

ATTI PARLAMENTARI
XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. XCVII
n. 4

RELAZIONE

SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE STRATEGIE
ATTIVATE PER FRONTEGGIARE L'INFEZIONE DA HIV

(ANNO 1999)

(Articolo 8, comma 3, della legge 5 giugno 1990, n. 135)

Presentata dal Ministro della sanità
(VERONESI)

Trasmessa alla Presidenza il 30 agosto 2000

PAGINA BIANCA

INDICE

1) Premessa.	<i>Pag.</i>	5
2) Le attività di informazione, di sostegno all'assistenza, di studio e ricerca svolte dal Ministero della sanità.	»	5
3) L'attività svolta dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS e le altre malattie infettive.	»	42
4) L'attività svolta dall'Istituto superiore di sanità.	»	44
4.1 La ricerca.	»	45
4.2 La terapia.	»	49
4.3 L'attività svolta dal Centro Operativo AIDS.	»	50
Il Telefono Verde AIDS.	»	53
ALLEGATO 1: «Progetto Obiettivo AIDS 1998-2000».	»	55
ALLEGATO 2: «Aggiornamento dei casi di AIDS notificati al 31 dicembre 1999».	»	95

PAGINA BIANCA

1) PREMESSA

L'articolo 8, comma 3, della legge 5 giugno 1990, n. 135, prevede che il Governo riferisca al Parlamento sulle strategie attivate per fronteggiare l'infezione da HIV.

La presente relazione segue le quattro precedenti, quella del 1995, relativa al periodo dal 1987 al 1995, e quelle relative agli anni 1996, 1997 e 1998.

Come nelle precedenti relazioni, anche in questa viene fornito un aggiornamento delle iniziative realizzate nel settore dell'infezione da HIV/AIDS nel corso dell'anno 1999, nell'ambito della prevenzione, dell'assistenza, della terapia, della ricerca, nonché delle altre iniziative attuate.

Anche in questa occasione, la relazione prevede in allegato un rapporto del Centro Operativo AIDS sull'andamento dei casi di AIDS nel corso del 1999. Segue, per ciascuno dei suddetti ambiti, la resocontazione sulle iniziative attuate dal Ministero della sanità e dall'Istituto superiore di sanità per fronteggiare l'infezione da HIV/AIDS.

In allegato, si è ritenuto opportuno riportare il terzo Progetto Obiettivo AIDS 1998-2000, in corso di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

2) LE ATTIVITA' DI INFORMAZIONE, DI SOSTEGNO ALL'ASSISTENZA, DI STUDIO E RICERCA SVOLTE DAL MINISTERO DELLA SANITA'**REALIZZAZIONE A CURA DEL POLIGRAFICO DELLO STATO, DI UNA PUBBLICAZIONE DESTINATA AGLI STUDENTI DELLE SCUOLE MEDIE SUPERIORI**

Sulla base di specifiche indicazioni formulate da un apposito Comitato tecnico-scientifico costituito con decreto interministeriale, è stato deciso di realizzare otto monografie, di cui sette destinate a circa 1.700.000 studenti dell'ultimo anno della scuola media inferiore e del biennio della scuola secondaria superiore, e una da predisporre anche in versione elettronica, costituita da una guida per gli insegnanti per la progettazione di attività di educazione alla salute, da realizzarsi in una tiratura di circa 12 mila esemplari.

Relativamente ai testi, esperti del Ministero della pubblica istruzione hanno prodotto - nel corso dell'anno 1999 - documenti che, presentati nell'ambito di un apposito seminario di lavoro, nel

mezzo di novembre, sono stati successivamente rielaborati. Nel corso dell'anno 2000 i testi definitivi, con le relative illustrazioni, approvati da entrambi i dicasteri, verranno pubblicati e diffusi a cura del Poligrafico dello Stato.

CONTRIBUTI A COMUNITA' O ENTI ASSISTENZIALI PER LA REALIZZAZIONE DI CASE ALLOGGIO O RESIDENZE COLLETTIVE

Nel corso del 1993 sono stati stanziati contributi a favore di quattro enti assistenziali per la realizzazione di case alloggio o residenze collettive per malati di Aids, per uno stanziamento complessivo di £ 4.800.000.000.

Negli anni successivi, in relazione allo stato di avanzamento dei lavori, sono stati erogati gli importi spettanti a tre Enti: Congregazione Figli dell'Immacolata Concezione di Roma, Auxilium di Genova e Associazione Mondo X di Milano. Il quarto ente, inizialmente individuato nella Caritas di Napoli è stato poi sostituito con la Congregazione "Opera Don Guanella" per la realizzazione di un progetto di edificazione di una casa alloggio.

FINANZIAMENTI ALLE REGIONI PER L'ATTUAZIONE DI PROGRAMMI INFORMATIVO-EDUCATIVI DA PARTE DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

Con D. D. 21.12.1993 è stata autorizzata la spesa è ripartita la somma di £ 5.600.000.000 tra le regioni e province autonome, in relazione al numero dei casi di Aids presenti sul singolo territorio, ai fini della realizzazione di interventi informativi da parte delle stesse, mediante apposite convenzioni con associazioni di volontariato o organismi assistenziali giuridicamente riconosciuti.

L'erogazione del finanziamento è stata subordinata all'approvazione dei programmi da parte dell'Assessore alla sanità regionale e del Ministero.

Al 31.12.1998 sono state erogate L. 2.956.762.800, quale primo acconto del 60%, a favore delle regioni: Prov.Aut. Trento e Prov. Aut. Bolzano, Veneto, Marche, Umbria, Calabria, Emilia Romagna, Piemonte, Liguria, Molise, Lazio, Sicilia, Lombardia, Toscana, Abruzzo, Friuli e Campania. La regione autonoma Val d'Aosta ha rinunciato al finanziamento. E' stato, altresì, erogato il saldo per complessive lire 242.800.000 a favore delle regioni: Toscana, PP.AA. Trento e Bolzano, Umbria e Calabria. Nel corso dell'anno 1999, con DD.DD. 17.5.1999, sono state erogate complessivamente lire 973.434.900, quale primo acconto a favore della Regione Puglia (lire

129.960.000) e saldi a favore delle Regioni Liguria, Veneto, Lazio, Piemonte ed Emilia Romagna, per complessive lire 843.524.000. E' stata infine realizzata un'economia di spesa pari a £ 14.875.100 per un risparmio nella realizzazione del progetto da parte della Regione Liguria.

DISTRIBUZIONE DI MATERIALI INFORMATIVO-EDUCATIVI PREDISPOSTI NELLA V CAMPAGNA AIDS.

Nel dicembre 1996 sono state stipulate 13 convenzioni a trattativa privata con altrettante associazioni di volontariato tra le più rappresentative nella lotta all'Aids sul territorio regionale e nazionale che, sulla base di programmi di interventi approvati da apposito Comitato tecnico, avevano il compito di distribuire su tutto il territorio nazionale i materiali informativo-educativi predisposti nella V Campagna Aids. Tra il 1997 e il 1998 tutte le associazioni prescelte hanno svolto il programma contrattuale e, a loro favore, è stato erogato il saldo contrattuale. Nel 1999 sono stati perfezionati i decreti di autorizzazione ad economie di spesa.

FINANZIAMENTI ALLE REGIONI AL FINE DI FAVORIRE LA RISTRUTTURAZIONE O L'ADEGUAMENTO STRUTTURALE DI CASE ALLOGGIO PER MALATI DI AIDS

I^ programmazione

Con DD 10.12.1996 (residui 95) sono state stanziare lire **10.500.000.000** a favore di tutte le regioni e province autonome, nella misura di lire 500 milioni cadauna, ai fini della programmazione di interventi e per la realizzazione di almeno una casa alloggio in ogni regione.

Ciascuna regione ha presentato dei programmi che sono stati sottoposti all'esame di un apposito Comitato per il relativo parere tecnico.

Di seguito vengono evidenziati, a fianco di ciascuna regione, gli importi relativi ai progetti approvati:

-Valle d'Aosta	Lire 175.073.560
-Piemonte	Lire 484.500.000
-Lombardia	Lire 500.000.000
-Bolzano	Lire 500.000.000
-Trento	0 (non ha presentato progetti)
-Veneto	Lire 456.553.995

-Friuli	Lire 500.000.000
-Emilia Romagna	Lire 500.000.000
-Liguria	Lire 360.000.000
	+ “ 140.000.000 (per un progetto con documentazione incompleta)
-Toscana	Lire 100.000.000
-Umbria	Lire 379.000.000
-Marche	Lire 500.000.000
-Lazio	Lire 300.000.000
	+ “ 200.000.000 (per due progetti con documentazione incompleta)
-Abruzzo	Lire 500.000.000
-Molise	0 (non ha presentato progetti)
-Basilicata	Lire 500.000.000
-Campania	Lire 500.000.000
-Puglia	0 (non ha presentato progetti)
-Calabria	Lire 250.000.000
-Sicilia	Lire 143.770.718
	+ “ 356.229.282 (un progetto con documentazione da perfezionare)
-Sardegna	Lire 500.000.000

	L. 7.845.127.555

Nel corso del 1998 sono stati erogati tutti i primi acconti, pari al 50%, del contributo approvato per ogni singolo progetto, per un importo complessivo di lire 3.574.449.140. Solo alla Regione Marche è stato erogato l'importo di lire 249.999.930 quale saldo del contributo assegnato.

Nel corso dell'anno 1999, sono stati erogati complessivamente lire 174.825.580 quale somma relativa ai primi acconti del 50% a favore della Regione Liguria e della Regione Sicilia.

Sono stati inoltre erogati i saldi, per complessive lire 1.166.583.790 (oltre ad un'economia di gestione di lire 9.420.980 per risparmi su lavori in una casa ligure), a favore delle seguenti regioni: Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Liguria, Toscana, Umbria, Abruzzo e Sardegna.

II ^ programmazione

All'1.1.1999 risultavano inutilizzate Lire 2.654.872.445 che, come previsto nel decreto di impegno, dovevano essere riassegnate tra quelle regioni che avrebbero dovuto presentare nuovi progetti rispondenti ai criteri prefissati e ritenuti idonei da un apposito Comitato tecnico.

A tal fine, su indicazione del predetto Comitato, il Ministero ha provveduto a chiedere alle regioni che avevano completato la pianificazione degli interventi, nuovi programmi integrativi al fine di poter completare l'utilizzo dello stanziamento iniziale di lire 10.500.000.000, fissando la data al 31.1.1999.

All'importo sopraindicato si sono aggiunti successivamente altri importi in quanto i progetti relativi alla 1^ programmazione sono stati approvati solo in parte o affatto, nonché a causa di progetti che non potevano più essere saldati e per i quali si è richiesta la restituzione del primo acconto. Pertanto la disponibilità totale è risultata di lire 3.116.450.560.

Con D.D.16.6.1999 è stato autorizzato il riparto di tale somma a favore delle Regioni sottoindicate, sulla base di nuovi programmi approvati dall'apposito Comitato:

Reg. Valle d'Aosta	L.	17.212.560
Reg. Piemonte	"	1.118.115.360
Reg. Lombardia	"	593.080.640
Reg. Liguria	"	250.000.000
Reg. Veneto	"	328.042.000
Reg. Abruzzo	"	370.000.000
Reg. Sardegna	"	440.000.000

Come previsto dal decreto di reimpegno del 16.6.99, nel corso dell'anno 1999, si è provveduto ad erogare a favore di ogni singola regione il primo acconto pari al 50% dell'importo di ogni singolo progetto approvato, per un importo complessivo, di lire 1.433.225.280.

Solo per la Regione Liguria, per la quale si è tutt'ora in attesa di ricevere la documentazione riferita all'autorizzazione comunale per il lavori programmati, non è stato ancora erogato il primo acconto di lire 125 milioni.

CONCESSIONE DI CONTRIBUTI A FAVORE DI CINQUE ENTI ASSISTENZIALI PER LA RISTRUTTURAZIONE DI CASE ALLOGGIO PER MALATI DI AIDS

Al fine di favorire l'assistenza extra ospedaliera di pazienti affetti da HIV/Aids, sono stati stanziati dei fondi per la ristrutturazione e/o l'adeguamento strutturale di case alloggio.

Un apposito Comitato, dopo aver formulato i criteri di idoneità per la individuazione delle strutture destinatarie dei contributi, ha proposto cinque enti assistenziali tra tutti quelli che avevano prodotto documentata istanza.

Gli enti prescelti rispondono a particolari esigenze per i soggetti cui sono destinati (donne e bambini, soggetti in regime di affidamento in prova ai servizi sociali in alternativa al carcere, piccoli nuclei familiari, soggetti che necessitano di un alloggio temporaneo ad assistenza limitata) o per la carenza di strutture in una determinata area geografica. Gli enti prescelti sono stati:

- 1)-Anlaids -Roma
- 2) CTS - Torino
- 3) Cereso - Reggio Calabria
- 4) Solidarietà Caritas - Firenze
- 5) Alfaomega - Mantova

L'Associazione Alfaomega ha realizzato quanto previsto sin dal 1998 ed ha ottenuto il saldo del contributo già in tale anno. Nel corso dell'anno 1999 il CTS di Torino e l'associazione Solidarietà Caritas di Firenze hanno completato i lavori e, a seguito di sopralluogo di un nucleo di valutazione con il compito di verificare se quanto realizzato fosse conforme a quanto previsto, sono stati erogati i saldi spettanti.

REALIZZAZIONE DI UN MODELLO DI SPERIMENTAZIONE ORGANIZZATIVA RELATIVA ALL'INTEGRAZIONE DEL PUBBLICO, PRIVATO E VOLONTARIATO NELLA LOTTA ALL'AIDS.

Nell'ambito degli interventi di prevenzione dell'infezione da Hiv/Aids, si è ritenuto opportuno realizzare tale iniziativa mediante l'attivazione di esperienze pilota in alcune realtà locali, opportunamente dislocate sul territorio nazionale, secondo le modalità dei "Programmi di comunità"

che, accuratamente progettate, realizzate e valutate, possano essere successivamente riproposte e replicate. Il carattere fondamentale dei "Programmi di comunità" è l'unitarietà e la coerenza dei messaggi che vengono indirizzati, a vario titolo e da varie fonti (istituzionali e non, pubbliche e private, educative e sanitarie, ecc.), nei confronti dei destinatari, con particolare riguardo ai giovani, il cui comportamento può ancora essere orientato verso uno stile di vita più salutare.

Le amministrazioni regionali sono state interpellate affinché segnalassero una o più aziende sanitarie, che per le esperienze pregresse e le favorevoli condizioni locali, fossero ritenute più idonee a realizzare quanto stabilito.

Numerose sono state le candidature che hanno partecipato alla selezione indetta dal Ministero per l'affidamento di tale incarico. La Commissione che aveva il compito della valutazione e della scelta dei progetti presentati ha selezionato tre aziende sanitarie alle quali con D.D. 19 dicembre 1997, è stata assegnata la somma complessiva di lire **600.000.000** (Aziende Sanitarie Locali di Genova, Grosseto e Rimini).

E' stato costituito quindi un apposito comitato tecnico-scientifico, composto da funzionari del Ministero e rappresentanti delle aziende sanitarie coinvolte. Nel corso di alcune riunioni è stato definito il quadro generale del progetto. In particolare, è stato previsto di realizzare attività di educazione alla salute attraverso l'integrazione di tutte le forze disponibili sul territorio (famiglia, scuola, volontariato, enti locali, servizi sociosanitari, ecc.), in una sinergia di interventi miranti ad un miglioramento della qualità della vita della comunità e soprattutto dei giovani. Il progetto, oltre a prevedere momenti di formazione, realizzati nelle tre aziende con gli stessi formatori, sarà suddiviso in diversi sottoprogetti che comporteranno interventi nella scuola, nelle discoteche, nell'area antiscolare, nonché l'utilizzo di sistemi di comunicazione di massa e multimediali e la realizzazione di campagne di informazione, di promozione dell'uso del preservativo e di solidarietà nei confronti delle persone colpite dall'AIDS. Tutte le attività, pur diversificandosi nelle singole aziende sulla base delle specifiche esigenze e caratteristiche del territorio, saranno caratterizzate da un "logo" comune, che favorirà una più agevole individuazione da parte dei gruppi target. Per ciascuno dei sottoprogetti sono, naturalmente, previsti momenti di valutazione, sia in itinere che ad attività conclusa.

REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "INIZIATIVE DI AZIONI MIRATE NEI CONFRONTI DI PERSONE O GRUPPI A MAGGIOR RISCHIO DA AFFIDARE AD ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO.

Tale progetto si traduce sostanzialmente nella distribuzione di materiale informativo educativo, già realizzato nell'ambito della V Campagna Aids, attraverso le associazioni di volontariato, secondo una esperienza già effettuata con successo in passato.

A tal fine è stato pubblicato un avviso su tre quotidiani con il quale si richiedeva alle associazioni di volontariato interessate, di presentare formale richiesta al Ministero per ricevere l'invito a partecipare. Hanno risposto 59 associazioni, alle quali il Ministero ha provveduto ad inviare l'invito contenente le indicazioni per la presentazione di un idoneo programma di interventi.

Successivamente, solo 17 associazioni hanno presentato un programma e sulla base del parere di un apposito Comitato tecnico sono stati approvati 16 programmi di altrettante associazioni con le quali sono state stipulate, nel mese di dicembre 1997, n. 16 convenzioni, come di seguito indicato:

Associazione Arcigay
Fondazione "Villa Maraini"
Co.Di.Ci (Coordinamento per i Diritti dei Cittadini)
Circolo Culturale Mario Mieli
Associazione A.L.A.
CICA
ANLAIDS
Federazione Associazioni Emofilici
Alfaomega
Ass. Sieropositivi
ADDEPOS
Il Calabrone
ASA
Associazione Arcilesbica
Ass. Insieme
LILA

Nel 1999 sono stati erogati tutti i saldi per l'attività svolta.

Il finanziamento relativo all'Associazione Alfaomega ha determinato una economia di spesa, non essendo stato realizzato quanto previsto.

REALIZZAZIONE DI UNA BANCA DATI E DI UNA GUIDA AI SERVIZI PER L'AIDS

Per la realizzazione di tale iniziativa, a seguito dello svolgimento di un'apposita gara, è stata stipulata, in data 20.12.1997, una convenzione con l'ente aggiudicatario Fondazione CENSIS.

L'iniziativa ha portato alla realizzazione di una banca dati e di una guida ai servizi per l'AIDS presenti in Italia, sia pubblici sia privati, entrambe finalizzate alla raccolta e diffusione di informazioni relative alle caratteristiche strutturali, ai livelli di funzionamento e di attività, alle modalità di accesso ed alla tipologia di utenti ed operatori presenti nelle strutture.

La guida è stata realizzata in due differenti versioni:

- una direttamente indirizzata ai potenziali fruitori, redatta in maniera tale da consentire un'immediata consultabilità e facilità d'uso, aggiornabile mediante la pubblicazione di appendici aggiuntive;
- l'altra, rivolta agli addetti ai lavori e quindi corredata da una serie ulteriore di informazioni di natura più tecnica, con maggiore riferimento sanitari ed assistenziali, tali da fornire un valido supporto all'esercizio dell'attività professionale.

La guida destinata agli utenti, diversificata per ciascuna regione, è stata prodotta in tre lingue (italiano, inglese e francese) in considerazione della possibile destinazione a gruppi di immigrati a rischio e alla diffusione internazionale, con una tiratura di 4.000 copie (3.200 in italiano, 400 in inglese e 400 in francese).

La guida per gli operatori consta di un volume unico nazionale, suddiviso in due grandi sezioni (servizi pubblici e servizi privati), ciascuna ordinata per regione; anch'essa può essere aggiornata mediante la pubblicazione di appendici aggiuntive, inclusive delle informazioni aggiornate per quelle strutture che dovessero subire modificazioni.

In totale sono state rilevate 861 strutture pubbliche e 185 strutture private.

Il progetto ha portato, inoltre, alla creazione di un sito internet (www.censis.it/aids) che contiene le informazioni dei manuali ed è collegabile con altri siti di interesse per la tematica in questione. Il progetto è stato regolarmente condotto a termine nei tempi e nei modi previsti dalla convenzione.

Nel 1999 si sono concluse le attività contrattualmente previste.

PROGRAMMA DI FORMAZIONE DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DEL PERSONALE DEI DISTRETTI SANITARI PER L'ATTUAZIONE DI TRATTAMENTI PER I SOGGETTI PORTATORI DI INFEZIONE DA HIV/AIDS

Per la realizzazione di un programma di formazione destinato a medici di medicina generale e al personale dei distretti sanitari, ai fini dell'attuazione di trattamenti per i soggetti con infezione da Hiv/Aids, a seguito di gara appalto - concorso, in data 20.12.1997 è stata stipulata con la S.E.M.G. (Società europea di medicina generale) un apposito contratto.

Tale programma si prefigge di fornire ai Medici di Medicina Generale ed agli Operatori dei distretti sanitari italiani le conoscenze e le competenze in materia di trattamento dei soggetti sieropositivi e malati di AIDS.

La necessità di raggiungere in tempo breve l'obiettivo ha suggerito l'adozione di un processo di "formazione a cascata". Tale processo si basa sull'organizzazione di 6 *Corsi Master* destinati a circa 180 Medici di medicina generale animatori di formazione e 2 *corsi* per 60 operatori dei distretti sanitari.

I corsi periferici, in numero di 180, sono invece destinati a circa 4.000 Medici di Medicina generale e a 1.000 Operatori dei distretti sanitari.

E' previsto inoltre lo studio e la realizzazione di un manuale teorico-pratico da inviare a 60.000 Medici di famiglia e a circa 1.000 Operatori.

Durante la prima fase del progetto, svoltasi nel semestre maggio-novembre 1998, la SEMG ha messo a punto i materiali didattici, in grado di supportare il programma di formazione, che ha avuto inizio a fine gennaio 99, compreso il manuale sopramenzionato, realizzato con la collaborazione di un gruppo di esperti nazionali in tema di AIDS.

E' stato, inoltre, allestito un sito internet dedicato al programma, con l'obiettivo di rendere fruibili ed aggiornate le informazioni raccolte nell'ambito del progetto stesso.

ANALISI DEI COSTI E DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA AI SOGGETTI CON HIV

Atteso che all'attuale situazione epidemiologica dell'Aids fa fronte un'assistenza diversificata a carico del Servizio Sanitario Nazionale (ospedaliera, ambulatoriale, a domicilio) si è ravvisata l'opportunità, attraverso questo progetto, di fornire un'approfondita conoscenza delle problematiche collegate all'impatto dell'epidemia da Hiv sul Servizio Sanitario Nazionale, in

particolare per quanto riguarda gli oneri economici connessi alle diverse attività di assistenza (ospedaliera ed extraospedaliera), anche ai fini di una più valida programmazione nel settore.

Al fine di affidare la realizzazione del progetto, il Coordinamento permanente delle regioni italiane è stato invitato ad individuare un ristretto numero di regioni opportunamente selezionate.

La Regione Veneto ha successivamente proposto un dettagliato progetto di realizzazione che prevede il coinvolgimento delle regioni Emilia Romagna, Sardegna e Provincia Autonoma di Bolzano.

La Regione Veneto, in veste di capofila e coordinatrice del progetto, ha provveduto alla costituzione di un comitato tecnico-scientifico, composto oltre che dai rappresentanti del Ministero della sanità, da rappresentanti delle regioni coinvolte, da tecnici appartenenti al S.S.N. e da alcuni consulenti.

E' stato predisposto il piano attuativo del progetto, con il definitivo disegno dello studio che prevede una prima parte, consistente in un'analisi retrospettiva dei dati raccolti nei vari database regionali, ed una seconda parte, riguardante la raccolta prospettica d'informazioni.

Lo studio retrospettivo ha lo scopo di evidenziare i cambiamenti nell'erogazione dell'assistenza, legati sia all'introduzione dei DRG, sia alla presenza di differenti modelli organizzativi dei servizi delle aziende sanitarie. L'analisi è effettuata con riferimento al quinquennio '84-'98, sia a livello regionale sia con riferimento a gruppi distinti di ASL.

E' stata predisposta, successivamente una iniziale ricognizione delle situazione organizzativa e dei supporti informatici delle regioni coinvolte, necessaria per la raccolta e la elaborazione di dati.

Gli obiettivi dello studio prospettico consisteranno nella stima delle prestazioni offerte, del relativo costo e dell'esito dei trattamenti, nell'ambito delle varie tipologie di servizi, al fine di individuare le possibili cause della variabilità nel consumo di risorse e negli esiti.

PROGRAMMA DI VALUTAZIONE DEI BISOGNI INFORMATIVI DELLA POPOLAZIONE ITALIANA SUL TEMA DELL'INFEZIONE HIV/AIDS E DELLA EFFICACIA DELLA CAMPAGNA AIDS 1997/98

A seguito di appalto concorso, è stato stipulato in data 22.12.1997 un contratto con la Soc. **DOXA S.p.A.**, aggiudicataria dell'appalto medesimo.

Il progetto riguarda la valutazione della Campagna informativo-educativa Aids, con particolare riguardo alla fase che precede la Campagna stessa.

L'indagine ha avuto lo scopo di valutare i bisogni informativi della popolazione italiana sul tema Hiv/Aids e di stabilire la programmazione della Campagna medesima sulla base dei risultati ottenuti.

La Società, in ottemperanza agli impegni contrattuali, ha predisposto, in accordo con il Ministero della sanità, un questionario di intervista per effettuare i sondaggi di base tra le varie fasce di popolazione: adulta, giovanile e gruppi a rischio. I dati ottenuti sono stati analizzati ed i relativi risultati, pervenuti al Ministero, sono stati sottoposti all'esame del Comitato per l'approvazione. Nel corso del 1999 è continuata l'attività prevista contrattualmente.

CONCESSIONE DI CONTRIBUTI A FAVORE DI TRE ENTI ASSISTENZIALI PER LA RISTRUTTURAZIONE DI CASE ALLOGGIO PER MALATI DI AIDS

Al fine di favorire l'assistenza extra ospedaliera di pazienti affetti da HIV-Aids, sono stati stanziati dei fondi per la ristrutturazione e/o l'adeguamento strutturale di case alloggio.

Un apposito comitato, che ha formulato i criteri di idoneità per la individuazione delle strutture destinatarie dei contributi, ha proposto cinque enti assistenziali tra tutti quelli che avevano prodotto documentata istanza.

Considerata l'entità dello stanziamento, si è ritenuto di dover privilegiare tre enti assistenziali ubicati in zone dove l'assistenza extraospedaliera a malati di Aids è pressoché inesistente, ed in particolare:

- a) Congregazione Figlie di S. Giuseppe – Casa Littarru di Oristano;
- b) Fondazione Opere SS. Medici Cosma e Damiano . Casa di Bitonto;
- c) Associazione Famiglia Rosetta – Villa Sergio di Caltanissetta.

Nel corso dell'anno 1999 tutti e tre gli enti hanno completato i lavori programmati. Sono stati così erogati i primi acconti e successivamente i saldi previsti, ad eccezione della Casa di Bitonto.

INIZIATIVA "TRENO AZZURRO": DISTRIBUZIONE DI MATERIALE INFORMATIVO SULL'AIDS GIÀ REALIZZATO NELLA V^ CAMPAGNA AIDS

In data 11.6.1998 è stata stipulata una convenzione con la Soc. SMAFER - Servizi Media Adversiting Ferroviari S.p.A. concessionaria esclusiva per gli spazi pubblicitari su tutto il territorio nazionale nelle sedi ferroviarie e sui beni patrimoniali mobili ed immobili, che prevedeva, nell'ambito

dell'iniziativa denominata "Treno Azzurro", la realizzazione, nel periodo giugno/agosto 1998, di quanto segue:

- distribuzione materiale informativo alla Fiera Night Wave 1998, che si è svolta a Rimini dal 30 maggio al 2 giugno 1998, nonché distribuzione di opuscoli sui treni regionali e interregionali in partenza dalle stazioni di Milano e Roma e dalle stazioni del Treno Azzurro;
- decorazione integrale del "Treno Azzurro", che collega di notte la costa adriatica da Ravenna a Cattolica nei mesi di luglio e agosto, con l'emblema del Ministero della sanità e con lo slogan della Campagna AIDS 1998, nel quale è stato distribuito materiale informativo AIDS;
- affissione manifesti, locandine su tutti i treni regionali e affissione pendoli su tutti i treni intercity;
- segnalazione del patrocinio del Ministero della sanità su tutti i biglietti Azzurro Card;
- Link con sito internet, comunicati radio sul circuito nazionale, comunicati sulle spiagge da Milano Marittima a Cattolica.

La suddetta iniziativa è terminata nel mese di febbraio 1999.

STAMPA ED AFFISSIONE DI MANIFESTI INFORMATIVI AIDS NONCHE' DISTRIBUZIONE OPUSCOLI A BORDO DELLE NAVI TRAGHETTO DELLE FERROVIE DELLO STATO

Tale iniziativa prevedeva la stampa e l'affissione di manifesti informativi sull'Aids, nonché la distribuzione di opuscoli a bordo delle navi traghetto delle Ferrovie dello Stato, nel periodo dal 2 luglio al 28 settembre 1998.

L'11 giugno 1998 è stata stipulata una convenzione a trattativa privata con la Società SMAFER.

La Società ha espletato quanto previsto in convenzione e, pertanto, nel corso dell'anno 1999 è stato erogato l'intero importo contrattuale.

DISTRIBUZIONE OPUSCOLI CONTENENTI MESSAGGI AIDS SUI TRENI DEL TRASPORTO METROPOLITANO, REGIONALE ED INTERCITY DELLE FERROVIE DELLO STATO

Tale iniziativa prevedeva la distribuzione di opuscoli contenenti messaggi informativi Aids a bordo dei treni del trasporto metropolitano, regionale ed intercity, nel periodo dal 6 luglio al 12 settembre 1998.

A tale scopo, l'11.6.1998 è stata stipulata una convenzione con la Soc.SMAFER, che ha concluso i lavori nell'anno 1999.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA STAMPA E L'AFFISSIONE DI MANIFESTI INFORMATIVI AIDS ALL'ESTERNO DELLE VETTURE EXTRAURBANE

In data 19 giugno 1998 è stata stipulata una convenzione con la Società **ALESSI S.p.A** concessionaria esclusiva della pubblicità sulle vetture di pubblico trasporto extraurbano in 4 Province del territorio nazionale.

L'iniziativa, riguardante la stampa e l'affissione sulla fiancata laterale esterna dei mezzi di pubblico trasporto extraurbano di manifesti informativi Aids, è stata realizzata nel periodo 1° luglio - 31 agosto 1998.

La società ha espletato quanto previsto in convenzione nel corso dell'anno 1999.

STAMPA E SPEDIZIONE DI MATERIALE (PELLICOLE, MANIFESTI, ADESIVI, CHIUDILETTERA, LOCANDINE) CONTENENTE MESSAGGI INFORMATIVI PER LA LOTTA ALL'AIDS

L'Istituto Poligrafico ha provveduto alla stampa e alla spedizione del seguente materiale, di diverso formato, contenente messaggi informativi AIDS: n. 15.000 pellicole, n.25.000 locandine, n.75.000 manifesti, n.55.000 adesivi e n.5.000 chiudilettera.

L'Istituto ha, inoltre, provveduto, alla stampa ed alla spedizione del suddetto materiale e nel corso del 1999.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA RISTAMPA E LA DIFFUSIONE DI DUE VOLUMETTI "IL BAMBINO SIEROPOSITIVO INSIEME AGLI ALTRI - LINEE GUIDA" E "IL BAMBINO SIEROPOSITIVO INSIEME AGLI ALTRI - SCHEDA INFORMATIVA"

In data 24.7.1998 è stata stipulata una convenzione con l'**Associazione ARCHE'** per la ristampa dei due volumetti sopra indicati.

L'iniziativa, già realizzata dalla predetta Associazione come progetto pilota in collaborazione con il Comune di Roma, prevedeva la diffusione dei due volumetti su scala nazionale tramite i

Provveditorati agli Studi, i Comuni e le ASL presenti nelle 13 maggiori città italiane. Lo scopo principale del progetto è stato quello di agevolare l'inserimento del bambino con infezione da HIV in ambito comunitario. L'Associazione ARCHE' ha realizzato quanto previsto nell'anno 1999.

DIFFUSIONE DI SPOT INFORMATIVO-EDUCATIVI AIDS NEL CIRCUITO VIDEO DI CINQUE AEROPORTI DEL TERRITORIO NAZIONALE

Con una convenzione stipulata il 24 luglio 1998 con la Soc. concessionaria esclusiva **Cairo Due S.p.A.**, è stata realizzata un'iniziativa riguardante la diffusione di spot informativo-educativa sull'Aids in 43 video presenti negli aeroporti di Roma (Leonardo da Vinci e Ciampino), di Milano (Linate e Malpensa) e di Napoli (Capodichino) per un periodo di 70 giorni, a decorrere dal 6 agosto al 14 ottobre 1998.

Ogni spot di 30", contenente due messaggi informativi della durata di 15" ciascuno, è stato ripetuto su ogni schermo per tre volte nell'arco di ogni ora, per 18 ore al giorno, per complessivi giorni 70. L'attività si è conclusa nel 1999.

DIFFUSIONE DI SPOT INFORMATIVO-EDUCATIVI AIDS NEL CIRCUITO CINEMATOGRAFICO

Con una convenzione stipulata il 13.10.1998 con la Soc. concessionaria esclusiva **ACME ADV S.p.A.** è stata data attuazione ad una iniziativa per la diffusione di spot contenenti messaggi informativi Aids in n. 208 sale del circuito cinematografico presenti sul territorio nazionale nel mese di novembre e in n. 236 sale nel mese di dicembre 1998, per complessivi giorni 61.

La convenzione prevedeva la messa in onda, quattro volte nell'arco di ogni giornata, prima dell'inizio di ogni spettacolo, di spot contenenti due messaggi, ciascuno di 15".

La Società ha realizzato quanto previsto nel 1999.

DIFFUSIONE DI SPOT INFORMATIVO-EDUCATIVI AIDS NEL CIRCUITO CINEMATOGRAFICO

Con una convenzione stipulata il 13.10.1998 con la Soc. concessionaria esclusiva **Opus Proclama S.p.A.** è stata realizzata un'iniziativa che prevedeva la diffusione di spot contenenti messaggi informativi Aids in n. 400 sale del circuito cinematografico, oltre 5 sale a titolo gratuito, presenti sul territorio nazionale nel periodo dal 1° novembre al 31 dicembre 1998, per complessivi giorni 61.

La convenzione prevedeva la messa in onda, due volte nell'arco di ogni serata, prima dell'inizio degli ultimi due spettacoli, di spot contenenti due messaggi ciascuno di 15",

La Società ha realizzato quanto previsto nel 1999.

DIFFUSIONE DI SPOT INFORMATIVO-EDUCATIVI AIDS NEL CIRCUITO CINEMATOGRAFICO

Con una convenzione stipulata il 13.10.1998 con la Soc. **Sipra S.p.A.** è stata realizzata un'iniziativa che prevedeva la diffusione di spot contenenti 5 messaggi informativi Aids in n. 278 sale del circuito cinematografico presenti sul territorio nazionale nel periodo dal 6 novembre al 31 dicembre 1998, per complessivi giorni 28.

La convenzione prevedeva la messa in onda, due volte nell'arco di ogni spettacolo serale, di spot contenenti due messaggi, ciascuno di 15.

La Società ha realizzato quanto previsto nel 1999.

AFFISSIONE MANIFESTI E LOCANDINE CONTENENTI MESSAGGI INFORMATIVI AIDS NELLA METROPOLITANA DI ROMA

Per la realizzazione di tale iniziativa è stata stipulata in data 16.10.1998 una convenzione con la Soc. **Pubblimetro S.r.l.**

La convenzione prevedeva l'affissione in 252 spazi presenti nelle 42 stazioni della Metropolitana di Roma (linea A e linea B) di 3.300 manifesti, forniti dal Ministero della Sanità, contenenti tre messaggi informativi Aids, in tre periodi di 14 giorni cadauno, nei mesi di novembre e dicembre 1998, per complessivi giorni 42. Prevedeva inoltre la stampa di n. 1.300 locandine

contenenti due messaggi informativi Aids da esporre in n. 736 impianti presenti nelle vetture della medesima metropolitana, linea A, B e Verde, nel periodo dal 19 ottobre 1998 al 10 gennaio 1999, per complessivi giorni 84..

La Società ha realizzato quanto previsto nel 1999.

AFFISSIONE MANIFESTI E LOCANDINE CONTENENTI MESSAGGI INFORMATIVI AIDS NELLA METROPOLITANA COLLINARE DI NAPOLI

Per la realizzazione di tale iniziativa è stata stipulata in data 28.10.1998 una convenzione con la Soc. **APOTEMA Sas**.

La convenzione prevedeva l'affissione in 180 spazi presenti in 9 stazioni della metropolitana di Napoli di n. 300 manifesti, forniti dal Ministero della Sanità, contenenti due messaggi informativi Aids, nel periodo dal 1° novembre 1998 al 31 dicembre 1998, per complessivi giorni 61. Prevedeva inoltre la stampa di n. 130 locandine bifacciali contenenti due messaggi informativi Aids da esporre in n. 32 vetture della stessa metropolitana, in ragione di n.3 locandine per vettura, nel periodo suindicato.

La Società ha realizzato quanto previsto nel 1999.

AFFISSIONE MANIFESTI E LOCANDINE CONTENENTI MESSAGGI INFORMATIVI AIDS NELLA FUNICOLARE DI NAPOLI

Per la realizzazione di tale iniziativa è stata stipulata in data 28.10.1998 una convenzione con la Soc. **Avenir Italia SpA**.

La convenzione prevedeva l'affissione in tutti i 29 spazi presenti in 5 stazioni della funicolare di Napoli di n. 320 manifesti, forniti dal Ministero della Sanità, contenenti cinque messaggi informativi Aids, nel periodo dal 16 novembre 1998 al 15 gennaio 1999, per complessivi giorni 61. Prevedeva, inoltre la stampa di n. 150 locandine contenenti due messaggi informativi sull'Aids da esporre in n. 72 impianti presenti nelle vetture della stessa funicolare, in ragione di n.8 locandine per vettura, nel periodo suindicato.

La Soc. Avenir Italia si era inoltre impegnata a stampare, a titolo gratuito, n. 20 manifesti contenenti il logo del Ministero della Sanità da esporre in due spazi, dal formato di cm 400x100 e di cm. 250x50, presenti nelle stazioni suddette.

La Società ha realizzato quanto previsto nell'anno 1999.

STAMPA DI MESSAGGI INFORMATIVI AIDS SULLE SCHEDINE DEL TOTOCALCIO E RELATIVA DISTRIBUZIONE

Per la realizzazione di tale iniziativa è stata stipulata in data 28.10.1998 una convenzione con la Soc. **G.E.P. Gruppo Europeo Pubblicità S.r.l.**,

La convenzione prevedeva la stampa di due messaggi informativi Aids su circa 160 milioni di schedine relative al concorso pronostici del Totocalcio da distribuire in tutte le ricevitorie autorizzate sul territorio nazionale, in occasione di 4 partite di calcio di serie A del campionato 1998/99.

Per tre concorsi, n. 15 del 15.11.98, n. 17 del 29.11.98 e n. 20 del 20.12.98, era prevista la stampa di due messaggi sul fronte e sul retro di ciascuna schedina, mentre per il concorso n. 19 del 13.12.98 era prevista la stampa del messaggio solo sul fronte della schedina.

La Società ha realizzato quanto previsto nell'anno 1999.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA STAMPA E L'AFFISSIONE DI MANIFESTI INFORMATIVI AIDS ALL'ESTERNO DELLE VETTURE URBANE

In data 30 ottobre 1998 è stata stipulata una convenzione con la Società **IMPRESA GENERALE PUBBLICITA' I.G.P. S.p.A.**, concessionaria esclusiva della pubblicità sulle vetture di pubblico trasporto urbano in 45 capoluoghi di provincia del territorio nazionale.

L'iniziativa riguardante la stampa e l'affissione, sulla fiancata laterale esterna dei mezzi di pubblico trasporto urbano, di manifesti informativi Aids, è stata realizzata nel periodo 25 novembre - 8 dicembre 1998 con prosecuzione gratuita dal 9 all'11.12.1998. Nel 1999 si è conclusa l'attività residua.

STAMPA E AFFISSIONE DI MANIFESTI E LOCANDINE CONTENENTI MESSAGGI INFORMATIVI AIDS NELLA METROPOLITANA DI MILANO

Per la realizzazione di tale iniziativa è stata stipulata in data 30.10.1998 una convenzione con la Soc. **Impresa Generale Pubblicità I.G.P. S.p.A.**

La convenzione prevedeva la stampa di 1000 manifesti, unitamente ad ulteriori 600 manifesti forniti dal Ministero della Sanità contenenti tre messaggi informativi Aids, da esporre in 550 spazi presenti in 67 stazioni della metropolitana di Milano, nel periodo dal 18 novembre al 29 dicembre 1998, per complessivi giorni 42.

Prevedeva inoltre la stampa di n. 1.500 locandine contenenti due messaggi informativi Aids da esporre in 714 vetture della medesima metropolitana, in ragione di una locandina per vettura nel periodo dal 1° novembre 1998 al 30 gennaio 1999.

La Società ha realizzato quanto previsto nell'anno 1999.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA STAMPA SU Z-CARD DI MESSAGGI INFORMATIVI AIDS

Per l'iniziativa sono state stipulate, in data 9.11.1998, n.3 convenzioni, per corrispondenza commerciale, con la Soc New Communication Products Srl .concessionaria esclusiva del brevetto ai fini della:

- a) ristampa di 300.000 copie su 6 colonne del messaggio destinato alla popolazione giovanile;
- b) stampa di 300.000 copie su 4 colonne del messaggio destinato alla popolazione generale;
- c) stampa di 300.000 copie su 6 colonne del messaggio destinato allo Sport;

La Società ha espletato quanto previsto nell'anno 1999.

RISTAMPA E SPEDIZIONE DI MATERIALE (PELLICOLE, ADESIVI E CHIUDILETTERA) CONTENENTE MESSAGGI INFORMATIVI PER LA LOTTA ALL'AIDS

L'Istituto Poligrafico ha provveduto alla ristampa e alla spedizione del seguente materiale, di diverso formato, contenente messaggi informativi AIDS: pellicole, n.55.000 adesivi e n.5.000 chiudilettera.

Nel corso del 1999 l'Istituto Poligrafico ha provveduto alla ristampa ed alla spedizione del suddetto materiale.

INIZIATIVA RIGUARDANTE L'UTILIZZAZIONE DI ALCUNE PAGINE DI UN LIBRO DI POESIE, ATTRAVERSO CUI VEICOLARE I MESSAGGI INFORMATIVI AIDS, E DISTRIBUZIONE DELLO STESSO SUI SEDILI DEI TRENI INTERCITY DURANTE IL MESE DI DICEMBRE 1998, E NELLE PRINCIPALI STAZIONI FERROVIARIE IN OCCASIONE DELLA GIORNATA MONDIALE PER LA LOTTA CONTRO L'AIDS DEL 1° DICEMBRE 1998

In data 12.11.1998 è stata stipulata una convenzione con la Società SMAFER per la realizzazione di quanto sopra indicato, puntualmente avvenuta nel corso del 1999.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA STAMPA E L'AFFISSIONE DI MANIFESTI INFORMATIVI AIDS A BORDO DEI TRENI INTERCITY ED EUROCITY.

In data 12.11.98 è stata stipulata una convenzione con la Società SMAFER per la stampa ed affissione di manifesti informativi educativi AIDS a bordo dei treni intercity ed eurocity nel periodo 23 novembre/20 dicembre 1998.

La Società ha realizzato il progetto nel corso del 1999.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA STAMPA E L'AFFISSIONE DI MANIFESTI INFORMATIVI AIDS ALL'ESTERNO DELLE VETTURE URBANE

In data 12 novembre 1998 è stata stipulata una convenzione con la Società QUESTA PUBBLICITA' S.r.l., concessionaria esclusiva della pubblicità sulle vetture di pubblico trasporto urbano nelle città di Savona e Grosseto.

L'iniziativa riguardante la stampa e l'affissione, sulla fiancata laterale esterna dei mezzi pubblici di trasporto urbano, di manifesti informativi Aids è stata realizzata nel periodo 25 novembre - 8 dicembre 1998. L'attività che si è conclusa nel corso dell'anno 1999.

PUBBLICAZIONE SU N.3 QUOTIDIANI DI MESSAGGI INFORMATIVI PER LA LOTTA ALL'AIDS IN OCCASIONE DELLA GIORNATA MONDIALE AIDS DEL 1° DICEMBRE 1998

Per la realizzazione di tale iniziativa sono state stipulate n.3 convenzioni con le seguenti Società: A. Manzoni & C S.p.A., R.C.S. Editori S.p.A. ed Il Sole 24 Ore S.p.A., concessionarie esclusive.

Detta pubblicazione è stata regolarmente effettuata il 1° dicembre 1998 sui quotidiani prescelti e nel corso del 1999 si è provveduto al pagamento delle somme spettanti a ciascuna Società.

REALIZZAZIONE DELLA VI° CAMPAGNA DI COMUNICAZIONE MULTIMEDIALE CONTRO L'AIDS FINALIZZATA ALLA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA HIV**VI Campagna AIDS**

Con D.M. del 27 novembre 1997 è stato costituito un Comitato tecnico per lo studio di nuove strategie e di più efficaci strumenti di educazione e prevenzione per la definizione del programma delle attività da realizzare nell'ambito della nuova campagna.

Tale Comitato si è riunito 11 volte, dal 28 gennaio al 9 settembre, e sulla base delle proposte tecniche della Commissione Nazionale AIDS e della Consulta scientifica e del volontariato, ha predisposto un piano di interventi per gli anni 1998/1999.

Il 16 giugno 1998 è stata organizzata una Conferenza stampa per la presentazione della VI Campagna informativo-educativa sull'infezione da HIV/AIDS promossa dal Ministero della sanità.

Per la realizzazione della VI° Campagna di comunicazione multimediale contro l'AIDS è stato stipulato in data 18.12.1998 un contratto con il raggruppamento di imprese costituito dalle Società Saatchi & Saatchi S.p.A (capogruppo), Equinox S.r.l. e Rowland Italia S.r.l., prescelto a seguito di gara appalto concorso. Nel corso del 1999 si è provveduto al pagamento delle prestazioni svolte in relazione allo stato di avanzamento dei lavori. La conclusione delle attività contrattualmente previste avrà luogo nel 2000.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA STAMPA DI N. 200.000 COPIE DELL'AGENDINA TELEFONICA "RUBRICA DI SALVATAGGIO" CONTENENTE MESSAGGI INFORMATIVI AIDS

Nel 1999 è stata stipulata una convenzione con l'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato per la realizzazione di tale iniziativa.

L'Istituto Poligrafico ha consegnato, nel mese di dicembre 1999, circa n.35.000 agendine telefoniche e completerà la fornitura nell'anno 2000.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA STAMPA DI N. 5.000 COPIE DI UN OPUSCOLO CON CONTENENTE LINEE GUIDA DI ORIENTAMENTO ALL'ESERCIZIO DEI DIRITTI DELLE PERSONE SIEROPOSITIVE.

Nel 1999 è stata stipulata una convenzione con l'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato per la realizzazione di tale iniziativa.

L'Istituto Poligrafico sta provvedendo alla predisposizione del volume che sarà completato nel corso del 2000.

INIZIATIVA "TRENO AZZURRO 1999

In data 26 marzo 1999 è stata stipulata, con la Società SMAFER, una convenzione per la realizzazione, nel periodo marzo 1999/febbraio 2000, di una serie di iniziative legate all'evento "Treno Azzurro".

Detta iniziativa ha previsto, tra l'altro, una fase di lancio che si è sviluppata attraverso la presenza espositiva a NightWave '99 del Treno Azzurro; la distribuzione di materiale informativo Aids sui treni e nelle stazioni; pagine pubblicitarie con il logo del Ministero della sanità su mensili; emissione di spot radiofonici; stampa ed affissione di pendoli e manifesti Aids; sito internet interattivo; decorazione esterna delle carrozze.

La Società ha realizzato, nel periodo marzo/agosto 1999, quanto indicato nella convenzione riguardo alle prime due fasi ed ha inviato le relazioni relative a ciascuna fase.

INIZIATIVA RIGUARDANTE L'INSERIMENTO DI MESSAGGI INFORMATIVI AIDS ALL'INTERNO DELL'AGENDA "DIARIO SMEMORANDA" PER 16 MESI

In data 30.3.1999 è stata stipulata con la Società **Poster S.r.l.** una convenzione per la realizzazione del progetto che prevede l'inserimento di messaggi informativo-educativi AIDS all'interno dell'Agenda Diario Smemoranda per 16 mesi.

Con D.D. 14.4.1999 è stata approvata la convenzione di cui sopra.

La Società ha realizzato quanto indicato nella convenzione ed ha provveduto a distribuire, nel mese di maggio 1999, le agende ai rivenditori autorizzati (librerie, cartolibrerie ecc.).

CONCESSIONE DI UN CONTRIBUTO A FAVORE DELL' ENTE ASSISTENZIALE S. EGIDIO -ACAP, PER LA RISTRUTTURAZIONE DI UNA CASA ALLOGGIO PER BAMBINI MALATI DI AIDS

Con DD 22.6.1999 sono stati impegnati contributi a favore della Comunità di S. Egidio al fine di concorrere alle spese di ristrutturazione e adeguamento strutturale di un settore di un immobile destinato a casa famiglia per bambini HIV positivi o malati di Aids.

L'immobile da ristrutturare è "Palazzo Leopardi" ubicato in piazza S. Maria in Trastevere a Roma.

PUBBLICAZIONE DEL BANDO DI GARA RELATIVO ALLA REALIZZAZIONE DI "INIZIATIVE A CARATTERE INFORMATIVO PER LA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA HIV/AIDS", NELLA GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA E IN N.3 QUOTIDIANI

Il bando di gara riguardava la realizzazione di una serie di iniziative a carattere informativo per la prevenzione dell'infezione da HIV e precisamente:

- attivazione di Centri di accoglienza diurna per soggetti affetti da AIDS;
- corso di formazione rivolto agli operatori delle Case alloggio per malati di AIDS;
- diffusione di materiale informativo nelle discoteche;
- diffusione di uno spot nei cinema;
- diffusione di uno spot e/o altri materiali informativi nelle discoteche;
- diffusione di uno spot e/o altri materiali informativi negli aeroporti.

Tale bando è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana e in tre quotidiani (Repubblica, Corriere della Sera e Sole 24 Ore) nei giorni 6.7.1999 e 7.7.1999..

Nel corso del 1999 si è provveduto al pagamento dei previsti importi contrattuali, a favore dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato (G.U. Rep. Italiana) e delle Società A. Manzoni & C. S.p.A. (Repubblica), Il Sole 24 Ore S.p.A. (Il Sole 24 Ore) e R.C.S. Editori S.p.A. (Il Corriere della Sera).

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA RIPRODUZIONE DI N. 500.000 SCATOLETTE IN ALLUMINIO CON LA SCRITTA AIDS: "ABBIAMO INTENZIONE DI SCONFIGGERLO"

In data 4.11.1999 è stato stipulato con la Società **Pagani Capsule S.r.l.** un contratto per la realizzazione del progetto che prevede la riproduzione di n. 500.000 scatolette di alluminio con la scritta "Abbiamo intenzione di sconfiggerlo".

La Società dovrà consegnare il materiale alla Società **Arti Grafiche Mario Bazzi** di Milano. Quest'ultima dovrà effettuare la ristampa dell'opuscolo destinato ai giovani ed assemblarlo nelle scatoline che saranno poi consegnate al Dipartimento della prevenzione nel corso dell'anno 2000.

INIZIATIVA RIGUARDANTE L'INSERIMENTO DI MESSAGGI INFORMATIVI AIDS ALL'INTERNO DELL'AGENDA "DIARIO SMEMORANDA" 16 MESI

In data 2.12.1999 è stata stipulata con la Società **Poster S.r.l.** una convenzione per la realizzazione del progetto che prevede l'inserimento di messaggi informativo-educativi AIDS all'interno dell'Agenda Diario Smemoranda per 16 mesi.

Con D.D. 7.12.1999 è stata approvata la convenzione di cui trattasi con la suddetta Società che dovrà provvedere, nel periodo giugno-luglio 2000, alla distribuzione delle agende ai rivenditori autorizzati.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA STAMPA E L'AFFISSIONE DI MANIFESTI INFORMATIVI AIDS ALL'ESTERNO DELLE VETTURE URBANE

In data 28 ottobre 1999 è stata stipulata una convenzione con la Società **QUESTA PUBBLICITA' S.r.l.** concessionaria esclusiva della pubblicità sulle vetture di pubblico trasporto urbano nelle città di Savona e Grosseto, per la realizzazione di una iniziativa riguardante la stampa e

l'affissione, sulla fiancata laterale esterna dei mezzi di pubblico trasporto urbano, di n.20 manifesti informativi Aids, nel periodo 22 dicembre 1999 - 4 gennaio 2000.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA STAMPA E L'AFFISSIONE DI MANIFESTI INFORMATIVI AIDS ALL'ESTERNO DELLE VETTURE URBANE

In data 28 ottobre 1999 è stata stipulata una convenzione con la Società **IMPRESA GENERALE PUBBLICITA' I.G.P. S.P.A.**, concessionaria esclusiva della pubblicità sulle vetture di pubblico trasporto urbano in oltre 89 Capoluoghi di provincia del territorio nazionale, per la realizzazione di una iniziativa riguardante la stampa e l'affissione, sulla fiancata laterale esterna dei mezzi di pubblico trasporto urbano circolanti in 45 città, di manifesti informativi Aids, nel periodo 22 dicembre 1999 - 4 gennaio 2000.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA STAMPA E L'AFFISSIONE DI MANIFESTI INFORMATIVI AIDS ALL'ESTERNO DELLE VETTURE EXTRAURBANE

In data 28 ottobre 1999 è stata stipulata una convenzione con la Società **QUESTA PUBBLICITA' S.r.l.**, concessionaria esclusiva della pubblicità sulle vetture di pubblico trasporto extraurbano in 16 Province del territorio nazionale, per la realizzazione di una iniziativa riguardante la stampa e l'affissione, sulla fiancata laterale esterna dei mezzi di pubblico trasporto extraurbano, di n.2760 manifesti informativi Aids nei periodi: 24 gennaio – 6 febbraio 2000, 20 marzo – 2 aprile 2000 a titolo oneroso; 15-23 gennaio 2000, 7-15-febbraio 2000, 15-19 marzo 2000 e 3-15 aprile 2000 in omaggio.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA STAMPA E L'AFFISSIONE DI MANIFESTI INFORMATIVI AIDS ALL'ESTERNO DELLE VETTURE EXTRAURBANE

In data 28 ottobre 1999 è stata stipulata una convenzione con la Società **PUBBLISUCCESSO LOMBARDIA S.r.l.**, concessionaria esclusiva della pubblicità sulle vetture di pubblico trasporto extraurbano in 6 Province del territorio nazionale, riguardante la stampa e l'affissione, sulla fiancata laterale esterna dei mezzi di pubblico trasporto extraurbano, di manifesti

informativi Aids, nei periodi: 24 gennaio – 6 febbraio 2000, 20 marzo – 2 aprile 2000 a titolo oneroso; 15-23 gennaio 2000, 7-15-febbraio 2000, 15-19 marzo 2000 e 3-15 aprile 2000 in omaggio.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA STAMPA E L'AFFISSIONE DI MANIFESTI INFORMATIVI AIDS ALL'ESTERNO DELLE VETTURE EXTRAURBANE

In data 19 novembre 1999 è stata stipulata una convenzione con la Società **ALESSI S.p.A.**, concessionaria esclusiva della pubblicità sulle vetture di pubblico trasporto extraurbano in 4 Province del territorio nazionale per la realizzazione di una iniziativa che prevede sulla fiancata laterale esterna dei mezzi di pubblico trasporto extraurbano, la stampa e l'affissione di manifesti informativi Aids nei periodi: 24 gennaio – 6 febbraio 2000, 20 marzo – 2 aprile 2000 a titolo oneroso; 15-23 gennaio 2000, 7-15-febbraio 2000, 15-19 marzo 2000 e 3-15 aprile 2000 in omaggio.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA STAMPA E L'AFFISSIONE DI MANIFESTI INFORMATIVI AIDS ALL'ESTERNO DELLE VETTURE EXTRAURBANE

In data 28 ottobre 1999 è stata stipulata una convenzione con la Società **IMPRESA GENERALE PUBBLICITA' I.G.P. S.P.A.**, concessionaria esclusiva della pubblicità sulle vetture di pubblico trasporto extraurbano in 18 province del territorio nazionale, per la realizzazione di una iniziativa riguardante la stampa e l'affissione, sulla fiancata laterale esterna dei mezzi di pubblico trasporto extraurbano, di manifesti informativi Aids nei periodi: 24 gennaio – 6 febbraio 2000, 20 marzo – 2 aprile 2000 a titolo oneroso; 15-23 gennaio 2000, 7-15-febbraio 2000, 15-19 marzo 2000 e 3-15 aprile 2000 in omaggio.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA STAMPA E L'AFFISSIONE DI MANIFESTI CONTENENTI MESSAGGI INFORMATIVI AIDS A BORDO DEI TRENI INTERCITY ED EURO CITY

E' stata stipulata in data 4 novembre 1999 una convenzione con la **Soc. SMAFER**, che prevede la stampa e l'affissione di n. 6500 manifesti informativi Aids a bordo dei treni intercity ed eurocity, nei periodi dal 3 al 16 gennaio 2000 e dal 13 al 26 marzo 2000.

STAMPA ED ESPOSIZIONE DI "PENDOLI" CONTENENTI MESSAGGI AIDS SUI TRENI DEL TRASPORTO METROPOLITANO E REGIONALE DELLE FERROVIE DELLO STATO

In data 4 novembre 1999 è stata stipulata una convenzione con la Soc. SMAFER, che prevede la stampa e l'affissione di "Pendoli" contenenti messaggi informativi Aids a bordo dei treni del trasporto metropolitano e regionale nei periodi; 20 dicembre 1999 – 2 gennaio 2000 e 17 – 30 aprile 2000.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA STAMPA E L'AFFISSIONE DI MANIFESTI CONTENENTI MESSAGGI INFORMATIVI AIDS NELLE STAZIONI DEL CIRCUITO NAZIONALE

E' stata stipulata in data 4 novembre 1999 una convenzione con la Soc. SMAFER, che prevede la stampa e l'affissione di n.2060 manifesti informativi Aids, in 123 stazioni del circuito nazionale, nei periodi: 20 dicembre 1999 – 2 gennaio 2000 e 17-30 aprile 2000.

DISTRIBUZIONE OPUSCOLI CONTENENTI MESSAGGI AIDS SUI TRENI INTERCITY ED EUROCITY DELLE FERROVIE DELLO STATO

E' stata stipulata in data 11 novembre 1999 una convenzione con la Soc. SMAFER, che prevede la distribuzione di n.400.000 opuscoli contenenti messaggi informativi Aids, sui treni Intercity ed eurocity nei periodi 5-18 giugno 2000 e 14-27 agosto 2000.

DISTRIBUZIONE OPUSCOLI CONTENENTI MESSAGGI AIDS NELLE STAZIONI DEL CIRCUITO NAZIONALE DELLE FERROVIE DELLO STATO

E' stata stipulata in data 11 novembre 1999 una convenzione con la Soc. SMAFER, che prevede la distribuzione di n.550.000 opuscoli contenenti messaggi informativi Aids, in 13 stazioni del circuito nazionale nei periodi: 17 luglio – 13 agosto 2000.

DISTRIBUZIONE OPUSCOLI CONTENENTI MESSAGGI AIDS SUI TRENI REGIONALI ED DEL TRASPORTO METROPOLITANO DELLE FERROVIE DELLO STATO

E' stata stipulata in data 11 novembre 1999 una convenzione con la Soc. SMAFER, che prevede la distribuzione di n.800.000 opuscoli contenenti messaggi informativi Aids, sui treni regionali e del trasporto metropolitano, nei periodi 12-25 giugno 2000 e 3-16 luglio 2000.

DIFFUSIONE MATERIALE INFORMATIVO AIDS IN 13 AEROPORTI DEL TERRITORIO NAZIONALE

E' stata stipulata, in data 16 dicembre 1999, una convenzione con la Società ROWLAND ITALIA S.r.l., che prevede la distribuzione, nel periodo marzo - giugno 2000, di materiale informativo Aids in 13 aeroporti del territorio nazionale.

INIZIATIVA "TRENO AZZURRO 2000"

In data 23 dicembre 1999 è stata stipulata, con la Società SMAFER, una convenzione per la realizzazione, nel periodo febbraio/settembre 2000, di una serie di iniziative legate all'evento "Treno Azzurro".

Detta iniziativa, tra l'altro, prevede: la distribuzione di n.500.000 inviti che verranno prodotti personalizzati con il marchio del Ministero della sanità e diffusi nelle discoteche e locali italiani; la presentazione delle iniziative previste sul Treno Azzurro 2000 alla manifestazione NightWave 2000 che avrà luogo a Rimini dal 2 al 6 giugno 2000; la decorazione esterna della carrozza, organizzazione in un vagone di una sala giochi nella quale verrà distribuito materiale informativo Aids; pagine pubblicitarie e pluriredazionali su riviste; l'affissione n.4000 manifesti e diffusione locandine nelle stazioni di tutta Italia; affissione pendoli a bordo treni; biglietti personalizzati; diffusione di spot radiofonici; stampa ed affissione di pendoli e manifesti Aids; sito internet interattivo.

REALIZZAZIONE DI UN CENTRO DIURNO DI ACCOGLIENZA PER SOGGETTI SIEROPOSITIVI E/O MALATI DI AIDS

A seguito del bando di gara pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana e in tre quotidiani, l'ASSOCIAZIONE SOLIDARIETA' ONLUS di Firenze ha presentato un progetto, approvato da un apposito Comitato tecnico-consultivo istituito con D.D. 13.5.1996, per l'attivazione di un Centro Diurno di Accoglienza ai soggetti sieropositivi e/o malati di Aids. L'iniziativa è in corso di realizzazione.

AFFISSIONE DI MATERIALE INFORMATIVO NELLE AGENZIE POSTALI

Con D.D. 16.12.1999 è stata approvata e resa esecutiva la convenzione con la Società AD Network S.r.l., per la realizzazione di un'iniziativa riguardante la stampa e l'affissione di n. 130 manifesti contenenti due messaggi informativi Aids in 105 uffici postali dislocati nelle regioni Campania e Sicilia, nel periodo dal 15 gennaio al 14 febbraio 2000, con prosecuzione di 30 giorni a titolo gratuito, fino al 13 marzo 2000, per complessivi giorni 60.

AFFISSIONE DI MATERIALE INFORMATIVO NELLE AGENZIE POSTALI

Con D.D. 16.12.1999 è stata approvata e resa esecutiva la convenzione stipulata il 2 dicembre 1999 con la Società Linea Data Media S.r.l., per la realizzazione di un'iniziativa riguardante la stampa e l'affissione di n. 400 manifesti contenenti due messaggi informativi Aids in 315 uffici postali dislocati nelle regioni Lazio, Lombardia, Piemonte, Emilia Romagna e Toscana. Tale iniziativa ha avuto luogo nel periodo dal 15 gennaio al 14 febbraio 2000, con prosecuzione di 30 giorni a titolo gratuito, fino al 13 marzo 2000, per complessivi giorni 60.

DIFFUSIONE DI SPOT INFORMATIVO-EDUCATIVI AIDS NEL CIRCUITO CINEMATOGRAFICO

Con D.D. 7.12.1999 è stata approvata e resa esecutiva la convenzione stipulata il 25.12.1999 con la Soc. ACME ADV S.p.A., per la realizzazione dell'iniziativa che prevede la

diffusione di uno spot contenente messaggi informativi Aids in n. 399 sale del circuito cinematografico presenti sul territorio nazionale dal 1° al 31 gennaio 2000, per complessivi giorni 31.

La convenzione prevede che lo spot da 30" vada in onda quattro volte nell'arco di ogni giornata, prima dell'inizio di ogni spettacolo.

DIFFUSIONE DI SPOT INFORMATIVO-EDUCATIVI AIDS NEL CIRCUITO CINEMATOGRAFICO

Con D.D. 16.12.1999 è stata approvata e resa esecutiva la convenzione stipulata il 9.12.1999 con la Soc. Opus Proclama S.p.A., per la realizzazione di un'iniziativa che prevede la diffusione di uno spot contenente messaggi informativi Aids in n. 406 sale del circuito cinematografico, presenti sul territorio nazionale nel periodo dal 1° al 31 gennaio 2000, per complessivi giorni 31.

La convenzione prevede che lo spot da 30" vada in onda due volte nell'arco di ogni serata, prima dell'inizio degli ultimi due spettacoli.

DIFFUSIONE DI SPOT INFORMATIVO-EDUCATIVI AIDS NEL CIRCUITO CINEMATOGRAFICO

Con D.D. 7.12.1999 è stata approvata e resa esecutiva la convenzione stipulata il 25 novembre 1999 con la Soc. Sipra S.p.A., per la realizzazione dell'iniziativa che prevede la diffusione di uno spot contenente messaggi informativi Aids in n. 200 sale del proprio circuito cinematografico presenti sul territorio nazionale nel periodo dal 1° al 31 gennaio 2000, per complessivi giorni 31.

La convenzione prevede che lo spot da 30" vada in onda due volte nell'arco di ogni spettacolo serale.

STAMPA E AFFISSIONE DI MANIFESTI E LOCANDINE CONTENENTI MESSAGGI INFORMATIVI AIDS NELLA METROPOLITANA DI ROMA.

Per la realizzazione di tale iniziativa è stata stipulata in data 2 dicembre 1999 una convenzione con la Soc. Pubblimetro S.r.l..

La convenzione prevede la stampa di 3000 manifesti contenenti 5 messaggi Aids, da esporre in 400 spazi presenti nelle 67 stazioni della Metropolitana di Roma (linea A, linea B, linea Lido, linea

Verde e linea Gialla), in tre periodi di 14 giorni cadauno, nei periodi dal 27 dicembre 1999 al 9 gennaio 2000, dal 31 gennaio al 13 febbraio 2000 e dal 13 marzo al 26 marzo 2000, per complessivi giorni 42. Prevede, altresì, la stampa di n. 2400 locandine contenenti due messaggi informativi Aids da esporre in n. 592 impianti presenti nelle vetture della medesima metropolitana, linea A, B e Verde, per quattro lanci di 28 giorni cadauno, nel periodo dal 27 dicembre 1999 al 19 marzo 2000, per complessivi giorni 84.

Prevede, inoltre, la diffusione di materiale informativo-educativo Aids , fornito dal Ministero della Sanità, nell'ambito di alcune stazioni della linea A e B, per 5 giorni nel mese di gennaio 2000 e 5 giorni nel mese di febbraio 2000.

L'iniziativa, infine, prevede la decorazione con messaggi informativo educativi Aids di un treno metropolitano composta da 5 carrozze nel periodo dal 20 dicembre 1999 al 20 marzo 2000, per complessivi giorni 92.

STAMPA E AFFISSIONE MANIFESTI E LOCANDINE CONTENENTI MESSAGGI INFORMATIVI AIDS NELLA FUNICOLARE DI NAPOLI

Per la realizzazione di tale iniziativa è stata stipulata in data 9.12.1999 una convenzione con la Soc. Avenir Italia SpA.

La convenzione prevede la stampa di 62 manifesti contenenti cinque messaggi informativi Aids da esporre in tutti i 29 spazi presenti in 5 stazioni della funicolare di Napoli, nel periodo dal 3 gennaio al 1° febbraio 2000, con prosecuzione di ulteriori 28 giorni a titolo gratuito, per complessivi giorni 58. Prevede inoltre la stampa di n. 150 locandine contenenti due messaggi informativi Aids da esporre in n. 72 impianti presenti nelle vetture della stessa funicolare, in ragione di n.8 locandine per vettura, nel periodo suindicato.

La Soc. Avenir Italia si è inoltre impegnata a stampare, a titolo gratuito, n. 6 manifesti contenenti il logo del Ministero della Sanità da esporre in due spazi dal formato di cm 400x100 e di cm. 250x50 presenti nelle stazioni suddette.

STAMPA E AFFISSIONE MANIFESTI LOCANDINE CONTENENTI MESSAGGI INFORMATIVI AIDS NELLA METROPOLITANA DI NAPOLI.

Per la realizzazione di tale iniziativa è stata stipulata in data 4.11.1999 una convenzione con la Soc. Apothema S.a.s..

La convenzione prevede la stampa di 450 manifesti contenenti due messaggi informativi Aids destinati all'affissione in 180 spazi presenti nelle 9 stazioni della metropolitana di Napoli, nonché la stampa di 250 locandine da esporre in 96 spazi all'interno delle 32 vetture della medesima metropolitana, in ragione di tre locandine bifacciali per vettura, nel periodo dal 27 dicembre 1999 al 12 gennaio 2000 e dal 6 febbraio al 19 marzo 2000, per complessivi giorni 60.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA REALIZZAZIONE DI N.5 CORSI DI FORMAZIONE PER OPERATORI DELLE CASE ALLOGGIO PER MALATI DI AIDS

In data 16.12.1999 è stata stipulata con il Coordinamento Italiano delle Case Alloggio C.I.C.A., una convenzione per la realizzazione di n.5 corsi di formazione per operatori delle case alloggio per malati di AIDS.

I corsi saranno strutturati in tre livelli con una partecipazione massima di 150 operatori e saranno svolti nelle seguenti aree: Nord e Centro-sud (corsi di 1° e 2° livello) e Centro Italia (corso di 3° livello).

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA DIFFUSIONE DI MATERIALE INFORMATIVO AIDS NELLE DISCOTECHE DI 28 CITTA' ITALIANE CON 50 FESTE A TEMA

In data 16.12.1999 è stata stipulata con la Società Rowland Italia S.r.l. una convenzione per la realizzazione di un progetto che prevede la diffusione di materiale informativo AIDS nelle discoteche di 28 città italiane con 50 feste a tema.

Tale iniziativa prevede l'attivazione di un Team promozionale costituito da un Team Manager, 1 steward e tre hostess che indosseranno le divise con il logo AIDS e opereranno ogni sera/pomeriggio presso la discoteca coinvolta. Verrà allestito nel locale un angolo AIDS ed i ragazzi potranno vincere i gadget del Ministero della sanità partecipando ai diversi giochi proposti.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA RISTAMPA DI N.500.000 COPIE DELL'OPUSCOLO CONTENENTE MESSAGGI INFORMATIVI AIDS DESTINATO AL TARGET "GIOVANI"

In data 18.11.1999 è stato stipulato con la Società **Arti Grafiche Mario Bazzi S.p.A.** un contratto per la realizzazione del progetto che prevede la ristampa di n.500.000 copie dell'opuscolo contenente messaggi informativi AIDS destinato al target "Giovani".

Con D.D. 2.12.1999 è stato approvato il contratto di cui trattasi con la suddetta Società, che dovrà assemblare l'opuscolo destinato ai "Giovani" alle scatoline in alluminio con la scritta "Abbiamo Intenzione Di Sconfiggerlo", fornite dalla Società Pagani Capsule S.r.l..

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA RISTAMPA DI N.500.000 COPIE DELL'OPUSCOLO CONTENENTE MESSAGGI INFORMATIVI AIDS DESTINATO AL TARGET "ETEROSESSUALI"

In data 18.11.1999 è stato stipulato con la Società **Arti Grafiche Mario Bazzi S.p.A.** un contratto per la realizzazione del progetto che prevede la ristampa di n.500.000 copie dell'opuscolo contenente messaggi informativi AIDS destinato al target "Eterosessuali".

Con D.D. 7.12.1999 è stato approvato il contratto di cui trattasi.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA RIPRODUZIONE SU BETACAM E VHS DELLA MINISERIE E DEGLI SPOT REALIZZATI NEL CORSO DELLA VI CAMPAGNA INFORMATIVO-EDUCATIVA AIDS "

In data 22.12.1999 è stato stipulato con la Società **Lux Vide S.p.A.** un contratto per la realizzazione del progetto riguardante la riproduzione su Betacam e VHS della Miniserie e degli spot realizzati nel corso della VI Campagna AIDS.

Con D.D. 28.12.1999 è stato approvato il contratto di cui sopra.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA REALIZZAZIONE DI ESPERIENZE PILOTA DI ACCOGLIENZA E DI REINSERIMENTO DELLE PROSTITUTE, DA ATTUARE MEDIANTE L'INTEGRAZIONE DI PUBBLICO, PRIVATO E VOLONTARIATO

Il progetto si propone di promuovere esperienze pilota, a livello locale, di accoglienza e reinserimento sociale delle prostitute, realizzando una serie di interventi coordinati che tengano conto della situazione concreta.

Il programma sarà preceduto da una fase di mappatura locale del fenomeno al fine di individuare le caratteristiche dello stesso (diffusione territoriale, nazionalità delle prostitute ecc.) ed individuare i principali bisogni e le metodologie più idonee ad affrontarli.

Gli interventi principali riguarderanno:

- la riduzione dei rischi per la salute ed interventi di prevenzione;
- la ricerca di alternative per chi intende abbandonare la prostituzione;
- la promozione di attività di collaborazione con gli Enti che si occupano del contrasto al fenomeno (Forze dell'Ordine, Prefettura, Magistratura, Enti Locali) per favorire la lotta alle organizzazioni criminali di sfruttamento.

Il progetto prevede idonee attività di formazione degli operatori impegnati e momenti di confronto fra le strutture pubbliche e private coinvolte.

Per la realizzazione di tale progetto sono stati invitati tutti gli Assessorati alla Sanità delle Regioni e Province Autonome a presentare i programmi delle Aziende sanitarie locali più idonee.

Nel 1999 è stata autorizzata la spesa, a favore della Azienda U.S.L. Città di Milano, dell'Azienda U.S.L. di Firenze e dell'Azienda U.S.L. n.3 di Catania.

INIZIATIVA RIGUARDANTE LA PROSECUZIONE DEL PROGETTO PER LA REALIZZAZIONE DI UN MODELLO DI SPERIMENTAZIONE ORGANIZZATIVA RELATIVA ALL'INTEGRAZIONE DI PUBBLICO, PRIVATO E VOLONTARIATO NELLA LOTTA ALL'AIDS

Il Ministero della Sanità, constatata l'efficacia delle iniziative di prevenzione e lotta all'AIDS realizzate con il modello di sperimentazione organizzativa relativa all'integrazione di pubblico, privato e volontariato attuato negli anni precedenti dalle Regioni Emilia Romagna - Azienda U.S.L. di Rimini, Regione Toscana - Azienda U.S.L. di Grosseto e Regione Liguria - Azienda U.S.L. di Genova, ha ritenuto utile finanziare il proseguimento di tali esperienze pilota, attraverso l'estensione di analoghe iniziative ad altre realtà locali.

A tale scopo la somma di lire 2.400.000.000 è stata destinata a tutte le Regioni e Province Autonome nella misura di lire 100.000.000 per ciascuna Regione e lire 250.000.000 per le due Regioni Emilia Romagna e Toscana che hanno aderito al progetto anche con funzioni di coordinamento.

DIFFUSIONE MATERIALE INFORMATIVO-EDUCATIVO VI CAMPAGNA AIDS ATTRAVERSO LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

Per la realizzazione di tale progetto si è pubblicato un avviso sul foglio inserzioni della Gazzetta Ufficiale n. 156 del 6.7.99 e su tre quotidiani a tiratura nazionale. Trentacinque associazioni hanno aderito a tale avviso e ventiquattro hanno presentato un progetto e sulla base di un parere espresso da apposito Comitato tecnico. Sono stati approvati 19 progetti.

A seguito della rinuncia di tre associazioni, si è proceduto alla stipula di 16 convenzioni con altrettante associazioni, come di seguito indicato:

ADDEPOS

ALA

ANLAIDS

ARCIGAY

ARCILESBICA

CODICI

COOP IL CALABRONE

COOP. CASCINA BIANCA

CICA

FEDERAZIONE EMOFILICI

FONDAZIONE Villa MARAINI

STAMPA E AFFISSIONE DI MANIFESTI E LOCANDINE CONTENENTI MESSAGGI INFORMATIVI AIDS NELLA METROPOLITANA DI MILANO

Per la realizzazione di tale iniziativa è stata stipulata in data 30.10.1998 una convenzione con la Soc. Impresa Generale Pubblicità I.G.P. S.p.A.

La convenzione prevedeva la stampa di 1000 manifesti, unitamente ad ulteriori 600 manifesti forniti dal Ministero della Sanità contenenti tre messaggi informativi Aids da esporre in 550 spazi presenti in 67 stazioni della metropolitana di Milano, nel periodo dal 18 novembre al 29 dicembre 1998, per complessivi giorni 42.

Prevedeva inoltre la stampa di n. 1.500 locandine contenenti due messaggi informativi Aids da esporre in 714 vetture della medesima metropolitana, in ragione di una locandina per vettura nel periodo dal 1° novembre 1998 al 30 gennaio 1999.

La Società ha realizzato quanto previsto nel 1999.

PROGRAMMA DI INTERVENTI URGENTI PER LA LOTTA CONTRO L'AIDS. LEGGE 5 GIUGNO 1990, N. 135

La legge 135/90 ha stanziato £. 2.100 miliardi per un programma di costruzione e di ristrutturazione dei reparti di ricovero per malattie infettive, la realizzazione di spazi per attività di ospedale diurno e il potenziamento dei laboratori di virologia, microbiologia e immunologia.

La legge 492/1993 ha modificato il provvedimento responsabilizzando le regioni nel completamento del programma stesso.

Il decreto legge 25 marzo 1997, n. 67 "disposizioni urgenti per favorire l'occupazione", convertito dalla legge 23 maggio 1997 n. 135, pubblicata in G.U. 24 maggio 1997 n. 119, all'articolo 10, disciplina le modalità di ridestinazione dei finanziamenti stanziati dalla legge 135/90 per i reparti di malattie infettive, residuati, alla data del 31 agosto 1996. Il CIPE, con nota aggiornata al 18 dicembre 1997, ha comunicato che l'ammontare del residuo è pari a £. 464.668.231.592.

Il Ministero della sanità, in data 10 giugno 1997, ha inviato alle regioni e alle province autonome una lettera circolare con la quale, considerato il carattere di urgenza del Programma, ha stabilito il termine di 30 giorni per la trasmissione delle richieste di finanziamento per la realizzazione urgente di strutture ospedaliere a completamento del programma ex legge 135/90 per i reparti di malattie infettive nonché per garantire strutture per malati di AIDS alternative all'ospedale.

Sulle richieste di finanziamento pervenute dalle regioni, il dipartimento della programmazione del Ministero ha formulato la proposta di riparto, approvata con deliberazione del CIPE in data 6 maggio 1998, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 169 del 22 luglio 1998. Con tale delibera il CIPE ha assegnato alle regioni interessate la somma di £. 270.861.646.433, accantonando la restante somma di £. 193.806.585.159 in attesa di ulteriori verifiche istruttorie che il Ministero della sanità sta puntualmente compiendo, in relazione alla evoluzione della programmazione regionale in materia di investimenti di edilizia sanitaria.

Il CIPE, a seguito delle richieste regionali, ha ammesso a finanziamento interventi per un totale di £. 119.550.702.933.

Nel frattempo è intervenuto l'articolo 1, comma 2 del decreto legislativo 5 dicembre 1998, n. 430, come sostituito dall'articolo 3 della legge 17 maggio 1999, n. 144 che ha trasferito ai Ministeri competenti le funzioni di gestione tecnica, amministrativa e finanziaria attribuite al Comitato interministeriale per la programmazione economica.

Il regolamento attuativo di tale norma, approvato con delibera CIPE n. 141 del 6 agosto 1999, pubblicata nella Gazzetta ufficiale n. 257 del 2 novembre 1999, all'articolo 4, lettera c),

individua tra le funzioni da trasferire al Ministero della sanità l'assunzione a finanziamento degli interventi per la realizzazione di strutture di assistenza a malati di AIDS, ai sensi dell'articolo 10 del decreto legge 25 marzo 1997, n. 67, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 maggio 1997, n. 135.

Sulla base delle nuove disposizioni, il Dipartimento della programmazione ha proseguito nelle autorizzazioni assegnando, con decreto dirigenziale, lire 51.74 milioni alle regioni Lombardia e Marche. I decreti sono stati trasmessi all'Ufficio centrale di bilancio del Ministero della sanità, per il successivo iter procedimentale.

L'articolo 1, comma 1, della citata legge 17 maggio 1999, n. 144, modifica anche le modalità di verifica degli investimenti pubblici, prevedendo l'istituzione di nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici. A tal fine è in corso la costituzione di un proprio nucleo da parte del Ministero della sanità.

Le regioni fruitrici del finanziamento, nelle more della costituzione del nucleo di valutazione e della verifica degli investimenti pubblici da parte del Ministero della sanità, assicurano che l'aggiudicazione e la consegna dei lavori inerenti i progetti finanziati avverrà entro i termini previsti dalla circolare del Ministro del bilancio e della programmazione economica e del Ministro della sanità del 10 febbraio 1994, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 52 del 4 marzo 1994.

Dall'analisi delle richieste regionali si evidenzia che le regioni che hanno già ultimato la rete ospedaliera per i pazienti affetti da AIDS (Lombardia ed Emilia Romagna), hanno impiegato i fondi per il potenziamento delle strutture alternative al ricovero e per la prevenzione in favore delle categorie a rischio. Le altre regioni hanno richiesto finanziamenti per la riqualificazione dei posti letto di malattie infettive.

3) L'ATTIVITA' SVOLTA DALLA COMMISSIONE NAZIONALE PER LA LOTTA CONTRO L'AIDS E LE ALTRE MALATTIE INFETTIVE

La Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS e le altre malattie infettive è stata ricostituita, per l'anno 1999, con il D.M. 28 gennaio 1999, prevedendo sostanziali modificazioni rispetto alla precedente composizione. Con successivo D.M. 29 marzo 1999 si è provveduto a disciplinare, inoltre, le modalità di funzionamento della medesima mediante l'approvazione di un apposito regolamento.

Per la prima volta, accanto alla Commissione è stato costituito il Comitato di presidenza della stessa. Il Comitato di presidenza svolge, sostanzialmente, compiti istruttori e propositivi dei documenti da sottoporre all'esame della Commissione.

Accanto a questi due organismi è stata riconfermata la Consulta del volontariato per i problemi dell'AIDS, costituita dalle associazioni e dagli organismi del volontariato maggiormente rappresentativi nel settore dell'AIDS.

Con D.M. 21 gennaio 2000, allo scopo di consentire la conclusione dei lavori ormai in via di definizione, la Commissione è stata prorogata fino alla adozione di un nuovo provvedimento di ricostituzione.

La Commissione si è insediata il 25 maggio 1999, preceduta dall'insediamento del Comitato di presidenza della medesima, avvenuto in data 27 aprile 1999, che ha da subito definito il programma dei lavori per l'anno 1999.

Nel corso dell'anno sono stati esaminati, ed approvati, appositi documenti sui seguenti argomenti:

- privacy delle persone sieropositive;
- sorveglianza dell'infezione da HIV;
- incompatibilità delle condizioni di AIDS conclamata e grave deficienza immunitaria con il regime carcerario;
- linee-guida per la prevenzione delle epatiti virali;
- linee-guida sulla malattia di Creutzfeldt-Jakob.

Come si può ben vedere si tratta di tre importanti documenti sull'AIDS, di un aggiornamento delle linee-guida sulle epatiti e della predisposizione di un primo importante documento sulla malattia di Creutzfeldt-Jakob.

Il documento sulla privacy delle persone sieropositive contiene numerose indicazioni propositive in ordine al tema della tutela dell'anonimato di tali persone. In esso viene svolta, ad un elevato livello giuridico la trattazione di questioni di grande importanza ed attualità. Si ritiene opportuno ricordare la trattazione del tema del consenso per l'effettuazione del test anti-HIV e della protezione dei terzi in ambito sanitario; il tema delle misure specifiche per evitare i rischi di discriminazione da parte di agenzie private di collocamento nei confronti delle persone in cerca di lavoro, a causa dello status di positività HIV; il tema della revisione del regime di sorveglianza sanitaria previsto dal decreto legislativo 626/94; il tema della revisione del sistema sanzionatorio previsto dalla legge 135/90; il tema dei rapporti tra la disciplina sulla tutela delle persone sieropositive e quella sul trattamento dei dati personali.

Il secondo documento, sulla sorveglianza dell'infezione da HIV, contiene invece indicazioni sulle modalità operative con cui istituire un sistema di sorveglianza epidemiologica che garantisca, ad un tempo, la tutela dell'anonimato e la efficacia della rilevazione epidemiologica, atta a fornire al Paese la stima dei casi di infezione al fine di porre in essere le misure di sanità pubblica necessarie.

Il terzo argomento, riguardante il regime dell'incompatibilità tra la condizione di AIDS o la grave deficienza immunitaria e il carcere, è stato ampiamente dibattuto dalla Commissione. Tale dibattito è stato riassunto in un parere poi utilizzato ai fini della predisposizione del decreto interministeriale sanità giustizia, che adottato ai sensi del decreto legislativo n. 231/99, ha stabilito le situazioni di incompatibilità tra la condizione di AIDS o di grave deficienza immunitaria e il regime carcerario.

Con il quarto documento, inerente alle linee-guida per la prevenzione delle epatiti virali, si è voluto procedere ad un aggiornamento delle conoscenze sulle infezioni causa di epatiti. Nel testo si forniscono indicazioni su epidemiologia, diagnosi, sorveglianza e terapia delle più comuni epatiti.

L'ultimo documento concerne la malattia di Creutzfeldt-Jakob. Anche in questo settore l'evoluzione rapida e costante delle conoscenze ha fatto emergere l'esigenza di predisporre un testo contenente aggiornate indicazioni sulle più importanti questioni che riguardano questa malattia.

Tutti i documenti redatti sono stati o saranno utilizzati dal Ministero per la predisposizione di apposite circolari o altri provvedimenti amministrativi.

4) L'ATTIVITA' SVOLTA DALL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Le direttive di indirizzo politico-amministrativo in tema di iniziative per la prevenzione e la lotta all'AIDS sono approvate annualmente dal Comitato Amministrativo dell'Istituto superiore di sanità.

Nell'anno 1999 è continuato il finanziamento di attività di ricerca e intervento per evitare l'interruzione di un lavoro che, sotto tutti gli aspetti, è stato proficuo e produttivo e che impegna, oltre ai ricercatori dell'Istituto superiore di sanità, larga parte della comunità biomedica italiana.

Le attività sostenute, con i finanziamenti dell'Istituto superiore di sanità, nel campo della prevenzione e della lotta contro l'AIDS possono essere raggruppate essenzialmente in due grandi filoni:

- 1) attività di intervento e di sorveglianza in stretto coordinamento con istituzioni regionali, del Servizio Sanitario Nazionale o internazionali, gestite e realizzate direttamente dall'ISS con la collaborazione, se del caso, di Centri esterni.
- 2) attività di ricerca attuata mediante l'organizzazione e gestione di Progetti annuali di ricerca per cui l'ISS, oltre a finanziare progetti svolti dai suoi ricercatori, è ente erogatore di finanziamenti ad altre strutture di ricerca nazionali (dell'Università e del Servizio Sanitario Nazionale), impegnate in attività di ricerca identificate come prioritarie per potenziali ricadute applicative per il controllo ed il trattamento dell'AIDS.

4.1 LA RICERCA

a) Programma nazionale di ricerca sull'AIDS

Nel corso del 1997 il Programma nazionale di ricerca sull'AIDS è entrato nel suo secondo ciclo di vita dopo un primo ciclo di nove Progetti. Dal 1988, infatti, si era proceduto ad attivare mediante il meccanismo del "Call for Proposals", specifici "bandi annuali" con l'indicazione per grandi linee delle tematiche di ricerca per le quali veniva sollecitata la presentazione di proposte da parte di gruppi di ricerca italiana.

Nel corso del 1997 si era ritenuto necessario procedere ad una ridefinizione più accurata delle aree prioritarie di ricerca, sia per un adeguamento alle mutate esigenze nel settore sia per un più diretto orientamento delle nuove ricerche ad applicazioni diagnostiche, cliniche, terapeutiche e di prevenzione. Questo nuovo orientamento si inseriva inoltre in un contesto che vedeva aumentare le speranze di un controllo terapeutico dell'infezione da HIV ed una più ottimale prospettiva circa l'ottenimento di un vaccino efficace.

La realizzazione di questa seconda fase del Programma nazionale di ricerca sull'AIDS ha comportato alcune modifiche nella strutturazione dei Progetti di ricerca ed in particolare la suddivisione dei finanziamenti dei Progetti di ricerca fra "fondi extramurali", destinati a gruppi di ricerca operanti in Istituzioni scientifiche nazionali, e "fondi intramurali", destinati a gruppi operanti all'interno dell'ISS.

Le attività di ricerca sull'AIDS, sia extra che intramurarie, sono state articolate in quattro grandi aree tematiche che si configurano come altrettanti Progetti:

- Epidemiologia e modelli di ricerca assistenziali;

- Patologia, clinica e terapeutica dell'AIDS;
- Patogenesi ed immunità mirate all'individuazione di nuovi bersagli chemioterapici e di prevenzione vaccinale;
- Infezioni opportunistiche e tubercolosi.

Fra i fondi intramurali è stato incluso uno specifico progetto finalizzato allo sviluppo di un vaccino per l'AIDS.

Nell'autunno del 1998 era stato attivato con un finanziamento complessivo di 23,4 miliardi il II Programma nazionale di ricerca sull'AIDS ristrutturato secondo la nuova organizzazione.

Nel corso del 1999, si è proceduto ad una prima verifica dell'attività svolta da parte dei 248 gruppi finanziati, in occasione di un "Convegno di Progress Report" tenutosi presso l'Istituto superiore di sanità dal 12 al 16 luglio 1999. Nel corso di questo meeting, articolato secondo i 4 Progetti nell'arco di 5 giornate, i responsabili scientifici delle unità finanziarie hanno presentato e discusso o sotto forma di presentazione orale o sotto forma di poster i risultati ottenuti.

Nell'ambito dei diversi Progetti finalizzati, sono state istituite, mediante risorse ad hoc, "Azioni coordinate" destinate allo svolgimento coordinato di ricerche su obiettivi omogenei di particolare rilevanza e ricaduta sanitaria.

Nel corso del 1999 sono state attivate le seguenti "Azioni coordinate":

1) nell'ambito del progetto "Epidemiologia e modelli di ricerca assistenziale":

- Stime di sottonotifica del Registro AIDS e stime di incidenza dei tumori AIDS-associati;
- Valutazione dei criteri di definizione di caso relativi alle patologie SNC;
- Stime di prevalenza dell'infezione da HIV in donne gravide;
- Stime di incidenza dell'infezione da HIV in operatori sanitari;
- Studi su HIV, HHV-8 e sarcoma di kaposi.

2) nell'ambito del Progetto "Patologia, clinica e terapia dell'infezione da HIV":

- Neoplasie HIV-assciate;
- Complicanze della terapia antiretrovirale;
- Infezione primaria acuta;
- Resistenza ai farmaci antiretrovirali;
- Sarcoma di Kaposi;
- Modelli avanzati di terapia;
- Immunoricostituzione.

- Nell'ambito del Progetto "Patogenesi e immunità mirate all'individuazione di nuovi bersagli chemioterapici, immunoterapici e di prevenzione vaccinale":
- Studi preclinici e clinici per lo sviluppo di un vaccino contro l'HIV.

Il principale obiettivo di questa ultima Azione concertata è di studiare differenti strategie vaccinali, sia preventive che terapeutiche, che siano efficaci nell'indurre una risposta immune protettiva contro l'infezione da HIV, o contro lo sviluppo della malattia.

Le strategie dimostrate efficaci negli studi preclinici saranno valutate per la loro tossicità ed immunogenicità in studi clinici sull'uomo. In particolare, è stato dimostrato in studi preclinici effettuati nel modello scimmia (*Macaca Fascicularis*) presso l'ISS, che un vaccino basato sulla proteina Tat di HIV-1 non è tossico ed è in grado di controllare la replicazione virale e proteggere le scimmie dallo sviluppo della malattia dopo infezioni sperimentali con un virus altamente patogeno. Lo sviluppo futuro consisterà nell'espansione degli studi preclinici nella scimmia e nella preparazione di coorti umane per la valutazione della tossicità (fase I) e della immunogenicità (fase II) di questo vaccino.

In continuità con la nuova organizzazione del Programma Nazionale di ricerca sull'AIDS, nel corso del 1999 è stato bandito un III Programma esclusivamente riservato a Call for proposals per unità esterne all'ISS, con un finanziamento complessivo di 20,3 miliardi. Come il precedente, il Programma è stato articolato in quattro Progetti di ricerca integrati ma distinti per le risorse pre-allocate e la gestione autonoma da parte di Comitati Scientifici indipendenti. Le aree scientifiche dei quattro progetti comprendono:

- l'epidemiologia e la storia naturale dell'infezione da HIV;
- lo studio dei modelli assistenziali finalizzati al contenimento delle spese e al miglioramento della qualità di vita del paziente AIDS;
- le caratteristiche di infettività e patogenicità di HIV, la risposta dell'ospite con la comprensione dei fattori biologici di suscettibilità e resistenza naturale e acquisita all'infezione da HIV e all'evoluzione in AIDS, i marcatori prognostici di progressione e il loro significato in relazione e/o come guida agli interventi terapeutici;
- lo studio di nuove strategie terapeutiche, la patologia e la clinica a carico di organi e apparati nel corso dell'infezione da HIV, con riguardo anche ai tumori AIDS-associati;
- gli aspetti innovativi della prevenzione, diagnostica e terapia delle infezioni opportunistiche;
- lo studio di strategie vaccinali a scopo preventivo e terapeutico.

Alla data di scadenza (6 dicembre) risultavano pervenute 309 proposte. L'iter di valutazione delle proposte da parte dei 4 Comitati Scientifici, tutti presieduti dal Direttore dell'ISS, verrà conclusa nei primi mesi del 2000.

L'attività di ricerca "intramurale" è stata avviata nel 1999 con un bando riservato ai ricercatori dell'ISS per attività riguardanti le stesse 4 aree tematiche nelle quali sono stati articolati i Progetti di ricerca extramurali più una specifica destinata allo sviluppo del vaccino.

Le proposte di ricerca pervenute (49) sono state valutate da un apposito Comitato Scientifico, presieduto dal Direttore dell'ISS e composto dai responsabili scientifici dei 5 Progetti e da membri esterni all'ISS, basandosi anche sul parere espresso in anonimo da referee esterni.

Fra le 43 proposte finanziate per un totale di 11,1 miliardi, va segnalata la particolare rilevanza data agli studi su modelli animali di infezione per l'HIV/AIDS e, in particolare, sul modello dei primati per ricerche finalizzate allo sviluppo di un vaccino preventivo o terapeutico per l'AIDS.

Come già descritto sopra un risultato estremamente importante si è ottenuto sperimentando in scimmie vari approcci vaccinali per l'HIV e ottenendo promettenti risultati con preparazioni vaccinali basate sulla proteina virale Tat.

b) Progetti di Ricerca sugli aspetti etici, psico-sociali, giuridici, comportamentali, assistenziali e della prevenzione nel campo dell'AIDS.

Nel corso del 1997 era stato attivato un bando per ricerche sull'"AIDS-sociale" che prevedeva un finanziamento di 3,4 miliardi di lire.

Il Progetto risultava articolato in Sottoprogetti riguardanti 4 grandi aree tematiche:

- La prevenzione;
- L'assistenza;
- La sperimentazione e la diffusione di informazioni sui trattamenti disponibili;
- La valutazione degli interventi.

Il Comitato di valutazione presieduto dal Direttore dell'ISS aveva formulato, una ripartizione dei finanziamenti per 61 proposte di ricerca e intervento, di cui 33 formulate da Organizzazioni non governative.

Nel dicembre 1999, con scadenza 7 aprile 2000, è stato attivato il bando per il Quarto Progetto "AIDS-sociale" articolato come il precedente.

4.2 LA TERAPIA

Il 1999, dopo gli anni della profonda svolta terapeutica rappresentata dall'introduzione delle potenti terapie antiretrovirali di combinazione, ha visto la ricerca clinica in questo particolare settore spostarsi verso la definizione delle migliori strategie d'uso dei potenti regimi terapeutici attualmente disponibili. La possibilità di cronicizzare l'infezione attraverso una prolungata soppressione della replicazione virale ha infatti aperto importanti quesiti strategici, spostando il piano di attenzione su problemi legati alla complessità e alla durata degli schemi terapeutici. Nel corso dell'ultimo anno l'Italia ha partecipato tramite l'ISS alla definizione e alla conduzione di importanti studi clinici controllati che saranno fondamentali per la definizione delle migliori strategie terapeutiche. In questo ambito sono infatti stati allestiti ed avviati studi internazionali collaborativi con i National Institutes of Health americani all'interno dell'AIDS Clinical Trials Group (studi ACTG 384 e 388) e si è avviata la partecipazione ad una importante sperimentazione collaborativa europea per la definizione delle migliori strategie per il trattamento iniziale dell'infezione da HIV (studio INITIO). A tutti questi studi internazionali l'Italia partecipa con numerosi centri clinici distribuiti su tutto il territorio nazionale.

La definizione di una rete collaborativa è anche rafforzata da numerosi altri progetti di interesse terapeutico svolti nell'ambito del Programma nazionale di ricerca sull'AIDS, che affrontano temi di rilevanza pubblica come l'emergenza di ceppi virali resistenti ai nuovi farmaci, la definizione e la sorveglianza sulla tossicità a lungo termine dei farmaci antiretrovirali, i problemi connessi con la necessità di assumere terapie a lungo termine e la definizione di strategie individualizzate sulla base delle caratteristiche cliniche, immunologiche e virologiche del paziente. I successi raggiunti non devono infatti far dimenticare che nuove infezioni continuano ad essere documentate e che anche se la terapia raggiunge la efficacia desiderata nella maggioranza dei soggetti, una quota non trascurabile di pazienti non risponde adeguatamente e deve interrompere il trattamento per problemi di inefficacia o di tossicità. Piani di intervento mirati sono infine in fase di definizione, in collaborazione con il Ministero degli Esteri, per i paesi dove l'epidemia provoca il maggior numero di vittime.

4.3 L'ATTIVITA' SVOLTA DAL CENTRO OPERATIVO AIDS

Introduzione

Di seguito si riporta una breve sintesi delle principali attività svolte nell'ambito del reparto AIDS malattie sessualmente trasmesse, precedentemente denominato Centro Operativo AIDS (COA). Nel rapporto che segue si farà riferimento sia alle attività di ricerca epidemiologica che a quelle di servizio e sorveglianza epidemiologica.

4.3.1 Attività di sorveglianza

4.3.1.1 Registro AIDS (RAIDS)

La sorveglianza dell'AIDS è un'attività specifica del COA, che provvede alla gestione delle schede di notifica dei casi nonché alla pubblicazione di rapporti sull'andamento dell'epidemia. I dati del registro sono resi disponibili, criptandone l'identificazione, a studiosi italiani e stranieri, e confluiscono, per singoli records, alla Banca Dati Europea. Il COA provvede alla diffusione di un aggiornamento semestrale (fino al 1998 trimestrale) dei dati sui nuovi casi di AIDS che viene pubblicato sul notiziario dell'Istituto superiore di sanità.

Il Registro serve da base per una serie di studi collaterali, quali:

- lo studio sistematico del ritardo di notifica, che ha permesso di correggere il trend e fornire dati maggiormente accurati ed aggiornati;
- la verifica dei decessi per AIDS (Codice ISTAT 279.1) e dello stato in vita dei pazienti con AIDS, che permette la stima della sottonotifica dei casi di AIDS e l'elaborazione di accurate stime di sopravvivenza. I risultati di questo progetto hanno suggerito che circa il 6% dei casi di AIDS non viene notificato al RAIDS. A partire dal 1996 si è evidenziato un significativo allungamento della sopravvivenza dei pazienti con AIDS;
- lo sviluppo di modelli matematici per la previsione dell'andamento della malattia, in particolare la "back-calculation", che ha permesso di costruire le basi epidemiologiche su cui si è articolato il Piano Nazionale AIDS nell'ultimo triennio. Questa linea ha ottenuto diversi risultati importanti, permettendo di ricostruire l'incidenza dell'infezione da HIV nel nostro

paese, nonché di valutare con migliore approssimazione in rispetto al passato le dimensioni dell'epidemia HIV in Italia. I modelli di "back-calculation", però, vanno ora rivisti, dal momento che l'introduzione delle nuove combinazioni di farmaci antiretrovirali ha modificato il tempo di incubazione, uno dei parametri essenziali per la costruzione di tali modelli;

- indagini sui casi a trasmissione non nota sono state da tempo avviate ed hanno portato alla riclassificazione di un elevato numero di pazienti che inizialmente non avevano fattori di rischio noti.

• **SORVEGLIANZA DELL'INFEZIONE DA HIVS E INDAGINI SIEROLOGICHE**

Un crescente interesse viene dedicato alla stima del numero degli infetti ed al trend dell'infezione da HIV, in modo da consentire una tempestiva conoscenza del fenomeno, secondo anche quanto indicato dalla Commissione nazionale AIDS.

Analogamente a quanto avviene negli Stati Uniti ed in altri paesi europei, l'effetto di popolazione delle nuove terapie anti-retrovirali ha determinato la necessità di affiancare ai tradizionali sistemi di sorveglianza dell'AIDS dei sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV. Infatti, i parametri su cui si basano le stime effettuate in base ai modelli di "back-calculation" (es. andamento dell'incidenza dei casi di AIDS e distribuzione dei tempi di incubazione dell'AIDS) sono ora fortemente condizionati dal trattamento. I sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, attivi a livello di alcune regioni, devono essere implementati in altre aree del Paese. Ciò implica la necessità di un coordinamento attivo di tali sistemi (regionali o provinciali) da parte del COA, nonché di un supporto tecnico alle regioni che lo richiedono.

4.3.1.3 LA SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

Iniziata nel 1991, ha avuto come obiettivo principale quello di arrivare ad una conoscenza realistica ed accurata della diffusione delle patologie sessualmente trasmesse in Italia. In particolare, tale sistema ha consentito l'identificazione di variazioni nei trends delle singole patologie e dei fattori di rischio associati alle varie MST. Tale sistema di sorveglianza si è avvalso della collaborazione di una rete composta da oltre 40 centri pubblici per la diagnosi e cura delle MST ubicati in 19 regioni italiane, ed ha permesso di valutare la sottostima dei dati ISTAT rispetto alle principali MST. Il trend generale

delle nuove diagnosi di MST è risultato pressochè stabile negli ultimi cinque anni, con i condilomi al primo posto in termini di frequenza. Attualmente il sistema è in fase di totale revisione.

4.3.2 Attività di ricerca

4.3.2.1 Studi sulla storia dell'infezione da HIV

E' tutt'ora in corso uno studio di coorte su persone di cui si conosce la data della sierconversione con i seguenti obiettivi:

- stimare la distribuzione dei tempi di incubazione dell'AIDS e della sopravvivenza delle persone con infezione da HIV;
- identificare determinanti di progressione clinica;
- valutare eventuali indicatori clinici o marcatori di laboratorio in grado di predire l'evoluzione della malattia da HIV.
- valutare l'effetto di popolazione delle nuove terapie antiretrovirali.

Il COA ha inoltre attivamente partecipato alla gestione di altri studi osservazionali:

- Il DIANAIDS, uno studio di coorte su donne HIV-positive o negative, indirizzato a valutare le interrelazioni fra HPV e SIL;
- ICONA, una coorte multicentrica di pazienti HIV-positivi naive alla terapia antiretrovirale;
- Il Registro pediatrico italiano, che permette lo studio del decorso clinico dei bambini con infezione da HIV;
- Valutazione dell'approccio terapeutico in pazienti con infezione da HIV (Progetto 1%).

4.3.2.2 Studi su altri virus a trasmissione sessuale e/o parenterale

Sono in corso studi che riguardano in particolare alcuni virus erpetici, ed in particolare:

- studi di prevalenza di infezione da Herpes 1 e 2;
- studi di incidenza sulle infezioni da HIV ed altre MST a Modena (finanziato nell'ambito del Progetto AIDS;

- studi sulle caratteristiche dei test sierologici, sui fattori di rischio e sulle modalità di trasmissione, e sulla storia naturale dell'infezione da Herpes-8 (denominato anche Kaposi's Associated Herpesvirus);
- collaborazioni con l'NIH (caso-controllo sul sarcoma di Kaposi in Italia centromeridionale);
- studi finanziati nell'ambito dell'1% (tumori di origine virale nei pazienti sottoposti a trapianto d'organo);
- studi di prevalenza di TTV (Trasfusion Transmitted Virus) in popolazioni a rischio sessuale e parenterale.

4.4 IL TELEFONO VERDE AIDS

Il Telefono Verde AIDS (TVA) (800-861061) del Reparto AIDS e Malattie Sessualmente Trasmesse dell'Istituto superiore di sanità (ISS), istituito nel giugno del 1987 su indicazione della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS continua a svolgere, dopo circa 13 anni, attività di prevenzione primaria e secondaria sull'infezione da HIV e sull'AIDS alla popolazione generale, attraverso un'informazione scientifica erogata con il metodo del counselling telefonico. Tale intervento, che si basa sui principi e sulle tecniche del counselling vis a vis, ha lo scopo di:

- fornire informazioni scientificamente corrette, aggiornate e personalizzate;
- favorire attraverso il colloquio l'individuazione del "reale problema" dell'utente;
- prospettare insieme all'utente una gamma di soluzioni;
- facilitare la persona in difficoltà ad attuare modifiche comportamentali e decisionali necessarie per la diminuzione del disagio e dell'ansia;

Il Servizio TVA, anonimo e gratuito per l'utente, dispone di sei linee telefoniche ed è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 13.00 alle ore 18.00.

L'equipe del TVA composta da una coordinatrice (psicologa), da ricercatori psicologi, da un medico infettivologo, e da un tecnico di segreteria svolge:

- attività di counselling telefonico sull'infezione da HIV e sull'AIDS;
- attività di studio e di ricerca a livello nazionale e internazionale;
- attività di formazione teorico-pratica per operatori psico-socio-sanitari di Help-Lines e di Centri di ascolto.

Il servizio dispone di un software di data-entry e di gestione archivi on-line. I dati statistici raccolti durante l'attività telefonica riguardanti la provincia, il sesso, l'età, l'eventuale comportamento a rischio e il tipo di domanda, vengono immessi direttamente dall'operatore in personal computer, ciò consente una puntuale valutazione del processo informativo svolto.

Dal 20 giugno 1987 al 31 dicembre 1999 il TVA ha ricevuto un totale di 421.887 telefonate; di queste il 68,5% sono pervenute da utenti di sesso maschile, il 32,4% da utenti di sesso femminile.

Per quanto riguarda la distribuzione geografica delle chiamate, dal nord ne sono giunte il 47,8%, dal centro il 29,2%, dal sude il 15,3%, dalle isole il 6,5% e non indicato l'1,2%.

La distribuzione per classi di età evidenzia che il 77,2% delle telefonate proviene da utenti in età compresa tra i 20 e i 39 anni. I gruppi di utenti più rappresentati risultano essere i Non Fattori di Rischio (NFDR=coloro che non hanno corso alcun rischio) con il 33,0% e gli eterosessuali con il 32,5%.

Dall'analisi di un 1.117.789 quesiti si evince che l'80% di questi riguarda cinque argomenti specifici: informazione sul test con il 25,7% - modalità di trasmissione con il 12% - prevenzione con il 8,2%.

Alla luce di questi dati emerge che la necessità di informazioni sull'infezione da HIV è ancora molto forte. Nella prevenzione dell'infezione HIV e dell'AIDS, il mezzo telefonico si è rivelato uno strumento particolarmente utile, non solo per la rapidità d'accesso, ma anche perché, consentendo una comunicazione in forma anonima, permette il superamento di difficoltà di tipo psicologico e sociale dovuto alla visione della malattia e al disagio legato agli argomenti che riguardano la sfera sessuale.

Il Telefono Verde AIDS rappresenta, pertanto, non solo uno strumento rapido ed economico di informazione scientifica personalizzata, ma anche un osservatorio privilegiato per valutare i bisogni informativi della popolazione generale e per pianificare in modo più efficace eventuali interventi socio-sanitari.



ALLEGATO 1

Ministero della Sanità

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE UFFICIO – VI

PROGETTO OBIETTIVO AIDS 1998-2000

PAGINA BIANCA

PREMESSA

L'articolo 1, comma 1, lettera b), della legge 5 giugno 1990, n. 135, espressamente prevede l'aggiornamento degli interventi in materia di AIDS sulla base delle periodiche indicazioni formulate dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, in relazione alle previsioni epidemiologiche e alle conseguenti esigenze assistenziali. Il presente provvedimento è stato redatto secondo le indicazioni della suddetta Commissione e sulla base delle osservazioni formulate dalle regioni.

Il triennio trascorso, ha visto da una parte il consolidarsi di tendenze già evidenti negli anni precedenti, quali ad esempio i cambiamenti nelle caratteristiche dell'epidemia, e dall'altra considerevoli progressi nel campo delle conoscenze, in particolare della terapia, con la scoperta di nuovi farmaci antiretrovirali.

I grandi cambiamenti intervenuti, poi, nella riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale, da ultimo con il decreto legislativo n. 229 del 1999, hanno avuto ed avranno i loro effetti anche nel settore delle malattie infettive.

La risposta alle problematiche poste dall'infezione da HIV non potrà che essere allora, come in passato, articolata, atteso che tale patologia continua a rivestire implicazioni di diversa natura, coinvolge molteplici istituzioni (scuola, carceri, ecc.), attraversa trasversalmente diverse discipline dell'area medica (infettivologia, immunologia, virologia ecc.), necessita del supporto delle organizzazioni del privato sociale e del volontariato, abbisogna di essere indirizzata verso una pluralità di settori quali la prevenzione, l'assistenza, la ricerca e la terapia.

Inoltre, dopo oltre dieci anni di programmazione nazionale degli interventi, ai quali si sono affiancate iniziative di pianificazione a livello regionale, è auspicabile che tutte le regioni adottino presto un proprio Progetto Obiettivo.

Prima di fornire gli indirizzi per l'attuazione delle misure connesse alla lotta contro l'AIDS si è ritenuto opportuno fornire un quadro sintetico in ordine alla attuazione del Progetto Obiettivo 1994-96.

1. SINTESI SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEL PROGETTO OBIETTIVO AIDS 1994-96 NELLE REGIONI E NELLE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Alla data del 30 maggio 1997 da una ricognizione effettuata dal Ministero della sanità in ordine allo stato di attuazione del Progetto Obiettivo AIDS 1994-96 è emerso quanto segue:

tutte le regioni e le province autonome hanno recepito la normativa nazionale di settore, adottando provvedimenti formali di programmazione e di attuazione, anche in osservanza di apposite leggi regionali.

In particolare, si è rilevato che tutti gli assessorati alla sanità hanno attivato un sistema informativo di sorveglianza dei casi di AIDS e alcune regioni anche un sistema di notifica dell'HIV, in taluni casi limitato a specifiche categorie di popolazione o nell'ambito di appositi studi epidemiologici.

Alla gestione delle problematiche connesse all'AIDS è solitamente preposto un servizio o un ufficio di igiene pubblica ovvero una unità operativa di malattie infettive, ovvero ancora un osservatorio epidemiologico regionale (O.E.R.).

Nell'ambito della prevenzione sono stati effettuati, da parte delle regioni e delle province autonome, interventi nell'area:

- della tossicodipendenza, con programmi da strada e con misure di facilitazione per l'accesso ai SERT (in 16 regioni e nelle 2 province autonome);

- della prostituzione, con il contributo attivo delle associazioni di volontariato e con la diffusione di materiale informativo sul rischio comportamentale (in 10 regioni);
- della popolazione carceraria (in 9 regioni e nelle 2 province autonome), in quanto, nonostante nella popolazione degli istituti penitenziari si riscontri una significativa prevalenza dell'infezione da HIV, sono state evidenziate notevoli difficoltà di accesso alle strutture, attesi evidenti motivi di sicurezza.

Anche nell'ambito dell'informazione e dell'educazione sessuale, mirate alla popolazione in generale, sono state adottate apposite misure in 14 regioni e nelle 2 province autonome, dirette a mantenere elevata l'attenzione dell'opinione pubblica sull'epidemia.

Relativamente alla edificazione e/o ristrutturazione dei posti letto nei reparti di ricovero per malattie infettive e all'istituzione o al potenziamento dei laboratori di microbiologia, virologia ed immunologia, la legge 5 giugno 1990, n. 135 prevedeva un impegno di risorse economiche pari a circa lire 2.100 miliardi.

Difficoltà di vario genere hanno causato ritardi nell'attuazione di tale programma. Per quanto riguarda la realizzazione di posti letto, infatti, si sono attivate solo, in parte, cinque regioni su ventuno.

Relativamente all'istituzione e/o al potenziamento dei laboratori dedicati, è stato riscontrato che 8 regioni hanno istituito e/o potenziato i laboratori di microbiologia, virologia ed immunologia, mentre le altre non hanno ancora concluso gli interventi.

Per quanto attiene all'espletamento delle pubbliche selezioni per soli titoli di cui all'articolo 4, comma 1, della citata legge 135/90, vi hanno provveduto 17 regioni.

In riferimento al trattamento a domicilio, la maggior parte delle regioni ha adottato un preciso modello organizzativo.

Per la realizzazione degli spazi da adibire all'attività di ospedale diurno (day-hospital), prescritti dalla legge 135/90 e dal P.O. AIDS, si è riscontrato che in 15 regioni e nella provincia autonoma di Trento sono stati adottati i previsti interventi.

Non in tutte le regioni, comunque, il grado di attivazione dei posti letto in regime di D.H. risulta essere quello prescritto.

Solo 12 regioni hanno stipulato convenzioni con le associazioni di volontariato pubbliche e private per l'erogazione delle prestazioni domiciliari ai pazienti con AIDS. In larga parte, l'adozione di tali misure è stata delegata alle singole aziende sanitarie di appartenenza.

Tutte le regioni e le province autonome hanno organizzato ed effettuato i corsi di formazione e di aggiornamento professionale diretti al personale operante nei reparti di malattie infettive.

La partecipazione ai suddetti corsi non è stata, di norma, estesa anche agli operatori sanitari dei reparti assimilati e a quelli delle strutture che si trovano, comunque, a gestire procedure e materiali biologici nell'ambito dell'infezione da HIV, secondo quanto esplicitato sia nell'articolo 1, comma 1, punto b) della legge 135/90 che nel Progetto Obiettivo AIDS 1994-96.

Il disposto dell'articolo 9, comma 2 della legge n. 135/90, relativo alla istituzione dei Centri di riferimento regionali AIDS, ha trovato una sostanziale attuazione in diciassette regioni.

Sulla scorta di quanto rilevato nel corso delle indagini conoscitive effettuate presso gli Assessorati alla sanità delle 19 regioni e delle 2 Province Autonome, è possibile pervenire ad alcune conclusioni che evidenziano, da un lato gli sforzi e gli interventi messi in atto dalle regioni più colpite dalla diffusione dell'infezione, dall'altro anche evidenti lacune nell'attuazione di alcuni aspetti del Progetto Obiettivo AIDS 1994-96.

In alcuni casi, infatti, è stato riscontrato un congruo impegno legislativo, di programmazione e attuativo e, per alcune regioni, ben prima della approvazione della legge n. 135/90, già al primo verificarsi della forma epidemica nel Paese.

Per quanto riguarda invece le carenze rilevate, si sottolinea che, nell'ambito della informazione e della prevenzione, la maggior parte degli interventi compiuti

hanno avuto scarsa incisività, unitamente ad una generale mancanza di valutazione dell'impatto in termini di salute sulle popolazioni bersaglio, soprattutto ai fini di una effettiva modifica dei comportamenti a rischio.

Gli sforzi più rilevanti sono stati riscontrati nell'area della tossicodipendenza, mentre altri settori, quali prostituzione e carceri, hanno trovato minor spazio nella programmazione degli interventi di prevenzione regionali.

Per quanto riguarda l'informazione dei giovani in ambiente scolastico, non sempre i già pochi protocolli d'intesa con i provveditorati agli studi hanno avuto, nelle varie realtà locali, l'auspicato seguito applicativo ed ottenuto i risultati attesi nell'ambito informativo ed educativo dell'apprendimento e della modifica dei comportamenti.

Per quanto riguarda l'implementazione di forme di assistenza extraospedaliera, che costituiscono un importante obiettivo, va sottolineato che la maggior parte delle regioni e province autonome ha recepito modelli di trattamento extraospedaliero ed ha formalizzato con appositi atti deliberativi la stipula, con le associazioni di volontariato, di apposite convenzioni, la cui attuazione è stata demandata alle singole aziende sanitarie.

Da ultimo, è importante rilevare che la maggior parte delle regioni ha definito quali Centri di riferimento AIDS, enti, strutture, uffici o servizi già esistenti, prevedendo una stretta collaborazione con gli assessorati regionali per le funzioni prescritte dall'articolo 9, comma 2 della legge 135/90. Tuttavia, è stato rilevato che, nonostante la formale istituzione di detti Centri, spesso essi non svolgono tutti i compiti prescritti dalla suddetta legge.

2. L'EPIDEMIOLOGIA DELL'INFEZIONE DA HIV/AIDS

Per una più completa comprensione delle dinamiche relative all'epidemia di infezione da HIV e della malattia di AIDS, è probabilmente utile una schematica descrizione dei modelli epidemici. Occorre, innanzitutto, tener conto che un'epidemia si può sviluppare nelle popolazioni a condizione che R^0 (tasso di base di riproduzione dell'infezione) > 1 , cioè che ogni persona infetta, durante la sua vita, infetti più di una persona. R^0 è determinato da alcuni fattori principali, specifici di ciascuna modalità di trasmissione dell'infezione:

- probabilità di trasmissione per singolo contatto tra persone infette e suscettibili;
- tasso di acquisizione di nuovi contatti per unità di tempo;
- durata dell'infezione/contagiosità.

Ad un tempo determinato dell'epidemia assumono inoltre rilievo:

- la prevalenza di infezione, cioè la probabilità, in un contatto potenzialmente efficace, di incontrare una persona infetta;
- la frazione di popolazione esposta alle specifiche modalità di trasmissione.

Come per tutte le infezioni trasmissibili per via ematica e sessuale, è noto che la diffusione dell'epidemia nella popolazione generale dipende essenzialmente dal ruolo di una o più popolazioni "serbatoio", nelle quali R^0 abbia valori elevati. La frazione di popolazione esposta alle modalità di trasmissione che caratterizza le popolazioni "serbatoio", è quindi rilevante nel condizionare le dinamiche epidemiche; oltre a ciò, rilievo progressivamente maggiore acquistano le dinamiche di contatto tra popolazioni "serbatoio" e popolazione generale, il cosiddetto "mixing pattern".

In Italia la popolazione delle persone tossicodipendenti ha indubbiamente svolto la funzione di popolazione "serbatoio", mentre un ruolo minore è stato svolto dalle persone di sesso maschile che hanno avuto rapporti sessuali con persone dello stesso sesso. Nelle fasi iniziali dell'epidemia, l'incidenza di infezione HIV, che ha

raggiunto la maggiore diffusione tra il 1986 e il 1987, è stata soprattutto sostenuta dalla popolazione dei tossicodipendenti.

Tale popolazione è caratterizzata da un rapporto maschi/femmine di circa 4,5/1, ed ha frequenti rapporti sessuali con la popolazione generale. In particolare, i tossicodipendenti maschi hanno in maggioranza partner sessuali stabili tra le persone non tossicodipendenti. Inoltre, la prostituzione di maschi e femmine tossicodipendenti, costituisce un importante canale di contatto tra tossicodipendenti e non. Pertanto, in occasione di un contatto sessuale casuale, per una donna in popolazione generale è circa 5 volte più probabile incontrare un partner che è stato tossicodipendente di quanto non lo sia per un maschio in popolazione generale.

Nell'infezione da HIV, come in tutte le malattie sessualmente trasmissibili, la probabilità di trasmissione nel rapporto maschio infetto-femmina suscettibile è maggiore, rispetto al rapporto femmina infetta-maschio suscettibile.

Queste due condizioni fanno in modo che i maschi tossicodipendenti abbiano un ruolo dominante nella diffusione dell'infezione tra le donne non tossicodipendenti.

E' possibile affermare che anche oggi la maggior parte delle nuove infezioni da HIV di persone non tossicodipendenti avviene attraverso rapporti sessuali con persone che sono o sono state tossicodipendenti. Non è possibile verificare invece con sufficiente validità l'ipotesi che oggi l'epidemia di infezione da HIV si possa autosostenere nella popolazione generale, abbia cioè un $R^0 > 1$, per la modalità di trasmissione sessuale. La possibilità di una "autonomia" dell'epidemia in popolazione generale dipende anche dalla prevalenza attuale di infezione nella stessa popolazione generale.

E' possibile affermare con sufficiente validità, che fin dall'inizio degli anni '90 interventi efficaci di prevenzione nella popolazione dei tossicodipendenti avrebbero impedito il diffondersi dell'epidemia nella popolazione generale.

2.1 L'efficacia dei trattamenti anti-etrovirali e le dinamiche epidemiche

E' necessario valutare con attenzione il possibile effetto sulle dinamiche epidemiche dei trattamenti disponibili.

Esistono chiare evidenze di efficacia di un trattamento antiretrovirale perinatale nella riduzione del tasso di trasmissione verticale dell'infezione da HIV. Al di là di possibili ipotesi plausibili biologicamente, manca ancora l'evidenza di efficacia della capacità dei trattamenti antiretrovirali di ridurre l'infettività delle persone con infezione da HIV. E', altresì, ampiamente dimostrato che alcuni trattamenti possono invece migliorare la qualità della vita delle persone infette e prolungarne la sopravvivenza.

Tali effetti hanno la conseguenza di aumentare la durata dell'infettività, quindi sono determinanti di un possibile incremento dell'incidenza di infezione da HIV, in assenza di una modifica della probabilità di trasmissione. E' possibile che all'aumento di durata dell'infettività, possa corrispondere però una riduzione della contagiosità data la riduzione della viremia indotta da chemioterapia efficace nel ridurre la trasmissione, come accade in altri modelli.

Il contatto con strutture di cura può essere efficace, in misura peraltro non dimostrata, solo se accompagnato da adeguati interventi di counselling.

Occorre, pertanto, tener conto che una maggiore efficacia dei trattamenti, nel migliorare la qualità della vita e la sopravvivenza delle persone con infezione da HIV, potrebbe comportare una maggiore incidenza di infezione da HIV nella popolazione. Ciò significa che ad un'eventuale maggiore disponibilità di trattamenti efficaci, deve corrispondere un incremento ed una maggiore efficacia degli interventi di prevenzione.

2.2 Le dinamiche dell'epidemia

Per una efficace analisi dello stato e delle dinamiche dell'epidemia sono rilevanti le conoscenze sui seguenti parametri:

- incidenza di infezione da HIV;
- prevalenza di infezione da HIV;
- incidenza di AIDS;
- prevalenza di AIDS.

Sino ad oggi si sono verificati oltre 41.000 casi cumulativi di AIDS ed un totale di circa 95-125.000 infezioni. Le persone con infezione da HIV attualmente in vita si stima siano circa 80.000, di cui almeno 12.000 con AIDS.

E', inoltre, rilevante, la stima di tali parametri nella popolazione generale e nei sottogruppi di popolazione a rischio ed in tempi diversi. Per quanto riguarda le dinamiche epidemiche, sono possibili alcune affermazioni caratterizzate da un diverso grado di incertezza:

- è certo che l'incidenza osservata di casi di AIDS è in apparente decremento, in contrasto con quanto atteso sulla base delle dinamiche di incidenza di infezione da HIV negli anni passati. Continuano ad essere presenti, inoltre, forti eterogeneità geografiche nella incidenza e prevalenza dei casi di AIDS, peraltro rilevate sin dall'inizio dell'epidemia.
- E' probabile che l'incidenza di nuove infezioni si stia stabilizzando. Ciò è evidenziato anche dai sistemi di sorveglianza delle nuove infezioni, attualmente attivi solo in alcune regioni, che dimostrano, dopo un certo declino durato anni, una inversione di tendenza. Nell'allegato 1 è riportata circostanziatamente la situazione dei casi di AIDS aggiornata al 30 giugno 1999 (All.1).
- E' probabile che la prevalenza di casi di AIDS, come oggi definita, sia stabile o in lieve diminuzione, dal momento che fino a pochi mesi fa non si era notato un

significativo aumento della sopravvivenza osservata, a causa probabilmente di una posticipazione della diagnosi di AIDS a livelli molto bassi di CD4. Si tratta però di rilievi che necessitano di nuove verifiche su dati maggiormente aggiornati.

- E' abbastanza certo che l'incidenza di infezione da HIV sia in diminuzione nella popolazione dei tossicodipendenti;
- E' abbastanza certo che la prevalenza di infezione da HIV sia tendenzialmente stabile nella popolazione dei tossicodipendenti;
- E' incerto che l'incidenza di infezione da HIV sia in aumento, inferiore alle previsioni, nelle donne di popolazione generale.
- E' incerto che la prevalenza di infezione da HIV sia in lieve aumento nelle donne di popolazione generale.

La diminuzione dei casi di AIDS dovuta all'effetto delle terapie combinate e l'incertezza sull'attuale durata del tempo d'incubazione, rendono problematica l'applicazione di modelli matematici, di tipo "back-calculation", per la stima dell'andamento dell'infezione da HIV. Ciò rende necessaria l'utilizzazione di sistemi di sorveglianza delle nuove infezioni a livello regionale.

In conclusione, si può prevedere nel prossimo futuro un lieve incremento di persone infette, una tendenza al cambiamento delle caratteristiche della popolazione infetta, con la diminuzione dei tossicodipendenti, e l'aumento della trasmissione per via sessuale.

Le nuove strategie terapeutiche impongono una rapida valutazione dei possibili effetti su alcuni parametri importanti per lo studio delle dinamiche epidemiche, dal tempo di incubazione alla probabilità di trasmissione. La riformulazione di stime e proiezioni e la valutazione di quelle effettuate in passato, assume una notevole importanza in termini di programmazione sanitaria, accesso al trattamento e strategie di prevenzione.

3. LA PREVENZIONE

La continuità e la visibilità delle iniziative di prevenzione costituiscono, anche nelle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, un fattore di fondamentale importanza ai fini della efficacia degli interventi e della modificazione dei comportamenti a rischio. Premessa di tali iniziative è che esse devono essere concertate fra le varie istituzioni, onde garantire l'efficienza e l'efficacia dei programmi di intervento, nel rispetto di un approccio multidimensionale del problema. Dal momento, poi, che le modalità di trasmissione dell'infezione da HIV coinvolgono i comportamenti strettamente privati, deve essere prevista la indispensabile cooperazione degli individui e delle famiglie, secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità che già nel 1988 invitava gli Stati membri ad assumere iniziative finalizzate ad evitare atteggiamenti di discriminazione o stigmatizzazione nei confronti delle persone sieropositive.

Il processo di aziendalizzazione e la puntuale definizione di un assetto organizzativo che prevede la separazione fra soggetti acquirenti e produttori di servizi sanitari nonchè, in questa particolare area, una forte interazione fra interventi sanitari e non sanitari, sia sul versante degli acquirenti che dei produttori, rende necessario, sulla base delle indicazioni fornite dai modelli epidemiologici, assicurare la corrispondenza fra le azioni di prevenzione delle diverse istituzioni, secondo la logica della cooperazione fra pubblico, privato sociale e volontariato, e le priorità evidenziate. Dette azioni sono a loro volta correlate alle risorse. Azioni, risorse e priorità, sono inoltre correlate anche alle caratteristiche dell'area geografica di riferimento.

Il riferimento istituzionale presso il Ministero della sanità, ove vengono definite le strategie di prevenzione, è il Dipartimento della prevenzione che assolverà una funzione di coordinamento nei confronti delle altre amministrazioni centrali e

regionali interessate dal problema AIDS. Inoltre la pianificazione delle iniziative non potrà non prevedere a livello centrale il coinvolgimento dell'Istituto superiore di sanità, del Consiglio nazionale delle ricerche, delle università e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Il riferimento istituzionale a livello degli assessorati regionali alla sanità è rappresentato dalle rispettive unità organizzative competenti in materia di prevenzione, che assolveranno una funzione di coordinamento delle istanze subregionali.

Nell'ambito delle aziende sanitarie locali il riferimento istituzionale è rappresentato dai distretti, i quali operano in stretta collaborazione con tutte le strutture che svolgono attività di prevenzione nei confronti dell'infezione da HIV, tra le quali, in primo luogo, i SERT.

Nell'ottica dell'integrazione tra gli interventi sanitari e quelli a valenza sociale, previsti dal recente decreto legislativo n. 229 del 1999, va tenuto conto dell'importanza del ruolo degli enti locali nelle attività di prevenzione e promozione della salute.

Infine, non certo per importanza, va segnalato il ruolo della famiglia nell'opera di prevenzione e di educazione dei giovani sul tema dell'AIDS.

3.1 Le priorità degli interventi di prevenzione

Sulla base delle evidenze epidemiologiche disponibili si possono individuare le seguenti priorità dei programmi di prevenzione:

- sviluppare, diffondere e potenziare i programmi di riduzione del danno nella popolazione delle persone tossicodipendenti, soprattutto con l'aumento dell'offerta e della accessibilità ai trattamenti farmacologici di mantenimento, al materiale iniettivo, ai profilattici, alle unità da strada per il contatto con le persone tossicodipendenti che

non frequentano i relativi servizi territoriali di assistenza, in accordo con i comuni e le aziende sanitarie;

- potenziare nell'ambito dei progetti di educazione alla salute quelli relativi al superamento della condizione della tossicodipendenza;
- sviluppare, diffondere e potenziare i programmi di riduzione del danno nelle persone che si prostituiscono, soprattutto con l'aumento dell'offerta dei profilattici, con la organizzazione di unità da strada per il contatto e l'informazione delle medesime, nonché i centri di accoglienza per coloro che si trovano in maggiori difficoltà
- indirizzare i programmi di prevenzione verso la popolazione generale, curando in particolare l'informazione e la sensibilizzazione sui dati relativi all'andamento dell'infezione tra donne e uomini di popolazione generale, e sulla necessità di adottare comportamenti precauzionali adeguati;
- concentrare gli sforzi educativi, informativi e di sensibilizzazione alla prevenzione dell'infezione da HIV e delle altre malattie sessualmente trasmissibili tra i giovani, in tutta la fase pre-adolescenziale, e sui gruppi di giovani che non frequentano la scuola o che vivono in ambienti sociali fortemente degradati ed emarginati;
- rimarcare nelle campagne informative destinate alla popolazione generale l'importanza dei comportamenti solidaristici e non discriminatori nei confronti delle persone sieropositive.

E' necessario, inoltre, che tutti gli interventi ed i programmi di prevenzione e di educazione prevedano sistemi di valutazione di impatto e di efficacia.

L'area della prevenzione è sempre stata considerata nei diversi aspetti dell'informazione, dell'educazione alla salute, della formazione e dell'aggiornamento professionale. Per ognuno di questi settori vengono di seguito formulate apposite proposte di intervento.

3.2 L'informazione

Dal 1988 ad oggi sono state realizzate sei campagne informative sull'AIDS, che hanno costituito la principale azione di prevenzione su larga scala a livello istituzionale e il principale punto di riferimento per le diverse iniziative attuate a livello locale.

Gli interventi previsti dalle campagne hanno sufficientemente raggiunto gli obiettivi di informazione della popolazione generale, tranne quello relativo alla riduzione dei comportamenti a maggior rischio.

Si tratta ora di rafforzare ulteriormente tali cognizioni, di mantenere desta l'attenzione della opinione pubblica verso il problema, di non abbassare la guardia nella lotta contro la malattia, di continuare ad effettuare iniziative di informazione verso le persone con comportamenti a rischio (tossicodipendenti, omosessuali, bisessuali ecc.) nonché verso le persone con infezione da HIV, di avere maggiore attenzione verso il fenomeno dell'immigrazione proveniente da paesi ad alta endemia di infezione da HIV, di ottenere quella modifica dei comportamenti che solo nel lungo periodo e con iniziative informative continue sono raggiungibili.

Occorre, inoltre, una informazione permanente sulle metodiche di protezione dall'infezione da HIV e sul rischio dell'aggravamento determinato dalle patologie ad essa correlate, come le infezioni opportunistiche, e dagli stili di vita che maggiormente espongono alla malattia. Tale tipo di informazione va diffusa non solo tramite campagne sui mezzi di comunicazione, ma anche attraverso canali tra piccoli gruppi, come la scuola e il mondo del lavoro.

Il quadro epidemiologico indica chiaramente che in futuro le iniziative di informazione dovranno essere a carattere mirato, e non più solo nei riguardi dei gruppi presso i quali la malattia è maggiormente diffusa, ma anche nei confronti di quelli che presentano una più elevata probabilità di seguire comportamenti a rischio, cioè i giovani, le donne non tossicodipendenti e gli adulti, uomini e donne "single",

rimarcando l'importanza dell'esecuzione del test per la ricerca degli anticorpi anti-HIV. Una corretta informazione sul rischio di trasmissione verticale va, altresì, fornita alle donne che decidono di intraprendere una gravidanza.

Tutte le iniziative, inoltre, devono essere attraversate trasversalmente da messaggi improntati alla solidarietà nei confronti delle persone sieropositive, al fine di eliminare pregiudizi riprovevoli e timori infondati.

Infine, è importante individuare nuove strategie di comunicazione.

3.3 L'educazione alla salute

Gli interventi da attuare in tale settore sono destinati soprattutto ai giovani ed hanno lo scopo di ridurre l'incidenza delle infezioni trasmissibili per via ematica e sessuale.

Nella quarta e nella quinta campagna informativa si è provveduto, mediante lo svolgimento di corsi di formazione destinati, rispettivamente, ai presidi delle scuole secondarie superiori e ai docenti referenti per la educazione alla salute, ad affidare ai capi di istituto e agli insegnanti le attività educative ed informative nei confronti dei giovani in età scolare, con l'apporto e il contributo delle strutture sanitarie.

In una prospettiva di continuità può essere considerata, nell'ambito della predisposizione di uno specifico piano di cui andrà valutato l'impatto, l'attivazione di una rete di docenti referenti che operano a livello provinciale e d'istituto, estesa a tutti gli insegnanti interessati e a tutti gli operatori socio-sanitari, al fine di valutare e documentare l'attività svolta, laddove la stessa risulti connotata da unitarietà progettuale e complessivamente formativa.

Tale iniziativa può costituire il punto di partenza di una formazione integrata che coinvolga tutte le figure professionali interessate alle iniziative nonchè i genitori o i loro rappresentanti, da realizzarsi attraverso momenti comuni di riflessione sugli

specifici ruoli e funzioni ed affiancata da momenti operativi di progettazione condivisa. Essa trova piena legittimazione e supporto nella direttiva n. 600/96 del Ministero della pubblica istruzione e nei programmi di educazione alla salute e di prevenzione elaborati dallo stesso Ministero.

Al fine poi di operare un proficuo scambio di esperienze, di procedere ad una comparazione qualitativa delle attività di prevenzione ed individuare modelli trasferibili in altre realtà istituzionali ed educative, si propone che periodicamente (due volte all'anno e se del caso allargando il confronto a livello europeo) siano organizzati incontri tra operatori della scuola, della sanità e dell'assistenza impegnati nella realizzazione delle suddette attività di promozione alla salute.

Le proposte che perverranno dalle singole istituzioni scolastiche potranno costituire, altresì, la base per programmare gli interventi, così da garantire incisività ed efficacia.

Si ritiene opportuno, inoltre, la progettazione e realizzazione di linee guida di prevenzione prodotte attraverso una contrattazione formativa tra adulti e giovani che consenta a questi ultimi di sentirsi garantiti rispetto a un processo formativo che è interesse comune e obiettivo individuale, articolato nelle seguenti fasi di intervento:

- formazione in servizio dei docenti referenti e del personale socio-sanitario per ripensare la prevenzione attraverso un riequilibrio dei ruoli, delle persone operatori e delle rispettive funzioni;
- avvio di attività di ricerca condotte dai docenti, da esperti delle aziende sanitarie e da studenti in alcune città campione, finalizzate ad elaborare linee-guida di prevenzione prodotte dai ragazzi;
- valutazione del prodotto e sua diffusione.

Resta da approfondire l'azione nei riguardi dei giovani che non frequentano le istituzioni scolastiche, presenti soprattutto nelle periferie delle grandi aree urbane, i quali rappresentano un gruppo ad alto rischio. Un mezzo appropriato per raggiungere tale popolazione si ritiene possa essere quello del contatto diretto nei luoghi di

maggior concentrazione o aggregazione, anche attraverso operatori sociali, educatori professionali e volontari, in particolare negli ambienti di lavoro e nel mondo dello sport.

Ampia attenzione va inoltre dedicata ai giovani che non hanno ancora iniziato l'attività sessuale o che stanno avendo le prime esperienze sessuali, anche mediante l'istituzione di corsi di educazione sessuale.

E' necessario, ai fini della efficacia degli interventi nelle scuole, che la collaborazione tra il Ministero della sanità e quello della pubblica istruzione si rafforzi a livello centrale attraverso la predisposizione di forme adeguate di coordinamento, controllo, valutazione e documentazione delle iniziative attivate, e migliori, comunque, anche a livello periferico, al fine di evitare che possano verificarsi ritardi nella attuazione delle iniziative di prevenzione ovvero sovrapposizioni tra gli interventi stabiliti centralmente e quelli definiti a livello locale.

3.4 La formazione e l'aggiornamento professionale

E' opportuno che i corsi di formazione di base di tutte le figure professionali coinvolte negli interventi prevedano momenti formativi adeguati.

La vasta attività formativa svolta dall'Istituto superiore di sanità con il Piano nazionale di formazione per la lotta all'infezione da HIV (P.F.H.), ha consentito dal 1990 al 1996 di realizzare 118 corsi (di cui 99 organizzati a livello centrale e 19 a livello periferico) che hanno formato oltre 3300 partecipanti appartenenti a diverse categorie di operatori professionali interessati a vario titolo all'infezione da HIV.

Gli ultimi due anni hanno visto l'attività di formazione particolarmente dedicata ai settori della prevenzione e dell'assistenza ai malati.

La strategia di formazione a cascata Stato-regioni ha dato risultati discordanti nell'ambito delle stesse, rivelando difficoltà degli enti regionali nell'ottimale utilizzo

delle risorse formative costituite a livello centrale, nonché limiti di azione e di strategia del Piano nazionale di formazione per la lotta all'infezione da HIV.

Analogamente è apparso sempre più chiaro che l'attività di controllo e di prevenzione dell'infezione da HIV, fortemente si embrica con quella riguardante le altre malattie infettive mediante il coinvolgimento a livello periferico delle stesse figure professionali.

Essenziale resta l'aggiornamento del personale sanitario che opera nei reparti di malattie infettive e in quei reparti prevalentemente impegnati, secondo i piani regionali, nell'assistenza alle persone con AIDS.

Il finanziamento di tali corsi di formazione e aggiornamento professionale previsti dalla legge n. 135 del 1990, per complessive lire 35 miliardi annue, ha consentito fino ad oggi di formare circa 1000 medici, 3500 infermieri e 1200 unità di altro personale. Tale finanziamento non è confluito come per le risorse destinate agli altri interventi, previsti dalla citata legge, nel Fondo sanitario nazionale, bensì è stato vincolato alla presentazione da parte delle regioni di una relazione sulla modalità di utilizzazione delle somme loro assegnate comprovante l'effettivo svolgimento dei corsi, che devono essere realizzati dappertutto, sulla base della nuova disciplina emanata con il D.M. 25 luglio 1995, coinvolgendo anche il personale che svolge l'assistenza domiciliare. E' opportuno che vengano previsti, nell'ambito dei suddetti corsi, programmi volti al miglioramento della qualità dell'assistenza.

Si ritiene, inoltre, necessario, rendere obbligatorio l'insegnamento della disciplina delle malattie infettive nei corsi per l'acquisizione del diploma universitario per infermiere.

Infine, si è dell'avviso che gli interventi di formazione, dopo circa dieci anni di distanza dall'avvio delle prime iniziative di aggiornamento, vadano ridefiniti ed orientati sulla base degli obiettivi e della programmazione regionali nonché con riferimento alle esperienze acquisite ed ai risultati ottenuti a livello locale, coinvolgendo, comunque, tutti i profili sociali coinvolti.

4. LA QUALITA' DELL'ASSISTENZA

La legge n. 135 del 1990 ha autorizzato un articolato programma di interventi finalizzato al potenziamento degli organici del personale, alla formazione degli operatori sanitari, al potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti e all'attivazione di servizi per il trattamento a domicilio delle persone affette da AIDS e patologie correlate, per l'attuazione del quale sono stati ripartiti finanziamenti specifici, a carico del Fondo sanitario nazionale, tra le regioni e province autonome con vincolo di destinazione ai settori indicati.

L'attuazione degli interventi previsti dalla legge nelle diverse regioni presenta significative differenziazioni per quanto riguarda l'attuazione del programma di costruzione o di ristrutturazione dei posti letto nei reparti malattie infettive, l'istituzione di posti nelle case alloggio, l'attivazione dell'assistenza domiciliare o l'ospedalizzazione domiciliare, il potenziamento delle attività diagnostiche.

Vi sono, infatti, regioni che hanno realizzato gli interventi previsti, regioni che hanno attuato detti interventi solo parzialmente e regioni che non hanno realizzato alcun intervento.

Sulla base dei dati epidemiologici disponibili, è opportuna una ridefinizione del numero dei posti letto previsti dal programma di cui all'articolo 2 della legge n. 135 del 1990, privilegiando l'aumento dei letti di day hospital, il potenziamento degli ambulatori dei reparti di malattie infettive, l'adeguamento e la ristrutturazione dei reparti esistenti di malattie infettive, a volte non idonei a mantenere livelli adeguati di assistenza e di efficienza.

A questo proposito è fondamentale sottolineare l'urgenza di tale adeguamento strutturale soprattutto in riferimento alla diffusione di infezioni tubercolari da ceppi multiresistenti in persone con infezione da HIV, oltre che alla necessità di ricoverare

persone con altre malattie infettive, ricordando, in particolare, la necessità, di far fronte alle emergenze infettivologiche con speciale riferimento alle patologie da importazione.

La qualità dell'assistenza non riguarda esclusivamente le strutture assistenziali, ma richiede anche una verifica dell'adeguatezza del tipo di assistenza offerta (disponibilità delle risorse, tempestività dell'intervento terapeutico, accessibilità alle tecniche diagnostiche e ai presidi terapeutici necessari, integrazione tra servizi, continuità dell'assistenza, professionalità del personale, informazione e consenso sui differenti interventi sia diagnostici che terapeutici, rispetto dei diritti dell'utente ecc.).

L'adeguatezza del livello assistenziale dovrà essere verificata mediante lo strumento dell'accreditamento: a questo scopo potrebbe essere utile inserire nelle relative procedure un settore specifico per l'infezione da HIV che permetta di graduare, in base ad un punteggio, la tipologia di assistenza erogata dalle singole unità operative.

L'assistenza alle persone con infezione da HIV richiede una continuità assistenziale che preveda anche il potenziamento dell'assistenza extra-ospedaliera. Le singole regioni e province autonome determineranno, in relazione alle specifiche esigenze, i settori, i modelli e il livello di detto potenziamento.

La rete assistenziale può così configurarsi:

- strutture del territorio di primo livello (SERT, consultori, ambulatori, centri per le malattie a trasmissione sessuale);
- ambulatori dei reparti di malattie infettive;
- day hospital dei reparti di malattie infettive;
- reparti di ricovero di malattie infettive;
- assistenza domiciliare integrata e ospedalizzazione domiciliare;
- case alloggio e residenze collettive per pazienti con necessità anche di tipo sociale non necessariamente già affetti da AIDS;

- "hospice" per pazienti in fase terminale.

In particolare, i SERT dovrebbero svolgere un ruolo ed una funzione orientati verso interventi di prevenzione più che di assistenza, in considerazione dell'aumentata complessità assistenziale e dell'elevato grado di specializzazione richiesto dalla somministrazione e dal monitoraggio dei nuovi farmaci.

Per ciò che concerne l'assistenza domiciliare integrata, l'ospedalizzazione a domicilio e gli "hospice" è opportuno potenziarle e definire linee guida che prendano in considerazione i seguenti punti:

- a) criteri di eleggibilità del paziente;
- b) requisiti dell'équipe;
- c) prestazioni da erogare sia di tipo strettamente sanitario che di tipo psico-sociale;
- d) aspetti organizzativi, comprendenti anche i vari soggetti che contribuiscono all'erogazione dell'assistenza stessa;
- e) criteri di verifica;
- f) tariffe differenziate.

Fermo restando le caratteristiche dell'ospedalizzazione a domicilio, secondo quanto previsto dal precedente "Progetto Obiettivo AIDS 1994-1996", bisognerà realizzare l'assistenza a domicilio nella forma dell'assistenza domiciliare integrata. Tale attività assistenziale potrà essere assicurata organizzando e coordinando le attività in termini dipartimentali, con l'impiego del personale dei presidi ospedalieri (segnatamente delle unità operative di malattie infettive) e dei servizi delle aziende sanitarie, ivi compresi gli operatori del servizio di guardia medica e di emergenza territoriale nonché con il concorso, per quanto di competenza, dei medici di medicina generale.

In quest'ottica la ridefinizione del contenuto del mansionario infermieristico, ed in particolare la rimozione delle norme che impediscono agli infermieri di poter svolgere anche a domicilio le attività che ordinariamente svolgono in ambito ospedaliero, assuma particolare significato.

Questo per quanto attiene alla parte più strettamente sanitaria, per quanto riguarda invece quella sociale, è opportuno che vengano promosse forme di integrazione tra l'assistenza sanitaria e quella sociale, coinvolgendo, ove possibile, le organizzazioni del volontariato, del privato sociale e i comuni.

A proposito delle suddette organizzazioni si ritiene che:

- a) le attività svolte sia dalle associazioni di volontariato sia dalle organizzazioni assistenziali private, debbano essere integrative e complementari, e non sostitutive rispetto a quelle istituzionali pubbliche. In tal senso si devono ricercare le occasioni di lavoro congiunto, favorendo la presenza di tali organizzazioni nell'ambito delle strutture, per tutte le attività a favore del malato e, in generale, di tutti gli utenti;
- b) le attività svolte dalle associazioni di volontariato e dalle organizzazioni assistenziali private devono essere previste in specifici programmi dalle istituzioni competenti e periodicamente verificate e valutate;
- c) le assegnazioni di contributi pubblici, direttamente o indirettamente concessi alle organizzazioni assistenziali private e del volontariato, devono essere prioritariamente finalizzate alla erogazione di specifiche prestazioni o di servizi definiti;

L'introduzione di nuovi farmaci attivi verso l'infezione e/o verso le patologie correlate, le maggiori conoscenze scientifiche, nonché le minori disponibilità finanziarie, evidenziano la necessità di attuare compiutamente le attività di cui sopra.

Il coinvolgimento della famiglia appare fortemente necessario ed altrettanto il sostegno alla stessa.

4.1 L'assistenza alle donne gravide e ai bambini con infezione da HIV/AIDS

Ai fini di una idonea ed adeguata assistenza ai bambini con infezione da HIV/AIDS, si ritiene opportuno fornire le sottoindicate indicazioni che devono trovare attuazione nell'assistenza dei casi di cui trattasi:

- a) profilassi, in gravidanza, aggiornata alle nuove combinazioni terapeutiche;
- b) formulazione pediatrica dei farmaci inibitori delle proteasi e protocolli specifici per il loro uso compassionevole;
- c) disponibilità delle più avanzate metodologie diagnostiche di monitoraggio della infezione;
- d) possibilità di istituire tempestivamente terapie, tenuto conto che nel bambino si conosce con relativa precisione l'epoca della infezione;
- e) riduzione della medicalizzazione e dell'invasività terapeutica;
- f) aggiornamento clinico-terapeutico del personale infermieristico data la peculiarità delle condizioni pediatriche;
- g) attuazione di terapie del dolore;
- h) coinvolgimento dei diversi operatori sanitari nella comunicazione al bambino, della diagnosi e del counselling nei confronti della famiglia;
- i) tutela e cura dei bambini sieronegativi figli di madri sieropositive, problematica questa ancora poco conosciuta e sommersa, e quindi individuazione di criteri socio-assistenziali specifici per la integrazione di tali bambini, spesso orfani od abbandonati, in un contesto sociale che permetta una normale evolutività.

5. IL VOLONTARIATO

L'elevata eterogeneità e il crescente numero delle associazioni di volontariato che sono sorte per effetto del fenomeno AIDS riguarda non solo la forma giuridica, ma anche le ideologie, le dimensioni, i settori di intervento, le metodologie di approccio ai bisogni degli ammalati, il reperimento delle risorse finanziarie, il rapporto con gli altri gruppi. Tutto ciò, se da una parte ha costituito una grande risorsa a disposizione delle istituzioni pubbliche e dei malati potrebbe rappresentare, in assenza di regole che consentano di selezionare quelle organizzazioni che sole hanno

maturato nel corso di questi anni nel settore una comprovata esperienza e sviluppata una certa capacità di azione, un serio rischio per l'affidamento di efficaci programmi di prevenzione e di assistenza.

Sulla base di quanto avviene a livello nazionale, con la costituzione di una Consulta del volontariato per i problemi dell'AIDS ai fini dell'approfondimento delle questioni relative all'infezione da HIV, a livello locale si ritiene opportuno la istituzione di consulte regionali per la lotta contro l'AIDS, o comunali nelle grandi aree urbane.

Si segnala, infine, il documento predisposto nel 1993 dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS e dalla Consulta per i problemi dell'AIDS in merito alla disciplina delle attività di volontariato in ambito ospedaliero.

6. LA RICERCA

Il presente "Progetto Obiettivo AIDS" è un riferimento importante nell'organizzazione e negli obiettivi generali della ricerca scientifica condotta sia sui temi della patologia AIDS che sui temi dell'attenzione sociale del paziente. Se condotta propriamente, la ricerca ha un importante ricaduta per la soluzione del problema AIDS, sia mediante la utilizzazione diretta dei risultati sperimentati in campo diagnostico, terapeutico e nella qualità della vita, sia per la diffusione di una nuova cultura sull'AIDS nella formazione dei giovani operatori e nella riqualificazione dei quadri sanitari e psico-sociali attivi sul territorio nazionale.

Prima di procedere alla formulazione degli indirizzi da attuare e degli obiettivi da conseguire per il prossimo triennio nella ricerca sull'AIDS, si ritiene opportuno ricordare quanto fatto in questo campo nell'ultimo decennio.

Di fatto, la ricerca sull'AIDS ha coinciso in larga parte con la realizzazione del Progetto nazionale di ricerca sull'AIDS del Ministero della sanità - Istituto superiore di sanità. Coordinato dal predetto Istituto - Laboratorio di virologia - esso ha

rappresentato, per qualità e quantità delle ricerche realizzate, un successo scientifico ed organizzativo che ha permesso all'Italia di contribuire in modo sostanziale all'avanzamento delle conoscenze sull'infezione da HIV, nei settori dell'epidemiologia, dei fattori di progressione della malattia, della patogenesi e delle infezioni opportunistiche, dei tumori e delle strategie terapeutiche antiretrovirali, della ricerca psico-sociale.

Negli ultimi anni è stato compiuto anche un serio tentativo di condurre ricerche ed interventi nel campo sociale.

Parallelamente al progressivo aumento del numero dei lavori scientifici apparsi su riviste di altissimo livello, sono state stabilite importanti collaborazioni internazionali, sia a livello europeo, nell'ambito delle azioni concertate dall'Unione Europea, che a livello bilaterale, tra l'Italia e Stati Uniti. Di particolare rilievo scientifico ed etico sono anche le collaborazioni in atto tra istituzioni di ricerca italiane e quelle di alcuni paesi in via di sviluppo, nei quali è più drammatica la situazione dell'infezione da HIV.

Complessivamente, le ricadute a livello di sanità pubblica sono state rilevanti: è noto che, in modo particolare nella ricerca sull'AIDS, le possibilità di trasferimento dei risultati delle attività di ricerca, anche quelle di base, sono immediate anche a livello della prevenzione e della cura delle persone.

Alla base del successo scientifico del Progetto vi sono stati due elementi di particolare rilevanza: da una parte il tentativo serio di valutazione oggettiva delle proposte di ricerca, dall'altra, il fatto che, evitando di erogare finanziamenti "a pioggia", l'entità del supporto finanziario per ogni proposta è stata congrua, in modo da permettere l'effettiva implementazione dei progetti di ricerca.

Secondo il parere di due delle più importanti riviste scientifiche internazionali quali "Nature" e "Science", si tratta di un bilancio generale sicuramente positivo, tale da porre questo Progetto fra i migliori realizzati finora nelle scienze biomediche in Italia.

Accanto a tutto questo, inoltre, è importante evidenziare i problemi emersi nel corso di quasi un decennio di ricerca, dipendenti in gran parte dalla situazione di grave insufficienza organizzativa della ricerca biomedica italiana nel cui ambito, necessariamente, si inserisce la ricerca sull'AIDS. Prima di indicare gli indirizzi futuri, è forse opportuna anche un'analisi critica di quanto non ha funzionato in passato:

- a) il Progetto di ricerche sull'AIDS ha raggiunto, nella sua articolazione in quattro sottoprogetti integrati, una eccessiva complessità che ne ha reso difficile la gestione ed ardua la continua revisione degli obiettivi scientifici.
- b) Il coordinamento tra le diverse competenze sperimentali, tale da ottenere risultati complessivi di maggior valore, va potenziato rispetto al passato al fine di favorire l'integrazione fra le ricerche di base nel campo della immunologia, virologia e patogenesi, e le ricerche cliniche.
- c) La crescita scientifica e culturale della ricerca italiana di base e clinica è stata certamente favorita. E' importante prevedere anche iniziative che promuovano su base organica e per tutte le istituzioni scientifiche, indipendentemente dalla loro qualità iniziale, il livello di capacità di condurre la ricerca sull'AIDS sia nella formazione immediatamente post-laurea, sia nella riqualificazione dei livelli medio-alti responsabili della conduzione delle ricerche.
- d) Sebbene un numero notevole di giovani ricercatori abbia usufruito di borse di studio in Italia e all'estero, è mancata la possibilità di utilizzare per la ricerca sull'AIDS ricercatori di età compresa tra i 30 e i 40 anni, il periodo più creativo e produttivo. Tale carenza risponde ad una situazione endemica di tutta la ricerca italiana, ad eccezione delle scienze fisiche e matematiche, che accompagna ad una oggettiva penuria di ruoli per questa fascia di età, la tendenza ad umiliare la autonomia e le capacità responsabili dei pochi giovani ricercatori adeguatamente formati in Italia ed all'estero che trovano impiego nei laboratori.
- e) Si è osservata una certa disparità fra i diversi laboratori italiani, nella capacità di

utilizzare le tecnologie più avanzate ed inoltre la tendenza a rivolgersi frequentemente ai laboratori degli Stati Uniti per proporre collaborazioni per metodologie avanzate di ricerca senza considerare le capacità dimostrate dai laboratori italiani ed europei. In gran parte, ciò è dovuto alla mancanza di strumenti agili come ad esempio borse di studio per viaggi per brevi permanenze in Italia e nella Unione Europea, finalizzate all'apprendimento di tecnologie o alla esecuzione di esperimenti in collaborazione .

f) Come corollario di quanto osservato in precedenza, la partecipazione dei laboratori italiani alle ricerche europee sull'AIDS, fatta eccezione per alcune punte, è stata generalmente bassa e comunque non adeguata al ruolo economico del nostro paese.

g) Mancano dati certi sulle ricerche sull'AIDS finanziate da enti diversi dall'Istituto superiore di sanità, quali ad esempio il C.N.R., il M.U.R.S.T., le regioni e l'Unione Europea. Questi dati sarebbero importanti per progettare la integrazione scientifica fra le diverse linee di ricerca e per stabilire, nel caso di sovrapposizione degli obiettivi proposti dagli stessi responsabili, criteri di compatibilità economica complessiva in rapporto al valore delle ricerche condotte e dei risultati ottenuti.

h) E' importante notare una certa atipicità del Progetto "sociale", come se l'unione della ricerca psico-sociologica con gli interventi nel sociale rendesse difficile la partecipazione di tale Progetto al processo scientifico e lo facesse sfuggire alle regole del suo rigore. Questa osservazione prescinde dalla serietà di coloro che conducono quelle ricerche e si basa in parte anche sulle difficoltà di identificare parametri, quali l' "impact factor" dei lavori pubblicati su riviste internazionali, considerati validi per le scienze biomediche. Questo aspetto deve essere meglio individuato per dare anche a questo Progetto la pienezza della dignità scientifica e l'importanza che gli compete.

Nel 1997 - così come è avvenuto per analoghi progetti di ricerca sull'infezione da HIV in altri paesi particolarmente impegnati nella lotta all'AIDS - il Progetto di ricerche italiano ha subito una parziale revisione delle caratteristiche organizzative e un aggiustamento degli obiettivi, in funzione soprattutto dei cambiamenti avvenuti nell'epidemia da HIV e dell'avanzamento delle conoscenze scientifiche. Le linee

guida del rinnovato Progetto di ricerche sull'AIDS per il prossimo triennio dovrebbero essere le seguenti:

1. suddivisione del Progetto generale in quattro distinti progetti. Il Progetto generale deve comunque prevedere il coordinamento fra i quattro progetti ed un finanziamento unico e indiviso da ripartire successivamente sulla base delle proposte presentate e della necessità di incentivazione di temi specifici. Le quattro aree di intervento dovranno riguardare: a) l'epidemiologia e lo studio di nuovi modelli assistenziali; b) le manifestazioni cliniche e degli aspetti terapeutici; c) i meccanismi, sia virologici che immunologici, che determinano lo sviluppo della malattia, anche in prospettiva della messa a punto di un vaccino; d) le infezioni opportunistiche.
2. Individuazione di modalità di valutazione dei progetti di ricerca che diano le massime garanzie di efficienza e di qualità nella scelta. Dovranno essere individuati i "referees" italiani ed esteri con la migliore qualificazione scientifica, sia nei campi generali della metodologia della ricerca che nei temi specifici, ed i formulari da utilizzare dovranno rendere ignoto non soltanto il "referee" al proponente, ma anche, per quanto possibile, il nome del proponente al "referee".
3. Revisione degli obiettivi e delle priorità scientifiche, con particolare finalizzazione a quei settori nei quali più urgente è il raggiungimento di obiettivi di ricerca specifici, ad alta trasferibilità, con relativa riduzione del peso di alcuni settori meno rilevanti. La revisione degli obiettivi dovrà essere prospettivamente effettuata su base annuale, con il contributo della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS e le altre malattie infettive.
4. Implementazione di alcune ricerche sul modello delle "concerted actions" per facilitarne la finalizzazione, su fondi dedicati esplicitamente a questo scopo, nel coordinamento complessivo dei quattro progetti. In questo ambito dovranno essere promosse le ricerche integrate fra gruppi a finalità clinica e gruppi impegnati in ricerche biomediche e psico-sociologiche e dovranno essere coinvolti, con commesse specifiche per prodotti ad alta tecnologia, gruppi di ricerca molto qualificati ma

estranei al mondo AIDS.

5. Attribuzioni di bilancio con una estensione certa nell'arco di tre - cinque anni, per permettere una reale programmazione della crescita scientifica e della ricerca. Parallelamente dovrà essere intensificata la verifica dei risultati parziali, anche attraverso la prassi "site visit".

6. Istituzione di contratti di ricerca (diversi e superiori alle borse di studio) di almeno tre anni, per giovani ricercatori italiani a livello di dottorato o esperienza equivalente, meglio se per facilitare il rientro dall'estero. I contratti dovranno premiare un progetto preciso di ricerca formulato dal ricercatore, sia di base che clinico, e dovranno essere fruibili presso una istituzione italiana, coerente con il progetto stesso e di scelta del vincitore.

7. Istituzione, accanto alle attuali borse che premiano giovani già esperti, di borse annuali di formazione per neo laureati, rinnovabili una sola volta, presso gruppi che diano garanzie di qualificazione scientifica, con valore retributivo analogo alle borse di dottorato.

8. Istituzione di borse di viaggio e soggiorno per incentivare brevi periodi di lavoro presso gruppi di ricerca italiani ed europei.

9. Integrazione fra l'attività di ricerca effettuata dalle università e dagli istituti scientifici e quella svolta a livello regionale.

10. Tutto quanto descritto ai punti precedenti si applica ovviamente anche al Progetto sociale. In particolare, i referenti responsabili di quest'ultimo analizzeranno i criteri di efficacia dei singoli progetti e di coordinamento fra questi, per dare un maggiore impulso alla realizzazione della educazione alla salute, della prevenzione e della limitazione della diffusione dell'infezione, ed ottenere un miglioramento nella qualità della vita delle persone sieropositive e dei pazienti con AIDS, e quindi un maggiore appoggio al successo delle terapie cliniche, soprattutto in rapporto alle modifiche apportate dai recenti schemi terapeutici al decorso clinico dei pazienti, con particolare attenzione ai gruppi a rischio. Dovranno, altresì, essere considerati a parte, e quindi

non identificabili con la ricerca, i finanziamenti per gli interventi di carattere sociale.

La gestione del Progetto scientifico AIDS sarà curata dall'Istituto superiore di sanità, mentre altri aspetti (borse di viaggio a breve termine, corsi, contratti di ricerca) dovrebbero avere finanziamenti aggiuntivi rispetto al Progetto scientifico e potranno avere referenti di gestione volta per volta differenti (aziende ospedaliere, dipartimenti universitari ecc.).

7. L'INFEZIONE DA HIV NELLE CARCERI

Le recenti sentenze della Corte Costituzionale n. 438 e n. 439 del 1995, con le quali è stata dichiarata, rispettivamente, la illegittimità costituzionale degli articoli 146, primo comma, numero 3, del codice penale, e 286-bis, comma 1, del codice di procedura penale, hanno posto in questi ultimi anni molti problemi alla assistenza sanitaria negli istituti penitenziari delle persone con infezione da HIV. Nelle more della piena applicazione del decreto legislativo n. 230 del 1999 recante norme per il riordino della medicina penitenziaria e della legge n. 231 del 1999 riguardante, tra l'altro, la nuova disciplina delle situazioni di incompatibilità tra la condizione di AIDS conclamata o di grave deficienza immunitaria e il regime carcerario, si ritiene, in primo luogo, che debbano essere garantiti ai detenuti con infezione da HIV, ritenuti in condizioni compatibili con lo stato di detenzione, interventi di prevenzione primaria e secondaria, di profilassi, di diagnosi, cura e riabilitazione, secondo gli standard previsti dal Servizio sanitario nazionale, nonché facilità di accesso ai nuovi farmaci antiretrovirali. Particolare attenzione va prestata nei riguardi della problematica della promiscuità nelle carceri che può causare un aumento dell'infezione e l'aggravamento delle persone sieropositive, più facilmente vulnerabili alla contrazione di malattie in relazione alla loro condizione immunologica.

Per ciò che attiene alla individuazione dei presidi ove ricoverare le persone detenute in condizione di incompatibilità con il regime carcerario, non può che confermarsi, in questa sede, che ove si tratti di pazienti con malattia in fase acuta essi non possano che essere ricoverati nelle unità operative di malattie infettive accreditate, in conformità con quanto previsto dalla legge n. 135 del 1990.

Si ritiene, infine, che vada completata l'individuazione degli 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, già in parte individuati con il D.I. 22 aprile 1996.

8. LA TERAPIA ANTIRETROVIRALE E LA PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI

8.1 La sperimentazione clinica

E' opportuno accelerare le procedure per lo svolgimento delle attività di sperimentazione e l'approvazione delle delibazioni all'uso dei farmaci, ridefinendo in particolare l'uso e i limiti di applicazione delle delibazioni stesse. E', altresì, opportuna, l'istituzione di canali preferenziali per la valutazione e la autorizzazione ministeriale alle attività di sperimentazione di nuovi farmaci antiretrovirali, individuando i centri clinici "accreditati" per la partecipazione alle suddette attività. Le sperimentazioni proposte non in ambito industriale dovrebbero venire attivate secondo una procedura preferenziale. L'accreditamento per la partecipazione a studi multicentrici deve tenere conto della graduazione delle funzioni dei centri clinici di II e III livello prevista nell'atto di intesa Stato-Regioni del 7 novembre 1991.

Per quanto riguarda la metodologia degli studi da promuovere andranno sicuramente privilegiati i "trials" randomizzati controllati, specie nelle situazioni di

maggior incertezza terapeutica, finanziando separatamente su fondi di ricerca tutte le attività diagnostiche e terapeutiche incluse in detti studi.

Infine vanno definiti, per le istituzioni nazionali che coordinano o conducono le sperimentazioni, ruoli e funzioni trasparenti, ed una regolamentazione basata su norme rigorose in ordine ai potenziali conflitti di interesse.

Per quanto attiene alla somministrazione di farmaci antiretrovirali, tenuto conto della complessità della gestione di detti trattamenti, è indispensabile che essi siano erogati unicamente dalle strutture di II e III livello indicate nel citato atto di intesa Stato-Regioni.

8.2 Le linee-guida

E' necessario procedere all'aggiornamento periodico delle linee guida sulla utilizzazione dei farmaci antiretrovirali. Attualmente il costo medio annuo della terapia antiretrovirale, inclusi i test per l'HIV-RNA, è circa 15-19 milioni nei casi in cui i farmaci vengono assunti in modo continuativo, il che non sempre accade.

L'obiettivo è, in primo luogo, quello di conferire alle linee guida un carattere più indicativo che vincolante (ad esempio sottolineando il "minimum" terapeutico indispensabile), approfondendo il rapporto costi-benefici e l'impatto delle nuove strategie sui bisogni assistenziali e prevedendo che nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, vengano utilizzati esclusivamente farmaci di cui sia stata documentata l'efficacia in modo adeguato.

Le linee guida dovranno essere periodicamente aggiornate sulla base delle acquisizioni scientifiche e dei dati inerenti alla letteratura internazionale e dovranno anche contenere una codifica all'uso clinico dei marcatori immunologici e virologici attualmente disponibili ed affrontare, in termini appropriati con l'attuale evoluzione

della strategia terapeutica e della storia naturale dell'infezione, il problema della profilassi delle infezioni opportunistiche.

Relativamente all'uso dell'HIV-RNA come marcatore di risposta alla terapia, appare opportuna una verifica dell'affidamento dei vari test mediante la individuazione di laboratori di riferimento a livello regionale o provinciale e l'istituzione di sistemi di controllo di qualità, nonché una valutazione del rapporto costo-beneficio dell'uso dell'HIV-RNA come marcatore di risposta alla terapia.

Ferma restando l'importanza della determinazione della viremia plasmatica, in particolare prima dell'inizio della terapia, al momento del cambio dello schema di trattamento, e nella definizione degli "end-point" della terapia stessa, per il monitoraggio della terapia andrà utilizzata una combinazione di marcatori virologici e immunologici. A tale proposito mancano ancora dati comparativi definitivi sul valore predittivo di diverse strategie di monitoraggio e le scelte definitive andranno mirate su criteri di costi-benefici.

Quanto invece ai costi delle determinazioni della viremia plasmatica sarà opportuno prevedere una contrattazione centralizzata con i produttori ai fini di un contenimento dei prezzi e un successivo controllo delle tariffe di rimborso.

Infine, per ciò che attiene alle infezioni opportunistiche, è opportuno un aggiornamento delle linee guida sulla terapia e sulla profilassi.

8.3 La terapia in età pediatrica

In questo settore una esigenza primaria è quella della formulazione di linee guida specifiche, che comprendano anche i criteri per la determinazione ed interpretazione dei CD4 e della carica virale in rapporto all'età del bambino.

Occorre adeguare le norme relative all'uso nel bambino di farmaci attualmente registrati solo per gli adulti e prevedere una conseguente disponibilità degli antiretrovirali in formulazione pediatrica. Si ritiene, altresì, che vada regolamentata,

in modo più rigido ed automatico, la introduzione di formulazioni pediatriche già registrate in altri paesi europei.

Per quanto riguarda i farmaci inibitori delle proteasi in età pediatrica, occorre definire in modo più adeguato la modalità di somministrazione di tali farmaci ai bambini di età minore di 12 anni, valutando in tale fascia di età la possibilità di programmi di farmaco-sorveglianza nonchè pervenire ad una regolamentazione adeguata dell'uso compassionevole dei nuovi farmaci.

Occorre, altresì, definire la disciplina sul consenso informato in età pediatrica, compresa la qualità dell'informazione fornita ai bambini e ai genitori durante lo svolgimento delle attività di sperimentazione.

Per quanto riguarda la trasmissione verticale dell'infezione, appare prioritaria la predisposizione di linee guida di intervento sulla prevenzione, in particolare sull'uso dell'AZT e delle terapie combinate, sulla terapia del neonato, sul tipo di parto. Un problema ulteriore è rappresentato dalle indicazioni di terapia preventiva della trasmissione verticale nelle donne pre-trattate con schemi di combinazione (con e senza IP) e che presentano durante la gravidanza incrementi rilevanti del "viral load".

8.4 La profilassi post-esposizione negli operatori sanitari

Le linee guida di profilassi post-esposizione negli operatori sanitari professionalmente esposti con l'impiego di farmaci antivirali sono state aggiornate nel dicembre 1996.

E' prevedibile che sarà necessario, in futuro, rivedere tali linee guida alla luce dei dati scientifici sulla efficacia delle profilassi nella tollerabilità dei farmaci usati e di quelli sulle resistenze.

9. LA TUTELA DEI DIRITTI DELLE PERSONE SIEROPOSITIVE

Le problematiche poste dall'infezione da HIV e dalla cura delle persone sieropositive hanno reso particolarmente evidenti alcuni conflitti tra valori, diritti e doveri iscritti nei comportamenti relativi alla salute. Affrontare l'esigenza di riqualificare tali valori e definire la relazione fra i vari diritti confliggenti è stata la sfida dominante nelle prime fasi della risposta al diffondersi dell'infezione: gli aspetti ritenuti rilevanti in questa fase sono stati anzitutto l'informazione e i diritti delle persone sieropositive, che hanno trovato nella legge n. 135 del 1990 un assetto legislativo specifico.

Sotto il profilo etico le questioni poste dall'AIDS e dalle altre malattie infettive vanno riferite al valore della salute in un senso più ampio, vale a dire come bene rilevante della persona vista sia individualmente, sia inserita in una rete di relazioni significative che ne definiscono l'identità. In questa prospettiva, la salute è un bene che va tutelato e che, poichè richiede l'aiuto competente di altri per essere difeso e promosso, genera diritti esigibili come, in primo luogo, il diritto alle cure. D'altra parte, esiste una generale responsabilità per la salute in quanto bene rilevante sia a livello di collettività, la quale deve predisporre le strutture atte a tutelarla, sia a livello individuale, nel senso di un'attenzione responsabile verso la salute propria e degli altri, in equilibrio con altri beni della persona, quali la libertà, gli affetti e le scelte di fondo.

L'insieme dei diritti generali della responsabilità collettiva verso la salute è mediato dal diritto generale alle cure e all'assistenza, oltre che dal riferimento ai diritti civili, in particolare la libertà individuale.

Una prima e immediata forma di tale diritto è quella del diritto alla riservatezza circa le informazioni relative alla propria salute, anche nelle procedure amministrative. Tale diritto è previsto espressamente dalla legge n. 135 del 1990 e

corrisponde alla generale dottrina del segreto professionale, alla quale vanno riferite alcune tematiche specifiche per l'AIDS. Recentemente, inoltre, il predetto diritto ha trovato ulteriore protezione nella legge 31 dicembre 1996, n. 675, sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. A tale proposito si ritiene che le regioni debbano valutare l'opportunità di disciplinare nel modo migliore nell'ambito delle aziende sanitarie locali l'anonimato e il monitoraggio, sempre anonimo, delle persone sieropositive.

In secondo luogo si deve parlare di un diritto delle persone sieropositive e delle persone esposte al rischio (in pratica la popolazione in generale, ma alcuni gruppi risultano particolarmente vulnerabili) all'informazione sulla malattia, sulle modalità di trasmissione e sulle terapie esistenti, così come sulla ricerca in corso. La difficoltà a garantire questo diritto dipende sia dalla complessità di una comunicazione che sia completa ed efficace su questo punto, sia dalla necessità di coinvolgere le persone stesse nel tradurre le informazioni offerte ai comportamenti conseguenti.

Il diritto alle cure, inteso più precisamente come diritto all'accesso alle cure disponibili e alle informazioni su di esse, trova applicazione nella rete di servizi offerti alle persone infette.

Il diritto a non essere discriminati si traduce invece nella garanzia di esistenza e nel divieto di far valere l'infezione da HIV come motivo di esclusione nell'ambiente scolastico e lavorativo, secondo quanto previsto dalla legge n. 135 del 1990. A tale proposito non si può non rilevare che l'articolo 5 di detta legge non prevede sanzioni per coloro che violano i diritti delle persone sieropositive.

Una particolare tutela va riservata ad alcuni gruppi vulnerabili per esposizione all'infezione, in particolare i bambini e le donne.

Ai diritti delle persone sieropositive corrisponde un insieme di doveri, che si riferiscono in primo luogo alle professioni deputate alla cura e all'assistenza di tali persone. La legge n. 135 del 1990 ha definito senza ambiguità il dovere degli operatori sanitari di prestare assistenza ad ogni persona che vengano a sapere infetta.

Più in generale, il dovere di assistere si traduce nel dovere di instaurare una comunicazione autentica con il paziente anche al di là della formale richiesta del consenso informato, benchè quest'ultimo sia pur sempre necessario.

Inoltre, c'è il dovere di non nuocere, che nel caso specifico delle malattie infettive si traduce nel dovere di informarsi sulle caratteristiche della malattia e sulle modalità di trasmissione di mettere in atto tutte le precauzioni idonee a non trasmettere l'infezione.

Diritti e doveri in un'area delicata e complessa come quella delle malattie infettive, di cui l'AIDS costituisce una sfida particolarmente impegnativa e un esempio paradigmatico, sono fortemente interconnessi e descrivono la trama delle relazioni fra le persone infette e coloro che le curano, le assistono o convivono con esse. Ciascuna persona indipendentemente dall'essere o non essere infetta, deve essere messa in condizione di affrontare le difficoltà poste da questa malattia.

Infine, allo scopo di verificare la qualità dell'assistenza e il trattamento dei pazienti sieropositivi nelle unità operative di malattie infettive, è auspicabile che vengano effettuate apposite ricognizioni.

10. GLI ASPETTI PSICOLOGICI E PSICHIATRICI DELL'INFEZIONE DA HIV/AIDS

E' ormai consolidata la nozione secondo cui la diagnosi di sieropositività da HIV e l'andamento progressivo della malattia AIDS hanno effetto destabilizzante sull'equilibrio psichico e sul comportamento sociale delle persone portatrici dell'infezione.

Il drammatico impatto psicologico della sieropositività è particolarmente aggravato dalla frequente giovane età delle persone e dall'appartenenza della maggior parte di esse a gruppi sociali tradizionalmente stigmatizzati ed emarginati. Si rende

perciò necessaria l'attivazione di un supporto psicologico e relazionale diversificato, profondo e continuativo, in tutte le strutture cui le persone sieropositive afferiscono.

Una malattia ad amplificazione sociale come l'AIDS coinvolge intensamente, accanto a coloro che ne sono affetti, anche congiunti e familiari e produce un vasto alone di sofferenza.

Nell'ambito della famiglia, infatti, si svolgono una serie di fenomeni dinamici legati alla sofferenza di una persona malata che modificano le risposte degli altri membri attraverso atteggiamenti reattivi e fanno emergere stati di disagio o disturbi del carattere preesistenti negli altri membri.

Un miglioramento delle modalità di relazione e comunicazione intrafamiliare, può quindi permettere alla persona sieropositiva o al malato di AIDS di ricevere dalla famiglia i supporti affettivi necessari per affrontare la malattia o per tentare di convivere con essa. Indispensabile appare, pertanto, l'organizzazione di forme diversificate di intervento d'informazione e di supporto psicologico delle famiglie dei pazienti con infezione da HIV.

Il personale medico e paramedico che si occupa dei pazienti affetti da AIDS è sottoposto ad un carico emotivo particolarmente stressante a causa di numerosi fattori dal, seppur modesto, rischio professionale di contagio, alla prognosi del paziente, a problematiche inerenti la sessualità o la tossicodipendenza. Per tali motivi l'assistenza alle persone sieropositive o con AIDS esaurisce le risorse psichiche del personale sanitario determinando la cosiddetta sindrome del "burn-out". Offrire la possibilità di poter discutere in gruppo delle emozioni e dei problemi di relazione con questo tipo di pazienti, può perciò ridurre la tensione psichica e migliorare così la relazione degli operatori con i pazienti, con vantaggi anche per gli stessi.

ALLEGATO 2

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
Centro Operativo AIDS (COA)

Viale Regina Elena 299 - 00161 Roma

☎ *06 - 49387209/11/13*

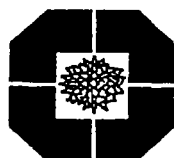
Fax 06 - 49387210

e-mail coa@iss.it

Sindrome da Immunodeficienza
Acquisita (AIDS) in Italia

Aggiornamento dei casi notificati
al 31 Dicembre 1999

Disponibile su INTERNET all'indirizzo <http://www.iss.it/iss/sae/Notiziar.htm>



COMMISSIONE NAZIONALE PER LA LOTTA CONTRO L'AIDS
Ministero della Sanità

PAGINA BIANCA

FIGURE:

- Figura 1:** Casi di AIDS in Italia per trimestre di diagnosi, corretti per ritardo di notifica e tasso annuale di incidenza al 31 Dicembre 1999
- Figura 2:** Tasso di incidenza di AIDS per regione di residenza (x100.000 ab.) per i casi notificati tra gennaio 1999 e Dicembre 1999
- Figura 3a-3b :** Tasso di incidenza Di AIDS per anno di diagnosi e regione di residenza (per 100.000 ab.)
- Figura 4** Età mediana alla diagnosi per sesso ed anno di diagnosi
- Figura 5 :** Uso di terapie antiretrovirali e regime terapeutico
- Figura 6** Uso di terapie antiretrovirali pre-AIDS per categoria di trasmissione

TABELLE:

- Tabella 1:** Distribuzione annuale dei casi di AIDS, dei casi corretti per ritardo di notifica, dei decessi e del tasso di letalità
- Tabella 2** Distribuzione annuale dei casi prevalenti di AIDS per regione di residenza
- Tabella 3:** Distribuzione dei casi di AIDS per regione di residenza e per anno di diagnosi
- Tabella 4:** Distribuzione dei casi di AIDS per provincia di segnalazione, di residenza e tasso di incidenza per provincia di residenza
- Tabella 5:** Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per nazionalità anagrafica
- Tabella 6:** Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per fasce di età e per sesso negli anni 1989, 1993 e 1999
- Tabella 7:** Distribuzione dei casi di AIDS in adulti per categoria di esposizione e per anno di diagnosi
- Tabella 8:** Distribuzione dei casi adulti di AIDS in eterosessuali per tipo di rischio e sesso
- Tabella 9:** Frequenza relativa delle patologie indicative di AIDS in adulti per anno di diagnosi
- Tabella 10:** Distribuzione dei casi pediatrici di AIDS in Italia per regione di residenza e per anno di diagnosi
- Tabella 11:** Distribuzione dei casi pediatrici di AIDS per categoria di esposizione, per anno di diagnosi e per sesso
- Tabella 12:** Frequenza relativa delle patologie indicative di AIDS in casi pediatrici per anno di diagnosi
- Tabella 13:** Differenze percentuali (Δ) dei casi AIDS per categoria di trasmissione e periodo di notifica
- Tabella 14** Differenze percentuali (Δ) dei casi AIDS per regione e periodo di notifica

Nelle pagine 111/112 vengono riportate alcune "Note tecniche" e "Bibliografiche", indicate nel testo del Rapporto con un numero in corsivo e in apice (es: "...anno della prima diagnosi di AIDS in Italia¹...")

PAGINA BIANCA

DISTRIBUZIONE TEMPORALE E GEOGRAFICA DEI CASI

Dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS in Italia¹, al 31 Dicembre 1999, sono stati notificati al COA 45.605 casi cumulativi di AIDS². Di questi, 35.587 (78,0%) erano di sesso maschile, 682 (1,5%) in età pediatrica (<13 anni), e 2.124 (4,7%) stranieri. L'età mediana alla diagnosi, calcolata per gli adulti, risultava essere di 33 anni per i maschi (range: 13 anni - 85 anni) e di 31 anni (range: 13 anni - 80 anni) per le femmine.

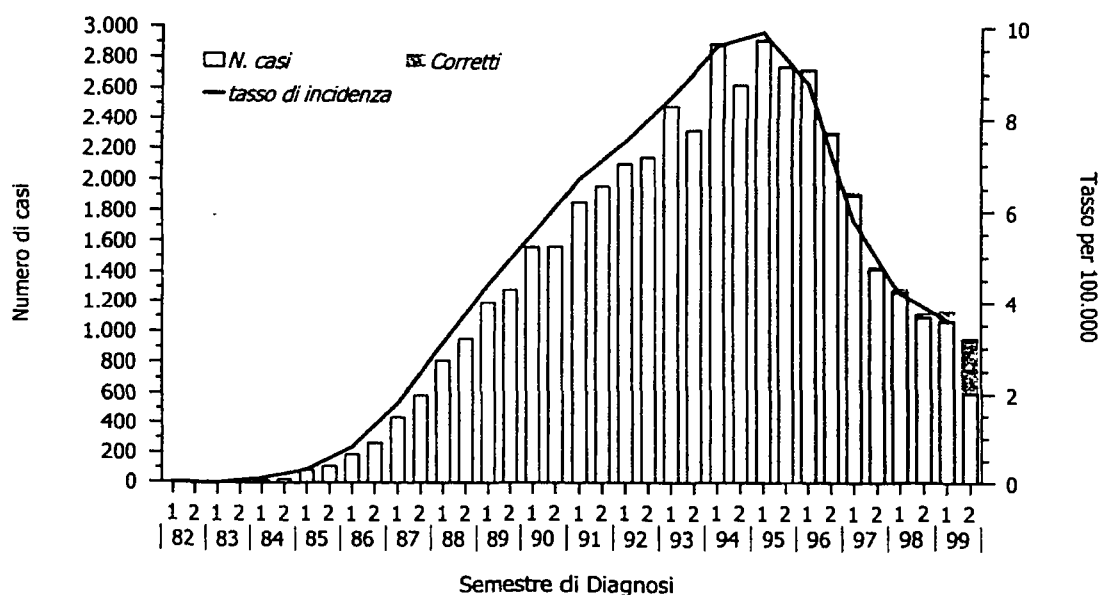
L'andamento temporale

Nel secondo semestre del 1999 sono stati notificati³ al COA 1.096 nuovi casi di AIDS, di cui 603 (55,0%) diagnosticati nell'ultimo semestre e 493 riferiti a diagnosi effettuate nei semestri precedenti.

La Figura 1 mostra l'andamento del numero dei casi di AIDS segnalati al Registro Nazionale AIDS (RNAIDS), corretti per ritardo di notifica⁴. Nella stessa figura è riportato l'andamento dei tassi di incidenza per anno di diagnosi, che evidenzia un costante incremento dell'incidenza dei casi di AIDS notificati nel nostro Paese sino al 1995, seguito da una rapida diminuzione nel 1996. I determinanti del declino sono stati analizzati in dettaglio nel Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità 1997, vol. 10, N.9 (Suppl. 1).

La tabella 1 riporta il numero dei casi e dei deceduti per anno di diagnosi e il relativo tasso di letalità. In totale, 31.082 pazienti (68,1%) risultano deceduti al 31 Dicembre 1999. Nonostante il numero di decessi per AIDS sia ancora sottostimato⁵, a causa della non obbligatorietà della notifica di decesso, il dato riportato è più accurato rispetto ai precedenti notiziari, grazie ad una indagine nazionale⁶ sullo stato in vita dei casi di AIDS effettuata nel corso del 1998. La tabella 1 riporta, oltre al numero annuale di nuovi casi corretto per ritardo di notifica la stima dei casi cumulativi di AIDS al 31 Dicembre 1999 (46.083 casi).

Figura 1. Casi di AIDS in Italia per semestre di diagnosi, corretti per ritardo di notifica e tasso annuale di incidenza al 31-12-1999



XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 1: Distribuzione annuale dei casi di AIDS, dei casi corretti per ritardo di notifica, dei decessi e del tasso di letalità

Anni	Casi diagnosticati	Casi corretti per ritardo di notifica	Morti per anno di decesso	Decessi per anno di diagnosi*	Tasso di letalità ^a
1982	1	1	0	0	0.0
1983	8	8	2	7	87.5
1984	37	37	16	37	100.0
1985	198	198	89	186	93.9
1986	458	458	268	435	95.0
1987	1030	1030	563	964	93.6
1988	1775	1775	857	1650	93.0
1989	2482	2482	1397	2300	92.7
1990	3135	3135	1931	2883	92.0
1991	3827	3827	2606	3491	91.2
1992	4261	4261	3265	3798	89.1
1993	4815	4815	3640	3955	82.1
1994	5524	5524	4305	4231	76.6
1995	5660	5663	4518	3499	61.8
1996	5024	5033	4099	2094	41.7
1997	3330	3347	2054	866	26.0
1998	2363	2399	945	465	19.7
1999	1677	2090	527	221	13.2
TOTALE	45605	46083	31082	31082	68.1

*Il numero di decessi indica quanti dei pazienti, diagnosticati in uno specifico anno, risultano deceduti al 31-12-1999;

^ail tasso di letalità è calcolato come il rapporto tra i decessi per anno di diagnosi ed i casi diagnosticati nello stesso anno

Il numero dei casi prevalenti⁷ per anno, mostrato in tabella 2, evidenzia una tendenza al leggero aumento delle persone viventi con AIDS

Tabella 2: Distribuzione annuale dei casi prevalenti di AIDS per regione di residenza

REGIONE	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Lombardia	1851	2407	2792	3245	3815	4108	4146	3845	3874	3984
Lazio	786	1004	1221	1407	1620	1913	2013	1950	2010	1994
Emilia R.	549	741	903	1020	1221	1349	1327	1134	1153	1151
Piemonte	385	536	645	697	829	877	935	857	862	871
Campania	174	227	315	356	467	563	645	697	780	843
Toscana	379	452	529	612	728	807	805	759	751	828
Veneto	395	502	623	704	791	830	841	762	733	759
Sicilia	271	347	421	508	603	652	668	690	731	748
Liguria	323	418	491	537	636	693	729	700	709	721
Puglia	181	249	321	422	473	554	622	622	646	688
Sardegna	217	262	319	386	438	482	482	472	474	487
Marche	82	126	152	176	197	219	233	211	227	233
Calabria	55	72	87	104	129	141	163	158	163	169
Friuli V.G.	46	59	79	94	112	119	133	129	119	131
Umbria	28	48	69	69	85	100	123	114	121	129
Abruzzo	44	52	59	78	94	114	117	116	120	128
Trento	35	47	66	86	104	116	121	120	118	120
Bolzano	15	29	46	45	46	60	68	71	75	79
Basilicata	12	17	20	28	31	38	45	32	40	41
Valle D'Aosta	8	16	18	20	20	20	28	24	23	23
Molise	3	4	5	6	6	9	9	8	10	10
Estera	77	102	106	144	185	197	193	215	253	290
Ignota	16	111	196	289	286	310	331	322	325	316
TOTALE	5932	7828	9483	11033	12916	14271	14777	14008	14317	14743

La distribuzione geografica

La distribuzione dei casi cumulativi per regione di residenza e per anno di diagnosi viene riportata in tabella 3.

Tabella 3: Distribuzione dei casi di AIDS per regione di residenza e per anno di diagnosi

Regione	1982-91	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Totale
<i>Lombardia</i>	4176	1237	1485	1738	1675	1502	938	629	452	13832
<i>Lazio</i>	1617	536	605	648	735	647	469	344	244	5845
<i>Emilia R.</i>	1229	418	433	571	568	494	310	224	139	4386
<i>Piemonte</i>	891	278	298	367	363	346	224	156	120	3043
<i>Toscana</i>	783	243	274	333	364	285	203	137	130	2752
<i>Veneto</i>	780	268	301	330	317	280	181	118	89	2664
<i>Liguria</i>	725	227	229	283	283	258	157	104	67	2333
<i>Sicilia</i>	554	171	199	235	216	170	157	125	64	1891
<i>Puglia</i>	410	164	189	171	219	228	151	103	85	1720
<i>Campania</i>	384	165	133	198	210	183	132	117	86	1608
<i>Sardegna</i>	408	142	168	173	186	147	92	47	30	1393
<i>Marche</i>	198	65	66	80	89	79	54	45	36	712
<i>Calabria</i>	121	39	42	53	56	59	32	25	11	438
<i>Friuli V.G.</i>	97	34	40	39	39	49	27	14	15	354
<i>Umbria</i>	70	37	26	40	48	52	27	24	15	339
<i>Abruzzo</i>	83	23	34	38	47	41	31	18	19	334
<i>Trento</i>	65	30	38	32	38	29	24	14	8	278
<i>Bolzano</i>	40	24	16	19	24	27	17	14	7	188
<i>Basilicata</i>	29	9	18	12	18	19	7	10	5	127
<i>Valle D'Aosta</i>	17	5	6	5	7	9	3	5	5	62
<i>Molise</i>	6	2	4	3	5	3	2	3	1	29
<i>Ignota</i>	119	114	153	90	104	94	55	38	4	771
<i>Esterio</i>	149	30	58	66	49	23	37	49	45	506
TOTALE	12951	4261	4815	5524	5660	5024	3330	2363	1677	45605

La Figura 2 mostra i tassi di incidenza per regione di residenza, calcolati in base ai soli casi segnalati negli ultimi 12 mesi, permettendo il confronto tra aree geografiche a diversa ampiezza di popolazione. Come si osserva, le regioni più colpite sono nell'ordine: la Lombardia ed il Lazio, la Liguria, l'Emilia Romagna. E' evidente la persistenza di un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia nel nostro Paese, come risulta dai tassi di incidenza che continuano ad essere mediamente più bassi nelle regioni meridionali.

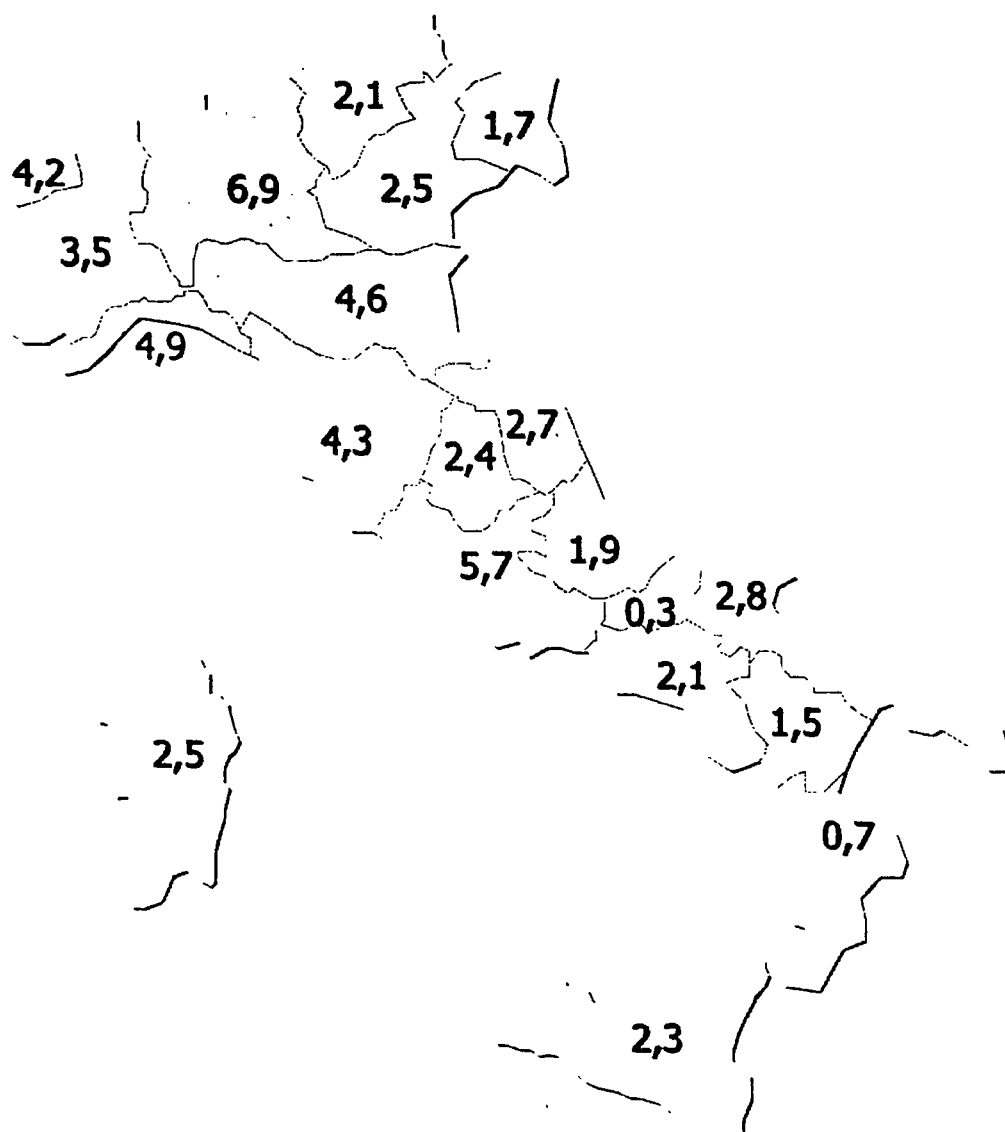


Figura 2. Tasso di incidenza di AIDS per regione di residenza (per 100.000 abitanti) per i casi notificati tra Gennaio 1999 e Dicembre 1999

Le figure 3a e 3b mostrano l'andamento temporale dei tassi di incidenza per anno di diagnosi nelle varie regioni italiane. I dati riguardanti l'anno 1999 non sono corretti per ritardo di notifica, e per questo motivo devono essere interpretati con cautela.

Figura 3a: Tassi di incidenza di AIDS per anno di diagnosi e regione di residenza (per 100.000 ab.) (Dati non corretti per ritardo di notifica)

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

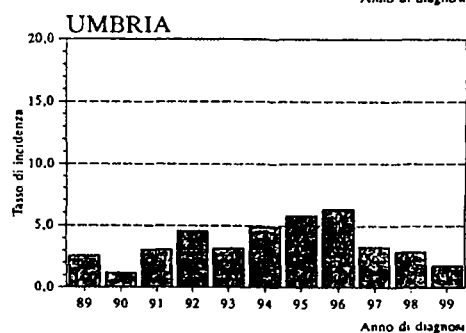
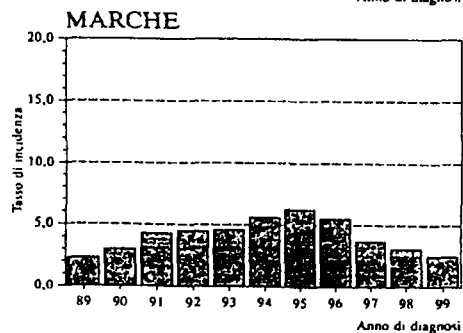
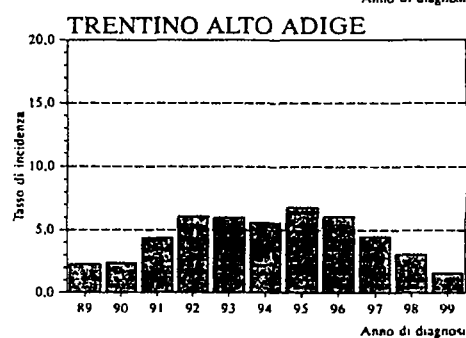
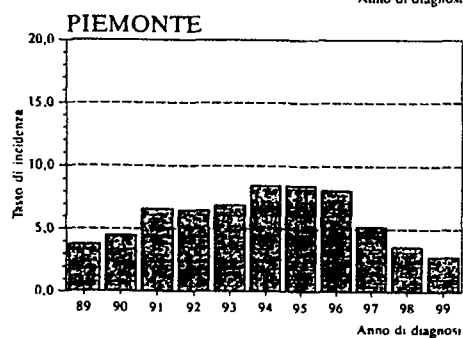
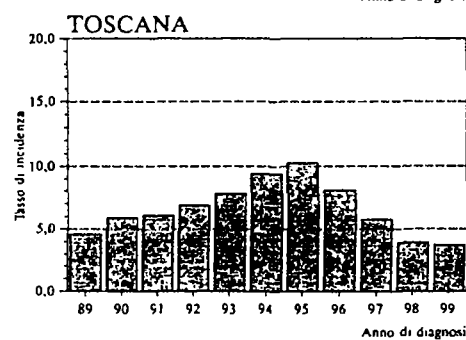
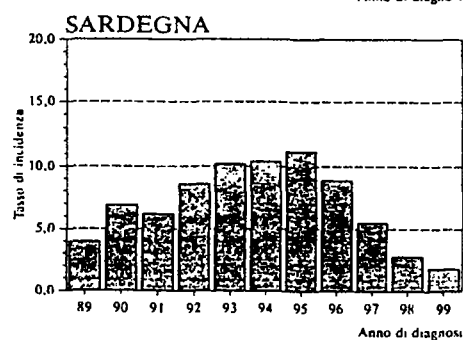
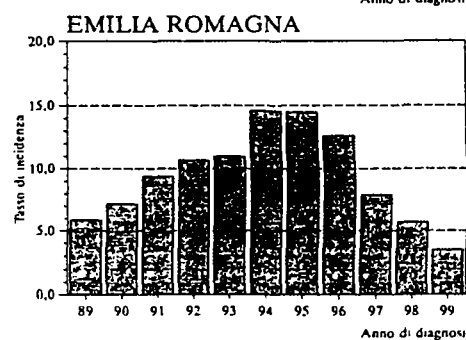
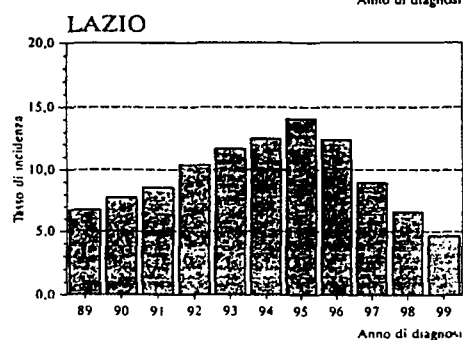
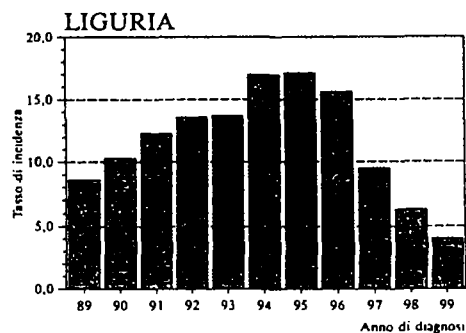
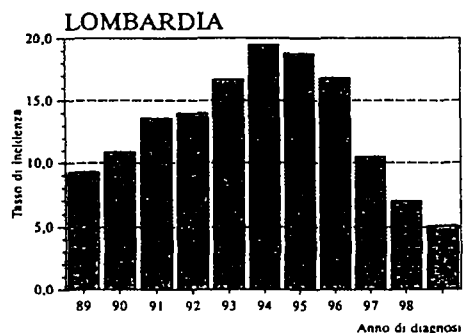
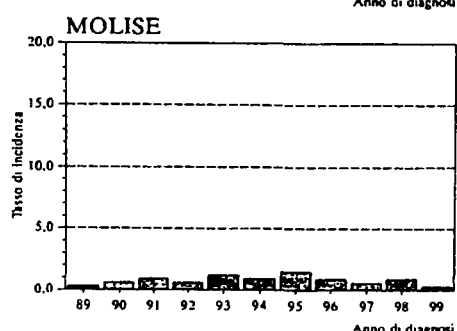
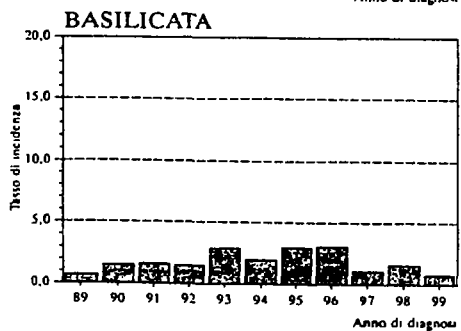
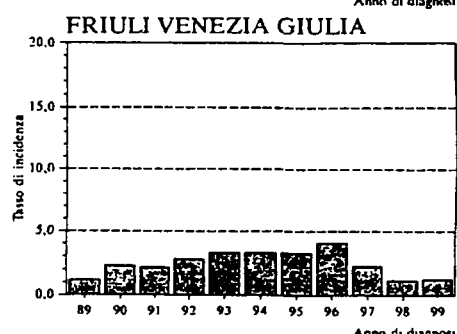
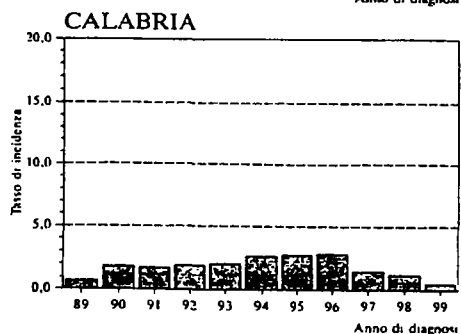
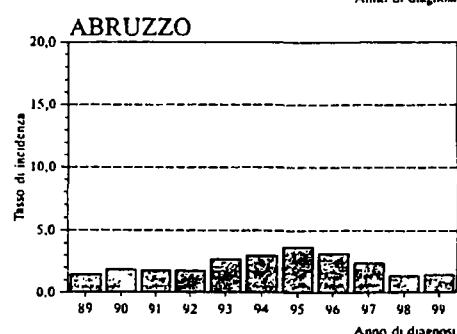
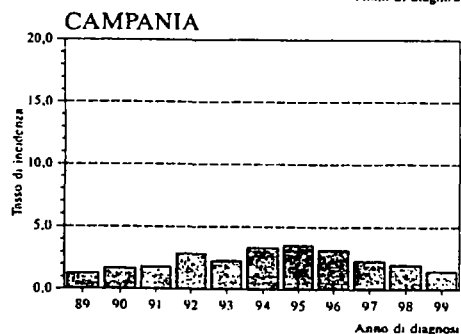
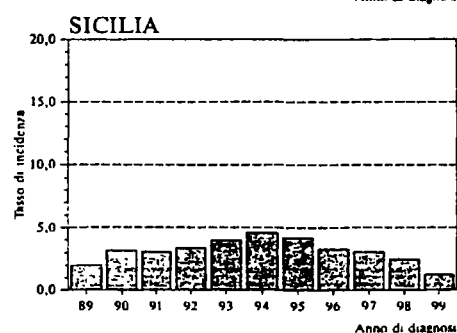
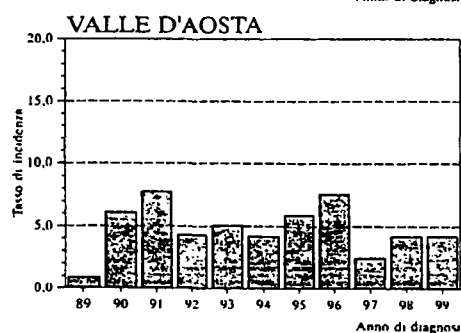
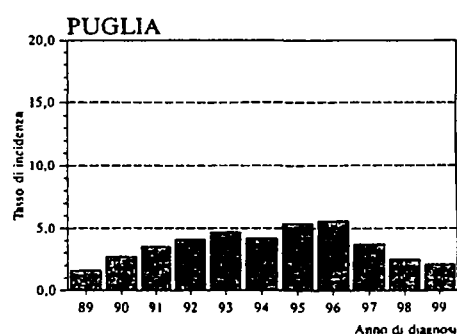
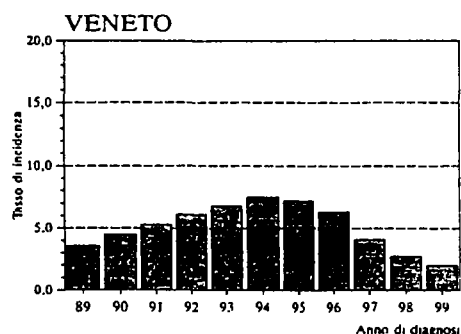


Figura 3b: Tassi di incidenza di AIDS per anno di diagnosi e regione di residenza (per 100.000 ab.) (Dati non corretti per ritardo di notifica)

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI



XIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

La Tabella 4 riporta la distribuzione dei casi per provincia di segnalazione e di residenza^a. Tassi di incidenza particolarmente elevati si riscontrano nell'ultimo anno a Lodi, Verbania, Ravenna, Brescia, Milano, Varese e Pistoia.

Tabella 4. Distribuzione dei casi di AIDS per provincia di segnalazione e di residenza e tasso di incidenza per provincia di residenza^a

Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza	Provincia	Segnalazione	Residenza	Tasso di incidenza
Torino	1713	1540	3.6	Siena	134	126	3.6
Vercelli	106	99	1.1	Grosseto	199	256	3.8
Novara	421	403	4.2	Prato	193	111	6.9
Cuneo	180	168	2.0	Perugia	290	248	2.4
Asti	65	61	0.5	Terni	116	91	2.7
Alessandria	277	319	3.7	Pesaro U.	112	196	3.0
Biella	222	242	5.8	Ancona	424	205	2.0
Verbania	127	211	9.3	Macerata	70	102	2.4
Aosta	67	62	4.2	Ascoli P.	116	209	3.6
Varese	1515	1407	7.2	Viterbo	221	194	2.5
Como	580	555	4.8	Rieti	105	38	0.7
Sondrio	74	90	1.7	Roma	5241	5182	7.2
Milano	6534	7285	8.1	Latina	407	322	1.8
Bergamo	1049	999	5.6	Frosinone	210	109	1.4
Brescia	1811	1691	8.4	Caserta	98	200	2.1
Pavia	1122	611	4.3	Benevento	8	23	1.4
Cremona	325	376	6.5	Napoli	1364	1154	2.6
Mantova	275	289	3.3	Avellino	34	42	0.0
Lecco	294	252	4.7	Salerno	129	189	1.9
Lodi	260	277	12.3	L'Aquila	64	63	1.0
Bolzano	203	188	2.0	Teramo	87	105	2.8
Trento	277	278	2.2	Pescara	151	94	1.7
Verona	619	503	2.3	Chieti	55	72	2.1
Vicenza	616	669	3.1	Campobasso	30	20	0.4
Belluno	49	74	0.9	Isernia	2	9	0.0
Treviso	235	251	2.9	Foggia	329	309	3.3
Venezia	354	479	1.7	Bari	844	657	3.3
Padova	823	560	3.4	Taranto	182	293	3.7
Rovigo	57	128	2.0	Brindisi	123	188	2.4
Udine	59	115	1.2	Lecce	208	273	1.1
Gorizia	20	28	1.4	Potenza	62	93	1.5
Trieste	118	66	1.6	Matera	5	34	1.4
Pordenone	268	145	2.9	Cosenza	30	84	0.7
Imperia	283	319	3.7	Catanzaro	178	142	0.8
Savona	332	331	5.6	Reggio C.	57	98	0.5
Genova	1640	1508	5.3	Crotone	53	87	1.7
La Spezia	177	175	3.5	Vibo V.	27	27	0.6
Piacenza	220	241	5.2	Trapani	22	136	3.3
Parma	340	288	2.3	Palermo	929	807	3.1
Reggio E.	382	338	4.7	Messina	169	181	1.7
Modena	544	511	3.8	Agrigento	1	82	0.2
Bologna	1437	1248	4.2	Caltanissetta	131	73	2.8
Ferrara	324	352	3.6	Enna	18	31	1.1
Ravenna	867	649	8.6	Catania	485	405	2.6
Forlì	256	416	4.3	Ragusa	51	48	0.7
Rimini	519	343	6.8	Siracusa	84	128	3.0
Massa C.	191	232	4.0	Sassari	292	290	1.1
Lucca	129	276	3.4	Nuoro	52	62	0.7
Pistoia	77	186	7.2	Cagliari	1044	1005	4.6
Firenze	899	877	4.7	Oristano	0	36	0.6
Livorno	325	369	5.6	Esterò	-	506	---
Pisa	584	208	2.9	Ignota	-	771	---
Arezzo	128	111	0.9	TOTALE	45.605	45.605	---

La tabella 5 mostra la distribuzione percentuale dei casi cumulativi di AIDS per nazionalità anagrafica. Si evidenzia nel tempo un aumento della proporzione di casi notificati in cittadini stranieri (dal 3,0% nel 1982-93 e 11,6% nel 1999).

Tabella 5: Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per nazionalità anagrafica.

Nazione	1982-93	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Totale
<i>Italia</i>	97,0	95,6	95,2	94,5	92,7	89,7	88,4	95,3
<i>Africa</i>	0,9	1,7	1,9	2,3	3,4	5,2	5,4	1,8
<i>Sud America</i>	0,9	1,6	1,4	1,6	2,3	2,9	3,3	1,4
<i>Europa Occidentale</i>	0,5	0,6	0,7	1,1	0,8	0,8	0,7	0,7
<i>Europa Est</i>	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,7	0,7	0,2
<i>Nord America</i>	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,4	0,2
<i>Asia</i>	0,1	0,0	0,2	0,2	0,3	0,3	0,6	0,1
<i>Non specificata</i>	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5	0,2

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E MODALITÀ DI TRASMISSIONE

La tabella 6 mostra la distribuzione dei casi per fascia d'età e sesso negli anni '89, '93 e nel 1999. Il 73,3% del totale dei casi si concentra nella fascia d'età 25-39 anni. In particolare è aumentata la quota di casi nella fascia d'età 35-39 anni (per i maschi dal 11,5% nel 1989 al 28,9% nel 1999 e per le femmine dal 5,6% nel 1989 al 25,7% nel 1999).

Tabella 6: Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per fasce di età e per sesso negli anni 1989, 1993 e 1999.

Anno di diagnosi	MASCHI			FEMMINE			TOTALE (1982-1999)		
	1989	1993	1999	1989	1993	1999	Maschi	Femmine	Totale
	N. 2022	N. 3763	N. 1284	N. 460	N. 1052	N. 393	N. 35587	N. 10018	N. 45605
Età (anni)									
0	0,5	0,2	0,3	1,7	1,2	0,5	0,3	1,3	0,6
1-4	0,7	0,3	0,1	2,4	0,9	0,0	0,3	1,3	0,5
5-9	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,6	0,3
10-12	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
13-14	0,0	0,0	0,0	0,6	0,9	0,0	0,1	0,1	0,1
15-19	0,5	0,1	0,0	0,9	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3
20-24	9,5	2,1	1,0	19,6	4,7	3,8	3,9	7,9	4,8
25-29	36,0	20,8	6,6	41,1	34,6	15,5	20,5	28,6	22,3
30-34	25,9	37,5	23,3	21,7	32,7	28,5	32,0	31,5	31,9
35-39	11,5	18,1	28,9	5,6	14,0	25,7	20,1	15,4	19,1
40-49	10,0	13,1	23,7	2,4	7,3	16,0	14,3	8,1	13,0
50-59	3,7	5,0	10,4	2,4	2,2	5,1	5,4	2,8	4,9
>60	1,6	2,5	5,4	1,5	1,1	4,6	2,3	1,8	2,2

L'età mediana alla diagnosi dei casi adulti di AIDS mostra un aumento nel tempo, sia tra i maschi che tra le femmine. Infatti, se nel 1985 la mediana era di 29 anni per i maschi e di 24 per le femmine, nel 1999 le mediane sono salite rispettivamente a 37 e 35 anni (Figura 4). Nell'ultimo decennio la proporzione di pazienti di sesso femminile tra i casi adulti è andata progressivamente aumentando, passando dal 16,0% del 1985 al 23,4% del 1999 (dati non mostrati).

Figura 4: Età media alla diagnosi per sesso ed anno di diagnosi.

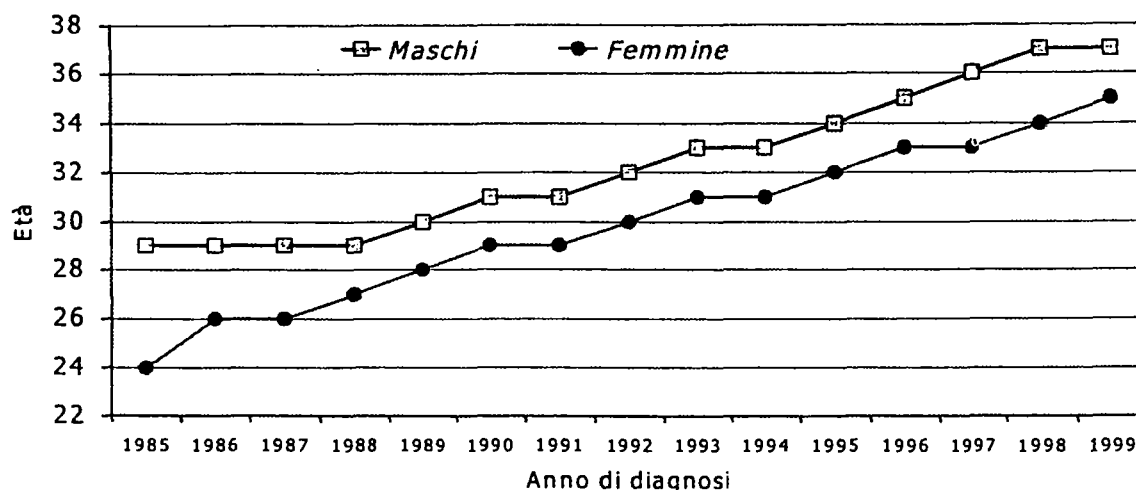


Tabella 7: Distribuzione dei casi di AIDS in adulti per categoria di esposizione e per anno di diagnosi

Categoria di esposizione	1982-92	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Totale	Maschi	Femmine
Omosessuali	2691	706	870	817	754	495	413	283	7029	7029	0
%	16.0	14.8	15.9	14.6	15.2	15.0	17.6	16.9	15.6	19.4	0.0
Tossicodipendenti	11350	3049	3417	3387	2945	1775	1099	726	27748	22069	5679
%	67.4	64.1	62.5	60.7	59.2	53.7	46.9	43.4	61.8	62.6	58.7
TD-OMO**	423	94	116	102	68	50	32	23	908	908	0
%	2.5	2.0	2.1	1.8	1.4	1.5	1.7	1.4	2.0	2.6	0.0
Emofilici	196	29	30	28	23	10	4	4	324	315	9
%	1.2	0.6	0.5	0.5	0.5	0.3	0.2	0.2	0.7	0.9	0.1
Trasfusi	202	44	37	47	36	15	9	13	403	228	175
%	1.2	0.9	0.7	0.8	0.7	0.4	0.4	0.8	0.9	0.6	1.8
Contatti etero	1800	748	906	1082	1027	680	589	528	7360	3906	3454
%	10.7	15.7	16.6	19.4	20.6	20.6	25.1	31.6	16.4	11.1	35.7
Altro/Non det	168	89	91	114	120	278	197	94	1151	797	354
%	1.0	1.9	1.7	2.0	2.4	8.4	8.4	5.6	2.6	2.3	3.7
TOTALE	16830	4759	5467	5577	4973	3303	2344	1671	44924	35252	9671

**TD-OMO = Tossicodipendenti/Omosessuali.

La distribuzione dei casi adulti per anno di diagnosi e categoria di esposizione⁹ (Tabella 7) evidenzia come il 63,8% del totale dei casi sia attribuibile alle pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (tossicodipendenti + tossicodipendenti/omosessuali). La distribuzione nel tempo mostra un aumento della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale (omosessuale ed eterosessuale) ed una corrispondente diminuzione dei casi attribuibili alle altre modalità di trasmissione. Particolare cautela è necessaria nell'interpretare l'andamento crescente dei casi appartenenti alla categoria "Altro/non determinato": infatti, l'indagine periodica condotta su questi casi, volta alla riclassificazione dei fattori di rischio, non è completa per i casi con diagnosi recente. Pertanto è stata stimata¹⁰ la proporzione di casi con fattore di rischio "altro/non determinato" che verrebbe riattribuita alle diverse categorie di esposizione in base a quanto era emerso da una precedente indagine condotta dal COA (vedi Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità Vol.11, N. 1, supplemento 1,

gennaio 1998). Secondo l'attuale stima la metà dei maschi e tre quarti delle femmine verrebbero riattribuiti alla categoria "contatti eterosessuali".

La distribuzione dei casi di AIDS attribuibili a rapporti eterosessuali¹¹ (7.360 casi), ulteriormente suddivisa in base al tipo di rischio, è presentata in tabella 7.

Tabella 8: Distribuzione dei casi adulti di AIDS in eterosessuali per tipo di rischio e sesso

Tipo di rischio eterosessuale	Maschi con partner		Femmine con partner		Totale con partner	
	HIV non noto	HIV noto	HIV non noto	HIV noto	HIV non noto	HIV noto
Originario di zona endemica	406	11	250	19	656	30
Partner bisessuale	0	0	30	32	30	32
Partner tossicodipendente	480	181	758	972	1238	1153
Partner emofilico/trasfuso	8	12	16	32	24	44
Partner di zona endemica	250	25	30	11	280	36
Partner promiscuo*	2109	424	476	828	2585	1252
TOTALE	3253	653	1560	1894	4813	2547

*Pazienti che hanno presumibilmente contratto l'infezione per via eterosessuale (inclusi i partner di prostituta e le prostitute) non includibili in nessuna delle altre categorie

PATOLOGIE INDICATIVE DI AIDS

La tabella 9 riporta la distribuzione delle patologie che fanno porre la diagnosi di AIDS in adulti, per anno di diagnosi¹². Dalla tabella si evidenzia come negli ultimi anni si sia verificata una diminuzione della proporzione di diagnosi di candidosi, toxoplasmosi cerebrale, ed un aumento delle diagnosi di sarcoma di Kaposi, di linfomi e di wasting syndrome. Le tre nuove patologie incluse nella definizione di caso del 1993 hanno contribuito per il 5,2% del totale delle diagnosi negli anni 1993-94, per l'8,4% nel 1995-96, per il 9,8% nel 1997-98 e per l'8,8 nel 1999.

Tabella 9: Frequenza relativa delle patologie¹³ indicative di AIDS in adulti per anno di diagnosi

Totale patologie	1982-92	1993-94		1995-96		1997-98		1999	
	20059	11744	11149*	11848	10838*	6395	5763*	1963	1790*
Definizione di caso dal 1987									
Candidosi (polm. e esofagea)	25,9	22,1	23,3	20,5	22,4	19,4	21,6	20,2	22,2
Polmonite da Pneumocystis Carinii	23,4	20,6	21,7	18,2	19,9	18,2	20,2	21,2	23,3
Toxoplasmosi cerebrale	8,1	9,3	9,8	7,9	8,6	7,2	7,9	5,4	6,0
Micobatteriosi [†]	5,3	7,1	7,5	7,1	7,7	7,0	7,8	6,2	6,8
Altre infezioni opportunistiche**	13,9	16,0	16,8	16,0	17,5	13,3	14,7	12,3	13,5
Sarcoma di Kaposi (KS)	5,3	4,6	4,9	4,5	4,9	4,9	5,4	5,3	5,9
Linfomi	3,0	2,7	2,9	3,1	3,4	4,4	4,9	4,9	5,4
Encefalopatia da HIV	7,1	6,3	6,6	7,4	8,0	7,3	8,1	6,9	7,5
"Wasting Syndrome"	8,1	6,1	6,4	6,8	7,5	8,4	9,3	8,7	9,5
Definizione di caso dal 1993									
Carcinoma cervice uterina	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	0,7	0,0	0,4	0,0
Polmonite ricorrente	0,0	1,7	0,0	3,6	0,0	3,9	0,0	3,4	0,0
Tubercolosi Polmonare	0,0	3,1	0,0	4,4	0,0	5,2	0,0	5,0	0,0

I valori in corsivo indicano il numero assoluto (e relative frequenze) secondo la vecchia definizione di caso 1987;

[†] Disseminata o extrapolmonare;

** Include: Criptococcosi, Criptosporidiosi, Infezione da Citomegalovirus, Infezione da Herpes simplex, Isosporidiosi, Leucoencefalopatia multifocale progressiva; Salmonellosi, Coccidioidomicosi, Istoplasmosi.

CASI PEDIATRICI

Dei 44.506 casi segnalati fino al 31 Dicembre 1999, 682 (1,5%) sono stati registrati nella popolazione pediatrica (pazienti con età alla diagnosi inferiore ai 13 anni o con modalità di trasmissione verticale accertata). In tabella 10 è riportata la distribuzione dei casi per regione di residenza e per anno di diagnosi. Il maggior numero di casi si registra in Lombardia, seguita da Lazio ed Emilia Romagna. La diffusione dell'AIDS pediatrico sembra ricalcare la distribuzione geografica dell'epidemia riportata per i casi segnalati negli adulti¹⁴.

Tabella 10: Distribuzione dei casi pediatrici di AIDS in Italia per regione di residenza e per anno di diagnosi

Regione	1982-92	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Totale
Lombardia	111	10	19	22	19	5	4	3	193
Lazio	65	9	5	11	8	8	4	1	111
Emilia R.	36	9	4	4	4	2	2	0	61
Toscana	22	2	7	7	1	0	2	0	41
Piemonte	19	4	4	3	3	7	0	0	40
Veneto	18	0	7	3	3	0	0	0	31
Campania	14	5	1	7	1	2	0	0	30
Liguria	17	4	3	4	1	0	1	0	30
Sicilia	14	3	4	4	0	0	1	0	26
Sardegna	14	2	2	4	0	1	2	0	25
Puglia	15	3	0	2	1	1	2	0	24
Calabria	7	1	0	2	0	0	0	1	11
Abruzzo	5	2	1	1	1	0	0	0	10
Trentino	6	0	0	2	0	1	0	0	9
Umbria	2	0	0	3	1	0	0	1	7
Marche	5	0	0	0	1	0	0	0	6
Basilicata	0	0	0	0	1	0	1	0	2
Friuli V.G.	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Estero	5	0	0	1	1	0	0	0	7
Ignota	6	2	0	3	4	0	1	0	16
TOTALE	382	56	57	83	51	27	20	6	682

La cospicua diminuzione dei casi di AIDS pediatrici che si è registrata nel 1997, 1998 e quindi nel 1999 (solo 6 casi), può in parte considerarsi un effetto delle campagne di prevenzione e dell'applicazione delle linee guida relative al trattamento antiretrovirale delle donne in gravidanza.

La tabella 11 mostra l'andamento temporale dell'infezione pediatrica per categoria di esposizione, anno di diagnosi e sesso. Dal 1993 ad oggi non sono stati più riportati casi in emofilici. Dei 645 (94,6%) casi pediatrici che hanno contratto l'infezione dalla madre, 342 (53,0%) sono figli di madre tossicodipendente, mentre 227 (35,2%) sono figli di donne che hanno acquisito l'infezione per via sessuale (dati non mostrati).

Tabella 11: Distribuzione dei casi pediatrici di AIDS per categoria di esposizione, per anno di diagnosi e per sesso.

Categoria di esposizione	1982-91	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Totale	Maschi	Femmine
Trasmissione vert.	295	64	54	53	83	49	27	17	3	645	310	335
%	93,3	97,0	96,4	93,0	100,0	96,1	100,0	85,0	50,0	94,6	92,5	96,5
Emofilici	14	1	0	0	0	0	0	0	0	15	15	0
%	4,4	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	4,5	0,0
Trasfusi	7	0	1	3	0	1	0	0	0	12	5	7
%	2,2	0,0	1,8	5,3	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	1,8	1,5	2,0
Altro Non det	0	1	1	1	0	1	0	3	3	10	5	5
%	0,0	1,5	1,8	1,7	0,0	2,0	0,0	15,0	50,0	1,5	1,5	1,4
TOTALE	316	66	56	57	83	51	27	20	6	682	335	347

La distribuzione delle patologie indicatrici di AIDS per anno di diagnosi¹², evidenzia una diminuzione delle diagnosi di Polmonite da *Pneumocystis carinii* (dal 16,0% nel 1982-92 al 9,3% nel 1997-98) ed un aumento delle micobatteriosi (Tabella 12).

Tabella 12: Frequenza relativa delle patologie¹³ indicative di AIDS in pediatrici per anno di diagnosi

	1982-92	1993-94	1995-96	1997-98	1999
Totale patologie¹³	501	140	164	54	7
Candidosi (Polmonare e esofagea)	11,8	10,0	11,6	13,0	0,0
Polmonite da <i>Pneumocystis carinii</i>	16,0	18,6	14,6	9,3	14,3
Toxoplasmosi cerebrale	1,8	0,0	1,2	1,9	14,3
Infezione da Cytomegalovirus	9,0	7,9	9,8	3,7	0,0
Micobatteriosi*	1,0	0,7	1,8	14,8	0,0
Infezioni batteriche ricorrenti	11,0	12,9	10,4	16,7	28,6
Polmonite Interstiziale Linfoide	20,8	10,0	9,8	13,0	0,0
Altre infezioni opportunistiche**	5,8	7,1	3,1	7,4	0,0
Tumori (KS e Linfomi)	2,0	1,4	4,3	1,9	0,0
Encefalopatia da HIV	13,6	18,6	23,2	13,0	42,9
"Wasting Syndrome"	7,4	12,9	10,4	5,6	0,0

* Comprende: M. Tuberculosis o da altri micobatteri o da specie non identificata: disseminata o extrapolmonare.

** Include: Criptococchi, Criptosporidiosi, Infezione da Herpes simplex, Isosporidiosi, Leucoencefalopatia Multifocale Progressiva, Salmonellosi.

TRATTAMENTO ANTI-RETROVIRALE PRECEDENTE LA DIAGNOSI DI AIDS

Dal primo gennaio 1999 la scheda di notifica raccoglie anche una serie di informazioni anamnestiche di tipo clinico-laboratoristico e terapeutico (ultimo test HIV-negativo, viremia plasmatica alla diagnosi di AIDS, il regime terapeutico antiretrovirale più aggressivo e le profilassi delle infezioni opportunistiche effettuate prima della diagnosi di AIDS). La figura 5 mostra che solo il 36,8%, dei casi notificati nel 1999, ha ricevuto un trattamento terapeutico antiretrovirale. A circa tre quarti di questi è stato somministrato un regime combinato con tre farmaci antiretrovirali. Risultano inoltre delle differenze per modalità di trasmissione, avendo soltanto il 25% dei pazienti con fattore di rischio sessuale (cioè omosessuali ed eterosessuali), contro oltre il 50% dei tossicodipendenti, effettuato una terapia antiretrovirale (figura 6).

Figura 5: Uso di terapie antiretrovirali e regime terapeutico pre-AIDS

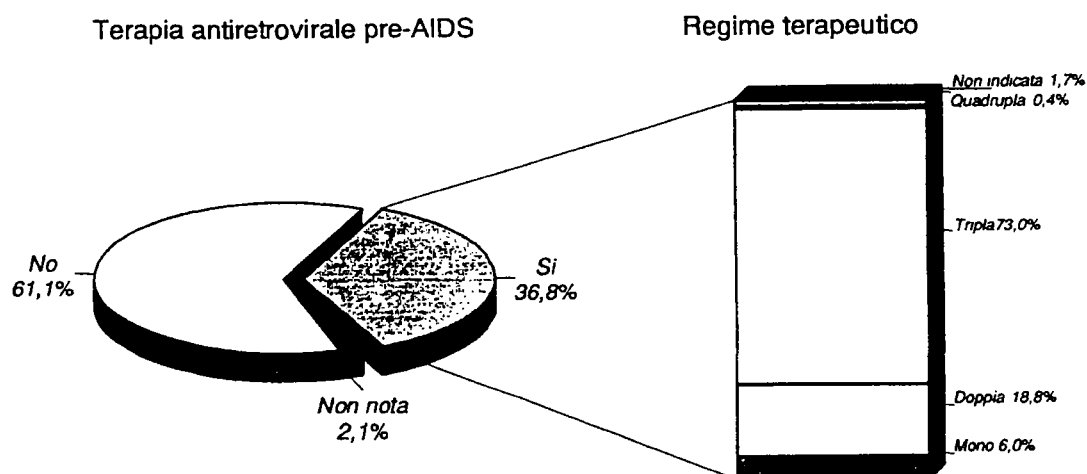
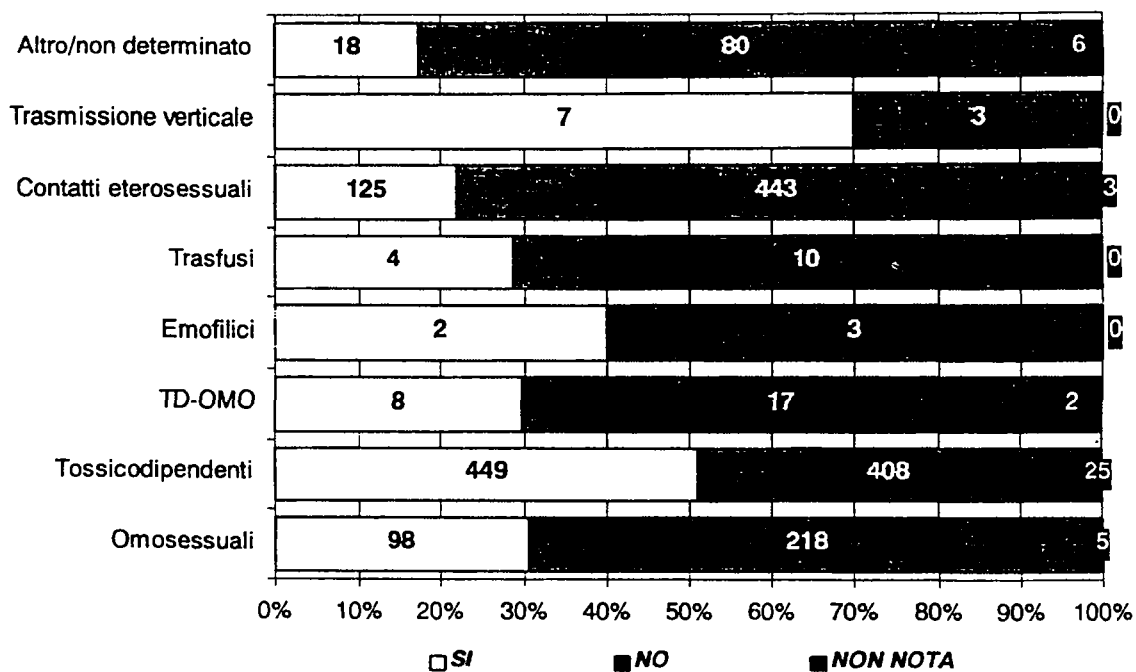


Figura 6: Uso di terapie antiretrovirali pre-AIDS per categoria di trasmissione



COMMENTO

La diminuzione dell'incidenza dei casi di AIDS osservata a partire dalla metà del 1996 si conferma anche per il 1999. In particolare (tabella 13), negli ultimi 12 mesi si è registrata una flessione nel numero delle notifiche dei casi di AIDS di circa l'11,6% rispetto all'anno precedente (1998), tale declino risulta comunque essere inferiore a quelli riscontrati nei periodi precedenti. La diminuzione si riscontra in tutte le principali categorie di esposizione, anche se risulta essere meno marcata per i casi a trasmissione sessuale (sia omosessuale che eterosessuale). Va però fatto osservare che, per tali casi, ciò sembra attribuibile ad un minore accesso alle terapie antiretrovirali (vedi paragrafo precedente). Questo fenomeno è comunque spiegato in gran parte dal ritardo nella individuazione della sieropositività dei contatti sessuali, come risulta evidenziato da una analisi riportata nel precedente notiziario (Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, Vol. 12, N. 6, Dicembre 1999).

Tabella 13: Differenze percentuali (Δ) dei casi AIDS per categoria di trasmissione e anno di notifica

Categoria di trasmissione	1993	Δ	1994	Δ	1995	Δ	1996	Δ	1997	Δ	1998	Δ	1999
	1993-94		1994-95		1995-96		1996-97		1997-98		1998-99		
Omosessuali	656	27.3	835	6.7	891	-5.8	839	-35.3	543	-20.3	433	-16.9	360
Tossicodipendenti	2908	16.7	3394	9.0	3700	-14.9	3149	-34.0	2077	-43.1	1182	-18.0	969
TD-OMO	86	31.4	113	4.4	118	-43.2	67	-6.0	63	-49.2	32	0.0	32
Emofilici	35	-28.6	25	28.0	32	12.5	36	-58.3	15	-73.3	4	25.0	5
Trasfusi	39	20.5	47	-6.4	44	4.5	46	-63.0	17	-35.3	11	36.4	15
C. eterosessuali	675	31.0	884	21.7	1076	-0.1	1075	-29.2	761	-27.9	549	24.6	684
Trasmissione vert.	61	-11.5	54	37.0	74	-17.6	61	-44.3	34	11.8	38	-68.4	12
Altro/Non det.	73	20.5	88	44.3	127	-17.3	105	159.0	272	-13.2	236	-49.2	120
TOTALE	4533	20,0	5440	11,4	6062	-11,3	5378	-29,7	3782	-34,3	2485	-11,6	2197

Secondo quanto suggerito da alcune simulazioni (con dei modelli matematici) sull'andamento dei casi di AIDS, la repentina diminuzione di casi verificatasi negli ultimi tre anni è difficilmente attribuibile ad una riduzione delle infezioni da HIV^(m). D'altro canto i dati di diversi studi osservazionali hanno evidenziato, in Italia come in altri paesi industrializzati, la rapida e ampia diffusione di nuove terapie di combinazione con più farmaci antiretrovirali. L'efficacia di tali combinazioni si manifesta sia nel ridurre il rischio di patologie HIV-correlate che quello di morte^(a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z). Inoltre, tale effetto si evidenzia in tutte le categorie di rischio⁽ⁿ⁾, anche se l'accesso a tali terapie prima dell'AIDS è fortemente condizionato dalla conoscenza della condizione di sieropositività HIV^(m) più o meno frequente a seconda della categoria considerata.

Per quanto riguarda la distribuzione geografica dei casi di AIDS (tabella 14), si evidenzia, nell'ultimo anno, una riduzione dei tassi di incidenza regionali e provinciali più marcata nelle regioni del nord Italia.

I principali fattori che potrebbero spiegare la differente entità della riduzione di incidenza in aree diverse sono:

- un aumento del ritardo di notifica legato alla riorganizzazione del sistema di sorveglianza in alcune regioni;
- una reale riduzione della incidenza di AIDS più marcata in determinate aree, attribuibile ad esempio ad un più facile accesso dei sieropositivi alle terapie antiretrovirali, con conseguente ritardo dell'insorgenza di AIDS.

Dal momento che non è possibile escludere altri fattori in grado di determinare variazioni geografiche nella riduzione del numero di notifiche, si raccomanda di interpretare con cautela l'attuale andamento.

Tabella 14: Differenze percentuali (Δ) dei casi AIDS per regione di segnalazione e anno di notifica

Regione di segnalazione	1994	Δ 1994-95	1995	Δ 1995-96	1996	Δ 1996-97	1997	Δ 1997-98	1998	Δ 1998-99	1999
Lombardia	1900	2,5	1947	-17,1	1614	-31,6	1104	-38,2	682	-8,1	627
Lazio	610	24,9	762	-7,6	704	-24,6	531	-24,1	403	-25,3	301
Emilia R.	571	21,4	693	-21,8	542	-13,1	471	-49,0	240	-17,1	199
Toscana	343	14,9	394	-14,5	337	-32,6	227	-38,3	140	13,6	159
Piemonte	369	-4,1	354	10,2	390	-45,9	211	-22,3	164	-3,7	158
Campania	179	17,3	210	-6,2	197	-37,6	123	-15,4	104	21,2	126
Veneto	312	5,4	329	13,7	374	-42,0	217	-30,9	150	-22,0	117
Sicilia	214	-7,0	199	12,6	224	-46,0	121	24,0	150	-23,3	115
Puglia	175	33,7	234	6,4	249	-39,4	151	-39,1	92	21,7	112
Liguria	273	12,1	306	-27,8	221	32,1	292	-62,0	111	-24,3	84
Marche	83	13,3	94	-3,2	91	-41,8	53	-5,7	50	-18,0	41
Sardegna	167	23,4	206	-25,2	154	-50,6	76	-2,6	74	-47,3	39
Friuli V.G.	43	39,5	60	0,0	60	-16,7	50	-74,0	13	130,8	30
Abruzzo	42	31,0	55	-18,2	45	-31,1	31	-45,2	17	52,9	26
Umbria	40	87,5	75	-34,7	49	-40,8	29	13,8	33	-30,3	23
Calabria	55	-7,3	51	0,0	51	-25,5	38	-42,1	22	-40,9	13
Bolzano	18	50,0	27	7,4	29	-24,1	22	-31,8	15	-40,0	9
Trento	30	50,0	45	-48,9	23	17,4	27	-44,4	15	-46,7	8
Basilicata	8	25,0	10	-20,0	8	-75,0	2	100,0	4	0,0	4
Molise	2	0,0	2	150,0	5	0,0	5	-60,0	2	50,0	3
Valle D'Aosta	6	50,0	9	22,2	11	-90,9	1	300,0	4	-25,0	3
TOTALE	5440	11,4	6062	-11,3	5378	-29,7	3782	-34,3	2485	-11,6	2197

Le limitate conoscenze sulla durata dell'effetto delle nuove terapie, la mancanza di una stima precisa della diffusione dei farmaci antiretrovirali, e di eventuali differenze nei singoli sottogruppi, rendono più problematica la stima della curva epidemica delle infezioni da HIV e sottolineano l'importanza di sviluppare sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV.

Note Tecniche

1 - In Italia, la raccolta sistematica dei dati sui casi di *Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS)* è iniziata nel 1982 e, nel giugno 1984, è stata formalizzata in un Sistema di Sorveglianza Nazionale attraverso il quale vengono segnalati i casi di malattia diagnosticati dalle strutture cliniche del Paese. Con il decreto del 28 novembre 1986 (DM n. 288), l'AIDS è divenuta in Italia una malattia infettiva a notifica obbligatoria. Dal 1987, il Sistema di Sorveglianza è gestito, dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). In collaborazione con le regioni, il COA provvede alla raccolta, all'analisi periodica dei dati ed alla pubblicazione e diffusione di un rapporto trimestrale.

2 - I criteri di diagnosi di AIDS adottati sono stati, fino al gennaio 1993, quelli della definizione dell'OMS/CDC 1987. A partire dal 1° gennaio 1993, la definizione di caso adottata in Italia si attiene alle indicazioni del Centro Europeo dell'OMS. Quest'ultima aggiunge altre tre patologie indicative di AIDS: la tubercolosi polmonare, la polmonite ricorrente e il carcinoma invasivo della cervice uterina.

3 - L'anno di notifica non coincide necessariamente con l'anno di diagnosi, ma può essere successivo (es: caso diagnosticato nell'anno 1985 ma notificato nel 1990).

4 - La distribuzione temporale dei casi è influenzata dal ritardo di notifica, cioè dal tempo che intercorre dalla data della diagnosi del caso al momento in cui la notifica perviene al COA. Ciò determina una sottostima nel numero di nuovi casi, particolarmente evidente negli ultimi trimestri di diagnosi. Il numero dei casi viene pertanto corretto attraverso il metodo di correzione messo a disposizione dal Centro Europeo di Sorveglianza Epidemiologica (Heisterkamp S. H., Jager J. C. & Ruitenberg E. J. et al. 1989. Correcting reported AIDS incidence: a statistical approach. Stat. Med., 8: 963-976). Altro elemento, che influenza le reali dimensioni del fenomeno, è la sotto-notifica dei casi di AIDS, cioè quella quota di casi che, non segnalata, sfugge al Sistema di Sorveglianza. Studi preliminari hanno permesso di stimare per l'Italia un tasso di sotto-notifica vicino al 10%.

5 - In Italia la notifica di decesso per AIDS non è obbligatoria.

6 - Ad oggi solo alcune regioni Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia G., Lazio, Liguria, Lombardia, Toscana, Valle D'Aosta e Veneto effettuano il follow-up attivo di mortalità e forniscono routinariamente tali dati al COA. Per questo motivo nel 1998 il COA, in collaborazione con il gruppo di ricerca che si occupa dello studio di mortalità per AIDS presso il Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica (LEB) dell'ISS, ha avviato un'indagine attiva (presso le anagrafi) sullo stato in vita dei casi di AIDS estesa a tutto il territorio nazionale. L'indagine è stata condotta per le regioni che non effettuano routinariamente l'aggiornamento dello stato in vita.

7 - I casi prevalenti in un determinato anno sono tutti quelli diagnosticati negli anni precedenti, o nello stesso anno, e "vivi" (anche per un solo giorno dell'anno considerato). A causa del ritardo di notifica di decesso, il numero dei casi prevalenti riportato per gli anni più recenti va valutato con

cautela, poiché non è corretto per i casi di decesso in tali anni.

8 - Le province che hanno un numero di casi residenti maggiore dei casi segnalati hanno "esportato" casi, in termini assistenziali; viceversa, quelle con più casi segnalati ne hanno "importati". Il tasso di incidenza ($\times 100.000$ abitanti) per provincia è calcolato sul numero di notifiche pervenute al COA nel periodo luglio 1998 - Dicembre 1999.

9 - Le categorie di esposizione hanno un ordine gerarchico che risponde ai criteri del sistema di sorveglianza europeo dell'AIDS. Ogni caso è classificato in un solo gruppo. I soggetti che presentano rischi multipli sono classificati nel gruppo più importante in termini gerarchici. Infine, vengono effettuate indagini periodiche per tre diversi gruppi di pazienti al fine di riclassificarli nelle categorie di esposizione classiche:

- a) pazienti che hanno dichiarato di aver avuto soltanto rapporti eterosessuali con partner che non avevano un fattore di rischio noto;
- b) pazienti che hanno avuto una trasfusione;
- c) pazienti senza fattore di rischio noto, (categoria "altro-non determinato").

10 - La riattribuzione del fattore di rischio è stata effettuata mediante l'uso di un modello matematico che calcolava la probabilità di appartenere ad una categoria di trasmissione in base a sesso, anno di diagnosi ed ai risultati di una precedente indagine condotta dal COA (v. testo).

11 - La categoria di esposizione "contatti eterosessuali" comprende i soggetti che hanno un partner a rischio dell'altro sesso. Quando è nota la sieropositività del partner, questa informazione viene riportata esplicitamente. Sono stati considerati come casi attribuibili a trasmissione eterosessuale anche i casi con partner promiscuo che includono i "partner di prostituta" e le prostitute.

12 - I dati relativi alla distribuzione delle patologie opportunistiche indicative di AIDS fanno riferimento ai quadri clinici presenti all'esordio della malattia e non a tutte le patologie diagnosticate durante l'intero decorso clinico. Se l'esordio è caratterizzato da più di una patologia, ne vengono conteggiate un massimo di sei occorse entro 60 giorni dalla prima.

13 - Per ogni caso possono essere indicate più di una patologia indicativa di AIDS; pertanto il numero di patologie riportate in un anno può essere superiore al numero di casi segnalati nello stesso anno.

14 - Le differenze osservabili tra le regioni per ciò che riguarda la distribuzione dell'AIDS pediatrico risentono anche della diversa disponibilità di centri clinici pediatrici sul territorio.

Riferimenti bibliografici

I- Pezzotti P, Napoli PA, Acciai S et al. Increasing survival time after AIDS in Italy: the role of new combination antiretroviral therapies. *AIDS* 1999, 13:249-255.

II- Porta D, Rapiti E, Forastiere F, Pezzotti P, Perucci CA. Changes in survival among people with AIDS in Lazio, Italy from 1993 to 1998. *AIDS* 1999, 13:2125-2132.

III- Palella FJ, Delaney KM, Morman AC et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998, 338:853-860.

IV- Mocroft A, Vella S, Benfield TL, et al.: Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. *LANCET* 1998, 352:1725-1730.

V- Rezza G, Pezzotti P, Balducci M. Attualità sull'andamento dell'epidemia di AIDS/HIV in Italia. *G. Ital. Mal. Infett.* 1998, 4:133-136.

VI- Napoli PA, Dorrucchi M, Serraino D, et al. Frequency and determinants of use of antiretroviral and prophylactic therapies against *Pneumocystis carinii* Pneumonia (PCP) before AIDS diagnosis in Italy. *European Journal of Epidemiology* 1998, 14:41-47.

VII- Egger M, Hirschel B, Francioli P, et al.: Impact of new antiretroviral combination therapies in HIV infected patients in Switzerland: prospective multicentre study. *BMJ* 1997, 315:1194-1199.

VIII- Detels R, Munoz A, McFarlane G, et al.: Effectiveness of Potent Antiretroviral Therapy on Time to AIDS and Death in Men With Known HIV Infection Duration. *JAMA*, 1998, 280:1497-1503