

Virginia Casigliani, Guglielmo Arzilli, Lara Tavoschi, Ruggero Giuliani, Marco Del Riccio

L'intervento dell'eliminazione dell'HCV in carcere, realizzato a Milano, può rappresentare un modello per altri istituti carcerari.

“I detenuti sono la comunità. Vengono dalla comunità e li ritornano. La protezione delle persone che vivono in carcere è la protezione della comunità”. Con questa dichiarazione di UNAIDS inizia l'articolo pubblicato il giugno scorso su *Lancet*, che fa il punto sulla gestione della salute dei detenuti nelle carceri europee[1]. L'occasione per questa riflessione è stata data dall'impegno profuso dall'Unione Europea (UE) nella la produzione di linee guida per la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive in carcere[2]. Nonostante i miglioramenti degli ultimi 15 anni, la tutela della salute delle persone in regime di detenzione, ben più di mezzo milione in UE, rimane una sfida da vincere. Come illustrato nell'articolo, le criticità riguardano sia le caratteristiche di questa particolare popolazione sia l'organizzazione stessa dei servizi sanitari in tale contesto.

I detenuti costituiscono un gruppo ad alto rischio per le malattie infettive, in particolare epatiti virali (HBV e HCV), HIV, malattie sessualmente trasmesse e tubercolosi. Essi infatti rappresentano una popolazione fragile, spesso socialmente svantaggiata, che ha difficoltà di accesso alle cure. Particolarmente significativi sono i dati riguardo l'abuso di sostanze o la tossicodipendenza, che sono incredibilmente più elevati in carcere rispetto alla comunità: si stima che il problema riguardi il 30% dei detenuti di sesso maschile ed il 50% di sesso femminile[3]. L'uso di droghe per via intravenosa rappresenta una delle principali modalità di trasmissione per le epatiti virali (HBV e HCV) e per l'HIV. Evidenze sul carico delle malattie infettive in carcere sono tuttavia scarse a causa dell'assenza di un sistema di monitoraggio e della limitata attività di ricerca condotta in questo ambito; dai dati presenti appare comunque chiaro che la prevalenza di epatiti virali ed HIV sia molto maggiore nella popolazione carceraria rispetto alla comunità. Soltanto per la tubercolosi (TB) è presente in tutta Europa una raccolta dati sistematica, che mostra anche in questo caso come la TB, sia nella forma attiva che in quella latente, si riscontri con maggiore frequenza fra le persone in carcere. Ad una complessa situazione epidemiologica si uniscono delle importanti carenze strutturali, fra cui il sovraffollamento, la scarsità delle infrastrutture, l'inadeguatezza dei servizi sanitari e il ritardo nelle diagnosi.

In Italia il quadro è simile a quello europeo: al 30 aprile 2019 erano presenti nelle carceri italiane circa 60 mila detenuti, nonostante siano disponibili solo 50 mila posti letto[4]. Dal 2008 l'assistenza sanitaria in carcere è di competenza del Sistema

Sanitario Nazionale, ma sono ancora molti gli interventi da fare per garantire un servizio pari a quello offerto in comunità: è presente solo un medico ogni 315 detenuti, ben al di sotto del rapporto 1 a 200 previsto dalla legge. I dati epidemiologici sono inoltre scarsi e non sono presenti interventi preventivi e di assistenza sistematici[5]. Secondo le ultime statistiche del 2014, le malattie psichiatriche sono quelle che affliggono maggiormente le persone in carcere, ben il 40%, mentre l'11,5% dei detenuti è colpito da malattie infettive e parassitarie, in primis da HCV (7,4%)[6].

Negli ultimi anni, tanto in Italia quanto nel resto della comunità europea, si è iniziato a riconoscere l'importanza per la salute pubblica di intervenire in modo efficace nel contesto carcerario. Due sono i principali fattori che dovrebbero guidare un maggiore impegno per garantire servizi sanitari di elevata qualità in carcere: il principio di equità e la protezione della comunità. Il carcere rappresenta ancora oggi un luogo dove si concentra e moltiplica la malattia, ma può diventare occasione di diagnosi e trattamento, di educazione ad abitudini di vita più sane, mediante interventi che si configurano utili a tutti gli effetti tanto per la popolazione all'interno del carcere quanto per la comunità di cui queste persone torneranno a far parte.

Gli obiettivi OMS e l'esempio virtuoso

Nel 2016 l'OMS ha fissato come obiettivo l'eliminazione del virus HCV entro il 2030[7]. Grazie allo sviluppo di una terapia farmacologica efficace, i nuovi agenti antivirali diretti (DAAs), il traguardo appare concretizzabile. Risulta essenziale, anche e soprattutto per questo, non trascurare le sottopopolazioni a maggior rischio, in particolare quella carceraria, nelle quali prevenzione e trattamento dell'epatite C possono essere fondamentali per raggiungere questo obiettivo. Il trattamento e la cura dei detenuti permettono, oltre a garantire equità ed inclusione con il resto del SSN, di operare un intervento di prevenzione primaria atta a ridurre il rischio di contagio una volta che i detenuti siano tornati all'interno della comunità. Su questa linea è stata costruita la strategia di *test and treat* promossa dai responsabili dei presidi medici delle principali carceri di Milano, i dottori Ruggero Giuliani, Teresa Sebastiani e Roberto Ranieri. I risultati sull'andamento del trattamento dell'HCV nel biennio 2017-2018 nel carcere di detenzione di Opera e nel centro di detenzione preprocessuale San Vittore, presentati alla conferenza italiana sull'AIDS e sulla ricerca sui farmaci antivirali (ICAR 2019) lo scorso giugno a Milano[8], mostrano un aumento della copertura del trattamento con i DAAs e una significativa diminuzione del pool di individui viremici. Lo screening per HCV è stato offerto a tutti i detenuti, raggiungendo un alto tasso di copertura in entrambi gli anni (**Tabella 1**).

Tabella 1. Dati su screening e trattamento nel 2017 e 2018.

Data	2017	2018
Totale individui in regime di detenzione	2366	2369
Età media	41	41
Soggetti che hanno effettuato lo screening per HCV (% rispetto al totale)	2095 (88,5%)	2106 (88,9%)
Soggetti con sierologia positiva per HCV (% rispetto ai soggetti che hanno effettuato lo screening)	212 (10,1%)	194 (9,2%)
Soggetti sottoposti a test di ricerca dell'RNA virale (% rispetto ai positivi al test di screening)	192 (90,6%)	192 (99%)
Soggetti con carica virale positiva (HCV RNA +) (% rispetto ai soggetti sottoposti alla ricerca dell'RNA virale)	41 (21,4%)	13 (6,7%)
Soggetti con infezione risolta (HCV RNA -) (% rispetto ai soggetti sottoposti alla ricerca dell'RNA virale)	151 (78,6%)	93,2% (179)
Soggetti che hanno iniziato la terapia con DAAs (% rispetto ai soggetti con carica virale positiva)	90 (42,4%)	106 (54,6%)
Soggetti che hanno concluso terapia con DAAs	60/90	101/106
Soggetti clinicamente guariti dopo terapia con DAAs (SVR 12)	38/60	77/101
Soggetti con ricaduta post terapia	1/90	0/106

Nel dettaglio, vediamo come la copertura del test per l'identificazione degli individui con infezione cronica (HCV-RNA o NAT) è aumentata nel corso dei due anni negli oltre 2300 individui presenti (90,6% vs 99%). Le persone che sono risultate positive allo screening per HCV sono 212 e 194 rispettivamente nel 2017 e nel 2018. **Dopo questo intervento, il numero di persone che ha raggiunto la guarigione (SVR) è passato da 38 nel 2017 a 77 nell'anno successivo.**

Questo risultato ha dato un'importante conferma della riduzione del pool viremico e di conseguenza del rischio di trasmissione all'interno della popolazione

carceraria: a fine 2017 41 detenuti (19,3%) risultavano ancora viremici (Opera 21; San Vittore 20), mentre a fine 2018 erano soltanto 13 (6,7% - Opera 1; San Vittore 12), ivi

inclusi sia pazienti in corso di trattamento sia individui non trattati in seguito a rifiuto della terapia, spesso legato a condizioni psichiatriche. Bisogna inoltre considerare l'importanza per l'accesso alle cure di questo intervento: considerando i detenuti presenti in carcere a fine 2018, più del 70% delle persone con infezione cronica da HCV riportano di non essere state prese in carico da servizi specialistici prima dell'incarcerazione.

In questo scenario si dimostra come sia realizzabile un intervento efficace di *test and treat* e come si possa raggiungere in un breve lasso di tempo un risultato concreto in linea con l'obiettivo dell'OMS. Questo approccio non è esente da limiti e difficoltà, *in primis* l'alto turnover di detenuti nel centro di detenzione preventiva di San Vittore, ostacolo per l'inizio e la realizzazione efficace del trattamento.

La definitiva presa in carico da parte dell'apparato sanitario dei soggetti in carcere che necessitano di cure mediche rappresenta l'adempimento naturale dell'Articolo 32 della Costituzione Italiana, nel quale si sancisce la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. **L'intervento realizzato a Milano può rappresentare un modello per altri istituti carcerari in Italia ed in Europa**, adattando tale approccio alle caratteristiche specifiche di ognuno, al fine di raggiungere l'ambizioso ma sempre più realizzabile obiettivo della microeliminazione dell'HCV in carcere.

Virginia Giuliani - Dipartimento di Ricerca traslazione e delle nuove tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa

Lara Tavoschi - Dipartimento di Ricerca traslazione e delle nuove tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa

Guglielmo Arzilli - Dipartimento di Ricerca traslazione e delle nuove tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa

Ruggero Giuliani - Servizio di malattie infettive, Sistema Sanitario Penitenziario, Ospedale Universitario San Paolo, Milano

Marco Del Riccio - Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

Bibliografia

1. Tavoschi L, O'Moore É, Hedrich D. Challenges and opportunities for the management of infectious diseases in Europe's prisons: evidence-based guidance. *Lancet Infect Dis* 2019;19(7):e253-e258. doi: 10.1016/S1473-3099(18)30756-4.

2. European Centre for Disease Prevention and Control, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. [Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings – Prevention and control of communicable diseases in prison settings](#) [PDF: 1,7 Mb]. Stockholm: ECDC and EMCDDA, 2018.
3. Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction* 2017;112(10):1725-1739. doi: 10.1111/add.13877.
4. XV rapporto sulle condizioni di detenzione, Osservatorio Antigone, 2019
5. [Nelle carceri italiane 1 medico ogni 315 detenuti](#). ANSA, 16.03.2019
6. [La salute dei detenuti in Italia: uno studio multicentrico](#) [PDF. 2,8 Mb]. Agenzia Regionale Sanità, 2014.
7. WHO. [Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030](#)
8. [Abstract accettati come comunicazioni orali per l'11° Congresso Nazionale dell'Italian Conference on AIDS and Antiviral Research \(ICAR\)](#) [PDF: 194 Kb]. Milano, 5-7 Giugno 2019