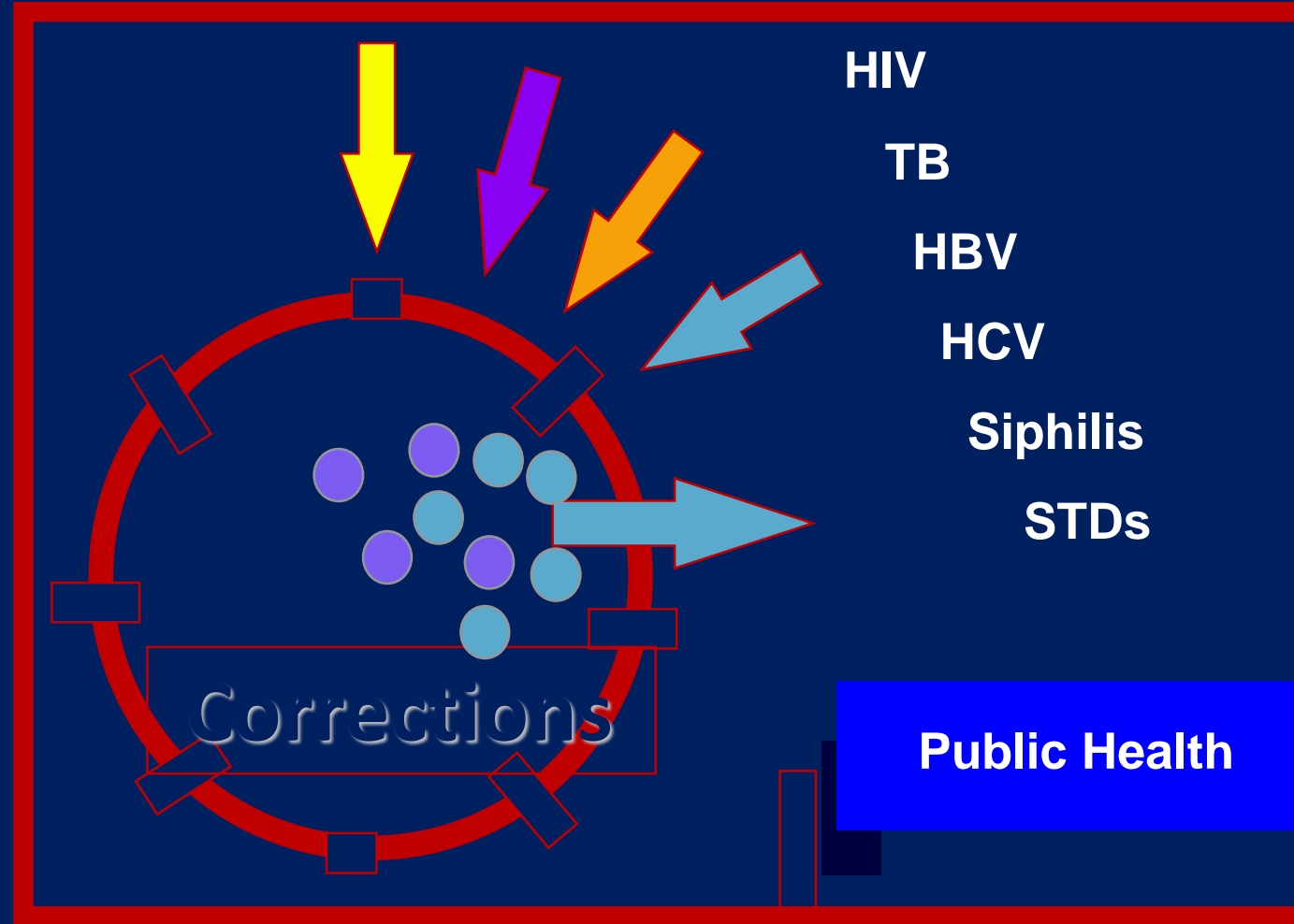


# Epatite C tra carcere e territorio: uguaglianze e diversità

Roberto Ranieri  
Istituti Penitenziari Milano  
Ospedale Santi Paolo e Carlo  
Roma 5 ottobre 2017

Trattare l'HCV in carcere è uguale che trattare HCV  
sul territorio?  
Cosa c'è in comune?

# Prison/Jail Walls = Semipermeable Membrane to the Infectious Diseases

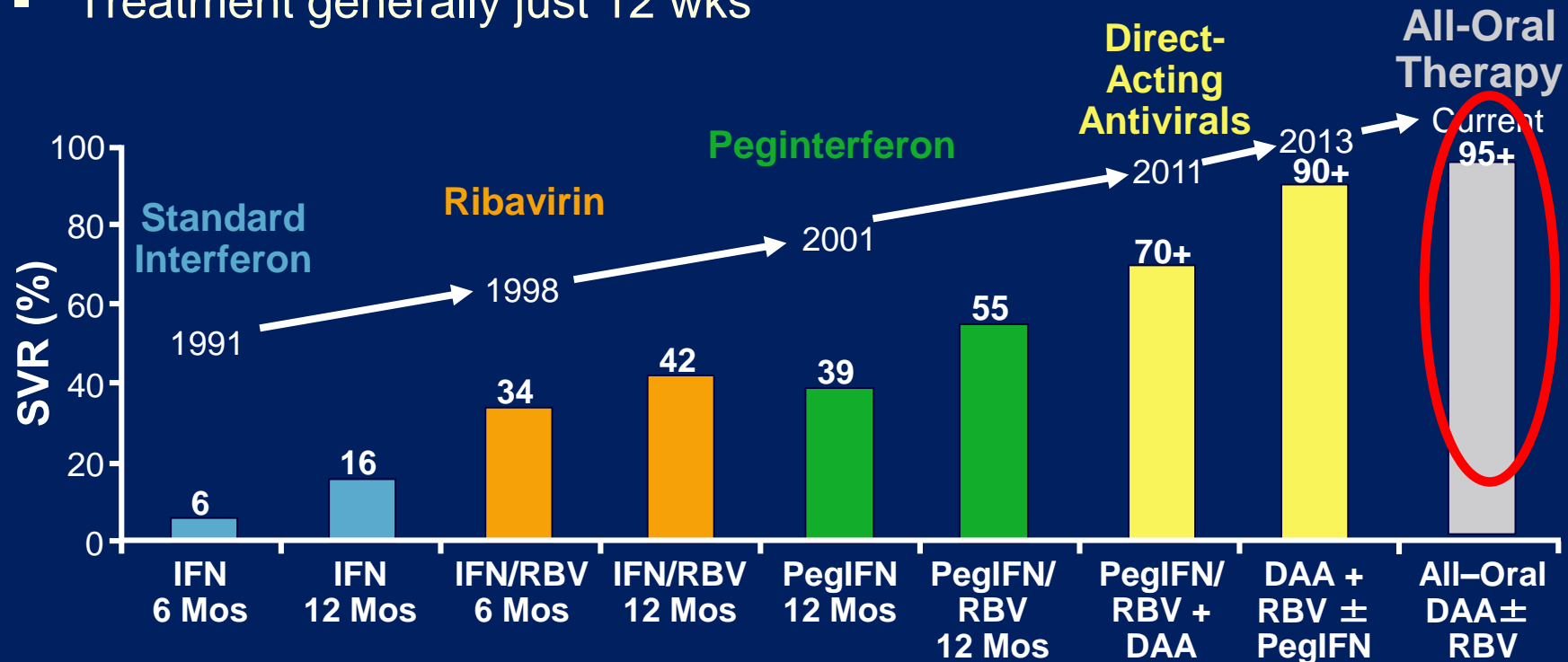


# Who Should Be Treated for HCV Infection?

- Short answer: everyone
- AASLD/IDSA: “the panel continues to recommend treatment for all pts with chronic HCV infection, except those with short life expectancies who cannot be remediated by treating HCV, by transplantation, or by other directed therapy”

# Nearly Everyone With HCV Can Now Be Treated Successfully

- Very high SVR rates; therapies highly tolerable
- All-oral therapy for almost every pt
- Treatment generally just 12 wks



**Tabella 1: Trattamento e durata raccomandati per tutti i genotipi di HCV**

Popolazione di pazienti <sup>a</sup>	Trattamento e durata
Pazienti senza cirrosi e pazienti con cirrosi compensata	Epclusa per 12 settimane  L'aggiunta di ribavirina può essere presa in considerazione per i pazienti con infezione da HCV di genotipo 1a compensata (vedere paragrafo 5.1).
Pazienti con cirrosi scompensata	Epclusa + ribavirina per 12 settimane

a. Include pazienti con co-infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) e pazienti con trapianto di fegato (vedere paragrafo 4.4).

**Tabella 1: terapia con ZEPATIER raccomandata per il trattamento dell'infezione da epatite C cronica in pazienti con o senza cirrosi compensata (solo Child-Pugh A)**

Genotipo HCV	Trattamento e durata
1a	ZEPATIER per 12 settimane  ZEPATIER per 16 settimane più ribavirina <sup>A</sup> deve essere considerato nei pazienti con livello di HCV RNA al basale > 800.000 UI/mL e/o presenza di polimorfismi specifici di NS5A che causano una riduzione di almeno 5 volte dell'attività di elbasvir al fine di minimizzare il rischio di fallimento del trattamento (vedere paragrafo 5.1).
1b	ZEPATIER per 12 settimane
4	ZEPATIER per 12 settimane  ZEPATIER per 16 settimane più ribavirina <sup>A</sup> deve essere considerato nei pazienti con livello di HCV RNA al basale > 800.000 UI/ml al fine di minimizzare il rischio di fallimento del trattamento (vedere paragrafo 5.1).

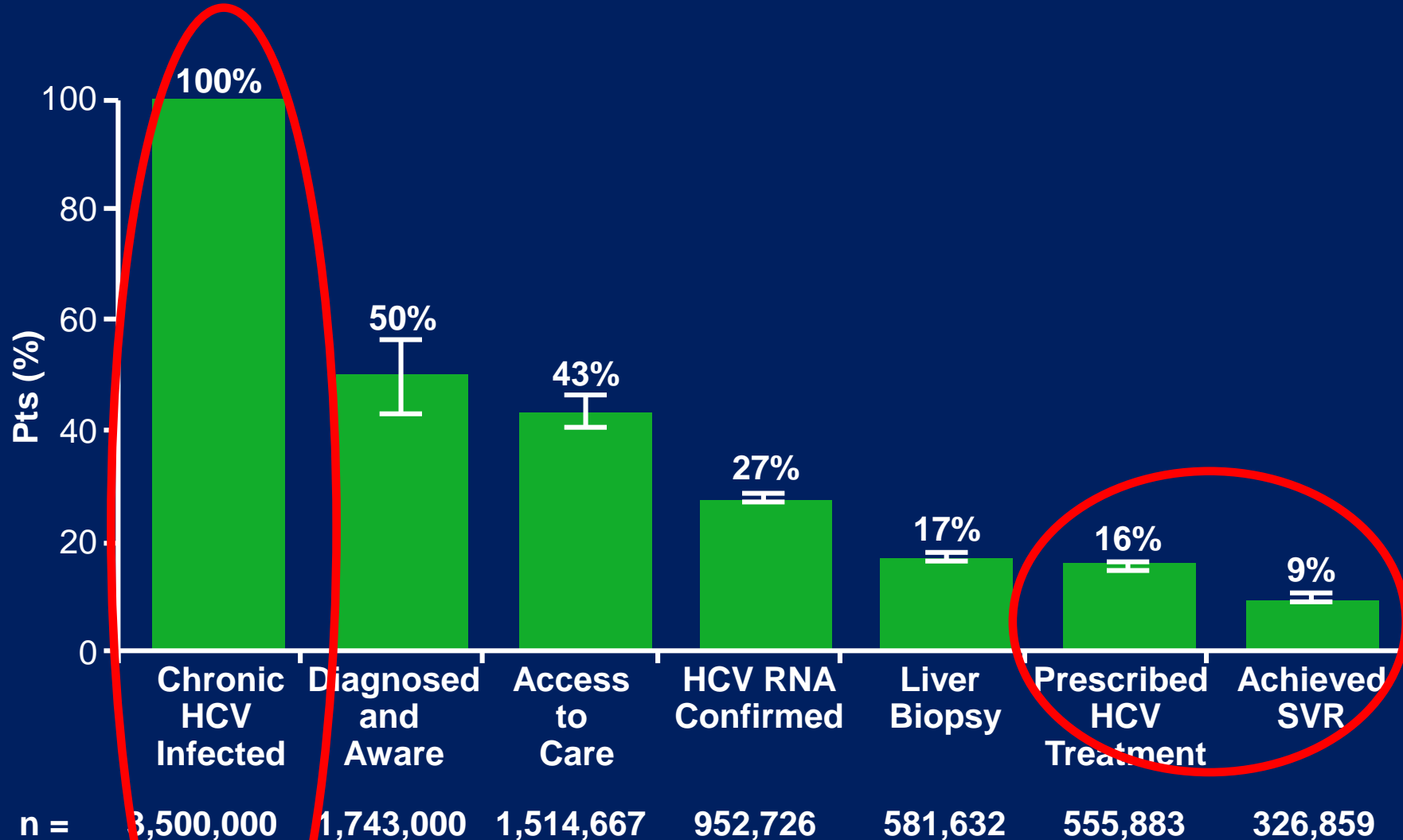
**Tabella 1. Medicinale(i) raccomandato(i) in associazione e durata del trattamento con Viekirax in base alla popolazione di pazienti**

Popolazione di pazienti	Trattamento <sup>a</sup>	Durata
Genotipo 1b, senza cirrosi	Viekirax + dasabuvir	12 settimane
Genotipo 1b, con cirrosi compensata	Viekirax + dasabuvir + ribavirina	12 settimane
Genotipo 1a, senza cirrosi	Viekirax + dasabuvir + ribavirina*	12 settimane
Genotipo 1a, con cirrosi compensata	Viekirax + dasabuvir + ribavirina*	24 settimane (vedere paragrafo 5.1)
Genotipo 4, senza cirrosi	Viekirax + ribavirina	12 settimane
Genotipo 4, con cirrosi compensata	Viekirax + ribavirina	24 settimane

**TRATTAMENTI HCV ATTUALMENTE DISPONIBILI**

**Quasi tutti 12 settimane !!! Ora anche 8: 28 settembre Maviter !!!**

# HCV in the US: Gaps in Current Practice

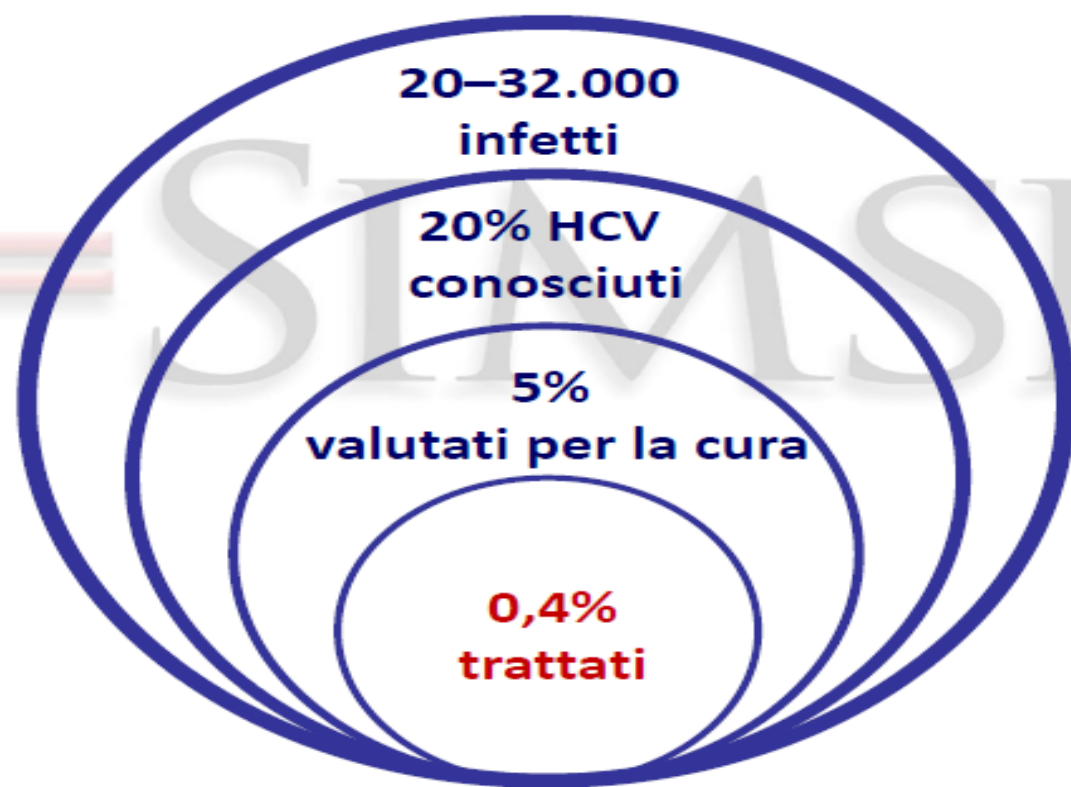


Yehia BF, et al. PLoS One. 2014;9:e101554.

# Pochi i pazienti HCV trattati

*(stime penitenziari italiani 2013)*

103.840 detenuti  
presenti nel 2014

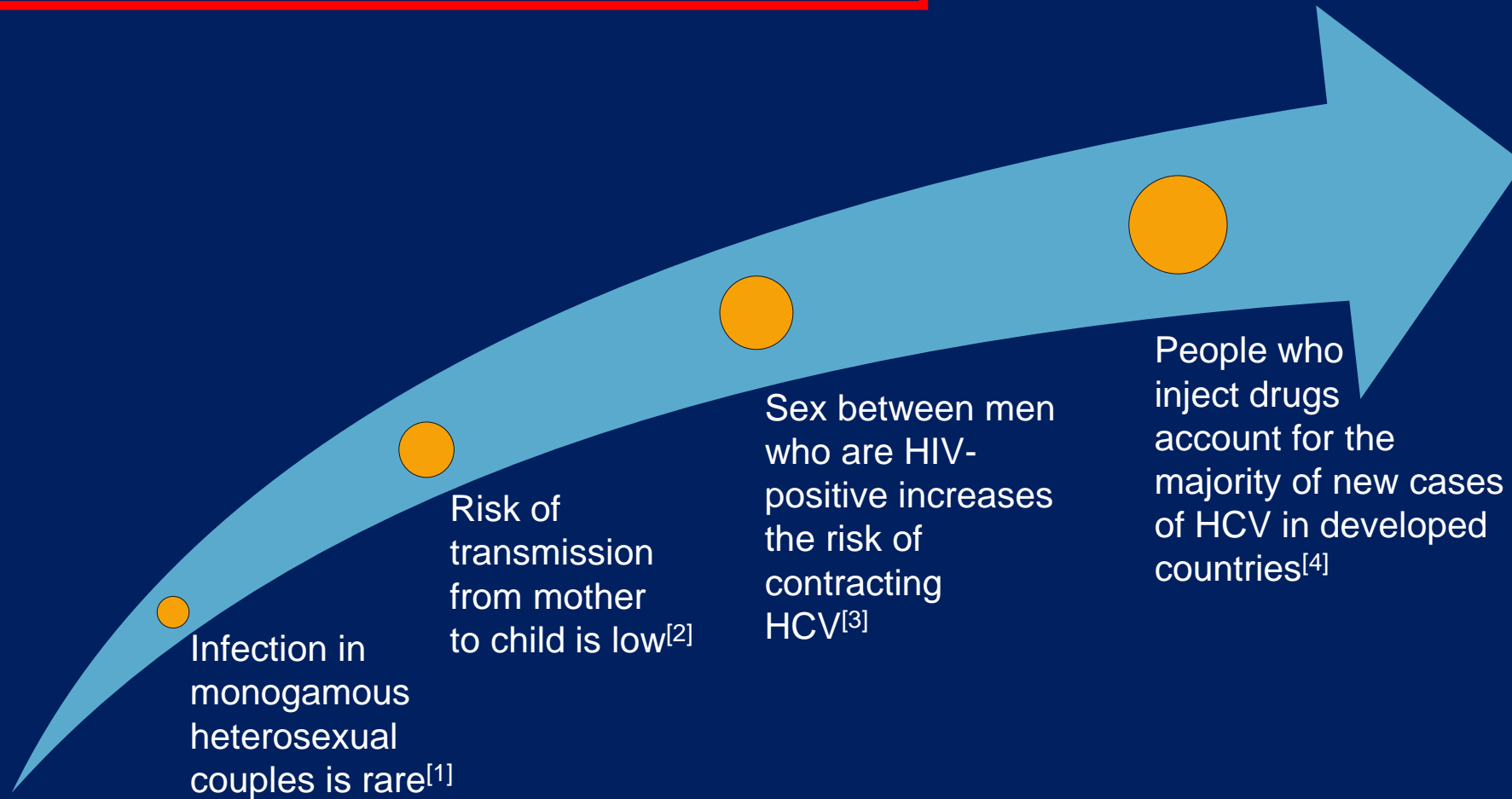


Stime SIMSPe non pubblicate



# Hepatitis C Is an INFECTIOUS Virus:

## Treatment as Prevention



1. Terrault NA, et al. Hepatology. 2013;57:881-899. 2. Thomas SL, et al. Int J Epidemiol. 1998;27:108-117. 3. Larsen C, et al. PLoS One. 2011;6:1-9. 4. Shepard CW, et al. Lancet Infect Dis. 2005;5:558-567.



Slide credit: [clinicaloptions.com](http://clinicaloptions.com)

# Eliminating HCV Is *Everyone's* Job

- Identify undiagnosed HCV
  - HCV rapid testing
  - Opiate replacement therapy
  - Syringe access
- Preventing infection and reinfection
  - Outreach and education
  - Safer injection counseling
  - Reinfection prevention counseling
- Treatment access and delivery
  - Linkage to HCV care
  - Access to HCV drugs
  - Primary care–based therapy
  - Methadone-based directly observed therapy
  - Access to specialty care

# Multiple Models of HCV Care Are Needed

- Primary care
- Community health centers
- Tertiary care clinics
- Drug and alcohol clinics
- Prisons



# What Tools Are Required

- Pathology services
- HCV disease staging
- HCV prescribing capacity
- Adherence education
- Specialist referral pathway
- Drug–drug interaction assessment

# Strategies for Increasing HCV Testing and Diagnosis

- Free on-site counseling and testing<sup>[1-3]</sup>
- Targeted case-finding<sup>[4]</sup>
- Risk-based assessment<sup>[5,6]</sup>
- Hepatitis Care Coordination with case management<sup>[7]</sup>
- Dried blood spot testing<sup>[8]</sup>
- Point-of-care testing<sup>[3]</sup>

▪1. Meyer JP, et al. Int J Drug Policy. 2015;26:922-935. 2. Sahajian F, et al. J Public Health (Oxf). 2011;33:182-192. 3. Morano JP, et al. J Community Health. 2014;39:922-934. 4. Cullen BL, et al. J Public Health (Oxf). 2012;34:14-23. 5. Drainoni ML, et al. Am J Public Health. 2012;102:e115-e121. 6. Litwin AH, et al. Dig Liver Dis. 2012;44:497-503. 7. Masson CL, et al. Am J Public Health. 2013;103:e81-e88. 8. Coats JT, et al. Int J Drug Policy. 2015;26:1050-1055.



Slide credit: [clinicaloptions.com](http://clinicaloptions.com)

Che cosa c'è di differente?

**REVIEW:**

**Hepatitis C virus infection and prisoners: Epidemiology, outcome and treatment**

Rosa Zampino, Nicola Coppola, Caterina Sagnelli, Giovanni Di Caprio, Evangelista Sagnelli

*World J Hepatol* 2015 September 28; 7(21): 2323-2330.

The studies on hepatitis C virus (HCV) infection in prison populations are few and mostly cross-sectional. We analyzed prevalently the articles appearing on PubMed in the last ten years. HCV infection is frequent in prisoners, prevalences ranging from 3.1% to 38% according to the HCV endemicity in the geographical location of the prison and in the countries of origin of the foreign prisoners and to the prevalence of intravenous drug use, which is the most important risk factor for HCV infection, followed by an older age of prisoners and previous prison terms. HCV replication in anti-HCVpositive cases varies from 45% to 90% in different studies, and the most common HCV genotypes are generally 1 and 3. The response to antiviral treatment is similar in prisoners to that of the general population. Unfortunately, treatment is administered less frequently to prisoners because of the difficulties in management and follow-up. The new directly acting antivirals offer a good therapy option for inmates because of their good efficacy, short duration of treatment and low incidence of side effects. The efforts of the prison authorities and medical staff should be focused on reducing the spread of HCV infection in prisons by extending the possibility of follow-up and treatment to more prisoners with chronic hepatitis C.

# Screening for HCV Infection in Jails

[JAMA Viewpoint – March 28, 2012]

- More than 7 million individuals passed through USA jails and prisons each year
- CDC estimated that 16% to 41% of US inmates had serological evidence of prior HCV exposure and 12% to 35% had chronic infection
- Only 25% to 35% of persons infected with HCV are aware of their condition
- It is possible that as many as 1.0 million persons with undiagnosed HCV infection might come in contact with the correctional system each year.



4.072 detenuti in 9 Istituti

- anti-HIV+ → 3,8%
- HBsAg+ → 5,3%
- anti-HCV+ → 32,8%
- Sierol. Lue+ → 2,3%

# POPOLAZIONE DETENUTA - CARATTERISTICHE

---

- ✓ Popolazione difficile da raggiungere e difficile da trattare: TD, abuso alcolico, migranti, patologie psichiatriche
- ✓ Elevata prevalenza di malattie infettive (HCV+ 33%, HBsAg+ 5%, HIV+ 4%, Lue+ 2%, PPD+ 22%); *Sagnelli 2012*
- ✓ Alto tasso di inconsapevolezza (20%); *Sagnelli 2012*
- ✓ Basso tasso di accettazione dello screening infettivologico (20 – 60%); *Sagnelli 2012*
- ✓ Comportamenti e/o situazioni a rischio: sovraffollamento, condivisione oggetti taglienti (es. lamette, rasoi), strumenti non sterili per tattoo, rapporti sex non protetti

**ELEVATO RISCHIO DI TRASMISSIONE DI MALATTIE INFETTIVE SIA IN  
CARCERE CHE SUL TERRITORIO DOPO IL RILASCIO**

# HIV HCV E HBV IN ITALIA: TERRITORIO VS CARCERE

---

## INFEZIONE DA HBV

✓ < 2% HBsAg + nella popolazione generale italiana; *AISF 2007*

✓ 2 – 6% HBsAg + negli Istituti penitenziari italiani; *Sagnelli 2012; Foschi 2015 unpub data*

## INFEZIONE DA HCV

✓ 3 – 10% HCV Ab + nella popolazione generale italiana – variabile a seconda delle aree geografiche; *AISF 2007*

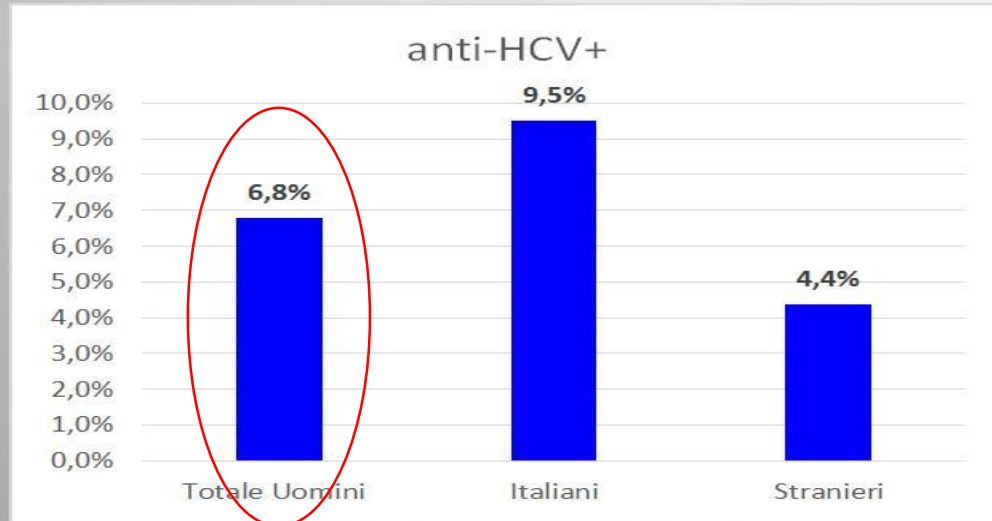
✓ 3 – 35% HCV Ab + negli Istituti penitenziari italiani; *Sagnelli 2012; Foschi 2015 unpub data*

# Prevalenza di anti-HCV pos in italiani e stranieri

UOMINI

San Vittore

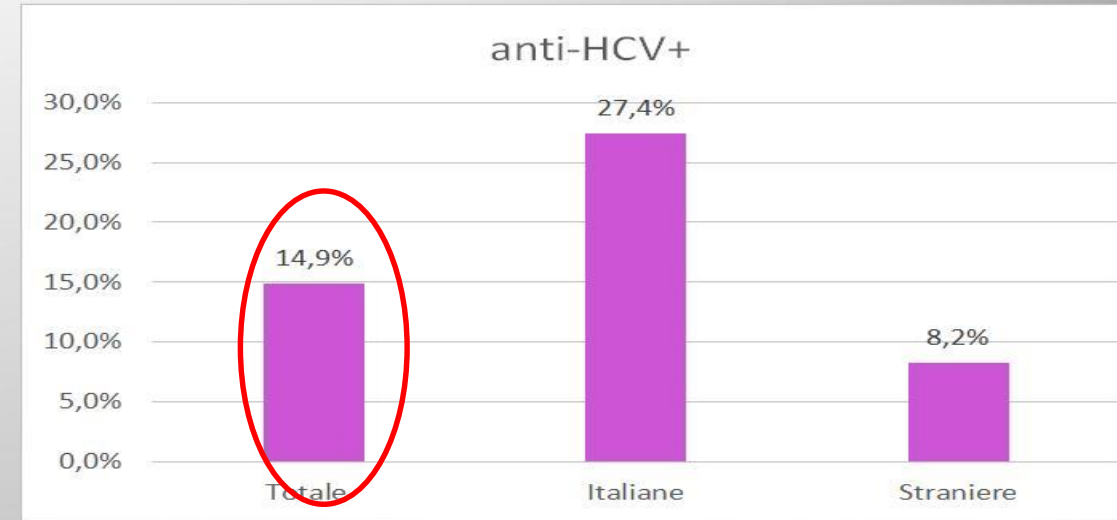
DONNE



N=3120

N=1470

N=1650

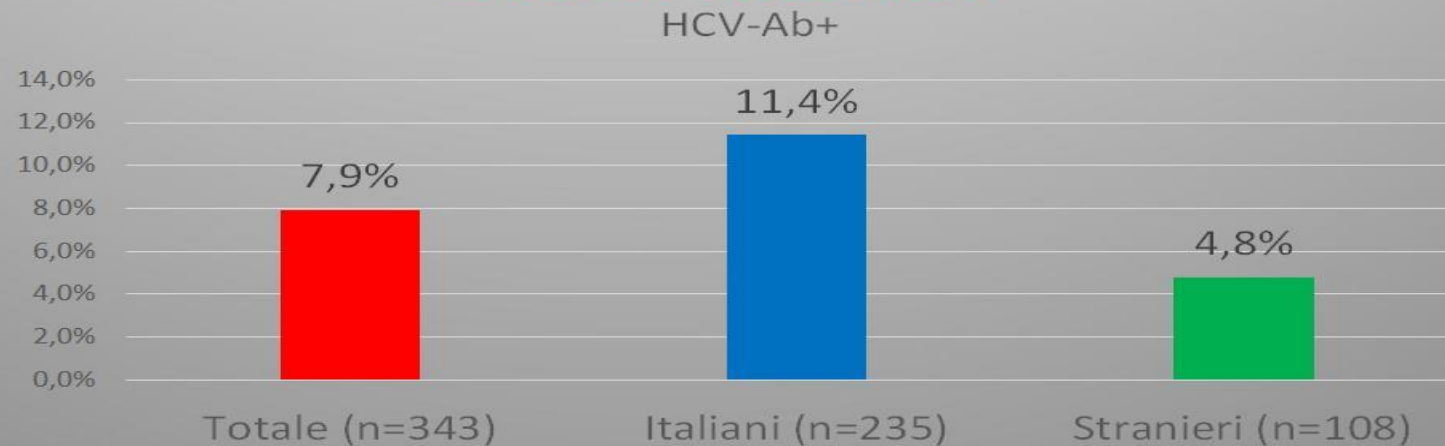


N=261

N=91

N=170

Carceri milanesi

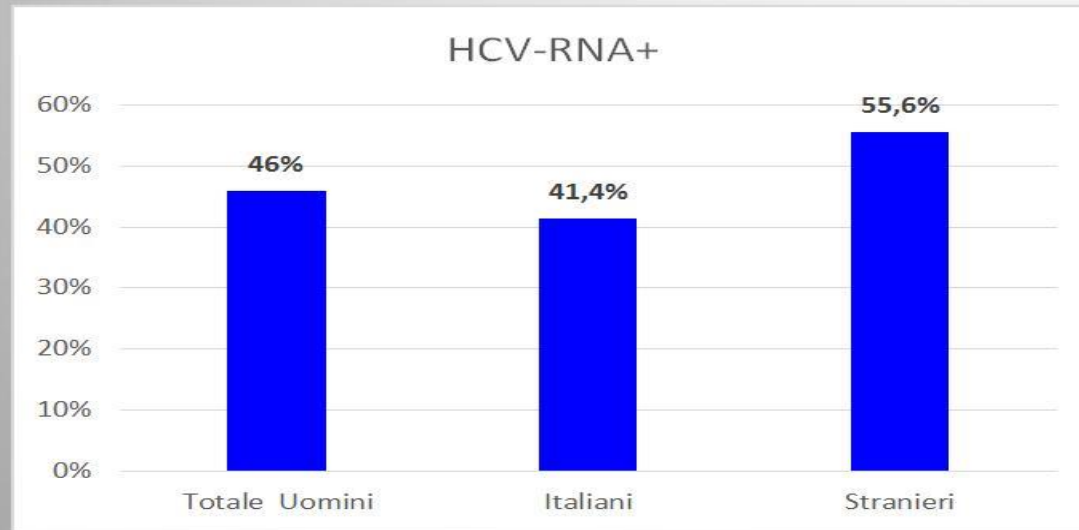


# Prevalenza di HCV-RNA pos in italiani e stranieri

UOMINI

San Vittore

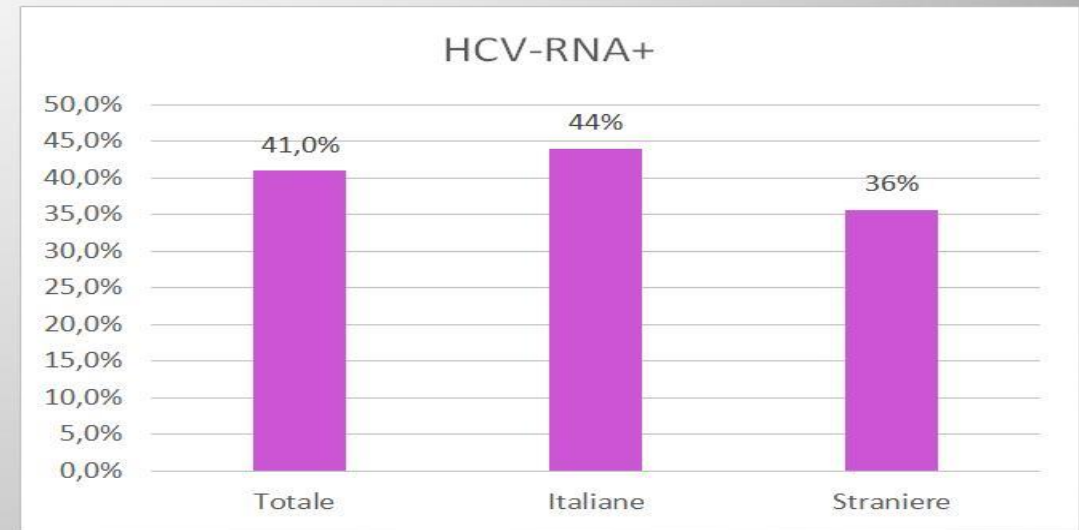
DONNE



N=212

N=140

N=72



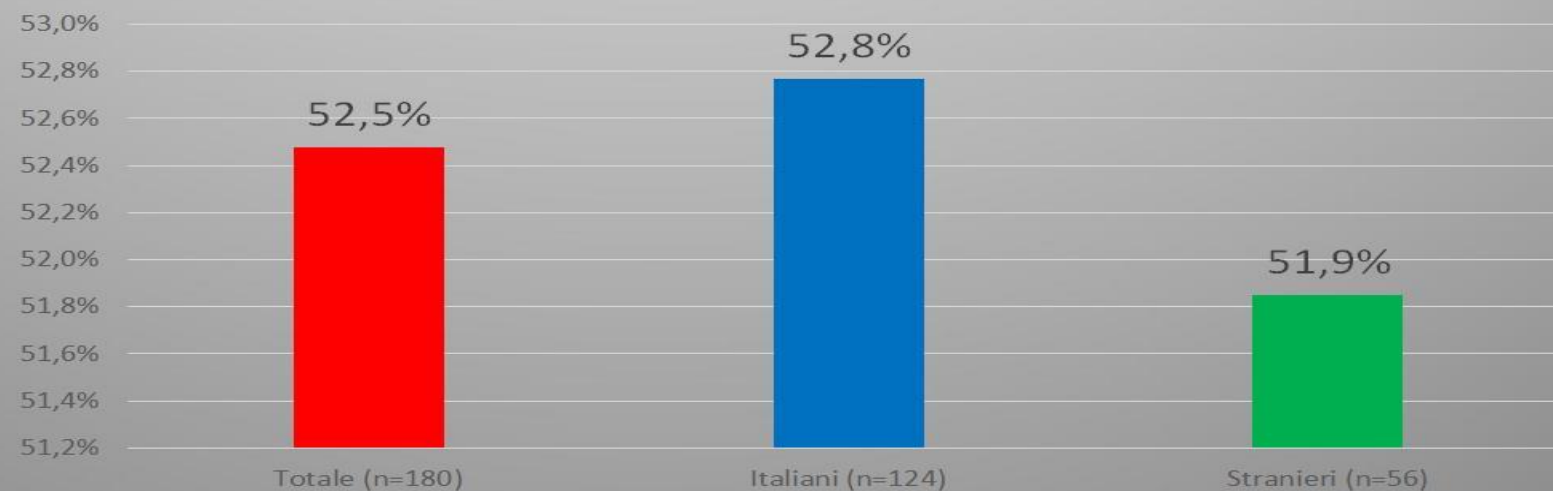
N=39

N=25

N=14

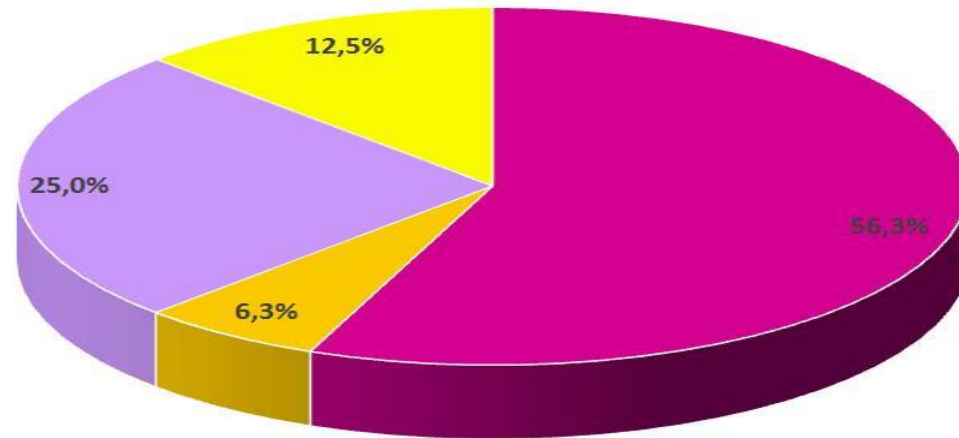
Carceri milanesi

HCV-RNA +



# Prevalenza di genotipi HCV

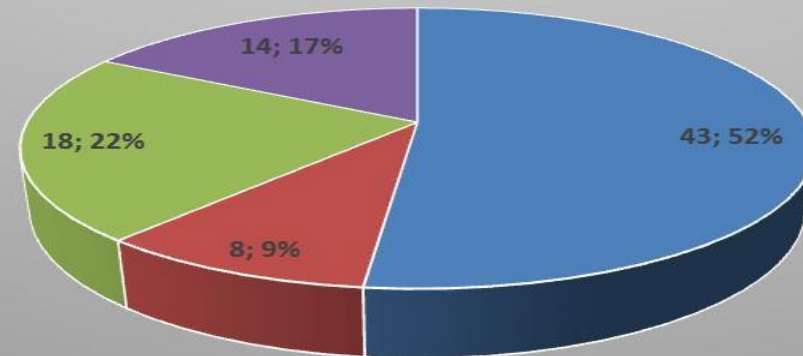
Genotipo HCV



**San Vittore, donne**

■ Genotipo 1 ■ Genotipo 2 ■ Genotipo 3 ■ Genotipo 4

Genotipo HCV



**Carceri milanesi**

■ Genotipo 1 ■ Genotipo 2 ■ Genotipo 3 ■ Genotipo 4

#### RISULTATI:

Le richieste provenienti dalla coorte carceraria per diagnostica HCV, HIV ed HBV per l'anno 2015 sono state rispettivamente: 2758, 2742, 2802; di queste le infezioni di primo riscontro 14%, 0.6%, 1.6%. Nel medesimo anno le richieste provenienti dalla coorte non carceraria sono rispettivamente state: 6370, 5204, 4682; primo riscontro 7.3%, 1.15%, 0.9%. Nell'anno 2016, per l'area carceraria le richieste per HCV, HIV, HBV sono rispettivamente state: 2773, 2769, 2809; primo riscontro 6.3%, 0.5%, 2.4%. Nel medesimo anno le richieste per la popolazione non carceraria sono rispettivamente state 5951, 4754, 5216; primo riscontro 3.7%, 1%, 1.3%. Per il 2017 per la coorte carceraria le richieste per HCV, HIV ed HBV sono rispettivamente state: 1833, 1834, 1877; primo riscontro 5.7%, 0.3%, 2%. Per l'area non carceraria nel 2017 le accettazioni sono rispettivamente state: 3652, 2920, 3317; primo riscontro 3.5%, 0.7%, 0.9%.

BACCALINI R., CASALICCHIO G., MAZZA F., FERLA S., FACCA M., FERRARESE M., MARTUCCI M., GUADALUPI B., MURRAY DI MOLFETTA S., RANIERI R.\*, D'ARMINIO MONFORTE A.\*\*,  
BIONDI M.L.

DATI AMCLI 2017

Per entrambe le coorti di studio, l'infezione da HCV è la più rappresentata, anche se in costante diminuzione; la

percentuale di riscontro di prima infezione risulta superiore di circa il 50% per la popolazione carceraria, rispetto a quella non carceraria ( $p=0.05$ ). L'infezione di prima diagnosi da HIV1, invece, risulta essere più presente nella popolazione non carceraria, con una percentuale costante di rilevazione negli anni per entrambe le coorti, ma superiore di circa il 50% per l'area non carceraria ( $p<0.05$ ). Il riscontro di nuove infezioni per HBV risulta negli anni in crescita per l'area carceraria e con una rilevazione percentuale superiore di circa il 50% rispetto alla coorte non carceraria (n.s.).

E' una terapia fattibile in carcere?



RESEARCH ARTICLE

Open Access

# Prevalence and epidemiological correlates and treatment outcome of HCV infection in an Italian prison setting

Micaela Brandolini<sup>1</sup>, Stefano Novati<sup>1</sup>, Annalisa De Silvestri<sup>2</sup>, Carmine Tinelli<sup>2</sup>, Savino Francesco Antonio Patruno<sup>3</sup>, Roberto Ranieri<sup>4</sup> and Elena Seminari<sup>1\*</sup>

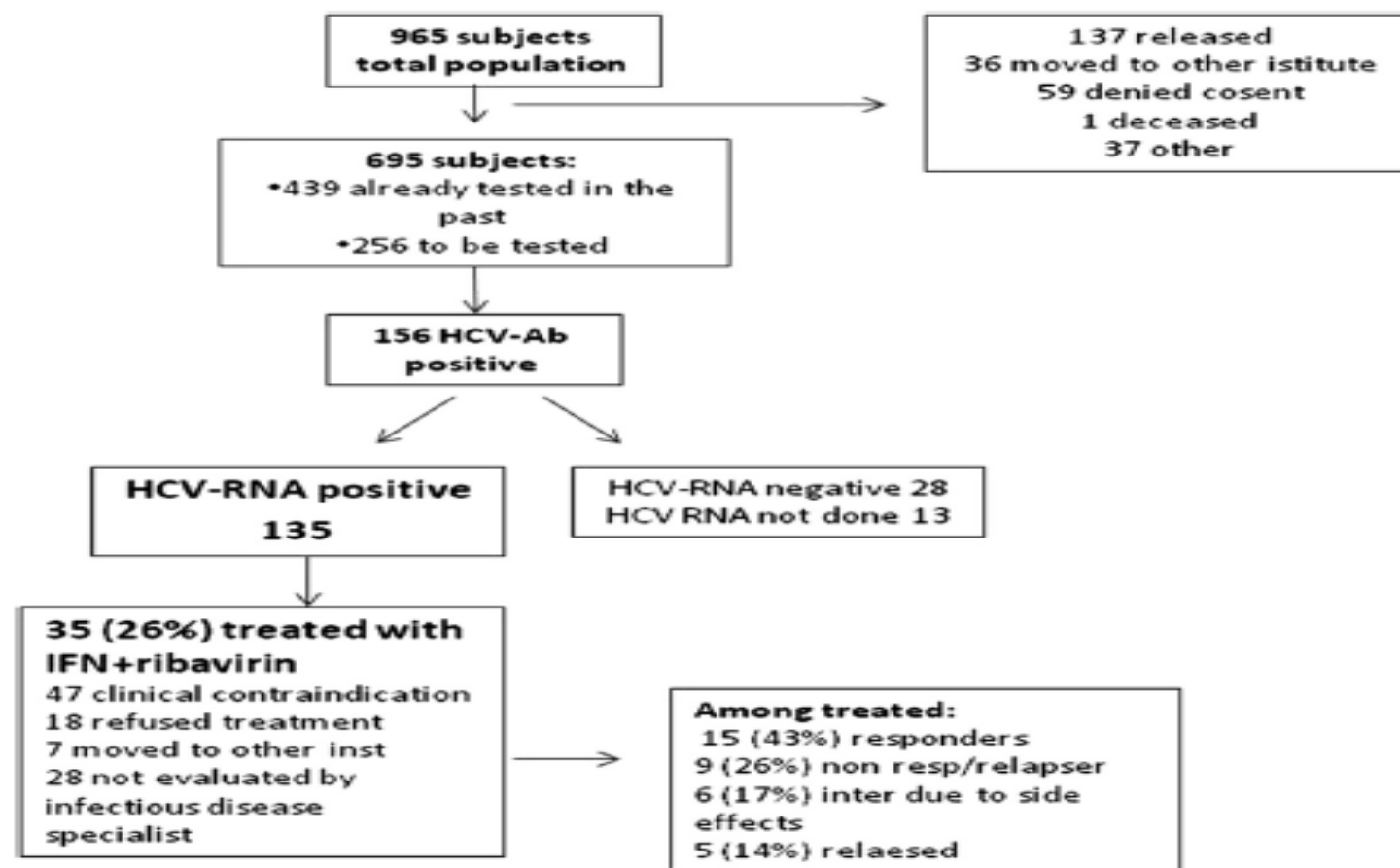


Figure 1 Flow diagram that summarizes the data on diagnosis and treatment of patients with HCV infection.

## Hepatitis C Management in Prisons: An Insight Into Daily Clinical Practice in Three Major Italian Correctional Houses

**Antonella Foschi, M.D.<sup>1</sup>**

**Maddalena Casana, M.D.<sup>1</sup>**

**Anna Radice, M.D.<sup>1</sup>**

**Roberto Ranieri, M.D.<sup>1</sup>**

**Antonella d'Arminio Monforte, M.D., Ph.D.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>Infectious Diseases Consultants**

**Milano-Opera, Milano-San Vittore**

**and Milano-Bollate Correctional Houses**

**ASST Santi Paolo e Carlo**

**University of Milan**

**Milan, Italy**



## PSYCHIATRIC ISSUES IN TREATING HCV POSITIVE INMATES WITH DAAs: A NEW CHALLENGE

R.Ranieri<sup>\*\*</sup>, M. L. Manzone<sup>\*</sup>, A. Foschi<sup>\*\*</sup>, M. Casana<sup>\*\*</sup>, A. Radice<sup>\*\*</sup>, C. Redaelli<sup>\*</sup>, A. Cospito<sup>°</sup>, C. Gala<sup>^^</sup>  
A. D'Arminio Monforte<sup>^</sup>,

<sup>\*</sup> Mental Health Consultants- Opera, San Vittore, Bollate Correctional Houses, Santi Paolo and Carlo Hospital, University of Milan

<sup>\*\*</sup> Infectious Diseases Consultants- Opera, San Vittore, Bollate Correctional Houses, Santi Paolo and Carlo Hospital, University of Milan

<sup>°</sup> Chief of Penitentiary Health Service- Regione Lombardia

<sup>^^</sup> Chief of Mental Health Department, Santi Paolo and Carlo Hospital, University of Milan

<sup>^</sup> Chief of Infectious Diseases Unit, Santi Paolo and Carlo Hospital, University of Milan

ICAR 2016  
Milano 8 June 2016

R.Ranieri has no financial relationship with commercial entities to disclose



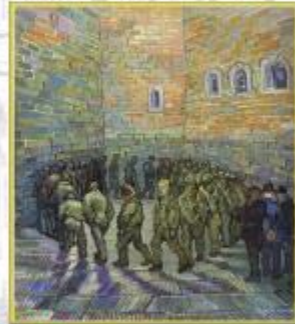
# Treatment with DAAs in a multicenter cohort of HCV-infected prisoners in Italy



E. Pontali

S.C. Malattie Infettive - E.O. Galliera  
& ASL3 Genovese - Genova

ICAR 2017 - Siena



**AUTHORS:** E. Pontali<sup>1</sup>, A.M. Ialungo<sup>2</sup>, S. Dell'Isola<sup>2</sup>, E. Rastrelli<sup>2</sup>, R. Ranieri<sup>3</sup>, O. Mollaretto<sup>4</sup>, G. Leo<sup>4</sup>, S. Babudieri<sup>5</sup>, G. Barbarini<sup>6</sup>, D. Marri<sup>7</sup>, R. Monarca<sup>2</sup>, S. Panese<sup>8</sup>, T. Prestileo<sup>9</sup>, A. D'Arminio Monforte<sup>3</sup>, G. Starnini<sup>2</sup>

**Gruppo di lavoro infettivologi penitenziari:** G. Accardi, N. Bobbio, R. Buonomo, M. Casana, C. Cuccus, E.R. Dalle Nogare, F. Di Lorenzo, A. Foschi, M.D. Iannece, B. Koehler, S. Marcellini, S. Martuscelli, L. Taschini

1 Genova; 2 Viterbo, 3 Milano, 4 Torino, 5 Sassari, 6 Pavia, 7 Siena, 8 Mestre, 9 Palermo.

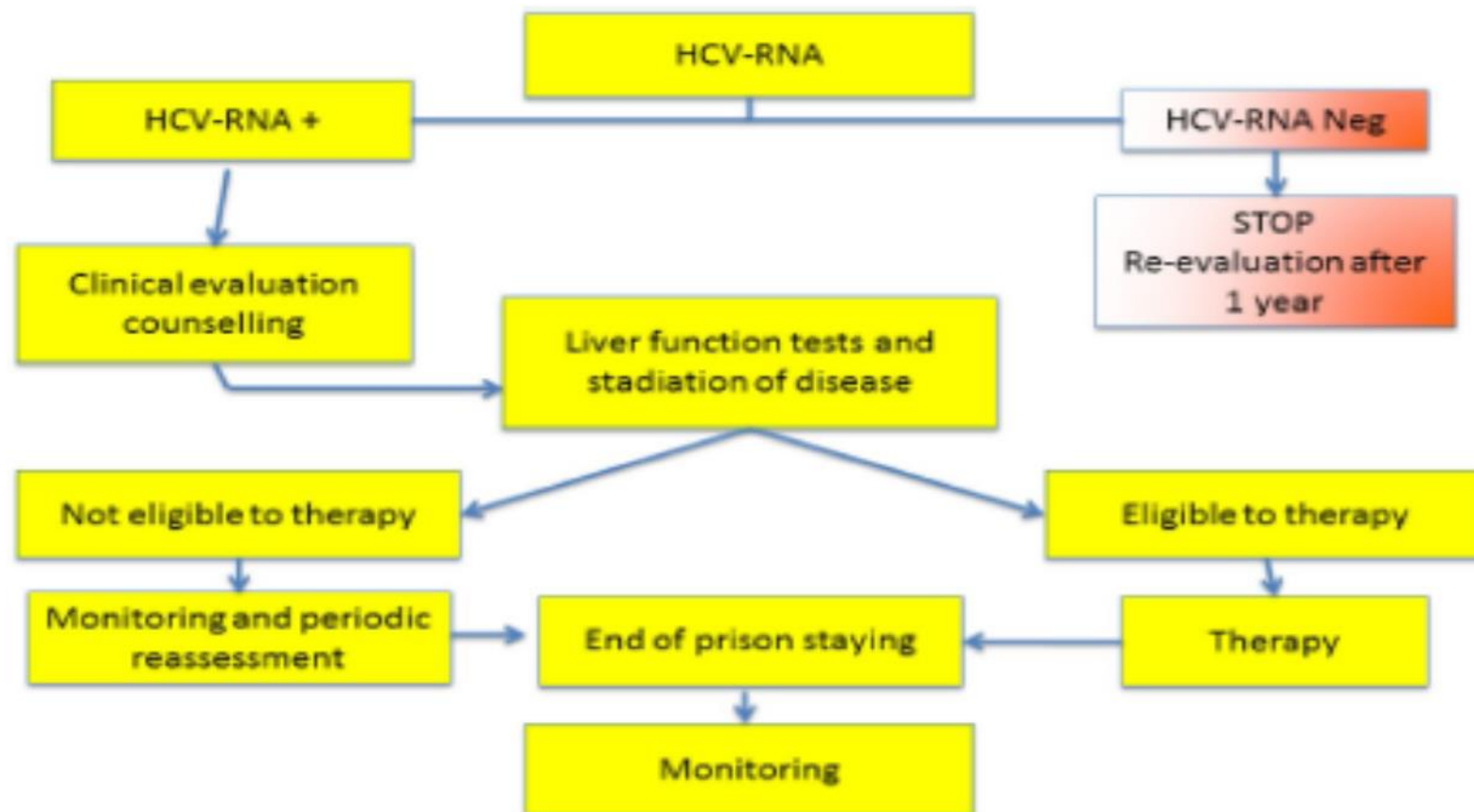


## REVIEW

# Management of HCV infection in the penitentiary setting in the direct-acting antivirals era: practical recommendations from an expert panel

Ranieri Roberto<sup>1,2</sup> · Starnini Giulio<sup>2,3</sup> · Carbonara Sergio<sup>2,4</sup> · Pontali Emanuele<sup>2,5</sup> · Leo Guido<sup>2,6</sup> · Romano Antonio<sup>7</sup> · Panese Sandro<sup>8</sup> · Monarca Roberto<sup>2,9</sup> · Prestileo Tullio<sup>10</sup> · Barbarini Giorgio<sup>11,12</sup> · Babudieri Sergio<sup>2,13</sup> · on behalf of the SIMSPe Group

Members of the SIMSPe Group: Beate Koeler, Viterbo; Maddalena Casana, Milano; Renato Dalle Nogare, Palermo; Serena Dell'Isola, Viterbo; Francesco Di Lorenzo, Palermo; Claudia Fabrizio, Bari; Antonella Foschi, Milano; Maria Giuliano, Torino; Anna Ialungo, Viterbo; Luciano Lucania, Reggio Calabria; Giordano Madeddu, Sassari; Michela Melis, Sassari; Oscar Mollaretti, Torino; Alberto Muredda, Sassari; Elena Rastrelli, Viterbo; and Fabio Signorile, Bari.



# FRAZIONE DI PAZIENTI F3-F4 TRATTATI SU 100

<b>MILANO-OPERA/MILANO-SAN VITTORE/MILANO-BOLLATE CORRECTIONAL HOUSES</b>	<b>N. patients (%), Overall</b>
Inmates, N	3354
HCV-Ab + , N (%)	314 (10)
Age, years, median ( <i>range</i> )	45 (19-71)
History of Drug Addiction, N (%)	213 (70)
CHC patients	191 (60)
HCV genotype, N (%)‡	
1a + 1b	93 (48)
2	7 (4)
3	50 (26)
4	19 (10)
Ongoing or Not Available, N (%)	23 (12)
F3/Cirrhotic patients	50 (30)
<b>F3/Cirrhotic Treated patients</b>	<b>29 (60)*</b>
F3 /Cirrhotic not treated patients	21 (40)
Reasons for treatment deferral	
Drop – out before starting treatment (Transfer to other prison or release in community)	7 (33)
Lack of compliance	4 (20)
End of sentence < 3 months	3 (14)
Under evaluation for treatment	7 (33)

N° totale trattati	110
M	107 (97%)
Età (range)	29-73 aa
Genotipo 1	61 (55%) 1° = 43 1b=18
Genotipo 3	36 (33%)
Genotipo 4	9 (8%)
Genotipo 2	4 (4%)
Tossicodipendenti	7 (69%)
Cirrotici	49 (45%) Child A5-B7 Meld 6-14
HIV+	22 (20%)
Trattamento concluso	64 (59%)
SVR 12 su conclusi	45 (68%)
EOTR su conclusi	15 ( 25%)
EOTR + SVR 12 conclusi	60 (93%)
Relapser	4 (7%)
On treatment	46 (41%)
Affidati al territorio durante o post trattamento	30 (26%)



Quali sono le criticità rispetto al territorio?

# TRATTAMENTO ANTI – HCV IN CARCERE

1. Identificazione dei soggetti HCV positivi;
2. Presa in carico infettivologica;
3. Diagnosi di epatite cronica HCV correlata;
4. Stadiazione fibrosi epatica;
5. Eligibilità a trattamento antivirale;
6. Scelta del trattamento;
7. Accesso al registro AIFA (medico prescrittore)
8. Accesso ai farmaci e fornitura (farmacia Ospedaliera)

**PRE  
TRATTAMENTO**

1. Gestione durante il trattamento
2. Modalità di assunzione e custodia dei farmaci

**TRATTAMENTO**

1. Follow – up (Infettivologo; mdr)
2. Continuità terapeutica (trasferimento, rilascio)

**POST  
TRATTAMENTO**

## 5. Eligibilità al trattamento antivirale:

### ✓ Criteri AIFA

- ✓ Valutazioni interdisciplinari (Psichiatria, S.e.r.T, altri specialisti)
  - ✓ Aspetti giuridici e sociali (durata della pena, trasferimenti, situazione familiare, domicilio)
  - ✓ Motivazione del paziente a sottoporsi a trattamento

# Accesso al registro AIFA

## MEDICO PRESCRITTORE AIFA :

- ✓ Medico infettivologo/epatologo Ospedaliero;
- ✓ Infettivologo Penitenziario;

Medico ABILITATO afferente a Centro autorizzato alla prescrizione dei farmaci antivirali anti – HCV DAAs

**Nota bene:** la compilazione della presente scheda cartacea non sostituisce la prescrizione, la quale rimane realizzabile esclusivamente tramite la piattaforma web da parte degli specialisti abilitati alla prescrizione e all'utilizzo del sistema, tuttavia può essere utilizzata per tenere traccia temporanea delle registrazioni in caso di differimento della compilazione via web dei Registri di monitoraggio.

**Attenzione!** La prescrizione di questo medicinale è consentita ai soli medici appartenenti a strutture ospedaliere e sanitarie territoriali espressamente autorizzate dalla Regione di rispettiva pertinenza.

## Accesso ai farmaci e fornitura

- ✓ Farmacia Ospedaliera di riferimento
- ✓ Farmacia dell'Istituto Penitenziario

# DURANTE IL TRATTAMENTO

- ✓ Visite infettivologiche cadenzate;
- ✓ Monitoraggio e registrazione effetti collaterali;
- ✓ Drug – Drug Interactions;
- ✓ Formazione continua del personale (Medici, Infermieri, Custodia) e del paziente;
- ✓ Modalità di assunzione della terapia (D.O.T);
- ✓ Registrazione della somministrazione dei farmaci (Infermieri);
- ✓ Custodia dei farmaci (Farmacia; cassette di sicurezza nei Reparti)reparti);

## TRASFERIMENTO PRESSO ALTRI ISTITUTI PENITENZIARI

E' garantita la continuità assistenziale ?

Vi sono pari opportunità di diagnosi e cura ?

La documentazione clinica «viaggia» sempre insieme al paziente?

## RILASCIO SUL TERRITORIO

Perdita delle informazioni cliniche relative al paziente

Il paziente si farà seguire una volta uscito dal carcere?

Data di rilascio non sempre nota al consulente Infettivologo

Il paziente viene spesso rilasciato senza documentazione clinica

Quali le conclusioni? Possiamo migliorare?



## **A matched comparison study of hepatitis C treatment outcomes in the prison and community setting, and an analysis of the impact of prison release or transfer during therapy.**

[Aspinall EJ](#)<sup>1,2</sup>, [Mitchell W](#)<sup>3</sup>, [Schofield J](#)<sup>4</sup>, [Cairns A](#)<sup>5</sup>, [Lamond S](#)<sup>5</sup>, [Bramley P](#)<sup>3</sup>, [Peters SE](#)<sup>6</sup>, [Valerio H](#)<sup>1,2</sup>, [Tomnay J](#)<sup>7</sup>, [Goldberg DJ](#)<sup>1,2</sup>, [Mills PR](#)<sup>6</sup>, [Barclay ST](#)<sup>8</sup>, [Fraser A](#)<sup>9</sup>, [Dillon JF](#)<sup>10</sup>, [Martin NK](#)<sup>11,12</sup>, [Hickman M](#)<sup>12</sup>, [Hutchinson SJ](#)<sup>1,2</sup>.

2009 and 2012 were eligible for inclusion. 291 prison initiates were matched with 1137 community initiates: SVRs were 61% (95% CI 55%-66%) and 63% (95% CI 60%-66%), respectively. Odds of achieving a SVR were not significantly associated with prisoner status ( $P=.33$ ). SVRs were 74% (95% CI 65%-81%), 59% (95% CI 42%-75%) and 45% (95% CI 29%-62%) among those not released or

transferred, transferred during treatment, or released during treatment, respectively. Odds of achieving a SVR were significantly associated with release ( $P<.01$ ), but not transfer ( $P=.18$ ). Prison-based HCV treatment achieves similar outcomes to community-based treatment, with those not released or transferred during treatment doing particularly well. Transfer or release during therapy should be avoided whenever possible, using anticipatory planning and medical holds where appropriate

# Esperienza Ospedale San Paolo

- Sono stati comparati i trattamenti per HCV dell'Unità di Malattie Infettive con Istituti Penitenziari:
- Non sono state riscontrate differenze per quanto attiene l'eleggibilità al trattamento, l'accessibilità ai farmaci e alle procedure diagnostiche (fibroscan eseguito nell'Unità di Malattie Infettive, secondo agenda mensile con spazio dedicato), il tasso di EOTR ed SVR 12.
- 12 pazienti sono stati affidati all'Unità di Malattie Infettive durante o dopo il trattamento, a seguito di scarcerazione o avvio a pena alternativa.

# Punti di forza in comune carcere-territorio

1. Lavoro di equipe multidisciplinare: nei detenuti drug addicts ed alcoolisti necessità di predisporre un percorso che impedisca ricadute al rilascio, con il rischio di progressione di malattia epatica
2. Esperimento consegna terapia per brevi periodi (es. permessi, pazienti lavoratori all'esterno)
3. Possibilità di trattare il numero più elevato di pazienti possibili
4. Possibilità di rilasciare in libertà detenuto non infettivo
5. Possibilità di giungere ad eradicazione

Ma....c'è molto da fare, con la collaborazione di tutte le figure sanitarie e non...

ED E' PER QUESTO CHE RINGRAZIO TUTTI.....

Dr.ssa Elisabetta Freo

Dr Teresa Sebastiani

Dr. Ruggero Giuliani

Prof. Antonella d'Arminio Monforte

INFETTIVOLOGI

Dr.ssa Marialaura Manzone

PSICHIATRA

Dr.ssa Rosanna Finelli

Dr.ssa Domenica Di Benedetto

PSICOLOGA

Dr.ssa Cinzia D'Angelo

FARMACISTE

Dirigenti Sanitari e Direttori Istituti di pena

Equipe infermieristica

Personale di custodia Istituti Penitenziari Milano

Magistrati

Direzione Sanitaria Ospedale San Paolo (dr. Lari)