

Conoscere l'epatite C: Screening, Diagnosi e Clinica
Brescia, 18 Maggio 2019

Epatite C un'epidemia da debellare: fattori di rischio, screening, diagnosi

Germano Bettoncelli

L'Autore dichiara l'assenza di conflitti di interesse relativi alla propria presentazione

Dall'EBM alla pratica...

- ogni medico generale, ogni giorno, per ogni paziente che incontra, **prende decisioni** influenti sulla salute del suo assistito (il “fare” o il “non fare”, il “cosa fare”, il “quando”, il “come” ...);
- il problema non è tanto quello di “prendere decisioni”, ma quello di **rendere sistematiche, efficaci, efficienti, appropriate** - per quanto possibile - le decisioni da prendere nel singolo caso, secondo una logica di stampo scientifico.

Dall'EBM alla pratica...

- per prendere decisioni è necessario disporre di **dati** e di **informazioni**;
- per prendere decisioni corrette è necessario disporre di **conoscenze appropriate** e **applicarle nella pratica clinica**.



Perché talora non si fa abbastanza...

- difficoltà ad acquisire e a **trasferire i risultati** degli studi clinici **nell'attività quotidiana**;
- informazioni e valutazioni contraddittorie provenienti da varie fonti;
- difficoltà a **tradurre in pratica le raccomandazioni** sulle modificazioni dello stile di vita;
- difficoltà a gestire la **strategia preventiva**;
- **confusione di compiti e ruoli** tra i diversi livelli d'intervento.

IL CARICO DI LAVORO

Contatti con i propri assistiti e prestazioni erogate



X° Report

AUMENTO

CONTATTI/PAZIENTE/ANNO



2015

AUMENTO CONTATTI
PER RICHIESTA FARMACI
E PRESTAZIONI

2011



37

CONTATTI PER ULTRA 85 ENNI

Problemi attivi e priorità

Paziente Medico Schede Cambia Stampa Test Linee guida Viste Scambio dati ACN Extended Altro ?

Principali Aperti Chiusi (14) Tutti Espandi Organizza

Nuovo problema

Diario

- 16 BRONCHITE CRONICA RIACUTIZZAZIONE
- 92 EPATITE C CRONICA
- 16 CARDIOPATIA IPERTENSIVA
- 14 STENOSI CAROTIDE
- 04 IPERTENSIONE ARTERIOSA
- 16 EXTRASISTOLIA VENTRICOLARE
- 02 DIABETE MELLITO TIPO 2
- 17 RETINOPATIA DIABETICA
- 10 GOZZO
- 18 OBESITA'
- 18 INCONTINENZA URINARIA
- 17 SOSPETTO: INFEZIONE VIE URINARIE
- 14 POLIPO ENDOMETRIALE A SPORTAZIONE
- 15 DEPRESSIONE ANSIOSA
- 15 ANSIA
- 17 SOSPETTO: DISFAGIA
- 16 PIROSI
- 14 EMPIEMA COLECISTI COLECISTECTOMIZZATA
- 11 SINDROME TUNNEL CARPALE DX
- 92 SINDROME TUNNEL CARPALE SX
- 18 NEOFORMAZIONE cavo orale a livello incisivi.. Da proresi?
- 12 POLIPI COLON
- 17 SOSPETTO: PIEDE CAVO, ACQUISITO
- 15 GONALGIA SX
- 15 COXALGIA SX
- 15 SOSPETTO: POLIMIALGIA REUMATICA

DSS-Follow-up DSS-Appropriatezza

Terapie

Richieste Vaccini consigli mBds

		Farmaci (+)	n°	Posologia	E	T
20.11.18	<input checked="" type="checkbox"/>					NM
03.10.18	<input checked="" type="checkbox"/>	HUMALOG*KWIKPEN 100U/ML BORDEA	2	4+6+6 UI	B	CD
30.08.18	<input checked="" type="checkbox"/>	LANTUS*SOLOST 5PEN 100U/ML 3ML	1	16 DOPO C	B	CD
29.10.18	<input checked="" type="checkbox"/>	ACIDO ACET...-30CPR GAST 100MG	2	UNAAL DI	B	CD
	<input checked="" type="checkbox"/>	DOXAZOSINA ME...-30CPR DIV 2MG	1	UNAAL DI	B	CD
	<input checked="" type="checkbox"/>	RAMIPRIL-14CPR DIV 5MG	4	UNALA SERB	B	CD
	<input checked="" type="checkbox"/>	RAMIPRIL/IDR...-14CPR 5MG+25MG	4	UNALA MATB	B	CD
	<input checked="" type="checkbox"/>	PAROXETINA...-28CPR RIV20MG FL	2	UNAAL DI	B	CD
	<input checked="" type="checkbox"/>	TRUSOPT*OFT FL 5ML 2% OCUMETER	1	UNA OGNI	B	CD

Accertamenti

Pressione Certificati Esenz.

Intolleranze Allega

		Accertamenti (+)	Risultato	N	E	Tipo
20.11.18	<input checked="" type="checkbox"/>					
18.10.18	<input type="checkbox"/>	GFR stimato con formula MDRD	67,58			L
	<input type="checkbox"/>	CLEARANCE CREATININA (COCKROFT)	61,46			L
	<input type="checkbox"/>	COLESTEROLO LDL (CALCOLO INDIRECTO)	80			00
	<input type="checkbox"/>	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	n			00
	<input type="checkbox"/>	TIREOTROPINA RIFLESSA(TSH-RITSH. Incl. eventuale dosaggio di	3.12			00
	<input type="checkbox"/>	COLESTEROLO HDL	57			00
	<input type="checkbox"/>	COLESTEROLO TOTALE	151			00
	<input type="checkbox"/>	TRIGLICERIDI	70			00
	<input type="checkbox"/>	ACIDO URICO (URICEMIA)	5.5			00
	<input type="checkbox"/>	CREATININA	0.83			00
	<input type="checkbox"/>	EMOGLOBINA GLICATA	6.7			00

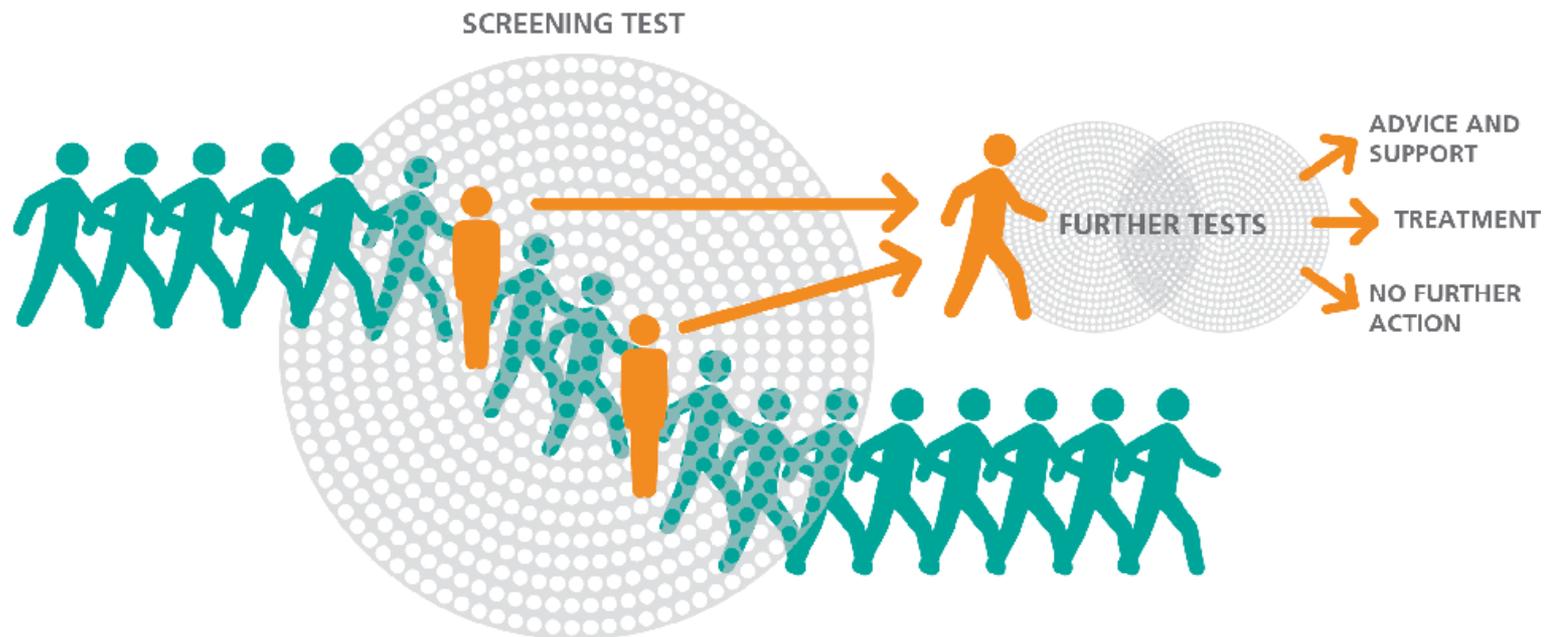
Scadenze DSS-Prevenzione Det. prescrittivi DSS-Economia

Nuovi compiti per il MMG



**Dalla cura del singolo paziente
alla presa in carico di una popolazione**

Screening?



Gli screening sono esami condotti a tappeto su una fascia più o meno ampia di popolazione volti ad individuare una malattia prima che si manifesti con sintomi

Test di screening

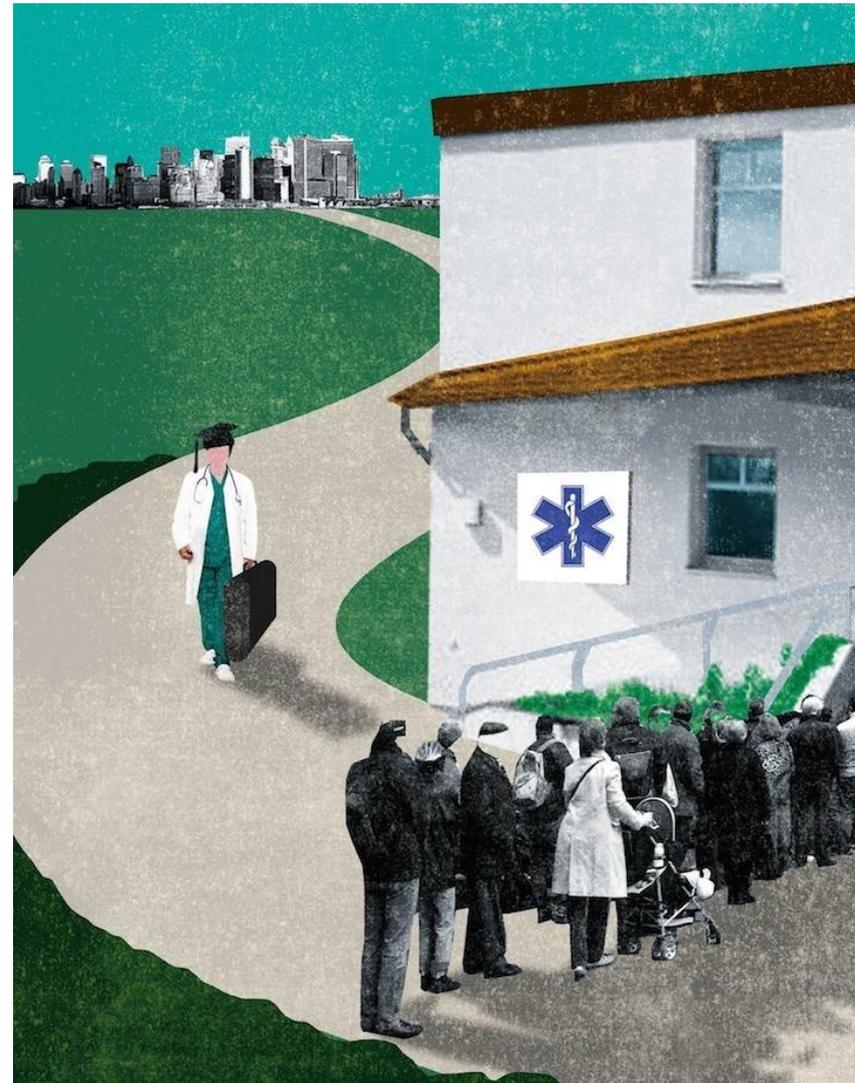
Obiettivo	Individuare indicatori di potenziale malattia
Popolazione target	Largo numero di individui asintomatici ma potenzialmente a rischio
Materiali (Test) e metodi di intervento	Semplici, accettabili per pazienti e operatori
Soglia accettabile di risultato positivo	Generalmente di alta sensibilità per non perdere potenziali patologie
Risultato positivo	Sostanzialmente indica un sospetto di malattia (spesso usato in combinazione con altri fattori di rischio) che richiede ulteriore conferma
Costi dell'intervento	Bassi costi, i benefici dovrebbero giustificare i costi perché un alto numero di persone dovrà essere sottoposto a screening per identificare un piccolo numero di potenziali casi

Screening e MMG

- Lo screening **non** è un'attività facilmente attuabile nel setting della medicina generale
- Il medico **può solo** consigliare i propri pazienti sull'opportunità di sottoporsi agli screening previsti a livello nazionale e regionale per la diagnosi precoce delle patologie



Case Finding?



Applicazione di indagini diagnostiche mirate ad una determinata patologia in pazienti rivoltisi al medico per problemi non correlabili a tale patologia

Epatite C: stima del numero di pazienti con diagnosi non nota residenti in Italia - Aggiornamento 2018

Gruppo di popolazione	Stima dimensione gruppo	Stima % infezioni HCV non note	Fonte	Stima Min.	Stima Max.	Limiti
Tossicodipendenti	41.600 – 55.000	Max 70%	Ref. 1-4 Bibliografia	29.000	46.000	Possibile sovrastima per assenza d'informazioni affidabili
Detenuti	4.000 – 17.000	Max 50%	Ref. 5-8 Bibliografia	4.800	8.500	Possibile sovrastima per assenza di informazioni affidabili
Popolazione senza fattori di rischio < 65 anni	37.150.185 (ISTAT)	0.013% (fino a 0.05%)	Rapporti ISS ISTISAN 2009-15 sulle donazioni di sangue	4.800	18.500	% Derivante da screening su popolazione selezionata eseguita dai centri donazione sangue - possibile sottostima
Popolazione ≥ 65 anni	13.528.550 (ISTAT)	20% del totale affetti da HCV in tale fascia di età	Andriulli et al. – 2018 ^a	35.400	57.500	Percentuali e proiezioni basate su studi che hanno identificato un gruppo di pazienti HCV con prevalenza più elevata (età anagrafica)
Coinfetti HIV / HCV	Compresi nelle categorie precedenti					
Extracomunitari senza permesso soggiorno	Non quantificabili					
TOTALE	Stime ricavate sommando i valori minimi e massimi di ciascuna popolazione				71.200 -130.500	

A UN ANNO DAL PIANO NAZIONALE

Epatite C, solo un paziente su due avviato alle cure

—di Rosanna Magnano | 26 marzo 2018



- Il Fondo per i farmaci innovativi non è utilizzato a sufficienza dalle Regioni
- Manca un percorso diagnostico terapeutico (Pdta) condiviso
- Mancano all'appello decine di strutture autorizzate alla prescrizione e distribuzione degli antivirali

L'obiettivo di eliminare l'infezione da virus Hcv, curando 80.000 pazienti l'anno nel triennio 2017-2019, appare ancora lontano...

Le proposte

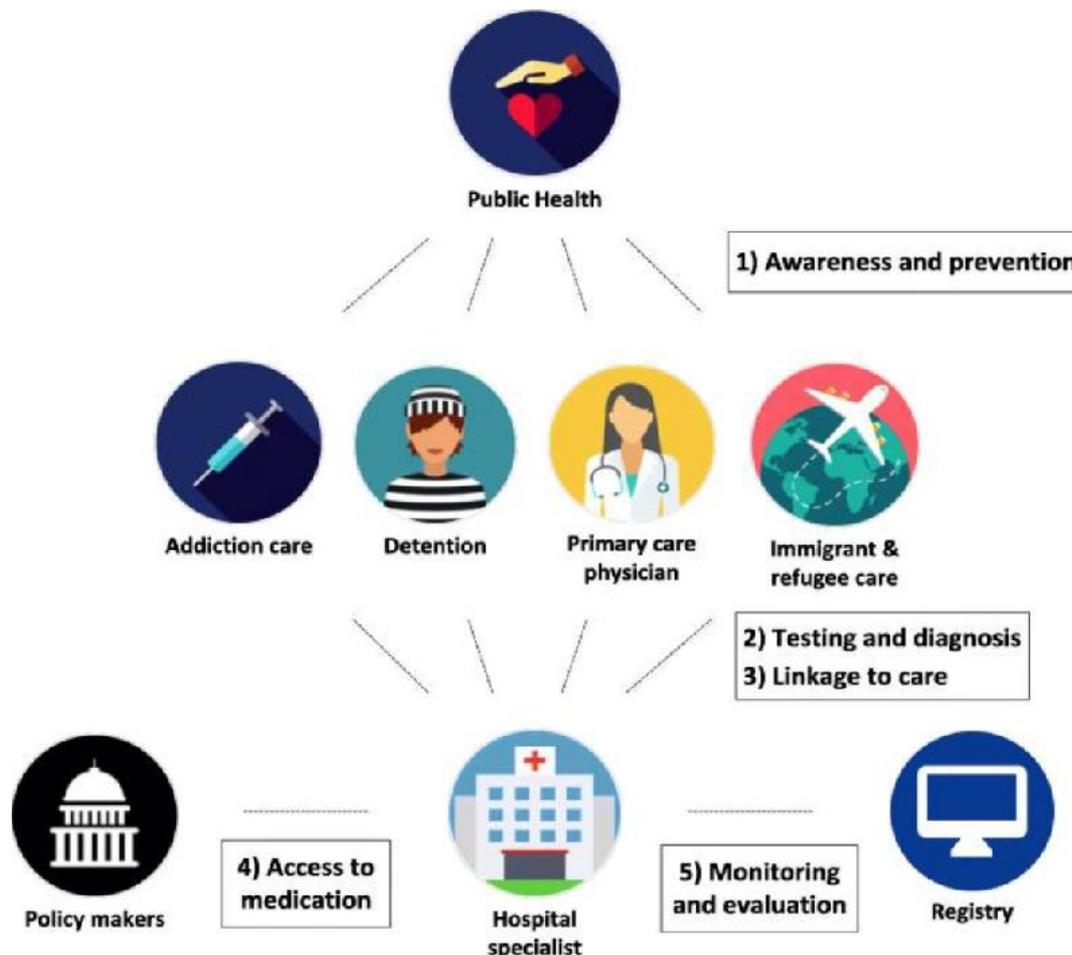
Sulla base di queste osservazioni, EpaC propone alcuni suggerimenti. Tra questi:

- effettuare un'analisi di performance per ogni singolo Centro autorizzato e chiedere conto di eventuali anomalie prescrittive, «intese come una quantità di prescrizioni marcatamente inferiori rispetto alla media di altri centri autorizzati», indagando sulle problematiche che impediscono un regolare flusso di avvio al trattamento;
- prevedere che i pazienti in lista per accedere alla terapia ricevano indicazioni scritte sul periodo di attesa programmata per l'inizio della cura;
- includere nella Rete di cura, tutti i presidi con popolazioni di “pazienti speciali”, ovvero istituti detentivi e SerD;
- **allargare il coinvolgimento ai medici di medicina generale e organizzare corsi ECM provinciali per illustrare il piano di eradicazione regionale.**

Davvero il MMG può contribuire? E come?



Nel prossimo futuro, è necessario compiere specifici sforzi per ottimizzare le strategie di ricerca dei casi e per realizzare con successo l'implementazione a livello nazionale di un sistema di registrazione e monitoraggio delle infezioni da epatite virale



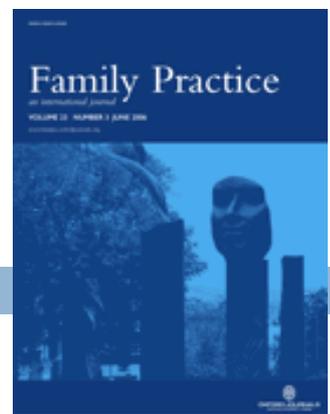
Case-finding for hepatitis C in primary care: a mixed-methods service evaluation. Br J Gen Pract 2014 Feb;64(619):e67-74

BJGP

British Journal of
General Practice

- **AIM** To identify patients at risk of developing hepatitis C using routine GP data, to determine the proportion not tested, and to explore GPs' views regarding testing.
- **RESULTS:** Of **3765** patients identified as being at risk of developing hepatitis C, **3051 (81%)** had no test result, including 53% of PWID and 93% of the 'ethnicity' group. All GPs said they usually test PWID. **Most GPs test for HIV and hepatitis B in immigrants more often than they test for HCV.** Barriers to testing included not questioning patients about risk factors, competing priorities, the chaotic lifestyle of PWID, difficulty extracting information from computerised records, and forgetting to address HCV.
- **CONCLUSION:** Computer prompts and GP education on whom to test are warranted. Ensuring that country of origin and drug use is included on the new-patient questionnaire might also aid case-finding for HCV.

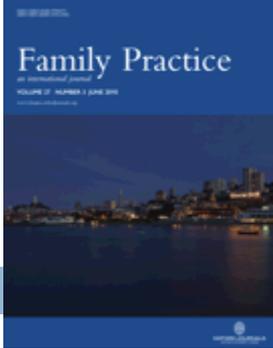
**Case finding for hepatitis C in primary care:
a cost utility analysis.** Family Practice 2006; 23: 393–406



- we have demonstrated that **case-finding strategies within general practice** are likely to be effective in terms of identifying and successfully treating additional individuals
- The cost utility analysis shows that case finding is likely to cost more but to result in additional benefits, at a level which is likely to be considered cost-effective, although substantial uncertainties remain.

A support programme for primary care leads to substantial improvements in the effectiveness of a public hepatitis C campaign.

Family Practice, Volume 27, Issue 3, 1 June 2010



- **Objective.** To evaluate the added value of a support programme for primary care complementary to a public HCV campaign.
- **Methods.** Non-randomized controlled intervention study. In two similar regions, a public HCV campaign was organized. In the intervention region, an additional support for primary care was provided by means of brochures, short courses and informative visits.
- **Conclusions.** The addition of primary care practice support leads to considerable improvements in medical consciousness regarding HCV infection in primary care

Impact of an electronic health record alert (HER) in primary care on increasing Hepatitis C screening and curative treatment for baby boomers

- L'implementazione di un sistema EHR ha aumentato di 5 volte dei tassi di screening dell'HCV tra i baby boomer (nati 1945-65) nell'assistenza primaria, grazie alla maggior efficienza nell'individuare i soggetti da sottoporre a screening e ha favorito con l'invio allo specialista la guarigione di pazienti con malattia già avanzata non diagnosticata.



Monica A. Konerman, Mary Thomson, Kristen Gray, Meghan Moore, Hetal Choksi, Elizabeth Seif, and Anna SF Lok.
Hepatology. 2017 Dec; 66(6): 1805–1813.

Esiste un modello di intervento migliore?



we demonstrate that using the **ECHO model**, HCV care delivered by PCPs in rural areas and prisons can be as safe and effective as that provided by specialists at an AMC. Community providers become progressively more independent over time while remaining well-informed about best evidence, protocol changes, and the latest research findings through the clinics and their didactic sessions. HEPATOLOGY 2010;52:1124-1133

E quali risposte deve dare?

Quali compiti possono essere alla portata del MMG?

Individuare i soggetti a rischio di aver contratto un'infezione da virus dell'epatite B (HBV) e dell'epatite C (HCV) e/o che devono essere sottoposti a ricerca dei marcatori virali

- **Categorie a rischio di infezione da HBV o HCV**
- **Categorie a rischio di esposizione a HBV o HCV**
- **Soggetti in cui effettuare la ricerca dei virus dell'epatite B e C**
- **Condividere i marcatori virologici richiedere per escludere un'infezione da virus HBV e HCV**

Quali compiti possono essere alla portata del MMG?

Inquadramento virologico di I° livello e definizione dei pazienti da inviare al medico specialista

- Quali esami di I° livello richiedere in caso di evidenza di positività dei marcatori per HCV?
- Quando inviare allo specialista epatologo un soggetto con infezione da HCV?
- Quali misure comportamentali/indicazioni sullo stile vita consigliare a un soggetto con infezione da virus HCV?

Quali compiti possono essere alla portata del MMG?

Fornire indicazioni a familiari/conviventi dei soggetti con infezione da HBV o HCV

- **Aiutare la comprensione della malattia**
- **Favorire un rapporto di collaborazione attiva con le figure sanitarie coinvolte**
- **Collaborare a mantenere il paziente in un equilibrato stile di vita che aiuti a prevenire le complicanze**

Quali compiti possono essere alla portata del MMG?

Partecipare alla definizione del programma diagnostico-terapeutico del paziente con epatopatia cronica HCV

- Quali sono i ruoli dello specialista Epatologo e del MMG e le loro modalità di interazione nella definizione del programma diagnostico-terapeutico?
- Quali sono i pazienti con epatopatia cronica HCV che devono essere seguiti prevalentemente dallo specialista Epatologo?
- Quali sono i pazienti con epatopatia cronica HCV che devono essere seguiti prevalentemente dal MMG?

Quali compiti possono essere alla portata del MMG?

Monitoraggio del paziente con epatopatia cronica HCV (già affidato prevalentemente al MMG)

- Quali esami di controllo prescrivere ad un portatore inattivo di infezione da HCV
- Qualora un paziente con epatite cronica da HCV in trattamento mantenga una stabile risposta virologica, quali esami di controllo prescrivere?
- Qualora un paziente con epatite da HCV abbia ottenuto l'eradicazione dell'infezione (HCVRNA negativo) dopo terapia antivirale, quali esami di controllo dovrà effettuare negli anni successivi?
- Quali sono i parametri da sorvegliare per escludere una modificazione dello stadio di malattia in pazienti con epatite virale non in trattamento?

Quali compiti possono essere alla portata del MMG?

Partecipare alla gestione del paziente con epatite da HCV in trattamento antivirale

- Come valutare e quali azioni intraprendere in caso di comparsa di effetti collaterali durante il trattamento antivirale per epatite da HCV?
- Come gestire il paziente con Epatite da HCV in trattamento antivirale?
- Quali farmaci sono controindicati in pazienti con epatite da HCV in trattamento con antivirali ad azione diretta?

Quali compiti possono essere alla portata del MMG?

Sorveglianza per epatocarcinoma nel paziente con epatopatia cronica da HBV e HCV anche post trattamento

- Quali pazienti sottoporre alla sorveglianza per epatocarcinoma?
- Quali esami richiedere per la sorveglianza per epatocarcinoma?

**GUIDELINES FOR THE CARE
AND TREATMENT OF PERSONS
DIAGNOSED WITH CHRONIC
HEPATITIS C VIRUS INFECTION**

JULY 2018

GUIDELINES

Existing recommendation from the 2017 HBV and HCV testing guidelines (3)

In all settings (and regardless of whether delivered through facility- or community-based testing), it is recommended that serological testing for HCV antibody (anti-HCV)¹ or HBsAg be offered with linkage to prevention, care and treatment services to the following individuals:

- Adults and adolescents from populations most affected by HCV infection² (i.e. who are either part of a population with high HCV seroprevalence or who have a history of exposure and/or high-risk behaviours for HCV infection);
- Adults, adolescents and children with a clinical suspicion of chronic viral hepatitis³ (i.e. symptoms, signs, laboratory markers).

(Strong recommendation, low quality of evidence)

Note: Periodic retesting using HCV nucleic acid tests (NAT) should be considered for those with ongoing risk of acquisition or reinfection.

WHO recommends offering treatment to all individuals diagnosed with HCV infection who are 12 years of age or older,¹ irrespective of disease stage *(Strong recommendation, moderate quality of evidence)*

WHO recommends the use of pangenotypic DAA regimens for the treatment of persons with chronic HCV infection aged 18 years and above¹ *(Conditional recommendation, moderate quality of evidence).*



Grazie