

La legislazione in Europa e in Italia per il controllo delle malattie sessualmente trasmesse

Massimo GIULIANI

Centro Operativo AIDS, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Riassunto. - In alcuni paesi europei il controllo delle malattie sessualmente trasmesse è stato regolato già da qualche secolo da leggi che ne hanno indicato criteri per la notifica, l'assistenza e la terapia, e stabilito benefici per i pazienti allo scopo di facilitarne l'accesso alle cure e ai successivi controlli. Tuttavia grandi differenze d'intervento sono ancora oggi presenti tra i vari paesi europei, sia in termini di distribuzione delle strutture e risorse, sia in termini di accessibilità ai servizi da parte dei pazienti. Attraverso i dati raccolti con un'indagine condotta in quattordici paesi europei, vengono descritte le diverse strategie legislative utilizzate negli ultimi decenni e confrontate con quelle riferibili al panorama italiano.

Parole chiave: malattie veneree, legislazione, Europa.

Summary (*Legislation about sexually transmitted diseases in Europe*). - Legislation for the control of sexually transmitted diseases (STD) in Europe dates back several centuries, with laws specifying criteria for STD notification, diagnosis, and therapy, as well as guaranteeing treatment and medical visits at no cost. However, there still exist gross differences among European countries in terms of the geographical distribution of facilities and resources and in patients' access to services. This paper describes the STD legislation of the past 10 years for 14 European countries and compares this legislation with that in Italy.

Key words: sexually transmitted diseases, legislation, Europe.

Introduzione

Alla fine del 1400 con la discesa di Carlo VIII verso l'Italia esplose in Europa la prima epidemia di una malattia a trasmissione sessuale che sia mai stata riportata in letteratura. La sifilide fa la sua comparsa, e il vecchio continente si trova a fronteggiare una malattia incurabile che colpirà, tra il 1496 e il 1505, circa venti milioni di europei.

Dopo di allora molti paesi europei hanno condotto strategie diverse per il controllo delle malattie a trasmissione sessuale e molte di queste sono ancora codificate ed inserite nella moderna legislazione sanitaria.

Tuttavia grandi differenze di intervento sono ancora oggi presenti tra i vari paesi, sia in termini di distribuzione delle risorse assistenziali sia in termini di distribuzione delle strutture e di accessibilità a queste.

Altre grandi differenze si incontrano tra i vari stati nelle strategie di sorveglianza e controllo epidemiologico di queste malattie.

Risulta oggi difficile riunire insieme i vari quadri normativi vigenti nei vari paesi anche in conseguenza della diversa tradizione storica di ogni stato su questo tema. Attraverso i pochi dati disponibili oggi in letteratura [1] e utilizzando i risultati di un'indagine sulle

caratteristiche del controllo delle malattie sessualmente trasmesse (MST) in vari stati europei, e condotta tra le iniziative di uno studio sul monitoraggio dell'infezione da HIV [2], verranno presentate per ogni paese le caratteristiche principali dell'attività assistenziale svolta nei confronti delle MST e gli eventuali riferimenti a norme o leggi che ne regolano il controllo.

Il panorama assistenziale e normativo

Attualmente il carattere globale della minaccia posta dalle malattie infettive emergenti e riemergenti, tra le quali sono presenti alcune MST, impone che qualsiasi programma di sorveglianza e controllo si basi su strategie di cooperazione internazionale e contempli interventi di carattere sovranazionale [3].

Per tale ragione uno sguardo attento alla storia del controllo delle MST nei vari paesi europei, può rappresentare una valida base di conoscenze per avviare iniziative normative comunitarie e lo sviluppo di più vaste strategie di controllo. A questo scopo verrà di seguito presentata una sistematizzazione, stato per stato, delle informazioni disponibili a riguardo.

Il quadro proposto non pretende di essere completo né esaustivo dell'esistente, soprattutto perché i dati sono stati organizzati solo per quei paesi di cui risultano

disponibili informazioni almeno sulla distribuzione dei pazienti venereologici nei vari ambiti specialistici, l'esistenza di centri autonomi per le MST, e di leggi relative all'assistenza e alla sorveglianza epidemiologica.

Belgio

I servizi assistenziali per le MST in Belgio sono forniti da varie strutture sanitarie e da diversi specialisti. La maggior parte dei pazienti venereologici viene visitata sia dai medici generici che dai ginecologi e dermovenereologi o afferisce ai pochi centri MST disponibili sul territorio. Non sono disponibili cifre sulle affezioni divise nelle varie strutture, ma si ritiene che la maggioranza dei pazienti venga visitata dai dermovenereologi, specialmente nelle grandi aree urbane. La legge sulla notifica delle MST risale al 1945 e a tutt'oggi non ha subito sostanziali modifiche. La legge prevede anche il trattamento per tutti i pazienti, che hanno di norma a carico circa il 25% dei costi della visita, della diagnosi e del trattamento. Le malattie sottoposte a notifica obbligatoria da parte di tutti i medici del Belgio sono la sifilide, la gonorrea, l'ulcera venerea e il linfogranuloma venereo. La notifica è anonima ma prevede informazioni su diagnosi, età, sesso, professione e distretto assistenziale. La notifica prevede anche le generalità e l'indirizzo della persona dalla quale presumibilmente il paziente è stato contagiato.

Danimarca

I servizi per le MST in Danimarca sono forniti da un sistema misto di tipo pubblico e privato. Dal 1970 l'organizzazione dei servizi sanitari, compresi quelli per le MST, è delegato alle amministrazioni locali e per tale ragione il panorama assistenziale in questo paese in questo settore è oltremodo diversificato da regione a regione.

Si stima che circa l'80% dei pazienti con una MST sia visitato in ambito privato da dermovenereologi e ginecologi e che solo il restante 20% afferisca in ambito pubblico, prevalentemente negli ospedali.

In Danimarca fin dal 1672 esistono leggi sulla notifica delle malattie infettive. Nel 1846 vennero però stabiliti criteri più rigorosi di notificazione e definiti i criteri di segnalazione settimanale di diverse malattie infettive, tra cui quelli per la sifilide e la gonorrea, e questi criteri giungeranno con poche modifiche ad essere attivi fino al 1980, anno in cui il sistema di notifica è stato ristretto a poche malattie. Da allora in Danimarca viene introdotto un sistema di notifica duplice che comprenderà da una parte malattie di interesse venereologico con segnalazione attraverso dati individuali, come per AIDS ed epatite di tipo B, o dati anonimi aggregati, come per gonorrea, sifilide, ulcera venerea e linfogranuloma venereo.

E' in Danimarca che con un Regio Decreto venne emanato nel 1773 il primo atto legislativo al mondo riguardante il trattamento gratuito e obbligatorio delle MST, attraverso il quale veniva garantita a tutti i cittadini danesi una assistenza per le MST allora note.

Nei cento anni che seguiranno numerosi decreti e leggi manterranno questo spirito di intervento e agli inizi del 1900 con l'esigenza di regolamentare il problema della prostituzione attraverso una nuova legge, emanata poi nel 1906, viene perseguito penalmente chi diffonde deliberatamente una MST o colui che a scopo di profitto espone un altro a promiscuità sessuale, ponendo le basi legislative per la punibilità dello sfruttamento della prostituzione.

Nel 1947 viene emanato un Atto per le Malattie Veneree e rivisitato nel 1973, dove vengono posti diritti e doveri sia dei pazienti che dei medici in tema di MST e che ricalcano quelli già presenti negli atti legislativi dei secoli precedenti: diritto al trattamento gratuito indipendentemente dalla zona di residenza nel paese, della nazionalità e del livello economico.

Attualmente per i medici danesi è sancito il dovere di informare e di sottoporre al trattamento i partner del paziente indice. Nel 1988 l'Atto è stato abolito, ma sono state mantenute le norme sulla diagnosi e il trattamento.

Finlandia

In Finlandia il controllo e trattamento delle MST è condotto soprattutto in centri specialistici pubblici per le MST. Circa il 50% dei casi nelle città è trattato in ambito pubblico, e nelle zone rurali concorrono all'assistenza in una proporzione imprecisabile, centri non specialistici, ambulatori generali e servizi specialistici privati.

Dopo la Seconda Guerra Mondiale è stata emanata una legge per il trattamento e la sorveglianza di alcune MST, come la sifilide e la gonorrea. Dal gennaio 1987 il controllo e sorveglianza è esteso all'infezione da *Chlamydia trachomatis*, all'infezione da HIV e da virus dell'epatite di tipo B (HBV).

In Finlandia pur essendo legale la pratica della prostituzione sia femminile che maschile è illegale il suo sfruttamento.

Francia

L'assistenza sanitaria in Francia in tema di MST è fornita da varie strutture specialistiche e in vari ambiti sanitari sia pubblici che privati. E' stato tuttavia stimato che solo meno del 20% dei casi di malattia viene visitato nelle strutture pubbliche. Dell'80% dei casi che vengono visitati da specialisti in ambito privato, la quasi totalità è diagnosticata dai medici non specialisti e solo un 20% da dermovenereologi e ginecologi.

In Francia sono attualmente attivi circa 100 centri MST che provvedono mediante appositi indirizzi legislativi, a fornire trattamento anonimo e gratuito per diverse MST. Tuttavia la casistica raccolta in questi centri è considerata non rappresentativa della più ampia casistica generale del paese. Questi centri sono situati, infatti, perlopiù in grandi città e accolgono prevalentemente omosessuali maschi e persone di basso livello socio-economico, provvedendo inoltre agli screening obbligatori per le MST nelle prigioni.

La legge sul controllo delle malattie veneree risale al 1942 dove venivano definite quali MST: sifilide, gonorrea, ulcera venerea e linfogranuloma venereo e definiti i criteri di controllo e sorveglianza. Ancora oggi sono all'esame delle autorità francesi proposte di modifica di questa legge. Anche in Francia, agli inizi degli anni ottanta, con il decentramento delle competenze in tema di assistenza sanitaria agli organi regionali, si è assistito ad una maggiore frammentazione e diversificazione della politica di assistenza alle MST.

In Francia sono attivi diversi progetti di sorveglianza epidemiologica delle patologie sessualmente trasmesse. Oltre al sistema riferito alla legge del 1947 sulla notifica delle quattro classiche patologie, sono attive reti di sorveglianza sentinella a cui collaborano i medici di base (450 medici per la segnalazione di casi di uretrite maschile e di Epatite B di recente acquisizione), i centri MST (attraverso dati aggregati per tutte le diagnosi), laboratori pubblici (RENAGO rete nazionale di sorveglianza dell'infezione da *Neisseria gonorrhoeae* con 107 centri e RENACHLA rete di sorveglianza dell'infezione da *C. trachomatis* con 50 centri).

Germania

Anche in Germania l'offerta di assistenza ai pazienti con una MST viene fornita da diversi specialistici e in diversi ambiti assistenziali sia pubblici che privati.

Non sono in questo paese previsti dei centri MST autonomi sullo stile dei paesi anglosassoni, ma la cura viene condotta all'interno dei dipartimenti dermo-venereologici siti nei maggiori ospedali. I pazienti sono comunque soliti contattare il medico di base o il ginecologo. L'assistenza è gratuita per la maggior parte dei pazienti anche perché in Germania quasi tutti i cittadini usufruiscono di una copertura mutualistica (pubblica o privata).

Anche se non sono disponibili dati su larga scala, si stima che gli uomini utilizzino i centri dermo-venereologici prevalentemente nelle grandi città, mentre il medico generico nelle aree rurali. Le donne invece si rivolgono preferibilmente, sia nelle zone urbane che di provincia, al ginecologo.

Dal 1953 in Germania, sifilide, gonorrea, linfogranuloma venereo e ulcera molle sono malattie sottoposte a notifica obbligatoria. Recentemente l'epatite di tipo B è stata inclusa tra le patologie notificabili.

Grecia

L'assistenza sanitaria al paziente con MST in Grecia è fornita prevalentemente dai medici di base e dagli ambulatori ospedalieri.

Teoricamente ogni caso sospetto per MST dovrebbe essere inviato ad un centro dermo-venereologico e microbiologico ospedaliero. Visite e diagnostica di laboratorio sono gratuiti. Si ritiene che una proporzione di pazienti sia visitata da specialisti privati e diagnosticata in laboratori privati, tuttavia non sono disponibili dati sulle varie proporzioni di afferenti nei due settori.

Dal 1981 è vigente una legge sulle MST che include sifilide, gonorrea ed epatite di tipo B.

In Grecia è legale l'attività delle prostitute registrate in speciali elenchi della polizia, le quali sono obbligate ad effettuare visite di controllo settimanali per MST, a possedere una tessera sanitaria, e dal 1985 a sottoporsi ogni tre mesi al test HIV.

Olanda

In Olanda i pazienti che devono usufruire di servizi specialistici di ogni genere, vengono a questi inviati, attraverso un *dépistage* documentato, dai medici di base che giocano un ruolo estremamente importante nel sistema sanitario nazionale.

Tuttavia i pazienti con una MST sono alquanto restii nell'utilizzare il medico di base per un invio in ambiente ospedaliero e per questa ragione dal 1976 sono attivi nei Paesi Bassi speciali centri MST a cui è possibile accedere direttamente e anonimamente senza nessuna prescrizione sanitaria esterna.

Queste speciali cliniche sono state concepite proprio allo scopo di facilitare l'accessibilità dei pazienti MST alle procedure di diagnosi e trattamento.

Aperti direttamente al pubblico, questi centri prevedono facilitazioni di orario e offrono un servizio gratuito sia per la diagnosi e il trattamento della MST, sia per i servizi di prevenzione primaria e secondaria (*counselling* e *contact tracing*).

I centri maggiori sono attivi nelle grandi aree urbane di Amsterdam, Rotterdam e Utrecht. Si stima che in questi centri si diagnosticano e curano circa il 40% di tutti i casi di gonorrea e il 50% dei casi di sifilide presenti nelle grandi aree urbane.

Oltre che in questi centri la diagnosi e terapia gratuita delle MST è comunque disponibile in Olanda anche attraverso altri servizi sanitari. Attualmente in Olanda il paziente con una sospetta MST ha quattro vie per giungere ad una consultazione specialistica:

- contattare un medico di base e attraverso un *dépistage* documentato afferire ad uno specialista dermo-venereologo;

- rivolgersi direttamente ad un centro MST;
- consultare qualsiasi operatore sanitario di comunità (infermiere, assistente sociale, ecc.) ed essere inviato da un medico specialista;
- rivolgersi ad un consultorio di pianificazione sanitaria.

Sempre dal 1976 è prevista la notifica obbligatoria dei casi di sifilide, gonorrea, ulcera venerea linfogranuloma venereo e granuloma inguinale. Sono inoltre attivi sistemi di sorveglianza che permettono attraverso reti di segnalazione periodica dei casi di raccogliere informazioni e dati aggregati su sifilide, gonorrea, uretriti maschili e infezioni da *C. trachomatis* (rete di centri MST), sulle resistenze antibiotiche dei ceppi di *N. gonorrhoeae* (rete di laboratori) o su malattie specifiche come la malattia infiammatoria pelvica (MIP).

In Olanda dal 1993 la prostituzione è completamente legalizzata come il suo sfruttamento e l'attività condotta in bordelli autorizzati.

Norvegia

In Norvegia l'assistenza per le MST è fornita da diversi ambiti assistenziali, compresi i medici di base. Nelle grandi città come Oslo e Bergen sono attive importanti cliniche per MST che forniscono assistenza gratuita completa solo per gonorrea, sifilide e ulcera venerea ma non per l'herpes, l'infezione da clamidia o l'infezione da virus dell'epatite di tipo B.

Dagli inizi del secolo sifilide, gonorrea, ulcera venerea e linfogranuloma venereo sono malattie sottoposte a denuncia obbligatoria e con una legge specifica dal 1947 vengono notificati anche per ogni caso il sesso, l'età e il distretto di residenza del paziente.

Portogallo

In Portogallo la cura delle MST è fornita da appositi centri MST dislocati perlopiù nelle grandi città. Quattro centri sono attivi a Lisbona, due ad Oporto e uno a Coimbra. Non sono tuttavia disponibili dati attendibili sul livello di utilizzazione di questi servizi da parte dei pazienti venereologici portoghesi.

Si ritiene tuttavia che buona parte di questi si rivolga a specialisti privati o direttamente ai farmacisti che frequentemente sono disponibili a fornire le terapie.

Dal 1943 in Portogallo le malattie veneree classiche (sifilide, gonorrea, ulcera venerea e linfogranuloma venereo) sono sottoposte a denuncia obbligatoria.

Irlanda

In Irlanda la terapia delle MST viene condotta negli ambulatori ospedalieri o in parte dai medici generici. Nei grandi ospedali sono disponibili specifici centri MST

(*Genitourinary Medicine Clinics*). Non esistono fino ad oggi specifici atti legislativi dedicati a queste patologie. L'obbligo di notifica è previsto all'interno di leggi più generali sulle malattie infettive.

Regno Unito

I servizi per le malattie sessualmente trasmesse nel Regno Unito sono attivi fin dal 1916 in seguito all'emanazione di una specifica legge sulla patologia venerea. Allora solo sifilide, gonorrea e ulcera venerea erano considerate malattie veneree ed oggetto di diagnosi e cura gratuiti. Attualmente in Regno Unito la terapia delle MST è effettuata in speciali cliniche multispecialistiche situate sia nelle aree urbane che rurali. Alcune di queste adottano criteri di accessibilità basati sulle visite per appuntamento, altre su un accesso libero. La venereologia in Regno Unito, sotto al denominazione *Genitourinary Medicine* è una branca specialistica autonoma e gli specialisti conducono un lungo periodo di preparazione universitaria in questo ambito. Negli ultimi anni queste strutture hanno fatto registrare più di mezzo milione di afferenze ogni anno, che rappresentano presumibilmente oltre il 90% di tutti i pazienti con una MST nel paese. Le visite, la diagnostica e la maggior parte dei trattamenti non sono a carico dei pazienti. La legge del 1916, sostanzialmente rimasta la stessa fino ad oggi, non prevede l'obbligatorietà della notifica per nessuna MST. Sono le stesse "STD clinic" a provvedere annualmente a riportare casistiche attraverso dati aggregati su tutti i casi di MST diagnosticati.

Spagna

Come in altri paesi del bacino del Mediterraneo, anche in Spagna la cura delle MST è affidata a una varietà di strutture sanitarie e specialisti. Durante gli anni '70 in questo paese esisteva un'efficiente rete clinica di dispensari che tuttavia agli inizi degli anni '80, ha diminuito considerevolmente la sua attività, e molti centri hanno finito per interrompere il loro servizio.

Attualmente la maggioranza dei pazienti è esaminata dai medici generici, dai ginecologi, dai dermatologi e nei consultori di pianificazione familiare. In generale le visite sono gratuite, ma i pazienti devono contribuire al pagamento di parte delle spese di trattamento. Malgrado esista nel paese una legge sulla notifica delle malattie infettive fin dal 1930, la sifilide e la gonorrea sono state incluse tra le notificabili, solo nel 1982. La notifica include età, sesso e residenza dei pazienti e per la gonorrea la localizzazione dell'infezione. Sono disponibili inoltre dati da un sistema di sorveglianza sentinella basati su reti di laboratori per sifilide, gonorrea, infezioni da clamidia, micosi, micoplasmi e infezioni da *Gardnerella vaginalis*.

Svezia

Fin dai primi anni del '900, sono disponibili in Svezia servizi gratuiti di cura per le MST. Attualmente l'assistenza per la patologia venerea è condotta attraverso finanziamenti statali in vari ospedali o cliniche di stato. In ogni regione della Svezia sono attivi centri MST che curano gratuitamente tutte le MST incluse nella legge delle malattie infettive. Sono sottoposte a notifica obbligatoria anonima: la sifilide, la gonorrea, l'ulcera venerea, dal 1985 l'infezione da HIV, e dal 1989 l'infezione da *C. trachomatis*.

La Svezia ha una grande tradizione nella prevenzione e controllo delle MST e finanziamenti cospicui sono stati annualmente stanziati a questo scopo. Mediamente negli ultimi anni sono stati allocati per la prevenzione dell'infezione da HIV e per le altre MST circa 45 miliardi di lire all'anno.

Svizzera

In Svizzera la cura delle MST è fornita sia in ambito pubblico che privato. Medici privati, cliniche universitarie, ginecologi e sei cliniche dermovenerologiche provvedono alla diagnosi e trattamento. Inoltre ogni grande ospedale affida ad un dermovenerologo le consulenze su sospette MST. Non sono tuttavia disponibili dati su larga scala sulle proporzioni di utilizzo dei vari ambiti assistenziali. Stime suggeriscono che la maggior parte degli uomini abitanti nelle città si rivolgono preferibilmente al dermovenerologo.

La legge che regola il trattamento delle MST in Svizzera è parte delle leggi più generali che riguardano le malattie infettive. Nel 1970 viene emanato un primo decreto specifico, seguito, nel 1987 da un secondo ed ambedue concernenti le "maladies transmissibles de l'homme".

In Svizzera pur essendo legale la pratica della prostituzione, sia femminile che maschile, è illegale il suo sfruttamento.

Italia

L'Italia ha una lunga tradizione nel controllo delle malattie infettive, e le stesse MST fin dall'Unità d'Italia vennero sottoposte a regolare notifica e registrazione. Da allora le MST costituirono un capitolo a sé stante della patologia infettiva, meritando nel nostro paese specifici interventi sanitari e legislativi [4]. Le direttive di alcuni di questi interventi (Tab.1), modificate ed aggiornate, sono ancora parte integrante della moderna e vigente legislazione nel nostro paese in tema di MST.

L'aumento del numero di casi di sifilide, avvenuto alla fine del secolo scorso, determinò l'emanazione di leggi sul regolamento della prostituzione, leggi che sancirono l'istituzione delle prime strutture pubbliche

di diagnosi e cura delle malattie veneree. Queste vennero riorganizzate e legittimate alla cura delle MST alcuni anni più tardi, e trasformate nei dispensari celtici per la cura gratuita delle malattie veneree in fase contagiosa.

Nel 1901 e in seguito nel 1905, vennero definite malattie veneree la sifilide, la gonorrea (blenorragia) e l'ulcera molle, e nel 1923 furono istituiti i primi dispensari gratuiti, in comuni con più di 30 000 abitanti, nei principali porti e nei più importanti stabilimenti industriali. Nel 1939, ancora nell'epoca pre-antibiotica, vennero aperti i primi consultori dermosifilopatici dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia (ONMI), e nel 1949 l'apertura fu estesa agli istituti di pena e rieducazione.

Dopo pochi anni, con la legge n. 837 del 25.7.56 e con il suo successivo regolamento di esecuzione (DPR n. 2056 del 27.10.62), viene riveduta ed aggiornata la legislazione fino ad allora vigente. Nella nuova legge vengono definiti oltre ai criteri di gestione dei singoli casi, le strutture cliniche deputate alla diagnosi e cura e specificati i loro compiti. La legge confermerà le indicazioni sulla gratuità della diagnostica e della terapia, indicando come malattie sottoposte alle disposizioni di legge, la lue, la blenorragia, l'ulcera venerea e il linfogranuloma inguinale.

Il 1958 sarà l'anno della legge Merlin con la quale decadrà il regolamento sul controllo sanitario della prostituzione avviato con il *Regolamento Cavour* (RD 15.2.1860) un secolo prima.

Nel 1972, con il trasferimento delle funzioni di assistenza sanitaria ed ospedaliera alle Regioni, la diagnosi e cura della patologia venerea viene demandata alle amministrazioni regionali, e la delega, nel 1978, viene confermata con la legge di Riforma Sanitaria (Legge n. 833/78).

Ultimo atto legislativo in ordine di tempo, riguardante seppur indirettamente le MST, è considerabile la legge n. 135/90 che regola gli interventi urgenti per la lotta contro l'AIDS. Questa legge, unica nel suo genere in Europa, tra gli interventi in tema di prevenzione dell'AIDS ha previsto (art. 1 comma f) un finanziamento a regime per il potenziamento strutturale dei servizi multizonali per le malattie a trasmissione sessuale, rimandando alle Regioni la loro individuazione, la definizione dei piani di necessità e la gestione delle procedure di ammodernamento.

Attualmente, quindi, la legislazione vigente in materia di MST fa ancora riferimento alla legge n. 837 e suo regolamento di esecuzione del 1962 e in termini legislativi, in Italia esistono di fatto solo quattro patologie da contagio sessuale [5], definite come "malattie veneree". Lo stesso termine "malattia sessualmente trasmessa" (MST), quale traduzione del termine anglosassone *sexually transmitted disease*, è attualmente utilizzato in ambito scientifico e non risulta a tutt'oggi essere entrato nella nomenclatura giuridica sanitaria nazionale.

Tabella 1. - Legislazione in Italia in materia di malattie sessualmente trasmesse**Regi decreti (1871-1924)**

- RD n. 465 e 466 del 2.9.1871: ordinamento sifilocomi di Stato (1).
 RD n. 5332 del 29.3.1888: abrogazione sifilocomi di Stato e profilassi e cura malattie veneree (2).
 RD n. 605 del 27.10.1891: regolamento di attuazione controllo prostituzione (3).
 RD n. 45 del 3.2.1901: profilassi e definizione delle malattie veneree (4).
 RD n. 487 del 27.7.1905: definizione delle malattie veneree (5).
 RD n. 846 del 25.3.1923: regolamento per la profilassi delle malattie veneree (6).

Leggi e decreti

- Legge n. 2277 del 10.12.1925: istituzione dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia (ONMI) (7).
 Legge n. 837, 25.7.1956: riforma della legislazione vigente per la profilassi delle malattie veneree (8).
 Legge n. 75, 20.2.1958: abolizione del regolamento sulla prostituzione (legge Merlin) (9).
 DM 2.12.1959: modalità e tariffe esami sierologici lue (10).
 DPR n. 2056 del 27.10.1962: regolamento di attuazione legge n. 837 (11).
 DM 14.3.1968: rivede la precedente (12).
 DPR n. 128 del 27.3.1969: ordinamento sulla gestione da parte degli enti ospedalieri dei dispensari (13).
 DPR n. 4 del 14 gennaio 1972: trasferimento alle Regioni delle funzioni in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera (14).
 Legge n. 833/78: legge di Riforma Sanitaria (15).
 DM 15.12.90: nuova definizione delle malattie infettive sottoposte a denuncia obbligatoria (16).
 Legge n. 135/90: legge AIDS. Finanziamento a regime per il potenziamento dei presidi multizonali delle MST (17).
 DPR 7 aprile 1994: progetto Obiettivo AIDS 1994-1996 (lettera f) (18).

(1) *Leggi e Decreti del Regno d'Italia* vol. 33 anno 1871: 2517-2564; (2) *ibidem* vol. 88, anno 1888: 799-800; (3) *ibidem* vol. III, anno 1891: 3797-3820; (4) *ibidem* vol. I, anno 1901: 268-339; (5) *ibidem* vol. IV, anno 1905: 3943-3952; (6) *ibidem* vol. 3 anno 1923: 2845-2858; (7) *ibidem* vol. I, anno 1926: 41-48; (8) *GU* 8 agosto 1956, n. 198; (9) *GU* 4 marzo 1958, n. 55; (10) *GU* 1 giugno 1960, n. 134; (11) *GU* 6 aprile 1963, n. 93; (12) *GU* 15 luglio 1969, n. 177 DM 18 dicembre 1970 (*GU* 9 marzo 1971, n. 60); (13) *GU* 23 aprile 1969, n. 104, suppl. ord.; (14) *GU* 19 gennaio 1972, n. 15 suppl. ord.; (15) *GU* 28 dicembre 1978, n. 360, suppl. ord.; (16) *GU* 8 gennaio 1991, n. 6.; (17) *GU* 8 giugno 1990, n. 132; (18) *GU* 22 aprile 1994, n. 93.

In Italia, la cura delle malattie da contagio sessuale viene condotta prevalentemente nei centri dermo-venereologici e solo in parte, in altri ambiti specialistici come la ginecologia, l'urologia o l'infettivologia.

Attualmente sotto la dizione "Centro MST" sono annoverabili solo poche strutture cliniche pubbliche individuate in base a decreti o leggi regionali.

Durante gli ultimi decenni in Italia il numero di questi centri è andato progressivamente diminuendo, passando da 225 nel 1965 a 133 nel 1980, di cui 78 si trovano in grandi città, 49 in piccole città e 6 in comuni con meno di 30 000 abitanti; tutto questo su un territorio di oltre 57 milioni di abitanti, di cui circa 25 300 000 in età sessualmente attiva [6].

Un'indagine di censimento condotta nel 1988 in 128 centri dermatologici nazionali ha mostrato che solo in 85 veniva svolta una specifica attività di diagnosi e cura della patologia venerea [7].

La normativa italiana sulle MST è quindi attualmente costituita da un impianto di numerose leggi e decreti emanati in epoche diverse e in contesti culturali spesso tra loro differenti. Il fulcro della normativa costituito dalla legge del 1957 e dal suo regolamento d'attuazione

del 1962, finisce oggi per essere in contrasto con altre disposizioni in tema di assistenza sanitaria, soprattutto su due questioni critiche dell'assistenza ai pazienti con MST: la gratuità delle prestazioni (che se ancora vigente è limitata alle poche MST classiche e all'infezione da HIV) e l'anonimato della cura diagnosi e notifica (che mal si concilia con il rispetto delle disposizioni in tema di denuncia obbligatoria di malattia infettiva). La stessa definizione di *malattia venerea*, la sola che ritroviamo nella legislazione sul tema, non riconosce la complessità del panorama attuale delle MST. Oggi sono oltre 25 i differenti quadri clinici riconducibili ad una infezione sessualmente trasmessa, e l'attuale sistema di sorveglianza epidemiologica delle MST attivo nel nostro paese ha mostrato come la patologia venerea prevista dalla legislazione vigente rappresenti solo il 18% delle diagnosi di MST effettuate nei centri pubblici del nostro paese e che patologie come i condilomi e infezioni non gonococciche e non clamidiali rappresentino da sole oltre il 50% di tutte le MST curate in Italia [8].

Tutto questo rende necessario in Italia un rapido aggiornamento della normativa sulle MST, allo scopo di consentire una più efficace azione di tutela dei pazienti e un più adeguato controllo di queste patologie.

Conclusioni

In Europa il panorama legislativo riguardante il controllo delle MST mostra grandi differenze tra i diversi paesi, differenze soprattutto determinate dalle diverse tradizioni sanitarie e scientifiche in quest'ambito specifico delle malattie infettive.

La tendenza ad uniformare leggi e intenti della nascente Unione Europea ci auguriamo conduca, soprattutto in un settore di sanità pubblica con forti necessità di controllo sovranazionale come quello delle malattie infettive, a ottimizzare gli sforzi di controllo di ogni singolo paese soprattutto attraverso una tendenza all'omogeneizzazione della legislazione oggi vigente.

La diversità e spesso l'età avanzata di molte leggi in questo settore non possono che contribuire ad alimentare l'urgenza di provvedimenti che consentano a breve una azione coordinata di controllo di queste malattie in tutto il vecchio continente.

Lavoro presentato su invito.
Accettato il 23 agosto 2000.

BIBLIOGRAFIA

1. *Using STD occurrence to monitor AIDS prevention. Final report.* 1991. A. Renton & L. Whitaker (Eds). Institut Universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne.
2. VAN DER HEYDEN, J., BATTER, V., SASSE, A., STROOBANT, A. AND THE EUROPEAN STUDY GROUP EUROPEAN NETWORKS FOR THE SURVEILLANCE OF HIV INFECTIONS IN SENTINEL POPULATIONS OF STD PATIENTS. 1997. *A concerted action project of the European Communities (DG XII), Brussels. Final report.* Scientific Institute of Public Health, Louis Pasteur, Brussels.
3. LEDUC, J.W. 1996. World Health Organization strategy for emerging infectious diseases. *JAMA* **275**: 318-320.
4. ALESSI, E., INNOCENTI, M., GASPARINI, G., MONTI M. *et al.* 1981. Aspetti medico-sociali e legislativi della venerologia in Italia negli anni '80. *G. Ital. Dermatol.Venereol.* **116**: 193-226.
5. ALESSI, S., GOJ, C. & ALESSI, E. 1997. La legislazione sulle malattie sessualmente trasmesse dall'unità d'Italia ai nostri giorni. *G. Ital. Dermatol. Venereol.* **5**: 1-67.
6. ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA. 1990. *Le regioni in cifre.* ISTAT, Roma.
7. GIULIANI, M., SULIGOI, B., SALMASO, S. & GRECO, D. 1991. Il controllo delle malattie a trasmissione sessuale. *G. Ital. Dermatol. Venereol.* **126**: 411-417.
8. GIULIANI, M., SULIGOI, B. & THE STD SURVEILLANCE WORKING GROUP. 1998. Sentinel surveillance of sexually transmitted diseases in Italy. *EURO Surveillance* **6**: 55-58.