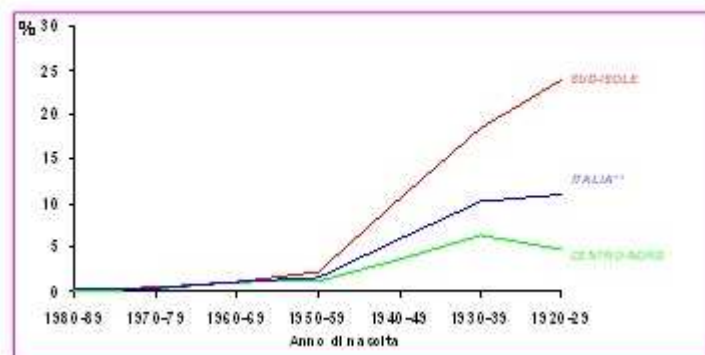


## No a screening generalizzato per HCV in Italia

Prevalenza di HCV RHA+ nella popolazione generale  
in alcuni comuni d'Italia



Nei giorni 5 e 6 maggio 2005 si è svolta presso l'Istituto Superiore di Sanità la consensus conference sullo screening della popolazione adulta per HCV in Italia. Lo screening è stato richiesto da parte del MdS ed alle conclusioni dell'ISS è attenta anche l'AIFA. Le conclusioni sono che lo screening per la popolazione generale è stato ritenuto inappropriato in quanto la maggior parte degli infetti sono persone anziane in cui il virus non comporta manifestazioni cliniche e che solo in rari casi presentano una sintomaticità e soprattutto non sono suscettibili di trattamento. Pur mancando di obiettivi primari, la risposta virologica sostenuta, ossia l'ottenimento di assenza di HCV RNA a 24 settimane dopo la conclusione del trattamento viene ritenuto un indice surrogato con delle plausibili basi biologiche per essere predittivo di eventi clinici. Lo screening viene pertanto limitato ad alcune categorie a maggior rischio: dializzati, emotrasfusi prima del 1992, soggetti che hanno ricevuto emoderivati prima del 1987, conviventi di soggetti HCV positivi, soggetti con promiscuità sessuale e lesioni genitali, ma solo limitatamente ai soggetti che, nell'ambito di queste categorie, siano potenzialmente eleggibili ad un trattamento.

#### Commento di Luca Puccetti

Potrebbe sembrare persino pleonastico che l'Istituto Superiore di Sanità si sia impegnato ad organizzare una conferenza di consensus per rispondere alla domanda se sia necessario procedere ad uno screening della popolazione adulta per HCV. La prevalenza dell'infezione è inferiore all' 1% nella popolazione al di sotto dei 50 anni mentre può arrivare anche al 20% in alcune regioni del sud negli anziani. Tuttavia gli anziani nella stragrande maggioranza dei casi sono asintomatici e solo pochi di loro avranno conseguenze in termini di qualità di vita e mortalità per l'infezione da HCV. Inoltre, oltre i 65 anni non ci sono indicazioni al trattamento che oltretutto negli anziani funziona meno. L'efficacia dei migliori protocolli con peg-interferon e ribavirina è mediamente del 70 % in termini di risposte virologiche sostenute a 24 settimane. Inoltre l'efficacia risente pesantemente del genotipo essendo assai minore per quello di tipo1 che necessita di trattamenti molto più lunghi anche di 48 settimane e con dosi maggiori che aumentano le probabilità di eventi avversi. La motivazione della consensus è anche da ascrivere alla pressione che proviene da organizzazioni che si dichiarano rappresentative dei malati e che premono per lo screening sulla base di principi generali costituzionalmente garantiti. Simulazioni di massima hanno evidenziato che per i soli costi dei farmaci il trattamento di 100.000 infetti costerebbe 1,5 milioni di Euro. A ciò andrebbero aggiunti i costi dello screening, quello per il personale, per gli esami, quelli per gli effetti collaterali, il follow-up e per i danni conseguenti allo screening in persone asintomatiche. Occorre poi considerare che la maggior parte delle categorie a rischio suscettibili di trattamento è già in pratica testato per HCV e che l'efficienza di uno screening generalizzato scontrerebbe in termini di efficienza l'enorme impatto dello screening strisciante che in pratica viene effettuato in occasione delle varie richieste impropriamente avanzate prima di interventi chirurgici, o procedure diagnostiche invasive, che nonostante siano state a più riprese stigmatizzate, continuano ogni giorno ad essere avanzate. Le risorse sono finite e quindi occorre fare delle scelte, i fondi per lo screening generalizzato produrrebbero costi enormi a fronte di vantaggi limitati e sottrarrebbero risorse a danno di interventi molto più efficaci, necessari ed urgenti.