

Modelli di Peer support per persone con una storia d'uso di droghe per via iniettiva, stima della valutazione e del trattamento per l'infezione da virus dell'Epatite C

Abstract

Le persone che si iniettano droghe (PWID) sono il gruppo più colpito dall'HCV; Tuttavia, l'adesione al trattamento è risultato essere basso. Il rapporto tra PWID e personale sanitario è caratterizzato da diffidenza e discriminazione. Il sostegno reciproco per persone affette da HCV è un modo per superare queste barriere. I modelli di supporto tra pari per la gestione delle malattie croniche sono stati applicati con successo anche per altre malattie. I modelli di supporto tra pari affetti da HCV sono stati attuati seguendo varie impostazioni, ma quelli che includono la terapia sostitutiva con oppiacei sono tra i più comuni. La maggior parte dei modelli sono “generati dal servizio” (provider led) o “controllati dalla comunità” (peer led). I modelli di supporto tra pari sono stati implementati con successo, e hanno raggiunto una serie di risultati, tra cui una maggiore conoscenza e comprensione del trattamento e una migliore fornitura di servizi. Veri e propri partenariati tra pari e servizi erano comuni tra i modelli e hanno portato a trasformazioni positive sia per i clienti sia per i servizi. Si raccomandano successive indagini sul peer support per il trattamento delle infezioni da HCV e il loro impatto su entrambi gli attori: peer e servizi.

Nelle nazioni più sviluppate, l'onere del virus dell'epatite C (HCV) è a carico di persone con una storia di stupefacenti per via parenterale. Circa il 50% dei casi esistenti e fino al 90% dei nuovi casi sono attribuibili al consumo di stupefacenti [1], mentre la prevalenza di HCV tra le persone che si iniettano droghe (PWID) varia dal 65% al 90% [2]. Progressi all'inizio del trattamento HCV sono stati ottenuti sostituendo interferone in monoterapia con la combinazione con interferone pegilato e ribavirina. Più recentemente, lo sviluppo di terapie antivirali ad azione diretta con migliorata tollerabilità ed efficacia ha dato la ragione al settore del trattamento con rinnovato ottimismo [3].

Tra PWID, l'adesione al trattamento anti-HCV rimane relativamente bassa, i fattori legati al paziente stesso, quelli strutturali e fisici, contribuiscono alla scarsa diffusione [4]. I fattori includono sfiducia del paziente [5], nel sistema sanitario; questi, spesso credono che il sistema sia discriminatorio o impenetrabile [6].

Vi è un forte stigma associato con l'HCV, in gran parte dovuto al suo legame con il consumo di droga e il fatto che sia illegale [9]. Stigma e discriminazione sono – seppur ciò sia del tutto inaccettabile – ancora molto comuni nel settore sanitario [9, 10]. Gli operatori sanitari, spesso non sono consapevoli della loro discriminazione o non si accorgono della loro pratica discriminatoria [11]. Tanto la discriminazione reale quanto quella percepita ha un notevole impatto sulla valutazione e il trattamento [11] e possono essere strettamente legate alla paura della divulgazione dello stato di HCV positivo, poiché ciò implica l'uso di droghe [12].

Il sostegno reciproco è stato attuato con successo per persone che hanno bisogno della gestione di malattie croniche, tra cui quelle cardiache [13], diabete [14], cancro [15], e virus dell'immunodeficienza umana (HIV) [16]. Nel campo dell'HCV, sono stati pubblicati in dettaglio pochi lavori sui modelli di supporto tra pari HCV+. A oggi, l'attenzione si è concentrata sui modelli di erogazione direttamente collegati ai servizi di trattamento per problemi di droga e di riduzione del danno. La fornitura di terapia sostitutiva con oppiacei (OST) è una caratteristica costante delle impostazioni qui descritte. L'attuale revisione riassume modelli di supporto tra pari che hanno avuto successo nel migliorare la valutazione e il trattamento dell'infezione da HCV tra PWID.

VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL PEER SUPPORTO PER HCV+

I modelli di Peer Support esaminati finora possono essere raggruppati in due categorie: controllati dalla comunità e generati da un servizio.

I modelli di peer support controllati dalla comunità, generalmente, sono stati implementati da organizzazioni di consumatori in partnership con i fornitori di servizi locali [17-20]. In Australia, queste organizzazioni hanno avuto un ruolo formale nel rappresentare le persone più colpite da HCV e un ruolo di rilievo in questi modelli. Come vedremo, in larga parte, questi modelli sono modelli di supporto uno-a-uno, implementati soprattutto nei servizi di OST in cui gli operatori pari (PSWs – Peer Support Workers) forniscono dettagliate e costanti informazioni lungo il percorso di valutazione e trattamento dell'HCV. Questi modelli sono completamente controllati e attuati dalla comunità interessata attraverso organizzazioni di persone che usano droghe e danno risposte “dal basso” a tutta la comunità.

Uno dei primi sostenitori di peer support per HCV è stata l'Organizzazione per la Ricerca di Soluzioni per l'Abuso di Sostanze (OASIS - Organization to Achieve Solutions in Substance-Abuse) a Oakland, in California [21]. Questo modello, il modello OASIS come si farà riferimento, è un servizio creato e supportato da pari. Questo tipo di modello è concepito dal servizio o dal centro per la salute e usa gruppi di pari formati da persone che stanno considerando o sono già state sottoposte al trattamento anti-HCV. Tali individui sono ingaggiati e supportati dal servizio stesso. Le sessioni di gruppo a volte sono svolte intorno a e gruppi di mutuo-auto-aiuto strutture già esistenti [21-25]. Gli elementi principali del modello sono descritti nella sezione "Modelli-Generati dal Servizio" spiegata di seguito.

I modelli di supporto tra pari sono una valida caratteristica per la valutazione e il trattamento dell'HCV. Sostenere le comunità di persone che si iniettano droghe al fine di coinvolgerli nella fornitura di programmi di sostegno basati sul peer-support è importante. Una ricerca ben progettata è necessaria per acquisire una maggiore comprensione delle complessità di questo tipo di modello, sia nel contesto della fornitura di OST sia in altri contesti. Recenti lavori dimostrano che il trattamento dell'HCV affiancato al peer-support, che viene offerto al di fuori dei programmi

di puro trattamento dei farmaci, può addirittura essere vitale [24]. I modelli che rilevano l'autodeterminazione della comunità dovrebbero essere ulteriormente studiati e attuati.

MODELLI GENERATI DAL SERVIZIO

I modelli generati dal servizio, come quello a Oakland [21], a Vancouver in Canada [23], e New York [25] condividono una serie di caratteristiche comuni.

Mentre tutti i siti offrono un trattamento sostitutivo con oppiacei (OST), solo il sito di New York è principalmente una clinica solo per l'OST [25]. I modelli utilizzati in questi siti condividono elementi chiave come l'approccio biopsicosociale alla riduzione o all'astinenza dell'uso di sostanze (appr. biopsicosociale: *anche se i motivi dell'assunzione iniziale di eroina possono essere considerati psicologici, la sostanza, per qualsiasi ragione sia stata usata la prima volta, lascia, per così dire, la sua impronta sul sistema nervoso. La semplice sospensione dell'uso non è in grado di riportare il sistema nervoso alla condizione precedente la dipendenza. Perciò non si può fare a meno, all'interno di un approccio biopsicosociale, della cura medica della tossicodipendenza. Se, una volta vinto il craving per la sostanza, permane un comportamento socialmente inadeguato, questo sarà un problema del programma di riabilitazione psicosociale e non della parte medica del programma; link:*

http://web.tiscalinet.it/fanelia/lalla/DoppiaDiagnosi_RiabilitazionePsichiatrica.html).

Questo rende familiare l'approccio a coloro i quali sono stati coinvolti nel trattamento del consumo di sostanze [21]. Questi approcci includono gruppi di mutuo-auto-aiuto, interventi tra pari, e il ricorso alle comunità terapeutiche. Questi elementi del trattamento dell'uso di sostanze sono stati "istintivamente incorporati" da Sylvestre et al design del modello utilizzato da OASIS [21].

I componenti chiave

In questi modelli il gruppo di mutuo-auto-aiuto co-facilitato da colleghi, addetti ai servizi o ricercatori è stato centrale. In tutti i modelli esaminati, devono essere coinvolti un gran numero di clienti. I clienti che hanno completato il trattamento sono stati impiegati nel gruppo di co-facilitatori, e i temi di auto-trasformazione e racconto della propria storia sono stati fondamentali per tutto il gruppo [21, 23, 25, 26]. I leader del gruppo utilizzano il metodo socratico per fornire informazioni, attraverso domande che servono per consentire ai partecipanti di pervenire alle risposte piuttosto che consegnare direttamente delle informazioni (*l'espressione designa il metodo socratico così com'è esposto da Platone*

nel Teeteto e viene detto anche "maieutico". L'arte dialettica, cioè, è paragonata da Socrate a quella della levatrice: come quest'ultima, il filosofo di Atene intendeva "tirar fuori" all'allievo pensieri assolutamente personali, a differenza di quanti volevano imporre le proprie vedute agli altri con la retorica e l'arte della persuasione, Socrate, e attraverso di lui Platone, si riferiscono in

questo senso ai Sofisti. Parte integrante del metodo è il ricorso a battute brevi e taglienti - ovvero la brachilogia - in opposizione ai lunghi discorsi degli altri e alla rinomata ironia socratica).

I Peer Supporter sono cruciali per il processo; anche se il sistema medico è certamente dotato di tante e puntuali informazioni, molti coetanei diffidano di quel sistema [26]. Quando i gruppi s'incontrano [21, 23, 25, 26], si verifica contemporaneamente sia l'interesse per le cure mediche sia la valutazione dell'HCV, e i partecipanti, se ne hanno fatto richiesta, possono essere chiamati fuori dal gruppo per accedere alle cure mediche.

Formazione e assistenza

Tutti i siti presi in considerazione, offrono formazione e tutoraggio [21, 23, 25, 26]. L'iniziativa di New York delinea un pacchetto completo di formazione sviluppato nel corso di molti anni dalla consegna [25]. In questo sito il ruolo e i compiti del peer supporter sono chiari, e sono simili a quelli esaminati in tutti gli altri siti. Essi comprendono il reclutamento di nuovi pazienti, co-facilitazione dei gruppi bisettimanali di sostegno e istruzione sull'HCV, co-facilitazione nelle sessioni di gruppo settimanali sul trattamento dell'HCV, accompagnamento del paziente nelle procedure esterne al sito, sviluppo e attuazione di educazione HCV peer-led, e la partecipazione alle attività di advocacy inerenti le problematiche dell'HCV. Anche la supervisione dei peer supporter è mostrata come cruciale. Ci sono sessioni di gruppo settimanali e incontri individuali. Questo incoraggia la riflessione e la revisione [25].

Risultati

Questi modelli coinvolgono un gran numero di clienti, in cui molti membri del gruppo di clienti sono stati sottoposti alla valutazione HCV e al trattamento. Nel 2007, OASIS aveva testato 3500 persone per l'infezione da HCV e trattato diverse centinaia di persone [21]. L'applicazione del modello OASIS a Vancouver ha portato, inoltre, a un gran numero di persone valutati e trattati per l'infezione da HCV, con 204 partecipanti che hanno accettato il rinvio al gruppo di sostegno HCV. Il 53% è stato testato per l'HCV e di questi il 13% aveva avviato o completato il trattamento prima di frequentare il gruppo di supporto; il trattamento è stato differito nel 25% dei casi; il 10% era in fase di valutazione; e il 52% aveva già iniziato il trattamento [23]. Il modello di Vancouver ha mostrato, inoltre, che la vita dei partecipanti è migliorata in altri ambiti, tra cui quello della nutrizione e della salute in generale. Insieme con la valutazione e la conoscenza di specifiche nozioni, il potenziale di trasformazione, sia da parte dei coetanei sia dell'educatore è cresciuto di molto. I Peer Supporter HCV coinvolti nel modello OASIS parlano fortemente del cambiamento di se stessi e dei loro coetanei [26]. Il ruolo di peer supporter in questo modello deve essere pratico e si concentra sulla modellazione di comportamenti positivi [25, 26]. Tutti i modelli dimostrano che il sostegno tra pari può essere una strategia efficace per aumentare i concetti inerenti la valutazione e il trattamento dell'HCV.

MODELLI CONTROLLATI DALLA COMUNITA'

Nelle nazioni più sviluppate, la comunità primaria affetta da HCV è formata da persone che s'iniettano o hanno una storia di uso di droga per via iniettiva. In Australia, le organizzazioni nazionali e regionali di persone che usano sostanze hanno un mandato per rappresentare queste comunità e designare il personale e i membri proprio dagli elementi della comunità colpita dall'infezione. I modelli controllati dalla comunità sono in gran parte sorti proprio dal lavoro svolto in Australia [17-20]. Qui, saranno discussi due modelli, uno gestito da NSW (New South Wales) Users e AIDS Association (NUAA), l'altro da Harm Reduction Victoria (ex VivAIDS). NUAA è un'organizzazione con sede nel New South Wales, mentre Harm Reduction Victoria è costruito dall'organizzazione dei consumatori dello stato di Victoria. In questi due stati le organizzazioni di consumatori di droga sono finanziate per intraprendere percorsi di peer education e sostegno per le persone con una storia di uso di stupefacenti per via parenterale. Una delle principali priorità è rivolta alla valutazione e alla prevenzione delle infezioni da HCV, e al supporto per il trattamento e l'advocacy. Mentre i modelli da discutere sono stati concepiti dalla comunità interessata, è chiaro che i partenariati in tutto il settore sono fondamentali [17-20].

Il Paradigma dell'OST

I modelli di supporto tra pari gestiti da NUAA avevano base in cliniche specializzate in OST. Una breve sintesi del contesto OST è utile. Spesso l'ambiente in cui l'OST viene realizzato nello stato del NSW è composto da servizi sanitari altamente regolamentati ma gli altri servizi a supporto di PWID, di solito, non sono offerti, a differenza delle cliniche del Nord America, come OASIS, che offrono una gamma più estesa e completa di servizi per i tossicodipendenti. Questo regolamento, intensivo e rigido, è potenzialmente problematico riguardo ai programmi di trattamento per HCV, perché i rapporti tra molti clienti OST e la propria clinica non sono ottimali e ciò potrebbe scontrarsi con le esigenze terapeutiche di un trattamento di successo dell'HCV [6, 26]. Le prime valutazioni fatte da 1 sito di peer support HCV mostrano che alcuni degli stessi membri del personale della clinica OST dubitano dell'idoneità delle cliniche che svolgono il ruolo di fornitori di OST in merito alla gestione anche del trattamento per HCV [26], dato che le cliniche OST sono spesso colpevoli di discriminazione sistematica e strutturale [6, 9, 26]. Questa discriminazione è a volte invisibile per il personale, ma ben visibile ai clienti [26]. In Australia, c'è un mix di cliniche private a pagamento e cliniche pubbliche gratuite. I modelli gestiti dalla NUAA sono stati offerti a tutte le tipologie di cliniche.

Componenti chiave

In collaborazione con l'Università del New South Wales, come parte di un ampio studio per valutare il trattamento dell'HCV e la diffusione tra PWID nei setting OST, NUAA ha sviluppato 2 modelli di cura, controllati dalla comunità, a Sydney e Newcastle, in Australia [18-20]. La "Campagna Fegato Sano" sviluppata dall'organizzazione per la Riduzione del Danno di Victoria (HRV), in Australia, è stata sviluppata in collaborazione con un centro di salute primaria[17].

I modelli sono composti di peer operator (PSW) unicamente attraverso il supporto uno-a-uno nella valutazione e nel trattamento dell'HCV. I peer operator (PSW) erano membri di un team multidisciplinare mirato ad agevolare il reclutamento al trattamento e a migliorare l'aderenza e il sostegno allo stesso [17]. I ruoli dei peer operator (PSW) variavano a seconda dei modelli di servizio e alle relative restrizioni, ma tutti fornivano supporto durante la fase di valutazione e il trattamento, una prospettiva peer allo staff e un ruolo di mediazione per gli utenti del servizio [17-20]. I modelli NUAA sviluppati a vantaggio dello studio del trattamento di epatite C in terapia sostitutiva da oppiacei (ETHOS) si differenziano per la natura del rapporto tra pari, tra peer operator (PSW) e tra utenti dei servizi. Presso il sito regionale, una clinica pubblica gratuita, il peer operator (PSW) non è un paziente della clinica ed è considerato alla stregua di un membro del team di servizio, che assiste nel sostenere l'accesso a esami del sangue e ai servizi clinici. Ciò è molto simile al modello HLC HRV. Alla clinica privata metropolitana, che fa parte dello Studio ETHOS, i clienti del servizio sono impiegati come peer operator (PSW), e questo influisce sul ruolo che essi stessi sono liberi di intraprendere. Il supporto clinico che viene fornito nel contesto regionale non è disponibile a causa di vincoli alla libertà di movimento in clinica dei clienti di tali servizi. L'operatore pari del NUAA opera dalla sala d'attesa della clinica, dove le persone sono in coda per ricevere la terapia farmacologica. Qui, gli operatori pari (PSW) trattengono sessioni informative, l'arruolamento nello studio di coorte, le azioni di promozione della salute, e una serie di attività per la valutazione e il trattamento dell'HCV [20].

Formazione e assistenza

Gli operatori pari (PSW) sono stati impiegati in tutti e 3 i modelli, addestrati e supervisionati dall'organizzazione locale di consumatori di droga. Presso il sito dove gli operatori pari (PSW) erano anche clienti del servizio, la NUAA ha garantito 2 PSW che sono sempre stati utilizzati insieme, per offrire un sostegno reciproco tra pari. Le restrizioni per questi lavoratori sono state superiori a quelle per i PSW impiegati in altri siti, i quali hanno goduto di un maggiore accesso e facevano parte di un team multidisciplinare [20]. Così, all'interno dello stesso progetto e con le stesse mansioni, gli operatori pari (PSW) di un sito sono stati trattati diversamente da quelli di un altro sito perché erano clienti del servizio, nonostante il fatto, che questa fosse l'unica vera differenza tra PSW. Anche se questi erano lavoratori pagati, nell'ambito di un progetto di ricerca, supervisionati e gestiti, molto apprezzati dal progetto esterno, il loro status all'interno del sito è stato emarginato perché erano, in fondo, clienti. È interessante notare come la cabina di regia coincideva ancora, esattamente con l'organizzazione e le sue esigenze [20]. La NUAA ha fornito formazione iniziale e continua, nonché la vigilanza per gli operatori pari (PSW) NUAA [20].

I problemi che sono sorti con il modello con i peer operator, tra cui a volte sentirsi soli e isolati in clinica così come sensazione di sfida essendo previsto che i peer operator dovessero condividere informazioni che potevano essere stato per la OST di una persona, come ad esempio, la divulgazione del consumo di droga [17]. In ogni sito, le valutazioni hanno chiaramente dimostrato che gli utenti del servizio hanno avuto forti relazioni con gli operatori pari (PSW) e che questi

rapporti diminuito i timori in merito al trattamento anti-HCV e reso la partecipazione più probabile [17-20]

Risultati

La narrazione della trasformazione generata è forte in tutto i modelli di servizio; tuttavia, si riferisce unicamente al cliente o al PSW. Una differenza fondamentale con i risultati dei modelli comunitari di sostegno tra pari è l'aggiunta di un grado di trasformazione da parte dei fornitori di servizi. Mentre non vi è evidenza di trasformazioni dei clienti che si verifica attraverso i siti ETHOS [19], le attuali cliniche sono cambiate notevolmente nel corso del tempo. Al modello di supporto tra pari è stato riconosciuto di aver trasformato i servizi e in seguito le esperienze degli utenti del servizio, in particolare nei giorni in cui si è sperimentato il progetto HCV. Come ha detto un utente del servizio che è stato intervistato: "Penso che questo posto abbia migliorato al di là di ciò che si può vedere per quanto riguarda il sentimento, l'atmosfera del luogo," cosa che è confermata da un membro del personale che afferma, "l'atmosfera cambia [quando gli operatori pari (PSW) sono presenti]. E tutti sono di buon umore. "Lo staff ha, inoltre, accreditato il servizio mostrando interesse al benessere complessivo dei clienti e il proprio coinvolgimento nella loro salute [19]. Quando un PSW, dopo il servizio, ha installato un TV e un lettore DVD nella sala d'attesa , "[i clienti] hanno visto [la clinica] restituire qualcosa e non solo prendere [le tasse sul dosaggio] tutto il tempo" [20].

L'importanza di questa trasformazione rimane semplicemente che le persone hanno iniziato effettivamente a vedere il servizio come un luogo cui potrebbero accedere più che per di una dose giornaliera. Gli operatori pari (PSW) erano chiaramente visti come compagni e come agenti di cambiamento dagli utenti del servizio. Un PSW ha osservato, "Mi piace che abbiamo i nostri coetanei. ... Per uno come me ... invece di avere lì un libro di testo c'è una persona, io ascolto di più [rivolto ai PSW] ... perché loro sono stati lì e hanno fatto ... ciò che io sto ancora facendo ... sai le persone potrebbero non essere interessate, ma affondano lentamente. ... E io penso che sia una grande idea rispetto alle persone che ancora stanno facendo il dosaggio "[19]. Questa identificazione con l'operatore pari (PSW) è stato anche chiarito nella valutazione del modello HLC [17].

Come per il modello HLC, gli operatori pari (PSW) ETHOS sono stati seguiti dall'organizzazione di consumatori di droga. Questo è stato fondamentale, e anche una sfida. Nello sforzo tra una serie di partner e le parti interessate, la comunicazione è fondamentale per garantire che tutte le persone coinvolte abbiano la stessa comprensione del progetto, dove stanno andando e come arrivarci. I veri partenariati, basata soprattutto sulla fiducia sono cresciuti tra i lavoratori pari, i servizi, NUAA, e ricercatori, e queste collaborazioni hanno permesso di affrontare le sfide onestamente e rapidamente [20].

DISCUSSIONE

Il sostegno reciproco per le persone con una storia di stupefacenti per via parenterale in fase di valutazione da HCV e trattamento offre una serie di vantaggi sia per gli individui sia per i servizi coinvolti. Mentre i 6 modelli recensiti sono tutti nominalmente sul supporto tra pari per le persone che svolgono la valutazione e il trattamento HCV, qualsiasi confronto deve essere fatto nel contesto del trattamento e del servizio di consegna. I modelli nordamericani sono costruiti su servizi basati sulla comunità, sono flessibili, reattivi e lavorano sui principi della riduzione del danno [21-23]. I modelli australiani, d'altra parte, si trovano in un ambiente altamente regolamentato con barriere strutturali intrinseche [26].

I modelli di servizio generati si sono evoluti in ambienti favorevoli a, o che già offrono, gruppi di supporto da uso di sostanze [21, 25]. È chiaro che vi era già un coinvolgimento dei pari, significativo in tutti i siti, ma i parametri dei modelli di supporto tra pari sono impostati in gran parte dai servizi. Nei modelli controllati dalla comunità, i pari impostano i parametri di questi modelli, e in questi ambienti regolamentati, è inevitabile che questi parametri possano includere cambiamenti nel servizio.

Nei modelli controllati dalla comunità il livello d'identificazione tra lavoratori pari e utenti dei servizi è molto elevato [17]. Da ciò nasce la capacità di superare la diffidenza che molti utenti sentono nei confronti dei servizi OST [19] e offrono un supporto intensivo per le persone con maggiori problematiche. Tuttavia, i lavoratori pari in entrambi i siti HLC e ETHOS erano outsiders del servizio, e la loro netta identificazione con gli utenti del servizio può portare a sentimenti di isolamento [17], nonché cameratismo [19]. I lavoratori pari nel sito ETHOS sono stati trattati in modo diverso, in considerazione del loro status di cliente, la stessa qualità che li rende dei peer. Andrebbe intrapresa un'indagine sull'impatto di tali questioni.

I modelli di servizio generati sono stati molto efficaci nel gestire un gran numero di clienti [21] e ben accolti da coloro che già erano pronti alla condivisione e a un modello di approccio di gruppo [25]. Le phone-line di supporto tra pari sono comuni al di fuori del trattamento dell'HCV. Esistono alcuni esempi del settore, e il loro impatto dovrebbe essere ulteriormente valutato.

Modelli di supporto tra pari costituiscono un approccio efficace sia in termini di valutazione e captazione del trattamento sia in termini di trasformazione individuale e, a volte, del servizio. Dove c'è il supporto di risorse, i pari possono pianificare in modo indipendente e attuare modelli di supporto come partner alla pari. Le barriere organizzative, in particolare in ambienti OST altamente regolamentati, devono essere diminuiti per consentire a questi partenariati effettiva parità.

Inoltre, la ricerca guidata da pari (peer-driven) e la partecipazione equa allo sviluppo della ricerca dovrebbero essere ulteriormente adottate per garantire che le esigenze delle organizzazioni di

operatori pari (PSW) e pari siano meglio comprese e che i modelli di supporto tra pari possano essere abbinati in modo efficace ai modelli di servizio.

Bibliografia:

- [1] Shepard CW, Finelli L, Alter MJ .
Global epidemiology of hepatitis C virus infection. *The Lancet Infectious Diseases* 2005;5:558-67.
[CrossRefMedlineWeb of ScienceGoogle Scholar](#)
- [2] Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, et al.
Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet* 2011;378:571-83.
[CrossRefMedlineWeb of ScienceGoogle Scholar](#)
- [3] Dore GJ.
The changing therapeutic landscape for hepatitis C. *The Medical Journal of Australia* 2012;196:629-32.
[CrossRefMedlineWeb of ScienceGoogle Scholar](#)
- [4] Grebely J, Tyndall MW.
Management of HCV and HIV infections among people who inject drugs. *Current Opinion in HIV and AIDS* 2011;6:501-7.
[CrossRefWeb of ScienceGoogle Scholar](#)
- [5] Merrill JO, Rhodes LA, Deyo RA, Marlatt GA, Bradley KA.
Mutual mistrust in the medical care of drug users: the keys to the “narc” cabinet. *Journal of General Internal Medicine* 2002;17:327-33.
[CrossRefMedlineWeb of ScienceGoogle Scholar](#)
- [6] Rance J, Newland J, Hopwood M, Treloar C.
The politics of place(ment): problematising the provision of hepatitis C treatment within opiate substitution clinics. *Social Science & Medicine* 2012;74:245-53.
[CrossRefMedlineWeb of ScienceGoogle Scholar](#)
- [7] Dimova RB, Zeremski M, Jacobson IM, Hagan H, Des Jarlais DC, Talal AH.
Determinants of hepatitis C virus treatment completion and efficacy in drug users assessed by meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases* 2013;56:806-16.
[Abstract/FREE Full Text](#)
- [8] Edlin BR, Carden MR.
Injection drug users: the overlooked core of the hepatitis C epidemic. *Clinical Infectious Diseases* 2006;42:673-6.
[FREE Full Text](#)
- [9] Hopwood M, Treloar C.
The drugs that dare not speak their name: injecting and other illicit drug use during treatment for hepatitis C infection. *The International Journal on Drug Policy* 2007;18:374-80.

CrossRefMedlineWeb of ScienceGoogle Scholar

[10] Hopwood M, Treloar C.

The 3D project: diagnosis, disclosure, discrimination & living with hepatitis C. National Centre in HIV Social Research, University of New South Wales, Australia. 2003.

Google Scholar

[11] Stigma and discrimination around HIV and HCV in healthcare settings: Australasian society for HIV medicine and the national centre in HIV social research. 2012.

[12] Doab A, Treloar C, Dore GJ.

Knowledge and attitudes about treatment for hepatitis C virus infection and barriers to treatment among current injection drug users in Australia. Clin Infect Dis 2005;40(Suppl 5):S313-20.

Abstract/FREE Full Text

[13] Parent N, Fortin F.

A randomized, controlled trial of vicarious experience through peer support for male first-time cardiac surgery patients: impact on anxiety, self-efficacy expectation, and self-reported activity. Heart & Lung : The Journal of Critical Care 2000;29:389-400.

CrossRefMedlineWeb of ScienceGoogle Scholar

[14] Wilson W, Pratt C.

The impact of diabetes education and peer support upon weight and glycemic control of elderly persons with noninsulin dependent diabetes mellitus (NIDDM). American Journal of Public Health 1987;77:634-5.

CrossRefMedlineWeb of ScienceGoogle Scholar

[15] Hoey LM, Ieropoli SC, White VM, Jefford M.

Systematic review of peer-support programs for people with cancer. Patient Education and Counseling 2008;70:315-37.

CrossRefMedlineWeb of ScienceGoogle Scholar

[16] Pearson CR, Micek MA, Simoni JM, et al.

Randomized control trial of peer-delivered, modified directly observed therapy for HAART in Mozambique. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2007;46:238-44.

CrossRefMedlineWeb of ScienceGoogle Scholar

[17] Norman J, Walsh NM, Mugavin J, et al.

The acceptability and feasibility of peer worker support role in community based HCV treatment for injecting drug users. Harm Reduction Journal 2008;5:8.

CrossRefMedlineGoogle Scholar

[18] Alavi M, Grebely J, Micallef M, et al.

Assessment and treatment of hepatitis C virus infection among people who inject drugs in the opiate substitution setting: the ETHOS study. Clin Infect Dis 2013. In Press.

Google Scholar

[19] Rance J, Treloar C.

Integrating Treatment: Key findings from a qualitative evaluation of the Enhancing Treatment of Hepatitis C in Opiate Substitution Settings (ETHOS) study. Sydney: National Centre in HIV Social Research; 2012.

Google Scholar

[20] Musgrove SM.

Brussels, Belgium; 2011. NUAA's ETHOS Projects: The story of a hep C peer support worker & his clinic. 2nd International Symposium on Hepatitis in Substance Users.

Google Scholar

[21] Sylvestre DL, Zweben JE.

Integrating HCV services for drug users: a model to improve engagement and outcomes. The International Journal on Drug Policy 2007;18:406-10.

CrossRefMedlineWeb of ScienceGoogle Scholar

[22] Stein MR, Soloway IJ, Jefferson KS, Roose RJ, Arnsten JH, Litwin AH.

Concurrent group treatment for hepatitis C: implementation and outcomes in a methadone maintenance treatment program. Journal of Substance Abuse Treatment 2012;43:424-32.

CrossRefMedlineGoogle Scholar

[23] Grebely J, Knight E, Genoway KA, et al.

Optimizing assessment and treatment for hepatitis C virus infection in illicit drug users: a novel model incorporating multidisciplinary care and peer support. European Journal of Gastroenterology & Hepatology 2010;22:270-7.

CrossRefMedlineWeb of ScienceGoogle Scholar

[24] Charlebois A, Lee L, Cooper E, Mason K, Powis J.

Factors associated with HCV antiviral treatment uptake among participants of a community-based HCV programme for marginalized patients. Journal of Viral Hepatitis 2012;19:836-42.

CrossRefMedlineGoogle Scholar

[25] Galindo L, Maginnis T, Wallace G, Hansen A, Sylvestre D.

Education by peers is the key to success. The International Journal on Drug Policy 2007;18:411-6.

CrossRefMedlineWeb of ScienceGoogle Scholar

[26] Treloar C, Newland J, Rance J, Hopwood M.

Uptake and delivery of hepatitis C treatment in opiate substitution treatment: perceptions of clients and health professionals. Journal of Viral Hepatitis 2010;17:839-44.

CrossRefMedlineGoogle Scholar