

## IL RUOLO DEI SER.D. nel trattamento delle patologie correlate

10 dicembre 2020 | ore 14.30-17.30

SIMPOSIO SATELLITE POST-CONGRESSUALE  
Webinar ECM (FAD SINCRONA)

Il trattamento delle patologie correlate: il ruolo di sanità pubblica dei Ser.D

Liborio Martino CAMMARATA  
Direttore Dipartimento Interaziendale  
«Patologia delle Dipendenze»  
AA.SS.LL. BI – NO – VC – VCO  
Membro Direttivo Nazionale FeDerSerD

**\*Progetto nazionale denominato “PPC2”**  
**Anno 2017**  
*(Prevenzione Patologie Correlate all’uso di sostanze)*



Si registra una bassa proporzione di persone testate per le principali patologie infettive a livello nazionale.

Appare indispensabile incrementare le attività di screening delle principali patologie infettive tra gli utenti dei Ser.D., 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.

# Criticità su cui intervenire

1. Rallentamento nell'accesso alle terapie
2. Finitezza dello stanziamento triennale 2017-2019 (???)
3. Insufficiente individuazione e presa in carico di pazienti mai giunti alle Strutture
4. Mancato raggiungimento dell'obiettivo di trattamento per 80.000 paz/anno
5. Mancanza di un registro epidemiologico unico in ambito nazionale (a parte il Registro di monitoraggio AIFA per il controllo dell'appropriatezza prescrittiva e monitoraggio delle terapie erogate)
6. Carenza di personale specificatamente dedicato
7. Stanziamento di risorse specifiche aggiuntive per attività di LDR/RDD
8. Acquisizione di test rapidi HCV su saliva

*...Nel corso degli anni continuiamo ad assistere all'aumento del numero di persone che afferiscono ai Ser.D. ed esprimono **bisogni** di salute sempre più **complessi**...*

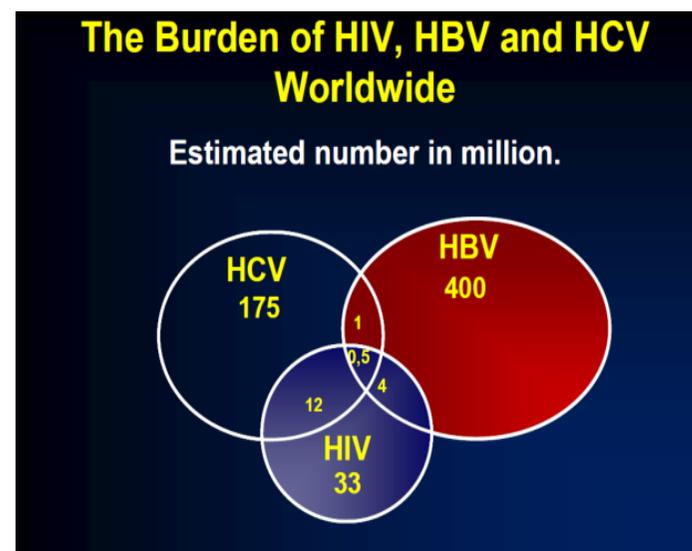
*...Siamo ben consci del fatto che ...*

*non si può ridurre la complessità...*

... Nel 2015 il Piano Nazionale per la Prevenzione delle epatiti virali B e C ha posto tra i propri obiettivi quello di garantire percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali standard per i pazienti affetti da queste malattie infettive, offrendo equità di accesso qualificato alle cure ...

## Carico globale di HIV, HBV e HCV

I dati sul carico globale di malattia impongono di non abbassare la guardia e di intervenire rapidamente.



## “Rete Clinica Integrata” in Sanità”

L'assistenza sanitaria complessiva viene prodotta e distribuita da una rete di interconnessioni tra nodi organizzativi innovativi ed equipe multi-professionali.

L'integrazione tra i diversi erogatori pone l'accento sulla necessità di un “**governo**” del sistema contro i rischi di diluizione, duplicazione e dispersione delle attività.

## Cooperazione/Competizione

L'adozione del concetto di **rete integrata** per la programmazione della rete dei Servizi del SSN/R rende incompatibile l'uso di un regime di competizione fra le singole unità produttive

Ad esse infatti viene richiesta reciproca cooperazione, all'interno della rete di cui fanno parte, secondo i diversi livelli di complessità assistenziale di loro specifica competenza

L'adozione di un modello basato sulla **cooperazione funzionale** tra i diversi erogatori **consente una utilizzazione delle risorse professionali fortemente indirizzate alla integrazione e al lavoro in team**, altrimenti irrealizzabile in un sistema competitivo

# OSPEDALE - TERRITORIO

CAMBIARE VALORI O SCAMBIARE VALORI?



Dalla letteratura sull'assistenza integrata ...

...emerge dall'esperienza dei pazienti che....

“UN'INTEGRAZIONE

ORGANIZZATIVA NON PORTA

NECESSARIAMENTE A

UN'ASSISTENZA INTEGRATA”

Curry and Ham 2010

## **Logiche che privilegiano le organizzazioni interconnessionali:**

1. andare oltre l'idea che la cura sia la somma delle cure e un'équipe la somma delle professioni;
2. superare le attuali sovrapposizioni dell'insieme di professioni coinvolte, sostituendole con relazioni funzionali che creino condizioni di sistema;
3. superare le forme del governo gerarchico e verticale tipiche del taylorismo e affermare forme di governo coordinative;
4. aggiornare metodologie e prassi

Oggi l'**attualità operativa** chiede al personale sanitario, non solamente nei Ser.D., (almeno) **tre cose**:

1. di **riorganizzare le prassi**, per arrivare a ridurre le diseconomie;
2. di **imparare a servirsi al meglio della relazione con i propri pazienti, per conoscerli sempre di più**, ma soprattutto per scegliere in maniera più appropriata, per fare una clinica ed un'assistenza più avanzata, sicura e maggiormente integrata;
3. di **aggiornare i propri modi di focalizzare l'attenzione sulla centralità del paziente, di fare e di ragionare, per governare al meglio la complessità.**

Principali obiettivi - In una logica di “salute globale”:  
**All'interno dell'Ospedale e al di fuori dell'Ospedale**

- ❖ Garanzia di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali standard per i pazienti affetti da patologie droga-correlate
- ❖ Equità di accesso qualificato alle cure (ad es. presso U.O. di Medicina Interna, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Ser.D.)
- ❖ Offerta sanitaria declinata secondo modalità di **approccio sistemico e integrato** (“*disease management program*”)

## **\*Passaggi essenziali nei percorsi di trattamento**

- Presa in carico integrata del paziente “dipendente”;
- implementazione dei programmi di screening;
- integrazione dei percorsi di cura con altri Servizi;
- favorire l’adesione ai trattamenti.

## **Il Sistema sanitario dovrebbe prevedere/implementare:**

- ✓ un vasto e continuo processo di aggiornamento culturale, oltre che scientifico, dell'intera platea sanitaria;
- ✓ riorganizzarsi e ripensarsi, insieme alle società scientifiche, sulle ordinarie prassi professionali, immaginando modalità di interazione interservizi;
- ✓ ridefinire le forme storiche di cooperazione tra professionisti;
- ✓ ridefinire i rapporti con il management, nel senso di pensare un'azienda a management diffuso;
- ✓ ridefinire gli strumenti contrattuali.

## \*APPROCCIO ECOSISTEMICO

In tema di sanità pubblica appare sempre più cogente scegliere un **approccio “ecosistemico”** alla complessità delle organizzazioni ed alle loro relazioni dinamiche, nell’ottica del raggiungimento di una logica unitaria di azione costruita sul contributo dei singoli saperi.

In tal senso, la proattività gestionale, che appare essere uno strumento chiave per l’ottenimento di buoni risultati su larga scala, dev’essere rivolta non solamente alla malattia organica ma anche al “vissuto” di tale malattia da parte del paziente per il raggiungimento del miglior stato di salute possibile (inteso secondo i canoni dell’OMS, cioè un benessere psico-fisico-sociale).

*...a tal proposito una profonda riflessione può portarci a dire che ci troviamo sempre più a dover affrontare situazioni complesse e che...*

*...nessuno si salva da solo...*

L'offerta sanitaria va quindi declinata secondo modalità di approccio sistemico e integrato (il "disease management"), attraverso la pianificazione di un'azione coordinata tra tutte le componenti del sistema assistenziale che, con responsabilità diverse, devono essere chiamati a sviluppare interventi mirati ad un obiettivo finale comune: l'eccellenza dell'outcome inteso come migliore efficienza ed efficacia erogate possibili.

Uno strumento di programmazione del processo di cura e di integrazione tra diversi professionisti e diverse strutture che vi partecipano è rappresentato dai PDTA (Percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali), base dei programmi di gestione di malattia ("disease management program").

**\* I PDTA devono essere progettati in modo da assicurare**

- la presa in carico;
- l'appropriatezza delle cure;
- la continuità assistenziale;
- la “standardizzazione” dei costi;
- la “personalizzazione” (*dell'intervento*)

## **\*CLINICAL GOVERNANCE**

*“la C.G. - termine che individua l’arte di governare (cioè guidare, dirigere) nella doppia accezione di “**istituzione**” e “**gestione**” della Pubblica Amministrazione - è uno strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti e per lo sviluppo delle complessive capacità e dei capitali del SSN, allo scopo di mantenere standard elevati e migliorare la performance professionale del personale, favorendo lo sviluppo dell’eccellenza clinica”.*

## **SFIDE DA SOSTENERE NEI SER.D., COME ATTORI DEL S.S.N.**

- *Adottare, sempre più, specifici PDTA che consentano di strutturare interventi in cui diverse specialità ed aree di azione (Territorio, Ospedale, Prevenzione) siano coinvolte nella presa in carico del cittadino affetto da problemi sanitari che coinvolgono più Strutture.*
- *Ridurre la frammentazione nell'erogazione dell'assistenza per garantire "integrazione" e "continuità".*



## **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

### *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.

### *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.

- 
- 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.

- 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.

# Decreto Interministeriale



*Ministero della Salute*

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

**VISTO** l'articolo l'art 32 della Costituzione;

**VISTO** l'art. 6 della legge 23 dicembre 1978, n.833;

**VISTA** la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 con la riforma del titolo V parte I della Costituzione;

**VISTO** l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il quale prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza Unificata, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

**VISTO** il D.Lv.C.P.S. 4 marzo 1947, n. 1068: Approvazione del Protocollo concernente la costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità stipulato a New York il 22 luglio 1946, ratificato con Legge 17 aprile 1956, n. 561;

**CONSIDERATA** la Risoluzione WHA 63.18 del 2010 concernente le Epatiti virali, approvata dalla 63ª Assemblée mondiale della sanità che, in particolare, si propone di affrontare attraverso azioni sinergiche ed un approccio integrato, i problemi di sanità pubblica correlati alle epatiti virali B e C e stimolare ulteriori attività di controllo e prevenzione;

**CONSIDERATA** la Risoluzione WHA A67.6 del 2014, che rinnova l'invito a tutti i governi di attuare piani concreti per ridurre l'impatto delle epatiti virali nel mondo;

**VISTA** l'intesa, ai sensi dell'art. 8 comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Ministro della Salute, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, del 5 novembre 2015, rep. atti n. 194, sul documento recante "Piano Nazionale per la prevenzione delle epatiti da virus B e C (PNEV)";

**CONSIDERATO** l'"Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region" che si prefigge di eliminare l'epatite C entro il 2030;

**CONSIDERATA** la Legge 11 dicembre 2016 n.32 con cui è stato istituito un Fondo per il concorso dal rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi, tra cui i DAA, contro l'infezione da virus HCV, che ha permesso di trattare oltre 200.000 pazienti;

**RITENUTO** che lo screening degli anticorpi del virus HCV è essenziale per individuare le infezioni da epatite C ancora asintomatiche e misconosciute (così detto "sommerso");

**CONSIDERATA** l'importanza di iniziare precocemente la terapia onde poter fermare la patologia prima che possa determinare conseguenze irreversibili;

# FeDerSerD



COMUNICATO STAMPA

**FeDerSerD fornisce un importante contributo al piano di eliminazione nazionale di HCV secondo quanto indicato dall'OMS**

FeDerSerD esprime apprezzamento al Ministro della Salute on. Roberto Speranza per aver firmato venerdì 20 novembre 2020 il Decreto Interministeriale che definisce i criteri e le modalità per lo screening di HCV secondo quanto definito dall'art. 25-sexies del Decreto legge del 30 dicembre 2019 n.162 "Screening nazionale gratuito per l'eliminazione del virus HCV".

FeDerSerD, quale maggiore società scientifica nel campo delle dipendenze patologiche, ha avuto un ruolo fondamentale fra i membri degli esperti costituiti presso il Ministero della Salute per la determinazione dei requisiti e di criteri per l'implementazione dell'attività di screening per HCV fra i consumatori di sostanze.

Grazie all'impegno di FeDerSerD e a tutti i membri del gruppo di lavoro gli operatori del Ser.D. avranno a disposizione, per tutti i loro utenti, la possibilità di utilizzare test rapidi per lo screening di HCV in modo da sviluppare percorsi facilitati di trattamento secondo la logica del point of care e dell'implementazione delle azioni di riduzione del danno.

FeDerSerD continua a promuovere le competenze specialistiche dei Ser.D. e il loro cruciale e indispensabile di sanità pubblica all'interno delle reti cliniche delle Aziende Sanitarie.

*Guido Faillace – Presidente FeDerSerD*  
*Felice Alfonso Nava – Direttore Comitato Scientifico FeDerSerD*

*Milano, 23 novembre 2020*

Presidente  
Dot. GUIDO FAILLACE  
Vicepresidente  
Dot.ssa ROBERTA BALESTRA  
Segretario esecutivo  
Dot.ssa CONCETTINA VARANGO

PERIODICO UFFICIALE  
MISSION  
e-mail: missiondirezione@tiscali.it  
Sito web  
www.federserd.it  
e-mail: redazione@federserd.it

PRESIDENTE NAZIONALE  
tel 338 2043660  
e-mail: faillace@tiscali.it

Codice Fiscale 90013480539

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA  
NAZIONALE  
Via Matteotti, 3  
22066 Mariano Comense - Co  
tel. 031 748814  
fax 031 751525  
e-mail federserd@esppoint.it

## **D E C R E T A**

### **Articolo 1**

#### **Screening dell'infezione attiva da HCV**

1. Lo screening dell'infezione attiva dell'HCV è effettuato con l'intento di rilevare le infezioni da virus dell'epatite C ancora non diagnosticate, migliorare la possibilità di una diagnosi precoce, avviare i pazienti al trattamento onde evitare le complicanze di una malattia epatica avanzata e delle manifestazioni extraepatiche, nonché interrompere la circolazione del virus impedendo nuove infezioni.
2. Lo screening è rivolto, in via sperimentale, una tantum per il biennio 2020 -2021, per un unico test, a:
  - tutta la popolazione iscritta all'anagrafe sanitaria e nata dal 1969 al 1989;
  - ai soggetti seguiti dai servizi pubblici per le Dipendenze (SerD), indipendentemente dalla coorte di nascita e dalla nazionalità;
  - ai soggetti detenuti in carcere, indipendentemente dalla coorte di nascita e dalla nazionalità.
3. Le operazioni di screening saranno organizzate dalle Regioni e prevedono:

a) per la coorte di nascita dal 1969 e al 1989 lo screening avverrà, con chiamata attiva attraverso i Medici di Medicina Generale e/o il Servizio di prevenzione territoriale. Ogni occasione di incontro con una struttura sanitaria sarà, per la coorte indicata, un'opportunità per effettuare lo screening per HCV.

Lo screening verrà effettuato

- attraverso il test sierologico, con la ricerca di anticorpi anti HCV (HCV Ab) ed il reflex testing (se il test per HCV Ab risulta positivo, il laboratorio eseguirà immediatamente, sullo stesso campione, la ricerca dell'HCV RNA o dell'antigene HCV -HCV Ag)

oppure

- attraverso un test capillare rapido e conferma successiva del HCV RNA nel caso di risultato positivo;

b) per i soggetti in carico ai SerD e la popolazione detenuta lo screening avverrà preferenzialmente attraverso test rapido, eseguibile su sangue intero con prelievo capillare, o con l'HCV Ab (POCT – Point of Care Test) o direttamente con l' HCV RNA test rapido (POCT – Point of Care Test). La scelta della tipologia di esame avverrà sulla base della valutazione del contesto epidemiologico locale.

4. Lo screening è effettuato previa idonea informativa fornita agli interessati dagli operatori sanitari. Per lo stesso deve essere acquisito il consenso informato scritto all'esecuzione del test e al trattamento dei dati personali e per la coorte a rischio, come i consumatori di sostanze, deve essere associato a misure di riduzione del danno come previste dal DPCM del 12.01.17.

## Articolo 2

### Comunicazioni risultati del test e percorso diagnostico

1. L'esito dell'esame verrà restituito all'interessato previo colloquio con il personale sanitario che ha prescritto il test; durante il colloquio saranno fornite le informazioni necessarie per l'eventuale trattamento e per le misure di prevenzione, identificando le strutture di presa in carico.
2. In caso di HCV-RNA negativo non verrà effettuato ulteriore accertamento.
3. In caso di HCV-RNA positivo il paziente sarà indirizzato verso un centro specializzato per proseguire gli accertamenti diagnostici (stadiazione della patologia) ed iniziare immediatamente l'opportuna terapia preferendo, per la popolazione a rischio come i consumatori di sostanze, percorsi facilitati e rapidi.

### **Articolo 3**

#### **Formazione ed informazione**

1. Per un'ampia adesione all'iniziativa, le Regioni e Province Autonome, anche in collaborazione con Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità e Società scientifiche, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, promuovono:

a) campagne ed iniziative di informazione rivolte alla cittadinanza sull'importanza dello screening e della diagnosi precoce dell'epatite C, rimarcando come una terapia precoce possa, grazie ai farmaci di ultima generazione, portare alla guarigione ed evitare l'insorgere di nuovi casi.

L'informativa deve precisare, con un linguaggio semplice e facilmente comprensibile, lo scopo dello screening ed il percorso diagnostico e terapeutico che seguirà al test in caso di esito positivo.

b) specifiche iniziative di formazione per la diagnosi precoce e la cura dell'epatite C, anche attraverso modalità di formazione a distanza, per il personale sanitario coinvolto.

c) specifiche iniziative, per la popolazione a rischio come i consumatori di sostanze, di misure di riduzione del danno come definite dal DPCM del 12.01.2017.

**Articolo 5**  
**Disposizioni finanziarie**

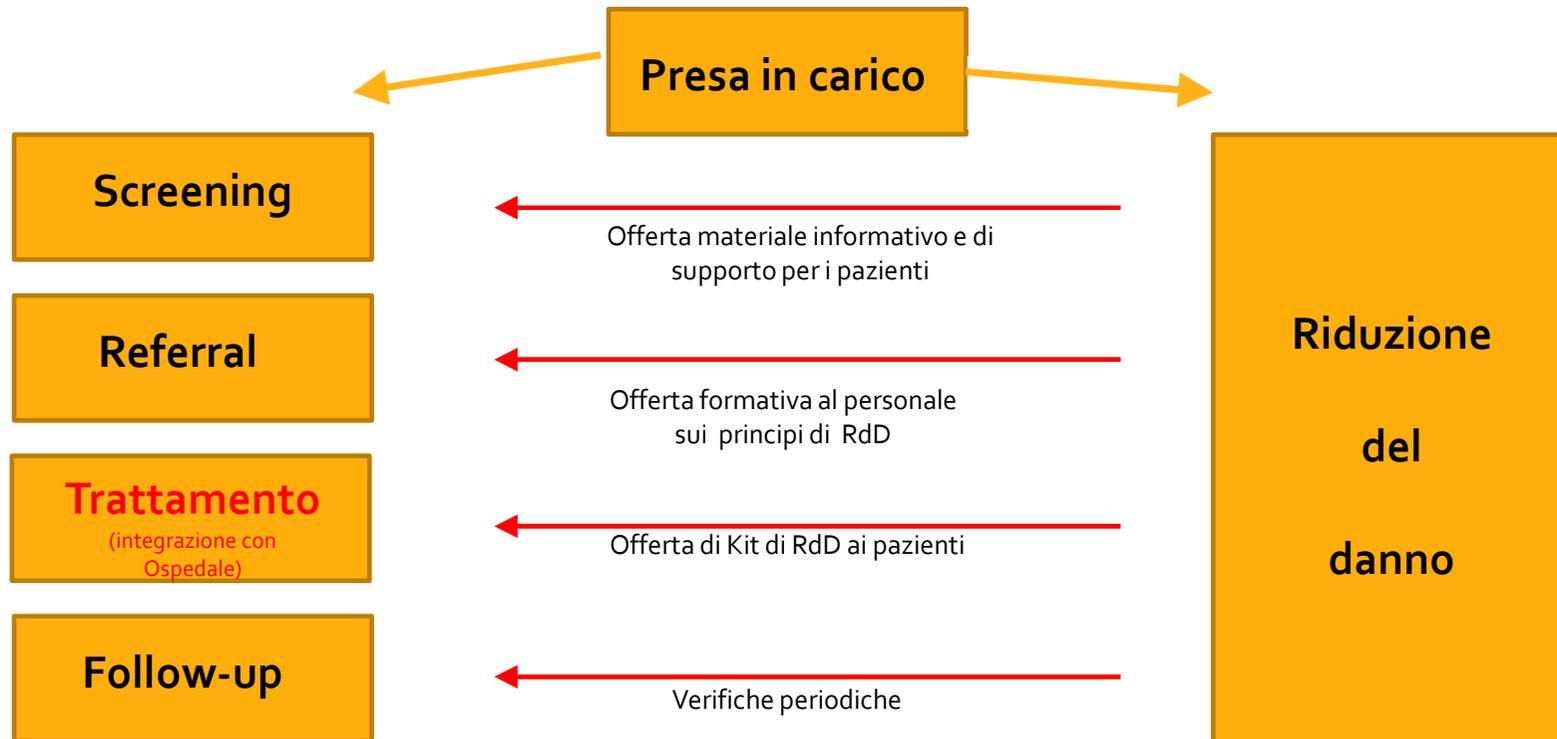
1. All'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 1 si provvede a valere sulle risorse di cui all'articolo 25-sexies del decreto-legge del 30 dicembre 2019 n. 162.
2. All'attuazione delle disposizioni di cui agli articoli 2,3,4 e 5 le amministrazioni interessate provvedono nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Roma,

IL MINISTRO DELLA SALUTE

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA  
E DELLE FINANZE

**\*IL RUOLO DEI SER.D.  
nel trattamento delle patologie correlate**  
**Conclusioni**



**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**