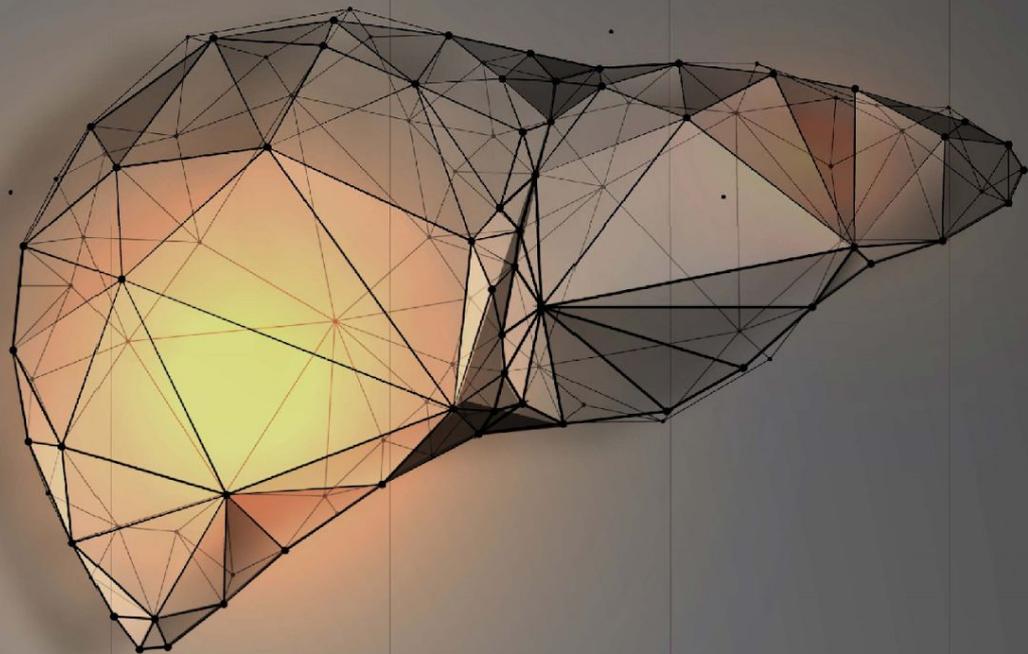


5 FEBBRAIO 2021

FOCUS TOSCANA

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

DOCUMENTO DI SINTESI



## INTRODUZIONE DI SCENARIO

Le stime riferite all'incidenza Nazionale sulle **persone colpite da cirrosi epatica** (180mila in Italia, con un tasso di prevalenza dello 0,3% della popolazione totale) fanno presupporre che in Regione Toscana queste siano circa **11.400. A fronte di questi numeri**, l'impatto in termini di mortalità di questa malattia cronica multifattoriale, molto spesso sottovalutata a tutti i livelli, è molto pesante: **170mila decessi in Europa** ogni anno, **10-15mila solo in Italia, circa 820 in Toscana**. Il 64% dei decessi per cirrosi epatica sono alcol correlati. Da sottolineare anche che in queste statistiche non vengono considerati i casi di mortalità per Cancro al fegato.

Le nuove terapie per l'Epatite C e i successi dei trapianti di fegato nei pazienti candidabili 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.

La Regione Toscana continua con ancora più convinzione ad affrontare questa patologia per arrivare all'eradicazione totale dell'Epatite C, e ha la volontà altresì di investire ulteriormente sulla **prevenzione** di questa malattia e sull'osservazione dei corretti stili di vita, tutto a vantaggio dei cittadini toscani e della sostenibilità del sistema socio sanitario.

## I NUMERI DELLA CIRROSI EPATICA E STRATEGIE DI ERADICAZIONE

- **Le cause più frequenti della cirrosi epatica** sono virus ed alcol (dato OMS 2016: 3 milioni di morti/anno, cioè 5% di tutti i decessi), 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 (21%), insufficienza renale, encefalopatia epatica (16%: di solito è reversibile se opportunamente trattata ed è generalmente scatenata da cause specifiche che potrebbero e dovrebbero essere evitate o prevenute), ipertensione portale, varici esofagee, peritonite batterica spontanea**, fino ad arrivare all'**epatocarcinoma** (prevalenza nel 2018: 33.000 con stime di incidenza di 12.800/anno, dato AIRTUM-Linee guida AIOM HCC Epatocarcinoma 2018; in Toscana si registrano 600 decessi l'anno) e al trapianto (1300/anno).
- Questo comporta una **complessa gestione e frequenti ospedalizzazioni** (circa 11mila in Regione Toscana) **con costi economici molto alti per il SSN** (costo stimato in Regione Toscana: 48 milioni di euro l'anno). Per la sola complicanza di encefalopatia epatica il costo stimato per il SSN è di 200 milioni di euro considerando esclusivamente l'assistenza ospedaliera e di 13mila euro per paziente come spesa media annua (F. S. Mennini)
- L'Epatite acuta A e l'Epatite acuta E e l'epatite acuta G non portano a Epatite cronica.
- **L'Epatite acuta B approssimativamente nel 10-15%** dei pazienti adulti causa una infezione cronica che in **alcuni di questi progredisce in cirrosi** (prevenzione vaccinale)
- **L'Epatite acuta D o Delta infetta individui già infetti dall'Epatite B e porta sempre ad epatite cronica e a cirrosi**, ma oggi, soprattutto in Italia è praticamente scomparsa.
- **L'Epatite acuta C cronicizza in circa 70-80% degli adulti**. Una minoranza di questi **(20-30%) progredirà in cirrosi**, tipicamente dopo parecchi decenni.
- **L'OMS ha definito la strategia per l'eradicazione dell'epatite virale** (obiettivo: riduzione del **90%** delle nuove infezioni e del **65%** dei decessi causati da epatite virale **entro il 2030**). Al 2017, solo 9 Paesi a livello globale sono in linea con il raggiungimento degli obiettivi OMS, tra cui **l'Italia**.

## IL RUOLO STRATEGICO DI UN PDTA DELLA CIRROSI EPATICA

Anche se curati, i pazienti HCV cirrotici **continuano la loro malattia**. Ma oltre questo parlare di epatopatie e **cirrosi non vuol dire solo parlare di Epatite C**, i pazienti cirrotici per qualsiasi causa **possono avere gravi complicanze di malattia se non monitorati e trattati tempestivamente**.

E' perciò molto importante creare dei **percorsi assistenziali** che consentano una presa in carico del paziente a 360 gradi per evitare le complicanze appena citate. Ma poche attualmente sono le esperienze di PDTA strutturati e fra queste: un documento elaborato in collaborazione SIMG e AISF ed uno costruito nell'Asl di Verbano Cusio Ossola (Piemonte).

Quindi molto resta da fare in tema di costruzioni di percorsi di cura per questi pazienti molti dei quali ad alta complessità (circa in 50% di essi ha oltre 3 patologie croniche) e con un impatto di costi socio-sanitari davvero importante sui bilanci regionali.

## CONCLUSIONI

La pandemia ha fatto emergere ancor più la necessità di una nuova organizzazione per la presa in carico di questi pazienti, spesso fragili e quasi sempre pluri-patologici. Stanno emergendo difficoltà gestionali/organizzative per la continuità delle cure e l'accesso ai centri, come 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. Dovrà esserci perciò un impegno da parte di tutti gli stakeholders, affinché nei vari piani regionali della cronicità non debba mancare un'attenzione al paziente affetto da cirrosi epatica.

### Pertanto il panel di esperti concorda su queste premesse:

- a. la società scientifica **SIMG** è da sempre impegnata nel fare in modo che vengano osservate e adottate le **indicazioni pratiche** per un modello di gestione condivisa tra MMG e Specialista epatologo del paziente con cirrosi epatica; è attenta all'approccio delle cure palliative, al ruolo delle competenze della medicina generale, al tema della prevenzione con la campagna di sensibilizzazione contro l'HCV e HIV attraverso il "Lab Mobile", momentaneamente sospesa a causa della pandemia;
- b. la presa in carico del paziente deve cominciare dall'identificazione delle corti a rischio (31 pazienti su 100 con nuova diagnosi di HCV, negli ultimi 2 anni sono stati presi in carico nelle strutture (day hospital, week surgery, pronto soccorso, ricoveri) ma non sono stati intercettati (S. Brillanti);
- c. 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**;
- d. 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;
- e. lo **specialista** deve prestare il proprio intervento per trattare precocemente e al meglio le complicanze cui incorre il paziente cirrotico;
- f. 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;

## CALL TO ACTION E PROPOSTE :

### Il panel della Medicina Generale propone:

1. una **gestione del paziente all'interno di un team multidisciplinare e multi professionale, coordinato dal MMG** (poiché conosce molto bene la storia clinica del paziente), ossia un **PDTA della cirrosi epatica condiviso, flessibile e dinamico**
2. **un nuovo PDTA** che dovrà essere inteso come un percorso di presa in carico globale del paziente: nel suo disegno, infatti, deve essere ben chiara e dettagliata la presa in carico da parte della medicina territoriale e della medicina ospedaliera, che permetta un primo, secondo e terzo livello di assistenza, con ulteriori parametri di **interazione tra MMG e specialista, MMG e infermiere, MMG e psicologi, MMG e fisioterapista, MMG e sociale-assistenziale**
3. come obiettivo finale: avere una **rete integrata di assistenza** in grado di affrontare tutti i livelli di assistenza, senza dimenticare il **fine vita** che dovrà essere organizzato e reso possibile al domicilio del paziente (E. Alti)

**Questo potrà garantire obiettivi fondamentali** come: accesso uniforme, corretta aderenza alla terapia di mantenimento (fondamentale per la prevenzione di complicanze), potenziamento della assistenza infermieristica territoriale, formazione del paziente e del caregiver all'autocura, sostenibilità delle cure appropriate, aumento dell'aspettativa di vita in buona salute

### Tutto il panel di esperti propone:

1. **cambiare il paradigma "ospedale e territorio" in "continuità assistenziale"** (tutto il panel)
2. **Sorveglianza (screening) dell'epatocarcinoma (HCC)** a tutti i pazienti con cirrosi epatica/fibrosi epatica F4 (kPa > 12) indipendentemente dalla causa e a tutti i pazienti con epatite cronica B anche se non cirrotici, con **ecografia addome positiva, dosaggio alfafetoproteina ogni 6 mesi**, presso il **centro di riferimento di secondo livello** perché la diagnosi precoce di HCC allunga la vita del paziente (S. Brillanti)
3. **Attivazione di Point of care, teleconsulto e televisita** (E. Alti)
4. A breve creare un tavolo di lavoro per discutere su problematiche legate alle complicanze più specifiche (ascite refrattaria e encefalopatia epatica) **per costruire una sorta di PDTA light di gestione delle complicanze**. Un buon coordinamento con il "territorio" permetterebbe di risparmiare tante problematiche al paziente (accesso in pronto soccorso, eccetera) e molte risorse (F. Marra)
5. I medici devono **incidere più fortemente sugli stili di vita**: alcol (è la causa principale di sviluppo della cirrosi epatica), tabacco, sedentarietà, alimentazione (rivedere la Dieta mediterranea). **Per una educazione alla prevenzione** stabilire un canale privilegiato con i MMG, Medico di Medicina del lavoro, Medico sportivo, Pediatra (V. Patussi)
6. **Educazione del caregiver sulla prevenzione delle complicanze. Coinvolgimento dei cittadini** sia come propositori delle linee di condotta della presa in carico del paziente sia come sentinelle del PDTA. Impiego di **sistemi di comunicazione** (telematici e di condivisione di immagini) per garantire la continuità assistenziale al paziente e la sinergia tra MMG e Specialista, al fine di affidare ai problemi clinici il corretto livello di priorità. Sviluppare un **piano regionale per le malattie epatiche** (I. Gardini)
7. **Inserimento del nuovo PDTA della cirrosi epatica nel Piano nazionale della cronicità** (tutto il panel)

## Sono intervenuti:

**Elisabetta Alti**, Vice Segretario sezione provinciale FIMMG Firenze

**Stefano Brillanti**, Professore di Gastroenterologia dall'Università di Siena - Direttore Epatologia del Policlinico Santa Maria alle Scotte, Siena

**Mario Cecchi**, Coordinatore Governo Clinico Regione Toscana

**Claudio Cricelli**, Presidente Nazionale SIMG

**Paolo Francesconi**, Responsabile Settore Sanitario dell'Osservatorio di Epidemiologia, ARS Toscana

**Ivan Gardini**, Presidente EpaC Onlus

**Mauro Maccari**, Responsabile Organizzazione delle Cure e Percorsi di Cronicità, Regione

**Alessandro Malpelo**, Giornalista

**Fabio Marra**, Direttore Medicina Interna ed Epatologia Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi Firenze

**Francesco Saverio Mennini**, Professore di Economia Sanitaria e Economia Politica, Research Director-Economic Evaluation and HTA, CEIS, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" - Presidente SIHTA

**Valentino Patussi**, Centro Alcolologico Regionale della Toscana Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi Firenze

**Luigi Rossi**, Direttore Zona Distretto della Piana di Lucca - Presidenza CARD Toscana

**Enrico Sostegni**, Presidente Commissione Sanità del Consiglio Regionale

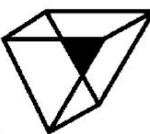
**Claudio Zanon**, Direttore Scientifico Motore Sanità

***Il webinar è stato organizzato da Motore Sanità con la sponsorizzazione non condizionante di Alfasigma S.p.A.***

Con il patrocinio di:



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

ALFASIGMA 

FINE DOCUMENTO DI SINTESI

