

E' conveniente in ITALIA integrare lo screening per l'identificazione precoce dei bevitori a rischio e l'intervento breve in medicina generale?

La valutazione Costo-Efficacia (RICE) dei modelli d'intervento indispensabili per la prevenzione

Nota da: Colin Angus, Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Aleksandra Torbica, Francesca Ferre, Pierluigi Struzzo, Robin Purshouse and Alan Brennan
Cost-effectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy

BMC Family Practice 2014 15:2. <http://rd.springer.com/article/10.1186%2F1471-2296-15-26#page-1>



Roma 09 Aprile 2014

In numerose nazioni i problemi alcol-correlati prevedono l'integrazione di programmi di **Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB)** nei contesti di assistenza sanitaria primaria. L'efficacia di questi programmi nell'assistenza primaria è ormai dimostrata a livello internazionale ed anche in Italia una collaborazione tra l'ISS, il Cefomed della Regione Friuli Venezia Giulia, il Cergas della Bocconi e l'Università di Sheffield, ha realizzato un'analisi su costo efficacia degli interventi possibili a livello governativo sulle politiche e gli interventi da attuare dai *policy-makers* per migliorare le capacità di sistema nel contrastare l'impatto alcol-correlato nella popolazione. Lo studio ha adattato il modello inglese al contesto italiano, attraverso l'utilizzo di dati nazionali di mortalità, morbilità, ricoveri e di dati relativi alle dinamiche derivanti da esperienze negli ambiti di erogazione delle prestazioni connesse all'assistenza primaria. I risultati sono descritti come Rapporto Incrementale di Costo-Efficacia (RICE) dei programmi di IPIB rispetto a uno scenario di assenza di attuazione dell'intervento considerando come tale l'attuale situazione nazionale. Lo scenario ha prospettato 10 anni di ipotetico intervento e 30 anni di monitoraggio degli effetti in presenza ed in assenza di programmi svolti secondo due modalità di attuazione: A) Programma "Next registration", screening e intervento breve effettuato alla prima registrazione del paziente con un medico di medicina generale; B) Programma "Next consultation", screening e intervento breve effettuato nel corso della visita successiva dal medico di medicina generale. La popolazione che risulta sottoposta a screening nel corso dei 10 anni ipotizzati dallo stesso modello di screening e intervento, è considerevolmente differente nei due scenari considerati (Fig. 1).

Lo Scenario A (in rosso) ipotizza che lo screening sia effettuato alla **prima registrazione** di un nuovo paziente con un medico. Tale approccio dimostra di realizzare una distribuzione d'intervento piuttosto uniforme sui 10 anni, con un picco dell'11% della popolazione screenata il primo anno. Alla fine del decimo anno si stima che il 63% della popolazione sia stato screenato. Il 37% non risulterà ancora sottoposta a screening.

Secondo tale ipotizzata prassi, **il 58% dei consumatori a rischio sarà adeguatamente identificato** e sottoposto a intervento breve da parte del Medico di Medicina Generale (MMG).

Lo scenario B (in celeste) ipotizza invece che lo screening sia stato effettuato dal MMG alla **visita successiva** di un suo paziente. Il programma dimostra di conseguire una copertura maggiore, con l'84% della popolazione screenata il primo anno; solo il 3% non risulta esaminata entro il decimo anno.

Seguendo quest'approccio preventivo, **il 96% dei bevitori a rischio sarà correttamente identificato e riceve l'intervento**. Una riflessione sulla rilevante differenza tra i due modelli è imposta dalla valutazione dei costi cumulativi del programma nei due differenti scenari e della distribuzione dei costi nel tempo (Fig. 2).

Fig. 1: stima della popolazione screenata nello Scenario A (nuova registrazione) e nelle Scenario B (nuova visita medica)

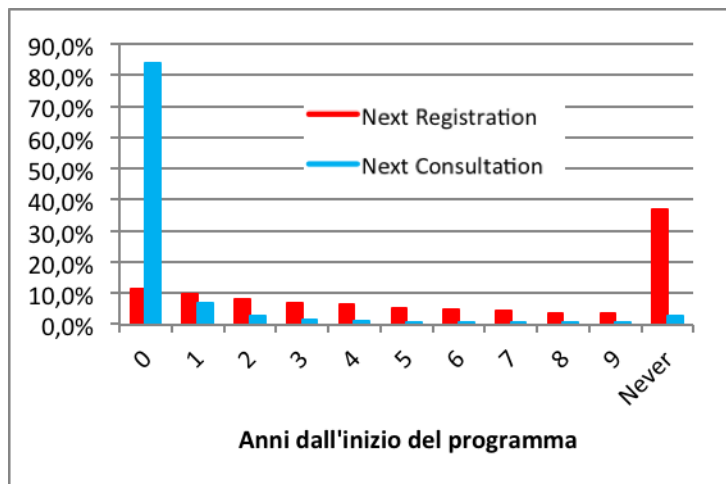
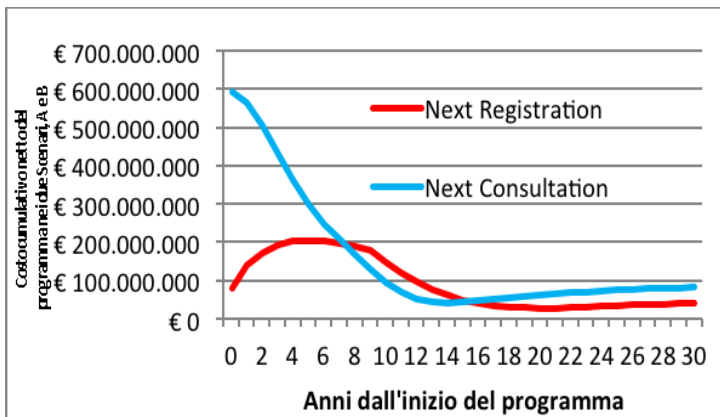


Fig. 2: Modelli dei Costi netti cumulativi nei due programmi di screening



Lo screening attuato nel corso della prima visita di registrazione con il nuovo medico (Scenario A), ha un profilo di costi più stabile nei primi sette anni. **Dall'ottavo anno i due programmi hanno gli stessi costi cumulativi netti.** Dall'analisi effettuata si evince che, per tutti i modelli indagati, il rapporto costo efficacia è favorevole e si ha quindi un risparmio dei costi rispetto a una politica di non intervento.

Lo screening alla visita successiva con il medico (scenario B) comporta un costo iniziale molto alto, costo che dopo il secondo anno decresce sino all'undicesimo anno stabilizzandosi.

Programma A) **Uno screening effettuato nel corso di una successiva registrazione dal MMG costa 411 milioni di euro, porta in 30 anni a una riduzione stimata di 91.737 ricoveri ospedalieri, con una riduzione di 7.193 morti alcol-correlate (prevalentemente maschi) ed un risparmio netto per il SSN di 370 milioni di €.** L'impatto complessivo genera un guadagno di 75.200 QALY (incremento della speranza in anni di vita ponderato per la qualità di salute, in sostanza buona salute) e un Rapporto Incrementale di Costo-Efficacia (RICE) di 550€/QALY (quanto costa ottenere l'incremento unitario della speranza di vita ponderata per la qualità della salute espressa in QALY), valore definibile *cost-neutral* e verosimilmente implementabile senza remore di natura economica tenuti in debito i benefici ottenibili. Poiché una proporzione prevalente di benefici per la salute si registra tra gli uomini (il 69 % dei QALYs), attuare l'IPIB negli uomini condurrebbe ad un approccio economico di sicuro vantaggio per loro. Diverso è invece per le donne per le quali un programma di IPIB si stima possa portare ad un ICER di 3100 euro/QALY che è comunque ben al di sotto della soglia costo-efficacia di 25.000-40.000 euro/QALY raccomandabile dagli studi economici correnti in ITALIA per questo tipo di interventi.

Programma B) **Uno screening effettuato nel corso di una successiva visita dal MMG B costa 687 milioni di euro, porta in 30 anni ad una riduzione dei ricoveri stimata in 153.676, con 12.432 decessi alcol-correlati evitati ed un risparmio per il SSN di 605 milioni di euro.** L'impatto complessivo genera un guadagno di 139.200 QALY e un RICE di 590€/QALY. Il programma ha un impatto maggiore per la Salute Pubblica per via della maggiore copertura immediata sulla popolazione e per il più rilevante guadagno in termini di QALYs; pur tuttavia il programma risulta caratterizzato da alti costi da affrontare quasi tutti nel corso del primo anno con guadagni da registrare, evidentemente, solo nel lungo periodo.

Conosciuti i vantaggi e i costi è quindi possibile fare considerazioni sul rapporto costo-efficacia per **sollecitare adeguate valutazioni di policy e decision-making.** I risultati sono stati analizzati, in tale ottica, attraverso l'analisi del RICE dei programmi di IPIB rispetto allo scenario "non far niente". I risultati del modello hanno evidenziato un ottimo rapporto costo-efficacia. I risultati dell'analisi che hanno esplorato l'impatto degli strumenti di screening hanno mostrato che l'utilizzo dell'AUDIT C è il più efficace nel produrre il maggior beneficio netto sui pazienti identificato dal programma di prevenzione. Un programma di IPIB, basato sulla prima visita eseguita alla registrazione con un nuovo medico, comporta un costo annuale distribuibile gradualmente, facendo però registrare guadagni nel tempo inferiori all'approccio di un programma attuato alla visita successiva che ha costi complessivi elevati da sostenere prevalentemente nel primo anno ma generanti vantaggi maggiori. **I costi sostenuti rispetto ai risparmi conseguiti per il SSN hanno un impatto oggettivamente ragguardevole soprattutto se osservato alla luce dei costi complessivi che l'alcol determina in Italia che si esprimono su una scala di miliardi di euro (1,3 % del PIL secondo le stime OMS) e non di milioni di euro come un investimento in prevenzione comporterebbe.**

	REGISTRAZIONE	VISITA SUCC.
PAZIENTI SCREENATI entro il 10° ANNO	63 %	96 %
COSTO (milioni €)	411	687
RISPARMI SSN (milioni €)	370	605
RIDUZ. RICOVERI	91.737	153.676
RIDUZ. DECESSI	7.193	12.432
Guadagno QALY	75.200	139.200
RICE (€/QALY)	500	590

L'Osservatorio Nazionale Alcol ha svolto in Istituto Superiore di Sanità e sollecitato nel corso degli anni l'attuazione di corsi IPIB di cui oggi più che mai è indispensabile garantire attuazione quali azioni centrali per il SSN. L'evidenza scientifica prodotta sollecita come indispensabile e urgente in ITALIA l'adozione programmata di prassi di IPIB che comportano un vantaggio tangibile e consistente rispetto allo status quo; identificazione precoce, intervento breve e l'uso dell'AUDIT C rappresentano gli strumenti e le pratiche da integrare nella pratica quotidiana nei contesti di medicina generale e di assistenza sanitaria primaria per i quali è da assicurare informazione e formazione specifica oggi reperibile in meno di un terzo dei MMG.