

NUOVE LINEE DI INDIRIZZO PER LO SCREENING E LA DIAGNOSI DELLE PRINCIPALI PATOLOGIE INFETTIVE CORRELATE ALL'USO DI SOSTANZE NEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE

Progetto PPC 2 - Learning: Progetto per la creazione di un Coordinamento Nazionale sulla riduzione dei rischi e dei danni per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti

Promosso e finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento Politiche Antidroga

a cura di Anna Maria Luzi e Barbara Suligoi



Nuove Linee di indirizzo per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze nei Servizi per le Dipendenze

Progetto PPC 2 - Learning: Progetto per la creazione di un Coordinamento Nazionale sulla riduzione dei rischi e dei danni per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti

*Promosso e finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento Politiche Antidroga*

A cura di Anna Maria Luzi e Barbara Suligoj

Roma
2017



in collaborazione con il
Ministero della Salute

Gruppo di lavoro delle Nuove Linee di indirizzo

Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione, Dipartimento Malattie Infettive, ISS
Anna Maria Luzi (co-responsabile scientifico del Progetto), Anna Colucci, Emanuele Fanales Belasio, Iliaria Mulieri

Centro Operativo AIDS, Dipartimento Malattie Infettive, ISS
Barbara Suligoj (co-responsabile scientifico del Progetto), Lucia Pugliese, Mariangela Raimondo, Maria Cristina Salfa

Con il contributo del Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze
Gaetano Manna, Adele Di Stefano

Si ringraziano tutti i colleghi referenti del Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze per la competente collaborazione

Redazione e impaginazione
Giovanna Morini (Settore Attività Editoriali, ISS)

Progetto grafico
Cosimo Marino Curianò (Settore Attività Editoriali, ISS)

Gli autori dei contributi del volume sono riportati in ordine alfabetico





INDICE

| | |
|--------------------------------------|---|
| <i>Glossario e definizioni</i> | i |
| <i>Prefazione</i> | 1 |
| <i>Premessa</i> | 2 |
| <i>Introduzione</i> | 3 |

PRIMA PARTE

| | |
|-------------------------------------|----|
| Scenari epidemiologici | 7 |
| Fonti dei dati | 7 |
| Infezione da HIV e AIDS | 8 |
| Infezione da HBV | 9 |
| Infezione da HCV | 10 |
| Sifilide | 10 |

Indicazioni operative

rivolte ai Servizi

per le Dipendenze/Tossicodipendenze

| | |
|---|----|
| (SerD/SerT) | 12 |
| Procedure operative per l'esecuzione dei test diagnostici | 12 |
| Procedure comunicativo-relazionali per l'esecuzione dei test diagnostici | 13 |

| | |
|--------------------------|----|
| Conclusioni | 20 |
|--------------------------|----|

SECONDA PARTE

Scheda 1

| | |
|--|----|
| Screening dell'infezione da HIV, HBV, HCV, sifilide | 23 |
|--|----|

Scheda 2

| | |
|---|----|
| Principali patologie infettive (HIV, HBV, HCV, sifilide) | 28 |
|---|----|

Scheda 3

| | |
|---|----|
| Approfondimenti su specifici gruppi di popolazioni: persone detenute, persone migranti, persone giovani | 35 |
|---|----|

Scheda 4

| | |
|--|----|
| Documento finale elaborato nell'ambito del Corso "Procedure di offerta dei test per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze negli utenti dei SerD/SerT" | 38 |
|--|----|

| | |
|---------------------------|----|
| Bibliografia | 44 |
|---------------------------|----|



Glossario e definizioni

Aderenza (in medicina)

Il grado con cui i comportamenti di una persona (in termini di assunzione della terapia, dell'osservanza del regime dietetico, degli orari previsti o delle modificazioni dello stile di vita) coincidono con le prescrizioni dell'équipe curante.

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

Sindrome da Immunodeficienza Acquisita. Nella gran parte dei casi è dovuta all'infezione cronica da HIV (Immunodeficiency virus) che porta nel tempo alla disfunzione irreversibile del sistema immunitario, in particolare a carico del numero e della funzione dei linfociti CD4. L'infezione da HIV, che si può contrarre con i rapporti sessuali non protetti, con lo scambio di sangue attraverso siringhe o trasfusioni con sangue infetto, con il passaggio da madre sieropositiva a figlio durante la gravidanza, il parto e l'allattamento, può risultare asintomatica per molti anni fino alla progressiva comparsa di linfadenopatia (ingrossamento dei linfonodi) e di sintomi legati alle infezioni "opportunistiche" da batteri, funghi e virus.

COA

Centro Operativo AIDS, Dipartimento Malattie Infettive (DMI, ISS).

Comportamento a Rischio (CaR)

Modalità di azione in ambito sessuale o tossicomano che espone a rischio di contrarre o trasmettere infezioni (nell'ambito specifico di queste *Linee di Indirizzo*).

Contact Tracing (CT)

Indica l'insieme delle azioni che gli operatori sanitari eseguono per rintracciare e contattare sistematicamente ed attivamente tutti i soggetti (partner/contatti) segnalati dalla persona indice, che hanno avuto con lei relazioni a rischio (rapporti sessuali penetrativi non protetti, scambi di siringa, scambi di liquidi biologici).

Contatto/partner

Persona che ha avuto relazioni a rischio (rapporti sessuali penetrativi non protetti, scambi di siringa, scambi di liquidi biologici) con una persona risultata positiva (persona indice) per l'infezione oggetto dello screening.

Counselling

Attività professionale che tende ad orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità della persona-utente promuovendone atteggiamenti attivi e propositivi, nonché stimolando le capacità di scelta. ►



GTID

Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze.

HAART

Highly Active Anti Retroviral Therapy: sta ad indicare la terapia per l'infezione da HIV mediante l'impiego di combinazioni di più farmaci a diverso meccanismo di azione.

HBV

Il virus dell'epatite B (Hepatitis B Virus - HBV) è un virus a DNA della famiglia Hepadnaviridae. Il virus è abbastanza resistente al di fuori dell'organismo e la trasmissione avviene generalmente per via parenterale, tramite aghi o strumenti chirurgici, per via sessuale e nel corso della gravidanza. L'incubazione della malattia è lunga, tra 45 e 180 giorni e i primi sintomi, quali malessere, febbre, nausea-vomito, dolore addominale, precedono la comparsa di ittero (colorazione giallastra della pelle e degli occhi) con urine scure.

HCV

Il virus dell'epatite C (Hepatitis C Virus - HCV) è un virus a RNA della famiglia Flaviviridae. La trasmissione dell'infezione avviene generalmente per via parenterale, tramite aghi o strumenti chirurgici, per via sessuale e, meno frequentemente, nel corso della gravidanza. L'incubazione della malattia è generalmente di qualche mese e, solo nel 15-20% dei casi, compaiono sintomi quali malessere, febbre, nausea-vomito e la comparsa di ittero (colorazione giallastra della pelle e degli occhi). In buona parte dei casi l'infezione tende a cronicizzare con la progressione verso la cirrosi e l'insufficienza epatica ed è associata ad un alto rischio di carcinoma epatico.

HIV

Il virus dell'Immunodeficienza Humana (Human Immunodeficiency Virus - HIV) è un virus a RNA appartenente alla famiglia dei retrovirus, rilevato nel 1983 in individui con la sindrome da immunodeficienza. Il virus HIV-1 è il tipo più frequente e se ne distinguono, sulla base delle differenze genetiche, diversi sottotipi (A, B, C, D, F, G, H, J, K, forme ricombinanti), con differente distribuzione nei vari continenti. Il virus HIV-2 è decisamente meno frequente ed è prevalentemente diffuso nell'Africa Occidentale. Il virus è estremamente labile in ambiente aperto, è presente nel sangue e nelle secrezioni genitali degli individui con l'infezione e si trasmette per via sessuale e per inoculazione di sangue infetto (scambio di siringhe, trasfusioni di sangue infetto) e può passare dalla madre sieropositiva al figlio in corso di gravidanza/parto/allattamento.

IDU

Injecting Drug Users: consumatori di sostanze di abuso per via iniettiva.

**ISS**

Istituto Superiore di Sanità.

IST

Infezioni Sessualmente Trasmesse.

Modello Operativo comunicativo-relazionale (MO)

Protocollo di riferimento comunicativo-relazionale per l'accoglienza e la presa in carico della persona-utente dei SerD/SerT.

Partner Notification (PN)

Azione attraverso la quale medici, altri operatori sanitari e/o il soggetto indice comunicano ai partner/contatti di soggetti, risultati positivi ai test, informazioni relative al possibile contagio ed alla necessità di sottoporsi ai test e di adottare, fin da subito, misure profilattiche adeguate.

Persona Indice (PI)

È il soggetto riscontrato positivo ai test, dal quale si parte per ricostruire le relazioni a rischio di infezione (possibili catene epidemiche), mediante l'elencazione e l'individuazione dei suoi partner/contatti.

PPC

Prevenzione delle Patologie Correlate.

Profilassi Post-Esposizione (PPE)

Trattamento farmacologico da applicare in caso di possibile ed accidentale esposizione all'HIV al fine di ridurre la probabilità di contagio.

Screening

È un termine utilizzato in medicina per indicare una strategia (protocollo) di indagini diagnostiche, utilizzate per identificare una malattia in una popolazione standard, con un rischio medio di malattia che si reputa sufficientemente elevato da giustificare le risorse messe a disposizione. Le procedure dello screening prevedono che gli esami medici siano eseguiti a tappeto su tutta la popolazione generale nei soggetti o su un gruppo di popolazione considerata a rischio per quella patologia, anche in quelli senza alcun sintomo, indicazione clinica di malattia o familiarità per malattia. Lo scopo dello screening è quello di identificare le malattie presenti in una popolazione nella fase precoce, permettendo così di giungere ad interventi terapeutici tempestivi ed alla gestione standardizzata della terapia in modo da ridurre sistematicamente la morbilità, la mortalità e le complicanze. ►



SerD/SerT

Servizio per le Dipendenze/Servizio per le Tossicodipendenze.

Sifilide

La sifilide è un'infezione causata da un batterio, il *Treponema pallidum*, appartenente all'ordine Spirochetales, della famiglia Treponemataceae. Si trasmette attraverso contatto diretto nei rapporti sessuali non protetti (vaginali, anali o orali). Inoltre, si può trasmettere dalla madre al figlio per via placentare (sifilide congenita o prenatale) o durante il passaggio nel canale del parto (sifilide connatale). Raramente è stata riportata in seguito a trasfusioni di sangue o a trapianti di organo. La malattia, inizialmente, si manifesta attraverso una lesione ulcerativa non dolorosa (sifiloma) nella sede del contagio, generalmente i genitali esterni o la bocca, a cui si accompagna un rigonfiamento dei linfonodi contigui. Nel giro di pochi giorni la lesione tende a guarire senza lasciare traccia (sifilide primaria). Dopo qualche settimana (2-8 settimane) può presentarsi febbre accompagnata da lesioni maculari rosee sulla cute delle mani, dei piedi, del torace e sulle mucose (sifilide secondaria). Queste lesioni risolvono spontaneamente senza esiti, ma possono recidivare anche dopo un lungo periodo di assenza (sifilide latente precoce). Dopo la fase secondaria il soggetto ritorna asintomatico e può rimanere in tale stadio per tutta la vita (sifilide latente tardiva). In meno di un terzo delle persone con sifilide latente tardiva non trattata, a distanza di anni l'infezione può ricomparire in diverse parti dell'organismo, inclusa la pelle (gomme luetiche) e gli organi interni (fegato, cuore, reni, cervello), portando ad una grave compromissione generale (sifilide terziaria). In caso di trasmissione materno-fetale si possono verificare malformazioni nel neonato.

Testing

Proposta ed esecuzione materiale di un prelievo ematico, al fine di ottenere informazioni circa l'eventuale acquisizione di un'infezione.

Tossicodipendenza

Sistema comportamentale che si instaura in seguito all'uso cronico e compulsivo di sostanze ad azione psicotropa, sia per via iniettiva che non iniettiva.

UO RCF

Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione, Dipartimento Malattie Infettive (DMI, ISS). ■



PREFAZIONE

L'assunzione di sostanze stupefacenti rappresenta uno dei problemi di maggiore impatto sulla salute pubblica, in considerazione delle conseguenze a carico del singolo consumatore e dell'intero contesto sociale.

La diffusione dell'uso di sostanze psicoattive negli ultimi anni, soprattutto nella fascia di popolazione più giovane, ha assunto dei contorni imprecisi, sia perché sono variate le modalità di assunzione, sia perché sono cambiate le sostanze sul mercato ed è più difficile individuare le tipologie di consumatori e studiare le strategie di prevenzione mirate.

Le Istituzioni, insieme alla comunità scientifica possono fare molto impegnandosi sinergicamente nel contrasto alle dipendenze patologiche e il fattore tempo è davvero determinante.

La finalità principale è quella della tutela dell'individuo nella sua interezza, della salute globalmente intesa, fisica, psichica e relazionale con la rimozione o la modifica di comportamenti e stili di vita a rischio.

Il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha un'attenzione particolare alla Prevenzione delle Patologie Correlate alla tossicodipendenza (PPC) e alle specifici-

che misure che devono essere adottate per prevenirle. In particolare, è importante sottolineare che, attraverso l'adozione di specifici interventi, si vogliono prevenire le morti droga correlate, l'acquisizione e la diffusione delle infezioni, nonché facilitare la riabilitazione ed il reinserimento della persona tossicodipendente nella società.

Per tale motivo e per l'importanza che interventi di questo tipo ricoprono all'interno delle politiche nazionali ed europee, è stato finanziato all'Istituto Superiore di Sanità il "Progetto PPC 2 - Learning: Progetto per la creazione di un Coordinamento Nazionale sulla riduzione dei rischi e dei danni per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti".

Nell'ambito del Progetto, la stesura delle *Nuove Linee di Indirizzo* per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze nei Servizi per le Dipendenze, rappresenta un prodotto importante ed atteso. Esse forniscono preziose indicazioni operative per la prevenzione delle patologie correlate al fine di ampliare ed approfondire le conoscenze degli operatori del settore e di consentire ai servizi competenti sul territorio di soddisfare in maniera sempre più efficace ed efficiente i bisogni della popolazione. ■

Maria Contento
Dipartimento Politiche Antidroga



PREMESSA

Il testo che ho il piacere di presentare si propone di rendere visibili alcuni elementi negletti nello scenario complesso e inquietante della dipendenza. Che si tratti di fenomeni cronici oppure occasionali e sporadici, ci sono, a mio avviso, quattro elementi conduttori che queste *Nuove Linee di Indirizzo* hanno il merito di sottolineare e che, talvolta, scompaiono all'attenzione mediatica, ma anche, purtroppo, clinica e sanitaria in generale:

1. l'analisi del profilo individuale della persona dipendente da sostanze, la valutazione probabilistica del suo rischio, con la successiva categorizzazione che ci permette di distribuire nel tempo e nello spazio fenomeni di morbo-mortalità altrimenti legati ai servizi clinici, più che all'ambiente dove si maturano;
2. la rotta della dipendenza e la polimorbosità che ne consegue, con il riemergere di patologie trasmissibili come HIV, HBV, HCV, sifilide, legate alla promiscuità e alla falsa sicurezza determinata dalla cronicizzazione dell'AIDS (e, per analogia, di tutte le altre condizioni correlate), la cui letalità aveva tenuto particolarmente alta l'attenzione sanitaria durante le fasi iniziali e

intermedie della pandemia. Ancora una volta l'impostazione clinica e l'approccio prevalentemente terapeutico del paradigma medico attuale ci impediscono di inquadrare le problematiche nel loro insieme e di collegare causalmente all'evento patologico la scarsa cultura sanitaria e la sua assenza, ad esempio, dai curricula scolastici, l'incapacità persistente di sviluppare una politica di protezione della salute riproduttiva non legata a dogmi e preconcetti ideologici, la superficialità dell'incontro medico, che quasi sempre si esaurisce in una prescrizione farmaceutica, piuttosto che in un contatto educativo e personalizzato rispetto ad un profilo di rischio che la nostra accademia insegna, purtroppo, a disegnare solo saltuariamente;

3. la concentrazione di offerta verso una popolazione spesso fragile e vulnerabile, come quella degli adolescenti, liberi di estremizzare esperienze di vita senza avere maturato la capacità di scegliere consapevolmente, non possedendo quelle abilità e quelle capacità che l'alleanza tra famiglia, scuola e media potrebbe costruire se agissero in coerenza;
4. l'insufficiente conoscenza da parte delle Amministrazioni sanitarie di linguaggi, semantica, opzioni di approccio e fidelizzazione nei confronti di bambini, adolescenti e giovani su



tematiche legate a comportamenti e sottoculture sociali, che si preferisce ignorare perché difficili e poco esplorate. Si pensi, ad esempio, all'educazione sessuale nella fascia d'età precoce (3-10 anni), dove si maturano ideologie individuali errate e pericolose, lasciate colpevolmente senza governo. Il prodotto della ricerca e della valutazione seria e fattuale che ci viene consegnato dagli autori è, quindi, una risorsa cruciale, nuova e potente per riprendere il combattimento continuo che caratterizza il settore della prevenzione, sempre lodata e promossa mediaticamente, e altrettanto costantemente negletta e insufficientemente finanziata nella pratica quotidiana.

Le indicazioni del testo sono finalizzate a condividere un percorso operativo mirato a migliorare la prevenzione delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze. ■

Raniero Guerra
Ministero della Salute

INTRODUZIONE

In Italia, le dimensioni e le conseguenze di patologie infettive quali l'HIV, l'HBV, l'HCV e la sifilide sono rilevanti in termini di impatto sulla salute, sulla qualità di vita e sui costi per i singoli e per la comunità. Poiché tali patologie sono strettamente legate a comportamenti individuali, i fenomeni di dipendenza ne possono aumentare il rischio in maniera significativa.

La popolazione che si rivolge ai SerD/SerT per problemi di dipendenza da sostanze risulta pertanto soggetta ad un maggiore rischio di contrarre queste infezioni rispetto alla popolazione generale, come documentato dai dati di incidenza e di prevalenza sul territorio nazionale (1).

A livello europeo, le strategie di intervento nei confronti delle dipendenze includono ormai da anni la riduzione del danno, in considerazione della forte necessità di contrastare la dilagante diffusione delle infezioni correlate alla dipendenza da sostanze, tra le quali quella da HIV.

Nel nostro Paese, come in Europa, i Servizi per le dipendenze, inclusi i Servizi di prossimità, hanno svolto negli ultimi decenni un importante lavoro in ambito preventivo nei confronti dell'HIV/AIDS, con apprezzabili risultati (2). ►



Nonostante gli sforzi compiuti nel tempo volti alla prevenzione dell'HIV/AIDS, si registra oggi, nell'ambito della popolazione in carico ai SerD/SerT italiani, una bassa proporzione di persone testate per le principali patologie infettive, a livello nazionale (1).

Risulta, quindi, indispensabile incrementare le attività di screening delle principali patologie infettive tra gli utenti dei Servizi per le dipendenze, attraverso efficaci procedure di offerta dei test nell'ambito di un più ampio e articolato spettro di azioni di informazione, sensibilizzazione e prevenzione rivolto alla popolazione generale.

Inoltre, l'utenza a carico dei SerD/SerT si è profondamente modificata nel corso degli anni con l'aumento relativo di persone che riportano modalità di assunzione non endovenosa di sostanze diverse dall'eroina. In considerazione dell'effetto di tali sostanze sui comportamenti individuali, inclusi quelli a livello sessuale, tale popolazione presenta, comunque, un rilevante rischio di contrarre patologie infettive, tra le quali quelle da HIV, HBV, HCV e la sifilide (1).

In particolare, una diagnosi tardiva di infezione da HIV aumenta il rischio di arrivare ad una fase conclamata della malattia (AIDS) e riduce la probabilità di un adeguato recupero immunologico a

seguito del trattamento farmacologico. In maniera analoga, la consapevolezza di essere soggetto ad un'infezione cronica trasmissibile quale quella da HBV, da HCV e la sifilide, può consentire l'adozione di comportamenti che evitino la trasmissione dell'infezione e favorire un trattamento farmacologico efficace.

È, quindi, opportuno coinvolgere tutte le tipologie di Servizi per il contrasto alle dipendenze (SerD/SerT, Servizi di alcolologia ecc.) in adeguati programmi di prevenzione delle principali patologie infettive associate alle dipendenze basati sulla riduzione del rischio comportamentale (iniettivo, sessuale ed igienico-sanitario) e su una tempestiva diagnosi e terapia.

In considerazione di quanto sopra esposto si è ritenuto fondamentale stilare le *Nuove Linee di Indirizzo* per lo screening di queste infezioni negli utenti dei SerD/SerT dislocati sul territorio nazionale allo scopo di offrire indicazioni relativamente alle procedure, alle tempistiche ed alle modalità comunicativo-relazionali necessarie per un'efficace sensibilizzazione del rischio infettivo ed un'adeguata offerta dei test diagnostici.

Le *Nuove Linee di Indirizzo* sono il risultato dello sforzo congiunto da parte degli esperti del settore dell'Istituto Superiore di Sanità (Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunica-



zione, Formazione e Centro Operativo AIDS) e del Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze, costituito da funzionari e tecnici delle singole Regioni e Province Autonome. Il lavoro realizzato nell'ambito del Progetto PPC 2 - Learning (aa. 2013-2016) riporta il quadro epidemiologico riferito all'arco temporale 2013-2014.

Al termine di questo lavoro si è ritenuto opportuno includere il Documento finale, elaborato nell'ambito del Corso "Procedure di offerta dei test per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze negli utenti dei SerD/SerT", stilato in collaborazione con gli operatori sanitari partecipanti all'evento, che riporta indicazioni inerenti le modalità di implementazione delle *Nuove Linee di Indirizzo*. ■

Anna Colucci¹, Adele Di Stefano²,
Emanuele Fanales Belasio¹, Anna Maria Luzi¹,
Gaetano Manna², Ilenia Mulieri¹,
Lucia Pugliese¹, Mariangela Raimondo¹,
Maria Cristina Salfa¹, Barbara Suligoj¹
¹Dipartimento Malattie Infettive, ISS
²Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze

Prima parte



SCENARI EPIDEMIOLOGICI

Fonti dei dati

La **Sorveglianza AIDS** è stata istituita con Decreto Ministeriale del 28 novembre 1986, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 12 dicembre n. 288. Le modalità della segnalazione sono esplicitate nella Circolare del Ministero della Sanità del 13 febbraio 1987 n. 5. La Circolare stabilisce che ogni medico che identifichi un caso di AIDS dovrà compilare una scheda in triplice copia: una copia viene inviata in busta chiusa alla regione di afferenza, una al Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e un'altra resta al medico notificatore. Tale Sistema di Sorveglianza è gestito dal COA in collaborazione con le regioni. Il COA provvede alla raccolta ed all'archiviazione nel Registro Nazionale AIDS, all'analisi periodica dei dati, nonché, alla pubblicazione e alla diffusione del rapporto annuale.

La **Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV** è stata istituita nel 2008, con Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 175, del 28 luglio; tuttavia, è solo dal 2012 che tale Sorveglianza ha una copertura nazionale del 100%. Ogni anno il COA riceve dalle regioni dati individuali e anonimi

relativi alle nuove diagnosi di HIV; tra le informazioni raccolte è inclusa la modalità di trasmissione dell'infezione, tra cui l'uso di droghe iniettive.

La **Sorveglianza nazionale delle epatiti virali** (A, B e non-A non-B) è stabilita dal Decreto Ministeriale del 15 dicembre 1990 che prevede la notifica obbligatoria delle infezioni in classe II. È importante ricordare che la classe II non include l'infezione da epatite C. Il medico segnalatore deve comunicare il caso entro due giorni dall'osservazione alla ASL di competenza, la quale a sua volta provvede ad inviarlo alla regione, previa validazione della diagnosi. Successivamente, la segnalazione viene inviata dalla regione, al Ministero della Salute ed all'ISTAT. Questa Sorveglianza nazionale non raccoglie informazioni relative all'utilizzo di sostanze per via iniettiva e non iniettiva.

Per sopperire a questa mancanza, nel 1985 è stata istituita una **Sorveglianza speciale denominata SEIEVA** (Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta) attualmente coordinata dal Dipartimento Malattie Infettive dell'ISS, che raccoglie informazioni più dettagliate sui casi di epatite A, B, C, D ed E (3). La partecipazione alla Sorveglianza SEIEVA è su base volontaria; attualmente aderisce il 79,9% delle ASL italiane distribuite su tutto il territorio nazionale (con l'eccezione della sola regione Molise), alle quali afferisce ►



il 77,2% della popolazione italiana. Attraverso un questionario epidemiologico vengono raccolte informazioni sui principali fattori di rischio per le epatiti virali acute, ivi compresa la tossicodipendenza (1).

La **Sorveglianza nazionale della sifilide** è stabilita dal Decreto Ministeriale del 15 dicembre 1990 che prevede la notifica obbligatoria di questa patologia in classe II. L'iter di notifica è lo stesso di quello riportato per le epatiti (4). Questa Sorveglianza nazionale non raccoglie informazioni relative all'utilizzo di sostanze per via iniettiva e non iniettiva.

Nel 1991 in Italia, così come in altri Paesi europei, è stata avviata una **Sorveglianza sentinella delle Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST)** per disporre in tempi brevi di dati sulla loro diffusione, anche in ragione dell'epidemia da HIV che in quel periodo era largamente diffusa (5). Questo sistema, coordinato dal COA dell'ISS, allo stato attuale prevede la collaborazione di 12 centri clinici pubblici specializzati nella diagnosi e nella cura delle IST, dislocati sul territorio nazionale (6). I centri clinici segnalano i pazienti con una prima diagnosi di IST (primo episodio), confermata, ove previsto, da appropriati test di laboratorio e raccolgono informazioni socio-demografiche, comportamentali (tra queste anche il consumo di sostanze per via iniettiva) e cliniche, nonché il sierostato HIV (6).

Infezione da HIV e AIDS

Nel 2014 sono stati diagnosticati in Italia 858 nuovi casi di AIDS, pari a un'incidenza di 1,4 casi per 100.000 residenti (2). Dopo il Portogallo, l'Italia presenta la più alta incidenza di AIDS tra i Paesi dell'Europa occidentale.

L'incidenza dei casi di AIDS in Italia è in continua diminuzione dal 1996; tale diminuzione non è senz'altro attribuibile ad una riduzione delle nuove infezioni da HIV, quanto piuttosto all'effetto delle terapie antiretrovirali combinate. Tuttavia, l'infezione rimane, ancora oggi, grave e cronica. La distribuzione dei casi adulti per modalità di trasmissione e periodo di diagnosi evidenzia come il 52,3% del totale dei casi segnalati tra il 1982 e il 2014 sia attribuibile alle pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via iniettiva (2).

L'andamento della proporzione delle diagnosi di AIDS tra i consumatori di sostanze per via iniettiva (Injecting Drug Users, IDU) mostra una forte diminuzione, passando dal 60,6% negli anni precedenti al 2003 al 25,6% nel biennio 2007-2008 ed al 14,9% nel biennio 2013-2014 (2). Per l'infezione da HIV, si osserva che la proporzione delle nuove diagnosi in IDU è diminuita



dal 76,2% nel 1985 al 3,8% nel 2014. Al contrario, è aumentata la proporzione delle nuove diagnosi attribuibili alla trasmissione sessuale [contatti eterosessuali e contatti di maschi che fanno sesso con maschi (MSM)] passando dal 7,8% nel 1985 all'84,5% nel 2014 (2).

Nel periodo 2010-2013 sono state segnalate 820 nuove diagnosi di infezione da HIV in IDU; di queste il 79,9% in maschi. Nel 2014, tra le nuove diagnosi di infezione da HIV, la proporzione di persone con un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/ μ L (definite *late presenters*: persone che arrivano tardi alla diagnosi di HIV) è stata del 34,9%. Tra i *late presenters* si osserva un'alta proporzione di maschi: gli eterosessuali maschi risultano essere il 34,6% dei casi e gli MSM il 30,5% dei casi (2).

Come riportato dalla Relazione al Parlamento del 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, il 40,8% degli IDU con diagnosi di HIV ha eseguito il test HIV per la presenza di sintomi HIV-correlati, il 27,6% in seguito all'offerta attiva da parte degli operatori dei SerD/SerT, il 16,0% a causa di comportamenti sessuali a rischio, il 15,6% per altri motivi (ricovero ospedaliero, screening in carcere, donazione di sangue ecc.) (1).

Infezione da HBV

Come specificato nel capitolo "Fonti dei dati" (*vedi p. 7*), la Sorveglianza nazionale delle epatiti virali non raccoglie informazioni relative all'utilizzo di sostanze per via iniettiva e non iniettiva.

Secondo i dati del SEIEVA la situazione epidemiologica e clinica dell'infezione da HBV in Italia si è profondamente modificata nel corso degli ultimi 25 anni. L'incidenza dei casi di epatite acuta da HBV nei tossicodipendenti riportati dal SEIEVA è in costante riduzione, da 166 casi nel 1991 (anno di introduzione del vaccino) a 15 casi nel 2014 (3).

Questo processo, già iniziato prima dell'avvio del programma di vaccinazione del 1991, ha spostato il profilo di infezione da quello di una trasmissione intra-familiare, con acquisizione del virus in età precoce, a quello di un'esposizione legata a fattori di rischio (trasmissione sessuale, tossicodipendenza, trasmissione iatrogena) a cui si è massivamente esposti in età adulta, con conseguente riduzione della frequenza di cronicizzazione.

Nel periodo di osservazione (1997-2014), sono stati segnalati 1.696 casi di epatite B in soggetti facenti uso di droghe per via iniettiva ed ulteriori 125 casi, risultati positivi al virus delta, presentavano una co-infezione con l'HBV (3). ▶



Studi sulla popolazione generale indicano una prevalenza complessiva dei casi di positività all'HBsAg dell'1-1,3% (3).

Infezione da HCV

Come specificato nel capitolo "Fonti dei dati" (*vedi p. 7*), è importante ricordare che la classe II del Decreto Ministeriale del 15 dicembre 1990 non include l'infezione da epatite C e che la Sorveglianza nazionale delle epatiti virali non raccoglie informazioni relative all'utilizzo di sostanze per via iniettiva e non iniettiva.

L'infezione da HCV è oggi la causa più frequente di malattia cronica del fegato, di cirrosi e di epatocarcinoma. Secondo i dati del SEIEVA c'è stata una drastica flessione dell'incidenza di HCV nei primi dieci anni di sorveglianza e tale incidenza ha continuato a diminuire anche negli anni successivi, stabilizzandosi dal 2009 su tassi tra 0,2 e 0,3 per 100.000 abitanti.

Nel 2014 l'incidenza è stata di 0,2 per 100.000 (0 per la fascia d'età 0-14 anni, 0,2 per la fascia d'età 15-24 e 0,3 per i maggiori di 25 anni) (3).

Nel corso degli ultimi 25 anni, l'epidemiologia dell'infezione da HCV nelle persone tossicodipendenti si è significativamente modificata. L'incidenza

di nuovi casi d'infezione si è progressivamente ridotta passando da 61 casi nel 1991 a 23 nel 2014 e tale diminuzione ha interessato, in particolar modo, i soggetti d'età compresa fra i 15 e i 24 anni, verosimilmente per cambiamenti comportamentali.

Per quanto riguarda la popolazione generale, diversi studi siero-epidemiologici sono stati condotti per valutare la prevalenza di infezione da HCV in Italia. Mentre nei bambini e negli adolescenti la prevalenza di anti-HCV è risultata essere molto bassa (0,2%) (3), si stima in circa 2 milioni il numero dei portatori cronici di HCV con una previsione di incremento significativo delle patologie epatiche complicate (cirrosi scompensata, epatocarcinoma ecc.) nei prossimi anni.

Sifilide

Come specificato nel capitolo "Fonti dei dati" (*vedi p. 8*), la Sorveglianza nazionale della sifilide non raccoglie informazioni relative all'utilizzo di sostanze per via iniettiva e non iniettiva.

Secondo i dati della Sorveglianza sentinella delle IST, basata su centri clinici, dal 1° gennaio 1991 al 31 dicembre 2013, è stato segnalato un totale di 2.727 nuovi casi di IST in IDU, pari al 3,4% di tutti i casi di IST segnalate. Tra i 2.727 casi di IST in IDU, 108 erano casi di sifilide I-II (primaria o



secondaria) pari al 4,0% del totale delle IST in IDU e 139 erano casi di sifilide latente, pari al 5,1% del totale delle IST in IDU (6).

Nel 2013, sono stati segnalati 92 nuovi casi di IST in IDU, pari al 2,8% di tutti i casi di IST segnalati. Tra i 92 casi di IST, 7 erano casi di sifilide I-II pari al 7,6% del totale delle IST in IDU e 6 erano casi di sifilide latente pari al 6,5% del totale delle IST in IDU (6).

Nell'intero periodo (1991-2013), l'80,6% (n. 87) dei casi di sifilide I-II in IDU è stato diagnosticato in uomini e il 19,4% (n. 21) in donne (6).

Nel medesimo periodo, il 63,3% (n. 88) dei casi di sifilide latente in IDU è stato diagnosticato in uomini e il 36,7% (n. 51) in donne.

L'andamento dei casi di sifilide I-II tra gli IDU è rimasto relativamente stabile nell'intero periodo considerato, con una media di 27 casi per anno.

L'andamento dei casi di sifilide latente tra gli IDU ha mostrato una riduzione costante dal periodo 1991-1996 al periodo 2009-2013, passando da 63 casi segnalati a 16 casi (6).

La percentuale di IDU con sifilide I-II testati per HIV è aumentata dall'83,3% nel periodo 1991-1996 al 95,7% nel periodo 2009-2013; tra gli IDU

con sifilide I-II che sono stati testati per HIV, la prevalenza HIV ha mostrato un decremento passando dal 44,0% nel periodo 1991-1996 al 22,7% nel periodo 2009-2013.

La percentuale di IDU con sifilide latente testati per HIV è aumentata dal 66,7% nel periodo 1991-1996 all'81,3% nel periodo 2009-2013; tra gli IDU con sifilide latente che sono stati testati per HIV, la prevalenza HIV ha mostrato un decremento passando dal 50,0% nel periodo 1991-1996 al 15,8% nel periodo 2003-2008 con un successivo incremento nel periodo 2009-2013 (30,8%). ■

Lucia Pugliese, Mariangela Raimondo,
Maria Cristina Salfa, Barbara Suligoj
Dipartimento Malattie Infettive, ISS



INDICAZIONI OPERATIVE RIVOLTE AI SERVIZI PER LE DIPENDENZE/TOSSICODIPENDENZE (SerD/SerT)

Procedure operative per l'esecuzione dei test diagnostici

Introduzione

Lo screening per la diagnosi delle principali infezioni potenzialmente a carico delle persone con dipendenza da sostanze richiede l'effettuazione di procedure ben definite ed omogenee tra i servizi presenti sul territorio nazionale. Tali procedure devono, necessariamente, basarsi su un'adeguata valutazione clinica e su esami diagnostici standardizzati e validati a livello internazionale.

Popolazione di riferimento per l'applicazione

- Persone (italiani e stranieri in regola con l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale o con permesso temporaneo di soggiorno) che facciano uso di sostanze che determinano dipendenza, afferenti ai SerD/SerT territoriali.
- Persone soggette a detenzione con problematiche di dipendenza.
- Persone arruolate nell'ambito di interventi sul campo.

Procedure di presa in carico

- Anamnesi dettagliata per la valutazione del rischio infettivologico.
- Raccolta di dati di laboratorio pregressi relativi alle principali malattie infettive correlabili alla dipendenza (HIV, HBV, HCV, sifilide).
- Effettuazione di test sierologici per HIV, HBV, HCV, sifilide.
- Proposta di effettuazione di eventuali ulteriori visite specialistiche.
- L'effettuazione dei prelievi per i test sierologici per HIV, HCV, HBV, sifilide e la successiva restituzione del risultato possono essere circoscritti a tre situazioni tipo:
 - unità di prelievo all'interno del SerD/SerT;
 - SerD/SerT in rete (i risultati dei test arrivano in busta chiusa al SerD/SerT oppure tramite sistema informatico);
 - accompagnamento della persona alla struttura di diagnosi e cura di malattie infettive.

Procedure per la gestione delle persone con diagnosi di malattia infettiva

- Visita medica generale (periodica).
- Visita specialistica infettivologica (periodica).
- Gestione della terapia prescritta dal medico specialista infettivologo (consegna/somministrazione farmaci).



- Monitoraggio strumentale e di laboratorio sulla base delle indicazioni del medico specialista infettivologo.

Procedure per la gestione delle persone senza evidenza di malattia infettiva

- Visita medica generale (periodica).
- Eventuali visite specialistiche (laddove richieste dal quadro clinico).
- Effettuazione periodica di test sierologici per HIV, HBV, HCV e sifilide.
- Eventuale invio alla consulenza infettivologica delle persone con nuova diagnosi di infezione per la gestione terapeutica e strumentale/laboratoristica.

Infine, sul piano organizzativo, appare preferibile non indicare soluzioni univoche, ma piuttosto puntualizzare le funzioni essenziali da garantire nei SerD/SerT, ovvero la gestione delle malattie infettive attraverso attività di screening, diagnosi, prevenzione, cura, monitoraggio, realizzate con un approccio multidisciplinare e in stretta collaborazione con la struttura di diagnosi e cura di malattie infettive. ■

Emanuele Fanales Belasio,
Lucia Pugliese, Mariangela Raimondo,
Maria Cristina Salfa, Barbara Suligoj
Dipartimento Malattie Infettive, ISS

Procedure comunicativo-relazionali per l'esecuzione dei test diagnostici

Introduzione

L'accoglienza e la presa in carico della persona che faccia uso di sostanze richiede all'operatore sanitario del SerD/SerT l'acquisizione di conoscenze e di competenze tecnico-scientifiche e comunicativo-relazionali specifiche.

In particolare, la capacità dell'operatore, opportunamente formato, di comunicare in modo efficace risulta fondamentale per attivare una relazione professionale all'interno della quale la persona-utente possa essere messa in grado di fronteggiare le problematiche di dipendenza nelle quali è coinvolta e di effettuare, quindi, i necessari esami diagnostici per HIV, HBV, HCV e sifilide.

L'intento di questa sezione delle *Nuove Linee di Indirizzo* è quello di fornire all'operatore del SerD/SerT un Modello Operativo comunicativo-relazionale finalizzato ad attivare una relazione professionale non improvvisata, ma strutturata in fasi temporali ed in azioni per facilitare l'accesso ai test di screening. ►



Tale Modello Operativo si basa sull'applicazione di alcune abilità e tecniche di counselling nel colloquio pre-test e post-test e rappresenta un protocollo comunicativo-relazionale standardizzato ma, al contempo, flessibile e dinamico, in grado di rispondere ad ogni situazione.

Modello Operativo comunicativo-relazionale per la gestione della persona-utente che accede al SerD/SerT

La necessità di utilizzare procedure comunicativo-relazionali uniformi e replicabili assume carattere di priorità in un contesto socio-sanitario come il SerD/SerT, all'interno del quale risulta indispensabile fornire risposte puntuali e tempestive a complesse problematiche di salute, in relazione ad un rischio reale di contrarre gravi infezioni quali HIV, HBV, HCV e sifilide.

In ogni fase operativa l'approccio dell'operatore sanitario dovrebbe sempre essere orientato alla restituzione di competenze (autonomia, consapevolezza, capacità decisionale) e responsabilità alla persona che faccia uso di sostanze, in quanto in grado, se adeguatamente supportata ed aiutata, di fronteggiare situazioni critiche e di decidere per sé e per la propria salute (*empowerment*).

Il Modello Operativo comunicativo-relazionale qui presentato si articola in due fasi per ciascuna delle quali sono individuate le azioni prioritarie (procedure). Ogni incontro con la persona dipendente, al di là delle specifiche finalità, dovrebbe sempre presupporre la preparazione del setting interno dell'operatore (autoconsapevolezza di sé stesso e del proprio ruolo) ed esterno (preparazione di uno spazio e di un tempo dedicato all'incontro), nonché, un'adeguata accoglienza.

Inoltre, ogni fase dovrebbe concludersi con una sintesi di quanto detto/concordato, verificando che la persona abbia realmente compreso. Infine, l'operatore è importante che ponga attenzione al momento dei saluti mai frettolosi e distaccati (facendo attenzione agli elementi della comunicazione non verbale e paraverbale, variabili da cultura a cultura) e se necessario, prospetti l'ipotesi di ulteriori colloqui, confermando la propria disponibilità a successivi contatti (7, 8).

Di seguito viene riportato il protocollo operativo al quale l'operatore sanitario del SerD/SerT può fare riferimento nella gestione dell'utente con problematiche di dipendenza, al fine di proporre l'esecuzione dei test per HIV, HBV, HCV e sifilide.



Fasi del Modello Operativo comunicativo-relazionale

1. **Colloquio pre-test** - *Accoglienza e proposta di eseguire i test diagnostici*

È un colloquio confidenziale tra una persona-utente e l'operatore sanitario del SerD/SerT, mirato a verificare la necessità degli accertamenti diagnostici, a preparare la persona al risultato degli stessi, a delineare le possibili implicazioni relative al proprio stato sierologico sulle infezioni di interesse.

Il *colloquio pre-test* ha lo scopo di:

- preparare il setting interno ed esterno;
- accogliere la persona-utente e definire le finalità del colloquio pre-test;
- ascoltare attivamente utilizzando specifiche tecniche (riformulazione, delucidazione, capacità di indagine, messaggi in prima persona);
- esplorare le motivazioni ai test;
- valutare le conoscenze e la percezione del rischio da parte della persona-utente;
- fornire informazioni sulle infezioni da HIV, HBV, HCV e sifilide;
- valutare il rischio reale di infezione;
- concordare strategie per la modifica dei comportamenti a rischio;
- fornire informazioni sui test;

- discutere possibili implicazioni dei test;
- preparare al risultato dei test;
- valutare le risorse interne ed esterne della persona;
- fornire supporto emotivo;
- favorire il processo decisionale;
- proporre e ottenere il consenso informato;
- eseguire il prelievo ematico;
- fornire indicazioni precise in merito al risultato dei test (orari, modalità, sarebbe opportuno che fosse sempre lo stesso operatore che ha eseguito il colloquio pre-test a consegnare l'esito);
- riassumere e verificare cosa la persona abbia compreso in merito a quanto emerso durante il colloquio;
- salutare adeguatamente e mostrarsi disponibili ad ulteriori contatti;
- concludere il colloquio.

2. **Colloquio post-test** - *Comunicazione della diagnosi, discussione della prognosi e invio mirato ai servizi territoriali*

È un colloquio confidenziale tra una persona-utente ed un operatore sanitario del SerD/SerT mirato a discutere il risultato del test per HIV, HBV, HCV e sifilide, a fornire appropriate informazioni e supporto per attuare strategie adeguate volte ad affrontare la situazione e/o modificare i comportamenti a rischio.

È un intervento che richiede disponibilità e tempo, un setting adeguato alla delicatezza e alla complessità della situazione. ►



Il *colloquio post-test* è mirato a:

- finalità di supporto e di aiuto, in caso di positività dei test;
- finalità preventive, in caso di negatività dei test;
- finalità di contenimento dell'ansia e preparazione alla ripetizione dei test, in caso di indeterminazione.

Tale colloquio è strettamente collegato a quello pre-test e dovrebbe essere effettuato dallo stesso operatore sanitario o in co-presenza con il personale che, nell'organizzazione del Servizio, si occupa del colloquio pre-test e del prelievo. Nel caso ciò non fosse possibile dovrebbe essere assicurata continuità e coerenza nelle modalità comunicativo-relazionali utilizzate dall'operatore nella fase del pre e post-test anche se queste due fasi sono svolte da operatori diversi o, come accade in molte realtà, da équipe appartenenti a differenti strutture sanitarie.

In caso di *esito positivo* (finalità di supporto e di aiuto):

- preparare il setting interno ed esterno;
- accogliere la persona;
- comunicare subito il risultato dei test, senza tergiversare, in un linguaggio semplice e non tecnicistico;
- accogliere e contenere le emozioni e fornire supporto;
- valutare le informazioni che la persona è in grado di recepire (fornire informazioni sulle infezioni, sulle modalità di contagio, sulla terapia);

- assicurarsi che la persona abbia una percezione realistica della situazione;
- verificare le risorse interne ed esterne della persona (*empowerment*) per poterle attivare;
- potenziare la ristrutturazione cognitiva (ripristinare il controllo della situazione);
- valutare e favorire il supporto sociale;
- programmare un piano di assistenza e promuovere comportamenti sicuri (rendendosi disponibile nel coinvolgimento dell'eventuale partner);
- stabilire ulteriori appuntamenti e colloqui;
- riassumere e verificare cosa la persona abbia compreso in merito a quanto emerso durante il colloquio;
- salutare adeguatamente e mostrarsi disponibili ad ulteriori contatti;
- concludere il colloquio.

Procedure di partner notification e contact tracing

La messa in atto di procedure di Partner Notification (PN) e di Contact Tracing (CT) costituisce un'ulteriore possibilità per la persona-utente ed i suoi partner di accedere precocemente alle terapie, al fine di limitare al massimo la trasmissione inconsapevole dell'infezione da HIV, HBV, HCV e sifilide.

Infatti, per PN si intende la procedura attraverso la quale l'operatore sanitario con il consenso della persona-utente risultata positiva ai test mette in atto azioni



per favorire l'informazione ai partner attuali e a quelli passati che abbiano avuto più rapporti sessuali o che abbiano effettuato scambi di siringa.

La procedura di CT fa riferimento, invece, alle azioni attuate direttamente dall'operatore, con il consenso della persona, al fine di identificare, rintracciare e contattare i partner a rischio della persona-utente risultata infetta e per strutturare l'intervento di comunicazione. È opportuno che le procedure di PN e di CT siano proposte alla persona-utente senza alcuna pressione od obbligo di adesione. Le procedure possono essere modulate e applicate in modo parziale secondo la volontà della persona, che potrà, inoltre, selezionare i partner da avvisare.

Pertanto, è bene ribadire che sia l'intervento di PN, sia quello di CT possono essere avviati solo con il consenso informato e con la collaborazione della persona-utente alla quale sia stata diagnosticata un'infezione, nella più assoluta riservatezza.

Risulta, peraltro, importante ricondurre queste procedure esclusivamente nell'ambito del segreto professionale escludendo qualsiasi correlato e conseguenza di tipo legale per le persone-utenti che decidano di aderire.

Infine, tali procedure potranno essere poste in atto laddove esista adeguata formazione del personale, affinché, vengano attuate con la dovuta professionalità e preparazione assicurando una totale copertura e privacy per tutte le persone coinvolte.

In caso di **esito negativo** (finalità preventive):

- preparare il setting interno ed esterno;
- accogliere la persona;
- comunicare subito il risultato dei test senza tergiversare in un linguaggio semplice e non tecnicistico;
- accogliere e contenere le emozioni e fornire supporto;
- discutere le implicazioni del risultato, utilizzando questo momento per attivare un intervento di prevenzione mirato e personalizzato;
- concordare strategie di prevenzione;
- riassumere e verificare cosa la persona abbia compreso in merito a quanto emerso durante il colloquio;
- salutare adeguatamente e mostrarsi disponibili ad ulteriori contatti;
- concludere il colloquio.

In caso di **esito indeterminato** (finalità di contenimento dell'ansia e preparazione alla ripetizione dei test):

- preparare il setting interno ed esterno;
- accogliere la persona;
- comunicare immediatamente il risultato dei test senza tergiversare in un linguaggio semplice e non tecnicistico, spiegando alla persona la necessità di un ulteriore accertamento;
- chiarire il significato dei test e verificare che la persona abbia effettivamente compreso la situazione;
- accogliere e contenere le emozioni ed offrire supporto; ►



- analizzare le implicazioni dei risultati in relazione ad una eventuale positività nei test di conferma;
- gestire la situazione di incertezza vissuta dalla persona in attesa di chiarire con un successivo prelievo il proprio stato sierologico;
- concordare le strategie di prevenzione in relazione all'incertezza ed alla necessità di esecuzione degli ulteriori test;
- riassumere e verificare cosa la persona abbia compreso in merito a quanto emerso durante il colloquio;
- salutare adeguatamente e mostrarsi disponibili ad ulteriori contatti garantendo la possibilità di un colloquio in occasione del ritiro del risultato dei test di conferma;
- concludere il colloquio (9). ■

ABILITÀ RELAZIONALI

Autoconsapevolezza

Affinché l'operatore del SerD/SerT accolga la persona-utente e instauri un'interazione efficace, è fondamentale e prioritario che sia in grado di entrare in contatto con sé stesso, sia pienamente consapevole del raggio di azione e dei limiti del proprio ruolo, conosca a fondo il proprio setting interno (valori, pregiudizi, motivazioni, schemi di riferimento culturali, vissuti personali, emozioni) e, soprattutto, sappia distinguere il proprio sé da quello dell'altro, attraverso una continua azione di auto-osservazione e di auto-monitoraggio di quanto avviene nella relazione. Contestualmente, è necessario che l'operatore sia consapevole del linguaggio paraverbale e non verbale che consente di trasmettere, ai vari soggetti coinvolti nella relazione professionale, il peso e il significato da attribuire a quanto esplicitato a livello verbale.

L'abilità dell'autoconsapevolezza consente all'operatore di definire, di volta in volta, il setting interno e quello esterno connotato da una precisa dimensione spazio-temporale. Il setting interno fa riferimento alla capacità dell'operatore di aprirsi all'ascolto dell'altro, superando i propri pregiudizi e dedicando alla persona-utente un tempo e uno spazio mentale dove non vi siano interferenze. Nei SerD/SerT, talvolta, il setting esterno risulta essere fluido e con confini spaziali poco chiari, pertanto, la consapevolezza dell'operatore di dover definire il setting interno assume una rilevanza cruciale nell'instaurare una relazione costruttiva con la persona-utente.



Una relazione all'interno della quale ogni "rumore" esterno possa essere tenuto sotto controllo, in cui si instauri un clima accogliente, sicuro, rispettoso della persona, scevro da qualsiasi pregiudizio.

Empatia

Il termine empatía, composto da -en- "dentro" e pathos- "sofferenza o sentimento" è l'abilità di seguire, afferrare, comprendere il più pienamente possibile l'esperienza soggettiva della persona-utente, ponendosi dal suo stesso punto di vista "come se" fosse il proprio, ma con la consapevolezza che appartenga al mondo dell'altro.

Si tratta, infatti, di saper entrare nello schema di riferimento della persona-utente, nel suo "mondo", al fine di comprenderne pienamente pensieri ed intenzioni, di cogliere la situazione che sta vivendo dalla sua prospettiva (empatia cognitiva) e di condividere l'esperienza emotiva dell'altro (empatia emotiva), ma essendo ben consapevole che non è il proprio modo di pensare e di provare emozioni. L'operatore empatico non può e non deve confondersi con l'utente, in quanto, se ciò avvenisse, non sarebbe più in grado di aiutarlo e di sostenerlo nel processo di cambiamento e di fornire, pertanto, risposte appropriate alle sue richieste.

Ascolto attivo

L'ascolto attivo è un'abilità comunicativa che si basa sull'empatia e sull'accettazione incondizionata dell'altro consentendo l'attivazione di un rapporto professionale

positivo e di un clima relazionale non giudicante. Saper ascoltare permette di cogliere il contenuto della comunicazione nelle sue tre componenti: verbale, paraverbale, non verbale.

L'operatore ponendosi in un atteggiamento di ascolto attivo mostra un autentico interesse nei riguardi dell'utente e ciò costituisce per la persona l'opportunità di sentirsi compresa e di poter raccontare quanto accaduto senza il timore di essere giudicata. Per l'operatore saper ascoltare in modo attivo ed empatico si traduce in una maggiore possibilità di stabilire con l'altro un'alleanza terapeutica efficace.

Nell'ascolto attivo entrano in gioco contemporaneamente diversi piani in quanto attraverso questa abilità l'operatore ascolta i contenuti (comunicazione verbale) e la relativa connotazione emotiva (comunicazione paraverbale e non verbale) con la quale questi vengono espressi. Al contempo, l'operatore ascolta sé stesso, i propri vissuti, il proprio sistema culturale e valoriale, cercando di fare in modo che non interferisca nella relazione. Per ascoltare attivamente le persone-utenti, l'operatore può fare riferimento al metodo del rispecchiamento empatico o della restituzione che si avvale di alcune tecniche, quali: *riformulazione, delucidazione, capacità di indagine, messaggi in prima persona.*

La *riformulazione* consiste nel ripetere e nel restituire alla persona ciò che ha detto, utilizzando gli stessi termini senza aggiungere nessun altro contenuto. In questo modo l'operatore verifica di aver ben compre- ►



so quanto raccontato dalla persona-utente, contemporaneamente la persona sente di essere stata ascoltata ed è disponibile a proseguire nel racconto mostrandosi più collaborativa.

La *delucidazione* consiste nel cogliere e nel restituire all'altro le emozioni emerse durante la narrazione della sua storia; la tecnica è utile per agevolare la comprensione del vissuto emotivo della persona che emerge dal paraverbale e dal non verbale, in quanto l'operatore sottolinea i sentimenti che accompagnano il contenuto verbale e attribuisce loro un valore finalizzato a rendere la relazione professionale realmente costruttiva.

La *capacità di indagine* è una tecnica comunicativa che consente all'operatore di porre domande appropriate (domande aperte, chiuse, ipotetiche) in funzione della specifica fase della relazione professionale con la persona. Le domande aperte, utili nella fase iniziale della relazione, lasciano ampia possibilità di risposta, tendono ad approfondire la relazione e stimolano l'esposizione di opinioni e pensieri.

Infine, i *messaggi in prima persona* permettono all'operatore di favorire una distinzione tra ciò che pensa, ritiene, percepisce e ciò che invece appartiene all'altro con problematiche legate alla tossicodipendenza. Si tratta di entrare, in punta di piedi, nel modo dell'utente, avviando così un importante processo di riconoscimento alla persona di una propria autonomia decisionale e di pensiero. ■

Conclusioni

In sintesi, è opportuno sottolineare che, per una corretta applicazione sul campo di procedure comunicativo-relazionali standardizzate volte a favorire l'accesso ai test diagnostici, risulta indispensabile predisporre ed organizzare a livello nazionale e locale specifici percorsi di formazione rivolti al personale socio-sanitario dei SerD/SerT. Solo così, infatti, gli operatori, consapevoli del proprio ruolo e, al tempo stesso, costantemente aggiornati sulle conoscenze e sulle competenze necessarie per applicare in modo sistematico il Modello Operativo qui proposto, saranno facilitati nell'attivare relazioni professionali personalizzate e strutturate in modo efficace, sia nella fase del colloquio pre-test, sia in quella del colloquio post-test. ■

Anna Colucci, Anna Maria Luzi
Dipartimento Malattie Infettive, ISS

Seconda parte



SCHEDA 1

Screening dell'infezione da HIV, HBV, HCV, sifilide

Screening e diagnosi dell'infezione da HIV (per approfondimenti sulla patologia vedi Scheda 2)

Scopi e obiettivi

Occorre quantificare e limitare la diffusione dell'infezione da HIV mediante lo screening sierologico che permette:

- l'identificazione delle persone-utenti che hanno contratto l'infezione;
- lo screening nei contatti a rischio (tutte le persone esposte all'infezione da HIV);
- l'invio mirato delle persone-utenti con diagnosi di infezione da HIV alle strutture sanitarie competenti per il management e il trattamento antiretrovirale.

Campo di applicazione

Nei SerD/SerT lo screening per l'infezione da HIV dovrebbe essere applicato a:

- tutte le persone-utenti (iniettive e non iniettive) nella fase di accoglienza;
- persone-utenti già in carico e nuove che riferiscono comportamenti a rischio per l'infezione da HIV;

- persone-utenti già in carico, indipendentemente dai comportamenti a rischio riferiti, ogni 6-12 mesi;
- persone-utenti che presentano sintomi suggestivi di malattia acuta da HIV o compatibili con immunodepressione.

Nota bene: per le persone-utenti afferenti al SerD/SerT si deve approfondire l'anamnesi dei comportamenti a rischio in merito ai rapporti sessuali avuti nei mesi precedenti.

Nella Tabella seguente vengono riportate le procedure inerenti lo screening per HIV.

| Descrizione dell'attività | Responsabile dell'attività |
|--|--|
| Colloquio di counselling pre-test secondo il Modello Operativo comunicativo -relazionale: finalità informative ed ottenimento del consenso informato | Operatore sanitario opportunamente formato |
| Effettuazione di prelievo venoso per test di screening (in caso di positività il laboratorio provvede d'ufficio ad effettuare i test di conferma) | Infermiere/Medico |
| Colloquio di counselling post-test secondo il Modello Operativo comunicativo-relazionale: consegna dei risultati | Medico affiancato dall'operatore sanitario che ha svolto il colloquio pre-test |
| Invio della persona-utente, accompagnata da una breve relazione sul suo stato clinico, a strutture sanitarie specifiche e appropriate | Medico |





Nella Tabella seguente viene riportata la stima del rischio di acquisire l'infezione da HIV a seconda della via di esposizione (per singolo atto).

| Via di esposizione | Rischio per 10.000 esposizioni con una fonte infetta |
|---------------------------------|--|
| Uso di droghe per via iniettiva | 67 |
| Rapporto anale recettivo | 50 |
| Puntura percutanea con ago | 30 |
| Rapporto vaginale recettivo | 10 |
| Rapporto anale insertivo | 6,5 |
| Rapporto vaginale insertivo | 5 |
| Rapporto orale recettivo | 1 |
| Rapporto orale insertivo | 0,5 |
| Trasfusione con sangue infetto | 9.000 |

Fonte: Morbidity and Mortality Weekly Report. January 21, 2005;54(RR-2). Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Non occupational Exposure to HIV in the United States.

Screening e diagnosi dell'infezione da HBV (per approfondimenti sulla patologia vedi Scheda 2)

La vaccinazione contro il virus dell'epatite B (HBV) è raccomandata (per i soggetti non sottoposti a vaccinazione obbligatoria): agli operatori sanitari, al personale di assistenza degli ospedali e delle case di cura private e a tutte le altre categorie indicate nel Decreto Ministeriale del 4 ottobre 1991. A differenza di altre infezioni, infatti appare di entità non trascurabile la trasmissione cosiddetta "parenterale inapparente" (penetrazione attraverso membrane mucose e/o piccole lesioni cutanee).

Scopi e obiettivi

Bisogna quantificare e limitare la diffusione dell'infezione da HBV mediante lo screening sierologico che permette:

- l'identificazione dei soggetti che hanno contratto l'infezione;
- la proposta dello screening nei contatti a rischio (tutte le persone esposte all'infezione da HBV);
- l'offerta della vaccinazione alle persone-utenti HBV negative;
- l'invio mirato delle persone-utenti positive alle strutture sanitarie competenti per il management e il trattamento.

Campo di applicazione

Nei SerD/SerT lo screening per l'infezione da HBV dovrebbe applicarsi (escludendo i vaccinati per HBV) a:

- tutte le persone-utenti nella fase di accoglienza;
- persone-utenti già in carico e nuove che riferiscono comportamenti a rischio per l'infezione da HBV;
- persone-utenti già in carico, indipendentemente dai comportamenti a rischio riferiti, ogni 6-12 mesi;



- persone-utenti che presentano sintomi di epatite acuta;
- persone-utenti con infezione da HIV;
- persone-utenti che hanno ricevuto trasfusioni di sangue o emoderivati prima del 1992;
- persone-utenti che hanno subito trapianto d'organo prima del 1992;
- persone-utenti emodializzate.

Nella Tabella seguente vengono riportate le procedure inerenti lo screening per HBV.

| Descrizione dell'attività | Responsabile dell'attività |
|---|--|
| Colloquio di counselling pre-test secondo il Modello Operativo comunicativo-relazionale: finalità informative ed ottenimento del consenso informato | Operatore sanitario opportunamente formato |
| Effettuazione di prelievo venoso per test di screening | Infermiere/Medico |
| Colloquio di counselling post-test secondo il Modello Operativo comunicativo-relazionale: consegna dei risultati | Medico affiancato dall'operatore sanitario che ha svolto il colloquio pre-test |
| Offerta della vaccinazione alle persone-utenti negative | Medico/Infermiere |
| Invio della persona-utente, accompagnata da una breve relazione sul suo stato clinico, a strutture sanitarie specifiche e appropriate | Medico |

Nella Tabella seguente viene riportata l'interpretazione dei risultati dei test sierologici per HBV.

| Sierologia | | | | Interpretazione |
|------------|----------|------------|---------------|--|
| HBs Ag | HBs Ab | HBc Ab IgM | HBc Ab totali | |
| Negativa | Negativa | Negativa | Negativa | Nessuna evidenza di infezione da HBV |
| Positiva | Negativa | Negativa | Negativa | Infezione acuta precoce |
| Positiva | Negativa | Positiva | Positiva | Infezione acuta |
| Negativa | Positiva | Positiva | Positiva | Infezione acuta in fase di risoluzione |
| Negativa | Positiva | Negativa | Negativa | Soggetto vaccinato |

Fonte: Morbidity and Mortality Weekly Report. June 5, 2015;64(3). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines.

Nella Tabella seguente viene riportata l'interpretazione del titolo anticorpale post vaccinale (valutato 1-3 mesi dopo l'ultima dose di vaccino anti-HBV).

| Titolo anticorpale | Interpretazione | Misura |
|--------------------|------------------------------|---|
| HBsAb <10mUI/ml | Non responder (non protetto) | Ulteriori dosi di richiamo a distanza di un mese l'una dall'altra. Nei casi di rischio consistente somministrare fino a 3 dosi. |
| HBsAb >10mUI/ml | Responder (protetto) | - |





Screening e diagnosi dell'infezione da HCV (per approfondimenti sulla patologia vedi Scheda 2)

Scopi e obiettivi

È necessario quantificare e limitare la diffusione dell'infezione da HCV mediante lo screening sierologico che permette:

- l'identificazione dei soggetti che hanno contratto l'infezione;
- la proposta dello screening nei contatti a rischio (tutte le persone esposte all'infezione da HCV);
- l'invio mirato delle persone-utenti positive alle strutture sanitarie competenti per il management e il trattamento.

Campo di applicazione

Nei SerD/SerT lo screening per l'infezione da HCV dovrebbe applicarsi a:

- tutte le persone-utenti (iniettive e non iniettive) nella fase di accoglienza;
- persone-utenti già in carico e nuove che riferiscono comportamenti a rischio per l'infezione da HCV;
- persone-utenti già in carico, a prescindere dai comportamenti a rischio riferiti, ogni 6-12 mesi;
- persone-utenti con infezione da HIV;
- persone-utenti che hanno ricevuto trasfusioni di sangue o emoderivati prima del 1992;
- persone-utenti che hanno subito trapianto d'organo prima del 1992;

- persone-utenti emodializzate;
- persone-utenti che presentano sintomi di epatite acuta.

Nella Tabella seguente vengono riportate le procedure inerenti lo screening per HCV.

| Descrizione dell'attività | Responsabile dell'attività |
|---|--|
| Colloquio di counselling pre-test secondo il Modello Operativo comunicativo-relazionale: finalità informative ed ottenimento del consenso informato | Operatore sanitario opportunamente formato |
| Effettuazione di prelievo venoso per test di screening | Infermiere/Medico |
| Colloquio di counselling post-test secondo il Modello Operativo comunicativo-relazionale: consegna dei risultati | Medico affiancato dall'operatore sanitario che ha svolto il colloquio pre-test |
| Invio della persona-utente accompagnata da una breve relazione sul suo stato clinico a strutture sanitarie specifiche e appropriate | Medico |

Nella Tabella seguente viene riportata l'interpretazione dei risultati dei test sierologici per HCV.

| Sierologia | | |
|------------|----------|---|
| HCV Ab | HCV Ag | Interpretazione |
| Negativa | Negativa | Nessuna evidenza di infezione o infezione molto precoce |
| Positiva | Negativa | Infezione risolta |
| Negativa | Positiva | Infezione in atto |
| Positiva | Positiva | Infezione in atto |



Screening e diagnosi della sifilide

(per approfondimenti sulla patologia vedi Scheda 2)

Scopi e obiettivi

Occorre quantificare e limitare la diffusione dell'infezione da sifilide mediante lo screening sierologico che permette:

- l'identificazione delle persone-utenti che hanno contratto l'infezione, trattati e non trattati;
- l'identificazione dei casi di sifilide (primaria/secondaria o latente) da trattare;
- la proposta dello screening nei contatti a rischio (tutte le persone esposte alla sifilide);
- l'invio mirato delle persone-utenti alle strutture sanitarie competenti per il management e il trattamento.

Campo di applicazione

Nei SerD/SerT lo screening per l'infezione da sifilide dovrebbe applicarsi a:

- tutte le persone-utenti (iniettive e non iniettive) nella fase di accoglienza, anche in assenza di sintomatologia suggestiva e con cadenza di 6-12 mesi nei negativi;
- persone-utenti già in carico e nuove che riferiscono possibili comportamenti a rischio per sifilide.

Nella Tabella seguente vengono riportati i test per sifilide comunemente utilizzati nei laboratori.

| Test | Tipo di test | Significato |
|----------------------------|--|--|
| Test treponemico EIA, TPPA | Test treponemici di screening | |
| FTA-ABS, EIA e TPHA | Test treponemici di conferma (devono essere diversi da quelli usati nello screening) | Rimangono positivi per tutta la vita. Non correlano con l'attività della malattia |
| VDRL/RPR | Test non treponemici | Solitamente correlano con l'attività della malattia. Si negativizzano con il tempo |
| Ab IgM e IgG | Anticorpi precoci e tardivi | Le IgM permettono di identificare un'infezione acuta |

Nella Tabella seguente vengono riportate le procedure inerenti lo screening per sifilide.

| Descrizione dell'attività | Responsabile dell'attività |
|--|--|
| Colloquio di counselling pre-test secondo il Modello Operativo comunicativo -relazionale:finalità informative ed ottenimento del consenso informato | Operatore sanitario opportunamente formato |
| Effettuazione di prelievo venoso per test di screening (in caso di positività il laboratorio provvede d'ufficio ad effettuare la sierologia specifica - VDRL e TPHA) | Infermiere/Medico |
| Colloquio di counselling post-test secondo il Modello Operativo comunicativo-relazionale: consegna dei risultati | Medico affiancato dall'operatore sanitario che ha svolto il colloquio pre-test |

segue





continua

| Descrizione dell'attività | Responsabile dell'attività |
|--|----------------------------|
| Invio della persona-utente, accompagnata da una breve relazione sul suo stato clinico, a strutture sanitarie specifiche e appropriate | Medico |
| Screening dei contatti sessuali - per le persone con sifilide primaria: tutti i contatti nei tre mesi precedenti alla comparsa del sifiloma - per le persone con sifilide secondaria con anamnesi negativa per sifiloma primario: tutti i contatti dei sei mesi precedenti alla comparsa dei sintomi di sifilide secondaria - per le persone con sifilide latente precoce: tutti i contatti dei dodici mesi precedenti | Medico |

Nella Tabella seguente viene riportata l'interpretazione dei test sierologici per sifilide e le azioni da intraprendere.

| Sierologia | Interpretazione | Azione |
|---|--|--|
| IgM positiva, VDRL/RPR positiva | Infezione attiva (infezione recente o reinfezione) | Trattamento specifico |
| IgG positiva, IgM negativa, VDRL/RPR negativa/, positiva TPHA/TPPA/FTA-ABS positiva | Infezione latente, tardiva o pregressa | Necessaria visita specialistica con anamnesi per definire l'epoca presunta dell'infezione e per stabilire l'effettuazione o meno di trattamento antibiotico idoneo |

Lucia Pugliese, Mariangela Raimondo,
 Maria Cristina Salfa, Barbara Suligo
Dipartimento Malattie Infettive, ISS

SCHEDA 2

Principali patologie infettive (HIV, HBV, HCV, sifilide)

Infezione da HIV

Cosa è

È un'infezione causata dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV), un virus a RNA appartenente alla famiglia dei retrovirus, caratterizzato nel 1983 in individui con Sindrome da Immunodeficienza. Il virus HIV-1 è il più frequente e se ne distinguono, sulla base delle differenze genetiche, diversi sottotipi (A, B, C, D, F, G, H, J, K e forme ricombinanti), con differente distribuzione nei vari continenti. Il virus HIV-2 è decisamente meno frequente ed è prevalentemente diffuso nell'Africa Occidentale. Si stima che in tutto il mondo le persone viventi con infezione da HIV siano circa 36 milioni, con maggiore prevalenza nell'Africa Sub-Sahariana e nel Sud-Est Asiatico. In Italia, si stimano circa 130.000 persone sieropositive per l'HIV fra le quali un sesto presumibilmente non è a conoscenza dell'infezione.

L'infezione primaria avviene nelle prime due-tre settimane dopo l'infezione ed è spesso asintomatica o indistinguibile da altre comuni infezioni virali quali l'influenza o la mononucleosi. Nonostante la risposta immunitaria antivirale, l'infezione tende a



cronicizzare e nel corso degli anni, se non trattata, compromette progressivamente la funzione delle cellule del sistema immunitario. Quando, generalmente dopo 8-12 anni dal contagio, le difese immunitarie non sono più in grado di proteggere da altri virus, batteri, parassiti e di eliminare eventuali cellule neoplastiche, si instaura la sindrome da Immunodeficienza acquisita (AIDS) che comporta la comparsa di numerose e gravi infezioni e di alcune forme di tumori.

Come si trasmette

L'infezione si può trasmettere attraverso il contatto delle mucose genitali (pene, vagina), dell'ano e della bocca con le secrezioni genitali e/o sangue nel corso di rapporti sessuali non protetti (vaginali, anali, orali), lo scambio di siringhe o aghi contenenti sangue fresco di persone con l'infezione (ad esempio, i consumatori di sostanze per via iniettiva) ed eventuale esposizione accidentale a rilevanti quantità di sangue fresco di persone con l'infezione. Il virus può, inoltre, essere trasmesso dalla madre sieropositiva al figlio durante la gravidanza, il parto o l'allattamento al seno. Attualmente le trasfusioni e i trapianti d'organo vengono rigorosamente controllati e non costituiscono più un rischio di infezione.

Incubazione

I sintomi dell'infezione acuta (non sempre facilmente identificabili) potrebbero comparire a distanza di 2-6 settimane dal contagio, mentre la

linfadenopatia cronica (ingrossamento persistente dei linfonodi) e i sintomi associati all'AIDS compaiono generalmente a distanza di 8-12 anni. La diagnosi viene effettuata tramite la ricerca degli anticorpi e dell'antigene virale p24 nel sangue.

Sintomi e segni

Nella forma acuta possono essere presenti febbre, dolori muscolari, diarrea, cefalea, rash cutaneo, ingrossamento dei linfonodi. Nella forma cronica si manifestano progressivamente febbre modica, perdita di peso, diarrea, astenia, ingrossamento persistente dei linfonodi. In corso di AIDS compaiono generalmente le manifestazioni di gravi infezioni (ad esempio, tubercolosi, polmoniti batteriche, patologie da funghi e parassiti, enteriti, retiniti, encefaliti, lesioni muco-cutanee da virus erpetici e funghi) o di tumori (ad esempio, sarcoma di Kaposi, linfomi).

Prevenzione

L'infezione si previene proteggendo i rapporti sessuali con l'uso del preservativo maschile e femminile, evitando lo scambio di siringhe e, per gli operatori sanitari, proteggendo gli occhi e le mucose con occhiali e mascherina, manipolando con cautela aghi e strumentazione tagliente, nonché usando guanti in lattice.

È raccomandato il test di screening in gravidanza; nel caso di madre HIV-positiva è necessaria: una profilassi farmacologica in gravidanza e ►



durante il parto; il ricorso all'allattamento artificiale ed il trattamento preventivo anche per il neonato nelle prime settimane di vita. Nel caso di sicura/probabile esposizione al virus (rapporti sessuali non protetti, incidente lavorativo) è possibile ricorrere, previa valutazione del medico specialista, ad un ciclo di terapia antiretrovirale combinata da iniziare entro 72 ore dall'esposizione.

Diagnosi

Per sapere se si è stati contagiati dall'HIV è sufficiente sottoporsi al test specifico che si effettua attraverso un normale prelievo di sangue e che si basa sulla ricerca degli anticorpi e dell'antigene virale p24 nel sangue.

Terapia

Esistono diverse classi di farmaci antiretrovirali a differente meccanismo di azione che possono essere combinate durante un trattamento (ad esempio, inibitori della trascrittasi inversa, della proteasi, dell'ingresso e dell'integrazione virale). L'inizio del trattamento va determinato dallo specialista sulla base dei parametri virologici e immunologici del soggetto durante il corso dell'infezione. Allo stato attuale si tende ad iniziare il trattamento in qualsiasi stadio dell'infezione.

Un'assistenza medica precoce e una tempestiva terapia farmacologica, con un'adeguata aderenza, consentono oggi, alla persona HIV positiva, una qualità e un'aspettativa di vita sempre più vicine a quelle di una persona HIV negativa.

Infezione da HBV

Cosa è

È un'infezione causata dal virus dell'epatite B (HBV), un virus a DNA appartenente alla famiglia degli Hepadnaviridae. Attualmente sono stati identificati 6 genotipi (A-F) dell'HBV aventi una diversa distribuzione geografica.

L'epatite B si può presentare in una forma acuta sintomatica o frequentemente in una forma inapparente. Entrambe queste presentazioni possono cronicizzare, con possibilità di evolvere in cirrosi epatica o in epatocarcinoma. Nel mondo sono circa 240 milioni i portatori cronici dell'HBV. Si stima, inoltre, che circa 780.000 persone muoiano ogni anno a causa delle conseguenze dell'epatite B. La più alta incidenza di infezioni croniche viene segnalata nei Paesi dell'Africa Sub-Sahariana e nei Paesi dell'Est asiatico. Nei Paesi dell'Europa occidentale e del Nord America la percentuale di infezioni che cronicizzano è inferiore all'1%. In Italia, a partire dal 1991, è stata condotta una campagna vaccinale su scala nazionale che ha determinato negli anni un drastico calo dell'incidenza dell'epatite B.



Come si trasmette

La trasmissione avviene attraverso il sangue per via parenterale, apparente o non apparente, per via sessuale e per via verticale da madre a figlio (in utero o al momento del parto). Il rischio di infezione può aversi in seguito a tagli/punture con aghi/strumenti infetti e attraverso minime lesioni della cute o delle mucose causate da oggetti di uso comune (ad esempio, spazzolini, forbici, rasoi, spazzole da bagno) contaminati da sangue infetto.

Incubazione

L'infezione può manifestarsi dopo 45-180 giorni.

Sintomi e segni

L'epatite B acuta è in molti casi asintomatica. Nei casi sintomatici la malattia si manifesta con un esordio insidioso, caratterizzato da vaghi disturbi addominali, nausea e vomito; dopo qualche giorno possono comparire ittero (colorazione gialla di cute e mucose), urine scure e feci chiare e a volte può presentarsi febbre modesta.

Nell'adulto la malattia può cronicizzare in circa il 5-10% dei casi e il rischio di cronicizzazione aumenta al diminuire dell'età in cui viene acquisita l'infezione. La forma cronica è praticamente asintomatica e nel 20% dei casi può progredire in cirrosi epatica nell'arco di circa 5 anni. Il cancro

al fegato (epatocarcinoma) è un'altra complicanza frequente dell'epatite cronica, soprattutto nei soggetti con cirrosi.

Prevenzione

Il vaccino rappresenta la più efficace misura preventiva (obbligatoria dal 1991 in Italia per tutti i neonati e per gli adolescenti di 12 anni). La vaccinazione è fortemente raccomandata per i gruppi di popolazione a maggior rischio d'infezione (ad esempio, tossicodipendenti, conviventi di portatori cronici, personale sanitario ecc.).

È raccomandato l'uso del preservativo nei rapporti sessuali ed è necessaria la massima precauzione nella manipolazione di strumenti, aghi e altri oggetti potenzialmente infetti; in caso di incidenti che provocano sanguinamento viene prescritta, per i non vaccinati, la profilassi con immunoglobuline specifiche in aggiunta alla vaccinazione.

È assolutamente necessario non condividere oggetti taglienti (ad esempio, aghi, forbici e rasoi) ed osservare le misure igieniche in tutte quelle pratiche che prevedono il contatto con aghi e siringhe non sterilizzati (ad esempio, tatuaggi, piercing, manicure, pedicure ecc.) in quanto il virus resiste nell'ambiente esterno fino a 7 giorni.

È raccomandato lo screening in gravidanza. ►



Diagnosi

Nel caso di comparsa dei sintomi sopra riportati è necessario sottoporsi subito a controllo medico e ad un prelievo di sangue per valutare la funzionalità epatica ed effettuare test sierologici specifici. È importante sottoporsi al test per l'epatite B se ci sono stati comportamenti a rischio (ad esempio, scambio di aghi/siringhe o punture accidentali, rapporti sessuali non protetti). L'infezione è segnalata dalla presenza di anticorpi contro vari antigeni virali, quali HBsAg, HBcAg, HBeAg e la persistenza dell'antigene HBsAg suggerisce la cronicizzazione della malattia.

Terapia

Attualmente la terapia delle forme acute e croniche, in presenza di elevati livelli circolanti di virus, prevede l'impiego di una combinazione di specifici farmaci anti-virali (ad esempio, interferone e farmaci inibitori degli enzimi virali).

Nelle forme croniche con evoluzione in cirrosi o in epatocarcinoma è possibile sottoporsi a trapianto di fegato.

Infezione da HCV

Cosa è

È un'infezione causata dal virus dell'epatite C (HCV), un virus a RNA appartenente alla famiglia dei Flaviviridae. Attualmente sono stati identificati

sei diversi genotipi e oltre 90 sottotipi. L'epatite C si presenta raramente in una forma acuta evidente, mentre molto più spesso l'infezione rimane inapparente e tende a cronicizzare.

Secondo l'OMS, a livello mondiale sono circa 130-150 milioni i portatori cronici del virus e tra le 300 mila e le 500 mila le persone che muoiono ogni anno per malattie epatiche correlate a questo virus. I maggiori tassi di incidenza di infezione si trovano nei Paesi dell'Asia Centro-Orientale e del Nord Africa. In Italia si stima un numero di persone HCV-positive intorno ai 1,5 milioni.

Come si trasmette

L'epatite C si può trasmettere principalmente per via parenterale attraverso scambio di siringhe, punture accidentali con strumenti infetti, piercing o tatuaggi effettuati con strumenti non sterili e oggetti di uso comune (ad esempio, spazzolini, forbici, rasoi, spazzole da bagno) contaminati da sangue infetto.

Sono stati documentati anche casi di contagio per via sessuale, ma questa via sembra essere molto meno efficiente rispetto a quanto osservato per l'HBV. L'infezione si può trasmettere per via verticale da madre a figlio in meno del 5% dei casi.

Incubazione

Il periodo di incubazione va da 2 settimane a 6 mesi.



Sintomi e segni

L'infezione acuta da HCV è asintomatica in oltre i $\frac{2}{3}$ dei casi. I sintomi, se presenti, sono caratterizzati da dolori muscolari, nausea, vomito, febbre, dolori addominali, ittero (colorazione gialla di cute e mucose), urine scure e feci chiare. L'infezione acuta diventa cronica in circa l'85% dei casi e il 20-30% dei soggetti con epatite C cronica sviluppa nell'arco di 10-20 anni una cirrosi con possibile evoluzione in epatocarcinoma.

Prevenzione

Non esiste un vaccino per l'epatite C e l'uso di immunoglobuline non si è dimostrato efficace. Le uniche misure efficaci consistono nel non condividere oggetti taglienti (ad esempio, aghi, forbici e rasoio), osservare le misure igieniche in tutte quelle pratiche che prevedono il contatto con aghi e siringhe non sterilizzati (ad esempio, tatuaggi, piercing, manicure, pedicure ecc.) e nell'uso del preservativo nei rapporti sessuali.

Diagnosi

Nel caso di comparsa dei sintomi sopra riportati è necessario sottoporsi a controllo medico e ad un prelievo di sangue per valutare la funzionalità epatica ed effettuare test per la determinazione degli anticorpi o dell'antigene specifici. È importante, comunque, sottoporsi al test per l'epatite C se ci sono stati comportamenti a rischio di infezione.

Terapia

La terapia, sotto stretto controllo medico, consiste nell'impiego di farmaci anti-virali in grado di contrastare la replicazione del virus e mantenere bassi i livelli di viremia (ad esempio, interferone e farmaci inibitori degli enzimi virali) in combinazioni che possono portare a guarigione in una parte dei casi.

Nelle forme croniche con evoluzione in cirrosi o in epatocarcinoma è possibile sottoporsi a trapianto di fegato.

Sifilide

Cosa è

La sifilide è un'infezione causata da un batterio, il *Treponema pallidum*, appartenente all'ordine Spirochetatales, della famiglia Treponemataceae.

Come si trasmette

La sifilide si trasmette attraverso contatto diretto nei rapporti sessuali non protetti dal preservativo (vaginali, anali o orali). Inoltre, si può trasmettere dalla madre al figlio per via placentare (sifilide congenita o prenatale) o durante il passaggio nel canale del parto (sifilide connatale). Raramente è stata riportata in seguito a trasfusioni di sangue o trapianti di organo. ▶



Incubazione

Il periodo di incubazione va da 10 a 90 giorni.

Sintomi e segni

La malattia inizialmente si manifesta attraverso una lesione ulcerativa non dolorosa (sifiloma) nella sede del contagio, generalmente i genitali esterni o la bocca, a cui si accompagna un rigonfiamento dei linfonodi contigui. Nel giro di pochi giorni la lesione tende a guarire senza lasciare traccia (sifilide primaria). Dopo qualche settimana (2-8 settimane) può presentarsi febbre accompagnata da lesioni maculari rosee sulla cute delle mani, dei piedi, del torace e sulle mucose (sifilide secondaria). Queste lesioni risolvono spontaneamente senza esiti, ma possono recidivare anche dopo un lungo periodo di assenza (sifilide latente precoce). Dopo la fase secondaria il soggetto ritorna asintomatico e può rimanere in tale stadio per tutta la vita (sifilide latente tardiva). In meno di un terzo delle persone con sifilide latente tardiva non trattata, a distanza di anni l'infezione può ricomparire in diverse parti dell'organismo, inclusa la pelle (gomme luetiche) e gli organi interni (fegato, cuore, reni, cervello), portando ad una grave compromissione generale (sifilide terziaria). In caso di trasmissione materno-fetale si possono verificare malformazioni o morte del neonato.

Prevenzione

La principale misura preventiva è costituita dall'impiego del preservativo durante i rapporti sessuali con persone di cui non si conosce lo stato di salute; inoltre, sono indicati i test di screening nelle donne in gravidanza.

Diagnosi

La diagnosi si basa sul riconoscimento delle lesioni e richiede la conferma di laboratorio mediante l'identificazione del batterio nelle lesioni (microscopia, tecniche di biologia molecolare) e la presenza nel sangue degli anticorpi diretti contro antigeni specifici (test treponemici - TPHA, TPPA), nonché, di quelli aspecifici (test non treponemici - VDRL o RPR) che servono a valutare l'attività della malattia e la risposta alla terapia.

È importante, comunque, sottoporsi al test per la sifilide se ci sono stati comportamenti a rischio.

Terapia

La terapia, eseguita su indicazione medica, consiste nell'uso di antibiotici (penicilline, cefalosporine, tetracicline) per un periodo di 2-3 settimane e la cura deve essere ripetuta in caso di recidive. ■

Emanuele Fanales Belasio,
Lucia Pugliese, Mariangela Raimondo,
Maria Cristina Salfa, Barbara Suligoi
Dipartimento Malattie Infettive, ISS



SCHEDA 3

Approfondimenti su specifici gruppi di popolazioni: persone detenute, persone migranti, persone giovani

Persone detenute

I detenuti presenti nelle strutture penitenziarie per adulti alla fine del 2013 risultavano essere 62.536 e di questi i tossicodipendenti quasi uno su quattro (23,8%), percentuale analoga a quella dell'anno precedente, con valori più elevati al Nord (30,2%) rispetto al Mezzogiorno (18,1%) (10).

I SerD/SerT erogano interventi di continuità terapeutica per le persone tossicodipendenti detenute, fornendo la certificazione e avviando il monitoraggio dello stato di salute e l'adeguatezza del trattamento farmacologico.

Tutte le persone-utenti che, all'ingresso in un istituto carcerario, si dichiarino tossicodipendenti vengono valutate dal medico del SerD/SerT, il quale, in caso di attestazione dello stato di tossicodipendenza, predisponde trattamenti appropriati e avvia una pratica di presa in carico.

Il responsabile del programma dipendenze del SerD/SerT collabora con il referente per la salute in carcere, al fine di definire procedure inerenti la:

- trasmissione, tra il SerD/SerT e la struttura sanitaria presente nel carcere previo consenso della persona-utente, dei risultati degli screening effettuati e delle prescrizioni farmaceutiche;
- continuità assistenziale (anche per quanto riguarda la terapia per l'infezione da HIV, HBV, HCV e sifilide) al momento dell'ingresso in carcere (per le persone-utenti già in carico ai SerD/SerT) e al termine della detenzione.

I SerD/SerT garantiscono i trattamenti con farmaci sostitutivi alle persone utenti già in trattamento prima della detenzione e agli altri detenuti tossicodipendenti, secondo gli obiettivi del piano terapeutico personalizzato e definito per la persona-utente in cura. È opportuno che al termine della detenzione, il SerD/SerT chieda la restituzione di tutti gli esami ed accertamenti effettuati durante la permanenza in carcere della persona-utente, in quanto allo stato attuale i medici dei SerD/SerT che si recano in carcere non ricevono copia dei referti clinici per l'aggiornamento della propria cartella del SerD/ SerT. A questo proposito risulta indispensabile l'invio, al termine della detenzione, della cartella clinica della persona-utente al SerD/SerT di appartenenza. In alternativa è, altresì, possibile che prima del termine della detenzione, venga rilasciato alla persona-utente un certificato riportante i referti clinici e l'even- ►



tuale terapia farmacologica seguita. Lo scambio di informazioni risulta indispensabile anche al fine di prevenire alcune condizioni che potrebbero verificarsi nel periodo post detenzione, tra le quali il decesso per overdose o complicazioni legate allo stato infettivo.

In tutti i casi, in particolare quando l'organizzazione del carcere non preveda una presenza sanitaria 24 ore su 24, la persona-utente dovrebbe avere, al termine della detenzione, una copertura farmacologica per i giorni necessari a prendere contatti con il SerD/SerT territoriale (11).

Persone migranti

Al 1° gennaio 2015 l'ISTAT ha registrato 5.014.437 stranieri residenti in Italia provenienti da differenti aree geografiche. Nel nostro Paese, infatti, il fenomeno migratorio è caratterizzato da un costante movimento di persone che hanno alla base del proprio progetto di cambiamento molteplici motivazioni (fuga da situazioni di guerra e di carestia, ricerca di migliori condizioni di vita, ricongiungimento familiare) e si differenziano sia per caratteristiche socio-anagrafiche, sia per status giuridico: persone con permesso di soggiorno, persone in attesa di rinnovo dello stesso, persone irregolari, rifugiati politici, richiedenti asilo, minori non accompagnati.

Si tratta di condizioni diversificate e complesse che rischiano di minare la salute della persona straniera e di creare difficoltà nell'aderire a programmi di prevenzione, talvolta, considerati dalla persona stessa non prioritari.

In questo ambito, particolare attenzione va rivolta al tema delle dipendenze che implica non solo aspetti di carattere sanitario, ma anche sociale, culturale, legati alla concezione di salute e di malattia che ciascun individuo elabora a partire dal proprio personale sistema di riferimento. Infatti, indipendentemente dalle molteplici forme di tutela sanitaria (iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, Codice Straniero Temporaneamente Presente, Tessera Europea Assicurazione Malattia, Europeo Non Iscritto) che garantiscono l'accesso dei migranti ai SerD/SerT, la fruizione degli stessi non è sempre così immediata da parte di questo target, a causa di barriere linguistiche comunicativo-relazionali, organizzative e burocratico-amministrative (12).

Diventa prioritario, in tale scenario, porre attenzione al processo interattivo insito nella relazione tra il personale sanitario impegnato nei SerD/SerT e la persona straniera, nonché, alla necessità di individuare efficaci modalità comunicativo-relazionali che facilitino l'accesso ai test per HIV, HBV, HCV e sifilide, patologie infettive peraltro fortemente stigmatizzanti in alcuni gruppi di migranti.



Si tratta di mettere in atto una relazione professionale caratterizzata da un "clima" di apertura e disponibilità, affinché, la persona straniera possa usufruire di uno spazio di "sensibilità culturale" per comunicare la propria percezione del "problema", le proprie preoccupazioni, i propri vissuti in relazione all'opportunità di sottoporsi anche ad esami diagnostici per determinate infezioni.

Un approccio di reciprocità culturale attivato dall'équipe dei SerD/SerT, supportato laddove necessario da professionisti della mediazione culturale, potrebbe rappresentare un reale valore aggiunto nella misura in cui siano condivisi e adottati protocolli di riferimento, come il Modello Operativo (vedi p. 15) proposto in queste *Nuove Linee di Indirizzo*, che costituiscono mappe concettuali di orientamento per tutti gli operatori. L'applicazione efficace di protocolli di riferimento comunicativo-relazionali necessita di operatori sanitari costantemente formati e aggiornati.

Persone giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni

Nel nostro Paese secondo quanto emerge dalla "Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia", nell'anno 2014 i giovani, tra i 15 e i 24 anni, in carico presso i SerD/SerT sono stati 11.037 pari all'8,4% dell'intera utenza (1).

Per rispondere in modo adeguato al target giovani è indispensabile sul piano organizzativo facilitare la collaborazione integrata tra SerD/SerT e servizi di salute mentale specifici dell'infanzia e dell'adolescenza, al fine di attuare una presa in carico globale.

Per quanto riguarda la necessità di indicare, in presenza di comportamenti a rischio, i test per HIV, HBV, HCV e sifilide, particolare cautela deve essere posta ai minori di 18 anni. Infatti allo stato attuale, l'ordinamento non consente loro di accedere ai test senza il consenso dei soggetti esercenti la potestà o l'autorizzazione del giudice tutelare appositamente nominato.

Per quanto riguarda il caso specifico del test HIV, è molto discussa l'opportunità di permettere ai cosiddetti "grandi minori" (16-17 anni) di eseguire il test senza il consenso dei genitori. Vi sono proposte di modifica delle norme vigenti volte a consentire l'accesso al test al "grande minore", qualora dal colloquio preliminare emerga che ci siano stati comportamenti a rischio. Nel caso di esito positivo degli esami diagnostici potrebbe essere previsto un percorso di accompagnamento del minore affinché, opportunamente sostenuto dall'operatore sanitario, possa condividere la diagnosi di positività con i genitori o con chi ne eserciti la patria potestà. ►



A tutt'oggi, comunque, il minorenne con problematiche di dipendenza può essere preso in carico presso il SerD/SerT solo con il consenso del genitore e in tale sede può essere accompagnato all'effettuazione di esami diagnostici, iniziare un eventuale trattamento farmacologico ed essere inviato ai servizi di salute mentale e dell'adolescenza per una consulenza mirata e per l'avvio di un percorso di "cura" personalizzato. ■

Anna Colucci, Anna Maria Luzi
Dipartimento Malattie Infettive, ISS

SCHEDA 4

Documento finale elaborato nell'ambito del Corso "Procedure di offerta dei test per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze negli utenti dei SerD/SerT"

Il presente Documento è il risultato della collaborazione tra gli esperti dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), i referenti del Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze (GTID) e gli operatori sanitari dei SerD/SerT partecipanti al Corso di Formazione teorico-pratico su "Procedure di offerta dei test per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze negli utenti dei SerD/SerT", svoltosi il 17 e il 18 febbraio 2016 presso l'ISS.

Il Corso, che si colloca all'interno del Progetto PPC 2 - Learning: Progetto per la creazione di un Coordinamento Nazionale sulla riduzione dei rischi e dei danni per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti (promosso e finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione - Dipartimento Politiche Antidroga - DPA, con responsabilità scientifica dell'ISS), ha avuto l'obiettivo di condividere



procedure e azioni mirate ad un'efficace offerta dei test per lo screening e la diagnosi di infezione da HIV, HBV, HCV e sifilide nei SerD/SerT. Al percorso formativo sono state presenti tutte le Regioni e le Province Autonome (PA) italiane, ognuna delle quali rappresentata da un operatore sanitario referente che ha partecipato attivamente fornendo il proprio contributo e la propria esperienza professionale.

I contenuti scientifici affrontati in 16 ore di attività didattica, distribuite in due giornate hanno riguardato quattro aree:

- scenario epidemiologico dell'HIV, HBV, HCV e sifilide;
- prevenzione delle infezioni HIV, HBV, HCV e sifilide correlate all'uso di sostanze: il ruolo dei SerD/SerT;
- procedure operative per l'esecuzione dei test diagnostici.
- aspetti comunicativo-relazionali nell'offerta dei test e proposta di un Modello Operativo;

Il Corso ha rappresentato un momento importante per proporre agli operatori sanitari impegnati direttamente sul territorio nazionale le *Nuove Linee di indirizzo* per lo screening e per la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze nei Servizi per le

Dipendenze (denominate *Nuove Linee di Indirizzo*) messe a punto dal Gruppo di lavoro del Progetto in collaborazione con il GTID. Infatti, al fine di condividere le *Nuove Linee di Indirizzo* per realizzare al meglio gli obiettivi prefissati dal Progetto, nella seconda giornata del Corso l'attenzione è stata focalizzata sulla necessità di individuare le procedure idonee a facilitare la diffusione, l'applicazione e l'implementazione di tali *Linee* presso i SerD/SerT localizzati in tutte le Regioni e le PA.

A tale proposito i partecipanti al Corso sono stati chiamati a dare il loro contributo al fine di rispondere a domande/guida riguardanti le modalità e le strategie per la diffusione e l'applicazione delle *Nuove Linee di Indirizzo* nella propria realtà regionale e provinciale, nonché, la tempistica richiesta per queste azioni e l'individuazione degli strumenti utili per la valutazione nel tempo dell'applicazione delle stesse sul territorio.

Nello specifico sono stati costituiti quattro tavoli di lavoro formati ognuno da dieci partecipanti, appartenenti alle diverse aree regionali italiane i quali, insieme agli esperti dell'ISS e ai referenti del GTID, hanno evidenziato gli elementi prioritari da tenere in considerazione per una fattiva implementazione delle *Nuove Linee di Indirizzo*. ▶



Tale attività ha rappresentato, altresì, un importante momento conoscitivo, che ha consentito un proficuo scambio di opinioni tra i partecipanti, basato sull'esperienza individuale maturata nell'ambito della propria realtà territoriale.

Il produttivo confronto tra i partecipanti ha reso possibile, pertanto, individuare gli indicatori necessari per l'implementazione delle *Nuove Linee di Indirizzo*, così come di seguito viene riportato.

1. Modalità e strategie che possono essere efficaci per la diffusione delle *Nuove Linee di Indirizzo* nelle diverse realtà regionali italiane

- Adeguato percorso di comunicazione tra le diverse istituzioni a partire dagli organi centrali (Commissione Salute, DPA ecc.) passando per le Regioni e le PA sino agli organi periferici (Aziende Sanitarie Locali, SerD/SerT ecc.).
- Valutazione dell'impatto economico in rapporto ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
- Adeguate delibere regionali.
- Incontri a livello territoriale tra i referenti per le dipendenze.

- Corsi e Convegni obbligatori, includendo la modalità della Formazione a Distanza (FAD), aperti agli operatori dei SerD/SerT e dei laboratori, agli specialisti in malattie infettive e ai medici di medicina generale.
- Coinvolgimento dei servizi ambulatoriali e del terzo settore.
- Trasmissione/divulgazione da parte degli operatori sanitari che hanno partecipato al Corso delle indicazioni ricevute riguardo alle *Nuove Linee di Indirizzo*.

2. Modalità e strategie che possono essere efficaci per implementare l'applicazione delle *Nuove Linee di Indirizzo* nelle diverse realtà regionali italiane

- Definizione e creazione di obiettivi aziendali che a loro volta prevedano obiettivi dipartimentali, al fine di implementare l'applicazione delle *Nuove Linee di Indirizzo*.
- Definizione di un protocollo operativo dipartimentale o regionale per l'attuazione delle *Nuove Linee di Indirizzo* che includa una formazione capillare trasversale a tutti gli operatori dei SerD/SerT.



- Istituzione/implementazione di un punto prelievo all'interno di ogni Servizio o di percorsi facilitati di accompagnamento della persona-utente ai centri di prelievo. Pertanto, è necessario consentire una migliore sinergia tra i SerD/SerT e gli ospedali, favorire un collegamento informatizzato tra i laboratori, gli ambulatori specialistici, i SerD/SerT, nonché, creare la possibilità di accesso ai dati clinici delle persone-utenti degli istituti penitenziari. Tale accesso dovrebbe essere consentito solo agli operatori sanitari autorizzati, ciò nel rispetto della normativa sulla privacy, della corretta prassi sanitaria e delle norme previste dall'ordinamento penitenziario in materia di sicurezza. Tutto questo a garanzia di una migliore gestione della salute della persona detenuta.
- Implementazione delle risorse tecnico-strumentali a disposizione dei SerD/SerT.
- Acquisizione delle procedure contemplate nell'ambito delle *Nuove Linee di Indirizzo*.
- Applicazione delle *Nuove Linee di Indirizzo* come requisito per l'accreditamento dei servizi.
- Coinvolgimento adeguato della rete (servizi socio-sanitari ed enti locali) anche attraverso la formazione di operatori sanitari provenienti da differenti realtà.

- Formazione obbligatoria per gli operatori dei SerD/SerT sulle modalità comunicativo-relazionali e sul valore aggiunto delle competenze di base di counselling nell'interazione con la persona-utente.
- Preparazione e diffusione di materiale informativo.
- Possibilità di utilizzo dei fondi regionali previsti per la formazione nelle malattie infettive e dei fondi previsti dal DPR 309/90.

3. Tempistica utile per la diffusione e per l'applicazione sul territorio delle *Nuove Linee di Indirizzo*

- Mesi 6 per la diffusione delle *Nuove Linee di Indirizzo* nelle Regioni e nelle PA.
- Mesi 12 per l'applicazione delle *Nuove Linee di Indirizzo* nelle Regioni e nelle PA attraverso la definizione degli obiettivi aziendali per i singoli Dipartimenti/ SerD/SerT.
- Mesi 24 per la completa messa a regime delle *Nuove Linee di Indirizzo* nei singoli Dipartimenti/ SerD/SerT.

La tempistica varierà inevitabilmente a seconda delle differenti realtà territoriali. ►



4. Strumento per valutare, a distanza di tempo, se ed in quale misura le *Nuove Linee di Indirizzo* siano state recepite ed applicate sul territorio nazionale

- Confronto tra il tempo 0 (prima dell'applicazione delle *Nuove Linee di Indirizzo*) e dopo 24 mesi, relativamente ai seguenti indicatori:
 - numero di persone in carico;
 - numero di persone sottoposte ai test sierologici per le infezioni considerate;
 - numero di interventi di counselling pre test effettuati;
 - numero di interventi di counselling post test effettuati;
 - numero di esiti (positivi e negativi) per le infezioni testate.
- Monitoraggio continuo mediante schede specifiche dei seguenti indicatori:
 - numero di test effettuati in rapporto al numero totale degli utenti afferenti ai SerD/SerT, secondo le *Nuove Linee di Indirizzo*;
 - numero di invii per l'approfondimento diagnostico-terapeutico in rapporto al numero di test positivi.

- Monitoraggio semestrale per l'Osservatorio Epidemiologico Regionale di:
 - numero test effettuati per le 4 infezioni in esame (HIV, HBV, HCV e sifilide) ogni 6 mesi dopo i 24 mesi necessari alla messa a regime delle *Nuove Linee di Indirizzo*;
 - stima della prevalenza delle 4 infezioni (HIV, HBV, HCV e sifilide) tra gli utenti dei SerD/SerT.
- Valutazione dei seguenti indicatori:
 - numero di operatori sanitari formati in rapporto al numero degli operatori presenti;
 - numero di test effettuati per HIV, HBV, HCV e sifilide in rapporto al numero degli utenti individuati come target dalle *Nuove Linee di Indirizzo*;
 - livello di gradimento tra gli utenti.

In conclusione, gli indicatori individuati dai diversi attori coinvolti nel Corso possono rappresentare un importante riferimento per i decisori politici e per gli organi competenti al fine di procedere ad un'applicazione omogenea e capillare delle *Nuove Linee di Indirizzo* sull'intero territorio nazionale, facilitando, in tal modo, l'accesso allo screening e alla diagnosi di infezione da HIV, HBV, HCV e sifilide per le persone utenti che accedono ai SerD/SerT. ■

a cura del Gruppo di lavoro*



(*) Gruppo di lavoro, costituitosi all'interno del Corso, per la stesura del Documento

Ricercatori del Dipartimento di Malattie Infettive, ISS, Roma

Anna Maria Luzi, *co-responsabile scientifico, Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione*

Anna Colucci, Emanuele Fanales Belasio, *Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione*

Barbara Suligoi, *co-responsabile scientifico, Centro Operativo AIDS*

Lucia Pugliese, Mariangela Raimondo, Maria Cristina Salfa, *Centro Operativo AIDS*

Docenti esperti

Adele Di Stefano, *ASL Frosinone*

Gaetano Manna, *Assessorato alla tutela della salute e sanità, Regione Piemonte, Torino e Coordinatore GTID*

Operatori sanitari partecipanti al Corso

Sergio Stucchi, *Abruzzo*

Lucia D'Ambrosio, *Basilicata*

Domenico Cortese, Giuseppina Fava, *Calabria*

Vincenzo Biancolilli, Salvatore D'Anna, *Campania*

Doriana Beltrami, Luisa Garofani, *Emilia-Romagna*

Nicola Marrollo, *Friuli Venezia Giulia*

Sandra Berivi, Flavia Degani, Augusta Di Pasquale, *Lazio*

Loredana Delfino, Francesca Sampietro, *Liguria*

Marco Tosi, *Lombardia*

Tiziana Lumachini, Chiara Simoncelli, *Marche*

Felice Simone, *Molise*

Enrico De Vivo, Marco Tabone, *Piemonte*

Romina Rossi, *Provincia Autonoma di Bolzano*

Carmelo Maurizio Sgrò, *Provincia Autonoma di Trento*

Vittorio Scrimieri, Eugenia Vernole, *Puglia*

Maria Tindara Cola, Massimo Monaco, *Sardegna*

Fabio Brogna, Maria Piera Calamia, Guido Faillace, Giuliano Milazzo, *Sicilia*

Nadia Piacentini, Andreana Spanu, Maria Stagnitta, Giovanni Tavanti, *Toscana*

Marco Cucchini, *Umbria*

Giuseppina Virga, *Valle d'Aosta*

Salvatore Lobello, Andrea Vendramin, Pierantonio Zaggia, *Veneto*



Bibliografia

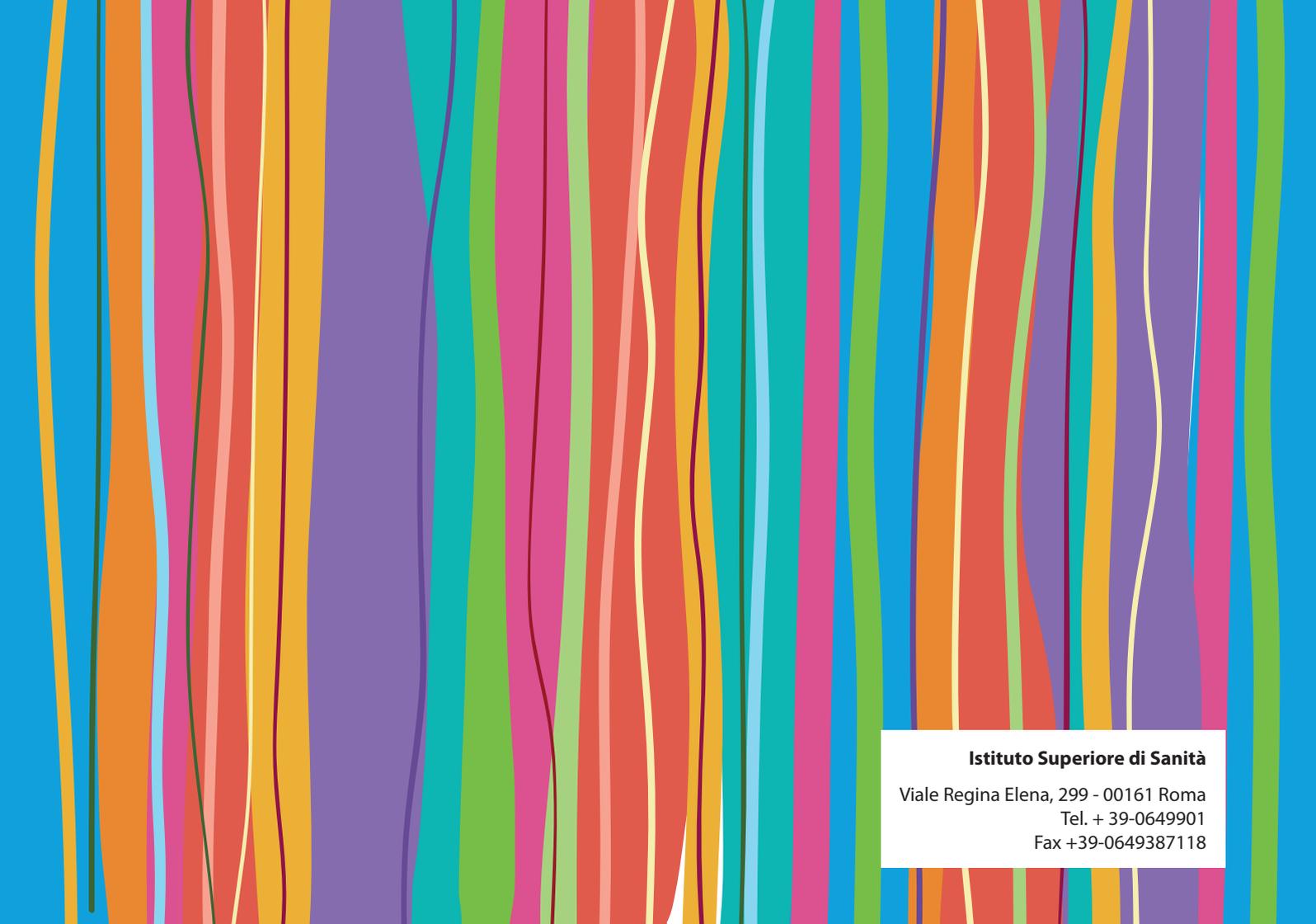
1. Governo italiano. Dipartimento Politiche Antidroga. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia (www.politicheantidroga.it/attivita/pubblicazioni/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2015/presentazione.aspx).
2. Camoni L, Boros S, Regine V, et al. Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2014. *Not Ist Super Sanità* 2015;28(9, Suppl. 1):3-47.
3. Istituto Superiore di Sanità. Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta (SEIEVA) (www.iss.it/seieva/index.php?lang=1&anno=2016&tipo=5).
4. Ministero della Salute (www.salute.gov.it/malattieInfettive/paginaInternaMenuMallattieInfettive.jsp?id=812&menu=strumentieservizi).
5. Salfa MC, Regine V, Ferri M, et al. La Sorveglianza delle Malattie Sessualmente Trasmesse basate su una rete di centri clinici: 18 anni di attività. *Not Ist Super Sanità* 2012;25(2):3-10.
6. Salfa MC, Regine V, Ferri M, et al. Le Infezioni Sessualmente Trasmesse: aggiornamento dei dati dei due sistemi di sorveglianza sentinella attivi in Italia al 31 dicembre 2013. *Not Ist Super Sanità* 2015;28(2):3-43.
7. Luzi AM, De Mei B, Colucci A, et al. Criteria for standardising counselling for HIV testing. *Ann Ist Super Sanità* 2010;46(1):42-50.
8. Colucci A, Luzi AM. Risultati della seconda fase del progetto: indagine qualitativa. In: Colucci A, Luzi AM, Gallo P, D'Amato S, Pompa MG (Ed.). *L'accesso al test HIV: risultati di un progetto di ricerca del Ministero della Salute svolto dall'Istituto Superiore di Sanità e dalle Associazioni della Consulta di Lotta all'AIDS*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011 (Rapporti ISTISAN 11/41).
9. Schwarz M, Pugliese L, Suligoi B, Luzi AM (Ed.). La Bussola. Punti cardinali per orientare la persona con HIV nella tutela dei propri diritti. *Not Ist Super Sanità* 2017;30(4 Suppl. 1):1-25.
10. ISTAT. Annuario Statistico Italiano 2014 (www.istat.it/it/files/2014/11/C06.pdf).
11. Linee Guida regionali per il percorso di tutela della salute degli utenti dei Servizi delle Dipendenze 2012) (guidahttp://salute.regione.emilia-romagna.it/dipendenze/notizie/2012/copy_of_circolaren11_2012_HIVSERT.pdf).
12. Luzi AM, Pasqualino GM, Pugliese L, et al. L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative. Seconda edizione. *Not Ist Super Sanità* 2015;28(11, Suppl. 1):1-62.

Supplemento 1, al n. 12 vol. 30 (2017)
del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità
ISSN 0394-9303 (cartaceo)
ISSN 1827-6296 (online)

Legale rappresentante e Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità: Gualtiero Ricciardi
Direttore responsabile: Paola De Castro

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 475/88
del 16 settembre 1988 (cartaceo)
e al n. 117 del 16 maggio 2014 (online)

Stampato in proprio



Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

Tel. + 39-0649901

Fax +39-0649387118