

## PREVENIRE E' MEGLIO CHE CURARE...un suggerimento per i decisori politici

Investire in Italia nei contesti di medicina generale in programmi di screening precoci e d'intervento breve (IPIB) è più conveniente che curare i danni da alcol.

Roma 16 aprile 2015

In Europa l'alcol è causa del 90% circa delle morti attribuibili al consumo. Oltre 200 patologie contribuiscono a far registrare un carico di malattie e mortalità prematura che causa enormi costi economici, di disabilità e di perdita di qualità della vita delle persone. L'approccio gestionale si basa su due possibili tipi d'intervento utilizzati in funzione della valutazione del paziente, se bevitore "dannoso", con esiti in atto sull'organismo o alcol-dipendente oppure se consumatore "a rischio" che non abbia ancora sviluppato una sindrome da dipendenza, ma che verosimilmente ha probabilità di svilupparla anno in assenza di cambiamento delle abitudini di consumo. Il supporto al cambiamento, l'inserimento nei gruppi di auto-aiuto e la terapia farmacologica sono le modalità d'intervento da integrare in un approccio su cui a livello internazionale si sono costruiti nel tempo consensi ed esperienze validate.

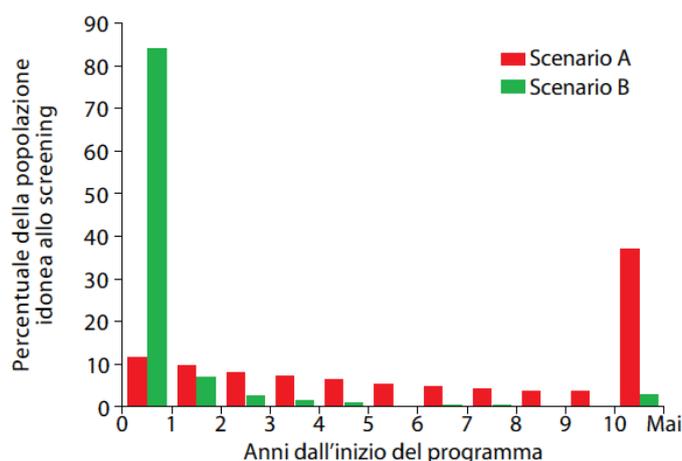
### Lo screening e l'intervento breve (IPIB)

*rappresentano una efficace metodologia di intervento di prevenzione, molto studiata a livello internazionale, finalizzata ad intercettare precocemente e modificare gli stili di vita dei consumatori di alcol a rischio*

In Italia la collaborazione tra l'ISS, il Ceformed della Regione Friuli Venezia Giulia, il Cergas della Bocconi e l'Università di Sheffield, ha prodotto un'analisi su costo-efficacia degli interventi possibili a livello governativo, e sulle politiche e gli interventi potenzialmente attuabili dai policy-makers per migliorare le capacità di sistema nel contrastare l'impatto alcol-correlato nella popolazione.

I risultati dell'analisi sono stati misurati attraverso il **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.

La popolazione indagata nel corso dei 10 anni ipotizzati dal modello di screening è considerevolmente differente nei due scenari che sono stati ipotizzati nel modello:



**Lo scenario A** ipotizza che la popolazione sia sottoposta a screening e IPIB nel corso della prima registrazione del paziente con un nuovo medico di medicina generale (MMG). Lo screening viene effettuato in maniera uniforme nei 10 anni con un picco dell'11% nel corso del primo anno; *Dopo 10 anni il 63% della popolazione effettua lo screening e il 58% dei consumatori a rischio risulta esser stato identificato e sottoposto a intervento breve da parte del MMG.*

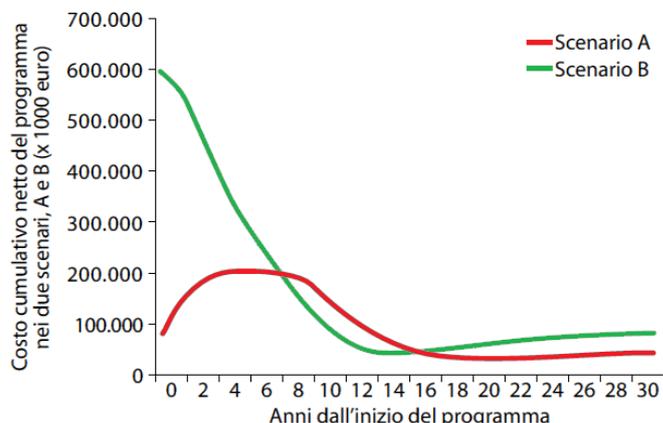
**Lo scenario B** ipotizza che la popolazione sia sottoposta a screening alla visita successiva dal proprio MMG; in questa modalità lo screening viene completato entro il primo anno nell'84% del bacino d'utenza del MMG e solo il 3% non viene sottoposto a screening entro il decimo anno; *Dopo 10 anni il 96% dei pazienti è screenato e il 46% dei bevitori a rischio riceve l'intervento.*

### Una differenza significativa tra i 2 scenari è la distribuzione del costo nel tempo

Una riflessione sulla rilevante differenza tra i due modelli è imposta, oltre che dall'efficacia dell'intervento, dalla valutazione dei costi cumulativi del programma nei due differenti scenari e della distribuzione dei costi nel tempo.

Lo screening effettuato alla prima visita col nuovo medico (**scenario A**) ha un costo iniziale più basso di quello ipotizzato nello scenario B e rimane abbastanza costante nei primi sette anni, trascorsi i quali i due programmi hanno gli stessi costi cumulativi netti.

Lo screening effettuato alla visita successiva con lo stesso medico (**scenario B**) comporta un costo iniziale molto elevato che tuttavia, dopo il secondo anno, diminuisce gradualmente e permette di far registrare i primi guadagni.



***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***

**Uno screening effettuato nel corso di prima visita di 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 conto 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 a 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 a un ICER di 3100 euro/QALY che è comunque ben sotto della soglia costo-efficacia di 25.000-40.000 euro/QALY raccomandata dagli studi economici correnti in ITALIA per questo tipo di interventi.**

**Uno screening effettuato nel corso di una visita successiva di un paziente già in carico al MMG 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.**

	SCENARIO A prima visita	SCENARIO B visita successiva
<b>PAZIENTI SCREENATI entro il 10° ANNO</b>	<b>63 %</b>	<b>96 %</b>
<b>COSTO (milioni €)</b>	<b>411</b>	<b>687</b>
<b>RISPARMI SSN (milioni €)</b>	<b>370</b>	<b>605</b>
<b>RIDUZ. RICOVERI</b>	<b>91.737</b>	<b>153.676</b>
<b>RIDUZ. DECESSI</b>	<b>7.193</b>	<b>12.432</b>
<b>Guadagno QALY</b>	<b>75.200</b>	<b>139.200</b>
<b>RICE (€/QALY)</b>	<b>550</b>	<b>590</b>

I risultati, analizzati attraverso l'analisi del RICE dei programmi di IPIB hanno evidenziato rispetto allo scenario "non far niente" un ottimo rapporto costo-efficacia e che l'AUDIT C è il test più efficace nel produrre il maggior beneficio netto sui pazienti identificati dal programma di prevenzione.

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 .

***L'evidenza scientifica prodotta sottolinea quanto sia indispensabile e urgente in ITALIA l'adozione programmata di programmi IPIB nei setting di medicina generale.***

***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.***