

25

**NO ONE
IS LEFT BEHIND**



COLLANA

I QUADERNI DI **quotidianosanità.it**

Supplemento a
quotidianosanità.it
Quotidiano online
d'informazione sanitaria.

QS Edizioni srl
Via Boncompagni, 16
00187 - Roma
Tel. (+39) 02.28.17.26.15
info@qsedizioni.it
iscrizione al ROC n. 23387
iscrizione Tribunale di Roma
n. 115/3013 del 22/05/2013

Direttore responsabile
Cesare Fassari

Direttore editoriale
Francesco Maria Avitto

Direttore generale
Ernesto Rodriguez

I diritti di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento totale
o parziale con qualsiasi mezzo sono
riservati per tutti i Paesi.

Roma, dicembre 2019

QSe **Quotidiano**
Sanità
edizioni

www.qsedizioni.it
www.quotidianosanità.it

Indice

2 FOCUS ON MIGRANTS

6 FOCUS ON PWIDS

8 FOCUS ON CONVICTS

10 FOCUS ON CHILDREN

13 FOCUS ON COINFECTIONS

16 FOCUS ON POVERTY

FOCUS ON MIGRANTS

Professor
Giuliano Rizzardini
Direttore/Responsabile
unità Malattie Infettive 1,
ASST Fatebenefratelli
Sacco

Il primo studio epidemiologico a livello europeo sulla stima dei casi di infezione cronica da HCV nelle popolazioni migranti è stato pubblicato nel 2018 e descrive una prevalenza generale dell'HCV in Europa pari a 1.4%

Nelle attuali dinamiche di popolazione in Europa (intesa come Unione Europea e Area Economica Europea), i flussi migratori sono un fattore determinante e in forte crescita negli ultimi anni, sia all'interno dei paesi dell'Unione sia dall'esterno. Le persone migranti che arrivano in Europa sono di solito individui sani e giovani; in alcuni casi, però, soprattutto se provenienti da paesi a basso o medio reddito, presentano malattie infettive come HIV, tubercolosi (a volte multi-resistente), HCV e HBV. L'elevata prevalenza di queste infezioni tra le persone migranti è ascrivibile a diverse ragioni tra le quali la prevalenza nelle regioni di provenienza, gli scarsi livelli di screening e vaccinazioni, l'aumento delle possibilità di acquisire nuove infezioni dopo la migrazione, le barriere di accesso alla cura e uno status socioeconomico molto spesso sfavorevole. L'identificazione precoce delle infezioni assume, quindi, una fondamentale importanza per ridurre la mortalità e la morbidità in questa popolazione. In particolare, nel caso dell'infezione da HCV, l'identificazione precoce e un eventuale trattamento rappresentano le fondamenta per contenere la spesa economica e sanitaria associata a HCV e per raggiungere l'obiettivo di eradicazione entro il 2030 voluto dalla Organizzazione Mondiale della Sanità.

Le persone migranti rappresentano una popolazione a rischio importante, pur non presentando fattori di rischio peculiari. Il principale fattore di rischio, infatti, è la prevalenza nel paese di origine, in molti casi intermedia (anti-HCV >2%) o alta (anti-HCV > 5%). Dal momento che la prevalenza nei gruppi migranti riflette quella dei paesi di provenienza, si ipotizza che l'infezione di solito avvenga nei paesi di origine per l'uso di derivati ematologici contaminati o per l'utilizzo di procedure di iniezione non sicure. I flussi migratori da paesi con prevalenza di HCV intermedia o alta ha determinato una concentrazione di casi di HCV tra le persone

migranti, specialmente nei paesi a bassa prevalenza (anti-HCV <2%) dove tra le persone migranti si annoverano più della metà dei casi di HCV [1].

Il primo studio epidemiologico a livello europeo sulla stima dei casi di infezione cronica da HCV nelle popolazioni migranti è stato pubblicato nel 2018 e descrive una prevalenza generale dell'HCV in Europa pari a 1.4% (range 0.7-2.2%). Circa 4.2 milioni di adulti hanno un'infezione da HCV cronica, più di un terzo dei quali si trova in Italia [Falla]. Circa il 10.7% della popolazione adulta in ogni Paese è costituito da persone migranti, con differenti proporzioni in ciascun paese: dallo 0.7% in Romania al 65.2% in Liechtenstein. Circa l'80% delle persone migranti in Europa è nato in paesi dove l'infezione da HCV è endemica, tanto che in tutti i paesi almeno la metà dei migranti proviene da zone in cui la prevalenza anti-HCV è superiore a 1%. In Italia, le persone migranti potenzialmente infette con HCV arrivano da Romania, Russia, Polonia, Marocco, Pakistan, Ucraina, Egitto, Nigeria; dall'Italia emigrano verso Francia, Germania, Regno Unito, Belgio, Spagna e Olanda 1.1 milioni di persone, delle quali si stima che 34000 abbiano un'infezione cronica da HCV [1].

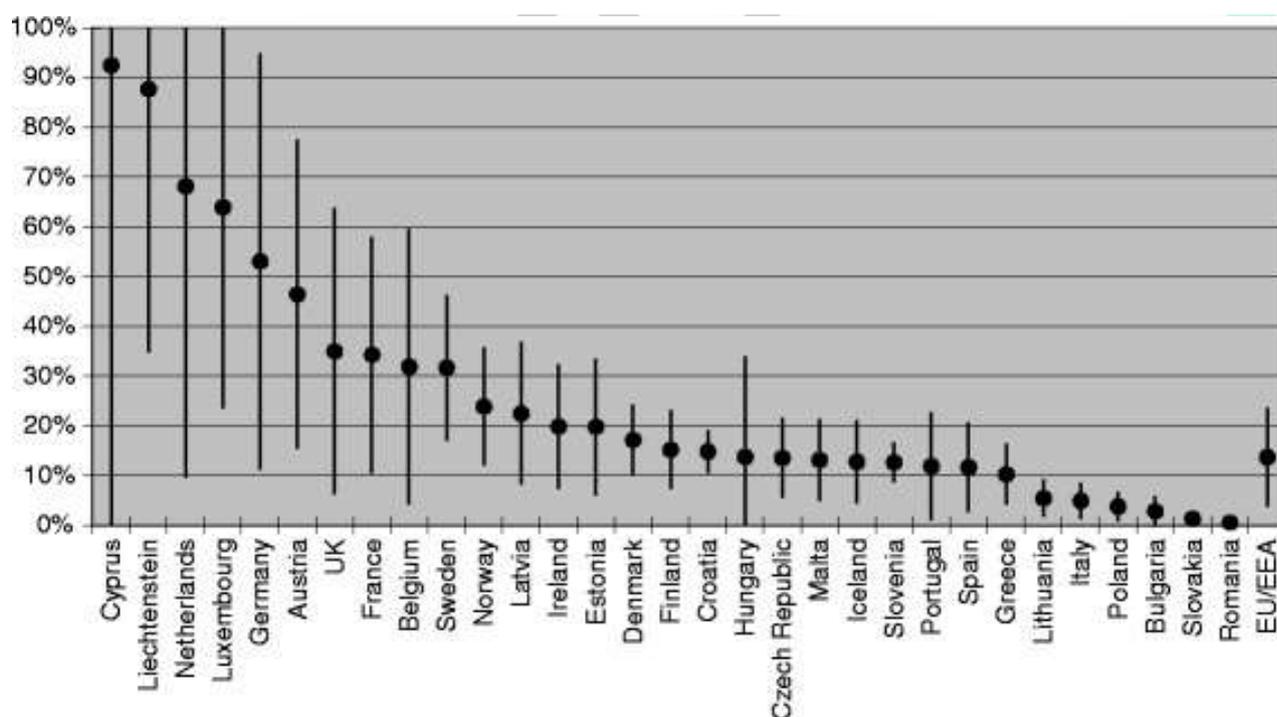


Figura 1
Stima del contributo relativo della popolazione migrante al numero totale di casi di infezione cronica con HCV (tratto da Falla et al)

Questi dati supportano la necessità di avviare programmi di screening selettivi verso i migranti nei paesi europei come Austria, Francia, Germania, Olanda e Regno Unito dove le persone migranti determinano il maggior onere sanitario associato all’HCV, pur rappresentando una piccola porzione di popolazione; mentre nei paesi dove la prevalenza è alta nella popolazione generale e il contributo delle persone migranti è esiguo, potrebbe essere utile implementare programmi di screening su larga scala [1]. Lo screening HCV nelle popolazioni migranti da paesi a intermedia e alta prevalenza è risultato efficiente e costo-efficace: la titolazione degli anticorpi HCV è sensibile e specifica sia se effettuata in laboratorio che quando attuata nei *point-of-care*; le terapie con farmaci antivirali ad azione diretta (DAA) sono efficaci e ben tollerate, con tassi di cura anche superiori al 95% in alcuni

paesi. L’ottenimento della risposta virologica sostenuta (SVR) con la terapia HCV è associato ad una riduzione del rischio e del tasso di progressione della malattia epatica, minor tassi di epatocarcinoma e migliore sopravvivenza. Occorre tuttavia tenere presente che la popolazione migrante con HCV è di solito più anziane e tende ad avere una malattia epatica già in stato avanzato rispetto alle persone locali al momento della diagnosi da HCV, probabilmente per la mancanza o un ritardo nella diagnosi [2]. Le persone migranti possono incontrare una serie di difficoltà nell’accesso ai servizi sanitari [2]: molti migranti appena arrivati, sia i richiedenti asilo che le persone senza documenti, non hanno il titolo per poter accedere ad un servizio sanitario in Europa e non possono, quindi, ricevere una diagnosi o il trattamento; esistono, inoltre, barriere individuali come la mancanza di conoscenza

Alcune politiche sanitarie impediscono l'accesso ai programmi di screening e trattamento alle persone migranti, nonostante siano state divulgate a livello europeo delle linee guida che dovrebbero migliorare lo screening delle malattie infettive nelle popolazioni migranti

o di consapevolezza dei fattori di rischio, la paura, lo stigma delle malattie a trasmissione sessuale, le difficoltà socioeconomiche e linguistiche e le barriere culturali. Gli operatori sanitari spesso non sono consapevoli che la nascita in un paese endemico per HCV costituisca di per sé un fattore di rischio e potrebbe essere importante per indirizzare la persona allo screening. Infine, alcune politiche sanitarie impediscono l'accesso ai programmi di screening e trattamento alle persone migranti, nonostante siano state divulgate a livello europeo delle linee guida che dovrebbero migliorare lo screening delle malattie infettive nelle popolazioni migranti [3].

La diagnosi e il trattamento dell'HCV nelle persone migranti rappresentano una sfida importante per tutti i sistemi sanitari nazionali, ma è importante svolgere un'azione coordinata e collaborativa che possa pienamente rispondere alle necessità eclettiche e differenziate che le persone migranti presentano. Si è osservato come l'organizzazione di strategie decentralizzate sulle comunità locali con le quali cooperare per superare le barriere linguistiche e culturali possa migliorare lo screening dell'HCV e il *linkage-to-care* verso le persone migranti e i *point-of-care* integrati per HCV, HBV e HIV possano facilitare l'avvicinamento dei soggetti a rischio [2]. A questo proposito, diventa imprescindibile la collaborazione tra strutture che forniscono assistenza sanitaria primaria e cure specialistiche per garantire la continuità di trattamento e la risposta a tutte le esigenze della persona; i punti di riferimento devono disporre di uno staff culturalmente competente per relazionarsi con le persone migranti. Infine, è indispensabile organizzare registri di popolazione e raccolte dati robuste e complete per permettere di condividere le *best practice* riguardanti il *linkage-to-care* e l'adesione al trattamento nella popolazione migrante [4].

BIBLIOGRAFIA

1. Falla AM, Ahmad AA, Duffell E, et al. Estimating the scale of chronic hepatitis C virus infection in the EU/EEA: a focus on migrants from anti-HCV endemic countries. *BMC Infect Dis.* 2018;18(1):42.
2. Greenaway C, Makarenko I, Chakra CNA, et al. The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Hepatitis C Screening for Migrants in the EU/EEA: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Sep 14;15(9). pii: E2013.
3. Pottie K, Mayhew AD, Morton RL, et al. Prevention and assessment of infectious diseases among children and adult migrants arriving to the European Union/European Economic Association: a protocol for a suite of systematic reviews for public health and health systems. *BMJ Open.* 2017; 7(9):e014608.
4. Pareek M, Noori T, Hargreaves S, et al. Linkage to Care Is Important and Necessary When Identifying Infections in Migrants. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2018;15:1550

FOCUS ON PWIDS

Professor
Massimo Andreoni
Direttore Clinica
Malattie Infettive,
Università Tor Vergata,
Roma

Nel mondo, 71.1 milioni di persone hanno un'infezione cronica da HCV [1]; circa 5.6 milioni di persone infette vivono in Europa [2]. Nei paesi sviluppati, la prevalenza di HCV è particolarmente elevata tra le persone che fanno uso di droghe per via iniettiva (PWID) – in Europa 67%, in Italia 70%-. L'uso di droghe per via iniettiva determina circa il 23% dei nuovi casi di infezione da momento che un PWID può infettare almeno altre 20 persone [3-5].

Su questa popolazione è necessario investire risorse in prevenzione e trattamento per raggiungere l'obiettivo di eradicazione di HCV entro il 2030 come richiesto dalla Organizzazione Mondiale della Sanità. I PWID sono soggetti molto difficili da avvicinare e trattare, ma hanno dimostrato di ottenere gli stessi risultati di risposta virologica sostenuta (SVR) del resto della popolazione arruolata negli studi clinici. Anche negli studi di pratica clinica l'impatto del trattamento di HCV in questi pazienti è stato molto positivo e proficuo in termini di esito clinico. Studi recenti hanno evidenziato come sia fondamentale non soltanto agire sul singolo individuo, ma anche prevedere interventi *ad hoc* per diminuire la quantità di virus presente nella comunità alla quale l'individuo partecipa (community viral load, CVL). Un intervento mirato a tutti i pazienti per 1 anno riesce a ridurre il CVL dal 45% al 33%; diversi modelli dimostrano che anche tassi modesti di trattamento antivirale tra i PWID attivi possono ridurre la prevalenza globale di HCV. Il primo obiettivo da raggiungere con i PWID è il linkage-to-care. Alcune esperienze interessanti hanno dimostrato che già il Pronto Soccorso urbano può essere un luogo di avvicinamento dei PWID che difficilmente hanno accesso al servizio sanitario e di solito hanno prevalenza maggiore di HCV. Su un totale di 3704 pazienti con possibile -non diagnosticata- positività per HCV, 532 sono stati identificati grazie allo screening dei quali 435 ha completato il test del caricamento

virale e 301 (69%) sono risultati avere un'infezione cronica da HCV. 158 pazienti hanno continuato il follow-up e 24 hanno iniziato un trattamento ottenendo una risposta virologica sostenuta nel 79% dei casi [6].

In Lazio, nelle prime 3 settimane dall'avvio di un recente Progetto pilota sull'easy test per HCV, sono stati raggiunti 618 contatti, su 102 test 33 sono risultati positivi, 27 soggetti hanno accettato di recarsi alla Unità Operativa Complessa di Malattie Infettive; su 26 appuntamenti programmati, 7 pazienti hanno iniziato il trattamento. È necessario raggiungere il maggior numero di pazienti per massimizzare il beneficio della strategia Trattamento come Prevenzione: oggi i nuovi trattamenti che ottengono SVR dell'ordine del 90% potrebbero essere in grado di ridurre la prevalenza di HCV al di sotto del 50% entro i prossimi 60 anni con il tasso di utilizzo attuale dei DAA o entro 5 anni con il trattamento di tutti i pazienti [7]. È importante sottolineare l'alto grado di accettazione delle nuove terapie DAA-based: lo studio di aderenza, condotto dal Policlinico Tor Vergata di Roma, in 78 PWID (21% già trattati, 51% F4, 51% G1a e 33% G3), mostra SVR12 nel 100%, il 60% raggiunge la risposta virologica già a 8 settimane. Tutti i pazienti tornavano al controllo nel giorno prefissato e chi non lo faceva, tornava comunque prima che la terapia finisse [8].

In Italia, la gestione dei PWID avviene attraverso i SerD, servizi pubblici per le dipendenze patologiche del Sistema Sanitario Nazionale, istituiti dalla legge 162/90 [9]. Ai SerD sono demandate le attività di prevenzione primaria, cura, prevenzione patologie correlate, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo. Sono attualmente attivi 550 SerD, distribuiti uniformemente nel territorio nazionale in ciascun distretto sanitario (o ogni 100000 abitanti circa). Uno studio condotto in 21 SerD con 543 pazienti ha riportato una prevalenza del 63.9% tra le persone che facevano uso di sostanze stupefa-

Alcune esperienze interessanti hanno dimostrato che già il Pronto Soccorso urbano può essere un luogo di avvicinamento dei PWID che difficilmente hanno accesso al servizio sanitario e di solito hanno prevalenza maggiore di HCV

centi: il SerD rappresenta il luogo per promuovere il linkage-to-care in questa popolazione. Nell'ambito dell'infezione da HCV i SerD hanno, infatti, quattro funzioni specifiche:

- offrire lo screening a tutte le persone che fanno uso di sostanze stupefacenti
- mettere in contatto tutti i pazienti eleggibili al trattamento con uno specialista - infettivologo, epatologo, gastroenterologo
- trattare tutte le persone positive ad HCV
- offrire tutte le misure che possano limitare il rischio di infezione a tutte le persone che fanno uso di stupefacenti indipendentemente dal fatto che siano consumatori attivi o che siano in trattamento con farmaci antivirali ad azione diretta (DAA).

Tuttavia, sebbene l'accesso alla cura sia garantito a tutte le persone, la proporzione di pazienti che riceve DAA in Italia rimane bassa. Una recente indagine condotta con metodo Delfi indica, infatti, che la porzione di pazienti con HCV che si rivolge al SerD e ha accesso al trattamento con DAA è inferiore al 50% [10]. Nella gestione globale della persona con HCV, la maggior parte dei clinici dichiara di offrire screening, trattamento e un punto di riferimento almeno al 50% dai pazienti, senza, tuttavia, aderire completamente a tutte le raccomandazioni descritte nel protocollo. Per contro, si è osservato come le strutture che seguono esattamente le raccomandazioni del protocollo hanno maggiori probabilità di fornire servizi di cura dell'HCV a una porzione più ampia di pazienti. Le maggiori barriere difficoltà incontrate sono economiche, logistiche e tecniche e generalmente il personale a disposizione per questi servizi è sottodimensionato. La mancanza di personale infermieristico adeguatamente formato è un ulteriore problema che impedisce di trattare la totalità dei pazienti. Il trattamento è in ogni caso fornito a più del 50% dei pazienti, ma il monitoraggio e la valutazione dei risultati infettivologici, tossicologici

e comportamentali è inadeguata. Infine, secondo i medici i kit per la riduzione del rischio non sono adeguate per i PWID in trattamento con DAA. Da questo studio si evince che il trattamento di HCV rimane al momento non accessibile a tutti i PWID che si rivolgono ai SerD e che per raggiungere l'obiettivo della Organizzazione Mondiale della Sanità è necessario aumentare il supporto economico, tecnico e specialistico nei centri in coordinamento con le modalità di cura generali, già in essere in Italia [10].

BIBLIOGRAFIA

1. Polaris Observatory HCV Collaborators. Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2017;2:161-6.
2. Papatheodoridis GV. Hepatitis C: the beginning of the end-key elements for successful European and national strategies to eliminate HCV in Europe. *J Viral Hepat* 2018;25 Suppl 1:6-17.
3. 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;13:571-83.
4. Stroffolini T, Egidio PF, Aceti A et al. DAVIS drug addicted, HCV prevalence in Italy an epidemiological, observational, cross-sectional, multicenter study participating centers. Hepatitis C virus infection among drug addicts in Italy. *J Med Virol* 2012;84:1608-12.
5. Zampino R, Coppola N, Sagnelli C, Di Caprio G, Sagnelli E. Hepatitis C virus infection and prisoners: epidemiology, outcome and treatment. *World J Hepatol* 2015;7:2323-30
6. Anderson ES, Galbraith JW, Deering LJ, et al. Continuum of Care for Hepatitis C Virus Among Patients Diagnosed in the Emergency Department Setting. *Clin Infect Dis.* 2017 Jun 1;64(11):1540-1546.
7. Teti E, Foroghi L, Cento V, et al. Drug addicts adherence to new DAAS in real-life: is HCV cure possible in this key population? *ICAR* 2017, P14
8. Bennett H. Assessing the Long-Term Impact of Treating Hepatitis C Virus (HCV)-Infected People Who Inject Drugs in the UK and the Relationship between Treatment Uptake and Efficacy on Future Infections. *PLoS One.* 2015 May 4;10(5):e0125846. eCollection 2015.
9. <http://www.politicheantidroga.gov.it/it/serd-e-comunita/>
10. Molinaro S, Resce G, Alberti A, et al. Barriers to effective management of hepatitis C virus in people who inject drugs: Evidence from outpatient clinics. *Drug Alcohol Rev.* 2019 Aug 23.

Una recente indagine condotta con metodo Delfi indica, infatti, che la porzione di pazienti con HCV che si rivolge al SerD e ha accesso al trattamento con DAA è inferiore al 50%

FOCUS ON CONVICTS

Professor
Sergio Babudieri
Istituto Malattie
Infettive SS e direttore
SIMSPe onlus
(Società Italiana
di Medicina e Sanità
Penitenziaria)

Il carcere costituisce un luogo chiave per raggiungere gruppi di persone vulnerabili, marginalizzate e socialmente deprivate che difficilmente si potrebbero avvicinare al di fuori di esso

Le stime della prevalenza dell'HCV nella popolazione detenuta in Europa sono uniformemente più alte rispetto a quelle della popolazione generale. I livelli maggiori di prevalenza sono stati riportati nei gruppi di popolazione con molteplici fattori di rischio, soprattutto tra le persone che fanno uso di droghe per via iniettiva. Essendo sovrapponibili le vie di trasmissione di HIV e HCV, le persone portatrici di HIV sono maggiormente esposte anche all'infezione con HCV; all'interno dei penitenziari, inoltre, si verifica spesso che i detenuti continuino o inizino fare uso di droghe per via iniettiva, esponendosi a ulteriori rischi di contrarre l'infezione con HCV per la mancanza di siringhe sterili. Una recente revisione sistematica della letteratura [1] ha riassunto i dati di prevalenza dei sottogruppi di popolazione carceraria, come indicato nella tabella seguente.

Sottogruppo di popolazione	N. di studi considerati	Intervallo di prevalenza
Detenuti	44	1.3%-86.3%
Detenuti che fanno uso di droghe iniettabili	5	22.5%-86%
Detenuti sieropositivi	4	55.9%-93.5%
Detenuti con tatuaggi	3	4.5%-51.2%
Detenuti che hanno avuto rapporti sessuali non protetti	2	4.2% e 43.2%
Detenuti che hanno ricevuto trasfusioni	1	48.7%

Ogni stima è risultata maggiore della prevalenza della popolazione generale. I dati di incidenza sono stati riportati in uno studio spagnolo (1.2% all'anno e 6.7% all'anno tra i detenuti con storia di uso di droghe iniettabili) [2] e uno studio inglese (1% all'anno tra i detenuti e 2.0-2.9% tra i detenuti che fanno uso di droghe iniettabili) [3]. Questi dati, seppur esigui, concordano con altri studi che descrivono una maggiore incidenza di HCV nei detenuti che hanno fatto uso precedente di droghe iniettabili.

Le linee guida della Organizzazione Mondiale della Sanità propongono il 2% come valore soglia di prevalenza dell'HCV oltre il quale è raccomandato provvedere a uno screening di larga scala [4].

Tutte le stime di prevalenza descritte in Unione Europea/Area Economica Europea sono superiori a questa soglia; diventa, quindi, necessario aumentare in questo contesto la copertura dello screening e colmare le lacune nei percorsi terapeutici per i pazienti detenuti.

Il carcere costituisce un luogo chiave per raggiungere gruppi di persone vulnerabili, marginalizzate e socialmente deprivate che difficilmente si potrebbero avvicinare al di fuori di esso. La fornitura di un trattamento per HCV in carcere non solo offre un beneficio all'individuo, ma può anche generare un vantaggio per tutta la comunità, in quanto riduce la possibilità di trasmissione verso altre persone, diminuisce la prevalenza di comportamenti a rischio e la morbilità e mortalità al termine della reclusione. I regimi a base di DAA sono risultati altamente efficaci e ben tollerati e avendo una durata inferiore rispetto ad altri trattamenti possono essere completati durante il periodo di reclusione. Pur essendo riconosciuta come una procedura costo-efficace, iniziare un trattamento con DAA, tuttavia, significa allocare risorse economiche per l'acquisto dei farmaci che non sempre sono disponibili [5,6]. L'impatto del trattamento dell'HCV è condizionato dalla disponibilità di misure di sicurezza complementari come servizi di riduzione del rischio per i soggetti che fanno uso di droghe per via iniettiva e dalle procedure all'esterno delle carceri al termine della reclusione. Per esempio, la fornitura di trattamenti sostitutivi con oppioidi nelle carceri europee è abbastanza comune, mentre sono più sporadici i programmi che rendono disponibili siringhe e aghi sterili. Dopo il rilascio, è determinante il linkage-to-care per evitare l'interruzione del trattamento, il

rebound virale, la comparsa dei sintomi e un rischio maggiore di trasmissione [5,6]. In Italia, la prevalenza di HCVAb nelle carceri si colloca tra il 22% e il 38%; il trattamento in questo ambito potrebbe offrire un'opportunità importante per monitorare gli individui a rischio, fornire diagnosi e terapie, riducendo l'impatto della malattia e il rischio di progressione al ritorno in libertà. Uno studio condotto su una coorte di 142 soggetti trattati con DAA in 25 istituti carcerari dove erano detenute 15.127 persone al momento dell'inizio dello studio, pari al 26.6% della popolazione detenuta in Italia, ha dimostrato come il trattamento con DAA sia fattibile, con tassi di SVR12 superiori al 90% e bassi livelli di intolleranza o reazioni avverse, tenendo in considerazione il fatto che il 76.1% della popolazione aveva una malattia epatica grave [7]. È interessante e significativo notare che la causa più frequente di interruzione del trattamento sia stata l'uscita dalla prigione; anche l'esperienza in pratica clinica conferma la necessità di un linkage-to-care efficace nel territorio e di un miglioramento della continuità di cura. Infine, l'alta prevalenza nella coorte di persone che facevano uso di droghe per via iniettiva indica che è importante attuare tutte le precauzioni e le procedure per ridurre il rischio di infezione in questa sottopopolazione anche nelle carceri [7].

Il trattamento dell'HCV considerato come strumento di prevenzione sembra essere fattibile nelle carceri, data la breve durata e l'elevata efficacia del trattamento

Il trattamento dell'HCV considerato come strumento di prevenzione sembra essere fattibile nelle carceri, data la breve durata e l'elevata efficacia del trattamento

BIBLIOGRAFIA

1. Mason LMK, Duffell E, Veldhuijzen IK, et al. Hepatitis B and C prevalence and incidence in key population groups with multiple risk factors in the EU/EEA: a systematic review. *Euro Surveill.* 2019;24(30):pii=1800614.
2. Marco A, Gallego C, Caylà JA. Incidence of hepatitis C infection among prisoners by routine laboratory values during a 20-year period. *PLoS One.* 2014;9(2):e90560.
3. Taylor A, Munro A, Allen E, et al. Low incidence of hepatitis C virus among prisoners in Scotland. *Addiction.* 2013;108(7):1296-304.
4. Easterbrook PJ, WHO Guidelines Development Group. Who to test and how to test for chronic hepatitis C infection – 2016 WHO testing guidance for low- and middle-income countries. *J Hepatol.* 2016;65(1) Suppl:S46-66.
5. Vroiling H, Oordt-Speets A, Madeddu G, et al. A systematic review on models of care effectiveness and barriers to Hepatitis C treatment in prison settings in the EU/EEA. *J Viral Hepat.* 2018;25:1406–1422.
6. Stöver H, Meroueh F, Marco A, et al. Offering HCV treatment to prisoners is an important opportunity: key principles based on policy and practice assessment in Europe. *BMC Public Health* 2019;19:30.
7. Pontali E, Fiore V, Ialungo AM, et al. Treatment with direct-acting antivirals in a multi-center cohort of HCV infected inmates in Italy. *Int J Drug Pol* 2018;59:50–53.

FOCUS ON CHILDREN

Professor
Giuseppe Indolfi
 Responsabile
 di Struttura Semplice
 (Intra SOC) di "Epatologia",
 SOC "Pediatria Medica" -
 Area Medica
 Azienda Ospedaliero
 Universitaria Meyer

Le manifestazioni cliniche dell'infezione da HCV in età pediatrica sono epatomegalia nel 10% dei casi e un aumento delle transaminasi nel 50% dei casi

In età pediatrica, la principale via di trasmissione dell'infezione da HCV è quella materno-fetale, detta anche verticale cioè da madre a figlio. La trasmissione verticale è pressoché nulla se nella madre il virus non è in fase replicativa, ma aumenta fino al 5% in caso di viremia materna e al 10% in presenza di co-infezione con HIV. In termini di trasmissione verticale, non esistono evidenze sulla maggiore sicurezza del parto cesareo rispetto al parto naturale non complicato e l'allattamento al seno è permesso, non associandosi ad un aumento del rischio di trasmissione, in assenza di ragadi sanguinanti ai capezzoli. Tutti i bambini nati da madri infette da HCV devono essere sottoposti allo screening per l'infezione mediante la determinazione degli anticorpi anti-HCV dai 18 mesi di vita in poi o della viremia dopo i primi 3 mesi di vita [1]. Circa il 20% dei bambini che contraggono l'infezione per via verticale guarisce spontaneamente presentando la cosiddetta clearance spontanea del virus durante i primi 3 anni di vita; nel restante 80%, l'infezione cronicizza il più delle volte senza manifestazioni cliniche. Le manifestazioni clinicolaboratoristiche più comuni dell'infezione da HCV in età pediatrica sono epatomegalia presente nel 10% dei bambini infetti e un aumento delle transaminasi descritto nel 50% dei casi [2]. In età pediatrica, l'infezione cronica da HCV è, infatti, considerata una malattia di lieve gravità; la fibrosi epatica e l'infiammazione progrediscono lentamente e soltanto il 2% circa dei bambini infettati per via verticale sviluppa una malattia epatica avanzata in età pediatrica o durante l'adolescenza [2]. Per valutare la progressione della malattia epatica HCV correlata, è possibile, ma quasi mai indicato in età pediatrica, ricorrere alla biopsia. Il ricorso alla biopsia epatica è stato storicamente più frequente in presenza di valori di transaminasi elevati; tuttavia, in molti casi e soprattutto nell'adulto, la biopsia è stata rimpiazzata da tecniche non invasive come la transient elastography. L'utilizzo della transient elastography in età pediatrica è tuttora molto limitato e questa metodica non è stata ancora validata nel bambino, soprattutto in quelli più piccoli. Occorre, inoltre, ricordare che alcuni fattori come la scelta della sonda e o l'assunzione di cibo possono influenzare l'esito della misurazione [3].

Le opzioni di trattamento per i bambini, se confrontate con quelle disponibili per gli adulti, sono tuttora limitate. L'uso dell'interferone in età pediatrica è sempre stato controverso: da una parte la natura della malattia non considerata grave, dall'altra la bassa efficacia e il profilo di sicurezza dei trattamenti a base di interferone ne hanno notevolmente limitato l'utilizzo. Nel 2017, la Food and Drug Administration e l'Agenzia Europea del Farmaco hanno approvato l'uso delle prime combinazioni di farmaci antivirali ad azione diretta e in particolare di sofosbuvir/ledipasvir per i genotipi virali 1 e 4 e sofosbuvir in associazione con ribavirina per i genotipi virali 2 e 3 per il trattamento degli adolescenti, cioè per i soggetti di età compresa tra 12 a 18 anni [4]. Recentemente, anche AIFA ha approvato l'uso delle suddette combinazioni farmacologiche negli adolescenti italiani. Nel 2018, la prima combinazione ad attività pangenotipica, glecaprevir/pibrentasvir, è stata approvata negli USA e in Europa per la stessa fascia di età. Uno studio pilota italiano ha recentemente valutato la possibilità di utilizzare sofosbuvir/ledipasvir per 8 settimane in quattordici adolescenti con viremia inferiore a 6 milioni IU/ml e genotipo 1: tutti i pazienti sono guariti raggiungendo la SVR12 cioè la negatività della ricerca di HCV RNA nel sangue 12 settimane dopo il termine della terapia e non hanno manifestato eventi avversi di grado 3 e 4 o eventi avversi seri [5]. Ulteriori studi permetteranno di confermare l'efficacia di questo regime abbreviato di trattamento in questa categoria di



Secondo le ultime stime, nel mondo circa 3.5 milioni di bambini minori di 15 anni sono HCV positivi

ragazzi.

Per i bambini più piccoli, cioè quelli di età compresa tra 3 e 11 anni, sono stati recentemente pubblicati i risultati di due trial open-label che hanno valutato rispettivamente l'efficacia e la sicurezza del trattamento con sofosbuvir/ledipasvir per 12 settimane nei soggetti con infezione cronica da genotipo virale 1 o 4 e con sofosbuvir più ribavirina per 12 settimane nei pazienti con genotipo 2 e per 24 settimane nei pazienti con genotipo 3. Il trattamento si è dimostrato efficace nel 98% dei trattati e ben tollerato; gli eventi avversi più frequenti sono stati vomito e mal di testa per i bambini più grandi e vomito e diarrea per i bambini da 3 a 6 anni [6-8]. La Food and Drug Administration sulla base di questi risultati ha

esteso l'approvazione per l'utilizzo delle due combinazioni per i bambini di età compresa tra 3 e 11 anni.

Secondo le ultime stime, nel mondo circa 3.5 milioni di bambini sono HCV positivi; tuttavia, come nel caso delle infezioni negli adulti, una parte consistente della popolazione infetta rimane non diagnosticata e conseguentemente non trattata. Secondo uno studio condotto negli Stati Uniti, meno del 15% dei bambini con infezione cronica da HCV è diagnosticato e solo porzione ben più piccola degli stessi riceve le terapie mediche adeguate. Si pensa che anche in Europa il tasso di accertamento dei casi pediatrici di epatite C sia simile, anche se non sono disponibili dati epidemiologici specifici [9]. Recentemente, sono stati pubblicati i risultati di uno studio promosso dal consorzio europeo PENTA-Hep che ha descritto le caratteristiche di una significativa coorte di bambini e adolescenti europei con infezione cronica da HCV, indagandone inoltre le strategie attuali di monitoraggio e trattamento [10]. Nello studio sono stati coinvolti 38 pediatri di 15 paesi europei (Austria, Belgio, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Italia, Polonia, Portogallo, Romania, Spagna, Svezia, Svizzera, Turchia, Regno Unito) e 663 bambini HCV positivi. Nel 2016 -anno al quale i dati si riferiscono- la maggior parte dei pazienti erano naïve al trattamento; occorre tenere presente che nel 2016 per l'età pediatrica non erano disponibili i farmaci antivirali ad azione diretta e l'unica terapia possibile era interferone associato con ribavirina. In questo studio, ai clinici è stato chiesto se avessero voluto utilizzare nuovi farmaci antivirali qualora fossero stati già disponibili. Il 93% dei clinici intervistati ha risposto positivamente riferendosi agli adolescenti (con età superiore a 11 anni), il 74% riferendosi ai bambini tra 6 e 10 anni e solo il 39% per quelli tra 3 e 5 anni. Nella scelta della terapia sono fattori determinanti l'età del bambino, lo stadio della malattia

epatica e il profilo di sicurezza del farmaco in rapporto al beneficio clinico ottenibile. È importante ricordare che il possibile beneficio di un trattamento precoce dell'infezione da HCV non include soltanto la prevenzione delle malattie epatiche o extra-epatiche associate ad HCV, ma consiste anche nella possibilità di crescere liberi dal condizionamento psicologico e dallo stigma di essere portatori di una malattia cronica trasmissibile; inoltre, il trattamento precoce riduce il rischio futuro di trasmissione orizzontale o verticale. Tutti questi fattori dovrebbero essere considerati durante la valutazione dei pro e contro connessi con la terapia con DAA fin dall'età pediatrica.

Per limitare la diffusione dell'infezione nei bambini e negli adolescenti sono attivi programmi di intervento specifici per le fasce di popolazione più a rischio: i nati e i giovani che fanno uso di droghe iniettabili. Lo screening sistematico e selettivo delle donne in età fertile o durante la gravidanza è una strategia che potrebbe impedire la trasmissione verticale in gravidanza. I risultati dello studio di fase 1 "Phase I Pharmacokinetic and Safety Trial of Ledipasvir/Sofosbuvir Fixed Dose Combination in Pregnant Women With Chronic Hepatitis C Virus Infection" (NCT02683005) permetteranno di valutare la sicurezza dell'uso dei DAA in gravidanza [11].

Negli Stati Uniti è stato descritto un incremento della prevalenza di infezioni da HCV negli adolescenti che fanno uso di droghe. Questo dato non è attualmente confermato in Europa, ma non può essere escluso il fatto che questa sia una modalità di trasmissione importante del virus anche tra gli adolescenti europei [12]. Dal 1992 con l'introduzione in Europa occidentale e centrale degli screening universali per HCV sui prodotti trasfusionali, la trasmissione del virus per via orizzontale, nosocomiale o iatrogena è limitata a casi aneddotici [10]. Si devono predisporre programmi di prevenzione mirati agli adolescenti per evitare che assumano comportamenti a rischio e quindi la modalità prevalente di possibile contagio.

Negli Stati Uniti si è osservato un incremento della prevalenza di infezioni da HCV negli adolescenti che fanno uso di droghe.

BIBLIOGRAFIA

- 1 WHO. Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. Geneva, Switzerland: World Health Organization;2018.
- 2 Indolfi G, Easterbrook P, Dusheiko G, et al. Hepatitis C virus infection in children and adolescents. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2019 Jun;4(6):477-487.
- 3 Garazzino S, Calitri C, Versace A, et al. Natural history of vertically acquired HCV infection and associated autoimmune phenomena. *Eur J Pediatr.* 2014;173(8):1025-1031.
- 4 Indolfi G, Serranti D, Resti M. Direct-acting antivirals for children and adolescents with chronic hepatitis C. *Lancet Child Adolesc Health.* 2018 Apr;2(4):298-304.
- 5 Serranti D, Dodi I, Nicastro E, et al. Shortened 8-Week Course of Sofosbuvir/Ledipasvir Therapy in Adolescents with Chronic Hepatitis C Infection. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019 Jul 22.
- 6 Rosenthal P, Schwarz KB, Gonzalez-Peralta RP, et al. Sofosbuvir and Ribavirin Therapy for Children Aged 3 to <12 Years with Hepatitis C Virus Genotype 2 or 3 Infection. *Hepatology.* 2019 Jun 20.
- 7 Schwarz KB, Rosenthal P, Murray KF, et al. Ledipasvir-Sofosbuvir for 12 Weeks in Children 3 to <6 Years Old With Chronic Hepatitis C. *Hepatology.* 2019 Jun 20.
- 8 Murray KF, Balistreri WF, Bansal S, et al. Safety and Efficacy of Ledipasvir-Sofosbuvir With or Without Ribavirin for Chronic Hepatitis C in Children Ages 6-11. *Hepatology.* 2018 Dec;68(6):2158-2166
- 9 Razavi H, El-Sayed M. Updated global estimate of HCV infection in the pediatric population. 2016. <http://cdafound.org/content/Downloads/Pediatric%20Prevalence%20161201.pdf>.
- 10 Indolfi G, Bailey H, Serranti D, et al. Treatment and monitoring of children with chronic hepatitis C in the Pre-DAA era: A European survey of 38 paediatric specialists. *J Viral Hepat.* 2019 Aug;26(8):961-968.
- 11 <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02683005>
- 12 Zibbell JE, Iqbal K, Patel RC, et al. Increases in hepatitis C virus infection related to injection drug use among persons aged <=30 years Kentucky, Tennessee, Virginia, and West Virginia, 2006-2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015;64(17):453-458.

FOCUS ON COINFECTIONS

Professor
Massimo Galli
Professore Ordinario
di Malattie Infettive
presso Università di Milano,
Direttore Unità
Malattie Infettive 3,
ASST Fatebenefratelli
Sacco

La principale raccolta dati sui soggetti che presentano una coinfezione HIV-HCV è rappresentata dalla coorte HepatoICONA, derivata dalla più estesa coorte ICONA che dal 1997 arruola pazienti HIV positivi naïve al trattamento con farmaci retrovirali

Si calcola che in Italia tra le persone HIV positive ci siano almeno 15-20 mila pazienti con infezione da HCV viremica. Ogni anno, dei 4 mila nuovi casi di infezione da HIV, 250 soggetti hanno una coinfezione con HCV. L'HIV influisce negativamente sull'evoluzione dell'infezione da HCV, in quanto risultano aumentati la carica virale, il tasso di progressione verso fibrosi e cirrosi e la mortalità; d'altra parte la patologia epatica è ancora una delle prime cause di morte nelle persone che vivono con HIV. Per questi motivi, la popolazione dei soggetti coinfezati deve essere monitorata e attentamente seguita negli anni.

La principale raccolta dati sui soggetti che presentano una coinfezione HIV-HCV è rappresentata dalla coorte HepatoICONA, derivata dalla più estesa coorte ICONA che dal 1997 arruola pazienti HIV positivi naïve al trattamento con farmaci retrovirali. HepatoICONA raccoglie i dati dei pazienti HIV-HCV positivi naïve al trattamento con farmaci antivirali ad azione diretta (DAA). Entrambe queste coorti rappresentano uno strumento essenziale di sanità pubblica per monitorare i bisogni, per valutare l'andamento clinico, diagnostico e terapeutico, per pianificare e validare gli interventi.

Secondo i dati della coorte ICONA, in Italia il 26.3% dei pazienti con HCV presenta la coinfezione con HIV; il dato emergente negli ultimi anni è la riduzione della coinfezione tra i nuovi diagnosticati HIV positivi. A giugno 2018, risultavano nella coorte HepatoICONA 3.746 pazienti con un'età mediana compresa tra i 35-50 anni, che si erano infettati prevalentemente con l'uso di droghe per via iniettiva, per la maggior parte maschi. Rispetto ai soggetti con la singola infezione da HCV, la popolazione coinfezta presenta più frequentemente il genotipo 1a rispetto all'1b e nel 26% dei casi genotipo 3 [1].

Considerando i dati disponibili a gennaio 2018, sono stati trattati con DAA 1473 pazienti inclusi nella coorte HepatoICONA:

82.5% dei pazienti con fibrosi F4, il 78.8% dei pazienti con fibrosi F3, il 48.9% dei pazienti con fibrosi F2 e il 29.1% dei pazienti con fibrosi Fo e F1 –questi dati riflettono la tendenza dei centri a dare la priorità ai casi più gravi. Il 78.7% dei pazienti che hanno iniziato DAA ha completato il trattamento, ottenendo una risposta virologica sostenuta a mesi (SVR12) nel 91.1% dei casi; il 38.4% dei pazienti che hanno iniziato il trattamento con cirrosi scompensata è stato curato [1]. Nei pazienti con coinfezione o nei casi di infezione singola con HCV, tutte le combinazioni di DAA – 36% ombitasvir + paritaprevir/ritonavir + dasabuvir, 25% sofosbuvir + daclatasvir, 16% sofosbuvir + simeprevir, 17% sofosbuvir + ribavirin and 6% sofosbuvir + ledipasvir; ribavirin- dimostrano lo stesso profilo di efficacia con SVR12 e declino del carico virale di HCV dopo 4 settimane simili; i trattamenti pregressi con interferone peghilato non sembrano essere predittivi della risposta ai DAA [2]. Un'ulteriore analisi su un campione più ampio di 2607 soggetti coinfezati ha confermato l'alto tasso di SVR12 (92.4%), pur essendo trattato soltanto il 35.3% dei casi [3]. Questi dati documentano che in Italia esiste ancora una discrepanza tra l'accesso universale e l'effettiva possibilità di trattamento limitata dai problemi economici e dalla capacità dei centri di erogare servizi efficaci per ottenere l'eradicazione dell'infezione da HCV, come richiesto dalla Organizzazione Mondiale della Sanità.

Oltre alla disponibilità di terapie con DAA per tutti i pazienti, strategia che numerosi studi di farmaco-economia hanno dimostrato come costo-efficace [4], un secondo obiettivo che deve essere raggiunto è l'emersione del sommerso. Come nella popolazione generale, anche le persone coinfezate spesso non sono consapevoli del loro stato con conseguente aggravamento delle loro condizioni cliniche e diffusione del virus nella popolazione. A questo proposito, la



Lo screening su larga scala, il linkage-to-care e l'accesso alla terapia sono i requisiti necessari per poter stabilire la continuità di cura per le persone coinfecte HIV-HCV.

Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali -SIMIT- ritiene che alcune misure come la collaborazione e la condivisione di esperienze con i Medici di Medicina Generale, il coinvolgimento dei Ser.D ed azioni sulle persone immigrate residenti, la creazione di sinergie con le Associazioni dei pazienti e l'abbattimento del ticket per il test per HCV, la cui estensione al criterio di gratuità, di cui beneficia il test per HIV possano essere utili per intercettare un maggior numero di soggetti coinfecti.

Lo screening su larga scala, il linkage-to-care e l'accesso alla terapia sono i requisiti necessari per poter stabilire la continuità di cura (Continuum of Care, CoC) per le persone coinfecte HIV-HCV. Uno studio su 5173 pazienti con doppia infezione da HIV e HCV inclusi nella coorte EuroSIDA ha esaminato un modello di CoC a 8 stadi per valutare la possibilità di accesso alle terapie e l'esito cli-

nico e confrontare il servizio tra le diverse realtà europee [5]. Nella popolazione analizzata, ci sono evidenti disparità tra le differenti regioni europee ad ogni stadio. Circa 1 persona su 5 non ha una quantificazione del RNA documentata; meno della metà delle persone con infezione cronica ha iniziato una terapia e soltanto il 16.2% ha avuto una guarigione documentata, il che è parzialmente attribuibile alla mancanza di efficacia delle terapie disponibili nel 2015, l'anno a cui questi dati fanno riferimento. La quantificazione dell'RNA virale è stata effettuata in proporzioni diverse da regione a regione e probabilmente in molte regioni ha interessato soltanto i soggetti per i quali era previsto un trattamento, dal momento che è un test relativamente costoso. L'accesso alla terapia è stato talvolta limitato per la presenza di controindicazioni, tossicità, bassa efficacia e costi del trattamento a base di

Le discrepanze e le differenze individuate tra le regioni enfatizzano l'importanza di valutare il panorama di trattamento, di sviluppare strategie per ridurre la prevalenza e di stabilire standard di cura migliori per le persone coinfecte

interferone, dal momento che nel 2015 i DAA non erano ancora largamente disponibili; nell'era dei DAA si è inizialmente data la priorità di accesso alla terapia alle persone con stadio avanzato di fibrosi per l'elevato costo dei farmaci. Il tasso di guarigione è stato basso in tutte le regioni, probabilmente per la presenza della maggioranza della popolazione con genotipo 1 e 4 difficili da trattare con interferone e ribavirina [5]. Pur analizzando dati relativi all'era delle terapie basate su interferoni, questo metodo permetterà la valutazione degli effetti delle terapie con DAA. Le discrepanze e le differenze individuate tra le regioni enfatizzano l'importanza di valutare il panorama di trattamento, di sviluppare strategie per ridurre la prevalenza e di stabilire standard di cura migliori per le persone coinfecte. Occorre tenere presente che la maggioranza delle persone coinfecte fa uso di droghe per via iniettiva: queste persone devono superare oltre alle barriere sociali e la marginalizzazione anche i problemi di accesso alla cura. Lavorare per rimuovere le barriere alla cura e stabilire percorsi di cura adeguati in modo che la maggior parte dei pazienti possa ricevere la diagnosi e un trattamento adeguato sono punti essenziali per raggiungere l'obiettivo di eliminazione dell'HCV entro il 2030.

BIBLIOGRAFIA

1. Coorte ICONA/HepaICONA Report gennaio 2018. Disponibile su www.fondazioneiconacona.org.
2. Milazzo L, Lai A, Calvi E, et al. Direct-acting antivirals in hepatitis C virus (HCV)-infected and HCV/HIV-coinfected patients: real-life safety and efficacy. *HIV Med.* 2017;18(4):284-291.
3. d'Arminio Monforte A, Cozzi-Lepri A, Ceccherini-Silberstein F, et al. Access and response to direct antiviral agents (DAA) in HIV-HCV co-infected patients in Italy: Data from the Icona cohort. *PLoS One.* 2017 May.
4. Marcellusi A, Viti R, Kondili LA, et al. Economic Consequences of Investing in Anti-HCV Antiviral Treatment from the Italian NHS Perspective: A Real-World-Based Analysis of PITER Data. *Pharmacoeconomics.* 2019 Feb;37(2):255-266.
5. Amele S, Peters L, Sluzhynska M, et al. Establishing a hepatitis C continuum of care among HIV/hepatitis C virus-coinfected individuals in EuroSIDA. *HIV Med.* 2019;20(4):264-273.

FOCUS ON POVERTY

Oltre alla difficoltà economica, i poveri sono spesso persone marginalizzate che hanno difficoltà di accesso ai servizi sanitari per diffidenza, per barriere culturali o limitazioni logistiche

Secondo i dati ISTAT del 2018, in Italia si stimano oltre 1,8 milioni di famiglie in povertà assoluta (con un'incidenza pari al 7,0%), per un totale di 5 milioni di individui (incidenza pari all'8,4%). Si conferma un'incidenza di povertà assoluta più elevata tra le famiglie con un maggior numero di componenti, pari a 8,9% tra le famiglie con quattro componenti e raggiunge il 19,6% tra quelle con almeno cinque persone; si attesta invece attorno al 7% tra le famiglie di 3 componenti, in linea con il dato medio. La povertà aumenta in presenza di figli minori, passando dal 9,7% delle famiglie con un figlio minore al 19,7% di quelle con 3 o più figli minori. Gli individui stranieri in povertà assoluta sono oltre un milione e 500mila, con una incidenza pari al 30,3% (tra gli italiani è il 6,4%). La criticità per le famiglie con stranieri è maggiormente sentita nei comuni centro di area metropolitana, dove l'incidenza arriva al 26,2% (28,8% per le famiglie di soli stranieri).

Oltre alla difficoltà economica, i poveri sono spesso persone marginalizzate che hanno difficoltà di accesso ai servizi sanitari per diffidenza, per barriere culturali o limitazioni logistiche. Per superare questi problemi e garantire a tutti un'opportunità di cura, i primi passaggi fondamentali da compiere sono l'avvicinamento e il *linkage-to-care*. A questo scopo, i *point-of-care* territoriali e presidi di strada possono essere i punti di incontro favorevoli per contattare i poveri e i marginalizzati e instaurare con loro un rapporto e, se necessario, un percorso di cura.

In occasione della Giornata del Povero nel novembre scorso, si è ripetuta l'esperienza del Presidio Sanitario solidale che ha fornito cure gratuite a tutte le persone bisognose che normalmente avrebbero molte difficoltà ad accedervi. Il Presidio è stato allestito in piazza San Pietro a Roma ed è stato operativo per una settimana, con un orario di apertura volutamente prolungato

fino alle ore serali. All'interno della struttura, il personale sanitario eseguiva il primo triage e in un secondo momento indirizzava il paziente alla visita specialistica opportuna; le specializzazioni mediche presenti presso la struttura erano medicina generale, cardiologia, infettivologia, ginecologia e ostetricia, podologia, dermatologia, reumatologia, oculistica e, come detto, il laboratorio di analisi cliniche. Le persone potevano usufruire di analisi cliniche e ritirare il referto il giorno successivo. Commentando l'esperienza, il professor Massimo Andreoni, a capo dell'unità di Malattie infettive del Policlinico Tor Vergata che, grazie al sostegno di Gilead Sciences, si è occupato delle visite e degli esami nell'area delle malattie infettive ha detto: "Solo nel primo giorno sono stati individuati 4 casi di infezione da virus dell'epatite C in stato avanzato su 35 test effettuati, più del 10 per cento. Se queste persone fossero rimaste inconsapevoli dell'infezione, la malattia si sarebbe evoluta in casi avanzati di cirrosi o addirittura in epatocarcinoma".

Esperienze di questo tipo possono contribuire, quindi, all'emersione dei casi sommersi di HCV soprattutto nelle popolazioni a rischio e al raggiungimento del linkage-to-care in modo da garantire l'opportunità a chi ne ha bisogno di accedere alle cure a prescindere da dove si trovi e dalle risorse economiche di cui dispone. La diagnosi e il trattamento di HCV nelle persone povere e marginalizzate è fondamentale per contenere l'infezione e raggiungere all'obiettivo di eradicazione dell'HCV entro il 2030 promosso dalla Organizzazione Mondiale della Sanità.

BIBLIOGRAFIA

Le statistiche dell'ISTAT sulla povertà (Anno 2018)

25

**NO ONE
IS LEFT BEHIND**



**Quotidiano
Sanità**
edizioni

www.qsedizioni.it
www.quotidianosanità.it

Agency

