Educazione
Prevenzione
Ricerca sull'epatite C
www.epac.it |
info@epac.it
C.F. 97375600158

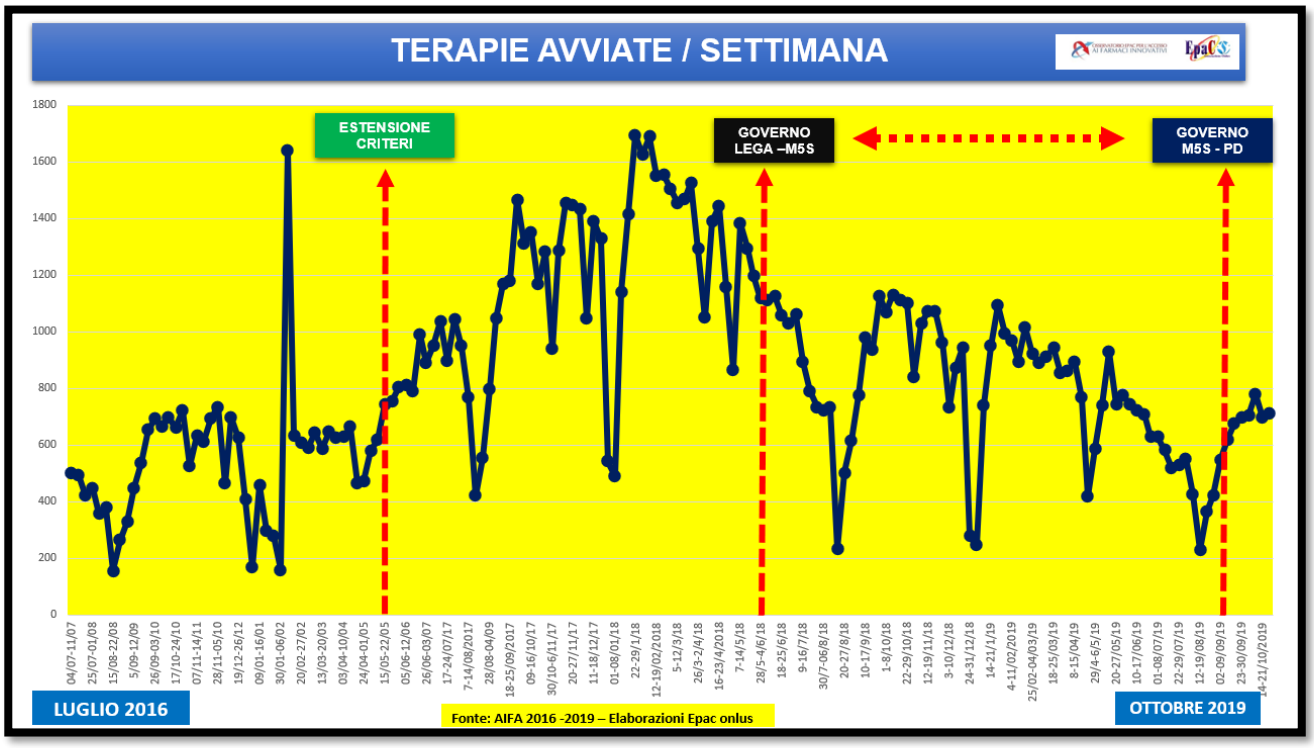
SEDE OPERATIVA
Via Colonnello T. Masala, 42/12
c/o Parco Altamira | 00148 Roma
Tel. 06.60.200.566
SEDE LEGALE
Via L. Cadorna, 17/A - 20871 Vimercate (MB)

Numero Verde
800031657

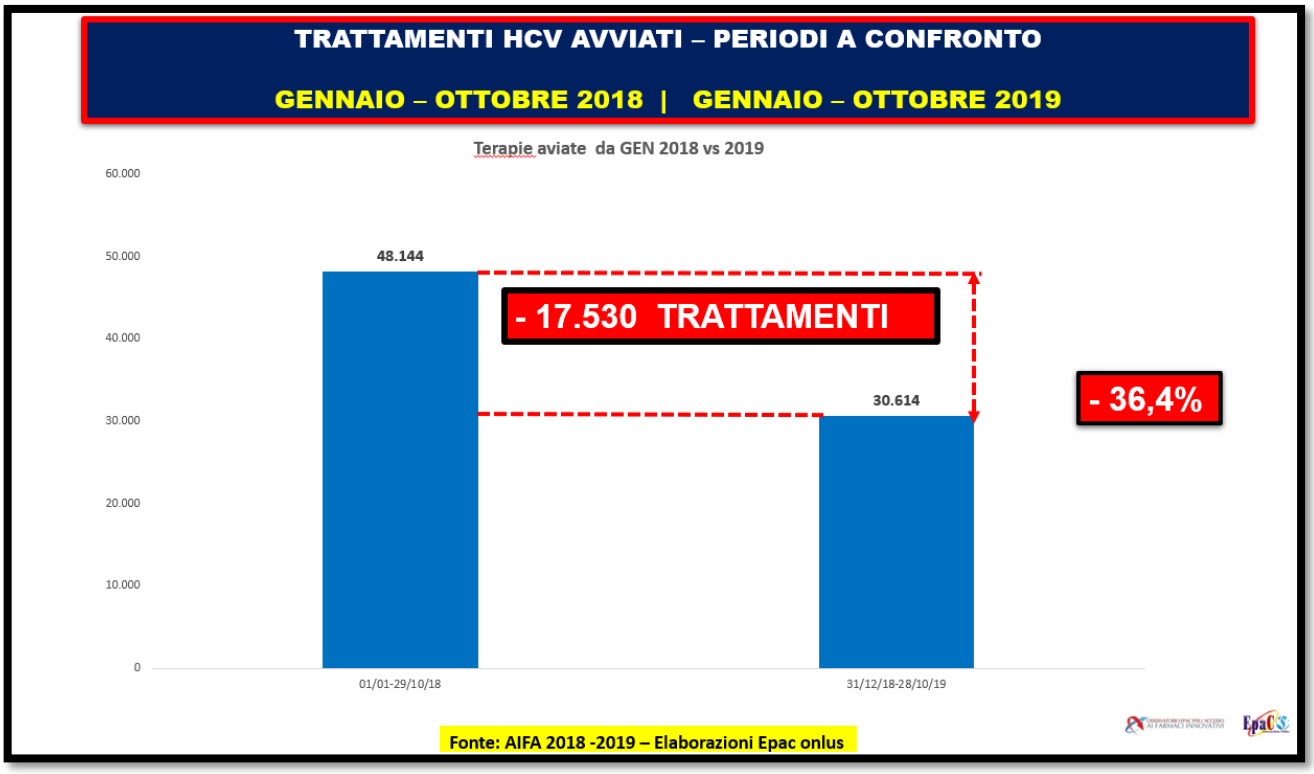
INDAGINE CONOSCITIVA IN MATERIA DI POLITICHE DI PREVENZIONE ED ELIMINAZIONE DELL'EPATITE C

PROMEMORIA

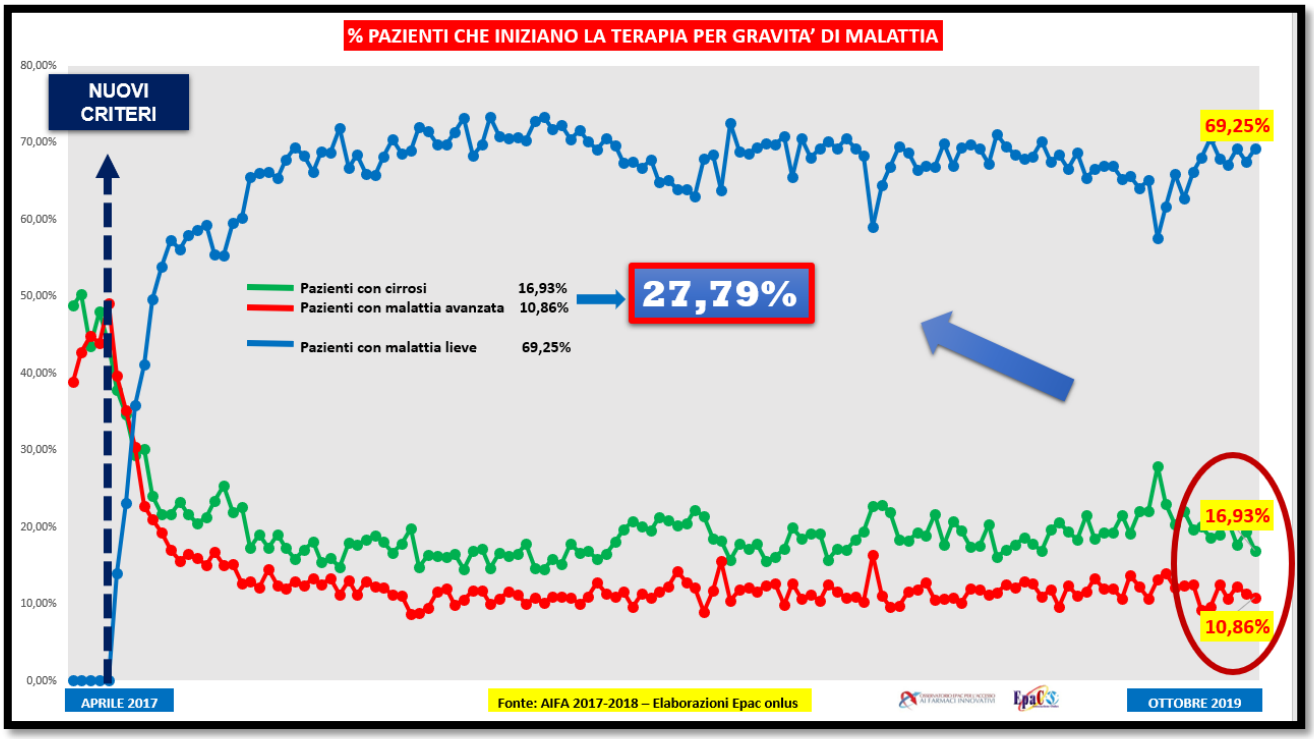
Avviamenti terapeutici settimanali da Luglio 2016 al 28/10/2019



Nel 2019 si evidenzia un calo drastico degli avviamenti terapeutici.
Paragonando i periodi Gennaio – Ottobre 2018 Vs. 2019 abbiamo 17.530 avviamenti terapeutici in meno che equivalgono ad un meno 36% in rispetto al 2018



Purtroppo un paziente su 3 arriva alla struttura ospedaliera per essere curato con una malattia già in cirrosi (linea verde) o molto avanzata (linea rossa) (dati AIFA ott. 2019). Molti di questi pazienti sono diagnosticati con HCV da molti anni e la domanda sorge spontanea: PER QUALE MOTIVO SONO INVIATI ALLE STRUTTURE OSPEDALIERE SOLO ORA? PERCHE' NON SONO STATI CURATI 3 - 4 ANNI FA? ESISTONO RESPONSABILITA' OGGETTIVE O SOGGETTIVE PER QUESTA GRAVE MANCANZA?



Parliamo di quantità enormi di pazienti con malattia avanzata e avanzatissima che sono stati avviati a cura solo nel 2019:

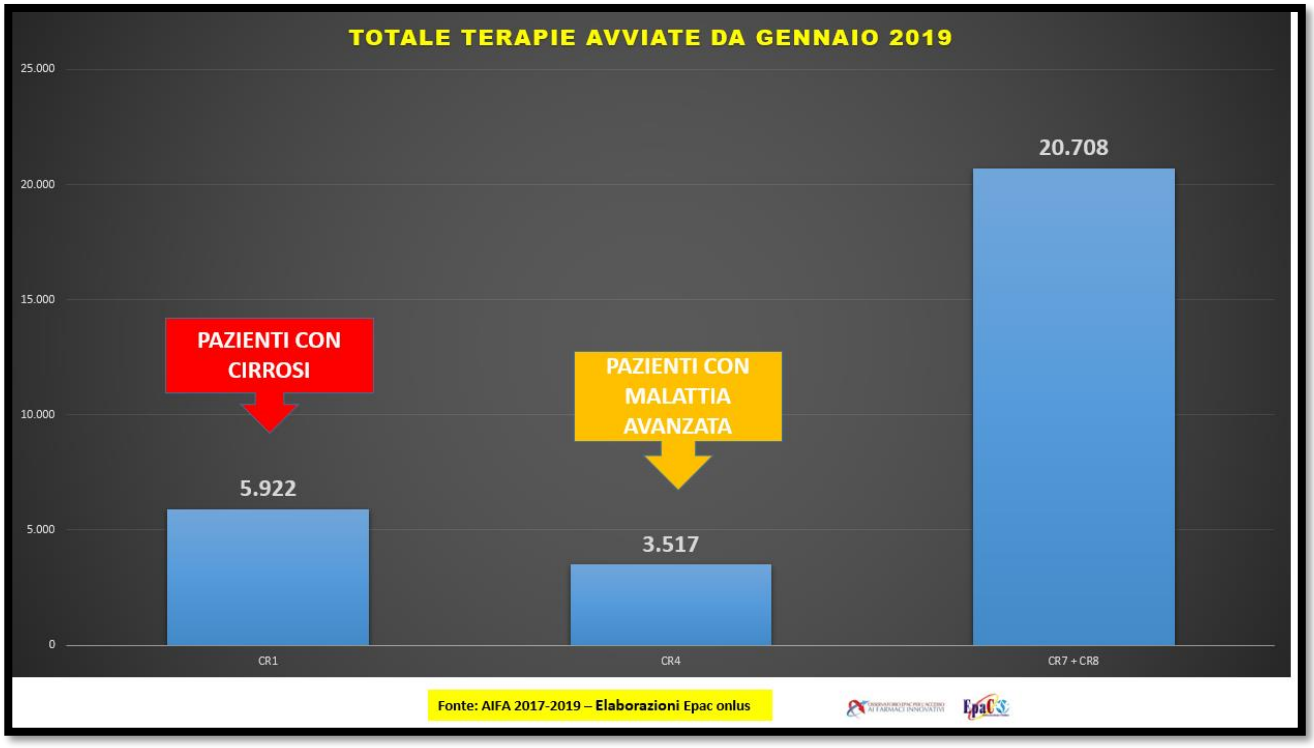
6.000 pazienti con cirrosi e 3.500 con malattia avanzata.

Non vi è alcun dubbio che dobbiamo ancora parlare di FARMACI SALVAVITA che devono essere somministrati IL PRIMA POSSIBILE, PRIMA CHE LA MALATTIA ARRIVI AD UN PUNTO DI NON RITORNO.

LA VITA DI DECINE DI MIGLIAIA DI PAZIENTI E' NELLA MANI DI TUTTI NOI, CHE "AMMINISTRIAMO" IL SISTEMA SALUTE.

ABBIAMO TUTTO: FARMACI CHE CURANO, MEDICI, STRUTTURE, RISORSE. NON CI SONO SCUSE PER NON CURARE ORA E SUBITO I PAZIENTI GIA DIAGNOSTICATI

FARMACI INNOVATIVI E SALVAVITA - CHE COSTANO POCO - NON POSSONO E NON DEVONO INCONTRARE OSTACOLI PER ESSERE SOMMINISTRATI ED E' RESPONSABILITA' DEGLI AMMINISTRATORI DELLA SALUTE PUBBLICA, NAZIONALI, REGIONALI, E LOCALI RIMUOVERE QUESTI OSTACOLI



Se pensiamo che la mortalità di tumore al fegato, è al 5 posto nel quinquennio 2010-2015 (Airtum 2019) e soprattutto che il 70-85% degli stessi tumori è causato dai virus dell'epatite C e B, si comprende ancor meglio quanto sia importante eliminare l'infezione da virus C.

CAUSE DI MORTE ONCOLOGICA 2010 - 2015

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Polmone (27%)	Mammella (17%)	Polmone (12%)
2°	Colon-retto (11%)	Colon-retto (12%)	Colon-retto (7%)
3°	Prostata (8%)	Polmone (11%)	Mammella (4%)
4°	Fegato (7%)	Pancreas (8%)	Pancreas (4%)
5°	Stomaco (6%)	Stomaco (6%)	Fegato (4%)

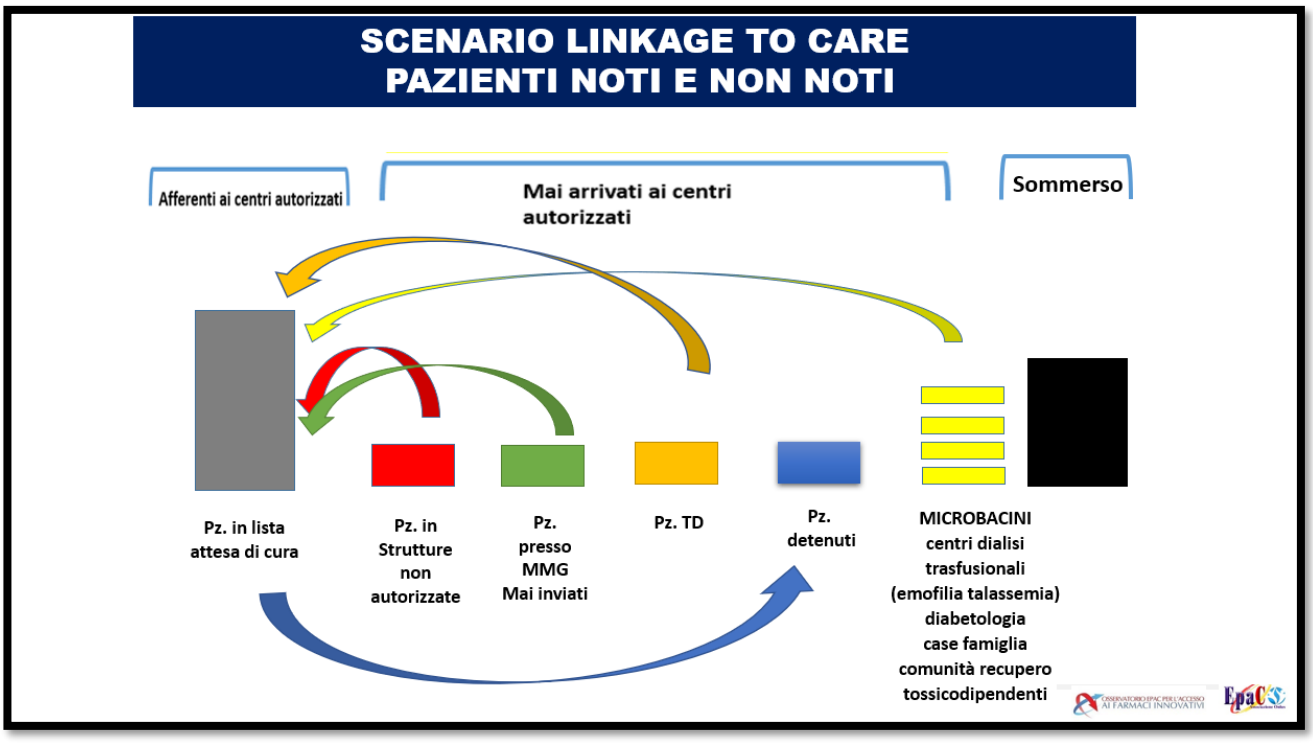
TABELLA 9. Prime cinque cause di morte oncologica e proporzione sul totale dei decessi oncologici per sesso. Pool AIRTUM 2010-2015

Il "LINKAGE TO CARE" è quella attività di costruire percorsi diagnostico terapeutici adeguati ad ogni "bacino" che contiene pazienti diagnosticati ma non curati:

parliamo di STRUTTURE NON AUTORIZZATE ALLA CURA, SER.D, CARCERI, MEDICI DI MEDICINA DI BASE, ma anche altri microbacini, come comunità di recupero, case famiglia, strutture private, centri dialisi, ecc.

Per ogni bacino, va fatto un semplice PDTA che descriva CHI FA COSA e con QUALI RISORSE

Lo scenario è chiaro da molto tempo: le strutture ospedaliere che possono curare sono ormai vuote, e sono curati i pazienti che arrivano dal territorio. Quando e se arrivano.



PDTA SER.D – INFO REAL LIFE

Un recente sondaggio EpaC – FederSerD* effettuato a operatori di 132 SER.D (su 600 circa), CONFERMA chiaramente NON SOLO UNA CORPOSA ASSENZA DI LIASON CON STRUTTURE OSPEDALIERE ADEGUATE, MA RIVELA ANCHE CIO' CHE MANCA CONCRETAMENTE PER CONFERIRE PIENA OPERATIVITA' A QUALUNQUE STRATEGIA, PIANO, PROGETTO DI ELIMINAZIONE QUALSIVOGLIA

Opzioni di risposta	Numero RISPOSTE	%
Test rapidi salivari per la ricerca anticorpale	71	53.8%
Liason con strutture ospedaliere e medici adeguati	60	45.5%
Corsi informativi/educativi per il personale del Sanitario	59	44.7%
Ulteriore personale dedicato	52	39.4%
Un maggiore sostegno sulle attività di riduzione del danno	49	37.1%
Ulteriore materiale informativo/educativo per utenti	21	15.9%
Altro	6	0.5%

**Dossier in stampa*

Risulta evidente la richiesta di

- **Test rapidi salivari Anti HCV utili alla prima diagnosi e per il successivo approfondimento sulla presenza di infezione attiva;**
- **Stipula di protocolli ufficiali di *linkage to care* con strutture ospedaliere autorizzate alla presa in carico e cura dei pazienti viremici;**
- **Corsi informativi/educativi per il personale sanitario della struttura, e materiale informativo / educativo per gli utenti**
- **Ulteriore personale dedicato**
- **Sostegno alle attività di riduzione del danno**

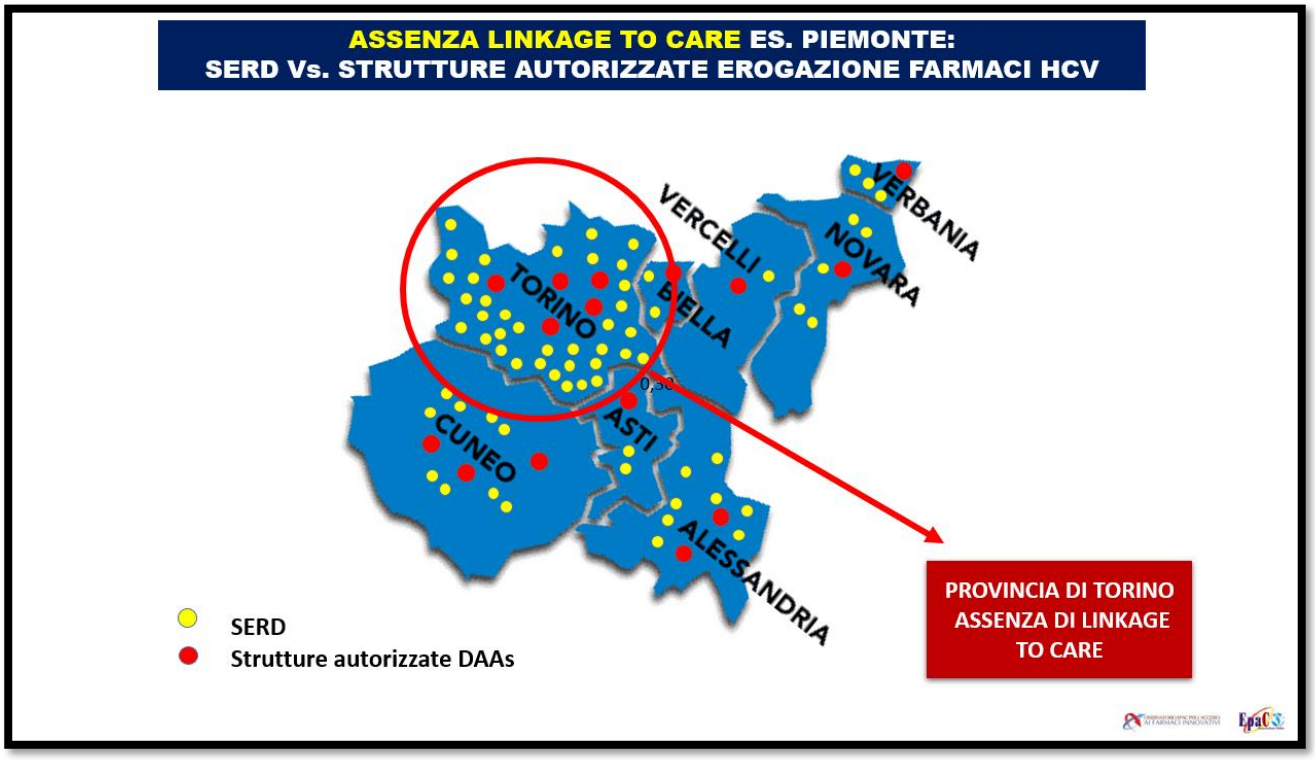
Ovvero attività concordate che dovrebbero fare parte

di una strategia di eliminazione regionale e percorsi diagnostico terapeutici

Un classico esempio di mancanza di LINKAGE TO CARE. Siamo in Piemonte*, provincia di Torino.

Contiamo 38 SER.D e 5 Strutture ospedaliere autorizzate.

Purtroppo esiste una totale assenza di PDTA, e/o convenzioni che chiariscano a quale struttura ospedaliera i SER.D devono inviare i pazienti, o qualunque altro accordo finalizzato all'avviamento terapeutico

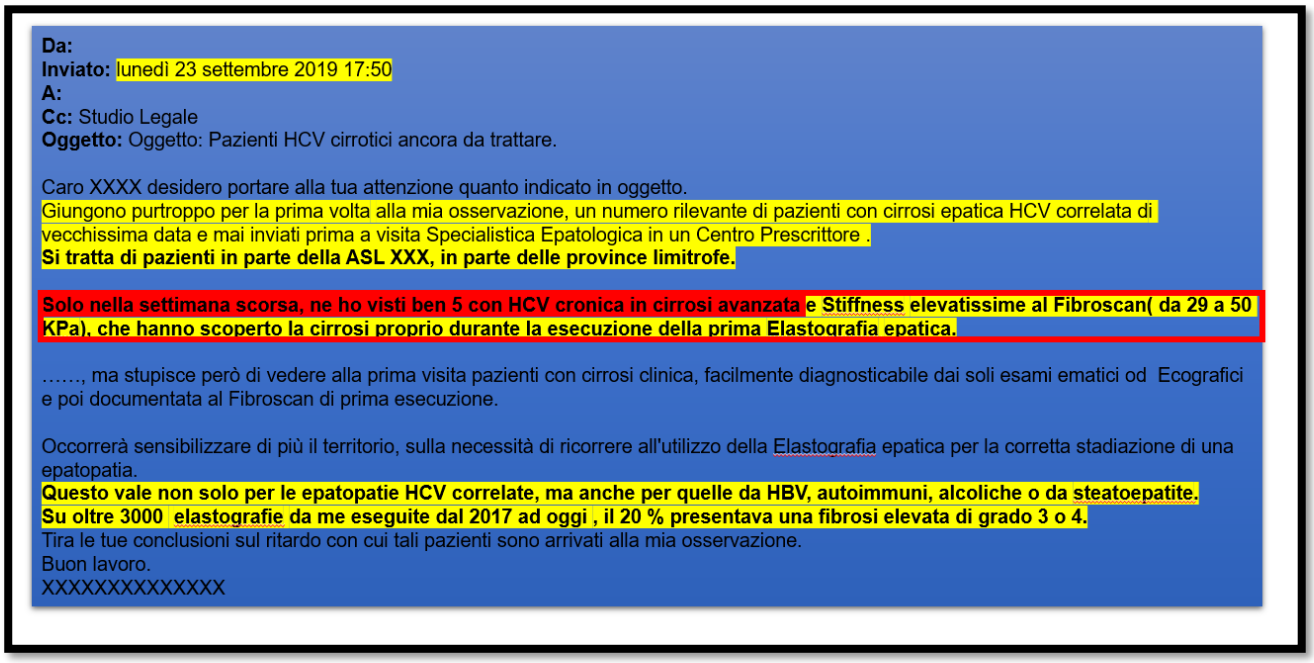


**Compare la Regione Piemonte poiché in quella regione EpaC dispone di referenti di zona attivi e informati sullo stato dell'arte in REAL TIME. Sappiamo che situazioni simili esistono in numerose altre regioni*

RISULTATO:

Una recente email inviataci da un medico prescrittore della Regione Piemonte, nella quale ci spiega che in una sola settimana ha visitato 5 PAZIENTI CON CIRROSI GIUNTI DAL TERRITORIO MAI VISTI PRIMA.

Tutti questi pazienti con malattia AVANZATISSIMA sono prossimI AL “PUNTO DI NON RITORNO” E A RISCHIO ELEVATISSIMO DI COMPARSA DI TUMORE DEL FEGATO.



Da:
Inviato: lunedì 23 settembre 2019 17:50
A:
Cc: Studio Legale
Oggetto: Oggetto: Pazienti HCV cirrotici ancora da trattare.

Caro XXXX desidero portare alla tua attenzione quanto indicato in oggetto.
Giungono purtroppo per la prima volta alla mia osservazione, un numero rilevante di pazienti con cirrosi epatica HCV correlata di vecchissima data e mai inviati prima a visita Specialistica Epatologica in un Centro Prescrittore .
Si tratta di pazienti in parte della ASL XXX, in parte delle province limitrofe.

Solo nella settimana scorsa, ne ho visti ben 5 con HCV cronica in cirrosi avanzata e Stiffness elevatissime al Fibroscan(da 29 a 50 KPa), che hanno scoperto la cirrosi proprio durante la esecuzione della prima Elastografia epatica.

……, ma stupisce però di vedere alla prima visita pazienti con cirrosi clinica, facilmente diagnosticabile dai soli esami ematici od Ecografici e poi documentata al Fibroscan di prima esecuzione.

Occorrerà sensibilizzare di più il territorio, sulla necessità di ricorrere all'utilizzo della Elastografia epatica per la corretta stadiazione di una epatopatia.
Questo vale non solo per le epatopatie HCV correlate, ma anche per quelle da HBV, autoimmuni, alcoliche o da steatoepatite.
Su oltre 3000 elastografie da me eseguite dal 2017 ad oggi , il 20 % presentava una fibrosi elevata di grado 3 o 4.
Tira le tue conclusioni sul ritardo con cui tali pazienti sono arrivati alla mia osservazione.
Buon lavoro.
XXXXXXXXXXXXX

RISULTATO (esempio caso):

Paziente con problemi di dipendenza, che poteva curarsi nel 2016, ma ha dovuto rinunciare perché esistevano barriere di accesso.

Nel 2018, arriva alla struttura ospedaliera con TUMORE DEL FEGATO INOPERABILE.

SIGNIFICA SPENDERE 10 VOLTE DI PIU' PER GARANTIRE UN ANNO DI VITA CIRCA.

SE VENIVA CURATO TEMPESTIVAMENTE, POTEVAMO ALLUNGARGLI LA VITA DI MOLTI ANNI E RISPARMIARE TANTO DENARO DA DESTINARE AD ALTRI CAPITOLI DI SPESA PER LA SALUTE DEI CITTADINI

POTEVAMO EVITARE IL TUMORE AL FEGATO DI PAOLO?

Questa estate (2018) a un uomo di 54 anni, che chiameremo per convenzione Paolo, è stato riscontrato , nei segmenti posteriori di destra, un voluminoso tumore epatico di circa 10 cm di diametro, prima in ecografia e poi con conferma TAC : nodulo di HCC in infezione da HCV nota da molti anni. Inviato al centro di riferimento oncologico per tali patologie, la situazione clinica è apparsa subito gravissima, non vi erano possibilità chirurgiche né trapiantologiche, il paziente è stato messo in terapia con Sorafenib e ha una aspettativa di vita molto limitata.

Di fronte ad un caso del genere ci siamo chiesti (assieme ad altri colleghi ed operatori che hanno seguito in questi anni Paolo nelle varie sedi, cioè medico di medicina generale, SER.D, servizio di alcologia, Comunità Terapeutica) se e che cosa non avesse funzionato nel filtro che avrebbe dovuto portare a non arrivare a tale entità di tumore, che con queste caratteristiche costituisce un punto di non ritorno. Da una disamina di tutta la documentazione clinica risulta :

1) una scarsa aderenza di Paolo ai controlli proposti
2) una refrattarietà alle raccomandazioni di astensione dall'utilizzo di alcolici, verso cui aveva sviluppato una dipendenza, dopo comunque avere "vinto" la dipendenza da sostanze d'abuso per via iniettiva; per la pratica tossicomanica iniettiva era la causa della sua infezione da HCV
3) La sfortuna di avere intrapreso e concluso il proprio percorso comunitario riabilitativo (durante il quale forse si poteva concordare una cura anti HCV) in epoca in cui non vi era l'accesso allargato a tutti i gradi di fibrosi per epatite C (ed in quel periodo Paolo era in stadio F2, senza comorbilità maggiori)
4) La presenza di un genotipo HCV sfavorevole (1b) che , unitamente ad una non disponibilità di Paolo ad un trattamento con interferone peghilato, in parte anche comprensibile perché nel 2016 vi era un certo ottimismo circa l'allargamento delle indicazioni all'utilizzo dei nuovi farmaci D.A.A., aveva fatto accantonare l'ipotesi di un tentativo terapeutico con il protocollo a base di peginterferone + ribavirina
5) una estrema aggressività del tumore che nel giro di pochi mesi è letteralmente "esploso", se si considera che una ecografia addominale, eseguita in occasione di un passaggio al DEA alcuni mesi prima, non aveva evidenziato alcun nodulo

Possiamo ragionevolmente dire che quello di Paolo costituisce un caso anomalo; rimane il dolore e l' angoscia per lui, per come evolverà la sua malattia.

Il caso di Paolo ci lascia però alcuni insegnamenti. Il primo è che bisogna sforzarsi ancora di più per trattare tutti i pazienti affetti da infezione da HCV, il prima possibile, ora che è concesso ; in secondo luogo, bisogna comunque agire con più forza sul paziente, a livello educazionale, perché capisca che i comportamenti possono fortemente influenzare la evoluzione della epatite; infine, sperare (e aiutare) che la ricerca riesca ad identificare (con marcatori genetici ?) quei soggetti a maggiore rischio di evoluzione precoce verso HCC, per intensificare ancora di più i controlli e poter informare e consapevolizzare maggiormente i pazienti stessi

Dr. Giancarlo Orofino
Dirigente medico S. C. Malattie Infettive
Azienda Sanitaria Locale Città di Torino - Ospedale Amedeo di Savoia

*titolo lettera di EpaC onlus

Dr. Giancarlo Orofino
Dirigente medico S. C. Malattie Infettive
Azienda Sanitaria Locale Città di Torino - Ospedale Amedeo di Savoia

Paolo, 54 anni, problemi di dipendenze da alcol e droga, con infezione da HCV nota da molto tempo.

Nel 2016, poiché vigevano ancora le restrizioni di accesso ai farmaci per i pazienti «meno gravi» gli viene proposto una cura con Interferone e Ribavirina che lui rifiuta per i ben noti effetti collaterali.

Nel 2018, dopo il percorso riabilitativo, VIENE INDIRIZZATO al reparto mal. Infettive con tumore al fegato esteso, non più trattabile.

Ora assume un farmaco antitumorale (che costa 5.000 Euro al mese) che gli garantisce qualche mese di vita

Se Paolo era monitorato come da protocollo ci si sarebbe accorti per tempo dell'aggravamento improvviso e avrebbe potuto accedere ai nuovi farmaci. QUINDI SI, POTEVAMO SALVARLO

POTEVAMO EVITARE IL TUMORE AL FEGATO DI PAOLO?

Questa estate (2018) a un uomo di 54 anni, che chiameremo per convenzione Paolo, è stato riscontrato , nei segmenti posteriori di destra, un voluminoso tumore epatico di circa 10 cm di diametro, prima in ecografia e poi con conferma TAC : nodulo di HCC in infezione da HCV nota da molti anni. Inviato al centro di riferimento oncologico per tali patologie, la situazione clinica è apparsa subito gravissima, non vi erano possibilità chirurgiche né trapiantologiche, il paziente è stato messo in terapia con Sorafenib e ha una aspettativa di vita molto limitata.

Di fronte ad un caso del genere ci siamo chiesti (assieme ad altri colleghi ed operatori che hanno seguito in questi anni Paolo nelle varie sedi, cioè medico di medicina generale, SER.D, servizio di alcologia, Comunità Terapeutica) se e che cosa non avesse funzionato nel filtro che avrebbe dovuto portare a non arrivare a tale entità di tumore, che con queste caratteristiche costituisce un punto di non ritorno. Da una disamina di tutta la documentazione clinica risulta :

1) una scarsa aderenza di Paolo ai controlli proposti
2) una refrattarietà alle raccomandazioni di astensione dall'utilizzo di alcolici, verso cui aveva sviluppato una dipendenza, dopo comunque avere "vinto" la dipendenza da sostanze d'abuso per via iniettiva; per la pratica tossicomanica iniettiva era la causa della sua infezione da HCV
3) La sfortuna di avere intrapreso e concluso il proprio percorso comunitario riabilitativo (durante il quale forse si poteva concordare una cura anti HCV) in epoca in cui non vi era l'accesso allargato a tutti i gradi di fibrosi per epatite C (ed in quel periodo Paolo era in stadio F2, senza comorbilità maggiori)
4) La presenza di un genotipo HCV sfavorevole (1b) che , unitamente ad una non disponibilità di Paolo ad un trattamento con interferone peghilato, in parte anche comprensibile perché nel 2016 vi era un certo ottimismo circa l'allargamento delle indicazioni all'utilizzo dei nuovi farmaci D.A.A., aveva fatto accantonare l'ipotesi di un tentativo terapeutico con il protocollo a base di peginterferone + ribavirina
5) una estrema aggressività del tumore che nel giro di pochi mesi è letteralmente "esploso", se si considera che una ecografia addominale, eseguita in occasione di un passaggio al DEA alcuni mesi prima, non aveva evidenziato alcun nodulo

Possiamo ragionevolmente dire che quello di Paolo costituisce un caso anomalo; rimane il dolore e l' angoscia per lui, per come evolverà la sua malattia.

Il caso di Paolo ci lascia però alcuni insegnamenti. Il primo è che bisogna sforzarsi ancora di più per trattare tutti i pazienti affetti da infezione da HCV, il prima possibile, ora che è concesso ; in secondo luogo, bisogna comunque agire con più forza sul paziente, a livello educazionale, perché capisca che i comportamenti possono fortemente influenzare la evoluzione della epatite; infine, sperare (e aiutare) che la ricerca riesca ad identificare (con marcatori genetici ?) quei soggetti a maggiore rischio di evoluzione precoce verso HCC, per intensificare ancora di più i controlli e poter informare e consapevolizzare maggiormente i pazienti stessi

Dr. Giancarlo Orofino
Dirigente medico S. C. Malattie Infettive
Azienda Sanitaria Locale Città di Torino - Ospedale Amedeo di Savoia

titolo lettera di EpaC onlus

LESSON

NEL 2016 POTEVAMO CURARE PAOLO CON 5.000 EURO DI TERAPIA E CON TUTTA PROBABILITA' EVITARE IL TUMORE DEL FEGATO *(ALLUNGANDO LA SUA VITA DI MOLTI ANNI)*

NEL 2018 SPENDIAMO 40 – 60.000 EURO DI TERAPIE PER GARANTIRE UN FINE VITA DIGNITOSO.

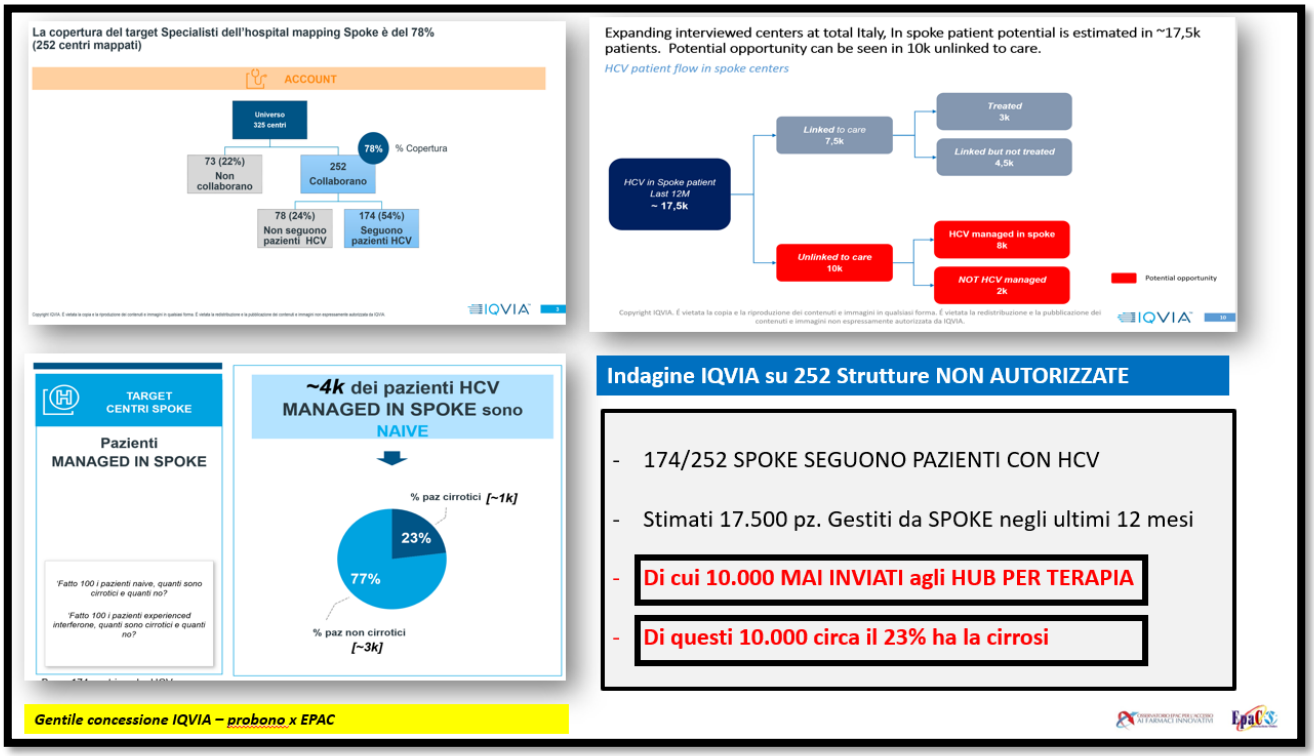
(E CI SAREBBE ANCORA DA DISCUTERE IN UNA OTTICA DI COST - SAVING)

UN ULTERIORE CAMPANELLO DI ALLARME DA APPROFONDIRE

Una recente indagine IQVIA (immagini fornite probono) su un campione di 325 Strutture ospedaliere NON AUTORIZZATE, rivela che almeno il 54% segue pazienti con HCV, ovvero stimati in circa 17.500 pazienti.

Ebbene, dalla indagini risulterebbe che circa 10.000 pazienti non sono mai stati avviati ad una struttura ospedaliera, di cui almeno 2500 con cirrosi.

Fossero anche la metà, E' NECESSARIO CHE QUALCHE AMMINISTRATORE SI DOMANDI PER QUALE MOTIVO COSI TANTI PAZIENTI CON IL VIRUS HCV NON SONO INVIATI IMMEDIATAMENTE NELLE STRUTTURE AUTORIZZATE



Ma di questi danni alla salute dei cittadini con HCV, alle casse del SSN, chi risponde?

IL PNEV: IN CONTINUA “REVISIONE” DAL 2012

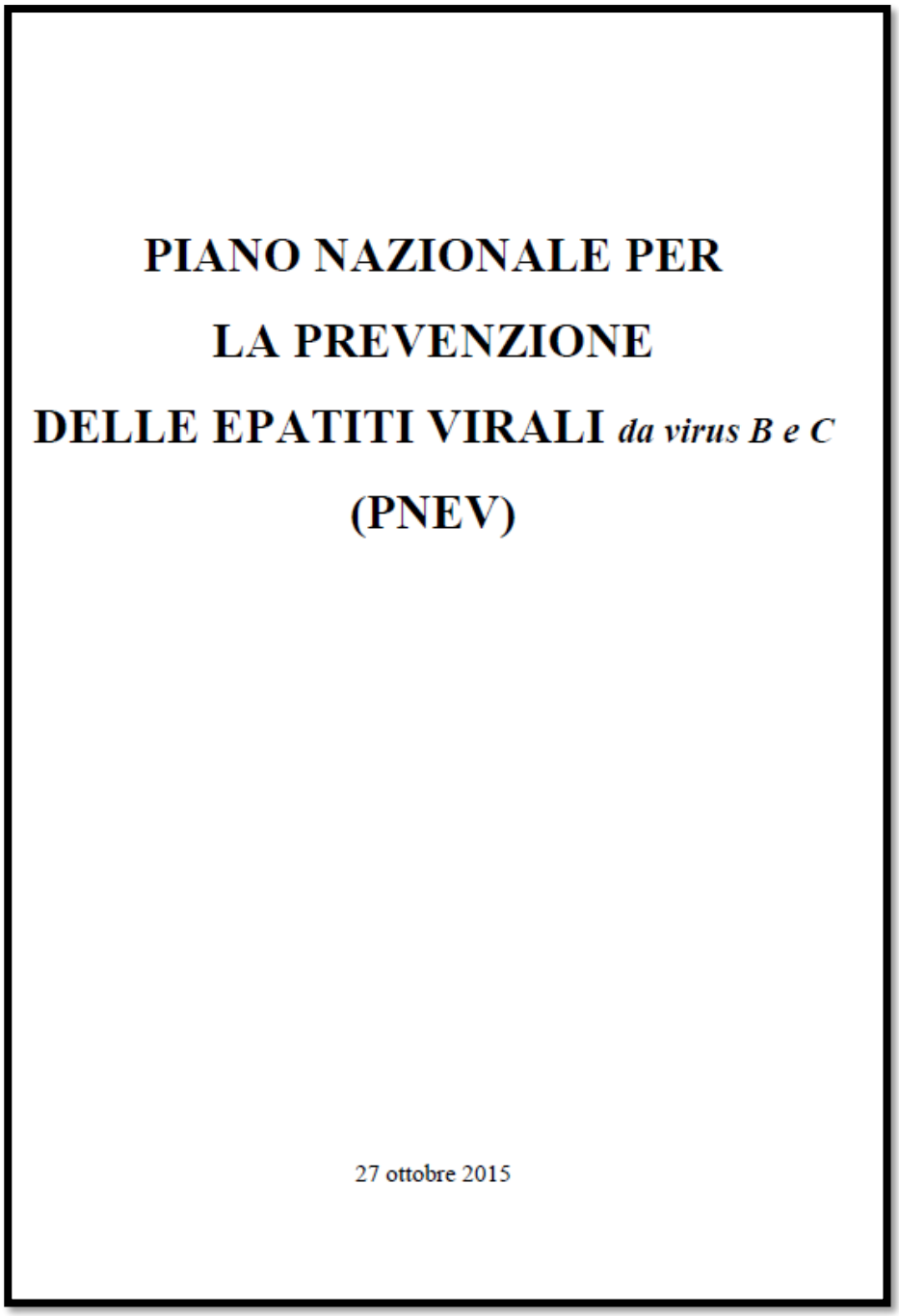
Il PNEV E’ UN SEMPLICE DOCUMENTO, IN CONTINUA “REVISIONE” dal 2012, I CUI CONTENUTI OPERATIVI NON SONO MAI STATI FINANZIATI, NE’ ATTUATI.

IL NULLA ASSOLUTO

Iniziano i lavori nel 2012, terminano nel 2015. Il PNEV è un documento che la conferenza stato regioni ratifica e ne sancisce l’intesa con documento del 5 Novembre 2015 (vedi sotto).

Ulteriormente “revisionato” nel 2017. Ma le conclusioni non sono mai apparse, poiché nel 2019 il Ministero convoca l’ennesimo tavolo di lavoro per “produrre contenuti più specifici su richiesta dell’allora Ministro G.G.

Peraltro, in 7 anni, innumerevoli riunioni tutte a spese dell’Associazione EpaC.



PIANO NAZIONALE PER

LA PREVENZIONE

DELLE EPATITI VIRALI *da virus B e C*

(PNEV)

27 ottobre 2015

NONOSTANTE L'IMPEGNO PRESO, A NOI NON RISULTA ALCUNA REGIONE CHE ABBIA MAI RENDICONTATO A NESSUNO L'OPERATIVITA' MESSA IN CAMPO CON QUESTA INTESA.

PER IL SEMPLICE FATTO CHE NULLA O QUASI E' STATO FATTO

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano nazionale per la prevenzione delle epatiti virali da virus B e C (PNEV)".

Rep. Atti n. 196/CSR del 5 novembre 2015

SANCISCE INTESA

sul documento recante "Piano nazionale per la prevenzione delle epatiti virali da virus B e C (PNEV)", allegato sub A, che costituisce parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo

IL PRESIDENTE
Gianclaudio Bressa

RIFINANZIAMENTO FONDO INNOVATIVI E PERDITA' INNOVATIVITA' DEI FARMACI DAAs PANGENOTIPICI

A dare il colpo di grazie alla già stagnante attività di case finding e linkage to care potrebbero essere

1. **La eliminazione del Fondo farmaci Innovativi non oncologici, e/o un suo rifinanziamento insufficiente**

VA RICORDATO CHE IL FONDO INNOVATIVI E' STATO UNO STRUMENTO DETERMINANTE PER POTER CURARE DEFINITIVAMENTE QUASI 200.000 CITTADINI CON EPATITE C.

Su questo punto, ci pare siano state divulgate rassicurazioni che confermano il rifinanziamento integrale del fondo anche per il prossimo triennio.

2. **La perdita dell'innovatività in Aprile 2020 dei farmaci anti HCV maggiormente utilizzati**

Questo è un serio problema, poiché ad Aprile 2020, esattamente tra 6 mesi, i farmaci anti HCV ora innovativi DIVERRANNO UN ULTERIORE PESO ECONOMICO per le REGIONI, poiché IL COSTO DEI FARMACI INNOVATIVI PASSERA' DIRETTAMENTE NELLA SPESA ORDINARIA PER L'ACQUISTO DEI FARMACI ….

e tutto fa pensare che ci saranno ulteriori problemi di accesso.

Non essendo possibile stimare in quale misura ciò si verificherà, resta tuttavia un problema che peggiorerà la situazione attuale che potrebbe rallentare anche di molto l'accesso ai farmaci.

LE 2 RICHIESTE PIU' IMPORTANTI

1. **Dedicare fondi specifici (cd. Fondo di scopo), oppure rivalutare la persistenza del carattere di innovazione: due possibilità con un razionale**

A) la creazione di un fondo "di scopo" vincolando risorse sia per l'acquisto di farmaci ma anche tutto cio' che serve per implementare il linkage to care e il case finding (acquisto di test salivari, fibroscan, personale, formazione, campagne informative, ecc.)

B) Per iniziativa di AIFA, rinnovare la permanenza* per 12-24 mesi lo status di innovatività dei farmaci attualmente rimborsati dal SSN per la cura dell'epatite C. Contestualmente ogni regione vincola risorse specifiche per le attività di "Linkage to care" e "Case finding".

*Si richiama l'attenzione su quanto descritto dall'allegato 1 della determina AIFA N° Det 1535/2017

"Come stabilito dall'articolo 1, comma 402, della Legge 11 dicembre 2016, n. 232 (Legge di bilancio 2017), il riconoscimento dell'innovatività ed i benefici conseguenti hanno una durata massima di trentasei mesi. La permanenza del carattere di innovatività attribuito ad un farmaco sarà riconsiderata nel caso emergano evidenze che ne giustifichino la rivalutazione".

Al proposito, l'Associazione EpaC onlus elenca almeno 3 buoni motivi per cui ha un senso logico - sia la costituzione di un fondo di scopo - sia rinnovare la permanenza dell'innovatività oltre i 36 mesi:

- I dati che AIFA divulga settimanalmente evidenziano una realtà impietosa: 1 paziente su 3 ha una cirrosi o malattia molto avanzata e, quindi, I DAAs ANTI HCV SONO DA CONSIDERARSI TUTTORA FARMACI SALVAVITA;

- in ragione delle eccezionali performance curative dei nuovi DAAs, che vantano tassi di costo-efficacia che non si riscontravano da decenni, e poichè il loro utilizzo produce salute e risparmi, la somministrazioni di tali farmaci non deve subire alcun rallentamento ma, al contrario, vanno costruiti percorsi per incrementare il loro utilizzo anche con fondi dedicati, poiché, così facendo, negli anni a venire si libereranno le risorse risparmiate che confluiscono già ora in altri capitoli di spesa del SSN.

- Esiste una strategia mondiale di eliminazione del virus HCV (OMS GLOBAL HEALTH STRATEGY ON VIRAL HEPATITIS, 2016-2021) alla quale anche l'ITALIA ha ADERITO. **SE VOGLIAMO, POTREMMO STUPIRE IL MONDO INTERO**

2. **Con provvedimenti urgenti, inserire l'eliminazione dell'epatite C come priorità sanitaria nazionale e includerla, ad esempio, nelle seguenti Pianificazioni e attività strategiche di salute nazionali, quali:**

1. *Nel piano Cronicità*
2. *Nel PNP Nazionale*
3. *Nei PNP Regionali*
4. *Nelle progettualità del CCM Centro naz. per il controllo e la prevenzione malattie*
5. *Nei monitoraggi AgenaS*
6. *Nelle attività dell'Istituto Superiore di Sanità*
7. *Nelle pianificazioni strategiche dei SerD e Carceri*
8. *Nei Bandi di ricerca di AIFA*
9. *Nei finanziamenti per la ricerca del Ministero della Salute*

E' ormai chiaro che non serve finanziare esclusivamente l'acquisto di farmaci, ma ora serve finanziare tutte le progettualità regionali di ***case finding e linkage to care,*** cercando di soddisfare le richieste degli operatori che quotidianamente hanno a che fare con pazienti ancora da curare

Se, e solo se, la politica riprenderà in mano le redini del progetto di eliminazione, potremo salvare ancora molte vite, risparmiare denaro pubblico, e arrivare all'obbiettivo finale ben prima del 2030 come auspicato dall'OMS, ma è ragionevole pensare di farcela in 3-5 anni al massimo

L'ELIMINAZIONE RAPIDA DELL'EPATITE C NEL NOSTRO PAESE, CONSENTIREBBE ALL'ITALIA DI RILANCIARE PARTE DELLA PROPRIA IMMAGINE IN TERMINE DI EFFICIENZA ORGANIZZATIVA, CURATIVA, E CAPACITA' DI NEGOZIARE DILIGENTEMENTE E PROFICUAMENTE I FARMACI CURATIVI ANCORCHE' INNOVATIVI.

FACCIAMONE TUTTI INSIEME UN ORGOGLIO E UN VANTO NAZIONALE, PERCHE' IL TRAGUARDO FINALE E' SENZA DUBBIO ALLA NOSTRA PORTATA: IL PRIMO PAESE DEI "G7" AD ELIMINARE L'EPATITE C

ALCUNI SPUNTI INTERESSANTI EMERSI DA RIUNIONI OPERATIVE CON STAKEHOLDERS VARI FINALIZZATE AD UNA VELOCE ELIMINAZIONE DELL'INFEZIONE DA HCV

- **DEFINIZIONE DI "ELIMINAZIONE HCV" OVVERO DEFINIRE LA TERMINOLOGIA CON OBIETTIVI NUMERICI NELLE STRATEGIE NAZIONALI E LOCALI**

- **INTRODUZIONE NELLE FARMACIE DEL TEST SALIVARE PER LA RICERCA DEGLI ANTICORPI ANTI HCV (Nessuno costo per in SSN)**

- **GARANTIRE GRATUITA' TEST ANTI HCV ALMENO SINO AL 2025**

- **DEFINIZIONE POPOLAZIONE SULLA QUALE FARE SCREENING E CON QUALI TEST**

- **DEFINIRE – A LIVELLO NAZIONALE - UN COMPENSO ADEGUATO EXTRACONTRATTUALE PER GARANTIRE LA PIU' AMPIA COLLABORAZIONE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE PER ATTIVITA' DI CASE FINDING E LINKAGE TO CARE**

- **PREVEDERE UN INCREMENTO DEI CENTRI AUTORIZZATI ALLE TERAPIE DAAS DEL 50% RISPETTO AL NUMERO ATTUALE**

- **PREVEDERE UNA MODIFICA AL REGISTRO AIFA CHE PREVEDA UN CAMPO NEL QUALE SI DEVE INDICARE DA DOVE PROVEGONO I NUOVI PAZIENTI E ANNO DI DIAGNOSI**

- **PREVEDERE L'INCROCIO DEI DATI DI VARI REGISTRI REGIONALI PER ESTRAPOLARE CITTADINI DIAGNOSTICATI CON ANTI HCV – RNA – GENOTIPIZZAZIONE CHE NON HANNO ANCORA APPROFONDITO IL LORO STATUS O FATTO TERAPIA *ANCHE PER MANCATA COMUNICAZIONE DA PARTE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE****

  **Nota: SU QUESTO PUNTO NECESSARIO PARERE AVVOCATURA DI STATO.*

  SI CONSIGLIA AUDIZIONE PROF. A. GASBARRINI CHE HA APPENA TERMINATO UNO STUDIO SU QUESTO SPECIFICO ASPETTO

- **AFFRONTARE QUESTIONE VACCINAZIONE ESAVALENTE**

Monza, 30 Ottobre 2019

Ivan Gardini

Presidente EpaC onlus