

SICILIA

Politiche di screening mirate per un utilizzo appropriato e sostenibile delle nuove terapie

A colloquio con **Antonio Craxì**

Professore ordinario di Medicina Interna
e Gastroenterologia, Università di Palermo

Professore, sappiamo che in Italia l'epatite C conta circa un milione e settecentomila malati. Quali, in particolare, i 'numeri' dell'epatite C in Sicilia?

Al termine malati sostituirei più correttamente il termine portatori cronici. Nell'ambito di questa popolazione ci sono persone che hanno un'epatite rilevabile, una cirrosi, un epatocarcinoma, e diversamente, persone che hanno un'infezione cronica senza malattia evidente. Fatta questa premessa, direi che la risposta corretta è che in Italia ci sono anche più di un milione e settecentomila infetti cronici; la stima più attendibile si attesta intorno al 3-4% della popolazione generale. Sicuramente, quindi, ben oltre i due milioni di infetti e almeno un milione con una malattia potenzialmente evolutiva, destinata a diventare una malattia significativa: una cirrosi o un tumore del fegato.

Con riferimento specifico alla Sicilia, la cui popolazione rappresenta circa il 10% della popolazione nazionale, direi che ci sono circa 200.000 infetti. Ammettendo l'esistenza di un gradiente Nord-Sud, circa 250.000.

Ad ogni modo credo possa essere più interessante provare a fare una stima 'partendo dalla coda', ovvero dalle morti per malattie di fegato. In Sicilia muoiono ogni anno grosso modo tra le 5000 e le 7000 persone per patologia cronica di fegato (cirrosi o epatocarcinoma), nell'80% dei casi conseguenza dell'infezione cronica del virus C. Con una media annuale di 4000 morti per cirrosi o per cancro possiamo stimare che in ogni singolo momento nel tempo ci sono 40-50.000 persone con cirrosi epatica.

Si tratta di numeri sicuramente importanti. Anche se 'solo' il 20% della popolazione con epatite C degenera in cirrosi o in cancro, parliamo di 400.000 morti. In altri termini, a dispetto di una percentuale apparentemente rassicurante del 20%, la base di calcolo è estremamente ampia.

È corretto affermare che esiste un gradiente della malattia che aumenta dal Nord verso il Sud?

Il gradiente Nord-Sud può anche esistere, ma bisogna fare una piccola taratura. Gli studi che hanno prodotto i dati a sostegno di questa affermazione sono stati condotti in piccoli centri. La

realità dei piccoli centri può essere molto diversa da quella delle città, dove esiste una serie di fattori di rischio che tende a essere più omogenea. Inoltre i dati sono stati raccolti alla svolta del millennio, fotografando una realtà di dieci, quindici anni fa. In quegli anni, soprattutto al Sud, erano attuate pratiche mediche e consuetudini culturali che hanno sicuramente concorso a determinare una differenziazione territoriale nella diffusione dell'epatite C. In particolare negli anni sessanta era generalizzato l'uso di siringhe e iniezioni, erano alquanto frequenti pratiche abortive in contesti non sicuri e molto diffusa la consuetudine di radersi da barbieri che non usavano sterilizzare gli strumenti di lavoro. Ma si tratta, come dicevo, di pratiche che fotografano un realtà ormai superata. Oggi, al contrario, le fonti di infezione più frequenti sono manovre estetiche, dermocosmesi, peeling, tatuaggi, piercing, infiltrazioni di collagene cutanee e altre manovre di chirurgia estetica minore. Inoltre, sta assumendo una certa importanza la diffusione per via sessuale, soprattutto attraverso rapporti omosessuali. Questi fattori di rischio sono spalmati in modo omogeneo sul territorio italiano e direi anche europeo.

Un dato interessante, infine, è che i migranti non hanno modificato negli anni in modo consistente il quadro epidemiologico nella nostra Regione. Sappiamo, infatti, che sono portatori del genotipo 4, da noi poco frequente. Ebbene, monitorando nell'arco di quindici anni la frequenza del genotipo 4, abbiamo rilevato una sostanziale immutabilità nei numeri. I migranti, in altri termini, non hanno infettato la popolazione locale.

Si denuncia, generalmente, una sottovalutazione del virus e una scarsa consapevolezza sociale della malattia. Qual è il suo punto di vista?

Il discorso della sottovalutazione e della consapevolezza sociale è alquanto complesso. In Italia, a differenza di quanto è accaduto in altri Paesi come, per esempio, la Francia nei primi anni del 2000, non sono mai state fatte campagne di screening allargate, utili a identificare la popolazione infetta. Di conseguenza, al contrario di quanto accade in altri Paesi come la Francia per l'appunto, meno del 10% del totale degli infetti sa di esserlo. Allo stesso tempo, la consapevolezza sociale della patologia ritengo sia funzione dalle campagne di informazione sulla stessa. Ora che ci avviciniamo – con l'introduzione degli inibitori della proteasi – a un'era di trattamenti nuovi e rivoluzionari nelle loro potenzialità di eradicare il virus, mi aspetto cresca la soglia di attenzione nei confronti della patologia, in termini di comunicazione e informazione sulla stessa, e al contempo mi auspico l'avvio di screening utili a sostenere un impiego appropriato e economicamente sostenibile delle nuove terapie. Sarebbe, in particolare, auspicabile riuscire ad eradicare il virus in una fase che precede un danno strutturale del fegato, scoprire il

paziente trattabile prima che sviluppi una fase cirrotica e, a tal fine, prevedere screening mirati in specifiche fasce di popolazione a rischio.

Nella realtà in cui opera, qual è il modello di assistenza per il malato di epatite C?

Il nostro modello organizzativo prevede una serie di accessi sul territorio ovvero una serie di ambulatori che agiscono come primo filtro per la corretta identificazione della patologia e il successivo orientamento del paziente, quando necessario, ad accessi in regime di *day hospital* o *day service* a seconda del grado di complessità. È prevista, quindi, una tipizzazione virologica, una tipizzazione funzionale e eventualmente una biopsia epatica. Quindi il paziente torna ad un ambulatorio dedicato con supporto di personale infermieristico. Un modello organizzativo 'a imbuto', un accesso largo, una parte stretta che è un percorso intraospedaliero quasi mai con ricovero, quindi un percorso ambulatoriale in cogestione con medici di medicina generale. Un modello che ogni anno produce tra le 300 e la 400 nuove diagnosi di malattia cronica del virus C e avvia 150-200 trattamenti per l'epatite C.

Sottovalutare il virus potrebbe significare sofferenze altrimenti evitabili per i malati e, al contempo, uno spreco di risorse pubbliche. Quali sono, in particolare, i costi derivanti da una gestione tradiva e poco efficiente della patologia?

I costi sono variabili a seconda dell'evoluzione della patologia. Per gli infetti che sviluppano cirrosi (circa il 10-20% del totale degli infetti), il costo annuale per ricoveri è in media di circa 15.000 euro per anno. Se il paziente è in età di essere trapiantabile, il costo stimato per un trapianto è di circa 200-250.000 euro.

Quindi, provando a fare una stima approssimativa dei costi, che comprenda ricoveri, costo dell'eventuale trapianto, e una percentuale di costi indiretti, un cirrotico costa alla comunità tra i 100 e i 150.000 euro.

Quali, specularmente, ritiene siano i comportamenti virtuosi da avviare a diversi livelli — istituzionale, clinico, di pazienti — per promuovere una gestione costo-efficiente della patologia?

Ormai è invalsa l'abitudine, laddove soprattutto si facciano procedure invasive, in reparti di chirurgia generale e specialistica, di fare comunque uno screening di epatite B e C. Il problema è che lo scopo di questi screening, nella maggioranza dei casi, è pura-



mente difensivo. Manca, al contrario, un'adeguata comunicazione e trasmissione di queste informazioni per agevolare una corretta valutazione della patologia e, eventualmente, un successivo inizio tempestivo del trattamento appropriato.

Parlando nello specifico di terapia, la ricerca ha condotto all'individuazione degli inibitori della proteasi come una classe di farmaci che potranno, in combinazione con le terapie esistenti, rivoluzionare il trattamento terapeutico: siamo all'inizio di una nuova era?

La valenza dei nuovi farmaci è altissima ma non si può, oggi più che mai, prescindere da valutazioni di costo e di sostenibilità. In base ai dati attualmente disponibili, il costo di un ciclo in più con gli inibitori della proteasi è di circa 30.000 euro; pertanto, se anche si dimezzasse il tempo dell'esposizione all'interferone (passando da 12.000 a 6000 euro per ciclo), il costo del trattamento passerebbe da una media di 10.000 a una media di 35.000 euro. Un aumento dei costi difficilmente sostenibile dal Servizio Sanitario Nazionale in mancanza di un'attenta politica di differenziazione/tipizzazione della popolazione trattabile. È per questo, come già accennato, di fondamentale importanza implementare politiche di screening mirate a promuovere un utilizzo appropriato e per questo sostenibile delle nuove terapie. ■ ML