

pazienti: i danni d'organo correlati all'assunzione prolungata dei farmaci antiretrovirale. Elementi che inducono ad ipotizzare la necessità, per gli anni futuri, di proporre risposte adeguate e "leggere" ai bisogni sanitari delle persone affette dall'infezione da HIV.

L'Assistenza Domiciliare è stata definita dall'OMS come *“la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione”*.

L'Assistenza domiciliare è destinata ai pazienti affetti da malattie croniche avanzate e/o terminali, limitati nell'autosufficienza, che possono essere assistiti a domicilio facendo riferimento ai Servizi distrettuali della ASL che deve essere la sede organizzativa di tutte le cure territoriali e, in particolare, dell'assistenza domiciliare integrata.

La razionalizzazione della spesa sanitaria con la conseguente riduzione posti letto ospedalieri, ha avviato, nel nostro paese, un processo di riflessione sui servizi (ospedalieri e territoriali) e le attività (specialistiche e di base) del sistema sanitario che ha portato alla emanazione di normative, nazionali e regionali, per tutela delle persone anziane, non autosufficienti e non autonome (cure domiciliari e degli interventi residenziali), sull'attività domiciliare a favore dei malati di AIDS (integrazione fra i reparti di malattie infettive, i servizi distrettuali, gli enti locali), dei malati cronici (epatiti, cirrosi, HCC), sull'assistenza a domicilio per i pazienti in fase terminale.

Nel mondo, sin dagli inizi del 900 con la Gran Bretagna, si sono moltiplicate esperienze di assistenza domiciliare tese a ridurre i ricoveri ospedalieri e offrire al cittadino malato continuità assistenziale con la possibilità di fornirgli le cure necessarie nel suo ambiente di vita.

L'integrazione fra sanità e assistenza, con la gestione della fase di dimissione ospedaliera, e il potenziamento dell'assistenza domiciliare rappresentano oggi delle vere sfide per tutti i sistemi sanitari.

È stato necessario avviare un'indagine sul territorio per individuare quali persone/gruppi e perché, non accedono al servizio domiciliare, attraverso il progetto 'Domus'.

Obiettivo generale:

individuare quali persone/gruppi e perché, sul territorio nazionale non hanno accesso al servizio domiciliare

Obiettivi intermedi e finali:

Conoscere: i) l'entità delle risorse economiche destinate alla attivazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata; ii) se i fondi destinati sono stati resi disponibili e utilizzati per attivazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata; iii) l'entità delle risorse umane destinate alla attivazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata; iv) se l'ADI è stata attivata in maniera uniformità sul territorio nazionale; v) se esistono differenze territoriali della disponibilità dell'ADI per le persone affette da patologie infettive croniche in generale e da infezione da HIV in particolare; vi) se le/i medici di base conoscono e seguono i pazienti, a loro carico, affetti da infezione da HIV; vii) se le/i medici di base conoscono e propongono l'ADI, la propongono ai propri pazienti; viii) se le/i medici specialisti conoscono e propongono l'ADI ai propri pazienti; ix) se le/gli assistenti sociali promuovono e propongono l'ADI; x) se è stato attivato nel territorio un processo culturale adeguato (formazione); xi) in quali parti del paese è attiva l'ADI per le persone affette da patologie infettive croniche in generale e da infezione da HIV in particolare; xii) quante per le persone affette da patologie infettive croniche in generale e da infezione da HIV in particolare hanno usufruito e usufruiscono dell'ADI.

Promuovere e attivare: processo culturale di educazione alla salute.

Pubblicizzare i dati riscontrati.

Valorizzare il lavoro di reti.

Contribuire al miglioramento dei servizi sanitari.

Numero e tipologia destinatari finali:

tutte le persone affette da patologie infettive croniche in generale, le persone affette da infezione da HIV in particolare che necessitano Assistenza Domiciliare Integrata.

Il progetto è una grande opportunità per gli operatori del settore per diventare parte integrante dei processi di cambiamento che la situazione economica mondiale e nazionale e le nuove acquisizioni in campo assistenziale ci impongono.

La costruzione di un sito web, ha permesso di avere un canale di comunicazione forte e aperto a tutti, in cui inserire notizie, informazioni, comunicazioni sugli eventi legati al progetto e i prodotti che sono stati realizzati dai volontari partecipanti al progetto; il Portale è stato utilizzato, anche, per mettere in rete le Associazioni facendo circolare in maniera continua le informazioni creando un'area privata, accessibile solo ai partecipanti al progetto, rendendo fruibili tutti i materiali inerenti al progetto e le comunicazioni relative. Infine, servirà a mantenere vivo, anche dopo la fine del progetto, il lavoro di rete e ad estendere la rete al di là delle stesse organizzazioni promotrici.

Politiche di offerta e modalità di esecuzione del test per HIV

Nel nostro Paese, rispetto a venti anni fa, è diminuito il numero di persone infettate dal virus dell'HIV, ma, grazie ai progressi delle nuove terapie antiretrovirali, è aumentato quello delle persone sieropositive viventi. Un terzo delle persone con una nuova diagnosi di HIV viene diagnosticato in fase avanzata di malattia, quando è già in atto una rilevante compromissione del sistema immunitario. La conoscenza, sia dello stato di sieropositività da parte delle persone che hanno contratto l'infezione, sia dell'ampiezza di tale realtà nosologica, possono contribuire ad intervenire più efficacemente per la difesa dello stato di salute del singolo e della collettività.

L'Italia è stata tra i primi Paesi ad aver risposto concretamente alle richieste giunte dall'Unione Europea sulle politiche per la diagnosi precoce dell'HIV, con il '*Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV*', che è stato redatto dalla Commissione Nazionale AIDS e approvato in Conferenza Stato Regioni il 27 luglio 2011. Il documento italiano, elaborato con il contributo fattivo dei livelli politico-istituzionali, del mondo scientifico, ma soprattutto dei pazienti, rappresentati dalle Associazioni, oltre a ribadire la necessità di effettuare il test, propone modalità univoche di erogazione del test e delle modalità di consegna dei risultati sul territorio nazionale, individuando inoltre i gruppi di fragilità sociale ai quali offrire attivamente il test.

Successivamente all'Intesa, nell'aprile 2012, questo Ministero ha attivato un percorso per realizzare, attraverso l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, una Conferenza Nazionale di consenso per la produzione di un documento di indirizzo

sull'accesso, le strategie di offerta attiva e le modalità di gestione ed esecuzione del test per la diagnosi dell'infezione da HIV.

La Consensus ha affrontato le seguenti priorità, principalmente sulla base delle considerazioni epidemiologiche e cliniche:

- 1) Le popolazioni target per l'offerta attiva del test;
- 2) Le modalità dell'offerta ed i problemi del consenso;
- 3) La gestione dei risultati;
- 4) Strategie alternative di offerta del test: utilizzo dei test rapidi.

I risultati della Consensus verranno inseriti nella proposta di aggiornamento del «Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia» di cui all'intesa Governo-Regioni del 27 luglio 2011

La realizzazione da parte delle Regioni di programmi sulla Diagnosi di infezione da HIV è stata inserita nel 2012 tra gli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'assegnazione di quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi stessi.

ESTHER

Infezione da HIV e salute della madre e del bambino nei paesi a risorse limitate.

I numeri dell'AIDS nei Paesi con risorse limitate sono drammatici: ad oggi, 25 milioni di morti dall'inizio dell'epidemia. E ogni anno che passa, altri 2 milioni di morti, di cui 250 mila bambini. Otto milioni di orfani. E ancora, tre milioni di nuove infezioni ogni anno, di cui 370 mila bambini.

L'Africa sub sahariana, secondo le stime più recenti (anno 2010) rimane la regione maggiormente colpita dalla pandemia con più di 22 milioni di persone (adulti e bambini) che vivono con l'HIV. In particolare nel 2010 la prevalenza di HIV nella popolazione di età compresa tra 15 e 49 anni è risultata del 5% mentre sono risultati 1,8 milioni i nuovi casi di infezione e 1,3 milioni i decessi dovuti all'AIDS.

Le patologie correlate all'infezione da HIV sono i principali killer delle donne in età riproduttiva, e circa il 20% della mortalità materna nel mondo è correlata all'HIV. Inoltre nei paesi iperendemici l'AIDS può essere responsabile di più del 40% della mortalità infantile.

La Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite, firmata nel 2000 da 189 paesi, ha identificato otto Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDG) intesi allo sviluppo globale e all'eradicazione della povertà. Tre di questi otto MDG sono direttamente correlati alla salute: riduzione della mortalità infantile, miglioramento della salute materna, lotta contro HIV/AIDS, malaria ed altre malattie trasmissibili.

La salute delle ragazze e delle donne è particolarmente vulnerabile in ragione del ruolo riproduttivo che le stesse rivestono, come pure a causa dei diffusi modelli di discriminazione di genere. Le donne soffrono enormemente a causa degli effetti prodotti dalla violenza e dallo sfruttamento sessuale, si trovano a dover affrontare barriere di natura economica, sociale, culturale e legale che ostacolano l'accesso all'assistenza sanitaria, inoltre, rispetto agli uomini, sono assistite con minore efficienza dai servizi sanitari.

Il quarto Obiettivo di Sviluppo del Millennio è finalizzato alla riduzione della mortalità infantile a livello mondiale. Nel 2007, il tasso di mortalità globale al di sotto del quinto anno di età era di 67 decessi per 1000 nati vivi. Nel 2007, circa 9 milioni di bambini morivano per cause largamente prevedibili o trattabili. I livelli di mortalità globale al di sotto del quinto anno di età sono più elevati nell'Africa sub sahariana, dove un bambino su sette muore prima del quinto compleanno. Nell'Africa sub sahariana si registra la metà delle morti infantili globali. Tra le cause principali della mortalità al di sotto del quinto anno di età vi sono la diarrea, le infezioni delle basse vie respiratorie e la malaria.

Il quinto Obiettivo di Sviluppo del Millennio riguarda la riduzione della mortalità materna. Nel corso della vita di una donna il rischio di decesso legato alle complicanze della gravidanza è di 1 su 48, nei paesi in via di sviluppo, contro 1 su 1900 nei paesi sviluppati. Si calcola che mezzo milione di donne muoia "inutilmente" ogni anno per complicanze della gravidanza, il più delle volte al momento del parto.

Articolazione del progetto

Il progetto si compone di due parti, distinte ma integrate:

- A) uno studio longitudinale che valuti l'impatto delle **differenza di genere** sui determinanti della salute e sull'efficacia dei trattamenti per l'infezione da HIV/AIDS, condotto nei Paesi in cui opera il Progetto Esther-Italia;

B) uno studio per definire le **strategie più efficaci per la prevenzione della trasmissione verticale.**

STUDIO A.

Impatto delle differenze di genere sui determinanti della salute delle donne e dei bambini, e sulla risposta alle cure per l'AIDS nei Paesi con risorse limitate

Dei 7.000 nuovi casi di infezione da HIV che si verificano ogni giorno circa la metà si verifica in donne. Tuttavia nell'Africa sub sahariana le donne, e specialmente le giovani donne, sono colpite in maggior misura che nelle altre parti del mondo e rappresentano circa il 60% delle persone con HIV. In particolare nel 2010 è stata stimata, nella fascia di età che va dai 15 ai 24 anni, una prevalenza della malattia dell'1.4% nei maschi e del 3.3% nelle femmine.

Le donne hanno una vulnerabilità multifattoriale all'infezione da HIV.

Da una parte c'è l'importante vulnerabilità biologica (la trasmissione per via sessuale da uomo a donna è più efficiente di quella da donna a uomo) dall'altra, nei paesi con risorse limitate, ineguaglianze di genere dovute a fattori culturali, economici e sociali sono responsabili del maggior impatto nella popolazione femminile. L'inizio precoce dell'attività sessuale, l'uso del sesso come mezzo di sussistenza, la minore conoscenza dell'HIV per ineguaglianze nella educazione, la violenza sessuale, sono tutti fattori che hanno una grande importanza per la diffusione dell'HIV nelle donne.

Esistono note differenze tra uomini e donne che possono significativamente influenzare la risposta al trattamento, tra cui il differente metabolismo dei farmaci e il differente pattern ormonale.

Studi effettuati nei paesi occidentali sulla risposta alla terapia hanno riportato outcome clinici paragonabili nelle donne e negli uomini, con tuttavia una maggiore incidenza nelle donne di eventi avversi legati alla terapia antiretrovirale. Tra gli eventi più frequenti nelle donne ci sono il rash, l'acidosi lattica, le patologie lipodistrofiche, la dislipidemia e la tossicità epatica. Gli studi sulla farmacocinetica dei farmaci antiretrovirali hanno suggerito che la maggiore incidenza degli eventi avversi potesse essere legata a una maggiore esposizione farmacologica nelle donne rispetto agli uomini. I fattori e i meccanismi più

probabilmente responsabili di differenze nelle concentrazioni clinicamente significative sono rappresentati dal peso corporeo e dalla sua composizione, dalla clearance renale e dalla diversa attività della glicoproteina P.

Poche informazioni sono tuttavia disponibili nei paesi con risorse limitate riguardo all'impatto che possono avere le differenze di genere nel trattamento della malattia. Lo studio proposto sarà in grado di valutare non solo l'eventuale presenza di differenze a carattere biologico, ma anche l'impatto di altri fattori di vulnerabilità, che includono elementi multifattoriali culturali, economici e sociali, valutando parametri quali l'atteggiamento nei confronti delle cure disponibili e l'influenza dello stigma, della discriminazione e della povertà nel ritardare nell'inizio della terapia a partire dal momento del test positivo e la compliance e la "retention in care" delle donne rispetto agli uomini. Questi fattori verranno analizzati in funzione degli usuali parametri di valutazione di efficacia e tollerabilità delle terapie quali la risposta virologica, la risposta immunologica, l'incidenza di eventi avversi, l'aderenza alla terapia, la progressione verso fasi più avanzate della malattia, l'impatto delle co-morbidità come la tubercolosi, le perdite al follow-up e la mortalità.

Il progetto si propone di fornire un contributo di conoscenza al miglioramento della cura delle donne e dei bambini con HIV/AIDS attraverso un approccio olistico che comprenda la valutazione sia degli outcome di efficacia e tossicità che la determinazione dei determinanti socio-economici alla base delle diseguglianze di accesso alle cure delle donne e dei bambini africani

L'intervento vede coinvolte tutte le Unità Operative italiane partecipanti al progetto Esther-Italia e sarà esteso localmente a diversi paesi dell'Africa sub-sahariana, quali Etiopia, Sud Africa, Tanzania, Kenia e Congo.

STUDIO B.

Prevenzione della trasmissione materno-fetale dell'infezione da HIV nei Paesi con risorse limitate

La prevenzione della trasmissione materno-infantile dell' HIV (PMTCT, *Prevention of Mother-To-Child Transmission*) permette di contribuire al raggiungimento di tutti e 3 i goals sopramenzionati attraverso una serie di interventi sequenziali:

- Il primo passo è il counselling e il test per HIV per le donne incinte. Nel 2010 il 35% (rispetto a un 26% dell'anno 2009) delle donne in gravidanza nei paesi con risorse limitate ha ricevuto il counselling e ha effettuato il test per l' HIV. In particolare nell' Africa sub sahariana, la regione con il più alto numero di donne in gravidanza con HIV, la copertura del test è salita dal 35% al 42% nel 2010. Queste cifre pur sottolineando un significativo aumento indicano tuttavia che ancora la maggior parte delle donne nei paesi con risorse limitate non conosce il suo stato rispetto all'infezione da HIV.
- Verifica clinica e immunologica della necessità della donna di un trattamento antiretrovirale. Solo il 34% delle donne HIV+ in gravidanza è stato valutato nel 2010 per la necessità di un trattamento antiretrovirale. Somministrare la terapia antiretrovirale alle donne che incontrano i criteri per il trattamento è di fondamentale importanza per l'impatto che la terapia stessa ha direttamente sulla sopravvivenza materna e indirettamente sulla sopravvivenza del bambino (i bambini le cui madri sono vive hanno più probabilità di rimanere vivi).
- Somministrazione della profilassi antiretrovirale per le donne con CD4+ al di sopra della soglia stabilita per iniziare un trattamento ($> 350/\text{mm}^3$). Nel 2010 la proporzione di donne in gravidanza che ha ricevuto i regimi più efficaci per la prevenzione della trasmissione è stata del 48% (50% nell'Africa sub sahariana). L'aumento della copertura della profilassi determina una riduzione della mortalità infantile non solo per l'abbattimento dei tassi di trasmissione, ma anche perché i bambini inseriti nei programmi PMTCT hanno accesso ad altri interventi importanti per la loro salute (es. profilassi con cotrimoxazolo).
- Diagnosi precoce: solo il 28% dei bambini nati da madri con HIV ha effettuato un test per l'HIV nei primi 2 mesi di vita nel 2010. La diagnosi precoce permette di iniziare il trattamento antiretrovirale il prima possibile come raccomandato dalle Linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Infatti un terzo dei bambini con HIV muore nel primo anno di vita se non trattato.

Le ultime linee guida per la PMTCT in Malawi prevedono che a tutte le donne in gravidanza venga iniziata e poi proseguita indefinitamente una terapia antiretrovirale con tenofovir (TDF), lamivudina (3TC) ed efavirenz (EFV) (una delle combinazioni incluse nelle ultime linee guida per la PMTCT dell' Organizzazione Mondiale della Sanità) e che l'allattamento materno prosegua fino al compimento del secondo anno di vita del bambino.

Questa strategia ha degli indubbi vantaggi:

- tutte le donne vengono messe in trattamento indipendentemente dal livello dei CD4+; questo fa sì che le donne che incontrano i criteri per il trattamento intraprendono una terapia a vita e che anche tutte le altre donne ricevano per la profilassi una strategia ottimale per la prevenzione della trasmissione;
- poiché le donne in Malawi intraprendono circa 6-7 gravidanze nel corso della loro vita questa strategia impedisce che la terapia antiretrovirale venga interrotta e poi ripresa molte volte a distanza di pochi mesi.

Tuttavia ci sono potenziali rischi associati all'uso di questi farmaci in questo contesto:

- sono disponibili poche informazioni sul passaggio nel latte e nei bambini allattati del tenofovir e dell'efavirenz;
- sia il tenofovir che l'efavirenz non sono raccomandati nei bambini sotto i 3 anni;
- per il tenofovir è nota la possibile tossicità renale e l'effetto sul metabolismo dell'osso;
- per l'efavirenz sono noti gli effetti sul sistema nervoso centrale;
- pur essendo noto il potenziale effetto teratogeno dell'efavirenz, con questa strategia le donne concepiscono i loro bambini in corso di trattamento con questo farmaco.

Questo studio si propone quindi di valutare la sicurezza di un regime con tenofovir, lamivudina ed efavirenz utilizzato per la prevenzione della trasmissione materno-infantile e confrontarlo con un regime di riferimento.

Lo studio è diviso in 2 parti:

1. Donne con $CD4+ < 350/mm^3 = n. 920$

Le donne verranno assegnate a 2 gruppi di trattamento, quello con tenofovir, lamivudina ed efavirenz, e un gruppo di controllo che riceverà zidovudina, lamivudina e nevirapina (il regime più largamente utilizzato ad oggi per la prevenzione della trasmissione verticale dell'HIV). Questo confronto viene limitato alle donne con $CD4+ < 350/mm^3$ in quanto al di sopra di tale soglia la nevirapina non è raccomandata per il rischio di eventi avversi epatici e a livello cutaneo.

2. Donne con $CD4+ > 350/mm^3 = n. 460$

Tutte le donne riceveranno la profilassi con tenofovir, lamivudina ed efavirenz e verranno incluse in uno studio osservazionale per la valutazione della sicurezza.

Tutte le donne incluse nello studio e i loro bambini saranno seguiti fino a 2 anni dopo il parto.

I parametri che saranno valutati sono:

- Tasso di difetti congeniti
- Accrescimento dei bambini
- Sviluppo neuromotorio dei bambni
- Marcatori di formazione e riassorbimento osseo
- Funzionalità renale
- Quantificazione dei farmaci nel latte materno e nei bambini nel corso dell'allattamento
- Incidenza di eventi avversi nelle madri e nei bambini
- Tassi di abortività
- Tassi di prematurità
- Tassi di trasmissione dell'infezione da HIV
- Mortalità neonatale ed infantile
- Mortalità materna

Mediante questo studio il progetto si propone di ottenere nuovi dati su tematiche riportate come prioritarie per la ricerca nel documento delle ultime linee guida dell' OMS:

1. La sicurezza e l'efficacia della profilassi materna somministrata dopo i primi sei mesi di allattamento
2. La sicurezza dell'uso del tenofovir (sia in gravidanza che nel corso dell'allattamento)
3. La sicurezza dell'efavirenz (sia in gravidanza che durante l'allattamento)
4. Gli effetti sugli esiti di gravidanza e sugli effetti a lungo termine dell'esposizione prolungata di farmaci antiretrovirali (sia in utero che postpartum)
5. L'aderenza a regimi preventivi di lunga durata.

I partner:

L'Istituto Superiore di Sanità da molti anni lavora nel campo della prevenzione della trasmissione materno-infantile dell'HIV nei paesi con risorse limitate. Con il Dipartimento del Farmaco, ha realizzato:

- grandi studi multinazionali per la valutazione di regimi antiretrovirali innovativi, nel Nord e nel Sud del mondo;
- un grande programma sulla trasmissione materno fetale dell'HIV in Uganda;
- grandi studi di ricerca operativa nel Sud del Mondo;
- un'importante collaborazione al programma DREAM della Comunità di Sant'Egidio per l'effettuazione di studi per l'ottimizzazione di strategie preventive per la prevenzione della trasmissione dell' HIV associata all'allattamento;
- le attività di coordinamento del Programma Esther-Italia (www.estheritalia.com).

DREAM (*Drug Resources Enhancement against AIDS and Malnutrition*) è un programma creato dalla Comunità di Sant'Egidio per combattere l'AIDS nell'Africa sub-sahariana. Il progetto ha un approccio globale, combinando la terapia antiretrovirale con il trattamento della malnutrizione, della tubercolosi, della malaria e delle malattie a trasmissione sessuale. Da quando ha iniziato la sua attività nel 2002 il programma ha assistito 170.000

persone di cui 28.000 bambini nei 10 paesi dell' Africa sub sahariana in cui è attivo. Sono stati 15.600 i bambini nati sani dal programma di prevenzione della trasmissione verticale.

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

Nell'ambito dell'apposito piano predisposto dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, la legge 5 giugno 1990, n. 135 ha autorizzato l'attuazione di un articolato programma per la costruzione e la ristrutturazione dei reparti di ricovero per malattie infettive e dei laboratori di microbiologia, virologia e immunologia, nonché la realizzazione di spazi per ospedale diurno, per il potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti, per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate e per attività di formazione degli operatori.

In particolare, la lettera b) dell'art. 1 della legge citata, autorizza un programma di costruzioni e di ristrutturazioni di posti letto nei reparti di malattie infettive, comprese le attrezzature e gli arredi, con il potenziamento dei laboratori (con estensione alle strutture territoriali ex lege 135/1997) per un ammontare complessivo di circa lire 2.100 miliardi (pari ad € 1.083.949.444,32), affidandone la realizzazione, attraverso la stipula di convenzioni per la concessione di servizi, ad uno o più soggetti individuati dal CIPE.

I finanziamenti

La Delibera CIPE 21/12/1993 ha ripartito tra le regioni € 1.083.949.444,32 per la realizzazione di progetti concernenti gli obiettivi della sopra citata normativa. Scaduto il termine perentorio per la presentazione delle richieste di finanziamento, da una ricognizione all'epoca effettuata è risultato un residuo pari a L. 464.668.231.592 (pari a € 239.981.113,99). Detto importo è stato successivamente ripartito tra regioni e Istituti con Delibera CIPE 6/05/1998, disponendo anche un accantonamento di € 100.092.747,99. Dette risorse sono state successivamente ripartite con Delibera CIPE n. 64 del 20/12/2004 a favore delle Regioni Campania e Sicilia, che non avevano beneficiato del precedente riparto; la delibera tiene conto, oltre che della realtà finanziaria e programmatica delle Regioni citate, anche dell'urgenza di riservare una congrua somma per far fronte a emergenze che potrebbero scaturire da una evoluzione dell'attuale situazione epidemiologica e dalle attività del Piano nazionale anti-SARS, accantonando a tal fine € 16.542.414,77. La Delibera CIPE n. 35 del 22/03/2006, sulla base di quanto definito

dall'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30.04.2003, n. 3285 concernente “disposizioni urgenti di protezione civile per fronteggiare l'emergenza derivante dalla attuale situazione internazionale”, ha ripartito le risorse accantonate dalla citata del.64/04 per il potenziamento delle strutture e delle attrezzature dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” di Roma e dell'Azienda Ospedaliera “Luigi Sacco” di Milano.

Con nota del 22.06.2009 il Dipartimento Ragioneria Generale dello Stato ha affermato che “la possibilità di erogare nuovi mutui da parte della Cassa depositi, a totale carico dello Stato, è da ritenere superata. (...) I limiti degli oneri finanziari per gli interventi in parola, a legislazione vigente, non possono che essere individuati nelle rate di ammortamento dei muti finora attivati, escludendosi la possibilità di reperire ulteriori margini per la copertura di nuove operazioni.”

Alla data del 10/12/2012, risultano finanziati tutte le somme assegnate con le deliberazioni CIPE nella percentuale del 91%.

La **tabella allegata** illustra i riparti effettuati a favore delle regioni dalle citate delibere del CIPE e la situazione ormai consolidata al 10 dicembre 2012.

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SIC
Ufficio VII

PROGRAMMA DI INTERVENTI URGENTI PER LA LOTTA CONTRO L'AIDS. LEGGE N.135/90.

REGIONE	DELIBERA CIPE 21/12/1993	Delib.CIPE 6/05/1998 ridestinazione del residuo delibera 21/12/1993	Delib.CIPE 20/12/04 riparto accantonamento delib. 6/05/1998	Delib.CIPE 22/3/06 riparto accantonamento delib.20/12/04 SARS
PIEMONTE	€ 96.237.739,11	€ 49.682.091,60	€ -	€ -
VAL D'AOSTA	€ 300.982,03	€ -	€ -	€ -
LOMBARDIA	€ 209.994.309,43	€ 21.581.910,45	€ -	€ -
PROV.AUT.BOLZ.	€ 6.766.622,62	€ -	€ -	€ -
PROV.AUT.TREN.	€ 9.038.351,50	€ 5.577.296,03	€ -	€ -
VENETO	€ 92.080.679,27	€ 12.911.422,48	€ -	€ -
FRIULI V.GIULIA	€ 15.512.731,93	€ -	€ -	€ -
LIIGURIA	€ 36.857.091,46	€ -	€ -	€ -
EMILIA ROMAGNA	€ 71.458.608,50	€ 769.547,61	€ -	€ -
TOSCANA	€ 73.607.605,90	€ -	€ -	€ -
UMBRIA	€ 16.312.687,45	€ -	€ -	€ -
MARCHE	€ 17.137.185,73	€ 554.932,94	€ -	€ -
LAZIO	€ 104.649.635,47	€ -	€ -	€ -
ABRUZZO	€ 15.721.775,93	€ -	€ -	€ -
MOLISE	€ 3.151.417,02	€ -	€ -	€ -
CAMPANIA	€ 109.123.762,42	€ 44.415.293,32	€ 19.327.458,15	€ -
PUGLIA	€ 47.976.844,33	€ -	€ -	€ -
BASILICATA	€ 6.565.409,46	€ -	€ -	€ -
CALABRIA	€ 35.025.860,88	€ -	€ -	€ -
SARDEGNA	€ 30.233.353,83	€ -	€ -	€ -
SICILIA	€ 86.196.790,03	€ -	€ 64.222.875,07	€ -
O.BAMBINO GESU'		€ 154.937,07	€ -	€ -
POLICLINICO S. MATTEO		€ 4.240.934,51	€ -	€ -
ACCANTONAMENTO		€ 100.092.747,99	€ -	€ 1.823.934,55
riserva nazionale -SARS		€ -	€ 16.542.414,77	€ -
Az.Osp.P.Un."L.Sacco" Milano		€ -	€ -	€ 2.618.480,22
I.N.M.I."L.Spallanzani" Roma		€ -	€ -	€ 12.100.000,00
totale	€ 1.083.949.444,32	€ 239.981.113,99	€ 100.092.747,99	€ 16.542.414,77

2. L'ATTIVITA' DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'**PROGRAMMI E INTERVENTI DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' MIRATI ALLA LOTTA ALL'AIDS - 2012****INTRODUZIONE**

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 (ISS).

Le attività dell'ISS, nel campo della prevenzione e della lotta contro l'AIDS, possono essere raggruppate in tre grandi categorie:

I. Attività di sorveglianza e di servizio, in stretto coordinamento con istituzioni internazionali, nazionali e regionali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o gestite e realizzate direttamente dall'ISS con la collaborazione, ove richiesta, di Centri esterni.

II. Attività di ricerca, attuata mediante finanziamenti di origine internazionale e nazionale (fondi del Ministero della Salute, del Ministero degli Affari Esteri, del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, di Istituzioni private italiane, dei Progetti della Comunità Europea, dell'OMS, del Global Fund, della Global Vaccine Enterprise, della Bill & Melinda Gates Foundation...ecc)

III. Attività di formazione con erogazione di crediti formativi, nonché attività di consulenza e di controllo con supporto tecnico/scientifico, teorico e pratico, a Centri ed Istituti italiani.