

## SCREENING EPATITE C (HCV)

### MODULO PER LA RACCOLTA DEL CONSENSO INFORMATO

#### Informativa

In Italia, l'infezione cronica da virus HCV è la principale causa di malattia cronica del fegato e di cirrosi, con importanti implicazioni di salute pubblica. Caratteristica clinica peculiare dell'epatite C è la spiccata tendenza a un decorso cronico asintomatico prolungato nel tempo, con tardiva comparsa di sintomi solo nelle fasi più avanzate di malattia. Questo comporta che in molti soggetti l'infezione non è stata ancora identificata.

Diagnosticare e trattare in fase precoce impedisce la progressione di malattia, evita le complicanze delle fasi avanzate, quali la cirrosi epatica e la sua possibile evoluzione in tumore epatico, e le malattie extraepatiche HCV correlate, riduce i costi complessivi del trattamento e migliora la qualità di vita dei pazienti.

Dalla fine del 2014, sono disponibili anche in Italia i nuovi farmaci antivirali orali ad azione diretta (Direct Antiviral Agents – DAA) per la terapia dell'Epatite C, farmaci di altissima efficacia nell'eradicare definitivamente il virus HCV e di elevata tollerabilità in tutte le categorie di pazienti infetti.

Questa Azienda, su mandato della Regione Veneto, in applicazione di un progetto promosso e finanziato dal Ministero della Salute, in attuazione dell'art. 25-sexies del D.L. 30 dicembre 2019, n. 162, svolge un'attività di "screening" per la ricerca dell'infezione da epatite C nella popolazione nata tra il 1969 e il 1989, e per alcune popolazioni selezionate quali i soggetti seguiti dai Servizi per le Dipendenze ed i detenuti.

L'intento dello *screening* dell'infezione attiva da virus dell'epatite C (HCV) è quello di rilevare le infezioni da virus dell'epatite C ancora non diagnosticate, migliorare la possibilità di una diagnosi precoce, avviare i pazienti al trattamento, al fine di evitare le complicanze di una malattia epatica avanzata, nonché interrompere la circolazione del virus impedendo nuove infezioni.

Il test di screening consiste nel prelievo di sangue venoso con ricerca sierologica degli anticorpi rivolti contro il virus dell'epatite C.

Il test potrà essere proposto in occasione di accesso alle strutture sanitarie (es. ricovero ospedaliero, intervento in day hospital, visita specialistica, accesso ai laboratori del Servizio Sanitario Regionale- SSR) o dopo confronto con il proprio Medico di Medicina Generale.

I soggetti che non avranno ancora effettuato lo screening HCV in una delle circostanze sopra descritte, riceveranno, nell'arco della durata del progetto, un invito ad effettuare il test di screening in un laboratorio del Servizio Sanitario Regionale.

Il cittadino potrà recuperare l'esito del test tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico o tramite le consuete modalità di ritiro dei referti di laboratorio.

In caso di positività al test di screening, entro 2 settimane il paziente sarà contattato dal personale di questa Azienda per gli ulteriori approfondimenti, e gli sarà organizzata una visita presso il centro specialistico di riferimento, secondo i percorsi individuati in questa Azienda, sempre senza necessità di pagare il ticket.

I costi del percorso di screening HCV sono, infatti, interamente coperti dal SSR.

Per poter aderire allo screening per epatite C, è necessario compilare e firmare l'autorizzazione sottostante.

Tutte le informazioni, di cui questa Azienda ULSS 6 Euganea verrà in possesso, saranno trattate nel rispetto della normativa vigente sul trattamento dei dati personali (D.lgs. 196/2003 "Codice della Privacy" Reg UE 679/2016 GDPR).

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome in stampatello)

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Prov.  
(\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
e.mail \_\_\_\_\_

**DICHIARA:**

- Di avere letto/è stata illustrata in una lingua nota e di aver compreso/ tutte le informazioni utili riferibili al Programma di Screening per prevenire, eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C (HCV);
- di autorizzare/NON autorizzare (cancellare la voce che NON interessa) l'Azienda ULSS 6 Euganea ad eseguire lo screening HCV;
- di autorizzare/NON autorizzare (cancellare la voce che NON interessa) l'eventuale utilizzo di detto materiale biologico per eventuali ulteriori accertamenti diagnostici necessari, sempre in relazione alla finalità di screening HCV.

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

-----  
Da compilare a cura di chi ha fornito le informazioni:

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome in stampatello)

Qualifica: \_\_\_\_\_ conferma che il/la sig./ra  
\_\_\_\_\_ ha espresso il consenso alla procedura di screening, dopo essere  
stato/a adeguatamente informato/a.

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_