CAPITOLO 1

LA NORMATIVA ITALIANA SULL'AIDS

AIDS E DIRITTO

*Maria Novella Cordone, *Marco Spiniello, **Irinus Serafin
** Centro Operativo Aids - Ministero della Sanità*
***Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali - Roma*

In materia di AIDS tra il 1983 ed il 1989 sono stati adottati una serie di provvedimenti amministrativi riguardanti, prevalentemente, la definizione di indirizzi e misure di prevenzione e sorveglianza epidemiologica finalizzati a contenere il progressivo sviluppo dell'epidemia d'infezione da HIV. Ne sono testimonianza i numerosi decreti e le diverse circolari emanati a tali fini. Con l'adozione di tali provvedimenti le autorità pubbliche hanno posto le basi per il controllo dell'epidemia o quanto meno per il monitoraggio della stessa.
Anche in Italia, come in altri paesi, lo sviluppo della malattia ha comportato la necessità, da un lato di avviare politiche di prevenzione su vasta scala, recuperando esperienze di un passato ormai remoto nella lotta contro le grandi epidemie e dall'altro di mettere a punto interventi di assistenza complessi, destinati ad essere attuati nell'ambito di strutture socio-assistenziali poco adeguate. Questa malattia, allora molto diversa rispetto alle altre per la scarsità delle conoscenze scientifiche, per le vie di trasmissione e per la giovane età dei soggetti colpiti, ha subito suscitato un particolare allarme nell'opinione pubblica e di riflesso un impegno straordinario per contrastarne la diffusione, da parte del mondo della scienza e della ricerca, nonché dei responsabili delle politiche di sanità pubblica. Gli organismi internazionali (Assemblea Generale delle Nazioni Unite, Organizzazione Mondiale della Sanità e Consiglio d'Europa), sin dall'inizio hanno dedicato una costante e preoccupata attenzione all'AIDS. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, in particolare, definì una strategia globale di intervento denominata "Global programma on AIDS" per contrastare il diffondersi dell'epidemia. Tale programma, avviato nel febbraio 1987, si è sviluppato negli anni arricchendosi degli apporti derivanti dall'esperienza pratica di oltre 150 programmi nazionali. Al grande numero di paesi che hanno una normativa specifica in questo campo, fa riscontro una pronunciata diversità di orientamenti e criteri, che riflette (tra gli altri fattori), contesti estremamente variabili di tipo sociale, culturale, medico, scientifico ed epidemiologico. Le misure racco-

mandate a livello internazionale per far fronte al diffondersi dell'epidemia, sono riconducibili alle seguenti esigenze:

1. approntare misure tradizionali di sanità pubblica come la segnalazione/notifica e la definizione dei "contatti".
2. Stabilire i criteri e i limiti per l'eventuale analisi obbligatoria e di routine o, come avviene nella maggior parte dei paesi, volontaria per l'infezione da HIV.
3. Controllare il sangue, gli emoderivati, gli organi donati, i tessuti, come potenziali mezzi di trasmissione dell'infezione.
4. Assicurare la riservatezza dell'informazione relativa all'HIV/AIDS per evitare le discriminazioni.
5. Garantire la massima protezione agli operatori sanitari contro la trasmissione accidentale del virus.
6. Prevenire la discriminazione verso le persone HIV infette e con AIDS nei posti di lavoro, nell'accesso alle cure mediche, nella scuola ed in altri ambiti di vita.
7. Sviluppare programmi di educazione/informazione per gli operatori sanitari, il personale carcerario, i gruppi che praticano condotte a rischio, i bambini, gli adolescenti e la popolazione in generale.
8. Definire i diritti ed i doveri delle persone con infezione da HIV.
9. Reperire fondi adeguati per i programmi sanitari e per il funzionamento delle strutture assistenziali per le persone malate di AIDS.

In Italia il primo provvedimento di natura amministrativa emanato dal Ministero della Sanità in materia di infezione da HIV/AIDS, è stata la circolare 3 agosto 1983, n. 64, con la quale si richiamava l'attenzione degli organismi periferici sui casi di sindrome da immunodeficienza acquisita, inizialmente manifestatisi negli Stati Uniti, ed in seguito in alcuni paesi europei (Repubblica Federale Tedesca, Olanda e Francia), nonché nel continente africano. Sulla base dei dati disponibili, epidemiologici e clinici, si ipotizzava un'eziologia virale a trasmissione sessuale e parenterale simile a quella dell'epatite b. La circolare concludeva raccomandando di porre attenzione affinché ogni caso sospetto o accertato fosse segnalato al Ministero della Sanità e all'Istituto Superiore di Sanità, malgrado non si avesse ancora notizia, a quella data, di alcun caso nel nostro Paese.

Successivamente, dopo le prime segnalazioni, sono state emanate altre circolari dirette a fornire indicazioni più circostanziate, in linea con le raccomandazioni espresse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in materia di sorveglianza e profilassi dell'infezione da HIV (circolari n. 48, e n. 65 del 1984 e n. 28 del 1985). Con la circolare n. 48 del 1985, in particolare, si prendevano in considerazione anche problematiche non strettamente sanitarie e si raccomandava di evitare iniziative suscettibili di produrre l'isolamento e la discriminazione delle persone sieropositive o la diffusione di informazioni allarmistiche, in particolare tra i tossicodipendenti.

Veniva sottolineata, inoltre, la necessità di attuare una strategia di lotta più efficace. Se inizialmente si era stabilito che ogni caso di AIDS conclamata andasse segnalato con una scheda informativa che doveva indicare il paziente soltanto con un codice, in seguito, a causa delle esigenze di una più efficace attività di sorveglianza (verifica dell'attendibilità dei dati, approfondimento delle conoscenze scientifiche sulla malattia e sui mezzi per farvi fronte), si è pervenuti al criterio dell'identificazione nominativa.
L'interesse del singolo e il suo diritto alla riservatezza, che erano stati al centro delle preoccupazioni sin dalla prima comparsa dell'infezione, venivano in tal modo contemperati con le più generali esigenze di tutela della salute della collettività. È appena il caso di dire che a livello sociale si andava registrando un po' ovunque un accentuarsi di atteggiamenti di rifiuto nei confronti dei malati di AIDS e dei sieropositivi, anche a causa della mancanza di informazioni puntuali sulle dimensioni dell'epidemia e sulle modalità di trasmissione.
L'avvio di una politica organica per fronteggiare lo sviluppo dell'epidemia può individuarsi, nel nostro Paese nel 1987, con la costituzione della Commissione nazionale contro l'AIDS. Tra i primi impegni della Commissione va segnalata la definizione di indirizzi volti a ricondurre a unità la strategia di intervento, in rapporto ai temi della prevenzione e dell'assistenza.
Nel 1988, con il contributo fornito dagli esperti nei vari settori e con il concorso delle regioni, la Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS ritenne di dare sistematicità alle varie direttive, approntando un programma più vasto, comprensivo di indicazioni per l'adeguamento delle strutture assistenziali in rapporto alle previsioni di sviluppo dell'epidemia. L'elaborazione del documento (Piano nazionale di prevenzione e di lotta contro l'AIDS") ha poi consentito al Parlamento di approvare una legge (n. 135 del 1990) organica sull'AIDS che ha previsto una serie di interventi urgenti nel settore assistenziale della prevenzione, della formazione dell'infezione.
Dopo la legge n. 135 del 1990 sono stati varati: l'Azione programmata N. 6 "Lotta all'AIDS", approvata nel 1990 a stralcio del Piano Sanitario Nazionale con apposite risoluzioni parlamentari; il "Progetto Obiettivo AIDS 1994-1996", approvato con il D.P.R. 7 aprile 1994.
L'insieme di tali provvedimenti ha costituito la strategia italiana per la lotta contro l'AIDS negli anni dal 1989 al 1996, strategia che si è articolata nell'adozione di misure afferenti a tutte le problematiche relative all'infezione da HIV/AIDS, dall'epidemia all'assistenza, dalla terapia alla ricerca, dalla prevenzione alla tutela delle persone sieropositive.
Più di qualche cenno merita la legge n.135 del 5 giugno 1990 (Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS), in quanto costituisce la

prima risposta organica che l'ordinamento giuridico italiano ha dato al problema AIDS.
Tale legge, emanata per contrastare la diffusione dell'infezione da HIV e per assicurare idonea assistenza alle persone affette da questa patologia, ha autorizzato, in particolare, l'attuazione di un piano di interventi per l'adeguamento delle strutture di ricovero. Una particolare evidenza deve essere data al fatto che la legge sull'AIDS non solo ha programmato iniziative finalizzate alla prevenzione ed assistenza, ma ha sancito alcune regole fondamentali di ordine etico e comportamentale dirette a garantire i soggetti infetti contro i rischi della discriminazione ed emarginazione.
Nel dettaglio ha disposto che:

1. gli operatori sanitari sono tenuti a prestare assistenza alle persone sieropositive o ammalate, garantendo loro la riservatezza.
2. Nessuno può essere sottoposto senza il suo consenso, all'esame per l'accertamento dell'infezione da HIV se non per motivi di necessità clinica e nel suo interesse.
3. I test sono consentiti nell'ambito di programmi epidemiologici solo quando i campioni da analizzare siano stati resi anonimi.
4. La comunicazione dei risultati dell'analisi è riservata esclusivamente alle persone cui gli stessi si riferiscono.
5. L'infezione da HIV non può essere motivo di discriminazione per lo svolgimento di attività sportive, per l'iscrizione a scuola, per l'accesso ed il mantenimento del posto di lavoro.

Contemporaneamente all'approvazione della legge 135 del 1990, il Parlamento ha approvato un insieme di misure di carattere integrativo (Azione programmata "Lotta all'AIDS 1990-1992) riguardanti l'informazione, la ricerca, la sorveglianza epidemiologica, il sostegno alle attività di volontariato ecc..
Di rilevanza certamente non secondaria sono da considerare i provvedimenti amministrativi emanati nei mesi seguenti all'entrata in vigore della legge, per disciplinare l'attuazione delle varie iniziative in essa previste (norme di protezione del contagio degli operatori sanitari, disciplina dei corsi di formazione per il personale ospedaliero, attivazione di servizi a domicilio per i soggetti affetti da AIDS e relative convenzioni, definizione di indirizzi ai fini di una organica distribuzione dei compiti tra le strutture ospedaliere ed i servizi territoriali nelle attività di prevenzione ed assistenza delle infezioni da HIV, etc..)
Dopo l'approvazione dei suddetti provvedimenti, la vicenda normativa attinente all'AIDS è andata caratterizzandosi in senso sempre più settoriale.
I successivi provvedimenti hanno riguardato, in particolare, argomenti già a suo tempo disciplinati da precedenti atti amministrativi. Tra di essi si annoverano due

circolari del Ministero della Sanità recanti la “Revisione della definizione di caso di AIDS ai fini della sorveglianza epidemiologica” (29 aprile 1994 n. 2) e la “Revisione della scheda da di notifica dei casi di AIDS in adulti” (8 giugno 1995, N. 16), nonché il D.M. 13 ottobre 1995 sulla “Disciplina per le rilevazioni epidemiologiche e statistiche dell’infezione da HIV”.
Si tratta , in sostanza, della messa a punto degli strumenti di indagine epidemiologica che si sono resi opportuni via via che sono migliorate le conoscenze nel settore, ovvero ai fini dell’adeguamento alle misure adottate a livello internazionale.
Nello stesso periodo, con il D.M. 25 luglio 1995 sono state apportate modificazioni ed integrazioni al D.M. 30 ottobre 1990, relativo alla disciplina dei corsi di formazione e di aggiornamento professionale per il personale dei reparti di ricovero di malattie infettive.
Anche in questo caso si è tornati ad intervenire su un argomento già in precedenza regolamentato allo scopo di ridefinire, in relazione alle esigenze e alle problematiche nel frattempo emerse, la disciplina del settore in relazione alle esigenze manifestatesi.
Come è noto, le disposizioni più importanti contenute nella legge 135 del 1990 riguardano il programma di adeguamento delle strutture di ricovero di malattie infettive e dei laboratori di virologia, immunologia e microbiologia, per un importo complessivo lordo massimo di 2.100 miliardi.
Malgrado l’urgenza del programma, per ragioni di diversa natura, si è verificato un notevole ritardo nell’avvio delle opere, ritardo che ha provocato un primo intervento del legislatore con il decreto-legge 2 ottobre 1993, n. 396, convertito nella legge 4 dicembre 1993, n. 492, con il quale è stata disposta la cessazione dell’efficacia delle convenzioni a suo tempo stipulate dal Ministero della Sanità (1990) con le società concessionarie individuate dal C.I.P.E. per la realizzazione del programma stesso.
La legge n. 492 del 1993, benché approvata con l’intento di accelerare i tempi di attuazione degli interventi, ha dato luogo ad ulteriori ritardi sia perché alcune regioni non disponevano di una struttura organizzativa adeguata, sia perché sono sorti dubbi interpretativi circa le procedure da adottare per la prosecuzione del programma.
Con il decreto-legge 24 novembre 1994 , n 646, convertito nella legge 21 gennaio 1995 n. 22, recante “Interventi urgenti a favore delle zone colpite dalle eccezionali avversità atmosferiche e dagli eventi alluvionali nella prima decade del mese di novembre 1994”, all’articolo 11 è stato previsto che le regioni Valle d’Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia, Emilia Romagna, Veneto e Toscana, le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli altri enti sanitari, appartenenti alle predette regioni, sono tenuti a procedere, per quanto di rispettiva competenza, entro il termine di

centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto, alla predisposizione ed all'approvazione dei progetti esecutivi relativi anche a quelli previsti dal programma di adeguamento delle strutture di ricovero di cui alla legge n. 135 del 1990.
Con questo provvedimento, per la terza volta, il legislatore dopo l'approvazione della legge 135 del 1990 e della legge 492 del 1993, è intervenuto sulla questione per accelerare, seppur per un ristretto numero di regioni, la realizzazione del programma di costruzione e ristrutturazione dei posti letto nei reparti di malattie infettive e l'istituzione o il potenziamento dei laboratori.
Successivamente, si è avuto un quarto intervento nel settore con il decreto- legge 1 dicembre 1995, n. 509, convertito nella legge 31 gennaio 1996, n. 34 recante "Disposizioni urgenti in materia di strutture e di spese del Servizio Sanitario Nazionale", con il quale le procedure e le modalità per la predisposizione e l'approvazione dei progetti e le richieste di finanziamento al C.I.P.E., previste dalla legge n. 492 del 1993 per le regioni in precedenza citate, sono state estese a tutte regioni e provincie autonome.
Per completezza del quadro, occorre rilevare che con l'articolo 10 del decreto legge 25 marzo 1997, n. 67, convertito nella legge 23 maggio 1997, n. 135 è stata prevista la ridestinazione dei finanziamenti inutilizzati per gli interventi sulle strutture di assistenza ai malati di AIDS, a favore anche di interventi di edilizia extraospedaliera.
Tutte queste disposizioni contenute in decreti-legge, cioè in provvedimenti legislativi aventi carattere di necessità ed urgenza, testimoniano la volontà di individuare al più presto soluzioni che consentano in qualche modo di accelerare il programma di interventi sulle strutture e sui laboratori che la legge n. 135 del 1990 aveva, nel titolo della stessa, definito "urgenti", in modo da poter disporre entro l'anno 2000 di nuovi posti letto non solo per gli ammalati di AIDS ma per tutto il complesso delle malattie infettive.
Non dimentichiamo, infatti, che l'adeguamento della rete delle strutture di ricovero previsto dalla legge 135 del 1990 è stato concepito in funzione di tutto il complesso delle patologie infettive e che l'AIDS è stata solo l'occasione per istituire o potenziare tali strutture.
Non vi è dubbio, tuttavia, che gli eventi più significativi sul piano giuridico si sono avuti nel periodo considerato, da parte di un organo costituzionale che già in precedenza era intervenuto nella complessa e delicata tematica della normativa sull'infezione da HIV/AIDS: la Corte Costituzionale.
Con due sentenze del 18 ottobre 1995, rispettivamente n. 438 e 439, la Suprema Corte è intervenuta per censurare alcune disposizioni contenute nella legge 222 del 1993 contenente "Disposizioni urgenti relative al trattamento di persone affette da infezione da HIV e di tossicodipendenti", capovolgendo l'orientamento prece-

dentemente manifestato con la sentenza 3 marzo 1994, n. 70, con la quale aveva ritenuto manifestatamente infondata la questione di legittimità costituzionale relativa alle disposizioni poi censurate con le suddette sentenze.
In particolare, con la sentenza n. 438 del 1995, la Corte Costituzionale si è espressa nel giudizio di legittimità dell'articolo 146, comma I, n. 3 del codice penale, come modificato dalla legge 222 del 1993. La norma impugnata, stabiliva il rinvio obbligatorio dell'esecuzione della pena se questa doveva aver luogo nei confronti di persona affetta da infezione da HIV nei casi di incompatibilità con lo stato di detenzione, ai sensi dell'articolo 286-bis, comma 1, del codice di procedura penale.
In merito, la Corte ha ridefinito l'orientamento che aveva manifestato con la precedente sentenza n. 70 del 1994, osservando che se l'istituto del rinvio obbligatorio dell'esecuzione della pena deve tendere a preservare le condizioni di salute del condannato è evidente, allora, che sono soltanto queste ultime a dover essere prese in considerazione e non certo la malattia in quanto tale, che a fronte di un identico stato morboso, qualunque esso sia, presenta variabili cliniche che possono essere tante quanto l'intera casistica è in grado di offrire.
La disposizione impugnata è stata quindi, secondo la Corte, ritenuta non conforme al canone della ragionevolezza, nella parte in cui non consentiva di accertare in concreto, ai fini dell'esecuzione della pena, se le effettive condizioni del condannato fossero o meno compatibili con lo stato detentivo.
Per effetto di detta sentenza spetta ora al giudice verificare, caso per caso, in relazione alle strutture disponibili, se l'esecuzione della pena possa avvenire senza pregiudizio per la salute del detenuto ammalato.
Accertamenti e verifiche del giudice, ha avuto modo di sottolineare infine la Corte, che porranno le pubbliche amministrazioni, ciascuna nel quadro delle proprie competenze ed opportunamente coordinate tra di loro, di fronte all'esigenza di tener conto del bisogno di cura del singolo e dell'attitudine della condizione restrittiva rispetto alla salvaguardia della popolazione carceraria, istituendo od incrementando le strutture idonee allo scopo, sia in ambito penitenziario, sia nei presidi sanitari esterni.
Con la sentenza n. 439 del 1995, la Corte si è invece espressa nel giudizio di legittimità dell'art. 286-bis del codice di procedura penale, come modificato dalla legge n. 222 del 1993.
Si trattava della norma che stabiliva il divieto della custodia cautelare in carcere nei confronti di chi era affetto da infezione da HIV e ricorreva in una delle situazioni di incompatibilità con lo stato di detenzione (AIDS conclamata o grave deficienza immunitaria), e che demandava al giudice l'obbligo di disporre, in tali casi, la revoca della misura cautelare o gli arresti domiciliari presso l'abitazione dell'imputato.

Secondo la Corte la norma impugnata è venuta a contrastare con l'articolo 275, comma 4, del codice di procedura penale, come sostituito dall'art. 5 della legge 8 agosto 1995, n. 332, il quale nello stabilire che non può essere disposta la custodia cautelare in carcere in una serie di situazioni, tra le quali anche il caso di persone che si trovano in condizioni di salute particolarmente gravi incompatibili con lo stato di detenzione, fa salve le esigenze cautelari di eccezionale rilevanza.
È stato pertanto ritenuto irragionevole, dalla Corte, il divieto assoluto di custodia cautelare in carcere stabilito per i soli malati di AIDS, dovendo per essi operare la regola generale che consente, anche nel caso di malattie altrettanto gravi, l'adozione della misura carceraria allorché esigenze cautelari di eccezionale rilevanza facciano ritenere inadeguata qualsiasi altra misura.
Per effetto di tale sentenza spetta ora al giudice verificare, caso per caso, tenuto conto delle strutture disponibili, se in presenza di esigenze cautelari di eccezionale rilevanza la custodia in carcere possa essere disposta senza pregiudizio per la salute del soggetto e di quella di altri detenuti.
Tra la fine degli anni 1996 ed il 1997 gli interventi normativi in materia di AIDS, se si eccettua il decreto interministeriale 22 aprile 1996 con il quale sono stati individuati gli ospedali presso i quali devono essere avviati i detenuti e gli internati affetti da infezione da HIV per i quali la competente autorità abbia disposto il piantonamento, sono stati incentrati sul fatto forse più rilevante avvenuto nel settore negli ultimi tempi; la scoperta di nuovi farmaci antiretrovirali denominati "inibitori della proteasi".
Si tratta di farmaci, che se somministrati in associazione con altri farmaci antiretrovirali sembra possano produrre effetti benefici sulla salute dei pazienti.
La vasta eco suscitata all'estero ed in Italia da questi farmaci è stata notevole, come febbrile è stata l'attesa per la loro registrazione, che avviene con procedura centralizzata a livello europeo e successiva classificazione nazionale ai fini della determinazione del regime di rimborsabilità.
L'introduzione di questi nuovi, potenti, complessi e costosi farmaci, ha posto subito numerosi problemi di carattere organizzativo, giuridico ed economico.
A quali pazienti dovessero prescriversi, a carico di quali strutture dovessero gravare gli oneri, quali dovessero essere le modalità di somministrazione, sono solo alcune delle domande alle quali mediante l'adozione di specifiche circolari, si è cercato di dare dei chiarimenti.
Sulla scorta del parere reso dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS e le altre malattie infettive sono state adottate, dopo un ampio dibattito, specifiche linee-guida per l'adozione di principi di terapia antiretrovirale dell'infezione da HIV, diffuse mediante la circolare del Ministero delle Sanità del 23 dicembre 1996, n. 18.

Con tali linee guida sono state fornite, per il tramite delle regioni, alle unità operative di malattie infettive, ospedaliere ed universitarie, e alle altre unità operative prevalentemente impegnate secondo i piani regionali nell'attività di assistenza ai casi di AIDS, le sole autorizzate per decreto all'uso di tali farmaci, specifiche indicazioni ed aggiornamenti sull'utilizzazione dei nuovi medicinali antiretrovirali.
L'importanza dell'argomento ha fatto sì che all'inizio del 1997, con altre due circolari, del 10 gennaio 1997 e del 24 febbraio 1997, il Ministero della Sanità fornisse alle regioni ulteriori chiarimenti e precisazioni circa l'assistenza farmaceutica ai pazienti affetti da AIDS e le modalità di distribuzione degli inibitori della proteasi.
Da ultimo, merita di essere ricordata la recente sentenza della Corte di Cassazione n. 556 del 23 maggio 1997, con la quale è stata annullata, su ricorso proposto dal Procuratore Generale della Repubblica la Corte di Appello di Milano, la sentenza del Giudice per le Indagini Preliminari presso il Tribunale di Milano emessa il 28 ottobre 1996, con la quale un soggetto affetto da sieropositività grave è stato condannato, in ragione di tale condizione patologica, al minimo della pena prevista per il reato ascrittogli.
La Corte di Cassazione ha, in proposito, osservato che il giudice deve graduare la pena fra il minimo ed il massimo edittale in ragione della gravità dell'episodio concreto e che il riferimento fatto dalla sentenza impugnata al grado di sieropositività grave da cui era affetto l'imputato, per giustificare il contenimento della pena entro i minimi previsti per quella fattispecie di reato, appare inidoneo a suffragare, sotto il profilo della logicità e dell'adeguatezza il regolamento sanzionatorio disposto, avendo esso trascurato nella sua indagine la somma degli elementi rientranti tra i criteri fondamentali stabiliti dall'articolo 133 del codice di procedura penale, ai fini della determinazione in concreto della pena.
Questa sentenza, unitamente alle due emanate dalla Corte Costituzionale, è a nostro avviso significativa di un cambiamento dell'orientamento giurisprudenziale, prima più acquiescente verso i soggetti ammalati, oggi certamente più rigido.
Come si può arguire dalla rassegna e dal tenore delle disposizioni normative intervenute in tema di AIDS in questi ultimi anni, il periodo della legislazione dell'emergenza sembra ormai superato, ed aver lasciato spazio a provvedimenti di ridefinizione e di revisione dei precedenti atti, o d'individuazione di misure dirette a risolvere i problemi emersi dall'applicazione di norme già esistenti, ovvero ancora da assicurare a tutti i soggetti con infezione da HIV le cure e le terapie migliori.
Dopo circa quattordici anni dall'adozione delle prime disposizioni sull'AIDS, possiamo oggi ben dire che la copiosa normativa intervenuta sulla materia nel corso del primo decennio si è andata riducendo via via che il quadro legislativo ed amministrativo si è venuto completando con la disciplina di quasi tutte le questioni più importanti.

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.
V'è infine, da segnalare un nuovo piano per la lotta contro l'AIDS a valere per il prossimo triennio. Si tratta del nuovo Progetto Obiettivo AIDS le cui linee di programmatiche sono state definite dalla Commissione Nazionale AIDS in un apposito documento nel corso del 1997 denominato "Proposte per la predisposizione del Progetto Obiettivo AIDS 1998-2000", destinato ad essere approvato con un apposito decreto del Presidente della Repubblica.
Si tratta dell'aggiornamento del precedente Progetto Obiettivo AIDS 1994-1996, resosi opportuno in relazione alle nuove esigenze nel frattempo emerse nei settori della terapia, della ricerca e della prevenzione e dell'assistenza.

Ringraziamenti

Si ringrazia la Piccin Nuova Libraria per la gentile concessione dell'articolo "*La normativa Italiana sull'AIDS (1995-1997)"* di Maria Novella Cordone e Marco Spiniello. Articolo tratto dalla recente pubblicazione "**AIDS 1998 il contributo Italiano**" a cura di F. Dianzani-G. Ippolito- M.Moroni. La pubblicazione sapientemente armonizzata dai curatori, offre una visione completa sulle problematiche AIDS (epidemiologia ed impatto sociale, aspetti assistenziali, etiopatogenesi e diagnosi, clinica e terapia), avvalendosi del contributo di esperti nazionali ed esteri.

Bibliografia

1. Gironi E: Accertamenti sierologici del sangue in tema di infezione da HIV. Problematiche giuridiche, Foro Italiano, 1991,
2. Iorio M, Magliona B: Infezione da HIV e screening sierologico obbligatorio. Riflessioni Medico sociali, Minerva Medico-Legale, 1991.
3. MartinJ: Health policy and the AIDS epidemie: the call for public health intervention: the use of legislation for prevention, its tasks and limts, Medicine and law, 1989.
4. Orr A: Legal AIDS; implication of AIDS and HIV for british and american law, Journal of medical ethics, 1989.
5. Serafin I: La legge italiana sull'AIDS, articoli 5 e 6. Principi ispiratori e modalità attuative, AIDS e leggi sull'AIDS, Europa Scienze Umane, Milano, 1993.
6. Serafin I: La normativa italiana sull'AIDS, Il Libro Italiano dell'AIDS; MacGraw-Hill. Ottobre, 1994.
7. Cordone M.N.; Spiniello M; La normativa Italiana sull'AIDS (1995-1997). AIDS, 1998. Il contributo italiano, Piccin, 1998.