ISS: No a screening generalizzato per HCV in Italia

Data 02 settembre 2005
Categoria epatologia

Una expert consensus conference dell'Istituto superiore di sanità ha ritenuto inappropriato lo screening generalizzato della popolazione adulta per il virus dell'epatite C.

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. 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 comporterebbe manifestazioni cliniche rilevanti, che solo in rari casi presentano una sintomaticità e soprattutto non sono suscettibili di trattamento. In mancanza di outcomes 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 proposto limitatamente 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 erosive.

Fonte: ISS; documento originale scaricabile qui

Commento di Luca Puccetti

La prevalenza dell'infezione da HCV è inferiore all' 1% nella popolazione al di sotto dei 50 anni, mentre può arrivare anche al 20% in alcune regioni del sud tra gli anziani. Tuttavia gli anziani, in molti casi, sono asintomatici e solo pochi di loro hanno 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. In aggiunta a ciò 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. Simulazioni di massima grossolane 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 molti soggetti appartenenti alle categorie a rischio suscettibili di trattamento sono spesso già testati per HCV e che l'efficienza di uno screening generalizzato dovrebbe essere scontata dell'effetto dovuto allo screening strisciante che viene effettuato in occasione delle varie richieste di test impropriamente avanzate prima di interventi chirurgici, o procedure diagnostiche invasive che, nonostante siano state a più riprese stigmatizzate, continuano ogni giorno ad essere avanzate. Un vantaggio potrebbe essere la diminuzione dei nuovi casi a fronte di comportamenti più attenti ai rischi di contagio nell'ambito familiare. Anche se è vero che procedure atte ad evitare lo scambio di fluidi biologici interpersonali o attraverso oggetti d'uso dovrebbero essere sempre applicate, è innegabile che in presenza della consapevolezza di un infetto l'attenzione sia molto maggiore. I nuovi casi di infezione da HCV in Italia sono sicuramente molti meno che in passato, tuttavia il loro numero assoluto non è irrilevante. Si deve inoltre ammettere che un'analisi formale farmacoeconomica su uno screening per HCV a tutt'oggi manca. L'associazione EpaC Onlus non ha ritenuto di sottoscrivere il documento finale per valutazioni di carattere generale e specifico che si possono riassumere in:
1) Esclusione dello “screening di massa” inteso come screening su tutta la popolazione;
2) Sostegno incondizionato all’identificazione di gruppi o sottogruppi di cittadini a rischio e l’ampia divulgazione ai Medici di Famiglia con raccomandazioni dettagliate;
3) Bocciatura di qualsiasi forma di discriminazione in base all’età ed alla possibilità di beneficiare delle opzioni terapeuticheattuali;
4) Sostegno all’introduzione de “l’aumento della Qualità della vita” come criterio valutativo nelle proposte terapeutiche e negli screening.
Riportiamo pertanto integralmente le osservazioni e la posizione finale dell'Associazione EpaC Onlus in merito alla consensus che il presidente EpaC, dott. Ivan Gardini, ha avuto la cortesia di farci pervenire.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 16/11/2026 alle ore 13:16 | Pagina 1 di 1