



*Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie*

## **PROGETTO ESECUTIVO - PROGRAMMA CCM 2024**

### ***DATI GENERALI DEL PROGETTO***

**TITOLO (max due righe): Strategie Territoriali e Multidisciplinari per Rafforzare il Linkage to Care e la Cascata di Cura dell'HCV: Verso l'Eliminazione dell'Epatite C entro il 2030**

ENTE CAPOFILA: Regione Emilia-Romagna

ENTI PARTECIPANTI: Istituto Superiore di Sanità, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, Università di Pisa, Regione Lombardia, Regione Campania, IRCS Lazzaro Spallanzani, Ospedale Civico-Benfratelli Palermo

NUMERO ID DA PROGRAMMA: Linea 3 - Progetto per aumentare il linkage to care e garantire l'intera «cascata di cura» HCV dei soggetti con infezione cronica da HCV ai fini del raggiungimento degli obiettivi dell'OMS di eliminazione dell'infezione da HCV entro il 2030

REGIONI COINVOLTE:

numero: sei

elenco:

*Nord* Emilia Romagna; Lombardia

*Centro* Lazio; Toscana

*Sud* Campania; Sicilia

DURATA PROGETTO (max 24 mesi): 24 mesi

COSTO: 500.000 Euro

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO:

nominativo: Giovanna Mattei

struttura di appartenenza: Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Settore Prevenzione collettiva e sanità pubblica, viale Aldo Moro n. 21, 40127 Bologna

tel: 051-5277453 - E-mail: [segrsanpubblica@regione.emilia-romagna.it](mailto:segrsanpubblica@regione.emilia-romagna.it)

## Allegato 1

### **TITOLO: Strategie Territoriali e Multidisciplinari per Rafforzare il Linkage to Care e la Cascata di Cura dell'HCV: Verso l'Eliminazione dell'Epatite C entro il 2030**

#### **ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO**

##### *Descrizione ed analisi del problema*

L'Italia detiene un triste primato tra i Paesi dell'Unione Europea in termini di prevalenza e mortalità per epatite virale. Nel 2016, la mortalità per epatiti virali in Italia era di 38 casi per milione di abitanti (con l'HCV responsabile di oltre il 70% dei casi), a fronte di una media di 13 casi per milione negli altri Paesi dell'UE (Eurostat: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20190726-1>). Rispetto ad altri paesi, soprattutto del nord Europa, dove la principale via di trasmissione è legata all'utilizzo di siringhe non sterili tra le persone che fanno uso di sostanze (PWUD, People Who Use Drugs), in Italia la prevalenza dell'infezione da HCV risulta elevata anche nella popolazione generale, in particolare nella fascia di età più avanzata. Questa situazione è riconducibile alla trasmissione dell'infezione attraverso vie spesso inapparenti, come quella nosocomiale o tramite trattamenti di bellezza effettuati in condizioni igieniche non adeguate.

Con l'avvento di regimi di trattamento a breve termine, altamente efficaci e pan-genotipici con i farmaci antivirali ad azione diretta (DAA), la guarigione dall'infezione cronica da HCV viene raggiunta in oltre il 98% dei casi (1). Nel 2016, l'Assemblea Mondiale della Sanità ha adottato la prima Strategia Globale del Settore Sanitario sulle epatiti virali, con l'obiettivo di eliminare tali patologie come problema di sanità pubblica entro il 2030 (2). Il primo passo verso l'eliminazione consiste nel controllo della malattia, con particolare attenzione alla presa in carico (*linkage to care*) dei pazienti con infezione cronica da HCV, e nel trattamento antivirale dell'infezione stessa. In Italia, ad oggi, oltre 268.550 individui sono stati sottoposti alla terapia, il numero più alto di pazienti trattati in Europa (3).

Tuttavia, nonostante dal 2015 le persone con un danno epatico avanzato siano state considerate prioritarie per l'accesso alla terapia antivirale, circa il 20% dei pazienti trattati negli ultimi anni ha ricevuto il trattamento in una fase molto avanzata di malattia (4). Questo dato indica che molte persone con un'infezione da HCV, spesso diagnosticate con un'infezione da HCV cronica attiva, rimangono non legati ai centri di cura e pertanto non curati, fino ad arrivare in stadi avanzati di malattia del fegato, che possono culminare nel carcinoma epatico (4).

Inoltre, per diagnosticare l'infezione in uno stadio precoce del danno epatico, spesso asintomatico, è stato attivato lo screening dell'infezione da HCV in popolazioni con alta prevalenza dell'infezione, riconosciute come Popolazioni Target (persone che afferiscono ai Servizi per le Dipendenze e persone che vivono in carcere) e nella popolazione generale nata tra il 1969 e il 1989, al fine di ridurre la possibilità della trasmissione del virus e curare la malattia HCV correlata potenzialmente del tutto asintomatica (5-7). L'attivazione di questo screening a livello nazionale in Italia è stata prevista dal Decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, convertito con modificazioni dalla Legge 28 febbraio 2020, art. 25 sexies, e disciplinata dal Decreto ministeriale n. 22112 del 18/05/2021, avente per oggetto "Screening nazionale gratuito per l'eliminazione del virus HCV".

Dai dati raccolti in diversi periodi durante lo screening gratuito, emerge una scarsa linkage to care per le persone identificate con infezione attiva. In vari contesti sanitari (8,9), il collegamento alle cure presenta risultati non ottimali. In diverse realtà ospedaliere o presso i Medici di Medicina Generale, in varie regioni italiane, le persone diagnosticate con un'infezione da HCV non vengono sempre tempestivamente informate del loro stato infettivo e/o collegate ai centri di cura specializzati, rimanendo così senza trattamento (10,11). Studi recenti suggeriscono un rischio non trascurabile di trasmissione dell'infezione da HCV, anche in ambito nosocomiale (12). Pertanto, risulta urgente identificare misure di contenimento attraverso un lavoro strutturato con le regioni, al fine di raggiungere l'obiettivo dell'eliminazione dell'epatite C entro il 2030.

Numerosi studi nazionali e internazionali riportano che le popolazioni vulnerabili (es. PWUD, PLP, migranti, rifugiati, persone con background migratorio, persone senza fissa dimora, sex worker) presentano una prevalenza di infezioni più elevata e sono particolarmente esposte ai virus epatitici rispetto alla popolazione generale. In queste popolazioni, sia lo screening e la diagnosi dell'infezione, sia un efficace linkage to care, possono risultare complessi (13–16). Per migliorare tale aspetto, sono necessarie indicazioni specifiche per diversi setting (17-19). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha raccomandato l'adozione di un Piano Integrato per le Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST), HIV ed Epatiti, con particolare attenzione alle popolazioni chiave, proponendo una serie di linee guida e raccomandazioni che governi e autorità sanitarie nazionali sono incoraggiati a seguire (20).

### *Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche*

Le politiche italiane di trattamento universale e screening per l'HCV, implementate a partire dal 2017, hanno portato a risultati significativi. Tuttavia, i dati evidenziano che una quota considerevole di persone con infezione attiva non accede ai percorsi di cura. Le cause includono:

- Mancanza di comunicazione sull'esito diagnostico.
- Barriere logistiche e organizzative nei sistemi sanitari regionali.
- Gap di informazione nella popolazione generale e nei gruppi ad alto rischio.

Questo progetto propone un approccio integrato per affrontare le criticità della cascata di cura per l'HCV in Italia. Rafforzare il linkage to care e migliorare l'intero processo diagnostico-terapeutico rappresentano passi cruciali per raggiungere l'eliminazione dell'HCV come problema di salute pubblica entro il 2030, in linea con gli obiettivi dell'OMS.

In base alle evidenze esistenti, interventi di sanità pubblica decentralizzati e centrati sui bisogni delle persone sono quelli efficaci per raggiungere l'obiettivo.

L'esistenza di percorsi clinico-assistenziali integrati a livello territoriale, specifici per le diverse popolazioni target e accompagnati da interventi di comunicazione adeguati, mirati a migliorare l'alfabetizzazione sanitaria, a favorire cambiamenti comportamentali e a potenziare la formazione sia del personale sanitario sia di quello non sanitario, può contribuire a migliorare la cascata di cura dell'infezione cronica attiva da HCV. In tale contesto, il trattamento di prossimità per l'HCV è considerato un intervento efficace per rafforzare il collegamento alle cure (17-20).

### *Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti*

La proposta mira a migliorare il collegamento ai percorsi di cura (*linkage to care*) e a ottimizzare ogni fase della cascata di cura per l'HCV, con particolare attenzione alle popolazioni a rischio e fragili. La presa in carico e il mantenimento in cura delle persone con infezione da HCV, come quelli con HIV e IST richiedendo un approccio sistematico ed integrato che risponda alle esigenze cliniche ed al benessere psicologico e sociale delle persone come dimostrano i piani strategici dell'OMS (20) e i percorsi di cura nazionali già in essere per l'infezione da HIV ed epatiti. Il primo passo nella creazione di percorsi efficaci è l'identificazione precoce delle persone a rischio, attraverso l'avvio di programmi di screening e testing accessibili e diffusi su tutto il territorio nazionale. È essenziale che il processo di screening e testing sia accompagnato da informazioni chiare riguardo ai servizi disponibili e alle opzioni di trattamento. Una volta identificate, le persone devono avere accesso immediato a servizi di cura. Ciò implica la creazione di reti di assistenza che comprendano ospedali, ambulatori specialistici e case della comunità (Decreto interministeriale di natura regolamentare del 23 maggio 2022), disponibili in modo equo, in un'ottica di prossimità ed integrazione, tenendo conto delle barriere socioculturali, economiche e geografiche.

Questo progetto è essenziale per raggiungere gli obiettivi dell'OMS sull'eliminazione dell'epatite C entro il 2030, affrontando le barriere attuali, migliorando l'alfabetizzazione sanitaria, promuovendo la formazione degli operatori sanitari e implementando strategie regionali innovative. Le attività previste includono interventi di formazione, produzione di materiali educativi, analisi delle barriere regionali e creazione di team multidisciplinari per un approccio integrato al problema.

### *Aree territoriali interessate e trasferibilità degli interventi*

Il progetto promuoverà il miglioramento della qualità dei servizi per i pazienti affetti da HCV, aumentandone l'efficacia e identificando le modalità di servizio che rispondono alle esigenze specifiche di diversi sottogruppi di popolazione o che sono più adatte a determinati contesti sanitari. I risultati del

progetto forniranno alle autorità sanitarie regionali solide informazioni strategiche per ottimizzare l'allocazione delle risorse e la fornitura di servizi nella regione.

Grazie all'ampia rete di partecipanti, che copre l'intera regione e l'intero Servizio Sanitario Regionale (SSR), il progetto garantirà una trasferibilità tempestiva ed efficace dei risultati, compresa l'integrazione degli interventi innovativi nella fornitura di servizi di routine (ad esempio, l'offerta di test diagnostici rapidi nei servizi di prima linea). È chiaro che il progetto promuoverà lo sviluppo di nuove competenze all'interno del SSR. Tuttavia, il progetto incoraggerà anche lo scambio di esperienze, le buone pratiche e la collaborazione tra gli operatori sanitari, con l'obiettivo finale di promuovere la visione di un'assistenza sanitaria integrata, multisettoriale e incentrata sul paziente.

A questo proposito, è importante sottolineare l'impegno di altri stakeholder nel progetto, come le organizzazioni non governative che forniscono servizi sanitari nella comunità e che si rivolgono a sottogruppi di popolazione con esigenze particolari (ad esempio, gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini, MSM, persone che frequentano le comunità terapeutiche, persone senza fissa dimora, migranti, rifugiati, sex workers).

Infine, il progetto mira a coinvolgere un'ampia gamma di stakeholder, tra cui gli operatori sanitari e le organizzazioni di pazienti che rappresentano i pazienti per contribuire allo sviluppo di raccomandazioni finali su come migliorare e ottimizzare i servizi sanitari per i pazienti HCV-positivi.

### **Ambito istituzionale e programmatico di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti** (anche in riferimento a piani e programmi regionali)

1. **Decreto Ministeriale del 5 luglio 2019** Istituzione, presso la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, del Gruppo di lavoro per la revisione organica e coordinata del Piano Nazionale per la Lotta alle Epatiti Virali B e C.

2. **D.L. 30 dicembre 2019 n. 162** (convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1 comma 1 della L. 28 febbraio 2020 n. 8) Introduzione, in via sperimentale per il biennio 2020-2021, di uno screening nazionale gratuito per l'infezione da HCV. Destinatari:

- Persone nate tra il 1969 e il 1989, inclusi stranieri temporaneamente presenti.
- Utenti dei Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD).
- Detenuti, indipendentemente dalla coorte di nascita e dalla nazionalità.

Sono stati stanziati 71,5 milioni di euro per i costi dei test di screening, mentre le campagne informative restano a carico delle regioni.

3. **Decreto attuativo interministeriale del 14 maggio 2021** (G.U. n. 162 dell'8 luglio 2021) Definizione dei criteri e delle modalità di attuazione dello screening, inclusi:

- Coinvolgimento della popolazione target.
- Indicazione sui test da utilizzare.
- Percorsi per il trattamento dei soggetti con infezione attiva.

Proroga della sperimentazione al 31 dicembre 2022, in seguito ai ritardi accumulati.

4. **Decreto Dirigenziale del 19 luglio 2021** G.U. n. 195 del 16 agosto 2021)

5. Definizione del flusso informativo per monitorare e valutare lo stato di attuazione dello screening. Le regioni devono:

- Adottare una scheda raccolta dati condivisa con l'Istituto Superiore di Sanità.
- Inviare una rendicontazione semestrale, comprensiva di un report sul modello organizzativo adottato.

6. **Decreto Ministeriale 28 aprile 2022** Istituzione del Gruppo Tecnico di Coordinamento, Monitoraggio e Valutazione dello Screening Nazionale Gratuito per HCV, incaricato di:

- Coordinare le attività regionali.
- Monitorare gli interventi.
- Valutare i risultati raggiunti.

7. **Decreto Ministeriale del 27 ottobre 2022** Ricostituzione del Gruppo di Lavoro per la revisione organica e coordinata del Piano Nazionale per la Lotta contro le Epatiti Virali B e C.

8. **Decreto interministeriale del 16 dicembre 2022** (G.U. n. 33 del 9 febbraio 2023) Proroga del termine dello screening al 31 dicembre 2023, a causa dei ritardi strutturali e dell'impatto della pandemia COVID-19.

9. **Decreto interministeriale del 29 dicembre 2023** (G.U. n. 44 del 22 febbraio 2024) Ulteriore proroga dello screening al 31 dicembre 2024, per consentire alle regioni di:

- Raggiungere l'intera popolazione eleggibile.

- Potenziare le campagne di sensibilizzazione.
- Garantire equità nell'offerta e nell'accesso sul territorio nazionale.

### *Bibliografia*

1. Pawlotsky JM, Negro F, Aghemo A, Berenguer M, Dalgard O, Dusheiko G, et al. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2018. *Journal of Hepatology*. agosto 2018;69(2):461–511.
2. Global HIV, Hepatitis and STIs Programmes (HHS). GLOBAL HEALTH SECTOR STRATEGY ON VIRAL HEPATITIS 2016–2021 [Internet]. WHO; 2016. Disponibile su: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2016.06>
3. Kondili LA, Craxì L, Nava F, Babudieri S, D'Ambrosio R, Marcellusi A, et al. From Prioritization to Universal Treatment: Successes and Challenges of Hepatitis C Virus Elimination in Italy. *The Journal of Infectious Diseases*. 13 settembre 2023;228(Supplement\_3):S211–20.
4. Marcellusi A, Mennini FS, Andreoni M, Kondili LA, PITER collaboration study group. Screening strategy to advance HCV elimination in Italy: a cost-consequence analysis. *Eur J Health Econ*. settembre 2024;25(7):1261–73.
5. Kondili LA, Andreoni M, Alberti A, Lobello S, Babudieri S, Roscini AS, et al. Estimated prevalence of undiagnosed HCV infected individuals in Italy: A mathematical model by route of transmission and fibrosis progression. *Epidemics*. marzo 2021;34:100442.
6. Kondili L.A, Gamkrelidze I, Blach S, Marcellusi A, Galli M, Petta S et al . Optimization of hepatitis C virus screening strategies by birth cohort in Italy. *Liver Int*. 2020 Jul;40(7):1545-1555.
7. Kondili LA, Aghemo A, Andreoni M, Galli M, Rossi A, Babudieri S, et al. Milestones to reach Hepatitis C Virus (HCV) elimination in Italy: From free-of-charge screening to regional roadmaps for an HCV-free nation. *Digestive and Liver Disease*. febbraio 2022;54(2):237–42.
8. Rosato V, Kondili LA, Nevola R, Perillo P, Mastrocinque D, Aghemo A, et al Elimination of Hepatitis C in Southern Italy: A Model of HCV Screening and Linkage to Care among Hospitalized Patients at Different Hospital Divisions. *Viruses* 2022 May 19;14(5):1096.
9. Coppola C, Kondili LA, Staiano L, Cammarota S ,Citarella A, Aloisio MP et al Hepatitis C Virus Micro-Elimination Plan in Southern Italy: The “HCV ICEberg” Project
- 10 Ponziani FR, Santpaolo F, Siciliano M, De Belvis AG, Tortora A, Mora V et al Missed linkage to care for patients who screened positive for Hepatitis C in a tertiary care centre: Results of the Telepass project *Jornal of Viral Hepatitis* 2021,28,4:651-656.
- 11 Citarella A, Cammarota S, Bernardi FF, Coppola C, Anto M , Fogliasecca M et al. Screening, Linkage to Care and Treatment of Hepatitis C Infection in Primary Care Setting in the South of Italy *Life (Basel)*. 2020 Dec 18;10(12):359.
- 12.Caminada S, Mele A, Ferrigno L, Alfonsi V, Crateri S, Iantosca G, et al. Risk of parenterally transmitted hepatitis following exposure to invasive procedures in Italy: SEIEVA surveillance 2000-2021. *Journal of Hepatology*. luglio 2023;79(1):61–8.
- 13.Djure O, Massari M, Ottoni M , Collini G, Mancuso P, .... and Giorgi Rossi P. Hepatitis C virus cascade of care in the general population, in people with diabetes, and in substance use disorder patients. *Infect Agent Cancer*. 2021 Jan 19;16(1):5.
- 14.Taibi C, Luzzitelli I, Visco Comandini U, Girardi E .... and D'Offizi G. Hepatitis C diagnosis and treatment in people who use drugs: mind the gap in the linkage to care. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2021 Oct;25(19):5913-5921.

15. Prestileo T, Siracusa L, Verdone L, La Rosa G, Zimmerhofer F, Mazza MG et al Treating and caring for migrant populations suffering from infectious diseases: the experience of the hub&spoke network set up by the Civico Benfratelli ARNAS Hospital in Palermo (Sicily Region, Southern Italy) *Epidemiol Prev.* 2024 Jul-Oct;48(4-5):117-123.
16. Coppola N, Alessio L, De Pascalis S, Macera M, Di Caprio G, Messina V et al Effectiveness of test-and-treat model with direct-acting antiviral for hepatitis C virus infection in migrants: a prospective interventional study in Italy. *Infect Dis Poverty.* 2024 May 28;13(1):39
17. Andreoni M, Coppola N, Craxi A, Faggioli S, Gardini I, Mangia A et al Meet-Test-Treat for HCV management: patients' and clinicians' preferences in hospital and drug addiction services in Italy. *BMC Infect Dis.* 2022 Jan 4;22(1):3.
18. Oru E, Trickey A, Shirali R, Kanters S, Easterbrook P. Decentralisation, integration, and task-shifting in hepatitis C virus infection testing and treatment: a global systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health.* aprile 2021;9(4):e431–45.
19. Cunningham EB, Wheeler A, Hajarizadeh B, French CE, Roche R, Marshall AD, et al. Interventions to enhance testing, linkage to care, and treatment initiation for hepatitis C virus infection: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology.* maggio 2022;7(5):426–45.
20. World Health Organization. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030 [Internet]. 2022 [citato 9 dicembre 2024]. Disponibile su: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/strategies/global-health-sector-strategies>

## Allegato 2

### OBIETTIVI E RESPONSABILITA' DI PROGETTO

**OBIETTIVO GENERALE: Strategie Territoriali e Multidisciplinari per Rafforzare il Linkage to Care e la Cascata di Cura dell'HCV: Verso l'Eliminazione dell'Epatite C entro il 2030.**

**OBIETTIVO SPECIFICO 1: Valutazione della performance della cascata di cura relativa agli interventi di screening e *case finding* strutturati per l'infezione cronica da HCV nelle regioni italiane.**

Le regioni hanno implementato lo screening dell'HCV con modalità differenti. L'analisi si propone di identificare punti critici e opportunità di miglioramento lungo l'intero percorso, dal momento dello screening alla diagnosi, dal *linkage to care* fino al completamento del trattamento, con un focus specifico sulle differenze regionali e sulle strategie più efficaci.

Nel progetto si analizzeranno e classificheranno gli elementi fondamentali delle differenze nella presa in cura e adesione alla terapia secondo le differenti modalità di implementazione dello screening nella coorte di nascita dal 1969 al 1989 e nelle popolazioni ad alto rischio (persone nei servizi delle dipendenze e persone che vivono in carcere) ai fini di identificare le barriere presenti per realizzare la cascata di cura. Gli indicatori di linkage to care dello screening nazionali saranno analizzati alla luce delle differenti modalità organizzative, dei loro limiti e punti forza. Sono inoltre stati attivati in molte aziende sanitarie in diverse regioni, interventi di *case finding* strutturato soprattutto in pazienti con varie malattie extraepatiche diagnosticati con infezione attiva da HCV. Per questi interventi non è attivo un sistema informativo. Si partirà da una ricognizione delle attività in atto, per valutare gli indicatori di adesione alla cascata di cura con indicazioni sulle barriere alla presa in cura.

**OBIETTIVO SPECIFICO 2: Analisi delle barriere all'adesione dei pazienti con viremia HCV al trattamento e identificazione di soluzioni per migliorare l'adesione delle popolazioni diagnosticate, ma ancora non curate e quelli vulnerabili**

A partire dai dati messi a disposizione dall'obiettivo 1, e dall'analisi delle modalità organizzative messe in atto per lo screening e il *case finding* strutturato dell'epatite C, un gruppo collaborativo di utenti, professionisti e stakeholder vari, analizzerà le barriere che attualmente limitano l'adesione al trattamento, individuali, di contesto e legate ai servizi sanitari.

I risultati dell'analisi delle barriere, unitamente a una revisione della letteratura sugli interventi per aumentare l'adesione al trattamento, informeranno il processo di co-creazione di interventi mirati alle diverse popolazioni adatti al contesto italiano. La co-creazione degli interventi sarà un processo partecipato con il coinvolgimento strutturato di utenti finali del servizio, di operatori coinvolti, e altri stakeholder anche esterni al servizio sanitario, incluso il terzo settore.

**OBIETTIVO SPECIFICO 3: Strutturare Reti dei Servizi sul territorio regionale per l'erogazione dei servizi di prevenzione e la presa in carico di persone con infezione da HCV, che integrino servizi specialistici/ospedalieri, servizi territoriali, centri per le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST), Community Based Voluntary Counseling and Testing (CBVCT) e servizi degli Enti del Terzo Settore.**

L'obiettivo Specifico 3 si propone di rafforzare e strutturare reti di servizi integrate a livello territoriale per la prevenzione, la diagnosi e la presa in carico di pazienti con infezione da HCV. Queste reti coinvolgeranno ospedali, servizi territoriali, Centri IST, CBVCT ed Enti del Terzo Settore, favorendo un approccio multidisciplinare che semplifichi e renda più accessibili i percorsi di cura.

Partendo dalle evidenze raccolte con l'analisi della cascata di cura (Obiettivo Specifico 1) e dall'individuazione delle barriere e delle soluzioni all'adesione terapeutica (Obiettivo Specifico 2), si mira a

sviluppare e implementare percorsi di linkage che considerino sia gli aspetti clinici, sia quelli psicologici e sociali.

**OBIETTIVO SPECIFICO 4: Progettare e implementare programmi mirati di *outreach* per migliorare l'accesso allo screening e presa in cura delle popolazioni vulnerabili promuovendo l'alfabetizzazione sanitaria attraverso strategie di comunicazione efficaci e culturalmente appropriate**

Le popolazioni vulnerabili (popolazioni residenti con un background migratorio, rifugiati e migranti, soggetti con dipendenza patologica non afferenti ai SerD, presenti in comunità terapeutiche Ristretti e post-ristretti, popolazione LGBTQIA+, sex workers, persone senza fissa dimora) spesso hanno un accesso limitato ai servizi sanitari, e sono anche le più esposte al rischio di infezione da HCV. Tali popolazioni presentano un forte connotato di eterogeneità, pertanto si rendono indispensabili modelli operativi specifici e multidisciplinari, indispensabili per il “continuum della cura”. Per queste popolazioni difficili da diagnosticare e trattare, i servizi devono essere centrati sui loro bisogni, di facile accesso, integrati all'interno del Sistema Sanitario Nazionale e che prevedano azioni mirate a contrastare stigma e discriminazione. Oltre a trasformare i servizi, è fondamentale lavorare sull'alfabetizzazione sanitaria (health literacy) per consentire a queste persone di prendere decisioni informate riguardo alla loro salute. Questo obiettivo prevede una comunicazione strategica sia per la creazione di messaggi che per la scelta di canali di comunicazione che possano influenzare in modo efficace comunicando messaggi in modo mirato, riflessivo e allineato ai fini di un cambiamento comportamentale sui fattori di rischio, prevenzione e cura dell'infezione da virus dell'epatite C.

**OBIETTIVO SPECIFICO 5: Sviluppo di linee di indirizzo e raccomandazioni per l'implementazione di interventi volti a migliorare l'adesione alla cascata di cura, con conseguente disseminazione dei risultati ottenuti e creazione di strumenti formativi destinati agli operatori sanitari per garantire una loro corretta applicazione.**

Gli interventi proposti saranno elaborati e strutturati in linee di indirizzo operative per l'implementazione a livello regionale e locale.

Il documento d'indirizzo sarà integrato in una “cassetta degli attrezzi” che possa aiutare gli operatori regionali aziendali a mettere in pratica gli interventi proposti. La cassetta includerà strumenti per la contestualizzazione degli interventi, materiali informativi editabili, set di diapositive per la formazione mirata per i diversi operatori sanitari e non-sanitari coinvolti, e ogni altro elemento che emerge come utile durante il progetto. La cassetta sarà accessibile agli operatori sul sito dell'ISS.

<b>REFERENTE PROGETTO</b>		
<b>UNITA' OPERATIVE COINVOLTE</b>		
<b>Unità Operativa 1</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
Regione Emilia-Romagna	Referenti Scientifici: Giovanna Mattei  Collaboratori: Giulio Matteo Alessandra Rampini Monica Pini Cinzia Campari Zaynalabedin Kahfian Francesca Mezzetti Caterina Palmonari Vittorio Sambri Francesco Giuseppe Foschi Margherita De Lillo	-Coordinamento del progetto -Collaborazione alla realizzazione degli obiettivi
<b>Unità Operativa 2</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale per la Salute Globale	Referenti Scientifici: Loreta Kondili Maria Giovanna Quaranta Benedetta Mattioli Luigina Ferrigno Stefano Rosato  Referenti Amministrativi: Federica Magnani Alessandra Mattei	- Coordinamento OS1 - Co-Coordinamento OS2, OS5
<b>Unità Operativa 3</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia - UOC Epidemiologia	Referente Scientifico: Paolo Giorgi Rossi  Francesco Venturelli Laura Bonvicini Luca Ghirotto Massimo Vicentini Sergio Mezzardi Romina Corsini	-Coordinamento OS2 (con UO2) -Collaborazione OS1, OS3, OS4, OS5
<b>Unità Operativa 4</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
Università di Pisa - Dipartimento di Ricerca Traslazionale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia	Erica De Vita Lara Tavoschi Serena Fondelli Caterina Rizzo	- Coordinamento OS3 - Collaborazione OS1, OS4, OS5
<b>Unità Operativa 5</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
Regione Lombardia, DG Welfare - Unità Organizzativa Prevenzione	Danilo Cereda Sara Piccinelli Chiara Diletta Russo Caterina Ferrario	-Co-Coordinamento OS2 -Collaborazione OS1, OS3, OS5
<b>Unità Operativa 6</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>

ASL NAPOLI 1 CENTRO - Dipartimento di Prevenzione – U.O.C. Epidemiologia, Prevenzione e Registro Tumori	Referenti Scientifici: Vincenzo Giordano Raffaella Errico Rosanna Ortolani Giuseppe Esposito  Referenti Amministrativi: Elena Mascia Pasquale Arena Antonella Bianco	-Co-Cordinamento OS3 -Collaborazione OS1, OS2, OS5
<b>Unità Operativa 7</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
IRCCS Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” (INMI) - UOC Malattie Infettive-Epatologia	Gianpiero D’Offizi Elisa Biliotti	-Co-Coordinamento OS4 -Collaborazione OS1, OS5
<b>Unità Operativa 8</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
Azienda di rilievo nazionale ad alta specializzazione Ospedali Civico Di Cristina Benfratelli, Palermo – U.O. Patologie Infettive Popolazioni Vulnerabili	Tullio Prestileo Lucia Siracusa	-Co-Coordinamento OS2 -Collaborazione OS1, OS5
<b>Unità Operativa 9</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
Azienda socio-sanitaria territoriale Fatebenefratelli-Sacco	Catia Rosanna Borriello Andrea Gori Manuel Maffeo	-Collaborazione OS1, OS3, OS5
<b>Unità Operativa 10</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
Azienda socio-sanitaria territoriale Papa Giovanni XXIII	Stefano Fagiuoli, Gabriele Del Castillo	-Collaborazione OS1, OS3, OS5
<b>Unità Operativa 11</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di natura pubblica	Pietro Lampertico	-Collaborazione OS1, OS3, OS5

## Allegato 3

### PIANO DI VALUTAZIONE

<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	Promuovere e implementare un approccio integrato, multidisciplinare e orientato al paziente per ottimizzare l'accesso, il mantenimento e la qualità delle cure per le persone con infezione cronica da epatite C. L'obiettivo è ridurre le disuguaglianze, la stigmatizzazione e la discriminazione, garantendo interventi sostenibili e inclusivi in linea con i principi di salute pubblica e gli obiettivi di eliminazione dell'HCV entro il 2030.
<i>Risultato/i atteso/i</i>	<p><b>Mappatura regionale della cascata di cura per l'infezione cronica da HCV:</b> Analisi dettagliata per differenti popolazioni target, con identificazione delle barriere che ostacolano l'accesso alle cure e proposta di soluzioni concrete e adattabili ai diversi contesti regionali.</p> <p><b>Formulazione di protocolli integrati e personalizzati:</b> Sviluppo di protocolli regionali che favoriscano la presa in carico dei pazienti, integrando i percorsi di cura tra servizi specialistici, ospedalieri, territoriali e del Terzo Settore, garantendo un approccio coeso e accessibile.</p> <p><b>Sviluppo di programmi specifici per popolazioni vulnerabili:</b> Implementazione di interventi decentralizzati e di prossimità (outreach) volti a raggiungere popolazioni a rischio, con particolare attenzione a una comunicazione culturalmente appropriata per migliorare l'alfabetizzazione sanitaria, promuovere comportamenti preventivi e facilitare il linkage to care.</p> <p><b>Produzione di linee guida per interventi efficaci:</b> Elaborazione di linee di indirizzo nazionali e raccomandazioni operative per le regioni, finalizzate all'implementazione di interventi sostenibili e basati sulle evidenze, per migliorare i percorsi di cura e contribuire all'eliminazione dell'HCV entro il 2030.</p>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	<p><b>Protocolli regionali di presa in carico personalizzati:</b> Redazione e approvazione di protocolli regionali specifici per la gestione integrata dei pazienti con infezione cronica da HCV, adattati a differenti contesti di cura (ospedaliero, territoriale, comunitario) e popolazioni target.</p> <p><b>Implementazione di strategie di comunicazione efficaci:</b> Sviluppo e diffusione di campagne e materiali di comunicazione mirati, culturalmente appropriati e specifici per le popolazioni vulnerabili, finalizzati a migliorare l'alfabetizzazione sanitaria e promuovere comportamenti di prevenzione e adesione al trattamento.</p> <p><b>Produzione di un toolkit operativo:</b> Creazione e distribuzione di un toolkit pratico contenente linee di indirizzo operative e strumenti condivisi, sviluppati in collaborazione con stakeholder chiave (istituzioni, operatori sanitari, Terzo Settore, rappresentanti delle popolazioni target), per supportare l'implementazione regionale e locale degli interventi.</p>
<i>Standard di risultato</i>	<p><b>Protocolli regionali di presa in carico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Protocolli validati e diffusi entro la fine del progetto</li><li>● Almeno il 50% delle regioni coinvolte adotta protocolli di gestione integrata del paziente con HCV entro fine progetto</li></ul> <p><b>Strategie di comunicazione:</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Realizzazione di campagne informative raggiungendo almeno il 70% delle popolazioni target e vulnerabili (es. tramite materiali distribuiti, incontri, o media digitali).</li> <li>● Incremento misurabile dell'alfabetizzazione sanitaria del pubblico target del 20%, valutato tramite questionari pre e post-intervento.</li> </ul> <p><b>Toolkit operativo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Creazione di un toolkit validato e condiviso con almeno <b>80% degli stakeholder identificati</b> (es. istituzioni, associazioni, operatori sanitari).</li> </ul>
--	--

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 1</b>	<b>Valutazione della performance della cascata di cura relativa agli interventi di screening e case finding strutturati per l'infezione cronica da HCV nelle regioni italiane.</b>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	<p><b>I1.1 Mappatura completa della cascata di cura regionale.</b> Elaborazione del report condiviso con il gruppo collaborativo previsto nell'OS2.</p> <p><b>I1.2 Performance della cascata di cura:</b> Percentuale di persone identificate come positive allo screening che completano il percorso diagnostico e di linkage to care. Percentuale di pazienti diagnosticati che accedono al trattamento.</p> <p><b>I1.3 Qualità dei dati raccolti:</b> Percentuale di regioni che forniscono dati completi e standardizzati sulla cascata di cura. Livello di accuratezza e coerenza nei report analizzati.</p> <p><b>I1.4 Riduzione delle disuguaglianze regionali:</b> Percentuale di miglioramento del <i>linkage to care</i> nelle regioni con performance inizialmente più basse per popolazioni Target specifiche.</p>
<i>Standard di risultato</i>	<p><b>S1.1</b> documento disponibile al gruppo collaborativo OS2 per il mese 6</p> <p><b>S1.2</b> documento fruibile per il gruppo collaborativo OS2 e per il documento d'indirizzo e il Tool Kit operativo entro la fine del progetto</p> <p><b>S1.3</b> Miglioramento dei dati raccolti in almeno il 50% delle regioni con un basso livello di accuratezza nella raccolta dei dati</p> <p><b>S1.4</b> Miglioramento del linkage to care in almeno 50% delle regioni con precedente bassa performance</p>
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<p><b>Task 1.1</b> Ricognizione delle attività di screening dell'infezione da HCV a livello regionale. Gli indicatori di <i>linkge to care</i> dello screening nazionali saranno analizzati alla luce delle differenti modalità organizzative dei loro limiti e punti forza. Sarà confrontata la performance delle diverse regioni per identificare variazioni e disuguaglianze.</p> <p><b>Task 1.2.</b> Ricognizione del <i>case finding</i> strutturato e raccolta dei dati aggregati per rilevare l'adesione al trattamento nei vari setting. Per le attività di <i>case finding</i> strutturato, non esistendo un sistema informativo, si chiederà ai referenti regionali di identificare le iniziative aziendali in corso. Si definirà una raccolta di dati aggregati strutturata e armonizzata per rilevare l'adesione al trattamento nei vari setting e per le caratteristiche sociodemografiche dei pazienti.</p> <p><b>Task 1.3</b> Analisi dei punti di forza e di debolezza e identificazione delle barriere. Saranno analizzate le potenziali barriere legate alle strategie organizzative o logistiche nei servizi sanitari di ciascuna regione.</p> <p><b>Task 1.4</b> Redigere report regionali e presentare i risultati in conferenze nazionali e regionali. Attraverso le analisi effettuate si identificheranno:</p>

	performance attuale della cascata di cura, barriere e opportunità, soluzioni operative che coinvolgono vari stakeholder, con particolare attenzione agli e utenti.
--	--

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 2</b>	<b>Analisi delle barriere all'adesione dei pazienti con viremia HCV al trattamento e identificazione di soluzioni per migliorare l'adesione nelle popolazioni diagnosticate, ma ancora non curate e quelli vulnerabili</b>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	<b>I2.1</b> Costituzione del gruppo collaborativo di utenti, professionisti e stakeholder <b>I2.2</b> Report conclusivo con le indicazioni per l'implementazione
<i>Standard di risultato</i>	<b>S2.1</b> Verbale della prima riunione del gruppo collaborativo, con la partecipazione diretta degli operatori a diretto contatto con gli utenti e la partecipazione, diretta o indiretta, degli utenti (persone con che sono state positive all'HCV e cui è stata prescritta la terapia) effettuata entro il mese 6 del progetto <b>S2.2</b> Report con le proposte di intervento co-create entro la fine del progetto.
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<p><b>-Fase 1. Analisi delle barriere:</b></p> <p><b>Task 2.1·Costituzione di un gruppo collaborativo</b> che includa utenti con storia di positività all'HCV, professionisti, e stakeholder, interni ed esterni al servizio sanitario nazionale coinvolti nella prevenzione e nell'assistenza.</p> <p><b>Task 2.2 Revisione e sintesi della letteratura sulle barriere</b> all'adesione al trattamento e integrazione con i dati dell'Obiettivo 1. Sarà condotta una revisione della letteratura (scoping review) sulle barriere alla cascata di cura. Le informazioni raccolte nelle prime fasi dell'obiettivo 1 e dalla letteratura saranno sintetizzate con infografiche adatte alla condivisione con i membri non tecnici del gruppo collaborativo.</p> <p><b>Task 2.3·Presentazione dei risultati</b> e analisi delle barriere identificate nel gruppo collaborativo tramite l'applicazione di matrici setting/barriera. Questa fase prevede incontri plenari 1 gruppo collaborativo, ed eventuali Delphi round e interviste agli utenti con storia di infezione da HCV.</p> <p><b>-Fase 2. Definizione delle soluzioni:</b></p> <p><b>Task 2.4 Revisione e sintesi della letteratura sugli interventi</b> efficaci per aumentare l'adesione al trattamento nei pazienti con HCV. Sarà condotta una revisione della letteratura (scoping review) per identificare gli interventi proposti. Per quelli applicabili al contesto italiano saranno condotte revisioni della letteratura secondaria e, se necessario, revisioni sistematiche. La sintesi sarà preparata con infografiche adatte alla condivisione con i membri non tecnici del gruppo collaborativo</p> <p><b>Task 2.5 Presentazione e condivisione dei risultati</b> della revisione della letteratura nel gruppo collaborativo.</p> <p><b>Task 2.6·Analisi delle possibili soluzioni/interventi</b> per rimuovere le barriere all'adesione nel gruppo collaborativo attraverso una valutazione dei criteri di adattabilità al contesto, fattibilità e capacità di rimuovere le barriere identificate. In questa fase sarà necessaria l'interazione con gli obiettivi 3, 4 e 5 che potranno portare all'attenzione del gruppo collaborativo le proposte di intervento e gli strumento messi a punto per una valutazione congiunta di utenti e operatori.</p>

	<p><b>Task 2.7·Co-creazione di interventi</b> contesto specifici per aumentare l'adesione al trattamento. Sulla base delle analisi delle soluzioni individuate e delle iniziative degli obiettivi 3, 4, e 5, il gruppo collaborativo proverà a co-disegnare e co-progettare interventi e modalità di erogazione dei servizi che possano rimuovere le barriere all'adesione al trattamento.</p> <p>Le attività del gruppo collaborativo dovranno coordinarsi con quelle degli obiettivi 3, 4 e 5 in modo da contribuire con il punto di vista diretto di utenti, operatori sanitari e non, nella definizione e validazione delle modalità operative di erogazione di servizi e degli strumenti di comunicazione.</p>
--	---

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 3</b>	<b>Strutturare Reti dei Servizi sul territorio regionale per l'erogazione dei servizi di prevenzione e la presa in carico di persone con infezione da HCV che integrino servizi specialistici/ospedalieri, Servizi territoriali, Centri per le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST), Community Based Voluntary Counseling and Testing (CBVCT) e servizi degli Enti del Terzo Settore.</b>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	<p><b>I.3.1</b> Documento di sintesi della revisione dei protocolli di presa in carico per i pazienti con infezione cronica da HCV</p> <p><b>I.3.2</b> Stesura/Aggiornamento di protocolli a livello regionale per la presa in carico per i pazienti con infezione cronica da HCV</p>
<i>Standard di risultato</i>	<p><b>S.3.1</b> Documento di sintesi della revisione dei protocolli di presa in carico per i pazienti con infezione cronica da HCV in minimo una regione tra quelle coinvolte nel progetto (e.g., Toscana) prodotto entro mese 14.</p> <p><b>S.3.2</b> Stesura/aggiornamento di protocolli a livello regionale per la presa in carico per i pazienti con infezione cronica da HCV in minimo una regione tra quelle coinvolte nel progetto (e.g., Toscana) concluso entro la fine del progetto.</p>
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<p><b>Task 3.1 Mappatura degli stakeholders nazionali e regionali</b> Il partner regionale procederà a mappare e coinvolgere tutti gli stakeholders regionali, identificando le strutture sanitarie coinvolte nel percorso di cura, ovvero i servizi specialistici, ospedalieri, territoriali e del Terzo Settore, inclusi i CBVCT.</p> <p><b>Task 3.2 Sviluppo di un gruppo di lavoro multisettoriale regionale</b> Il coinvolgimento degli stakeholders avverrà attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro multisettoriale regionale. Questo organismo includerà gli stakeholders individuati al T1.1</p> <p><b>Task 3.3 Mappatura dei protocolli di presa in carico per pazienti con HCV esistenti</b> Identificare e descrivere in modo sistematico i protocolli di presa in carico per i pazienti con HCV già in uso, esaminando le modalità di offerta e conferma del test, i meccanismi di collegamento ai centri prescrittori e le tempistiche di follow-up. Questa mappatura servirà a costruire una base di conoscenza su cui fondare interventi futuri per migliorare il <i>linkage to care</i>.</p> <p><b>Task 3.4 Sviluppo protocollo regionale (in sinergia con OS2)</b> Il partner regionale organizzerà incontri tecnici con gli operatori sanitari dei vari servizi (SerD/SerT, MMG, ospedali, CBVCT/outreach) per identificare lacune, sfide e strategie di miglioramento nel collegamento alle cure per l'HCV. Sulla base di quanto emerso e delle barriere individuate nell'Obiettivo Specifico 2, verrà definito e adottato un protocollo regionale condiviso, fondato su evidenze scientifiche e buone pratiche nazionali e internazionali, che armonizzi i percorsi diagnostici, clinici e terapeutici, garantendo un accesso tempestivo e uniforme al trattamento con DAA. Le proposte</p>

	<p>formulate potranno essere presentate al Gruppo Collaborativo dell'OS2 per integrare il punto di vista di ulteriori stakeholder.</p> <p><b>Task 3.5 Implementazione protocollo regionale</b>  A seguito di dedicati incontri tecnici, il personale sanitario attivo nei diversi setting (e.g., carceri, SerD/SerT, comunità terapeutiche, ambulatori dei Medici di Medicina Generale) metterà in pratica le modifiche concordate, ove applicabile, con l'obiettivo di migliorare il collegamento ai percorsi di cura per le persone con infezione cronica da HCV. In Toscana, le organizzazioni LILA Firenze e IREOS, attive nell'area urbana di Firenze, parteciperanno direttamente a queste attività, supportando l'implementazione delle misure definite.</p>
--	---

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 4</b>	<b>Progettare e implementare programmi mirati di <i>outreach</i> per migliorare l'accesso allo screening e alla cura delle popolazioni vulnerabili, promuovendo l'alfabetizzazione sanitaria attraverso strategie di comunicazione efficaci e culturalmente appropriate</b>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	<p><b>I4.1</b> Identificazione di modelli efficaci per il raggiungimento, la presa in cura, il monitoraggio in differenti popolazioni vulnerabili.</p> <p><b>I4.2</b> Produzione di materiale per una comunicazione strategica attraverso vari canali di comunicazione</p> <p><b>I4.3</b> Identificazione di figure professionali sanitarie e non, necessarie per aumentare la diagnosi e la cura nelle popolazioni vulnerabili.</p>
<i>Standard di risultato</i>	<p><b>S4.1</b> Sviluppo di percorsi e raccomandazioni a livello nazionale entro fine progetto</p> <p><b>S4.2</b> Campagna di comunicazione strategica attivata per varie popolazioni target in almeno 50% delle regioni coinvolte</p> <p><b>S4.3</b> Inserimento di figure professionali non sanitarie in almeno 70% delle regioni che hanno implementato i programmi di outreach per le popolazioni vulnerabili entro fine progetto.</p>
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<p><b>Task 4.1</b> Mappatura delle barriere specifiche per ogni popolazione vulnerabile. In collaborazione con OS2 e OS3 si raccoglieranno dati da varie esperienze regionali di programmi di <i>outreach</i> in atto per identificare le barriere e le misure correttive per migliorare l'accesso ai servizi sanitari.</p> <p><b>Task 4.2</b> Attraverso la realizzazione di "ambulatori mobili" in collaborazione con il territorio, i consolati per le popolazioni di background migratorio, le ONG presenti ed attive in questi settori, si offrirà l'accesso al servizio. Il servizio sarà libero, non vincolato da prenotazione e/o da prescrizione medica. Un sistema di triage, supportato da una mediatrice o un mediatore culturale, valuterà la richiesta di salute della persona, l'eventuale disagio socio-relazione ed economico ed il grado di urgenza della richiesta. Successivamente verranno analizzati i fattori che hanno favorito la diagnosi e presa in carico specificamente legato all'infezione cronica da HCV.</p> <p><b>Task 4.3</b> Messa punto di materiali informativi tradotti in varie lingue, per una comunicazione strategica che mira al cambiamento comportamentale all'interno di un percorso di screening, diagnosi, <i>linkage to care</i> e cura per ogni popolazione target. Saranno valutati i materiali informativi disponibili usati in tutte le regioni italiane e si utilizzeranno diverse strategie che risultano efficaci nei metodi di comunicazione attraverso canali social più seguiti da ciascuna popolazione target.</p>

	<p><b>Task 4.4</b> Analizzare i risultati di programmi di <i>outreach</i> disegnati per aumentare l'alfabetizzazione sanitaria con il coinvolgimento di figure professionali sanitarie e non, come mediatori culturali e linguistici, persone che appartengono a tali popolazioni.</p>
--	--

<p><b>OBIETTIVO SPECIFICO 5</b></p>	<p><b>Sviluppo di linee di indirizzo e raccomandazioni per l'implementazione di interventi volti a migliorare l'adesione alla cascata di cura, con conseguente disseminazione dei risultati ottenuti e creazione di strumenti formativi destinati agli operatori sanitari per garantire una loro corretta applicazione.</b></p>
<p><i>Indicatore/i di risultato</i></p>	<p><b>I5.1</b> Pubblicazione del documento operativo di indirizzo per aumentare il <i>linkage to care</i> e terapia in differenti popolazioni target  <b>I5.2</b> Workshop nazionale con diversi stakeholder da tutte le regioni e Province Autonome Italiane</p>
<p><i>Standard di risultato</i></p>	<p><b>S5.1</b> Il Tool Kit è disponibile per gli operatori sul sito web dell'ISS entro il mese 18 dall'inizio del progetto.  <b>S5.2</b> Tutte le regioni italiane partecipanti nel Workshop e almeno 70% di loro hanno implementato almeno il 50% delle indicazioni presenti nel ToolKit Mese 24 del progetto.</p>
<p><i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i></p>	<p><b>Task 5.1</b> Raccolta di materiali informativi e delle iniziative di health literacy in corso in Italia e revisione della letteratura (scoping review) delle iniziative health literacy correlate.</p> <p><b>Task 5.2</b> Collaborazione con OS2, OS3, OS4 per la validazione dei materiali informativi</p> <p><b>Task 5.3</b> Definizione degli standard di editing per i documenti da inserire nelle indicazioni e documento di consensus e preparazione degli strumenti per la formazione degli operatori (identificazione dei destinatari, contenuti, preparazione dei set di diapositive e validazione dei contenuti)</p> <p><b>Task 5.4</b> Workshop nazionale coinvolgendo tutti gli stakeholder regionali e pubblicazione del toolkit operativo per supportare l'implementazione delle indicazioni operative.</p>





## Allegato 4

### PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

<b>Unità Operativa 1 - Regione Emilia-Romagna</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<i>Personale</i>		0
<i>Beni</i>		0
<i>Servizi</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Iscrizione convegni per disseminazione risultati</i></li><li>- <i>Realizzazione video di progetto</i></li><li>- <i>Kick off and final meeting</i></li><li>- <i>Partecipazione ad incontri relativi al progetto</i></li></ul>	10.900
<i>Missioni</i>	<i>Partecipazione a riunioni, meeting, workshop e convegni nazionali e internazionali inerenti all'avanzamento del lavoro e/o alla presentazione dei risultati del progetto</i>	17.000
<i>Spese generali</i>	<i>Costi indiretti e costi per gestione amministrativa del progetto</i>	2.100

<b>Unità Operativa 2 - Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale per la Salute Globale</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<b>Personale</b>		0
<b>Beni</b>		0
<b>Servizi</b> -grafica, traduzioni, revisioni editoriali -realizzazione sito web -elaborazione statistica -Organizzazione eventi, incontri -Diffusione e pubblicazione dati	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizzazione materiale grafico e revisione editoriale (compresa revisione linguistica)</li> <li>- Costi per un servizio esterno specializzato nella conduzione di analisi statistiche per l'elaborazione dei dati</li> <li>- Costi di un servizio esterno per realizzazione e gestione di un sito web dedicato al progetto</li> <li>- Costi di un servizio per l'organizzazione di almeno un evento (modalità mista) per la diffusione dei risultati del progetto.</li> <li>- Iscrizione a convegni nazionali e internazionali inerenti alle attività del progetto necessari per l'avanzamento dello studio e per la diffusione dei risultati del progetto</li> <li>- Organizzazione incontri tra membri del progetto</li> <li>- Costi per la diffusione e pubblicazione dati</li> </ul>	44.500
<b>Missioni</b> - Spese di trasferta (trasporto, vitto e alloggio)	<i>Partecipazione a incontri/convegni nazionali e internazionali inerenti alle attività del progetto necessari per l'avanzamento dello studio e/o per la diffusione dei risultati del progetto</i>	25.250
<b>Spese generali</b> - Costi indiretti	<i>Costi indiretti e costi per gestione amministrativa del progetto</i>	5.250

<b>Unità Operativa 3 – Azienda USL - IRCCS di Reggio Emilia</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<b>Personale</b>	<i>1 unità di personale con competenze di gestione di progetti e gruppi collaborativi</i>	27.000
<b>Beni</b>	<i>Software per l'analisi di dati qualitativi e quantitativi</i>	10.000
<b>Servizi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Mediazione culturale</i></li> <li>- <i>Costi pubblicazioni open access</i></li> <li>- <i>Iscrizione a convegni nazionali e internazionali inerenti alle attività del progetto necessari per l'avanzamento dello studio e per la diffusione dei risultati del progetto</i></li> </ul>	15.000
<b>Missioni</b> Spese di trasferta (trasporto, vitto e alloggio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Partecipazione a incontri di progetto</i></li> <li>- <i>Partecipazione a conferenze nazionali e internazionali inerenti all'avanzamento del lavoro e/o alla presentazione dei risultati del progetto</i></li> </ul>	3.800
<b>Spese generali</b> Costi indiretti	<i>Costi indiretti e costi per gestione amministrativa del progetto</i>	4.200

<b>Unità Operativa 4 - Università di Pisa</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<b>Personale</b>	<i>1-2 unità di personale con competenze sanitarie/mediche/psicologiche (Ricercatore a tempo determinato, Contratto co-co-co, Assegno/Borsa di ricerca)</i>	51.000
<b>Beni</b>		0
<b>Servizi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Organizzazione di eventi formativi/workshop/riunioni/convegni</i></li> <li>- <i>Servizi di consulenza grafica e/o scientifica e/o proof reading</i></li> <li>- <i>Costi pubblicazione open access</i></li> <li>- <i>Iscrizione a conferenza Iscrizione a convegni nazionali e internazionali inerenti alle attività del progetto necessari per l'avanzamento dello studio e per la diffusione dei risultati del progetto</i></li> </ul>	8.000
<b>Missioni</b> Spese di trasferta (trasporto, vitto e alloggio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Partecipazione a incontri di progetto</i></li> <li>- <i>Partecipazione a conferenze nazionali e internazionali inerenti all'avanzamento del lavoro e/o alla presentazione dei risultati del progetto</i></li> </ul>	3.310
<b>Spese generali</b> Costi indiretti	<i>Costi indiretti e costi per gestione amministrativa del progetto</i>	4.690

<b>Unità Operativa 5 - Regione Lombardia, DG Welfare – Unità Organizzativa Prevenzione</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<i>Personale interno</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Coordinamento dei gruppi di lavoro</i></li> <li>- <i>Analisi dati</i></li> <li>- <i>Definizione linee di indirizzo progettuale</i></li> <li>- <i>Monitoraggio raggiungimento obiettivi</i></li> </ul>	0
<i>Beni</i>		0
<i>Servizi</i>		0
<i>Missioni</i>		0
<i>Spese generali</i>		0

<b>Unità Operativa 6 - ASL NAPOLI 1 CENTRO - Dipartimento di Prevenzione – U.O.C. Epidemiologia, Prevenzione e Registro Tumori</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<b>Personale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1-2 unità di personale con competenze sanitarie/mediche</li> <li>- assegni di ricerca</li> </ul>	10.000
<b>Beni</b>	Acquisto di materiale di consumo e cancelleria non rientrante in quella necessaria per la gestione amministrativa del progetto prevista tra le spese generali	10.000
<b>Servizi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stampa, legatoria e riproduzione grafica di materiale informativo (poster, brochure) per le azioni di informazione e comunicazioni del progetto</li> <li>- Organizzazione incontri/convegni/eventi formativi</li> <li>- Produzione spot video</li> <li>- Iscrizione a convegni nazionali e internazionali inerenti alle attività del progetto necessari per l'avanzamento dello studio e per la diffusione dei risultati del progetto</li> </ul>	20.000
<b>Missioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spese di trasferta (trasporto, vitto e alloggio) per la partecipazione a riunioni e convegni nazionali e internazionali del solo personale coinvolto nel progetto ad incontri, riunioni necessarie per l'avanzamento del progetto e/o disseminazione dei risultati</li> <li>- Spese di trasferta per la partecipazione a convegni/eventi formativi inerenti al progetto</li> </ul>	23.000
<b>Spese generali</b>	Costi indiretti e costi per gestione amministrativa del progetto	4.000

<b>Unità Operativa 7 - IRCCS Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" (INMI) - UOC Malattie Infettive-Epatologia</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<b>Personale</b> -personale con competenze sanitarie/mediche	- <i>1 contratto a tempo determinato</i>	28.000
<b>Beni</b>	- <i>Test di screening HCV e HBV</i> - <i>Acquisto materiali di consumo e cancelleria non rientrante in quella necessaria per la gestione amministrativa del progetto prevista tra le spese generali</i> - <i>Software</i>	15.310
<b>Servizi</b>	- <i>Organizzazione sito web</i> - <i>Organizzazione convegno</i> - <i>Iscrizione a convegni nazionali e internazionali inerenti alle attività del progetto necessari per l'avanzamento dello studio e per la diffusione dei risultati del progetto</i>	12.000
<b>Missioni</b>	<i>Spese di trasferta (trasporto, vitto, alloggio) per partecipazione a riunioni e convegni nazionali e internazionali inerenti all'avanzamento del lavoro e/o presentazione dei risultati inerenti alla tematica del progetto.</i>	7.000
<b>Spese generali</b>	<i>Costi indiretti e costi per gestione amministrativa del progetto</i>	4.690

<b>Unità Operativa 8 – Azienda di rilievo nazionale ad alta specializzazione Ospedali Civico Di Cristina Benfratelli, Palermo – U.O. Patologie Infettive Popolazioni Vulnerabili</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<b>Personale</b> - personale con competenze sanitarie/mediche	<i>Tempo determinato, Contratto co-co-co, Assegno/Borsa di ricerca</i>	25.000
<b>Beni</b> - 1 PC con stampante - materiali di consumo	<i>Attivazione e gestione DB ad hoc</i>	3.000
<b>Servizi</b> - servizi di trasporto per persone con elevata fragilità - organizzazione corsi aggiornamento medicina transculturale per operatrici ed operatori sanitari - mediazione linguistica e culturale - apparecchi per valutazione clinica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizio di assistenza domiciliare e di accompagnamento per Pazienti con elevata fragilità</li> <li>- Implementazione del servizio all'interno dell'Ospedale per il personale dedicato al progetto</li> <li>- Migliorare la conoscenza e la performance del personale sanitario dell'Ospedale</li> <li>- Noleggio, leasing apparecchiature per valutazione cardiologica nei migranti appena sbarcati e valutazione fibrosi epatica</li> <li>- Servizi di mediazione culturale e linguistico</li> <li>- Iscrizione a convegni nazionali e internazionali inerenti alle attività del progetto necessari per l'avanzamento dello studio e per la diffusione dei risultati del progetto</li> </ul>	30.310
<b>Missioni</b> - Spese di trasferta (trasporto, vitto e alloggio)	<i>Spese di trasferta (trasporto, vitto, alloggio) per partecipazione a riunioni e convegni nazionali e internazionali inerenti all'avanzamento del lavoro e/o presentazione dei risultati inerenti alla tematica del progetto</i>	4.000
<b>Spese generali</b>	<i>Costi indiretti e costi per gestione amministrativa del progetto</i>	4.690

<b>Unità Operativa 9 - Azienda socio-sanitaria territoriale Fatebenefratelli-Sacco</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<i>Personale</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Coordinamento dei gruppi di lavoro</i></li> <li>- <i>Analisi dati</i></li> <li>- <i>Definizione linee di indirizzo progettuale</i></li> <li>- <i>Monitoraggio raggiungimento obiettivi</i></li> </ul>	0
<i>Beni</i>		0
<i>Servizi</i>		0
<i>Missioni</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Partecipazione a incontri di progetto</i></li> <li>- <i>Partecipazione a conferenze e convegni nazionali e/o internazionali</i></li> </ul>	5.000
<i>Spese generali</i>		0
<b>TOTALE</b>		5.000

<b>Unità Operativa 10 – Azienda socio-sanitaria territoriale Papa Giovanni XXIII</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<b>Personale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinamento dei gruppi di lavoro</li> <li>- Analisi dati</li> <li>- Definizione linee di indirizzo progettuale</li> <li>- Monitoraggio raggiungimento obiettivi</li> </ul>	7.500
<b>Beni</b>		0
<b>Servizi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisi dei dati di transizione fra screening, diagnosi e trattamento per identificare i punti critici</li> <li>- Sviluppo tool digitale per rendicontazione dati per favorire il linkage to care</li> <li>- Implementazione di progetti pilota negli ospedali</li> <li>- Formazione per gli operatori sanitari coinvolti nello screening HCV e sensibilizzazione dei pazienti sull'importanza delle cure</li> <li>- Organizzazione convegni/incontri formativi</li> <li>- Servizi di consulenza</li> <li>- Iscrizione a convegni nazionali e internazionali inerenti alle attività del progetto necessari per l'avanzamento dello studio e per la diffusione dei risultati del progetto</li> </ul>	19.500
<b>Missioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipazione a incontri di progetto</li> <li>- Partecipazione a conferenze e convegni nazionali e/o internazionali</li> </ul> <p><i>Può altresì essere riferito alle spese di trasferta di personale appartenente ad altro ente che viene coinvolto, per un tempo limitato, nel progetto</i></p>	2.500
<b>Spese generali</b>	<i>Costi indiretti e costi per gestione amministrativa del progetto</i>	1.500
<b>TOTALE</b>		31.000

<b>Unità Operativa 11 – Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico</b> Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di natura pubblica		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<b>Personale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Coordinamento dei gruppi di lavoro</i></li> <li>- <i>Analisi dati</i></li> <li>- <i>Definizione linee di indirizzo progettuale</i></li> <li>- <i>Monitoraggio raggiungimento obiettivi</i></li> </ul>	7.500
<b>Beni</b>		0
<b>Servizi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Analisi dei dati di transizione fra screening, diagnosi e trattamento per identificare i punti critici;</i></li> <li>- <i>Sviluppo tool digitale per rendicontazione dati per favorire il linkage to care</i></li> <li>- <i>Implementazione di progetti pilota negli ospedali;</i></li> <li>- <i>Formazione per gli operatori sanitari coinvolti nello screening HCV e sensibilizzazione dei pazienti sull'importanza delle cure</i></li> <li>- <i>Organizzazione convegni/incontri formativi</i></li> <li>- <i>Servizi di consulenza</i></li> </ul>	19.500
<b>Missioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Partecipazione a incontri di progetto</i></li> <li>- <i>Partecipazione a conferenze e convegni nazionali e/o internazionali</i></li> </ul> <p><i>Può altresì essere riferito alle spese di trasferta di personale appartenente ad altro ente che viene coinvolto – per un tempo limitato – nel progetto.</i></p>	2.500
<b>Spese generali</b>	<i>Costi indiretti e costi per gestione amministrativa del progetto</i>	1.500
<b>TOTALE</b>		31.000

<b>Risorse</b>	<b>Totale in €</b>
<i>Personale*</i> UO3, UO4, UO6, UO7, UO8, UO10, UO11	156.000
<i>Beni</i> UO3, UO6, UO7, UO8	38.310
<i>Servizi</i> UO1, UO2, UO3, UO4, UO6, UO7, UO8, UO10, UO11	174.710
<i>Missioni</i> spese di trasferta (trasporto, vitto e alloggio) UO1, UO2, UO3, UO4, UO6, UO7, UO8, UO9, UO10, UO11	98.360
<i>Spese generali</i> costi indiretti UO1, UO2, UO3, UO4, UO6, UO7, UO8, UO10, UO11	32.620
<b>Totale</b>	<b>500.000</b>

*\* Le spese complessive della voce di personale non potranno essere superiori al 40% del costo totale del progetto*