n. 135, a seguito della sentenza n. 218 del 1994 della Corte costituzionale.*

La rilevata illegittimità costituzionale dell'articolo 5, commi 3 e 5, della legge 5 giugno 1990, n. 135, richiede un urgente intervento legislativo secondo i princìpi definiti dalla Corte costituzionale nella richiamata sentenza 23 maggio-2 giugno 1994, n. 218.

La Corte, al riguardo, ha sottolineato che la tutela della salute non si esaurisce nelle situazioni attive di pretesa di erogazione « di adeguate prestazioni di prevenzione e cura, dirette al mantenimento o al recupero dello stato di benessere (sentenza n. 455 del 1990) » ma « implica e comprende il dovere dell'individuo di non ledere né porre a rischio con il proprio comportamento la salute altrui, in osservanza del principio generale che vede il diritto di ciascuno trovare un limite nel reciproco riconoscimento e nell'eguale protezione del coesistente diritto degli altri ».

La Corte quindi prosegue ribadendo i seguenti princìpi:

« Le simmetriche posizioni dei singoli si contemperano ulteriormente con gli interessi essenziali della comunità, che possono richiedere la sottoposizione della persona a trattamenti sanitari obbligatori, posti in essere anche nell'interesse della persona stessa, o prevedere la soggezione di essa ad oneri particolari. Situazioni di questo tipo sono evidenti nel caso delle malattie infettive e contagiose la cui diffusione sia collegata a comportamenti della persona, che è tenuta in questa evenienza ad adottare responsabilmente le condotte e le cautele necessarie per impedire la trasmissione del morbo. L'interesse comune alla salute collettiva e l'esigenza della preventiva protezione dei terzi consentono in questo caso, e talvolta rendono obbligatori, accertamenti sanitari legislativamente previsti, diretti a stabilire se chi è chiamato a svolgere determinate attività, nelle quali sussiste un serio rischio di contagio, sia affetto da una malattia trasmissibile in occasione ed in ragione dell'esercizio delle attività stesse ».

« Salvaguardata in ogni caso la dignità della persona, che comprende anche il diritto alla riservatezza sul proprio stato di salute ed al mantenimento della vita lavorativa e di relazione compatibile con tale stato, l'articolo 32 della Costituzione prevede un contemperamento del coesistente diritto alla salute di ciascun individuo; implica inoltre il bilanciamento di tale diritto con il dovere di tutelare il diritto dei terzi che vengono in necessario contatto con la persona per attività che comportino un serio rischio, non volontariamente assunto, di contagio ».

In tal caso le attività che, in ragione dello stato di salute dell'agente siano tali da porre in pericolo la salute dei destinatari delle attività stesse, possono essere espletate solo da chi si sottoponga agli accertamenti necessari per escludere la presenza di quelle malattie infettive o contagiose.

« Non si tratta quindi di controlli sanitari indiscriminati, di massa o per categorie di soggetti, ma di accertamenti circoscritti sia nella determinazione di coloro che vi possono essere tenuti, costituendo un onere per poter svolgere una determinata attività, sia nel contenuto degli esami. Questi devono essere funzionalmente colle-

gati alla verifica dell'idoneità all'espletamento di quelle specifiche attività e riservati a chi ad esse è, o intende essere, addetto ».

« Gli accertamenti che, comprendendo prelievi ed analisi, costituiscono « trattamenti sanitari » nel senso indicato dall'articolo 32 della Costituzione, possono essere legittimamente richiesti solo in necessitata correlazione con l'esigenza di tutelare la salute dei terzi (o della collettività generale). Essi si giustificano, quindi, nell'ambito delle misure indispensabili per assicurare questa tutela e trovano un limite non valicabile nel rispetto della dignità della persona che vi può essere sottoposta. In quest'ambito il rispetto della persona esige l'efficace protezione della riservatezza, necessaria anche per contrastare il rischio di emarginazione nella vita lavorativa e di relazione ».

E dunque è necessario affermare legislativamente l'obbligo, per chi intenda svolgere o svolge attività che comportano rischi per la salute dei terzi destinatari di queste attività, di sottoporsi all'accertamento dell'assenza di sieropositività.

A tal fine è dettata, ad integrazione del comma 3 dell'articolo 5 della legge 5 giugno 1990, n. 135, la disciplina di cui all'articolo 3 della presente proposta di legge.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

1. Al comma 4 dell'articolo 5 della legge 5 giugno 1990, n. 135, le parole: « può essere data esclusivamente » sono sostituite dalle seguenti: « è data ».

2. Dopo il comma 4 dell'articolo 5 della legge 5 giugno 1990, n. 135, come modificato dal comma 1 del presente articolo, sono inseriti i seguenti:

« 4-*bis*. Il sanitario che accerta, con esami diagnostici diretti o indiretti, la infezione da HIV in un paziente che intrattiene con una o più persone, di cui abbia conoscenza lo stesso sanitario, rapporti idonei alla trasmissione dell'infezione, avvia una procedura di informazione-consiglio per sollecitare e convincere il paziente a prestare il consenso ed a cooperare per informare i terzi del suo stato di sieropositività.

4-*ter*. Dinanzi al persistente rifiuto del paziente a cooperare all'informazione di cui al comma 4-*bis* il sanitario, apprezzata ogni altra circostanza idonea alla tutela della salute dei terzi qualificati, direttamente conosciuti dal sanitario stesso, procede direttamente alla informazione dei pericoli di contagio.

4-*quater*. L'adempimento del dovere di informazione di cui al comma 4-*ter* costituisce giusta causa di esclusione del reato di rivelazione del segreto professionale di cui all'articolo 622 del codice penale ».

ART. 2.

1. Al primo periodo del comma 3 dell'articolo 5 della legge 5 giugno 1990, n. 135, sono aggiunte, in fine, le parole: « e quando sussista concreto pericolo per la salute della collettività. ».

ART. 3.

1. Dopo il comma 3 dell'articolo 5 della legge 5 giugno 1990, n. 135, come modificato dall'articolo 2 della presente legge, sono inseriti i seguenti:

« 3-*bis*. Per l'esercizio di attività che, a causa dello stato di salute di chi le svolge, possono mettere in pericolo la salute dei destinatari delle attività medesime, è prescritto l'accertamento sanitario diretto ad escludere la presenza di infezione da HIV.

3-*ter*. La persona risultata affetta da infezione da HIV, che svolge attività lavorative che comportano rischi per la salute dei terzi destinatari dell'attività medesima, è addetta ad altre mansioni che non comportano rischio di contagio, fermo restando il trattamento retributivo e normativo conseguito.

3-*quater*. Con decreto del Ministro della sanità, sono accertate le attività per il cui svolgimento è prescritto l'accertamento dell'assenza di infezione da HIV ai sensi del comma 3-*bis* ».

2. Il decreto del Ministro della sanità di cui al comma 3-*quater* dell'articolo 5 della legge 5 giugno 1990, n. 135, introdotto dal comma 1 del presente articolo, è emanato entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.