

SENATO DELLA REPUBBLICA

X LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

29° RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 18 APRILE 1990

Presidenza del Vice Presidente MELOTTO

INDICE

Disegni di legge in sede deliberante

«Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS» (2215), approvato dalla Camera dei deputati

Petizione n. 118

(Discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE Pag. 2, 12
CONDORELLI (DC), relatore alla Commissione 2

I lavori hanno inizio alle ore 15,35.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

«Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS» (2215), approvato dalla Camera dei deputati

Petizione n. 118

(Discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: «Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS», già approvato dalla Camera dei deputati.

All'ordine del giorno è iscritto anche l'esame della petizione n. 118, del signor Salvatore Acanfora di Roma, che chiede un provvedimento legislativo per combattere l'AIDS e per assistere sanitarimente ed economicamente gli ammalati di tale virus.

Ai sensi dell'articolo 141 del Regolamento essa verrà discussa congiuntamente al disegno di legge, in quanto attinente alla medesima materia.

Prego il senatore Condorelli di riferire alla Commissione sul disegno di legge.

CONDORELLI, relatore alla Commissione. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il disegno di legge n. 2215 che adesso ci accingiamo a discutere è stato già approvato alla Camera dei deputati e riguarda, come il Presidente stesso ha ricordato in apertura di seduta, il «Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS».

Come premessa, c'è da dire che la qualità ed il costo degli interventi programmati dal disegno di legge nascono interamente dalle proposte elaborate dopo un lavoro durato un triennio dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, la quale, com'è noto, è composta da notissimi esperti di epidemiologia, prevenzione ed assistenza nel campo delle malattie infettive. Inoltre, tali proposte hanno formato oggetto di un volume che è stato stampato a cura del Ministero della sanità nel gennaio del 1989 - «Proposte per il Piano nazionale di prevenzione e di lotta contro l'AIDS» - e successivamente, sulla base di questo documento, lo stesso Ministero ha redatto il programma n. 6 che riguarda il Piano sanitario nazionale.

A loro volta tutte le proposte formulate nel Piano sanitario ed inserite nel disegno di legge in discussione scaturiscono dalla combinazione dei seguenti parametri: il numero attuale dei pazienti colpiti da sindrome di AIDS conclamata e da sindromi correlate (ARC, LAS) e il numero dei sospetti sieropositivi asintomatici; la previsione dell'andamento dell'epidemia per infezione da virus HIV nel prossimo

triennio 1990-1992; la tipologia dell'assistenza ai malati di AIDS sulla base sia delle caratteristiche cliniche della malattia e della trasmissibilità della stessa nei suoi vari stadi sia dei bisogni (problemi dei malati, del personale di assistenza sanitario e infermieristico e dei visitatori); e infine la situazione attuale dell'assistenza ospedaliera ed extraospedaliera ai pazienti affetti da malattie infettive in generale e dall'AIDS in particolare.

Data l'eccezionale urgenza, l'inderogabilità ed anche - bisogna riconoscerlo - il ritardo nell'attuazione dei provvedimenti da tutti unanimemente considerati indilazionabili, il disegno di legge n. 2215 al nostro esame attribuisce al Ministero della sanità e al CIPE un compito operativo piuttosto pregnante, proprio allo scopo di conseguire economie nei tempi tecnici di attuazione del programma di costruzione e di ristrutturazione dei posti letto ed anche di omogeneità dei criteri di realizzazione delle opere.

Devo però precisare che i poteri operativi affidati al Ministero della sanità e al CIPE dalla normativa al nostro esame sono ampiamente previsti, per tutti i compiti che essa assegna ad entrambi, da leggi già approvate dal Parlamento e segnatamente (come vedremo in dettaglio più avanti): dalla legge 23 ottobre 1985, n. 595 («Norme di programmazione sanitaria e Piano sanitario»), in particolare dall'articolo 6, relativo ad interventi in casi di inadempienza da parte delle Regioni, che prevede poteri sostitutivi del Ministro della sanità; dalla legge 17 febbraio 1987, n. 80 («Procedure abbreviate previste dalle norme straordinarie per l'accelerazione dell'esecuzione delle opere pubbliche»), in particolare dall'articolo 3, che concerne l'affidamento in concessione di costruzione di opere pubbliche; dalla legge 11 marzo 1988, n. 67 (legge finanziaria 1988), segnatamente dall'articolo 20, nella parte in cui autorizza la ristrutturazione e l'ammodernamento del patrimonio sanitario pubblico per l'importo complessivo di 30.000 miliardi di lire. Questo articolo segna le linee generali di tale intervento, e cioè la sostituzione del 20 per cento dei posti letto a più elevato degrado strutturale, la ristrutturazione del 30 per cento dei posti letto che presentano carenze strutturali. Inoltre, la legge n. 67 del 1988 indica i compiti operativi assegnati al Ministero della sanità e al CIPE e le fonti di finanziamento per la ristrutturazione.

Il disegno di legge n. 2215 al nostro esame fa riferimento sia al decreto ministeriale del 13 settembre 1988, riguardante la determinazione degli *standards* del personale ospedaliero, che al Piano sanitario nazionale (programma n. 6: «Lotta all'AIDS») per quel che riguarda il numero dei posti letto e il personale sanitario ed infermieristico.

Il disegno di legge al nostro esame attiene strettamente a tutti questi parametri, norme e linee generali già approvati dal Parlamento.

Vorrei fare una brevissima considerazione sullo stato attuale dell'epidemia in Italia; i miei dati si riferiscono al 31 dicembre 1989. Ricordo che dal 1982 al 31 dicembre 1989 sono stati segnalati 5.307 casi di AIDS (1.928 nel 1989), di cui 2.513 sono deceduti; vi è quindi una letalità del 47,4 per cento.

Per quel che riguarda le previsioni a breve termine, che in un certo qual modo si possono fare e che hanno una certa attendibilità, esse si indirizzano concordemente verso un modello di crescita dell'epidemia

di tipo cubico e non esponenziale (per fortuna lo è stato soltanto per un brevissimo periodo).

Sulla base delle conoscenze epidemiologiche oggi disponibili in Italia sembra quindi verosimile escludere un andamento esponenziale persistente e quindi la registrazione di oltre 130.000 casi cumulativi nel 1992. Alla fine del 1992 i casi cumulativi dovrebbero essere infatti 39.949, mentre i casi nuovi dovrebbero essere 24.095. Si tratta dunque di un fenomeno estremamente pericoloso, con andamento cumulativo ed estensione ampia.

Per quanto riguarda l'attuale distribuzione regionale, la situazione è quella già presente negli anni precedenti. La Lombardia è al primo posto con 1.764 casi; seguono il Lazio con 681 casi, l'Emilia-Romagna con 536 casi, la Liguria con 313 casi, il Veneto con 302 casi. Agli ultimi posti troviamo il Molise con due casi e la Valle d'Aosta con un solo caso.

Per quanto concerne i gruppi «a rischio» in Italia, prevale la categoria dei tossicodipendenti con il 67,6 per cento, seguita da quelle degli omosessuali (con il 15,8 per cento), degli omosessuali tossicodipendenti (con il 2,9 per cento), degli eterosessuali (con il 7,1 per cento), degli emofiliaci (con l'1,5 per cento), dei trasfusi (con l'1,5 per cento) e dei «non determinati» (con il 3,5 per cento).

Occorre ricordare che per ogni caso conclamato di AIDS si registrano, allo stato attuale, due casi di ARC, 12 casi di LAS e 16 di sieropositivi asintomatici.

Il numero dei casi di AIDS notificati è da ritenere, secondo il Centro operativo per la lotta all'AIDS presso l'Istituto superiore di sanità, espressivo «per difetto» del fenomeno nella sua realtà effettiva, in quanto incidono su di esso due fattori: il ritardo nella notifica (da uno a due trimestri a due anni e oltre la data della diagnosi, nel 5 per cento dei casi) e l'omissione della notifica (nel 10 per cento dei casi).

Per quanto riguarda la mortalità, non vi sono ancora nè farmaci in grado di risolvere i problemi terapeutici, nè vaccini. Su 100 casi conclamati di AIDS accertati nell'anno di riferimento, 50 malati sopravvivono al primo anno, 20 al secondo, 10 al terzo e nessuno al quarto. Su 100 casi di ARC accertati nell'anno di riferimento, l'ipotesi di sopravvivenza è di 75 malati al primo anno, 50 al secondo, 25 al terzo e nessuno al quarto. Su 100 casi di LAS accertati nell'anno di riferimento, la sopravvivenza decresce dai 50 malati del primo anno ai 20 dell'ottavo anno. Su 100 casi asintomatici accertati nell'anno di riferimento, la sopravvivenza decresce dai 95 casi del primo anno ai 60 dell'ottavo.

Riassumendo, le proiezioni relative ai casi «prevalenti» negli anni 1990 e 1992 sono le seguenti: per quanto concerne l'AIDS, si avranno 5.864 casi nel 1990 e 14.523 casi nel 1992; per quanto riguarda la ARC, si avranno 12.415 casi nel 1990 e 31.472 casi nel 1992; per quanto attiene alla LAS, si avranno 81.557 casi nel 1990 e 98.685 casi nel 1992; i casi «asintomatici» saranno 102.384 nel 1990 e 109.080 nel 1992. Il totale è di 202.221 casi stimati nel 1990 e di 253.759 casi stimati nel 1992. Ne deriva che nel 1990 ci si troverà di fronte ad oltre 200.000 casi sospetti, di cui 5.800 circa saranno casi di AIDS, e che nel 1992 ci si troverà di fronte ad oltre 250.000 casi sospetti, di cui circa 15.000 saranno casi di AIDS. È questa la drammatica situazione che si prospetta

per l'Italia. Dalla documentazione fornitaci dal Servizio studi del Senato risulta che ci troviamo in presenza di parametri simili a quelli di altri paesi europei, come, ad esempio, la Francia.

Mi soffermerò ora sulle caratteristiche dell'assistenza ospedaliera ai pazienti affetti da infezione HIV.

Il Ministero della sanità ha condotto nel 1988 un'indagine sui bisogni e i problemi dei malati affetti da AIDS, degli altri malati, del personale e dei visitatori, delle cui risultanze si dovrà tener conto nella ristrutturazione e nella costruzione di nuovi reparti ospedalieri per la cura dei malati di AIDS.

Il malato di AIDS è un malato che non rispetta le regole della degenza, in quanto, per il suo stile di vita, ha ritmi ed abitudini cui difficilmente rinuncia: fuma a letto, sta sveglio fino a tardi, vuole dormire fino a tardi, vuole i farmaci che decide di assumere, e così via. È un malato non sufficientemente protetto dal rischio di infezioni ospedaliere; è un malato «difficile», che spesso non vuole curarsi e che, se tossicodipendente, continua a «bucarsi». È un malato ghettizzato, solo, disperato, che ha bisogno di relazioni e di essere capito. È un malato grave, che muore giorno per giorno, un malato che vive di sensi di colpa e non sa come dire o non vuole che si dica ai suoi parenti che ha l'AIDS. È un malato che una volta dimesso non sa dove andare e che, anche se non vuole, torna a fare la vita di sempre. È un malato abbandonato da tutti, che preferisce rimanere a casa ed essere curato in ambulatorio o a domicilio. Nel caso in cui si tratti di una sieropositiva gestante, ha problemi morali notevoli.

Gli altri malati presenti nei reparti insieme con pazienti affetti da AIDS non possono riposare, in quanto vengono disturbati dai pazienti tossicodipendenti; costoro vivono inoltre una situazione di *stress*, poichè hanno paura di essere contagiati dall'AIDS.

Il personale infermieristico è timoroso nei confronti del rischio di contrarre la malattia ed ha difficoltà a gestire il rischio in modo razionale per carenza di conoscenze e anche per impossibilità di utilizzo dei mezzi di protezione. Fa un utilizzo irrazionale del materiale disponibile per scarsità di conoscenze. Inoltre, vive una situazione di *stress* legata a carenze di personale. Non ha una formazione specifica e ha difficoltà a gestire le relazioni problematiche e conflittuali per mancanza di una specifica preparazione.

I visitatori spesso portano droga ai malati. Sono apprensivi e ansiosi ed hanno bisogno di essere informati. Rifiutano di lavare la biancheria dei malati a casa per paura del contagio e non osservano le regole per la realizzazione della «zona filtro».

Già dai precedenti rilievi, fatti nel corso dell'indagine della Commissione ministeriale, è emersa la necessità di ricoverare i pazienti in reparti specializzati per la cura delle malattie infettive. Vi sono però altri elementi importanti che spingono ad orientarsi nel senso del ricovero dei malati di AIDS in reparti per la cura delle malattie infettive. Innanzitutto, il fatto che oltre l'80 per cento dei pazienti affetti da AIDS si ricovera in reparti per la cura delle malattie infettive. Da rilievi compiuti dal Ministero della sanità nel marzo del 1987, è risultato che 515 su 624 casi di AIDS registrati al 17 marzo di quello stesso anno venivano curati in reparti per la cura delle malattie infettive.

I reparti devono possedere le competenze necessarie per affrontare la complessa patologia degli «opportunisti». Devono avere esperienza nel trattamento dei tossicodipendenti, che da tempo si ricoverano presso determinati reparti perchè colpiti da varie infezioni, tra cui l'epatite. Possono adottare procedure idonee, previ opportuni accorgimenti, all'isolamento «protettivo» dei malati, almeno in alcuni degli ambienti disponibili. Devono consentire di assistere in forma individuale ed adeguata i pazienti in condizioni di maggiore gravità, gli affetti da turbe neuropsichiatriche ed i malati terminali. Devono assicurare l'isolamento di quei pazienti affetti da AIDS che presentino anche salmonellosi, tubercolosi, e così via.

Al riguardo, esiste una circolare del Ministero della sanità del 1984, che ricordava che «data l'accertata contagiosità della sindrome e la gravità delle infezioni opportunistiche che di solito la caratterizzano, è indicato il ricovero in reparti di malattie infettive in camera singola».

Alle stesse conclusioni è giunta alla unanimità la Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, come si ritrova nel documento cui ho fatto riferimento, e questa raccomandazione è stata recepita anche dal Governo, il quale ha dato una certa impostazione al disegno di legge al nostro esame.

Però, dobbiamo fare i conti anche con la situazione attuale dei posti letto dei reparti di malattie infettive nel nostro paese: certamente sono inadeguati sia come numero che come qualità.

Per quanto riguarda il numero, si rileva che dal 1980 al 1986 vi è stata una riduzione di circa il 24 per cento della consistenza dei posti letto; infatti, si è passati da 8.263 a 6.236 posti letto.

I reparti di malattie infettive presentano un'occupazione media del 48 per cento rispetto al 69 per cento degli ospedali nel loro complesso, ma questa minore occupazione è dovuta al fatto che in presenza di strutture inadeguate e costituite da stanze a molti letti è arduo trovare soggetti la cui «compatibilità» consenta di evitare il rischio di altre infezioni.

Quindi, vi è la necessità di adeguare il numero e la qualità dei posti letto dei reparti di malattie infettive.

Gli orientamenti della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS sono stati i seguenti. Innanzitutto, bisogna avviare una programmazione di un indice di posti letto per ricovero ordinario pari ad almeno 12 posti letto per 100.000 abitanti, fatte ovviamente salve le situazioni che richiedono previsioni maggiori.

È necessario poi potenziare l'indice dei posti letto in modo da raggiungere un indice complessivo di 12 posti letto ogni 100.000 abitanti con l'aggiunta di 1 posto letto di *day hospital*.

Bisogna attuare il potenziamento dei posti letto con una gradualità da svolgersi lungo l'arco di un triennio, tenendo conto della scala delle priorità quale emerge dal raffronto tra situazione epidemiologica e dotazione di posti letto.

È necessaria poi una assegnazione del personale, tenendo conto delle reali esigenze in confronto con il personale oggi in servizio.

Secondo l'orientamento della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, bisogna disporre di ambienti di degenza articolati con circa il 50 per cento di stanze con 1 posto letto e l'altro 50 per cento con

un massimo di 2 posti letto per stanza, ovviamente in presenza degli altri requisiti che tali reparti richiedono. Solo così sono ottenibili infatti i migliori risultati in termini di qualità assistenziale e di corretta gestione operativa.

Dai dati raccolti dal Ministero della sanità, riferiti nelle proposte per il Piano nazionale di prevenzione e di lotta contro l'AIDS 1989-1991, emerge la seguente situazione: i posti letto ufficiali sono 6.058, di cui solo 1.307 idonei; quindi, i posti letto non idonei sono attualmente 4.751. Questa è la situazione nel nostro paese! Tenendo conto della media di ricovero bisogna adeguare i posti letto alle nuove esigenze.

Applicando alle previsioni epidemiologiche il dato riguardante le giornate di degenza rilevate nell'estate del 1988 dal Ministero della sanità, è stato previsto il fabbisogno di ricovero ospedaliero che può essere così calcolato: 75,7 giorni per i malati di AIDS, 16,3 per quelli affetti da ARC, 5,3 per i malati di LAS e 4,9 per i sieropositivi asintomatici. Per questi ultimi il ricovero, nella misura prima indicata, è stato considerato solo per il 50 per cento del totale dei casi.

Per arrivare a coprire queste esigenze complessive occorre predisporre un piano di sviluppo dei posti letto relativi, quale quello basato sulle seguenti proposte: alla fine del 1992 avremo bisogno complessivamente di 15.618 posti letto, di cui 12.494 ordinari e 3.124 di *day hospital*.

Poichè attualmente i posti letto idonei sono 3.749, ne dovremo creare e ristrutturare 8.779. Questa è la previsione per la fine del 1992.

Vi è poi il problema concernente il personale medico per i reparti di malattie infettive.

Per quanto concerne i reparti di degenza di malattie infettive (composti da 40 letti, di cui 32 in degenza completa e 8 in *day hospital*), sulla base del decreto ministeriale 13 settembre 1988, che ha disciplinato la materia, l'organigramma-tipo di personale medico per i 32 letti di degenza completa, organizzati in due sezioni da 16 letti, è costituito da un primario, da 4 aiuti e da 4 assistenti. La dotazione di personale medico per gli 8 letti di *day hospital* è di un aiuto e un assistente.

Bisogna poi tener presente il problema degli ambulatori aperti anche all'esterno e dei laboratori.

Quindi, per quanto riguarda il personale medico, per coprire 390 divisioni che bisognerebbe creare, rispetto alla situazione attuale - 891 medici - avremo bisogno di assumere 3.408 medici entro il 1992.

La situazione del personale infermieristico è più grave. Poichè avremo complessivamente bisogno di 13.665 infermieri e 3.124 ausiliari, dovremo procedere all'assunzione di 11.203 infermieri e di 1.936 ausiliari.

Queste sono le cifre calcolate in base alle previsioni dello sviluppo dell'epidemia che, purtroppo, si sono finora avverate.

Su questa impostazione è stato «costruito» il disegno di legge che ora illustrerò molto brevemente.

Il disegno di legge n. 2215 consta di 10 articoli; ne ricorderò i punti più importanti.

Gli articoli 1 e 2 rappresentano gli assi portanti di tutto il provvedimento legislativo. L'articolo 1 concerne il piano di interventi contro l'AIDS.

Per assicurare un'adeguata assistenza alle persone affette da tale virus sono stati previsti i seguenti interventi: interventi di carattere poliennale riguardanti la prevenzione, l'informazione, la ricerca, la sorveglianza epidemiologica ed il sostegno dell'attività del volontariato - questi verranno attuati con stanziamenti a carico anche del bilancio del Ministero della sanità -; la costruzione e la ristrutturazione dei reparti di ricovero per malattie infettive, che prevede una spesa globale di 2.100 miliardi di lire, «con priorità per le opere di ristrutturazione e con graduale realizzazione delle nuove costruzioni, secondo le indicazioni che periodicamente verranno date dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS sentiti la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome e il Consiglio sanitario nazionale», secondo una norma già stabilita dall'articolo 20 della legge finanziaria 1988.

Si prevede, inoltre, l'assunzione di personale medico e infermieristico, a completamento degli organici delle strutture di ricovero di malattie infettive e dei laboratori, e del personale laureato non medico e tecnico occorrente per gli stessi laboratori negli ospedali, nonché nelle cliniche e negli istituti di cui all'articolo 39 della legge n. 833 del 1988, con una graduale attuazione degli *standards* indicati dal decreto ministeriale del 13 settembre 1988, per una spesa complessiva annua di 120 miliardi a regime e di 80 miliardi per il 1990. Si prevede altresì lo svolgimento di corsi di formazione e di aggiornamento professionale per il personale dei reparti di ricovero per malattie infettive e degli altri reparti che ricoverano ammalati di AIDS da tenersi fuori dell'orario di servizio.

È poi previsto il potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti mediante la graduale assunzione di unità di personale sanitario e tecnico (da ripartirsi tra le Regioni e le province autonome in proporzione alle rispettive esigenze) fino ad una spesa complessiva annua di 38 miliardi a regime e di 20 miliardi per il 1990. Si prevede, inoltre, il potenziamento dei servizi multizonali per le malattie a trasmissione sessuale mediante la graduale assunzione di unità di personale sanitario e tecnico (da ripartirsi tra le Regioni e le province autonome in proporzione alle rispettive esigenze) fino ad una spesa complessiva annua di sei miliardi a regime.

Il primo comma dell'articolo 1 prevede, infine, il potenziamento dei ruoli del personale dell'Istituto superiore di sanità.

Il secondo comma dell'articolo 1 è riferito all'assistenza a domicilio dei malati di AIDS; si tratta di una previsione estremamente importante, che dovrebbe essere estesa anche ad altre categorie di malati. Il trattamento a domicilio ha luogo mediante l'impiego, per il tempo necessario, del personale infermieristico del reparto ospedaliero da cui è disposta la dimissione, che opererà con la consulenza dei medici del reparto stesso, con la partecipazione all'assistenza del medico di famiglia e con la collaborazione, ove possibile, del volontariato e del personale infermieristico e tecnico dei servizi territoriali. Sono inoltre

previsti spazi per l'attività di *day hospital* sulla base degli *standards* di cui al decreto ministeriale cui ho fatto poc'anzi riferimento.

Nelle singole Regioni e province autonome sono previsti interventi di costruzione e ristrutturazione dei posti-letto e di adeguamento degli organici, che possono essere realizzati anche in reparti diversi da quelli per la cura delle malattie infettive che siano impegnati, secondo i piani regionali, nell'assistenza ai casi di AIDS per oggettive e documentate condizioni epidemiologiche.

Al finanziamento degli interventi per la costruzione e la ristrutturazione dei reparti di ricovero per malattie infettive e per la realizzazione di spazi per attività di *day hospital* e per l'istituzione o il potenziamento dei laboratori di virologia, microbiologia e immunologia negli ospedali si provvede con operazioni di mutuo con la BEI, con la Cassa depositi e prestiti e con gli istituti e le aziende di credito all'uopo abilitati, secondo modalità e procedure da stabilirsi con decreto del Ministro del tesoro. Al finanziamento degli interventi per l'assunzione di personale medico, infermieristico e dei laboratori, per lo svolgimento di corsi di formazione e di aggiornamento professionale e per il potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti, nonché per l'assistenza a domicilio, si provvede con quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, che vengono vincolate a tal fine. Al finanziamento degli interventi per il potenziamento dei servizi multizonali per le malattie a trasmissione sessuale si fa fronte con gli stanziamenti di cui al capitolo 2547 dello stato di previsione del Ministero della sanità.

L'articolo 2 è relativo ad interventi in materia di costruzioni e ristrutturazioni ed è stato predisposto in considerazione dell'eccezionale urgenza degli interventi in materia di strutture ospedaliere per malattie infettive, sulla base del fabbisogno di postiletto per l'anno 1992, indicato nel piano triennale della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS in relazione all'andamento epidemiologico stimato di questa patologia.

Sulla base delle indicazioni tecniche della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, le Regioni e le province autonome determinano e comunicano al Ministro della sanità, entro il termine perentorio di trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, la distribuzione e la localizzazione degli interventi di ristrutturazione edilizia e di edificazione di nuove strutture per malattie infettive. In caso di mancata osservanza del termine, decide in materia il Ministro della sanità, sentita in via di urgenza la Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS.

Il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, approva entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge il programma degli interventi, suddiviso per Regioni e province autonome e con l'indicazione delle localizzazioni e del dimensionamento delle strutture da realizzare. Con la stessa deliberazione il CIPE individua, tra società con idonea qualificazione, uno o più soggetti incaricati dell'espletamento, in concessione di servizi, dei compiti organizzativi relativi all'esecuzione del programma. In proposito, ritengo opportuno ricordare che alla Camera dei deputati è stato approvato un ordine del giorno in cui si raccomanda che ci si rivolga ad una pluralità di soggetti. La deliberazione del CIPE è resa

esecutiva con decreto del Ministro del bilancio e della programmazione economica, di concerto con il Ministro della sanità. La dichiarazione di pubblica utilità, indifferibilità ed urgenza è implicita per tutte le opere indicate nel decreto. La convenzione con il soggetto o i soggetti incaricati concessionari è stipulata dal Ministro della sanità, sentito il Ministro dei lavori pubblici.

Il nucleo di valutazione di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 esprime sui singoli progetti il parere di conformità per quanto concerne gli aspetti tecnico-sanitari e di coerenza con il programma nazionale.

All'esecuzione degli interventi si provvede mediante contratti di appalto, previa gara da espletarsi ai sensi dell'articolo 3 della legge n. 80 del 1987, tra imprese di costruzione, anche cooperative, consorzi o raggruppamenti temporanei di imprese, in possesso dei requisiti minimi di carattere economico-finanziario e tecnico-organizzativo ivi previsti.

Delle commissioni giudicatrici delle gare di appalto fanno parte un rappresentante del Ministro della sanità ed un rappresentante del Ministro dei lavori pubblici. Il Ministro dei lavori pubblici, di concerto con il Ministro della sanità, nomina con propri decreti le commissioni di collaudo e assicura l'esercizio delle funzioni di alta sorveglianza.

L'articolo 3 è relativo alle conferenze regionali.

Per consentire l'immediata realizzazione degli interventi previsti dal provvedimento, il Ministro della sanità promuove, d'intesa con ciascuna Regione, un'apposita Conferenza, alla quale partecipano i responsabili dei competenti uffici delle amministrazioni e degli enti statali, regionali e locali comunque tenuti ad assumere atti di intesa, autorizzazioni, approvazioni, concessioni e nulla osta previsti da leggi statali e regionali.

La Conferenza acquisisce e valuta tutti gli elementi relativi alla compatibilità dei progetti con le esigenze ambientali, territoriali, paesaggistiche e culturali e si pronuncia su di essi.

L'approvazione assunta all'unanimità sostituisce ad ogni effetto gli atti di intesa, i pareri, le autorizzazioni, le approvazioni, i nulla osta previsti dalle leggi statali e regionali. In assenza di unanimità e su motivata richiesta del Ministro della sanità si provvede con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, previa deliberazione del Consiglio medesimo.

L'articolo 4 detta norme in materia di personale. Data la necessità e l'urgenza di assumere una notevole quantità di personale, è prevista, in deroga alle attuali modalità di assunzione, una pubblica selezione regionale per titoli, da effettuarsi a cura di un'apposita commissione nominata dall'assessore alla sanità della Regione o della provincia autonoma interessata e composta dallo stesso assessore o da un suo rappresentante, con funzioni di presidente, da un professore universitario titolare di cattedra di malattie infettive, da un rappresentante dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri del capoluogo di regione o della provincia autonoma, da un funzionario dirigente del Ministero della sanità designato dal Ministro, da un medico di ruolo in posizione apicale, incluso nell'elenco nazionale della disciplina delle malattie infettive, e da un funzionario della carriera amministrativa della Regione o della provincia autonoma interessata, con funzioni di

segretario. Si applicano alla selezione i criteri di valutazione dei titoli previsti dalle vigenti disposizioni per i corrispondenti concorsi, con particolare considerazione, nell'ambito del *curriculum* formativo, delle attività svolte nel settore delle infezioni da HIV. Con la stessa procedura si provvede all'assunzione di unità di personale sanitario e tecnico, di personale dei laboratori e di personale infermieristico. In deroga alle disposizioni vigenti, si prevede l'assunzione per chiamata diretta di infermieri professionali, con rapporto di lavoro a tempo parziale, da reperirsi tra quelli in quiescenza che non abbiano raggiunto i limiti di età per il pensionamento. Il rapporto di lavoro è disciplinato con contratto di diritto privato a tempo determinato e con la tutela previdenziale propria di tale rapporto.

Le unità sanitarie locali devono inoltre organizzare annualmente corsi di formazione e di aggiornamento per il personale che opera presso i reparti ospedalieri di malattie infettive, con specifico riferimento ai problemi tecnico-sanitari connessi con l'attività di assistenza, ai problemi psicologici e sociali e a quelli che derivano dal collegamento funzionale nel trattamento a domicilio.

L'articolo 5 è relativo all'accertamento dell'infezione.

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, sono tenuti a prestare la necessaria assistenza adottando tutte le misure occorrenti per la tutela della riservatezza della persona assistita. Fatto salvo il vigente sistema di sorveglianza epidemiologica nazionale nei casi di AIDS conclamato e le garanzie da esso previste, la rilevazione statistica dell'infezione da HIV deve comunque essere effettuata con modalità che non consentano l'identificazione della persona.

Il comma 3 dell'articolo 5 recita: «Nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi tendenti ad accertare l'infezione da HIV se non per necessità clinica nel suo interesse»; tali accertamenti devono essere anonimi.

Il comma 5, sempre dell'articolo 5, afferma che: «L'accertata infezione da HIV non può costituire motivo di discriminazione».

All'articolo 6 è fatto divieto ai datori di lavoro di svolgere indagini «volte ad accertare nei dipendenti ... l'esistenza di uno stato di sieropositività».

L'articolo 7 prevede che: «Il Ministro della sanità... emana... un decreto recante norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali, pubbliche e private».

L'articolo 8 prevede un Comitato interministeriale per la lotta contro all'AIDS presso la Presidenza del Consiglio dei ministri - e a tal proposito ricordo un ordine del giorno votato dal Senato -.

L'articolo 9 riguarda i programmi delle Regioni e delle province autonome, le quali, entro 60 giorni dalla data dell'entrata in vigore della presente legge, debbono predisporre i programmi per l'assunzione del personale medico e non medico, lo svolgimento dei corsi di formazione e di aggiornamento professionale, il potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti e il potenziamento dei servizi multizonali per la lotta contro le malattie infettive.

Decorso il termine di 60 giorni, «il Ministro della sanità procede alla nomina di commissari per il compimento degli atti necessari».

Il comma 3, sempre dell'articolo 9, recita: «Le Regioni e le province autonome, entro 60 giorni dalla data dell'entrata in vigore della presente legge... istituiscono centri di riferimento aventi il compito di coordinare l'attività dei servizi e delle strutture interessate alla lotta contro l'AIDS, di attuare la sorveglianza epidemiologica e di pianificare gli interventi di informazione e formazione. La responsabilità dei centri deve essere affidata a personale medico che sia almeno in possesso dell'idoneità nazionale per le funzioni di primario di malattie infettive».

L'articolo 10 prevede l'entrata in vigore della presente legge il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

Questo è per sommi capi il contenuto del provvedimento approvato alla Camera dei deputati per combattere l'AIDS.

Vorrei molto brevemente aggiungere che si tratta di una normativa della massima urgenza, che già stiamo esaminando con un notevolissimo ritardo, e l'anno 1990 sta passando con una velocità incredibile. Sappiamo come sono lunghe le pratiche, anche abbreviate, occorrenti per la ristrutturazione e costruzione di nuovi reparti. Quindi, credo che noi tutti sentiamo la necessità, ribadita moltissime volte in questa sede anche attraverso le indagini conoscitive da noi svolte, di far presto. Vorrei anche ricordare che vari provvedimenti già adottati in materia sono stati indicati con chiarezza e con carattere di urgenza anche nella relazione che il presidente Zito ha presentato in Aula a nome di tutta la nostra Commissione. Debbo dire che sia il Governo che il Parlamento li hanno recepiti.

A conclusione del mio intervento, debbo ricordare ai colleghi che la petizione n. 118 chiede un provvedimento legislativo affinché, per combattere l'AIDS e per assistere sanitarimente ed economicamente gli ammalati affetti da tale sindrome, siano essi lavoratori o no, si estenda l'assicurazione contro la TBC anche a questa particolare forma letale di malattia, chiamata anche «il flagello del secolo».

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Condorelli per la sua esposizione approfondita, opportuna e pertinente.

A questo punto tutti noi abbiamo materiale sufficiente per poter esaminare il disegno di legge n. 2215.

Avverto che per la contestualità dei lavori dell'Assemblea dobbiamo interrompere i lavori della Commissione.

Propongo pertanto che la Commissione torni a riunirsi domani alle ore 15 per proseguire la discussione del disegno di legge n. 2215 e della connessa petizione.

Poichè non si fanno osservazioni, il seguito della discussione del disegno di legge e della connessa petizione è rinviata ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,30.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare preposto all'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. GIOVANNI LENZI