

DOCUMENTO DI INDIRIZZO
*per la definizione delle strategie terapeutiche
da applicare sul breve termine per:*

Sofosbuvir e altri antivirali diretti nella terapia dell'epatite C cronica

A cura del Gruppo multidisciplinare sui farmaci per l'epatite C cronica
della Regione Emilia-Romagna

Aggiornamento di Dicembre 2014

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Gruppo di lavoro multidisciplinare sui farmaci per l'epatite cronica C RER

Epatologi/Infettivologi

Andreone P. (Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna)
Arlotti M. (Azienda USL di Rimini)
Ballardini G. (Azienda USL di Rimini)
Cioni G. (Azienda USL di Modena)
Ferrari C. (Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma)
Iemmolo R.M. (Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena)
Massari M. (Azienda Ospedaliera di Reggio-Emilia)
Morelli C. (Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna)
Verucchi G. (Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna)
Villa E. (Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena)

Farmacisti

Pasi E. (Agenzia sanitaria e sociale regionale RER)

Metodologia e coordinamento

Marata A.M. (Agenzia sanitaria e sociale regionale RER)
Nonino F. (Agenzia sanitaria e sociale regionale RER)

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali - Regione Emilia Romagna

Carati D. (Servizio Politica del Farmaco)
Trapanese M. (Servizio Politica del Farmaco)

.....

© Regione Emilia-Romagna 2014

Tutti i diritti riservati.

La riproduzione, in parte o totale, o la traduzione di questo documento sono consentite a condizione che venga citata la fonte e che la distribuzione non avvenga a fini di lucro o congiuntamente a prodotti commerciali.

Il presente documento è stato commissionato dalla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna coerentemente con le strategie definite dalla Commissione Terapeutica Regionale e realizzato da un gruppo di lavoro multidisciplinare col supporto metodologico dell'Area Valutazione del Farmaco dell'Agenzia Sanitaria e Sociale in collaborazione col Servizio Politica del Farmaco.

Impaginazione: Barbara Paltrinieri, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale RER

Il presente documento va citato come:

Gruppo multidisciplinare sui farmaci per l'epatite C cronica. Sofosbuvir e altri antivirali diretti nella terapia dell'epatite C cronica. Linee di indirizzo per la definizione delle strategie terapeutiche da applicare sul breve termine. Direzione generale sanità e politiche sociali - Regione Emilia-Romagna. Dicembre 2014

Aggiornamento previsto: febbraio 2015

(salvo diverse necessità che rendano necessario un aggiornamento in tempi più brevi)

Contenuti

I destinatari di questo documento sono i medici specialisti dei centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci antivirali per l'epatite C, le Direzioni sanitarie, i servizi farmaceutici aziendali, le segreterie e i membri dei Comitati etici della Regione Emilia-Romagna.

Scopo di questo documento è definire nell'ambito dei criteri di trattamento previsti da AIFA per il sofosbuvir, le reali necessità dei pazienti della Regione Emilia Romagna, sia in termini numerici, sia in termini di caratteristiche cliniche al fine di poter fare una programmazione dei trattamenti necessari, definirne il relativo impegno economico e la conseguente sostenibilità anche in considerazione delle solo parziali conoscenze dei criteri di negoziazione di questo farmaco.

Il documento si articola come riportato di seguito.

Indice dei contenuti

Premessa <ul style="list-style-type: none">- Nuovi farmaci antivirali diretti disponibili in Europa per il trattamento dell'epatite cronica C- La situazione in Italia ad oggi- Il costo dei DAA- I criteri di utilizzo dei DAA	Pag. 4-6
Le indicazioni del gruppo di lavoro	Pag. 7
Nuovi antivirali per la cura dell'epatite C ed uso compassionevole	Pag. 8
Allegati <ul style="list-style-type: none">- Tabella 2- Tabella 3	Pag. 9-10
Bibliografia	Pag. 11

Premessa

L'infezione da virus della epatite C (HCV) è la più comune causa di malattia cronica epatica; l'evoluzione della malattia è generalmente lenta, dell'ordine di decenni (10-20 anni). Gli esiti a lungo termine sono molto variabili, e vanno da alterazioni istologiche minime fino alla cirrosi epatica e all'epatocarcinoma. In un'elevata percentuale di casi la malattia è asintomatica fino alle fasi più avanzate; circa il 70% delle persone infette non sa di esserlo. Stime epidemiologiche indicano che in Italia la prevalenza media della epatite C, che mostra un gradiente crescente nord-sud (ECDC 2010), si aggira tra il 2,4% (Alberti 2002) e il 3,3% (Campello 2002, Mazzeo 2003) della popolazione generale. Stime su campioni relativamente ridotti di migranti mostrano una prevalenza di anticorpi anti-HCV massima tra gli immigrati clandestini dall'Africa subsahariana (2,2%) (Majori 2008) e inferiore all'1% nelle altre minoranze etniche di rifugiati in Italia (Chironna 2000, Chironna 2001, Chironna 2003).

Sulla base dei dati sopra riportati si può stimare che nella Regione Emilia Romagna le persone infette da virus della epatite C siano tra 100.000 e 130.000 e che di queste solo 30.000 - 40.000 sappiano di esserlo. Tuttavia è prevedibile che l'attenzione mediatica suscitata dall'arrivo dei nuovi farmaci aumenterà il bacino di potenziali candidati al trattamento.

Non esistono studi epidemiologici eseguiti sull'intero territorio nazionale che stimano i soggetti candidati al trattamento; alcune analisi eseguite a partire dai consumi di ribavirina stimano in un massimo di 600.000 i soggetti da trattare.

Esistono 6 genotipi del virus della epatite C, che si presentano con frequenze diverse a seconda delle zone geografiche. Nel nostro Paese è prevalente il genotipo 1 (in particolare 1b), che si riscontra in circa il 50% delle persone infette. Anche i genotipi 2, 3 e 4, più comuni in aree geografiche dove la prevalenza dell'infezione è elevata (Paesi asiatici, Est Europa ed Egitto), mostrano una frequenza in aumento in Italia a causa dei flussi migratori.

Le principali alterazioni istologiche dell'infezione cronica da virus C sono rappresentate da un'attività infiammatoria che può evolvere in una fibrosi epatica progressiva, e ciò indipendentemente dal genotipo e dalla carica virale. La progressione della fibrosi si verifica generalmente nell'arco di decenni e può essere accelerata da diversi cofattori, quali: consumo di alcolici, diabete mellito (al quale la stessa epatite C cronica sembra predisporre), età a cui l'infezione è stata contratta, coinfezione con virus HIV o con un altro virus epatotropo. La fibrosi

evolve in cirrosi nel 10-40% dei pazienti con epatite cronica C. La mortalità annua da complicanze della cirrosi HCV-associata è circa del 4% (EASL 2011).

Il carcinoma epatocellulare (HCC) rappresenta il 90% dei tumori maligni primitivi epatici, e la cirrosi è tra i più importanti fattori di rischio (Blum 1994, El-Serag 2012).

Tra i pazienti cirrotici l'incidenza annuale di HCC è compresa tra 1% e 4%, a seconda della gravità della malattia e della etnicità (El-Serag 2012, Fattovich 2004). A 5 anni, nei pazienti cirrotici, è stata osservata una incidenza cumulativa di HCC del 17% nei paesi occidentali e del 30% in Giappone (Fattovich 2004). La mortalità associata a HCC è del 33% nel primo anno dopo la diagnosi (EASL 2011). Tra i pazienti che presentano HCC la prevalenza di positività per il virus dell'epatite C varia dal 64% al 75% (ECDC 2010).

A differenza di quanto si osserva nei pazienti con epatite B, nei quali l'insorgenza di HCC si può avere anche in assenza di cirrosi, nei pazienti con epatite C il fattore di rischio maggiormente associato con lo sviluppo di HCC è la presenza di cirrosi (Kwon 2011).

Nuovi farmaci antivirali diretti disponibili in Europa per il trattamento dell'epatite C cronica

Negli ultimi 3 anni si è assistito a un radicale cambiamento delle prospettive terapeutiche per i malati di epatite C. Fino a pochi anni fa lo standard di cura era costituito dalla associazione di interferone peghilato e ribavirina, che, pur consentendo la guarigione in una discreta percentuale di casi, provocava effetti collaterali in una quota non trascurabile di pazienti, di grado tale da comportare la sospensione prematura del trattamento nel 10-20% dei soggetti trattati. Nel 2011 sono stati commercializzati gli inibitori delle proteasi boceprevir e telaprevir da utilizzare in associazione con interferone e ribavirina nei pazienti con epatite C di genotipo 1 (con l'esclusione dei pazienti con cirrosi scompensata), la cui efficacia si associava però ad effetti collaterali importanti che si aggiungevano a quelli dell'interferone e della ribavirina.

Dal gennaio 2014 è in commercio in Europa il primo di una lunga serie di antivirali ad azione diretta il sofosbuvir, prodotto dalla ditta americana Gilead Sciences che in base ai risultati degli studi clinici attualmente disponibili sembra consentire la guarigione (definita come risposta virale sostenuta, o SVR) in un'alta percentuale di casi (dal 70% ad oltre il 90%), variabile a seconda del genotipo e della condizione clinica, e sembra essere al tempo stesso più tollerabile e sicuro di tutte le altre terapie utiliz-

zate finora grazie alla minore frequenza di eventi avversi, a una minore durata del trattamento (12-24 settimane) e alla possibilità in alcune situazioni di essere utilizzato nell'ambito di regimi terapeutici senza interferone.

Sofosbuvir, infatti, si è dimostrato efficace sia in combinazione con interferone e ribavirina, sia (per alcune categorie di pazienti) in regimi "interferon-free" con altri nuovi inibitori delle proteasi: simeprevir, ledipasvir e daclatasvir arrivati in commercio in Europa nel corso del 2014. La possibilità di utilizzare combinazioni di DAA senza l'aggiunta di interferone aumenta sensibilmente le probabilità di guarigione e riduce la tossicità della terapia, consentendo di trattare efficacemente i genotipi più difficili ed i pazienti maggiormente compromessi compresi quelli che non hanno risposto a regimi a base di interferone o che non lo tollerano o non possono assumerlo per la presenza di controindicazioni (AISF 2014).

La situazione in Italia ad oggi

In Italia il **sofosbuvir** è l'unico DAA che stato messo in commercio (GU n 283 del 5 dicembre 2014), il farmaco sarà disponibile per l'acquisto al più tardi i primi giorni del 2015.

La negoziazione tra Gilead Sciences e AIFA è durata quasi un anno durante il quale la stessa ditta, ha reso disponibile il farmaco per uso compassionevole per 1200 pazienti secondo i criteri suggeriti da EMA (nota AIFA dell'11 giugno 2014 e del 25 settembre 2014) e cioè in caso di:

- recidiva severa di epatite dopo trapianto di fegato o di epatite fibrosante colestatica
- epatite cronica con grado di fibrosi >F2 METAVIR o di cirrosi scompensata in lista per trapianto epatico + criteri per HCC aggiunti successivamente).
- pazienti HCV-infetti iscritti in lista per trapianto epatico affetti da epatocarcinoma su cirrosi compensata (MELD<15) con le seguenti caratteristiche cliniche:
 - rischio di progressione neoplastica durante l'attesa in lista sia sufficientemente basso tale da poter garantire un tempo di permanenza in lista di attesa congruo con la possibilità di ottenere il maggior beneficio dalla terapia antivirale (almeno 3 mesi).

La determina AIFA, colloca il farmaco in classe di rimborsabilità A PHT, gli attribuisce il requisito dell'innovatività terapeutica e i conseguenti benefici; la prescrizione a carico del SSN sarà limitata ai centri prescrittori individuati dalle Regioni e avverrà tramite la compilazione di un piano terapeutico web-based che definisce i criteri di eleggibilità.

Il **simeprevir** ha già completato l'iter negoziale di AIFA; in questo caso l'accordo negoziale con la ditta

produttrice (Janssen Cilag) si basa su una misura di de-listing, ovvero sulla riclassificazione in classe C del telaprevir, farmaco in commercio prodotto dalla stessa ditta e autorizzato per la medesima indicazione terapeutica e per il quale era stato negoziato un tetto di fatturato a 24 mesi che ad oggi non è stato raggiunto.

I costi dei DAA

Sofosbuvir

La determina AIFA ne riporta il prezzo ufficiale che per 12 settimane di trattamento è il seguente:

- prezzo ex factory: 45.000 euro a paziente,
- prezzo al pubblico: 74.260 euro a paziente

Nella determina AIFA si fa riferimento ad uno sconto obbligatorio per le strutture pubbliche sul prezzo ex factory e ad una durata dell'accordo negoziale di 18 mesi senza presentarne i particolari.

La ditta Gilead, in una lettera indirizzata alle direzioni di tutte le farmacie ospedaliere, ha comunicato che:

- il costo per le strutture pubbliche di una terapia completa con sofosbuvir (Sovaldi®) sarà di 37.000 euro (IVA esclusa)
- Il costo per trattamento sarà lo stesso a prescindere dalla durata che potrà essere di 12, 24 o 48 settimane (o fino al trapianto).

La Gilead ha inoltre comunicato la chiusura del programma di uso compassionevole dal 15 dicembre 2014.

Da indiscrezioni trapelate di cui però non sono pubblici i particolari la trattativa è stata eseguita secondo la modalità prezzo/volume e prevede un numero finito di trattamenti ad un prezzo che diminuisce man mano aumentano i volumi di farmaco utilizzato.

È interessante notare come la strategia scelta dalla Gilead preveda prezzi diversi del farmaco in rapporto al profilo economico dei vari paesi. Negli USA un ciclo di trattamento di 12 settimane costa infatti ufficialmente 84.000 U.S.\$ (circa 61.000 Euro), mentre nel Regno Unito, Germania e Francia il costo varia da 41.900 a 56.000 Euro circa. Nei Paesi dove la prevalenza della malattia è maggiore (Egitto, India, Mozambico) e le condizioni economiche sono più sfavorevoli è stato concordato un costo di 660 euro a ciclo.

Il prezzo di questo farmaco sta comunque ponendo un problema di sostenibilità economica sia per i paesi cosiddetti industrializzati sia per quelli cosiddetti emergenti a prescindere dal tipo di sistema sanitario vigente.

Simeprevir

Non è attualmente noto il prezzo a cui il farmaco sarà messo in commercio; sembra però che l'accor-

do di delisting preveda un prezzo per ciclo terapeutico sostanzialmente sovrapponibile a quello che era stato per il telaprevir.

I criteri di utilizzo dei DAA

Alla luce delle problematiche sopra esposte le varie Agenzie europee hanno definito o stanno definendo i criteri di utilizzo di questi farmaci e negoziandone il prezzo in rapporto alle modalità tipiche di ognuno dei sistemi sanitari nazionali.

Nel nostro paese AIFA ha deliberato che la prescrizione di **sofosbuvir** a carico del SSN dovrà essere fatta da parte di centri specificamente individuati dalle Regioni attraverso la compilazione della scheda raccolta dati informatizzata che individua le tipologie di pazienti eleggibili.

Vengono in tal modo definiti i seguenti 6 criteri di eleggibilità:

Criterio 1: Pazienti con cirrosi in classe di Child A o B e/o con HCC con risposta completa a terapie resective chirurgiche o loco-regionali non candidabili a trapianto epatico nei quali la malattia epatica sia determinante per la prognosi.

Criterio 2: Recidiva di epatite dopo trapianto di fegato con fibrosi METAVIR ≥ 2 (o corrispondente Ishack) o fibrosante col estatica.

Criterio 3: Epatite cronica con gravi manifestazioni extra-epatiche HCV-correlate (sindrome crioglobulinemica con danno d'organo, sindromi linfoproliferative a cellule B).

Criterio 4: Epatite cronica con fibrosi METAVIR ≥ 3 (o corrispondente Ishack)

Criterio 5: In lista per trapianto di fegato con cirrosi MELD < 25 e/o con HCC all'interno dei criteri di Milano con la possibilità di una attesa in lista di almeno 2 mesi.

Criterio 6: Epatite cronica dopo trapianto di organo solido (non fegato) o di midollo con fibrosi METAVIR ≥ 2 (o corrispondente Ishack).

I criteri prescrittivi di simeprevir saranno disponibili solo al momento della pubblicazione della determina AIFA in GU.

Le tipologie (i criteri) dei pazienti candidabili al trattamento con sofosbuviri sono state definite in base all'urgenza clinica dalla Commissione Tecnico Scientifica dell'AIFA secondo le indicazioni del Tavolo tecnico AIFA sull'Epatite C.

Sono quindi attualmente esclusi dal trattamento a carico del SSN tutti i pazienti con fibrosi Metavir F0-F2 con l'eccezione di quelli appartenenti al criterio 3.

Le indicazioni del Gruppo di Lavoro

E' stato inviato a tutti i centri prescrittori della Regione un questionario (Tabella 2) che consente di conoscere per ogni criterio AIFA e per ogni genotipo quanti sono al dicembre 2014 i pazienti candidati al trattamento attualmente seguiti dai centri.

Il gruppo di lavoro (GdL), sulla base delle prove di efficacia ad oggi disponibili e per ogni criterio AIFA ha definito rispetto a:

- genotipo virale,
- gravità della malattia,
- risposta a precedenti cure

gli schemi terapeutici da considerare con il miglior rapporto costo - efficacia (Tabella 1).

Per alcune categorie di pazienti e in particolare per quelli con cirrosi epatica (le evidenze attualmente disponibili provengono in realtà prevalentemente da pazienti senza cirrosi) e comunque per i casi in cui il trattamento con interferone è controindicato, non tollerato o si è dimostrato inefficace, il ricorso alla associazione di sofosbuvir + ribavirina non è ritenuto ad oggi costo efficace. In questi pazienti, l'associazione sofosbuvir + ribavirina è da considerare non ottimale anche alla luce delle prove di efficacia disponibili per trattamenti di associazione già approvati a livello europeo che quindi saranno ragionevolmente disponibili a breve termine. La opportunità di associare sofosbuvir con simeprevir, daclatasvir, ledipasvir o di associare simeprevir con daclatasvir è supportata dalla presenza di prove di efficacia e da una maggiore tollerabilità rispetto ai regimi che comprendono interferone e/o ribavirina.

La disponibilità di un elevato numero di opportunità terapeutiche potrebbe anche favorire la creazione di una concorrenza fra le ditte e la conseguente riduzione dei prezzi.

Il GdL, sulla base delle considerazioni sopra esposte, delle caratteristiche e della numerosità della casistica da trattare rilevate con il censimento effettuato nel dicembre 2014 di cui alla Tabella 3, ha concordato di procedere come segue:

- di iniziare la prescrizione di sofosbuvir, appena il farmaco sarà disponibile (dai primi giorni di gennaio), nei pazienti che possono trarre il massimo del vantaggio dal trattamento con lo schema terapeutico che comprende sofosbuvir + ribavirina ± Peg interferone;
- di attendere la commercializzazione di simeprevir (nell'ipotesi che ciò avvenga entro il mese di gennaio) per i pazienti che possono trarre il massimo vantaggio dal trattamento con lo schema terapeutico che comprende sofosbuvir + simeprevir ± ribavirina. Nel caso ciò non accada tale scelta dovrà essere rivista entro il 30 gennaio 2015;
- di attivare le richieste di uso compassionevole in tutti i casi in cui sia possibile e quando lo schema terapeutico che ne deriva sia considerato più vantaggioso per il paziente.

Il GdL inoltre ha concordato che:

- per i primi mesi di disponibilità dei farmaci di trattare i casi clinici più gravi per i quali anche un ritardo di pochi mesi potrebbe avere un impatto prognostico negativo (Criteri AIFA 1,2,3,5 e 6).
- di riunirsi mensilmente per monitorare l'andamento della prescrizione ed apportare le necessarie correzioni alla strategia individuata.

Ogni decisione del GdL, dovrà essere approvata dalla Commissione Regionale del Farmaco e comunicata tempestivamente a tutti i centri prescrittori della Regione.

Tabella 1. Schemi terapeutici proposti dal gruppo di lavoro considerati a miglior rapporto costo-beneficio.

	Genotipo 1 e 4	Genotipo 2	Genotipo 3
Pazienti cirrotici (Child A o B) - che non tollerano o con controindicazioni a PINF - non responder ad un precedente trattamento con PINF	SIM+ SOF ± RBV	SOF + RBV	SOF + RBV (per 24 sett.) o in alternativa SOF + DACLA (uso compassionevole)
Pazienti non cirrotici* appartenenti ai criteri 2,3,6	SOF + RBV + PIFN oppure SIM + SOF ± RBV		SOF + RBV + PIFN

PINF: Peg interferone, RBV: ribavirina, SOF: sofosbuvir, SIM: simeprevir, DACLA: daclatasvir

* Il gruppo di lavoro ritiene che il criterio 4 non comprenda pazienti con diagnosi clinica di cirrosi.

Nuovi antivirali per la cura dell'epatite C ed uso compassionevole

I criteri generali per l'uso compassionevole sono espressi in un documento EMA che prevede il ricorso ad un farmaco non autorizzato/non in commercio:

- quando si deve trattare una malattia cronica o gravemente invalidante o a rischio di vita per la quale non esiste alcun farmaco autorizzato;
- non è possibile inserire il paziente in uno studio clinico;

nel rispetto della normativa vigente nel singolo paese.

L'accesso a medicinali (fuori indicazione) al di fuori di un contesto sperimentale in Italia è stato regolamentato nel corso del tempo attraverso alcune leggi/decreti: Legge 648/1996, Legge n. 94/1998, D.M. dell'11/02/1997, D.M. 08/05/2003).

Nello specifico, l'uso compassionevole (definito dopo il DM 8 maggio 2003, uso terapeutico) di medicinali al di fuori della sperimentazione clinica quando non esista valida alternativa terapeutica per il trattamento di patologie gravi, o di malattie rare o di condizioni di malattia che pongono il paziente in pericolo di vita è normato dal D.M. 8 maggio 2003 che prevede si realizzino tutte le seguenti condizioni:

- il medicinale deve essere già oggetto, nella medesima specifica indicazione terapeutica di studi clinici sperimentali, in corso o conclusi,
- gli studi debbono essere di fase III o, in particolari condizioni di malattia che pongano il paziente in pericolo di vita, di fase I già conclusi.

Il DM 8 maggio 2003 risponde alla necessità di regolamentare gli studi nazionali ed internazionali definiti "expanded access" ovvero protocolli di "accesso allargato" per i seguenti casi:

- per singolo caso (uso nominale)
- per gruppi di pazienti (programma)
- per gruppi di pazienti che hanno partecipato a una sperimentazione clinica che ha dimostrato un profilo di efficacia e tollerabilità tale da configurare la necessità, per coloro che hanno partecipato al trial, di fruire con la massima tempestività dei suoi risultati.

Per accedere all'uso compassionevole è necessario che il clinico proponente invii una richiesta all'Azienda produttrice del farmaco, la quale valuta se le caratteristiche del paziente sono congrue con l'utilizzo richiesto e con le politiche di uso compassionevole da lei definite e in caso positivo fornisce un assenso alla richiesta. Una volta ottenuta dall'Azienda la disponibilità a fornire gratuitamente il farmaco, il protocollo di cura proposto deve essere approvato dal Comitato Etico di competenza; solo dopo tale approvazione il farmaco potrà

essere fornito dall'Azienda.

Il rationale dell'uso compassionevole dei nuovi antivirali per l'epatite C si fonda sulla necessità di trattare tempestivamente i pazienti in condizioni cliniche gravi, la cui prognosi potrebbe essere sfavorevole nell'arco di un anno (criterio definito da EMA) per i quali non esiste alcun trattamento disponibile considerato efficace in assenza della opportunità di accedere ad uno studio clinico.

È quindi evidente che per garantire un tempestivo accesso gratuito ai farmaci nel rispetto della normativa vigente i Comitati Etici devono essere adeguatamente informati riguardo alle problematiche relative ai nuovi antivirali per l'epatite C, in modo da favorire comportamenti omogenei sul territorio regionale e rapidità nella formalizzazione delle decisioni.

I programmi per l'uso compassionevole e gli utilizzi per il singolo caso cessano alla messa in commercio del farmaco nel nostro paese.

Attualmente sono attivi:

1. Il programma per uso terapeutico (compassionevole) della combinazione interferon free ABT-450/ombitasvir + dasabuvir (altrimenti definita come ombitasvir/paritaprenavir/ritonavir + dasabuvir) di AbbVie. Tale programma è stato concordato con AIFA dal 27 ottobre 2014 ed è previsto per individui con infezione da HCV sostenuta da genotipo 1 intolleranti o non eleggibili ad una terapia con interferone che rientrino in una delle categorie di seguito definite:
 - recidiva di epatite dopo trapianto di fegato (epatite fibrosante colestatica o epatite cronica con grado di fibrosi METAVIR F0-2);
 - cirrosi compensata (Child-Turcotte-Pugh score A) in assenza di significative comorbidità;
 - malattia epatica cronica con fibrosi di grado METAVIR F3 in pazienti non responsivi a duplice terapia (PegIFN+RIBAVIRINA);
 - epatite cronica con manifestazioni extraepatiche HCV-correlate clinicamente rilevanti (es. sindrome crioglobulinemica sintomatica di grado moderato - severo o sindromi linfoproliferative), indipendentemente dal grado di fibrosi.
2. la richiesta per uso nominale di daclatasvir.

Tabella 2. Modello di questionario per il censimento dei pazienti con epatite C cronica seguiti dai Centri della Regione E-R (inclusi i pazienti coinfecti HCV – HIV– HBV) che al dicembre 2014, secondo i criteri AIFA, sono candidati ad iniziare un trattamento a carico del SSN con un DAA utilizzato negli schemi terapeutici ad oggi possibili.

U.O.: _____ Azienda sanitaria: _____ Prof./Dr.: _____

Scenari clinici/criteri per cui è previsto il prossimo uso a carico del SSN del sofosbuvir	Genotipo 1a n.	Genotipo 1b n.	Genotipo 2 n.	Genotipo 3 n.	Genotipo 4 n.	Genotipo 5 n.	Genotipo 6 n.	TOTALE
Paz. con cirrosi in classe Child A o B e/o con HCC con risposta completa a terapie resettive chirurgiche o loco-regionali non candidabili a trapianto epatico nei quali la malattia epatica sia determinante per la prognosi	Residenti in REA Non residenti							
Recidiva di epatite dopo trapianto di fegato con fibrosi METAVIR ≥ 2 (o corrispondente Ishack) o fibrosante colestatica	Residenti in REA Non residenti							
Epatite cronica con gravi manifestazioni extra-epatiche HCV correlate (sindrome crioglobulinemica con danno d'organo, sindromi linfoproliferative a cellule B)	Residenti in REA Non residenti							
Epatite cronica con fibrosi METAVIR ≥3 (corrispondente Ishack)	Residenti in REA Non residenti							
Pazienti in lista per trapianto di fegato con cirrosi MELD <25 e/o con HCC all'interno dei criteri di Milano con la possibilità di una attesa in lista di almeno 2 mesi	Residenti in REA Non residenti							
Epatite cronica dopo trapianto di organo solido (non fegato) o di midollo con fibrosi METAVIR ≥2 (o corrispondente Ishack)	Residenti in REA Non residenti							
TOTALE	Residenti in REA Non residenti							

Tabella 3. Censimento dei pazienti con epatite C cronica seguiti dai Centri della Regione E-R (inclusi i pazienti coinfecti HCV – HIV – HBV) che al dicembre 2014, secondo i criteri AIFA, sono candidati ad iniziare un trattamento a carico del SSN con un DAA utilizzato negli schemi terapeutici ad oggi possibili.

Scenari clinici/criteri per cui è previsto il prossimo uso a carico del SSN del sofosbuvir	Genotipo 1 (generico)		Genotipo 1a		Genotipo 1b		Genotipo 2		Genotipo 3		Genotipo 4		Genotipo 5		Genotipo 6		TOTALE
	n.	Beneficiari in BEP	n.	Beneficiari in BEP	n.	Beneficiari in BEP	n.	Beneficiari in BEP	n.	Beneficiari in BEP	n.	Beneficiari in BEP	n.	Beneficiari in BEP	n.	Beneficiari in BEP	
Paz. con cirrosi in classe Child A o B e/o con HCC con risposta completa a terapie resettive chirurgiche o loco-regionali non candidabili a trapianto epatico nei quali la malattia epatica sia determinante per la prognosi	137	179	307	98	153	80	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	817
	Non beneficiari	50	137	30	31	20	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	268
Recidiva di epatite dopo trapianto di fegato con fibrosi METAVIR ≥ 2 (o corrispondente Ishack) o fibrosante colestatica	15	33	2	10	6	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	66
	Non beneficiari	9	32	4	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	47
Epatite cronica con gravi manifestazioni extra-epatiche HCV correlate (sindrome crioglobulinemica con danno d'organo, sindromi linfoproliferative a cellule B)	10	28	77	27	22	7	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	162 +
	Non beneficiari	5	19	9	2	2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	37
Epatite cronica con fibrosi METAVIR ≥3 (corrispondente Ishack)	48	180	297	85	149	70	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	781
	Non beneficiari	31	77	18	16	7	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	149
Pazienti in lista per trapianto di fegato con cirrosi MELD <25 e/o con HCC all'interno dei criteri di Milano con la possibilità di una attesa in lista di almeno 2 mesi	3	15	26	7	9	5	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	62 + 3 Gen 1 (generico) + 3 senza genotipo
	Non beneficiari	9	14	4	5	5	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	37
Epatite cronica dopo trapianto di organo solido (non fegato) o di midollo con fibrosi METAVIR ≥2 (o corrispondente Ishack)	2	4	8	3	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	16 + 2 Gen 1 (generico)
	Non beneficiari	3	2	1	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	7
TOTALE	200	421	748	222	344	168	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	1.904 +
	Non beneficiari	107	281	66	56	35	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	545

BIBLIOGRAFIA

- AIFA. Comunicato 367 del 11/06/2014. http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/comunicatistampa/comunicato_AIFA_n367.pdf
- AISF Documento di indirizzo dell'Associazione Italiana per lo Studio del Fegato per l'uso razionale di antivirali diretti di seconda generazione nelle categorie di pazienti affetti da epatite C cronica ammesse alla rimborsabilità in Italia AISF 17 dicembre 2014 <http://www.webaisf.org/pubblicazioni/documento-aisf-hcv-2014.aspx>
- [Alberti 2002] Alberti A, Noventa F, Benvegna L et al. Prevalence of liver disease in a population of asymptomatic persons with hepatitis C virus infection. *Ann Intern Med* 2002;137:961-4
- [Bedossa 1996] Bedossa P, Poynard T. French METAVIR Cooperative Study Group "An algorithm for the grading of activity in chronic hepatitis C". *Hepatology* 1996;24:289-293
- [Blum 1994] Blum HE. Does hepatitis C virus cause hepatocellular carcinoma? *Hepatology* 1994;19:251-5
- [Campello 2002] Campello C, Poli A, Dal MG et al. Seroprevalence, viremia and genotype distribution of hepatitis C virus: a community-based population study in northern Italy. *Infection* 2002;30:7-12
- [Chironna 2000] Chironna M, Germinario C, Lopalco PL et al. HBV, HCV and HDV infections in Albanian refugees in Southern Italy (Apulia region). *Epidemiol Infect* 2000;125:163-7
- [Chironna 2001] Chironna M, Germinario C, Lopalco PL et al. Prevalence of hepatitis virus infections in Kosovar refugees. *Int J Infect Dis* 2001;5:209-13
- [Chironna 2003] Chironna M, Germinario C, Lopalco PL et al. Prevalence rates of viral hepatitis infections in refugee Kurds from Iraq and Turkey. *Infection* 2003;31:70-4
- EASL - European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection. *Journal of Hepatology* 2011;55:245-264
- [El-Serag 2012] El-Serag HB. Epidemiology of viral hepatitis and hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology* 2012;142:1264-73
- EMA. European Medicines Agency. Summary on compassionate use for Sofosbuvir Gilead. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Other/2013/12/WC500156825.pdf
- EMA. European Medicines Agency. Summary on compassionate use for Ledipasvir/Sofosbuvir http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Other/2014/04/WC500164418.pdf
- EMA. European Medicines Agency. Summary on compassionate use for Daclatasvir, Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Other/2014/02/WC500160499.pdf
- EMA. European Medicines Agency. Committee for medicinal product for human use (CHMP) Guideline on compassionate use of medicinal products, pursuant to article 83 of regulation (EC) No 726/2004 http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Regulatory_and_procedural_guideline/2009/10/WC500004075.pdf
- ECDC European Center for Disease Prevention and Control. Hepatitis B and C in the EU neighborhood: prevalence, burden of disease and screening policies. Stockholm: ECDC; 2010. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/TER_100914_Hep_B_C%20_EU_neighbourhood.pdf (ultimo accesso 13/05/2013)
- [Fattovich 2004] Fattovich G, Stroffolini T, Zagni I et al. Hepatocellular carcinoma in cirrhosis: incidence and risk factors. *Gastroenterology* 2004;127:S35-50
- [Fried 2002] Fried MW, Shiffman ML, Reddy KR, et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. *N Engl J Med* 2002;347:975-82.
- [Hadziyannis 2004] Hadziyannis SJ, Sette H Jr, Morgan TR et al. Peginterferon-alpha2a and ribavirin combination therapy in chronic hepatitis C: a randomized study of treatment duration and ribavirin dose. *Ann Intern Med* 2004;140:346-55
- [Kwon 2011] Kwon H, Lok AS. Does antiviral therapy prevent hepatocellular carcinoma? *Antivir Ther* 2011;16: 787-95
- [Majori 2008] Majori S, Baldo V, Tommasi I et al. Hepatitis A, B, and C infection in a community of sub-Saharan immigrants living in Verona (Italy). *J Travel Med* 2008;15:323-7
- [Manns 2001] Manns MP, McHutchison JG, Gordon SC et al. Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomized trial. *Lancet* 2001;358:958-65.
- [Mazzeo 2003] Mazzeo C, Azzaroli F, Giovanelli S et al. Ten year incidence of HCV infection in northern Italy and frequency of spontaneous viral clearance. *Gut* 2003;52(7):1030-4

