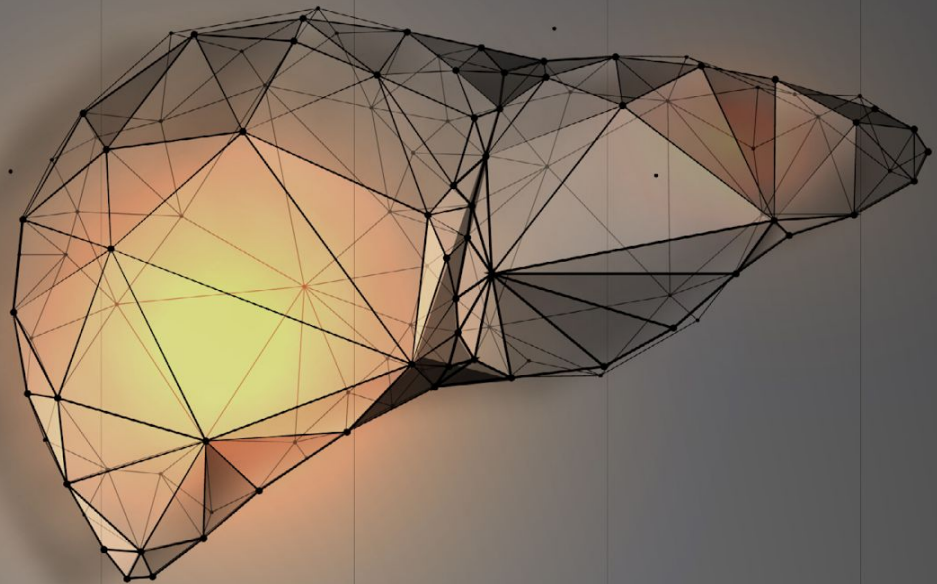


**22 GENNAIO 2021**

## **FOCUS PIEMONTE**

# **LA REALTÀ ITALIANA DELLA CIRROSI EPATICA IN EPOCA PANDEMICA TRA TERAPIE E IMPATTO SOCIO-ECONOMICO**

DOCUMENTO DI SINTESI



[www.motoresanita.it](http://www.motoresanita.it)

## INTRODUZIONE DI SCENARIO

**Il paziente** con cirrosi richiede interventi diagnostici e trattamenti (profilattici e/o terapeutici) i più vari. La patologia è complessa, necessita di competenze specifiche e richiede la stretta collaborazione tra specialista e MMG. **Ai MMG** spetta il compito di seguire il paziente di cogliere per tempo segni e sintomi che denunciano la presenza di una delle pericolose, gravi complicanze che caratterizzano la storia naturale della malattia. **Lo specialista**, invece, deve prestare il proprio intervento per trattare precocemente e al meglio le complicanze cui incorre il paziente cirrotico.

**Senza una forte connessione tra questi attori che porti a reciproco, continuo, scambio di informazioni per facilitare** il lavoro gestionale di entrambe, **sarà difficile portare** evidenti benefici al paziente. Costruire PDTA dedicati alla gestione della malattia cirrotica in toto o PDTA ligth dedicati alla gestione delle sue complicanze è quindi un passaggio chiave. Attualmente vi sono pochi es. di PDTA realizzati: quello costruito da AISF e SIMG dedicato alla cirrosi epatica e alle sue complicanze è applicato da poche realtà nazionali, mentre proprio in Piemonte l'Asl del Verbano Cusio Ossola ne ha realizzato uno che rappresenta un modello unico e virtuoso in Italia.

## LA MALATTIA E SUOI I NUMERI IN ITALIA E IN PIEMONTE

I Real World Data indicano una **prevalenza dello 0,3%** della popolazione totale colpita da cirrosi epatica: si stimano circa 180.000 persone in Italia e secondo una estrapolazione di queste stime, in Piemonte 13.300.

La cirrosi causa ogni anno il **decesso di circa 170mila persone in Europa** (10-15mila 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 proprio per questo pericolosa e spesso sottovalutata, **la cirrosi diventa scompensata** quando i pazienti sviluppano **gravi complicanze come ascite, insufficienza renale, encefalopatia epatica, ipertensione portale, varici esofagee, peritonite batterica spontanea**, fino ad arrivare **epatocarcinoma**. Questo comporta una **complessa gestione e frequenti ospedalizzazioni con costi economici molto alti per il Servizio sanitario nazionale**.

Le nuove terapie per l'Epatite C e i successi dei trapianti di fegato nei pazienti candidabili, e il Piemonte, grazie all'attività trapiantologica della Città della Salute e della Scienza di Torino, si pone ai più alti livelli in Italia e in Europa, hanno portato e porteranno un aumento della sopravvivenza dei pazienti con cirrosi. Di conseguenza questa malattia inciderà in maniera significativa sull'organizzazione socio-assistenziale, e sull'impatto economico gestionale dei vari sistemi sanitari regionali.

## I COSTI SOSTENUTI DAL SSN

Un recente studio (Mennini et al, 2018), basato su dati Real-world italiani ha calcolato i costi sostenuti dal SSN per le ospedalizzazioni dovute a episodi di **Encefalopatia Epatica conclamata** (OHE).

- Lo studio riferisce che i pazienti con encefalopatia epatica sono caratterizzati da una storia clinica più severa di quella riportata in letteratura: **l'incidenza di nuovi ricoveri dopo il primo risulta pari al 62%**, più elevata di altri studi osservazionali italiani o di trial clinici. **La probabilità di decesso al primo ricovero risulta pari al 32%** (superiore rispetto studi osservazionali e RCT).
- La **probabilità di decesso, dei dimessi, per tutte le cause risulta pari al 29% nel primo anno e al 33% entro il secondo** (anche qui più elevata rispetto a studi osservazionali e RCT) generando un **impatto economico per il SSN pari a € 13.000 per paziente**.
- Riportando il valore a livello Nazionale, si tratta di una spesa di **€ 200 milioni per la sola assistenza ospedaliera**.

Nel 2020 è stata effettuata **un'analisi aggiuntiva** (Mennini et al, EEHTA CEIS, 2020) con l'obiettivo di confrontare le Guide Lines sulla HE con i dati Real World dopo un primo ricovero per OHE. L'analisi dell'aderenza alla terapia evidenzia due aspetti fondamentali:

- I pazienti dimessi dopo un episodio di HE **non assumono la terapia** prescritta e solo i pazienti più gravi sembrerebbero essere più aderenti al trattamento.
- Emerge in maniera decisa l'indicazione di utilizzare trattamenti più appropriati dopo il primo ricovero per ridurre l'elevato rischio di ricadute e diminuire l'impatto dei costi

## CONCLUSIONI

L'esperienza drammatica della recente pandemia ha fatto emergere ancor più la necessità di una **nuova organizzazione per la presa in carico di questi pazienti altamente complessi e quasi sempre pluripatologici**: emergono difficoltà gestionali/organizzative per la continuità delle cure e l'accesso ai centri, come è documentato nella lettera aperta di 61 associazioni di pazienti (tra cui EpaC) per chiedere al Governo misure di continuità terapeutico/assistenziale a domicilio per pazienti costretti a casa dalle misure imposte.

Le richieste emerse durante il webinar sono le seguenti:

- La promuovere in ambito regionale la **presa in carico del paziente in base all'intensità di cura**
- **Favorire una Rete epatologica piemontese** che possa distribuire in modo omogeneo i malati e, in forma piramidale, inviarli ai centri di riferimento qualora la cirrosi dovesse proseguire fino al trapianto.

Inoltre:

- Dovrà esserci un **impegno da parte di tutti gli stakeholders** affinché nei vari piani regionali della cronicità non debba mancare un'attenzione al paziente.
- L'attenzione al paziente deve partire dal disegno di **PDTA regionali** dove sia ben chiara e dettagliata la presa in carico del paziente tra medicina ospedaliera e medicina territoriale. Questo potrà garantire obiettivi fondamentali come:
  - **Accesso uniforme e corretta aderenza alla terapia di mantenimento**, fondamentale per la prevenzione di complicanze gravi (encefalopatia e ascite), causa di gravi e ripetuti ricoveri
  - **Potenziamento della assistenza infermieristica territoriale**
  - **Formazione del paziente e del care giver all'autocura**
  - **Sostenibilità delle cure appropriate**
  - **Aumento dell'aspettativa di vita in buona salute**

Inoltre:

- La gestione della cirrosi richiede **modelli organizzativi flessibili** capaci di rispondere alle necessità del paziente basandosi sull'integrazione tra "medicina del territorio" e "medicina ospedaliera".
- La **stretta collaborazione tra MMG ed Epatologo** è necessaria affinché il percorso assistenziale del paziente con cirrosi sia caratterizzato da appropriatezza diagnostico-terapeutica.
- Le cure e il monitoraggio dei malati cronici a rischio dovrebbero continuare attraverso approcci innovativi come il **telemonitoraggio e la telemedicina** oppure **decentralizzando esami e prestazioni spostandoli dall'ospedale al territorio** per evitare di esporre i pazienti fragili a rischi inutili

- **L'identificazione precoce del soggetto con epatopatia cronica ed un intervento personalizzato di terapia e/o monitoraggio** sono passaggi essenziali per la cura ottimale di questi pazienti.
- Ritardare l'inizio delle cure di 12 mesi, decuplica le complicanze e i decessi nei 5 anni successivi: è quindi indispensabile **indicare quali sono le prestazioni differibili da quelle indifferibili** in questi pazienti ad alto rischio di complicanze.
- Sarebbe di grande aiuto **semplificare gli atti burocratici** (rinnovare automaticamente i piani terapeutici, consentire il ritiro dei farmaci ospedalieri presso la farmacia di fiducia o consegnarli direttamente a casa, incrementare le confezioni erogabili) e le altre modifiche di natura amministrativa che possono incidere positivamente sulla qualità di vita dei pazienti.

Sulla base di queste proposte, la regione ritiene opportuno rivedere i percorsi assistenziali legati a questa patologia ad alta complessità, non appena la situazione pandemica sarà sotto controllo.

## **SONO INTERVENUTI NEL CORSO DELL' EVENTO:**

(i nomi sono posti in ordine Alfabetico)

**Cosimo Colletta**, Responsabile Medicina interna, Servizio di Epatologia Centro COQ di Omegna (VB)

**Ivan Gardini**, Presidente EpaC

**Giulia Gioda**, Presidente Motore Sanità

**Paolo Guzzonato**, Direzione Scientifica Motore Sanità

**Alessandro Malpelo**, Giornalista

**Francesco Saverio Mennini**, Professore di Economia Sanitaria, EEHTA CEIS, Università di Roma "Tor Vergata", Kingston University London, Presidente Società Italiana di Health Technology Assessment - SIHTA

**Claudio Nuti**, Presidente SIMG Piemonte

**Mario Pirisi**, Direttore SCU Medicina Interna 1, AOU Maggiore della Carità, Novara

**Franco Ripa**, Responsabile Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari, Regione Piemonte

**Giorgio Maria Saracco**, Direttore Dipartimento di Scienze Mediche, Gastroenterologia ed Epatologia, Città della Salute e della Scienza, Torino

**Alessandro Stecco**, Presidente IV Commissione Sanità

**Riccardo Vanni**, Direttore SSD Gastroenterologia Centro Servizio di Epatologia, Ospedale Alba-Bra Asl Cn2

**Claudio Zanon**, Direttore Scientifico Motore Sanità

Il webinar è stato realizzato da **Motore Sanità** con il patrocinio di **ANMDO, Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino, Epac onlus e Regione Piemonte** e con la sponsorizzazione non condizionante di **Alfasigma S.p.A.**

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

ALFASIGMA 

