

informazioni sull'andamento dell'epidemia per un periodo di tempo molto ampio, cioè dall'inizio dell'epidemia al momento di attivazione del sistema di sorveglianza. Per tale periodo, infatti, sarebbero disponibili soltanto dati sui casi di AIDS che, per i motivi esposti nell'introduzione, non sono più sufficienti per descrivere accuratamente l'andamento delle infezioni. Laddove sia possibile, inoltre, si consiglia la raccolta di informazioni attinenti al totale dei test eseguiti, inclusi quelli relativi alle persone risultate sieronegative. Ciò permetterebbe di valutare l'andamento temporale dell'accesso al test ed eventuali modificazioni nel rapporto tra test risultati positivi e totale dei test effettuati.

Il codice identificativo

Uno dei problemi principali inerenti un sistema di sorveglianza per le infezioni da HIV è costituito dalla necessità di identificare i casi segnalati ed evitare doppie conte rispettando la riservatezza e l'anonymato degli individui che si sottopongono al test anti-HIV.

Il codice identificativo costituisce quindi l'elemento chiave per individuare le doppie segnalazioni relative ad uno stesso soggetto, consentendo allo stesso tempo di ridurre la probabilità che due soggetti diversi abbiano uno stesso codice.

In base alla legge 5 giugno 1990, n. 135, ed alle recenti norme sulla sicurezza per la protezione dei dati personali (legge 675/96), devono essere stabilite delle procedure in grado di assicurare l'anonymato e di garantire la riservatezza delle informazioni raccolte, che permettano altresì di minimizzare il fenomeno delle doppie segnalazioni relative ad uno stesso individuo.

Naturalmente, tanto più elevato è il numero di informazioni inserite nel codice, tanto più esso è specifico, ma è anche maggiore la probabilità di risalire al soggetto. Tuttavia, va sottolineato che nell'ambito di archivi sufficientemente ampi (utilizzando codici con un numero ridotto di informazioni) è impossibile risalire con certezza dal codice identificativo all'individuo, anche nel caso in cui si entri in possesso di liste anagrafiche e si conoscano i criteri adottati per la codifica. A tal proposito, si ricorda che la raccomandazione R(97)18 del Consiglio d'Europa precisa che *"una persona non è considerata identificabile se l'identificazione richiede tempo e lavoro sproporzionati. [...] Quando una persona non è identificabile, i dati sono detti 'anonimi', [e] i principi e la disciplina della tutela della riservatezza non si applicano ai dati resi anonimi"*.

Codici utilizzati in altri registri sanitari italiani

E' opportuno sottolineare che nel nostro paese già esistono dei sistemi informativi regionali e nazionali contenenti dati nominativi completi.

Il *sistema di notifica obbligatorio delle malattie infettive* prevede registri nominali per le prime tre classi di patologie infettive, così come nominativi sono anche i *registri tumori*, attivi presso 10 regioni, ed i 7 *registri dei difetti congeniti*; in tutti questi casi, l'accesso alle banche dati è riservato esclusivamente a personale autorizzato.

I *registri di mortalità* gestiti a livello nazionale dall'ISTAT non contengono dati nominali, sebbene a livello regionale i dati siano archiviati in modo nominale nei Registri Nominativi di Causa di Morte (RENcam), ai quali comunque ha accesso solamente il personale che li gestisce ed il personale autorizzato di ASL e delle Agenzie di Sanità Pubblica.

Per quanto riguarda i *registri delle dimissioni ospedaliere*, la situazione varia da regione a regione. Le schede di dimissione ospedaliera (SDO), come noto, sono nominali; ogni Regione raccoglie ed elabora i dati anagrafici, a volte conservandoli in modo disgiunto dalle notizie relative al ricovero, altre volte mantenendo come identificativo il codice sanitario o quello fiscale dei pazienti. L'accesso a tali dati è comunque sempre riservato solo a personale autorizzato.

Codici utilizzati in sistemi di sorveglianza per l'infezione da HIV in altri paesi europei

L'esperienza di altre nazioni europee che possiedono un sistema di sorveglianza per l'HIV mostra come esista una grande variabilità nella scelta del codice identificativo, che va dal solo "anno di nascita + sesso", alla segnalazione del nome e cognome per esteso. Una lista ed una descrizione di tali criteri identificativi sono illustrati nella Tabella 1.

Efficacia di diversi codici identificativi

La scelta di un criterio identificativo che risponda ai requisiti di un sistema di sorveglianza, mantenendo al contempo le garanzie dell'anonymato, non è compito semplice.

In Tabella 2 sono riportati i codici identificativi utilizzati per la sorveglianza HIV in alcune regioni italiane ed in alcune nazioni europee. Viene qui anche indicata la probabilità di doppie segnalazioni: tale probabilità è stata calcolata applicando i criteri utilizzati per la costruzione dei diversi codici ai database del Registro Nazionale AIDS, che include oltre 40.000 pazienti con dati completi di nome e cognome.

Il codice ideale dovrebbe coniugare una bassa probabilità di duplicati ad una quantità minima di dati personali, tali da individuare un singolo soggetto senza permettere di risalire all'identità del soggetto stesso. Tuttavia, trovare il giusto equilibrio fra queste due caratteristiche non è semplice: tanto minore è il numero di dati personali inseriti nel codice, tanto maggiore è la probabilità che due individui diversi vengano identificati con lo stesso codice. Questo è evidente nella Tabella 2, dove il codice n. 9, che contiene il minor numero di informazioni, presenta una elevata percentuale di duplicati; i codici n. 10 e 11, invece, pur contenendo un numero maggiore di informazioni, coniugano informazioni personali molto specifiche (iniziali di nome e cognome o sesso) con informazioni troppo generiche (mese/anno di nascita e regione di residenza, anziché data completa di nascita e provincia di residenza), esitandone una probabilità alta di segnalazioni multiple.

In termini epidemiologici, un sistema di codifica poco specifico può comportare una sottostima dell'epidemia, quando identifica più persone diverse con uno stesso codice (e le calcola come una sola), oppure una sovrastima, quando il codice non riconosce come appartenenti ad una stessa persona varie segnalazioni (e le calcola come più persone).

Nella Tabella 2 si osserva che la probabilità di segnalazione multiple è minore a 5% per i primi 8 codici riportati. Tuttavia, in alcuni codici sono inclusi dati relativi al comune o alla provincia di residenza che potrebbero ridurre la sicurezza dell'anonymato in comuni o provincie molto piccoli. Viceversa, altri codici non contengono alcuna notizia sulla residenza (n. 4, 6, 7, 8): tali codici rispondono bene agli obiettivi precedentemente descritti per il sistema di sorveglianza nazionale HIV, poiché presentano una bassa percentuale di duplicati e perché la ridotta quantità di informazioni che includono garantisce l'anonymato dei pazienti. L'efficacia di alcuni codici nel ridurre la probabilità di doppie segnalazioni e, pertanto, di poter rispecchiare nel modo migliore il reale andamento dei casi, è evidente nella Figura 1: sono state qui simulate diverse curve dell'andamento dei casi AIDS utilizzando per ciascuna curva un codice identificativo differente ed è possibile confrontarle con la curva vera dei casi di AIDS. Si osserva come il codice contenente la I e la III lettera di nome e cognome, data di nascita e sesso (corrispondente al codice n. 6 della Tabella 2) è quello che meglio descrive la curva reale dei casi di AIDS.

Criptazione dei dati

I codici più frequentemente utilizzati perché dotati di buona specificità, contengono spesso dati personali che vanno tutelati. Esistono algoritmi che consentono la trasformazione di tali identificativi personali in codici anonimi criptati. Questi algoritmi garantiscono la non invertibilità del codice ottenuto, non consentendo, pertanto, l'identificazione del soggetto a partire dal codice criptato.

Una garanzia totale di riservatezza dei dati personali viene offerta dall'utilizzo di un codice identificativo sufficientemente specifico (con una bassa probabilità di doppie segnalazioni) che venga altresì sottoposto a criptazione. Secondo le analisi precedentemente esposte, il codice n. 6 della Tabella 2 presenta le migliori caratteristiche di specificità senza peraltro riportare nessun riferimento all'area geografica di residenza o di nascita del soggetto.

Il COA si impegna ad elaborare entro il 2001 un software ad elevata sicurezza per la criptazione automatica del codice n. 6 riportato in Tabella 2. Esso verrà messo a disposizione e distribuito a tutte le regioni che ne facciano richiesta. Tale software includerà anche una versione informatizzata della scheda per la raccolta dati. Resta compito delle singole regioni fornire le strutture informatiche necessarie per l'applicazione del codice criptato a tutti i soggetti inclusi nel sistema di sorveglianza.

Misure minime di sicurezza per la gestione di archivi automatizzati

L'utilizzazione di codici identificativi ha come scopo primario quello di tutelare la 'privacy' di ogni individuo ed i suoi dati personali. I dati raccolti devono, a loro volta, essere protetti in archivi computerizzati che siano sicuri.

Il D.P.R. n. 318 del 28 luglio 1999 ("Norme per l'individuazione delle misure minime di sicurezza per il trattamento di dati personali", art. 15, comma 2, della Legge n. 675/96) chiarisce quali sono le misure minime di sicurezza che devono essere rispettate nella gestione di banche dati automatizzate, e precisamente:

- l'esistenza di una parola chiave per l'accesso ai dati;
- la possibilità di sostituire tale parola chiave periodicamente;
- l'utilizzo di antivirus e di sussidi di protezione dei dati da programmi pericolosi;
- l'autorizzazione per gli addetti alla manutenzione;
- il riutilizzo controllato dei supporti;
- l'uso di codici identificativi personali per l'accesso alle reti;
- la restrizione all'accesso dall'esterno per via telematica.

E' necessario precisare che tale meccanismo di sorveglianza non potrà essere applicato prima che tutte le realtà regionali non si siano informatizzate, non essendo possibile avviare neanche una sperimentazione ricorrendo ad una pratica manuale.

L'attendibilità delle stime epidemiologiche: l'importanza del codice, della scheda e dei centri segnalatori

È opportuno sottolineare che la conoscenza dell'epidemia di HIV necessita di una segnalazione di casi affidabile, che riduca al minimo la probabilità di errori nel conteggio del numero dei casi e nelle informazioni raccolte. Solo in questo modo è possibile elaborare delle stime realistiche sulla diffusione attuale del virus nel nostro paese ed effettuare delle previsioni per il futuro.

Da quanto esposto nel paragrafo precedente, risulta palese come l'attendibilità di queste stime dipendano largamente dalla univocità (o specificità) del codice identificativo, che impedisca la sovrastima o la sottostima dell'epidemia. Ad esempio, un codice poco specifico, cioè che non discriminò le doppie segnalazioni, comporterà un più elevato margine di errore nella descrizione dell'epidemia e quindi una maggiore incertezza nelle stime.

Stime più approssimative e meno dettagliate possono essere il risultato anche della mancanza di alcune informazioni nel codice o nella scheda di raccolta dati. Ad esempio, se si sceglie di non riportare la provincia di nascita o di residenza, non sarà possibile avere informazioni attuali né previsioni future sulle nuove infezioni a livello provinciale e sulla migrazione di casi tra diverse provincie.

L'attendibilità delle stime, inoltre, dipende dall'efficienza dei centri segnalatori e dall'efficacia del flusso informativo, che mirano a ridurre la sottonotifica ed il ritardo di notifica. Nella scelta dei centri segnalatori vengono fortemente raccomandate le strutture di II e III livello, che raccolgono di routine informazioni cliniche ed immunologiche su tutti i pazienti seguiti. Quindi, il sistema di sorveglianza non coinvolge i centri di 'screening', ovverosia l'esecuzione dell'atto del test ovunque esso venga realizzato.

Modalità di raccolta dei dati

Come stabilito dalla normativa vigente ("Atto di intesa stato e regioni..." del 5\12\91 n° 285) e dalle linee guida dell'OMS 1990, per poter eseguire il test HIV le strutture preposte allo screening devono assicurare contemporaneamente un corretto approccio di counselling. Pertanto, si ritiene opportuno che la raccolta delle informazioni richieste dal Sistema di Sorveglianza HIV possa avvenire in tale ambito; sarà compito del "counsellor" sapersi adattare alle singole situazioni ed alle specifiche problematiche del soggetto che richiede il test.

Dati da raccogliere

Sulla scorta degli obiettivi sopra riportati, risulta evidente che per riuscire a monitorare con accuratezza l'andamento e le caratteristiche delle nuove infezioni da HIV, non è possibile prescindere da alcuni dati individuali. In particolare, sono necessarie informazioni anagrafiche, comportamentali, cliniche ed immunologiche. Viene proposto di seguito un set minimo di dati considerati indispensabili:

- data di nascita
- sesso
- nazionalità
- modalità di trasmissione (sessuale, ematica, verticale)
- data del primo test positivo (per l'identificazione dei casi prevalenti)

- stadio clinico (secondo la classificazione dei Centers for Disease Control and Prevention, USA)
- prima conta dei CD4 e data (considerata un indicatore indiretto della durata di infezione)
- data compilazione scheda
- data arrivo scheda al centro di riferimento regionale (per stimare il ritardo di notifica)

Altri dati utili possono essere aggiunti alla scheda, senza tuttavia essere considerati indispensabili, quali:

- motivo del test
- ultimo test HIV-negativo e data
- prima carica virale e data

Flusso delle segnalazioni

Sono previste due tappe nell'invio delle segnalazioni:

- 1) Dal centro segnalatore al centro di coordinamento regionale: l'invio dei dati dal centro segnalatore all'Assessorato o al centro di riferimento Regionale potrà avvenire con le modalità stabilite dalla Regione stessa.
- 2) Dal centro di coordinamento regionale al COA: successivamente i dati verranno inviati dall'Assessorato o dal centro di riferimento Regionale al COA con cadenza semestrale, inviando l'intero file disponibile tramite dischetto o posta elettronica, oppure attraverso la compilazione di tabelle riassuntive preparate dal COA e contenenti le informazioni necessarie per le analisi epidemiologiche.
Il COA è disponibile per fornire un supporto tecnico per il controllo dei dati e la validazione dei medesimi presso il centro provinciale/regionale di riferimento.
Il flusso delle segnalazioni viene sinteticamente descritto in figura 2.

Elaborazione ed analisi

I dati verranno accorpati e centralizzati presso il COA dell'Istituto Superiore di Sanità, ove verranno anche elaborati. Le aggregazioni dei dati provenienti da diverse provincie e regioni verranno effettuate per le variabili in comune fra i diversi sistemi di sorveglianza. Tutti i dati saranno protetti da rigorose misure di sicurezza fisiche ed informatiche. Il sistema di sorveglianza verrà segnalato al Garante per la Privacy per l'approvazione. I dati aggregati verranno trasmessi al European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (centro collaborativo dell'UNAIDS/WHO) situato a Parigi.

Tabella 1 - Criteri identificativi per la segnalazione delle infezioni da HIV utilizzati in alcune nazioni europee.

Nazione	Informazioni personali
1. Bielorussia	<i>Nome e cognome</i>
2. Belgio	<i>Iniziali di nome e cognome + data di nascita + sesso</i>
3. Repubblica Ceca	<i>Nome, cognome e dati anagrafici</i>
4. Danimarca	<i>Anno di nascita + sesso</i>
5. Finlandia	<i>Parte del cod. del S.S.N. (4 cifre) + data di nascita + sesso</i>
6. Francia	<i>Iniziali di nome e cognome + sesso + data di nascita + regione di residenza</i>
7. Germania	<i>Nessuna fino al '98; poi iniziali e numero di lettere di nome e cognome + sesso + anno di nascita</i>
8. Grecia, Spagna	<i>Prime 2 lettere di nome e cognome + data di nascita + sesso</i>
9. Islanda	<i>Dal '99, nome e cognome + mese ed anno di nascita</i>
10. Latvia	<i>Prima e terza lettera del cognome + anno di nascita + sesso + provincia di residenza</i>
11. Lussemburgo	<i>Iniziali di nome e cognome + sesso + data di nascita</i>
12. Norvegia	<i>Sesso + mese ed anno di nascita</i>
13. Olanda	<i>Iniziali di nome e cognome + sesso + anno di nascita</i>
14. Portogallo	<i>2 consonanti del nome + 3 consonanti del cognome + sesso + data di nascita</i>
15. San Marino	<i>Nome e cognome</i>
16. Scozia, Inghilterra	<i>Soundex del cognome + iniziali del nome + data di nascita + sesso</i>
17. Svezia	<i>Anno di nascita + parte cod. S.S.N. (4 cifre) + sesso + mese ed anno di nascita</i>
18. Svizzera	<i>Dal '99, iniziali di nome e cognome + sesso + data di nascita</i>
19. Ungheria	<i>Prime 2 lettere di nome e cognome + sesso + data di nascita + regione di residenza + nazionalità</i>
20. Jugoslavia	<i>Nome e cognome</i>

E' importante ricordare che in 31 dei 50 stati degli USA è presente un sistema di identificazione nominale.

**Tabella 2 - Codici identificativi per la segnalazione delle infezioni da HIV:
probabilità di segnalazioni multiple calcolata sul database del Registro Nazionale AIDS (43.420 casi)**

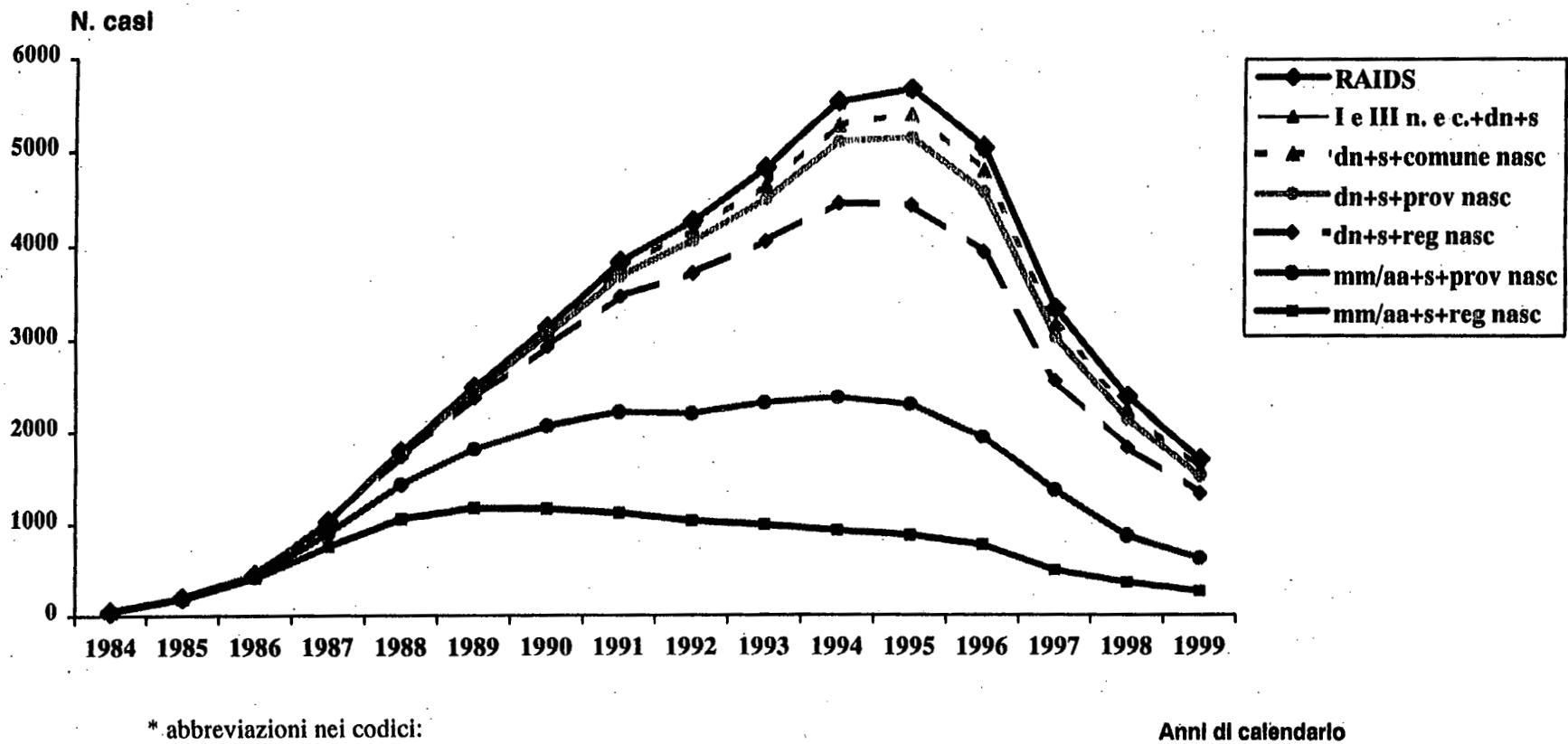
Codice individuale	Dove si usa	Probabilità di segnalazioni multiple (x1000)*
1) II e IV n. + II e IV c. + d. n. + p. r.	-	1,3
2) I e III n. + I e III c. + s. + d. n. + p. r.	Trento	1,5
3) I e II c. + ultima vocale n. + I e II cons.c. + s. + d.n. + c. r.	Calabria	1,7
4) Soundex del c. + I n. + d. n. + s.	Inghilterra, Galles	2,0
5) I n. + I c. + s. + d. n. + p. r.	Umbria	2,5
6) I e III c. + I e III n. + d. n. + s.	Veneto, Trapani	2,5
7) I e II c. + I e II n. + d. n. + s.	Grecia, Spagna	3,8
8) I n. + I c. + s. + d. n. + r. r.	Francia	4,0
9) d. n. + s. + c. n.	Lazio	31,9
10) I n. + I c. + s. + m./a. n. + r. r.	-	46,9
11) I n. + I c. + s. + a. n. + r. r.	-	151,5
12) Codice criptato	Lombardia**	Non calcolabile

- Indica la quota di individui diversi a cui corrisponde lo stesso codice: ad esempio, il codice identificativo utilizzato in Umbria attribuisce lo stesso codice a 2,5 individui su mille, pur essendo costoro soggetti diversi.
- **Il codice è stato proposto e accettato, ma non ancora sperimentato.

Legenda

- I numeri romani indicano la posizione della lettera all'interno di nome (n.) o cognome (c.) [Es: I n. = prima lettera del nome]
- n. = nome
- c. = cognome
- d. n. = data di nascita (gg/mm/aa)
- s. = sesso
- p. r. = provincia di residenza
- r. r. = regione di residenza
- c. n. = comune di nascita
- m./a. n. = mese ed anno di nascita
- a. n. = anno di nascita

Fig. 1 - Registro AIDS: andamento reale e simulato dei casi AIDS utilizzando diversi codici identificativi *



* abbreviazioni nei codici:

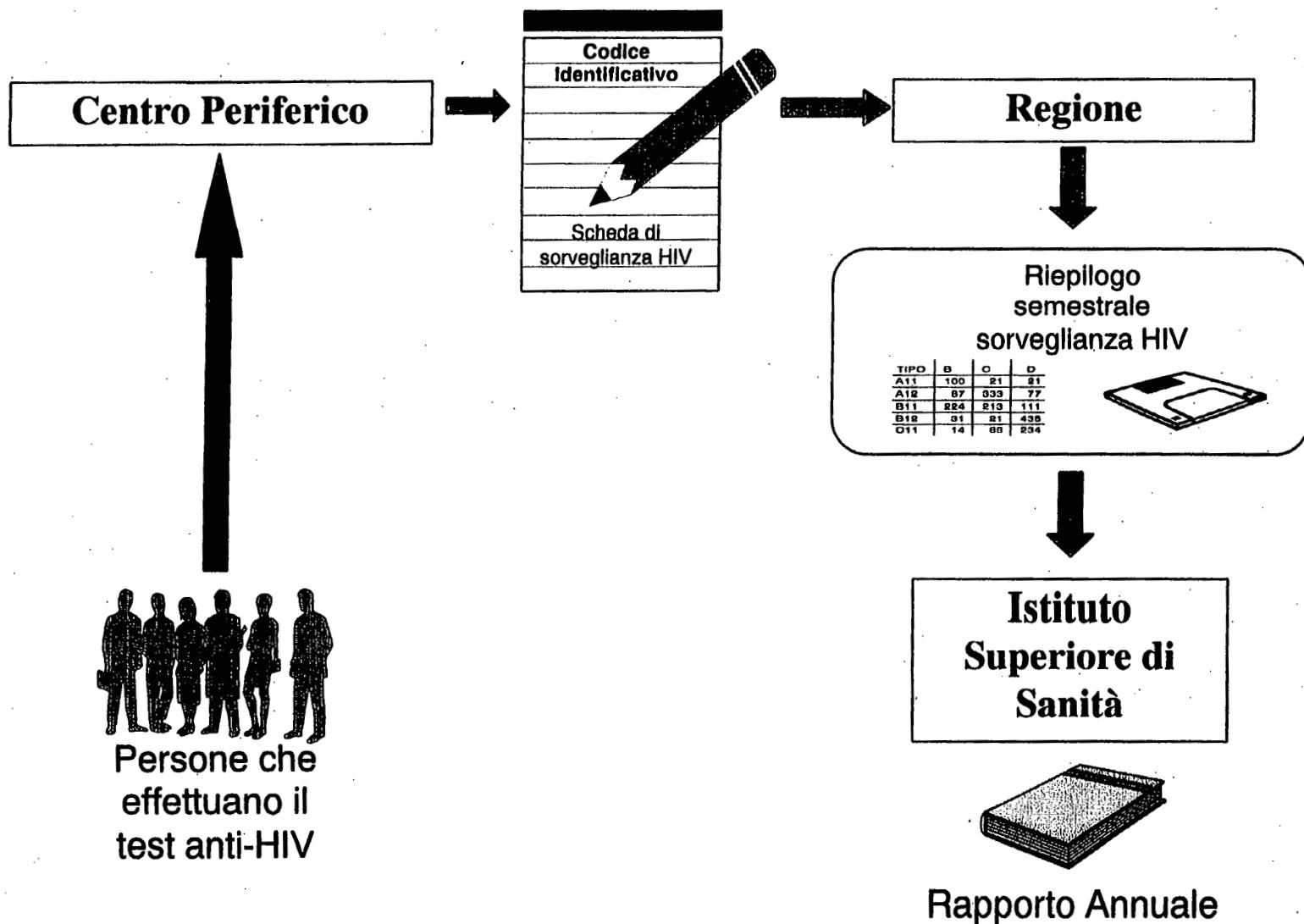
n. = nome

c. = cognome

dn = data nascita (gg/mm/aa)

s = sesso

Fig. 2 - Sorveglianza delle infezioni da HIV - Flusso delle segnalazioni



"Proposte per la riorganizzazione delle strutture per l'assistenza ai casi di AIDS"

"Al Ministro della Sanità

Onorevole Umberto Veronesi"

La Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS ha preso in esame l'atto di Intesa tra Stato e Regioni pubblicato sulla G.U. del 05/12/1991 per procedere ad un eventuale aggiornamento dei compiti da affidare alle strutture ospedaliere e ai servizi territoriali per le attività di prevenzione e assistenza delle infezioni da HIV.

In primo luogo la Commissione ha ritenuto di poter mantenere la distinzione indicata nel 1991 tra centri di primo, secondo e terzo livello: Tuttavia ha rilevato che in molte realtà territoriali manca un adeguamento ai compiti affidati ai tre livelli fin dal 1991. In particolare pochi centri di primo livello si sono adeguati al compito di informazione – prevenzione nei confronti dei loro assistiti e alla attività di "counselling" nella fase precedente ed immediatamente seguente alla effettuazione del test. D'altra parte i centri di terzo livello in alcuni casi non hanno svolto la funzione di coordinamento dei centri di secondo livello per quanto riguarda l'aggiornamento del personale, l'esecuzione e/o il coordinamento di interventi diagnostici e terapeutici particolarmente complessi e sperimentali e la programmazione o effettuazione di ricerche in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità:

La Commissione pertanto propone:

1. per i Centri di primo livello la verifica, attraverso rendicontazione annuale, delle attività di educazione sanitaria, counselling ed informazione come specificato nell'art. 3;
2. l'individuazione, ai sensi del comma 3 dell'art. 8, delle strutture da qualificare quali Centri di terzo livello e l'accreditamento degli stessi, con controlli periodici della attività di prevenzione, assistenza e ricerca realmente svolte, come specificato nell'art. 9.
L'accreditamento di tali Centri dovrebbe prevedere dei criteri minimi da raggiungere o dai singoli centri o mediante convenzione tra più centri di secondo livello.ò
3. l'individuazione ai sensi del comma 1 dell'art. 10 dei Centri di riferimento e l'accreditamento degli stessi, con controlli periodici delle attività di coordinamento effettivamente svolte e l'affidamento dei compiti relativi alle infezioni ospedaliere (circolare 9002/AG 208.6/147 30 gennaio 1988 del Ministero della Sanità).

In secondo luogo la Commissione propone alcune modifiche ed integrazioni al documento del 1991 alla luce delle acquisizioni scientifiche degli ultimi dieci anni e dei nuovi bisogni di salute delle persone sieropositive:

Art. 3 Compiti dei Servizi e presidi territoriali di primo livello

Art. 4 Compiti specifici di alcuni servizi e presidi territoriali di primo livello

Dalla disponibilità unicamente della azidotimidina (unico farmaco sul mercato nel 1991), si è progressivamente e rapidamente passati alla disponibilità di 14 molecole ad azione antiretrovirale impiegate nell'ambito di cocktails farmacologici ad elevata efficacia. Analogamente, mentre nel

1991 gli accertamenti virologici erano limitati ai test di accertamento della sieropositività, attualmente tali accertamenti si sono estesi, nell'ambito del monitoraggio terapeutico, alla determinazione routinaria della carica virale (HIV – RNA plasmatici) e, in caso di fallimento terapeutico, alla possibilità di ricorso ai test genotipidi di farmaco resistenza.

La mutata espressività clinica della infezione da HIV, conseguente alla disponibilità della terapia antiretrovirale ad elevata efficacia, ha profondamente mutato le caratteristiche dell'assistenza alle persone sieropositive. Se da un lato infatti la incidenza di patologie opportunistiche necessitanti il ricovero ospedaliero è decisamente diminuita almeno nel breve periodo, sono sempre più evidenti le problematiche di gestione terapeutica del paziente, con particolare riferimento alla farmacotossicità ed all'emergenza di resistenze.

Esistono evidenze stringenti di letteratura che dimostrano come la sopravvivenza delle persone sieropositive sia direttamente correlata alla esperienza dell'equipe curante nel campo del management clinico – diagnostico e terapeutico.

Elementi quali la tossicità dei farmaci, le interazioni tra farmaci, l'insorgenza di resistenze, etc. possono modificare sostanzialmente il comportamento del clinico nella scelta della terapia iniziale o nel cambiamento del regime terapeutico. Come conseguenza di eventuali errori connessi dal comportamento del medico, si può assistere ad una più rapida progressione della malattia.

La Commissione ritiene pertanto che:

Centri di 1° livello (in particolare i Sert) non siano autorizzati a prescrivere né a somministrare terapie per l'infezione da HIV, ma debbono, in collaborazione con i Centri di 2° e 3° livello, verificare e facilitare la corretta assunzione dei trattamenti prescritti (terapia sotto diretta osservazione etc.) a seconda delle caratteristiche operative del centro stesso e delle caratteristiche individuali e psicologiche del soggetto. La prescrizione, somministrazione e monitoraggio della efficacia delle terapie per l'infezione da HIV è compito e responsabilità dei Centri di 2° e 3° livello.

Come conseguenza diretta di quanto premesso, la Commissione ritiene che anche i "Servizi per l'assistenza ai tossicodipendenti, i Servizi Sanitari Penitenziari, i Centri MST" debbano inviare ai Centri di secondo e terzo livello le persone risultanti sieropositive per le cure e per gli accertamenti di laboratorio necessari.

La Commissione ritenendo che i Centri di primo livello non debbano partecipare alle attività diagnostiche e terapeutiche, in particolare per quanto attiene l'attuazione e il monitoraggio delle terapie antiretrovirali e delle patologie HIV correlate, propone l'abolizione del comma c dell'art. 3, del 4° paragrafo del comma b dell'Art. 4, nonché dei paragrafi 4 e 7 dell'Art. 7.

Art. 9. Compiti dei Centri di terzo livello.

La Commissione sottolinea la necessità di individuare e accreditare la rete dei Centri di Terzo livello in modo che gli altri possano fare riferimento alla rete. I centri dovranno essere dotati di personale idoneo e qualificato e di attrezzature idonee ai compiti specifici loro assegnati.

La Commissione propone inoltre di ampliare, alla luce delle nuove esigenze delle persone sieropositive, l'articolo introducendo il seguente paragrafo:

"In attuazione di quanto previsto all'art. 10 del P.O. AIDS, i Centri di terzo livello è auspicabile che si dotino di Servizi di Psichiatria di Consultazione con compiti di diagnosi e cura dei disturbi neuropsichiatrici, psicosociali e comportamentali associati all'infezione da HIV, (compresi i disturbi da abuso di sostanze), in grado di attuare i necessari interventi farmacologici, psicoterapici e di assistenza sociale, nonché le attività di sostegno alle famiglie e di supporto al personale medico ed infermieristico dei reparti per malattie infettive al fine di contenere il fenomeno di burnout. Le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere cui i Centri di terzo livello afferiscono, assicurano la dotazione di personale (medici psichiatri, psicologi, assistenti sociali, operatori o "counselor") in numero congruo ai carichi di lavoro previsti e definiscono l'organizzazione e le responsabilità del personale in essere. Ai Servizi di Psichiatria di Consultazione afferiscono gli psicologi di cui al comma 4, art. 7, dell'Atto di Intesa Stato – Regioni, G.U. n. 285 del 05/12/91:

Le attività di cui al comma 1 possono anche essere realizzate, nel rispetto della continuità degli interventi erogati e della specifica competenza degli operatori coinvolti, mediante convenzioni con i dipartimenti per la salute mentale ed i dipartimenti per le tossicodipendenze competenti per territorio".

In fine la Commissione, nel ritenere concluso il proprio compito di consulenza tecnica sul problema sollevato, invita il Signor Ministro a procedere, mediante apposito atto, alle modifiche indicate.

Commissione Nazionale

Per la Lotta contro l'AIDS