

19 NOVEMBRE 2020

FOCUS PUGLIA

LA REALTÀ ITALIANA DELLA CIRROSI EPATICA IN EPOCA COVID-19 TRA TERAPIE E IMPATTO SOCIO-ECONOMICO

DOCUMENTO DI SINTESI



www.motoresanita.it

Richieste del Panel Pazienti-Clinici

ORGANIZZAZIONE

1. **Richiesta fondamentale, condivisa all'unanimità dal panel, è costruire un PDTA a breve sulla cirrosi. È un vero punto di partenza** che però dovrà essere riconosciuto a livello regionale; ma soprattutto applicato rapidamente nel territorio. Ci sono infatti fin troppi PDTA, deliberati per diverse aree patologiche, ma in realtà non applicati. A questo scopo sarà utile stabilire indicatori semplici attraverso cui monitorarne l'applicazione uniforme in tutti in territori.
2. **Costituire una Rete di patologia del fegato**: le professionalità di livello elevatissimo ci sono e metterle ufficialmente in connessione attraverso una Rete riconosciuta e deliberata a livello regionale garantisce tutti, *in primis* i cittadini, attraverso un sistema di cure ben coordinato ed efficiente.
3. **Il tavolo di lavoro cha ha partecipato all'evento** produrrà una **proposta concreta di PDTA** sulla base di un documento già esistente, costruito dalle società scientifiche AISF e SIMG, con focus sulla cirrosi. La proposta sarà portata all'attenzione della Regione per essere validata. Sarà fondamentale la presenza al tavolo dei tecnici regionali e di EPAC (l'**associazione EPAC** vuole collaborare, come suo atteggiamento consolidato in tutte le regioni, per fornire soluzioni ai problemi gestionali ed organizzativi vissuti in prima persona).
4. Covid-19 ha causato gravi problemi assistenziali per la gestione di tutte le patologie croniche. Ora è **fondamentale stabilire quali siano le prestazioni differibili e quali indifferibili** nel percorso dei pazienti con cirrosi, prevedendo, come per la pandemia, non un solo piano, ma più piani in base agli scenari attuali. Anche durante l'epidemia il paziente non può essere abbandonato, i centri di cura non possono essere chiusi. L'indicazione delle prestazioni indifferibili potrà evitare di pagare un conto molto alto nel prossimo futuro.

Ricordiamo che l'estrapolazione dei dati epidemiologici a livello nazionale e dei costi (diretti e indiretti) riferiti alla cirrosi (questi dati sono già stati elaborati e pubblicati da Regione Campania) può fornire una proiezione di spesa annua riferita alla Puglia, di almeno 50 milioni, con una elevata ospedalizzazione e riospedalizzazione ad un anno dalla dimissione.

GESTIONE DELLE TERAPIE

5. **Per il trattamento della complicità encefalopatia epatica o porto-sistemica**, evento grave, che impatta pesantemente sulla vita dei malati e delle famiglie, viene chiesto di consentire una **prescrizione semestrale**, che riduca il disagio dei malati e delle famiglie evitando la reiterazione

delle prescrizioni. Questo libererebbe i centri da una inutile incombenza burocratica, garantendo più tempo al lavoro clinico assistenziale, con una potenziale riduzione delle liste d'attesa. Pur nella consapevolezza che la materia sia di pertinenza di AIFA, è stata inoltre sottolineata l'opportunità di consentire ai MMG la prescrizione di alcuni farmaci fondamentali per la gestione della cirrosi (albumina e Rifaximina nella formulazione ad hoc per cirrosi).

6. **Sburocratizzazione dei percorsi** di accesso alle terapie dedicate, non solo attraverso le Farmacie dei centri di riferimento ospedaliero (distribuzione diretta), ma anche presso le farmacie del territorio (distribuzione per conto)**.

Richieste del Panel Clinico

ORGANIZZAZIONE

1. **Creare una Rete regionale di patologia con il** coordinamento del Direttore della Gastroenterologia dell'Università di Bari (indicazione all'unanimità in favore del Prof. Di Leo).
2. **Costruire un PDTA per la cirrosi** e altre patologie epatiche impattanti sul SSR con gli obiettivi di:
 - a. Far emergere i **quadri silenti**, il **sommerso della cirrosi**, prima che i pazienti asintomatici o paucisintomatici manifestino complicanze importanti (encefalopatia, ascite, epatocarcinoma etc).
 - b. **Coinvolgere la medicina territoriale** al fine di ottenere una diagnosi tempestiva delle complicanze, una emersione dei quadri misconosciuti e un più tempestivo avvio al percorso terapeutico.
 - c. **Istituire, con il riconoscimento della Regione, una adeguata attività di formazione rivolta ai caregiver e ai MMG**, per sviluppare conoscenza e migliorare la preparazione di base sulla gestione efficace della malattia.
3. **Eventuale impiego di specialisti** come supporto ai MMG per la gestione sul territorio.
4. **Utilizzo della telemedicina** (teleconsulto e televisita) per costruire servizi assistenziali più vicini al paziente e utili non solo in emergenza pandemia. I servizi di prossimità in una Regione come la Puglia sono fondamentali.
5. **Il sistema di sorveglianza, anche dopo l'eradicazione dell'HCV, è cruciale per i cirrotici e il ruolo del MMG è fondamentale a questo riguardo.** Il database Health Search della medicina di

** il paziente cirrotico altamente complesso, ad elevato rischio, ha percorsi di accesso complicati e deve assumere innumerevoli farmaci (per cui la semplificazione è importantissima e vitale per l'aderenza alle cure)

famiglia ci indica (dati appena pubblicati) che esiste un 12% di pazienti che ha sintomi di cirrosi latente o non diagnosticata, e che ancora non è stato trattato con farmaci anti-HCV. Altri segni importanti da attenzionare in questi pazienti sono la **sarcopenia** (perdita di massa muscolare che causa debolezza muscolare) e la **malnutrizione**.

FORMAZIONE

6. **Costruire programmi ad hoc sul territorio** per implementare le conoscenze sulla patologia e rendere consapevoli tutti gli attori dell'importanza di un appropriato utilizzo delle risorse.
7. **Sollecitare l'attenzione sul ruolo della sindrome metabolica** (purtroppo in forte aumento) **nella patogenesi della cirrosi**.
8. **Sollecitare l'attenzione sull'encefalopatia, come grave complicanza** della cirrosi, che impatta pesantemente sulla vita dei malati e sui costi socio-assistenziali. Questa complicanza va colta nelle fasi iniziali, nelle forme minime. Alcuni sintomi da attenzionare subito sono: la confusione mentale (diagnosi differenziale con i deficit della demenza) in particolare nelle persone molto anziane, il disorientamento (che fa confondere il bagno con la camera da letto, la sorella con la moglie), l'irritabilità e la marcata alterazione del ritmo sonno-veglia. Esistono inoltre test di semplice attuazione da poter eseguire ambulatorialmente dal MMG, come l'*Animal test naming* (il paziente deve pronunciare il nome di tutti gli animali mostrati dal medico. Se non ci riesce o ne ricorda solamente una parte (fino a 10) diventa forte il sospetto di encefalopatia).

Questi sono elementi semplici da portare in evidenza a livello di territorio per iniziare un rapido screening diagnostico nei pazienti a rischio. Per le caratteristiche di questi malati durante il counselling è fondamentale la presenza dei familiari.

9. **I controlli necessari per il monitoraggio** delle persone con cirrosi devono essere effettuati ogni sei mesi, con strumenti appropriati, da personale addestrato. Per il monitoraggio possono essere impiegate dal MMG (adeguatamente addestrato) anche le metodiche ecografiche.

Up to date sulla cirrosi

- I Real World Data indicano una **prevalenza dello 0,3%** della Popolazione Totale: parliamo quindi di una stima di circa 180.000 (da 150.000 a 200.000)
- La cirrosi causa ogni anno il **decesso di circa 170mila persone in Europa (15mila solo in Italia)**
- **Le cause più frequenti sono** : virus ed alcol , meno frequente ma destinata a crescere molto è la sindrome metabolica.
- Dopo una fase asintomatica, **la cirrosi diventa scompensata** quando i pazienti sviluppano **gravi complicanze come ascite, insufficienza renale, encefalopatia epatica, ipertensione portale, varici esofagee, peritonite batterica spontanea, epatocarcinoma**
- Questo comporta una **complessa gestione e frequenti ospedalizzazioni con costi economici molto alti per il Servizio sanitario nazionale**

Digestive
Diseases

Original Paper

10.1007/s12040-017-4301-2

Received November 4, 2016
Accepted February 2, 2017
Published online March 2, 2017

Hospitalizations Due to Cirrhosis:
Clinical Aspects in a Large Cohort of
Italian Patients and Cost Analysis Report

Cirrhosis is one of the major causes of mortality, accounting for about 10,000 deaths per year in Italy [10].

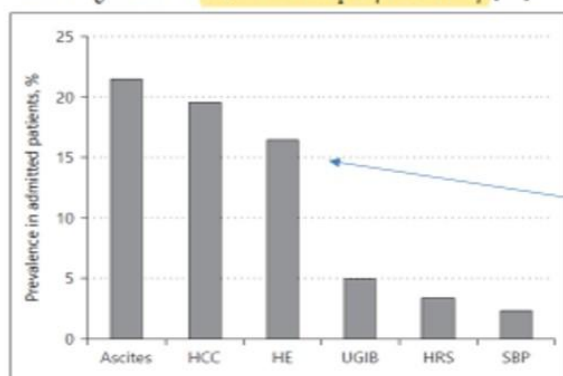


Fig. 2. Prevalence of complications among hospitalized patients with cirrhosis. HCC, hepatocellular carcinoma; HE, hepatic encephalopathy; UGIB, upper gastrointestinal bleeding; HRS, hepatorenal syndrome; SBP, spontaneous bacterial peritonitis.

RWD Prevalenza e Mortalità (stime Puglia)

Cirrosi: 0,3% Popolazione

ITALIA: 180.000 Paz 11.900

Complicanze:

21% Ascite: 37.800 2.500

19% HCC(cancro epato): 34.200 2.260

16% HE(encefalopatia): 28.800 1.900

Nei pazienti con cirrosi, l'encefalopatia epatica è di solito reversibile se opportunamente trattata ed è generalmente scatenata da cause specifiche che potrebbero e dovrebbero essere evitate o prevenute

RWD Costi e ricoveri Cirrosi

ANALISI DEI COSTI SANITARI DIRETTI ASSOCIATI ALLA CIRROSI EPATICA IN REGIONE CAMPANIA

Simona Cammarota*, Antonella Guido*, Valeria Costi*, Teresa Iannaccone*, Antonella Piscitelli*, Alfredo Volante*, Bernardino Toraldo*, Anna Craxio*

Review

Reducing recurrent hospital admissions in patients with decompensated cirrhosis

15.626 Pazienti cirrotici ospedalizzati

46,4% Nuovo Ricovero entro 1 anno dalla dimissione

Costo Patologia Regione Campania: 71,5 mln € per anno - Costo a Paziente: 4.577 €

Encefalopatia Epatica (HE)

Hepatic Medicine: Evidence and Research

Dovepress

Open Access to scientific and medical research

Open Access Full Text Article

ORIGINAL RESEARCH

Overt hepatic encephalopathy in Italy: clinical outcomes and healthcare costs

Table 2 Average yearly cost per patient with and without recurrences

	Drugs (mean ± SD)	Hospitalizations (mean ± SD)
Patient without recurrences (n=172)	€1,173±1,657	€10,196±22,182
Patient with recurrences (n=124)	€1,633±1,807	€18,970±16,652

Abbreviation: SD, standard deviation.

Il webinar è stato realizzato da **Motore Sanità** con il patrocinio di **Regione Puglia**, **AReSS - Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale Puglia**, **CARD - Confederazione Associazioni Regionali di Distretto**, **EpaC onlus**, **SIMG Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie** e **Policlinico di Bari "Giovanni XXIII"** e con la sponsorizzazione non condizionante di **Alfasigma S.p.A.**

SONO INTERVENUTI NEL CORSO DELL' EVENTO:

(i nomi sono posti in ordine Alfabetico)

Daniele Amoruso, Giornalista Scientifico

Ettore Attolini, Direttore Area di Programmazione Sanitaria, AReSS Puglia

Alfredo Di Leo, Direttore Gastroenterologia Università degli studi di Bari

Ivan Gardini, Presidente Associazione Epac Onlus

Pietro Gatti, Direttore Dipartimento Medicina Interna Ospedale Perrino, Brindisi

Vincenzo Gigantelli, Presidente CARD, Puglia

Ignazio Grattagliano, Coordinatore SIMG Puglia

Francesco William Guglielmi, Direttore Gastroenterologia Ospedale Dimiccoli, Barletta

Paolo Guzzonato, Direttore Scientifico Motore Sanità

Pierluigi Lopalco, Assessore Sanità, Regione Puglia

Vito Montanaro, Direttore Generale Programmazione Sanitaria, Regione Puglia

Rossella Moscogiuri, Direttore Dipartimento farmaceutico ASL Taranto e Direttore SC Farmacia Presidio Ospedaliero Centrale ASL Taranto

Piero Portincasa, Direttore Medicina Interna Universitaria Policlinico di Bari

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

Il webinar è stato realizzato da **Motore Sanità** con il patrocinio di **Regione Puglia, AReSS - Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale Puglia, CARD - Confederazione Associazioni Regionali di Distretto, EpaC onlus, SIMG Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie e Policlinico di Bari "Giovanni XXIII"** e con la sponsorizzazione non condizionante di **Alfasigma S.p.A.**

Con la sponsorizzazione non condizionante di Alfasigma S.p.A.

ALFASIGMA 

