

GOVERNARE LA COMPLESSITÀ

I SERVIZI PER LE DIPENDENZE TRA INDIRIZZI ISTITUZIONALI,
EVIDENZE CLINICHE E BISOGNI EMERGENTI



NAPOLI
14-15-16
OTTOBRE
2026

Hotel Royal Continental

Liliana Praticò

Infettivologa · SerD Bergamo – ASST Papa Giovanni XXIII

La Survey nazionale FeDerSerD sullo screening delle patologie infettive

HIV · HCV · HBV · HDV · IST

Gruppo Tematico FeDerSerD «Comorbilità infettivologica ed internistica»



Perché una survey nazionale



Popolazione chiave

L'OMS include i PWID tra le popolazioni chiave. Nei PWUD la valutazione integra rischio ematico e salute sessuale [1].



Screening HCV nei SerD

Utenti SerD inclusi nello screening HCV gratuito. Intesa sulla proroga al 31 dicembre 2026 [2, 3].



IST in crescita

Sifilide in UE/SEE: 45.577 casi nel 2024, più che raddoppiati rispetto al 2015 [4]

Obiettivi della survey

1

Mappare l'offerta di screening per HIV, HCV, HBV, HDV e IST

2

Descrivere i percorsi dopo la diagnosi: terapia, vaccinazione, invii

3

Esplorare salute sessuale e chemsex nei servizi

4

Tradurre i risultati in proposte operative per FeDerSerD



Metodi e campione

390

questionari completi

20 / 20

regioni rappresentate

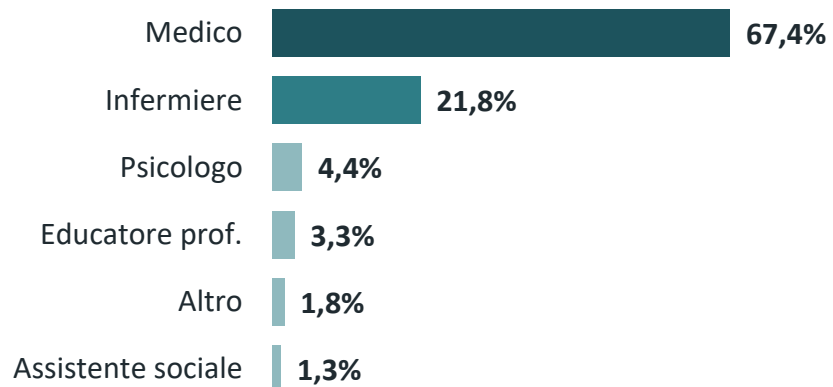
83 giorni

7 maggio – 28 luglio 2026

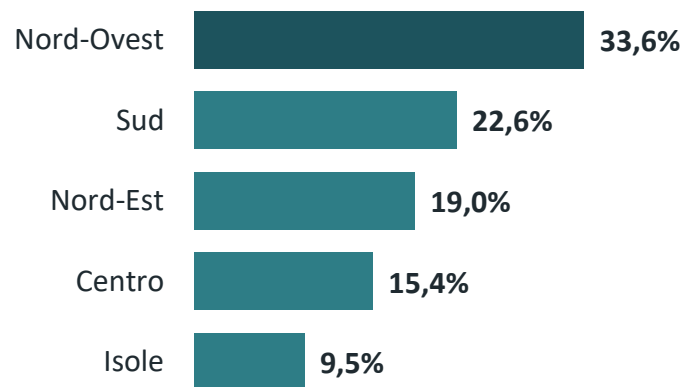
27

domande, questionario online

Profilo del compilatore



Area geografica



Come leggere i dati

Operatori, non servizi

Adesione volontaria: possibile selezione
dei più motivati

Lombardia 22,3%, medici 67,4%

Dati dichiarati, non misurati

COSA POSSIAMO FARE Leggere la survey come fotografia esplorativa; nella seconda fase rilevare a livello di servizio, con più professioni e indicatori verificabili.



Lo screening è previsto quasi ovunque

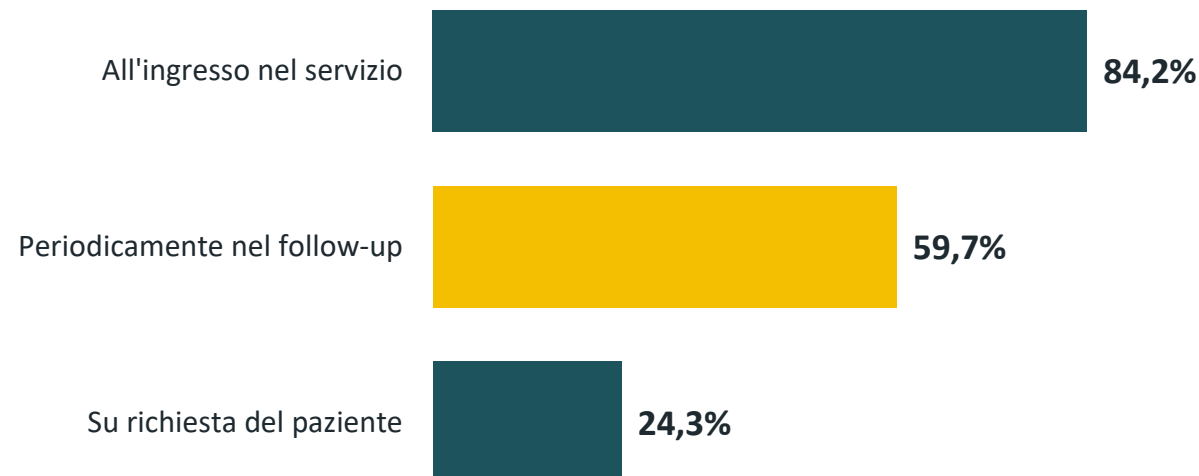
94,1%

dei rispondenti dichiara che nel servizio lo screening infettivologico è previsto



■ A tutti i pazienti ■ Solo con fattori di rischio ■ No

Quando viene proposto (n = 367)



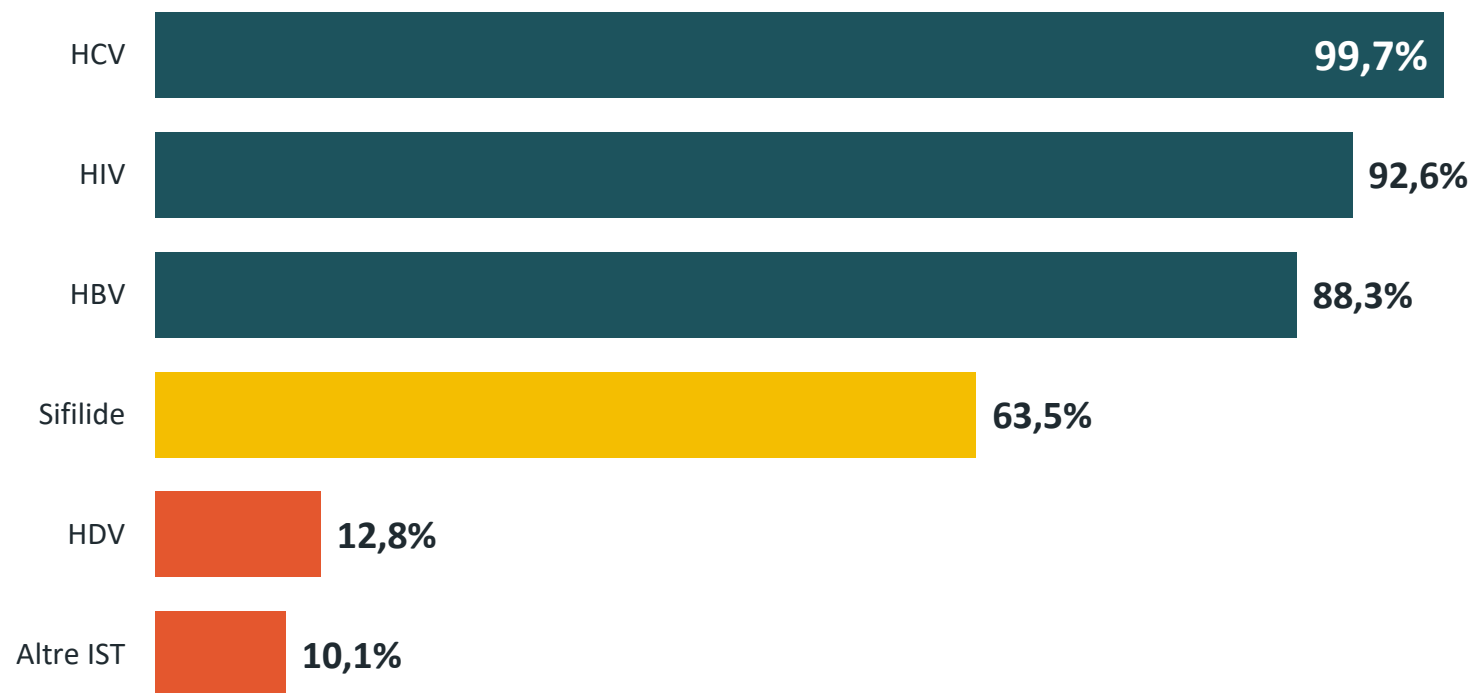
Il 59,7% riferisce screening periodico: la survey non misura copertura individuale o adeguatezza del ritest.

COSA POSSIAMO FARE Ritest a periodicità definita in base al rischio, agganciato alla rivalutazione periodica del programma terapeutico, con promemoria in cartella.



Cosa si cerca: un gradiente di maturità

Infezioni proposte di routine (% dei rispondenti con screening)



HDV • 12,8%

Anti-HDV almeno una volta in tutti gli HBsAg-positivi. Se positivo: HDV-RNA e valutazione specialistica [6].

Sifilide • 63,5%

Sifilide inclusa dal 63,5% e altre IST dal 10,1%: indicazioni e periodicità vanno definite in base al rischio.

COSA POSSIAMO FARE Stilare un briefing paper: indicazione allo screening, periodicità, gestione del positivo, prevenzione e vaccinazione, linkage to care.



Dallo screening alla presa in carico: dove si perde

SURVEY 2026 • DATO DICHIARATO

78,2%

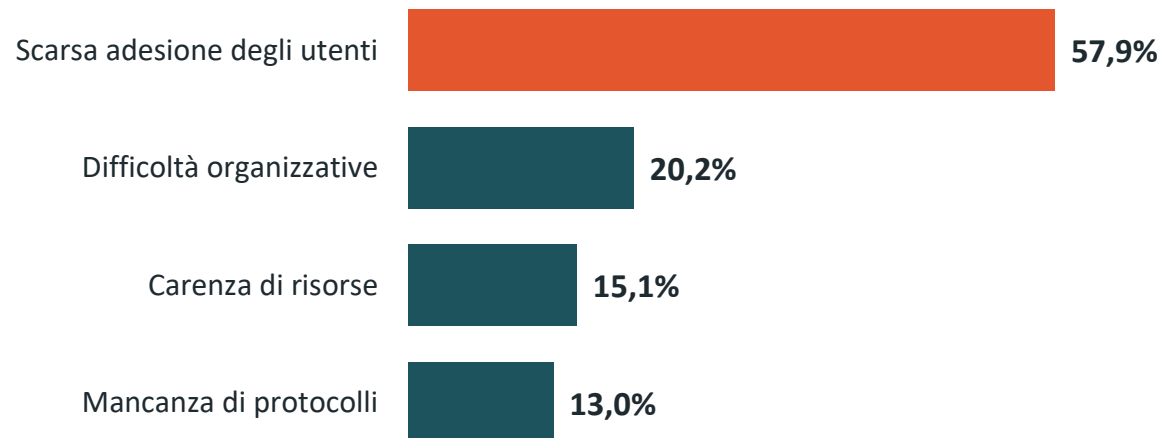
screening proposto a tutti i pazienti

SURVEY 2026 • PERIODICITÀ DICHIARATA

59,7%

referisce screening periodico durante il follow-up

Motivi di mancata offerta percepiti (n = 292)



Offerta e periodicità dichiarate non misurano utenti testati o perdite al follow-up: servono indicatori di servizio.

COSA POSSIAMO FARE Mappare i drop-out del percorso: proposta → test → referto → presa in carico, per capire dove si perdono le persone e intervenire su quel punto.



Test rapidi: uno strumento, non un obiettivo

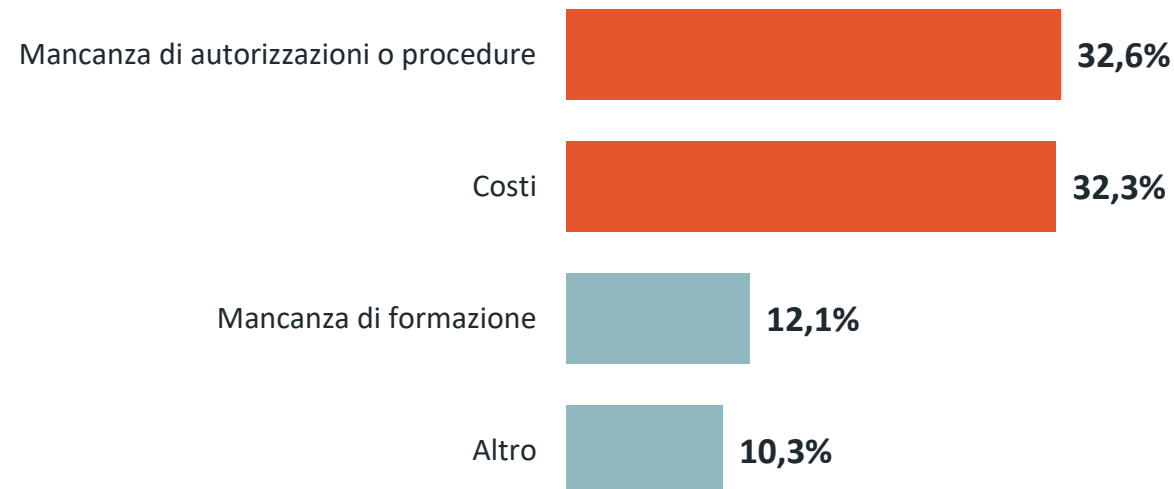
78,7%

ritiene che i test rapidi migliorerebbero l'adesione allo screening

31,3%

li indica tra le modalità più usate (prelievo venoso 75,5%)

Perché i test rapidi non sono disponibili



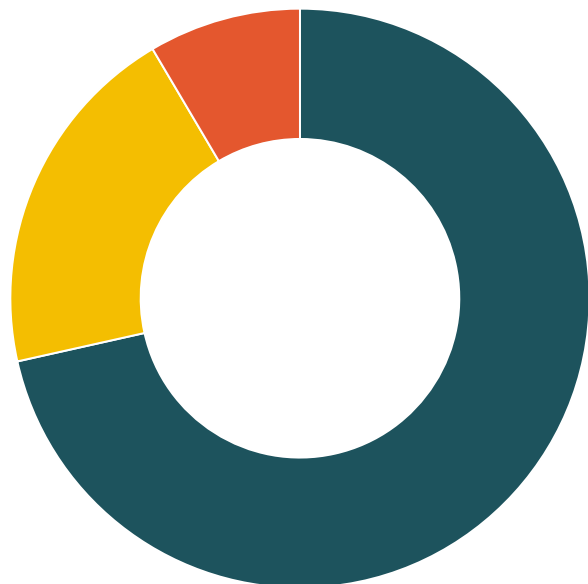
Costi e autorizzazioni/procedure sono le barriere più citate. Anche la formazione richiede attenzione.

COSA POSSIAMO FARE Un algoritmo «test-to-care» condiviso: chi esegue il test, come si conferma il positivo, entro quanti giorni la presa in carico, come si registra il dato.

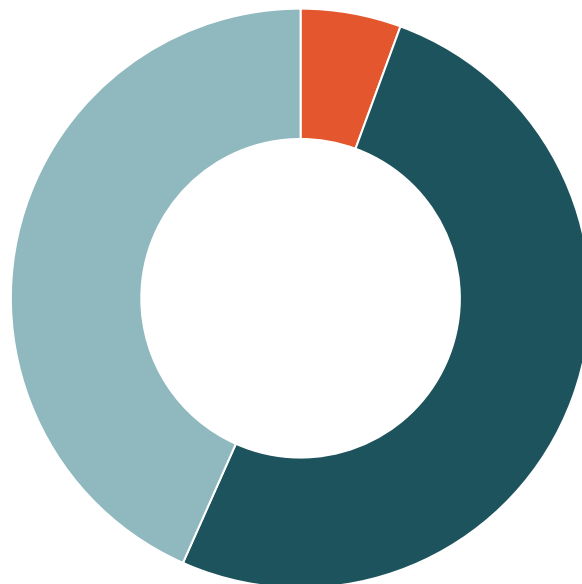


HCV: il modello più maturo, con un drop-out noto

Screening HCV da programma nazionale



Trattamento se HCV positivo



■ Sì, strutturato 71,5% ■ Sì, non sistematico 20,0%
■ No 8,5%

■ Nel SerD 5,6% ■ Con MI/epatologia 51,0%
■ Invio a specialisti 43,3%

COSA DICE L'EVIDENZA

73% vs 35%

avvio della terapia nei PWID:
decentralizzazione completa vs
assente, in studi eterogenei

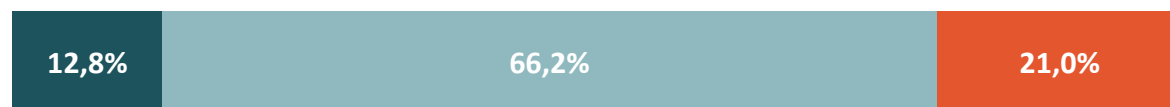
SVR12 ≥ 90% nei diversi modelli di cura

Oru et al., Lancet Glob Health 2021

COSA POSSIAMO FARE HCV-RNA reflex dopo anti-HCV positivo, cura in sede o teleconsulto e appuntamento concordato.
Prescrizione secondo le regole regionali [7, 9].



È prevista la vaccinazione anti-HBV?



■ Nel SerD ■ Centri vaccinali esterni ■ Non prevista

Il 21% non offre vaccinazione HBV. Nei PWID le schedule accelerate favoriscono il completamento (OR 1,90, IC95% 1,14–3,14) [11].

Conosce l'esistenza di terapie efficaci? (% sì)



82,8%

ritiene utili raccomandazioni operative su HBV e HDV nei SerD

Cosa deve contenere la formazione

Interpretazione sierologica e identificazione dei pazienti a rischio
Valore della vaccinazione e completamento del ciclo
Terapie disponibili per HBV e HDV, e rete specialistica [12, 13]

COSA POSSIAMO FARE Formazione HBV/HDV, anti-HDV negli HBsAg-positivi e HDV-RNA se positivo. Vaccino HBV in sede o con accesso facilitato [6, 12].



Salute sessuale: la domanda che non facciamo

**Anamnesi e counselling strutturati su
sessualità e IST**



■ Sì, sempre 36,7% ■ Solo in alcuni casi 6,4%
■ No 56,9%

Collaborazioni strutturate con Centri IST



■ Sì 31,5% ■ No 68,5%



Senza la domanda restano invisibili:

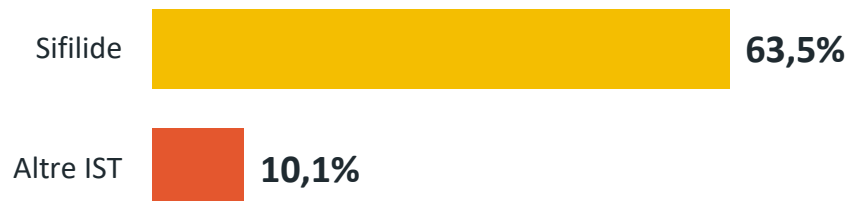
rischio di IST
indicazione alla PrEP
chemsex
scambi sesso-droga
partner da raggiungere

COSA POSSIAMO FARE La salute sessuale entra in cartella: poche domande fisse alla presa in carico e alle rivalutazioni, con counselling e proposta di test IST.

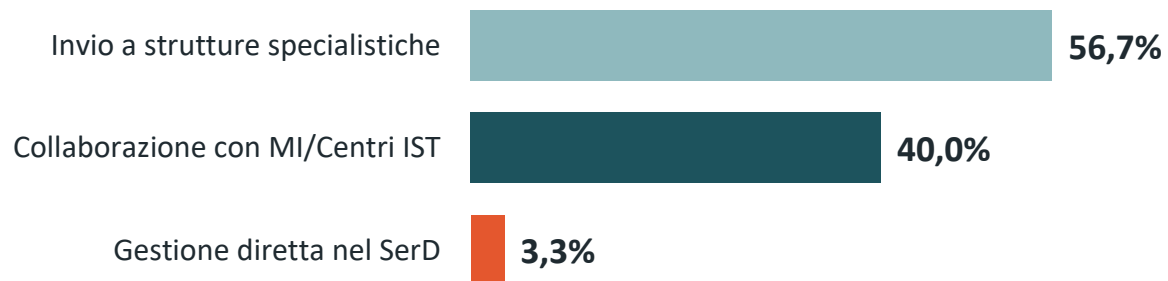


Sifilide e altre IST: chi le cerca, chi le cura

Nel pannello di routine (n = 367)



Gestione di una diagnosi di sifilide (n = 390)



CONTESTO EUROPEO · 2024

45.577 casi di sifilide

più che raddoppiati dal 2015

Sifilide congenita: da 78 a 140 in un anno

Il punto non è dove si cura

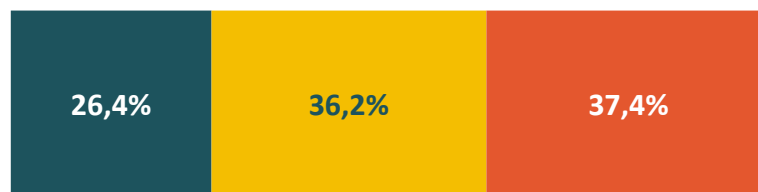
Stadiazione, notifica, partner e follow-up sierologico si gestiscono meglio con i Centri IST: serve un percorso concordato, non un semplice invio.

COSA POSSIAMO FARE Percorso condiviso con i Centri IST sul modello HCV: referente identificato, canale di accesso rapido, follow-up e gestione dei partner concordati.

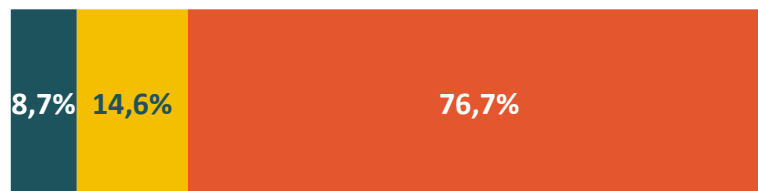


Chemsex: area emergente, ancora poco strutturata

Il chemsex viene esplorato?



Esistono percorsi dedicati?



■ Si ■ Occasionalmente / in sviluppo ■ No

Barriere ai percorsi dedicati (n = 334)

Difficoltà di emersione del bisogno



Mancanza di competenze o formazione



Assenza di servizi di riferimento



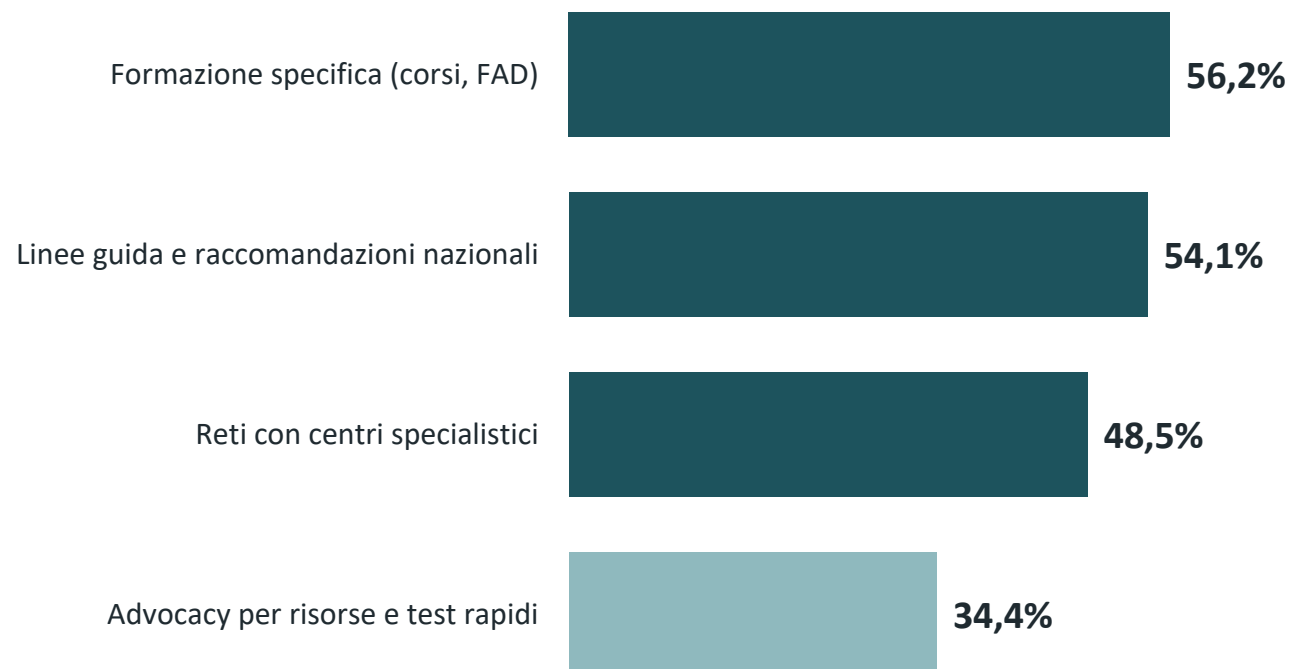
Solo il 36,7% dei rispondenti riferisce anamnesi sessuale sistematica. L'esplorazione del bisogno richiede riservatezza e domande non giudicanti.

COSA POSSIAMO FARE Percorsi multidisciplinari, non solo infettivologici: dipendenze, infettivologia, psicologia e competenze sessuologiche, partendo dalle esperienze già attive.



Cosa chiedono i servizi a FeDerSerD

Azioni prioritarie (risposta multipla)



“

«Sarebbe auspicabile che anche i SERD diventino centri prescrittori di farmaci per la cura delle malattie infettive»

Esperienze già attive

Infettivologo nel SerD

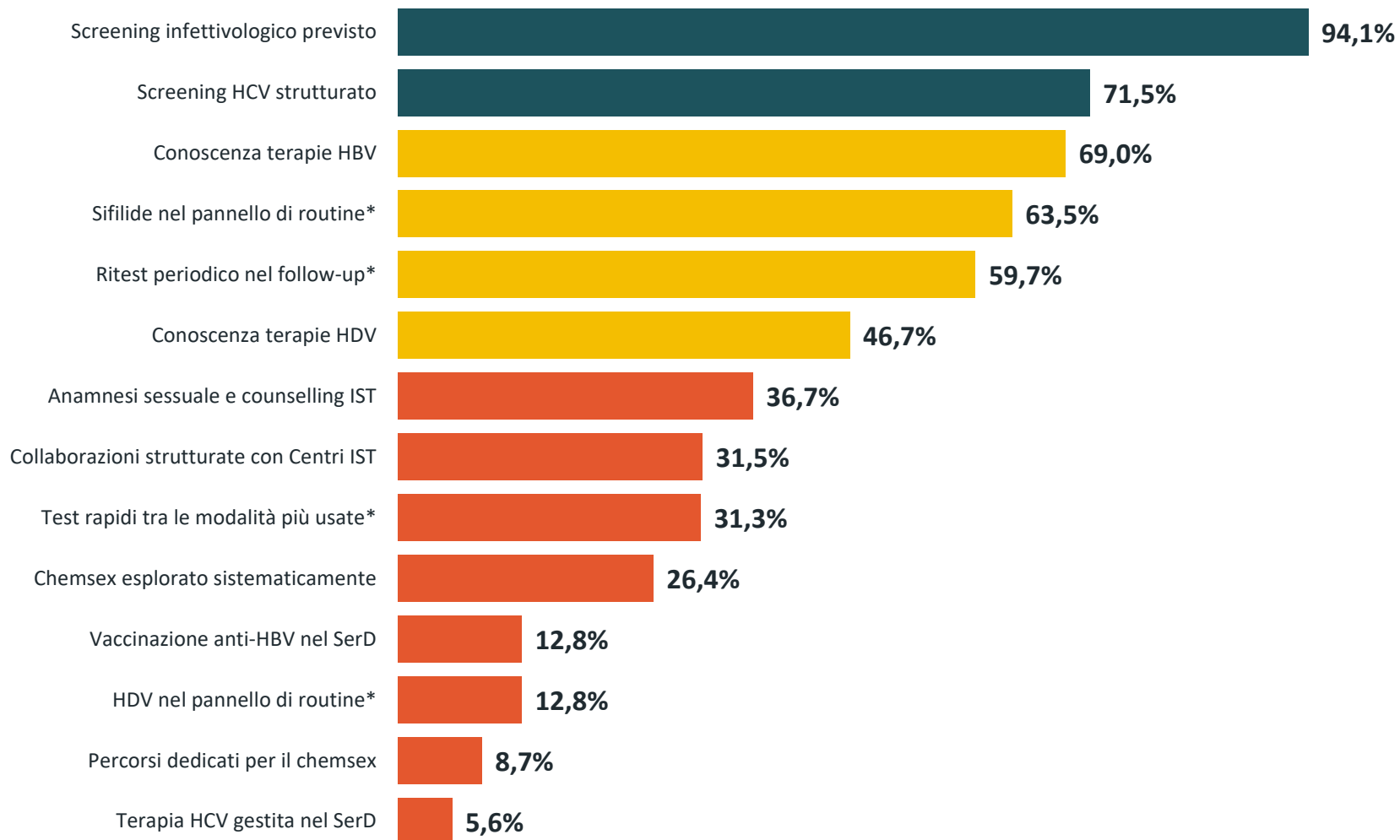
Centro IST con PrEP interno

Prelievi eseguiti in sede

COSA POSSIAMO FARE Raccogliere le esperienze già attive come best practice e trasformarle in modelli replicabili, invece di soluzioni solo teoriche.



Sintesi: dove il percorso si assottiglia



Consolidato

offerta di screening, HCV

Disomogeneo

sifilide, ritest, conoscenze HBV e HDV

Critico

salute sessuale, IST, chemsex, HDV, vaccino e terapia in sede



Raccomandazioni operative: screening

1 Valutazione in cartella

Stato infettivologico e anamnesi sessuale alla presa in carico. Offerta informata dei test e registrazione dell'esito.

2 Ritest su rischio

Richiami nel PTI secondo esposizioni e linee guida. HCV-RNA dopo guarigione se persiste il rischio di reinfezione.

3 Diagnosi completa

POCT con conferma e restituzione del risultato. Per HCV: RNA reflex dopo anti-HCV positivo [7].

4 HBV e HDV

Profilo HBV: HBsAg, anti-HBc, anti-HBs. Anti-HDV negli HBsAg-positivi e RNA se anti-HDV positivo [6, 12].

5 IST mirate

Sifilide e NAAT per gonorrea/chlamydia secondo rischio, sintomi e sedi di esposizione [16].

6 Accesso alla cura

Referente nominativo, appuntamento concordato e verifica dell'avvenuta presa in carico. HCV in sede o teleconsulto.



Raccomandazioni operative: prevenzione

1 Vaccini accessibili

HBV ai suscettibili, in sede o con invio facilitato. HAV e HPV secondo indicazioni e programmi vigenti.

2 Salute sessuale

Preservativi e lubrificanti disponibili. Counseling riservato, con attenzione a consenso e vulnerabilità.

3 PrEP e PEP HIV

Valutazione del rischio e accesso alla PrEP. Percorso urgente per la PEP dopo esposizione a rischio [1].

4 Chemsex e IST

Équipe formata e rete con Centri IST. Trattamento, gestione volontaria dei partner e follow-up concordati.

5 Doxy-PEP selettiva

Valutazione specialistica per gruppi eleggibili. Decisione condivisa e monitoraggio delle resistenze [17].

6 Indicatori di servizio

Misurare test eseguiti, conferme, accesso alla cura e cicli HBV completati, con denominatori espliciti.



Il lavoro che proponiamo: 2026–2027

Set–Ott 2026

Condivisione e validazione della survey

Documento condiviso di interpretazione

Ottobre 2026

Congresso Nazionale FeDerSerD, Napoli

Presentazione della survey e lancio della
seconda fase

Nov 2026 – Mar 2027

Formazione sugli aspetti più critici

Massimo 2 webinar: HBV/HDV, IST e chemsex

Apr 2027 – Congresso 2027

Modello di best practice nazionale

Paper e raccomandazioni FeDerSerD per la
presa in carico

Oggi siamo al secondo passaggio: chi ha esperienze attive o vuole contribuire alla seconda fase può segnalarlo al Gruppo Tematico.



Priorità e prossimi passi

- 1 Offerta di screening documentata e richiami individuali nel PTI, con consenso informato.
- 2 Conferma diagnostica e accesso alla cura verificati: ogni positivo deve avere un percorso definito.
- 3 Vaccinazione HBV accessibile e percorso anti-HDV / HDV-RNA negli HBsAg-positivi.
- 4 Salute sessuale e chemsex nella presa in carico, con rete dedicata ai Centri IST.
- 5 Audit con denominatori espliciti: test, conferme, presa in carico e vaccinazioni completate.
- 6 Seconda fase FeDerSerD: raccolta di best practice, formazione e sviluppo dell'articolo.



Bibliografia (1/3)

[1] World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2022.

[2] Decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, art. 25-sexies, conv. dalla Legge 28 febbraio 2020, n. 8; Decreto del Ministro della Salute 14 maggio 2021 (GU Serie Generale n. 162 dell'8 luglio 2021).

[3] Conferenza Stato-Regioni. Intesa sullo schema di decreto per la proroga dello screening HCV al 31 dicembre 2026. Rep. atti 266/CSR, 29 dicembre 2025.

[4] European Centre for Disease Prevention and Control. Bacterial STIs reach record highs in Europe, as congenital syphilis cases nearly double [comunicato, dati 2024]. Stockholm: ECDC; 21 maggio 2026.

[5] FeDerSerD, Gruppo Tematico «Comorbilità infettivologica ed internistica». Survey nazionale sullo screening delle patologie infettive nei SerD: report dei risultati e documento di lavoro. Risposte raccolte dal 7 maggio al 28 luglio 2026.

[6] European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on hepatitis delta virus. J Hepatol. 2023;79(2):433-460. doi:10.1016/j.jhep.2023.05.001



Bibliografia (2/3)

[7] WHO. Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection, and HCV simplified service delivery and diagnostics. Geneva; 2022. ISBN 9789240052734.

[8] Bajis S, Dore GJ, Hajarizadeh B, et al. Interventions to enhance testing, linkage to care and treatment uptake for hepatitis C virus infection among people who inject drugs: a systematic review. Int J Drug Policy. 2017;47:34-46. doi:10.1016/j.drugpo.2017.07.002

[9] 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. Lancet Glob Health. 2021;9(4):e431-e445. doi:10.1016/S2214-109X(20)30505-2

[10] Ministero della Salute. Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023–2025. Intesa Stato-Regioni del 2 agosto 2023.

[11] Tressler S, Bhandari R. Interventions to increase completion of hepatitis B vaccination in people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. Open Forum Infect Dis. 2019;6(12):ofz521. doi:10.1093/ofid/ofz521

[12] European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. J Hepatol. 2025;83(2):502-583. doi:10.1016/j.jhep.2025.03.018



Bibliografia (3/3)

[13] Wedemeyer H, Aleman S, Brunetto MR, et al. A phase 3, randomized trial of bulevirtide in chronic hepatitis D. *N Engl J Med*. 2023;389(1):22-32. doi:10.1056/NEJMoa2213429

[14] Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: a systematic review of the literature. *Int J Drug Policy*. 2019;63:74-89. doi:10.1016/j.drugpo.2018.11.014

[15] ECDC, EMCDDA. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs: 2023 update. Stockholm; 2023.

[16] CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. Screening Recommendations. Consultazione: 2 ottobre 2026.

[17] Bachmann LH, et al. CDC Clinical Guidelines on the Use of Doxycycline Postexposure Prophylaxis for Bacterial STI Prevention, United States, 2024. *MMWR Recomm Rep*. 2024;73(2):1–8. doi:10.15585/mmwr.rr7302a1