

ALL FOR ONE TO HCV CARE! PROPOSTA OPERATIVA DI INTERAZIONE TRA LO SPECIALISTA E IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE PER L'ERADICAZIONE DI HCV NEI PAZIENTI CON MILD LIVER DISEASE



Nome e Cognome: Elena Garlatti Costa
Affiliazione: SC Medicina Interna Pordenone, AsFO (Azienda sanitaria Friuli Occidentale)
Email: elenagarlatti@yahoo.it

Organizzazione/Istituzione



Ospedale/clinica

Popolazione Target



Popolazione generale

Fasi della cascade of care per target



Prevalenza HCV

Numero stimato e percentuale di pazienti (% HCV nella popolazione target):

1-2%

Percentuale di incidenza stimata (%) di HCV nella popolazione target:

1%

Unmet need

La terapia antivirale per l'infezione cronica da HCV risulta efficace, semplice da gestire e presenta scarsi effetti collaterali. Per accelerare il processo di microeliminazione è possibile coinvolgere la figura del MMG nel monitoraggio della terapia antivirale nei pazienti con mild liver disease. Attualmente in Italia non esistono modelli di cura che evidenzino la partecipazione dei MMG nella gestione della terapia antivirale. Vi è inoltre la necessità clinica di creare nuovi schemi di cura "decentralizzati" (territoriali) per alcune tipologie di pazienti.

Scopo del progetto

Il Progetto prevede la collaborazione tra lo Specialista Ospedaliero e il Medico Medicina Generale per il trattamento antivirale dei pazienti HCV positivi con fibrosi epatica bassa (<F3). Si costituisce un nuovo processo di cura che permette alla Struttura Ospedaliera di ridurre le visite di controllo dei pazienti che vengono seguiti a livello territoriale (Assistenza Primaria), si ottimizzano le risorse economiche, si migliora il rapporto del paziente con il proprio MMG e si incrementa il pool dei pazienti viremici che possono essere trattati senza ritardi.

Disegno dello studio/progetto

Il paziente HCV positivo con fibrosi epatica bassa (<F3 secondo FibroScan) è seguito generalmente dal Centro Specialistico per l'avvio della terapia antivirale. Alla prima visita, l'Epatologo illustra al paziente l'obiettivo della terapia antivirale, la probabilità di successo, gli effetti collaterali e l'eventuale presenza di interazioni farmacocinetiche. Viene consegnata la prescrizione AIFA per il farmaco da parte dello Specialista e spiegata la necessità di afferrare al Medico Medicina Generale per il monitoraggio di cura nelle successive settimane di cura. Contestualmente, lo Specialista contatta via mail/telefonicamente il MMG comunicando l'avvio della terapia e il timing di follow up. La successiva prescrizione AIFA viene compilata dallo Specialista dopo contatto via mail/telefonico da parte del MMG che conferma la tollerabilità e l'assenza di reazioni avverse della terapia in corso ai controlli prestabiliti. Lo Specialista rimane il punto di riferimento nei casi in cui si verificano problemi clinici durante la terapia. A distanza di 12 settimane dalla fine della terapia, il paziente esegue un ulteriore controllo epatologico presso il Centro Prescrittore DAAs ed in assenza di elementi neocomparsa per epatopatia, il paziente viene nuovamente riaffidato al MMG.

Strumenti/attrezzature utilizzati



Materiale informativo introduttivo distribuito ai MMG circa le generalità dell'epatite cronica da HCV e il monitoraggio della terapia antivirale. Sono stati organizzati incontri formativi di confronto con i MMG.

Non si prescrivono esami biomorali durante la terapia antivirale. Utilizzo di database per i pazienti inclusi nel progetto per analisi risultati



Uso mail tra Epatologo e MMG per comunicazioni. Si è messo come riferimento mail aziendale che doveva avere come oggetto mail la dicitura "HCV care".

FibroScan (Echosense) per determinazione della fibrosi epatica.

Partners/stakeholders



Sono stati coinvolti i MMG provincia di Pordenone (Ordine Medici Chirurghi Odontoiatri Pordenone) [E' stata coinvolta borsista vincitore Fellowship Gilead 2019]



Nulla osta della Direzione Sanitaria AsFO Ospedale Pordenone (Azienda sanitaria Friuli Occidentale) al progetto

Risultati

55 pts hanno accettato di essere inclusi nel nostro progetto di cura avviando la terapia antivirale presso Centro Specialistico e continuando monitoraggio a livello territoriale.
7 pts hanno rifiutato di essere coinvolti per scarsa fiducia/scarsa rapporto con il proprio MMG.

Tutti i pazienti hanno terminato la cura mantenendo aderenza alla cura.
51 pz hanno raggiunto SVR12.
 Per **4 pts** siamo in attesa SVR12.
 Nessun evento avverso in corso di terapia antivirale. Ad oggi, nessun paziente è stato perso al follow up.

Popolazione studiata



Età media: **61 aa**
 Sesso: **25 M, 30 F**
 Genotipo: **1 in 23 pts, 2 in 18 pts, 3 in 10 pts, 4 in 4 pts**
 Criteri di esclusione: **relapsers a DAAs, PWID/carcerati, F3-F4**
 Criteri di inclusione: **F0, F1, F2**, consenso a prosecuzione monitoraggio presso proprio MMG

Comorbidità: **presenti in 45 pazienti**
 HIV/HCV: 1 paziente
Polifarmacoterapia in corso (>2 farmaci): 34 pts
 Mediana valori di ALT preterapia: **74 U/L**
 Mediana valori ALT all'SVR12: **23 U/L**
 Mediana valori albumina preterapia: **4 gr/dl**

Valutazione impatto



Outcome: conclusione cura, SVR12, eventi avversi e follow up pts persi.
 Impatto su comunità: risparmio numero visite presso Centro Prescrittore DAAs (che ha potuto erogare un numero maggiore di prime visite epatologiche per la cura delle malattie del fegato) e miglioramento del rapporto del MMG con il proprio paziente. I pazienti anziani e con comorbidità hanno effettuato minori spostamenti fisici.

Driver dello studio/progetto



Tutti i pazienti inclusi nel progetto hanno contattato il proprio MMG terminando la cura. Nessun paziente è stato perso al follow up. SVR12 raggiunta in 51 pazienti, 4 in corso.

Sfide e ostacoli



La collaborazione di alcuni MMG con lo Specialista Ospedaliero circa la comunicazione di tollerabilità/prosecuzione di cura è stata limitata. In tali casi, alle scadenze previste, lo Specialista ha ricontattato il MMG di riferimento per verificare l'assenza di problemi clinici. Tuttavia, si segnala che anche in assenza di contatti tra MMG e Specialista, il paziente ha proseguito la cura senza problemi e nessun paziente è stato perso al follow up. Questo dimostra come nel caso in cui il paziente venga adeguatamente informato e abbia compreso la finalità della cura, non sono necessari controlli clinici e/o biomorali in corso di terapia antivirale.

L'epidemia COVID-19 in Friuli Venezia Giulia ha rallentato il processo di microeliminazione ed è stato avviato un numero minore di trattamenti antivirali rispetto a quello precedentemente ipotizzato.

Aree di miglioramento



Migliorare la conoscenza e la gestione dell'epatite C nell'ambito dell'Assistenza territoriale/primaria (MMG). Raggiungere successivamente una maggiore sensibilizzazione nel testing da parte dei MMG e nel processo di linkage to care allo Specialista.

Il futuro



Key message

Vorrei che dal mio poster emergessero:
 -la collaborazione e "unione" di diverse figure professionali per raggiungere obiettivo comune di microeliminazione dell'epatite C (si è creato un network locale che costituisce un esempio di "lean thinking program").
 -nuovi progetti/modelli di cura semplificati/taillored/personalizzati per alcune tipologie di pazienti infetti

References

- Joseph S Doyle et al. Treatment access is only the first step to hepatitis C elimination: experience of universal anti-viral treatment access in Australia. *Aliment Pharmacol Ther* 2019; 49 (9): 1223-1229.
- AJ Wade et al. Aiming for elimination: Outcomes of a consultation pathway supporting regional general practitioners to prescribe direct-acting antiviral therapy for hepatitis C. *J Viral Hepat* 2018; 25 (9): 1089-98.

Acknowledgements

Dr.ssa Giulia Marcella (vincitrice Fellowship Gilead 2019 ed attualmente specialista in formazione presso Scuola di Specializzazione Allergologia e Immunologia Università degli Studi di Verona)