

L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria

Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve

Costi ed efficacia degli interventi brevi

**Implementazione dei programmi di
identificazione e di intervento breve**



**Osservatorio
Nazionale
Alcol
GNESPS**



**Centro Collaboratore OMS
per la Ricerca e la Promozione
della Salute su Alcol e Problemi
alcol-correlati**



L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria

**Linee guida cliniche per
l'identificazione e
l'intervento breve**

**a cura di Emanuele Scafato, Claudia Gandin,
Valentino Patussi ed il gruppo di lavoro IPIB**

Questo volume è basato sulla traduzione e adattamento del testo "**Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions**" prodotto nel 2005 da Peter Anderson, Antoni Gual e Joan Colom in rappresentanza dei membri del Progetto PHEPA (Primary Health Care European Project on Alcohol) cofinanziato dalla Commissione Europea e dal Dipartimento della Salute del Governo della Catalonia (Spagna).

Tutte le evidenze scientifiche su cui il volume si fonda sono state oggetto di valutazione e selezione da parte del Network PHEPA (Composizione in Appendice). Per ulteriori informazioni e per la versione elettronica del testo originale si veda <http://www.phepa.net>.

Il volume in italiano e l'adattamento del testo sono stati coordinati e curati da Emanuele Scafato e Claudia Gandin dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e da Valentino Patussi del Centro Alcolologico Regionale della Regione Toscana (CAR) attraverso il Gruppo di Lavoro IPIB.

L'ISS è partner nazionale del progetto PHEPA, per le cui attività sono promotori esclusivi, sulla base del mandato europeo ricevuto, il Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate e l'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS).

Gruppo di Lavoro IPIB

- Osservatorio Nazionale Alcol
- Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problemi Alcol-correlati
- Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità
- Centro Alcolologico Regionale della Toscana - Regione Toscana (CAR)
- Eurocare Italia
- Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol dell'Osservatorio Nazionale Alcol)

Composizione del Gruppo di Lavoro IPIB

Emanuele Scafato (Coordinatore), Valentino Patussi, Tiziana Codenotti, Claudia Gandin, Laura Mezzani, Iliaria Londi, Silvia Ghirini, Lucia Galluzzo, Monica Di Rosa, Silvia Bruni, Elena Vanni, Sonia Martire, Lucilla Di Pasquale, Antonietta Scafato, Nicola Parisi, Riccardo Scipione, Rosaria Russo, Rossana Travaglini, Tiziana Fanucchi e Alessandra Rossi.

Questo documento può essere citato come: Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona.

Adattamento alla versione italiana: L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. (2010). A cura di: Scafato, E., Gandin, C., Patussi, V. ed il gruppo di lavoro IPIB.

INDICE

Sommario	5
I. Introduzione	12
II. Preparazione delle linee guida	15
III. Descrizione del consumo di alcol e dei danni alcolcorrelati	17
IV. Alcol e salute	24
V. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol	81
VI. Efficacia degli interventi brevi	110
VII. Costi ed efficacia degli interventi brevi	125
VIII. Implementazione dei programmi di identificazione e di intervento breve	131
IX. Valutazione dei danni alcol-correlati e dell'alcoldipendenza	146
Appendice	177
Bibliografia nazionale di approfondimento	187
Ringraziamenti	191

7. Costi ed efficacia degli interventi brevi

Riassunto

7.1. Quali sono i costi dei programmi di identificazione e di intervento breve?

È stato stimato che, per 1000 pazienti assistiti da un medico di medicina generale, i costi annuali per avviare e mantenere un programma di identificazione e intervento breve siano mediamente su tutto il territorio europeo di 1644 Euro. Non sono noti effetti negativi, come ad esempio disagio o insoddisfazione tra i pazienti, correlati all'identificazione e agli interventi brevi. Sembra anzi vero il contrario, nel senso che parlare dell'alcol con gli operatori del servizio sanitario di base è cosa generalmente gradita ai pazienti.

7.2. Quali sono i benefici dei programmi di identificazione e di intervento breve?

I programmi di screening e di intervento breve portano alla riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol, dei danni prodotti dall'alcol e del numero dei decessi. Una stima molto cauta indica che è necessario sottoporre a screening 385 pazienti adulti perché uno ne tragga beneficio, e quello sull'alcol è comunque molto più efficace rispetto allo screening per l'ipertensione (1250) o per il tumore coloretale (3300). È necessario trattare con intervento breve otto pazienti con consumo rischioso e dannoso di alcol perché uno ne tragga beneficio, un'efficacia doppia rispetto allo stesso intervento nei fumatori. È necessario fornire l'intervento a 282 pazienti per prevenire una morte in un anno, un risultato enorme. L'OMS ha stimato che su una popolazione di 100.000 persone, una copertura del 25% mediante intervento breve farebbe risparmiare 91 anni di malattia e di morti premature, il 9% di tutte le malattie e le morti premature causate dall'alcol.

7.3. Qual è il rapporto costi/benefici degli interventi brevi?

Al costo di 1960 Euro all'anno per la prevenzione di malattie e morti premature, in ambito di assistenza sanitaria primaria, gli interventi brevi sul consumo rischioso e dannoso di alcol sono tra gli interventi medici meno costosi. Pertanto, nell'assistenza primaria offrire un intervento breve a soggetti con consumo rischioso e dannoso di alcol significherebbe dare alla popolazione un ottimo servizio sanitario.

Raccomandazioni

1. Nei servizi dell'assistenza sanitaria di base e nell'ambito del trattamento alcolologico urge una redistribuzione delle risorse al fine di avviare i programmi di identificazione e intervento breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol.

7.1. Quali sono i costi dei programmi di identificazione e di intervento breve?

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato il costo e l'impatto di diverse politiche di prevenzione delle malattie e delle morti premature (espresse in *DALY*, anni di vita al netto della disabilità) dovute al consumo rischioso e dannoso di alcol nei Paesi europei (Chisholm et al. 2004). Il consumo rischioso e dannoso di alcol è stato definito come un tasso di consumo medio di oltre 20 g di alcol puro al giorno per le donne, e di oltre 40 g per gli uomini (English et al. 1995; Babor et al. 2003). Il *DALY* è un'unità di misura della salute generale della popolazione che combina i dati sulla mortalità con quelli relativi a danni non-fatali, e misura il divario tra la situazione attuale della salute pubblica e quella che si potrebbe raggiungere. Lo stato di salute è espresso in una scala di valori che vanno da zero (equivalente a morte) a uno (equivalente a uno stato ideale di salute), basata su sondaggi sanitari condotti in oltre 60 paesi.

È stato stimato che in Europa il costo annuale per organizzare e mantenere un programma di identificazione e intervento breve per 1000 pazienti in cura presso un medico di medicina generale è in media di 1644 Euro, equivalente a un costo totale per l'Unione Europea di circa 740 milioni di Euro.

È importante considerare non soltanto il costo economico dell'implementazione dei programmi di identificazione e intervento breve, ma anche i costi potenziali per i pazienti in termini di disagio o insoddisfazione. La rassegna sistematica della US Preventive Task Force non ha identificato studi che segnalassero effetti negativi associati all'identificazione e al counselling comportamentale per il consumo di alcol (Whitlock et al. 2004). Tre studi di intervento di alta qualità hanno riportato un maggior tasso di abbandono (*drop out*) tra i pazienti trattati rispetto ai controlli (Curry et al. 2003; Wallace et al. 1998; Senft et al. 1997); un altro studio ha riportato l'opposto e cioè più *drop out* tra i controlli (Anderson & Scott 1992). I tassi differenziali di *drop out* non hanno inciso sui risultati, perché considerati in corso d'analisi; il *drop out* può essere considerata una manifestazione di disagio o insoddisfazione nei confronti dell'intervento, ma non esclude altre possibili spiegazioni. Questi risultati sono stati ottenuti in un piccolo numero di studi clinici che necessitano di ulteriori conferme.

Mentre talvolta gli individui con alcoldipendenza oppongono un rifiuto netto o fanno resistenza, i soggetti con consumo a rischio e dannoso solitamente sono collaborativi. Al contrario, l'esperienza raccolta nei numerosi studi condotti e nei programmi clinici mostra che quasi tutti i pazienti collaborano, e che la maggior parte apprezza il fatto che gli operatori sanitari mostrano di interessarsi alla relazione tra alcol e salute. In generale, i pazienti percepiscono lo *screening* e l'intervento breve come parte integrante del lavoro dell'operatore sanitario, e si oppongono raramente quando esso viene effettuato secondo le procedure descritte nelle presenti linee guida.

7.2. Quali sono i benefici dei programmi di identificazione e di intervento breve?

I programmi di *screening* e di intervento breve determinano una diminuzione del consumo rischioso e dannoso di alcol, una riduzione dei danni alcol-correlati e una riduzione della mortalità. È stato stimato che è necessario monitorare 385 pazienti adulti perché uno ne tragga beneficio (Beich et al. 2003), a significare che questo tipo di intervento è molto più efficace dello *screening* per l'ipertensione (1250) (SHEP Cooperative Research Group 1991) o per il tumore coloretto (3300) (Mandel et al. 1993). È necessario effettuare l'intervento su 8 pazienti con consumo rischioso e dannoso di alcol perché uno ne tragga beneficio (Beich et al. 2003), un'efficienza due volte maggiore rispetto allo stesso tipo di intervento nei fumatori (Silagy & Stead 2003).

Gli interventi brevi riescono a salvare la vita (Cuijpers et al. 2004). In media è necessario effettuare l'intervento a 282 pazienti per prevenire una morte in un anno. Tale grado di riduzione della mortalità è notevole e indica che la mancata implementazione dei programmi di identificazione e intervento breve determinerà un certo numero di morti evitabili.

Le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui costi e sull'impatto delle diverse politiche di prevenzione della salute e delle morti premature (esprese in DALY) dovute al consumo rischioso e dannoso di alcol, definiscono l'intervento breve come un intervento fornito in ambito di assistenza sanitaria primaria, costituito da alcune sessioni informative e da counselling psicosociale. Le valutazioni sull'efficacia indicano un 22% netto di riduzione del consumo tra i bevitori a rischio (Higgins-Biddle & Babor 1996; Moyer et al. 2002; Babor et al. 2003), che, se somministrato all'intera popolazione a rischio, avrebbe l'effetto di spostare in blocco verso il basso la distribuzione del consumo rischioso di alcol (una riduzione del 35-50% nella percentuale media, equivalente a un miglioramento del 14-18% rispetto all'assenza totale di intervento). Ad ogni modo, dopo aver preso in considerazione vari fattori, incluso l'aderenza all'intervento (70%) e il raggiungimento del *target* nella popolazione (25% dei bevitori a rischio), il vantaggio nella popolazione è stato stimato tra 4.9 e 6.4% migliore rispetto al decorso naturale. Inoltre la riduzione attesa nel numero di forti bevitori durante la somministrazione dell'intervento (ma precedente il miglioramento finale) mostra migliori risultati in termini di livelli medi di disabilità (un miglioramento dell'1.3% dopo l'aggiustamento rispetto all'adesione ed al raggiungimento del *target*).

È stato stimato che, se realizzato sull'intera Unione Europea, un intervento breve che raggiunga il 25% della popolazione a rischio potrebbe prevenire un numero di DALY annuale compreso tra 512 (Paesi EuroB) e 1056 (Paesi EuroC) per milione di abitanti, a un costo compreso tra i 26 (Paesi EuroB) e i 185 Euro (Paesi EuroA) annuali ogni 100 persone, con un impatto minore rispetto all'aumento di tassazione del 25%, e maggiore rispetto all'introduzione di controlli casuali con il "palloncino", alla restrizione delle vendite di alcolici e al divieto di pubblicità, Figura 7.1 e Quadro 7.1.

7. Costi ed efficacia degli interventi brevi

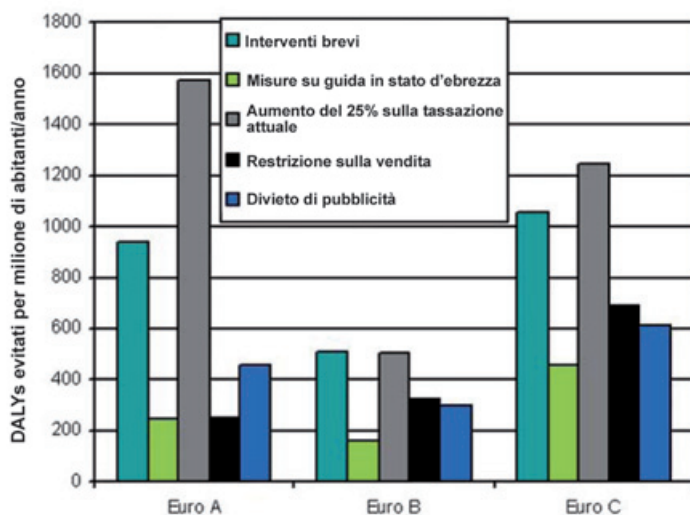


Figura 7.1. L'impatto di diverse politiche alcoliche (DALYs evitati per milione di individui all'anno) nelle tre sottoregioni dell'EU25. Fonte: Chisholm et al. (2004) (adattata).

Quadro 7.1. Classificazione OMS dei Paesi sulla base del tasso di mortalità

Classificazione OMS dei Paesi sulla base del tasso di mortalità			
Europa A		Europa B	Europa C
Bassissima mortalità nei bambini e negli adulti		Bassa mortalità nei bambini e negli adulti	Bassa mortalità nei bambini e alta negli adulti
Austria Italia Belgio Lussemburgo Repubblica Ceca Malta Danimarca Olanda Finlandia	Portogallo Francia Slovenia Germania Spagna Grecia Svezia Irlanda Regno Unito	Cipro Polonia Slovacchia	Estonia Ungheria Lettonia Lituania

Secondo uno studio americano il beneficio medio a persona per intervento è pari a 1151 \$, e comprende un risparmio pari a 531 \$ nel ricorso al pronto soccorso ed al ricovero ospedaliero, nonché un risparmio in incidenti stradali e crimini (620 \$) (Fleming et al. 2000). Il costo medio degli interventi è stato di 205 \$ a individuo, il che significa un rapporto costi/benefici di 5.6:1. L'analisi dei costi/benefici su un *follow-up* di 48 mesi indica una riduzione di 43000 \$ sui costi sanitari futuri ogni 10000 \$ investiti nell'intervento breve (Fleming et al. 2002). Il rapporto costi/benefici aumenta includendo anche i benefici socia-

li derivanti dalla diminuzione dei crimini e degli incidenti stradali. Un altro studio americano ha confrontato il rapporto costi/benefici della strategia di monitoraggio e intervento con quello di una strategia che non preveda lo *screening* (Kraemer et al. 2004). È risultato che lo *screening* e l'intervento determinano un risparmio di 300 \$ e sono riusciti a prevenire 0.05 anni di malattia e morte prematura per ogni uomo o donna monitorati.

In un'analisi del rapporto costi/benefici condotta in Svezia, Lindholm (1998) ha valutato che, se il 10% degli individui destinatari dell'intervento riducessero il proprio consumo di alcol sul lungo periodo, tutti i costi del trattamento sarebbero coperti dai risparmi sulla spesa sanitaria.

7.3. Qual è il rapporto costi/benefici degli interventi brevi?

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui costi e l'impatto di diverse politiche di prevenzione delle malattie e delle morti premature dovute al consumo rischioso e dannoso di alcol espressi in DALY, gli interventi brevi nell'assistenza sanitaria primaria hanno rivelato un ottimo rapporto costi/benefici (1960 Euro per DALY nei Paesi EuroA) (Chisholm et al. 2004). Con un rapporto costi/benefici di circa 2000 Euro (Feenstra et al. 2003), il confronto con gli interventi contro il fumo e le terapie sostitutive a base di nicotina va a favore degli interventi brevi sul consumo d'alcol, che sono tra gli interventi più economici tra tutte le terapie mediche e il cui costo medio è pari a circa 30000 Euro.

Bibliografia

Anderson, P., Scott E. (1992) The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. *British journal of addiction*, 87: 891-900.

Babor, T.F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J.W., Gruenewald, P.J., Hill, L., Holder, H.D., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*. Oxford, Oxford Medical Publication, Oxford University Press.

Beich, A., Thorkil, T., Rollnick, S. (2003) Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 327: 536-42.

Chisholm, D., Rehm, J., Van Ommeren, M., and Monteiro, M. (2004) Reducing the Global Burden of Hazardous Alcohol Use: a Comparative Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 65 (6): 782-93.

Cuijpers, P., Riper, H. & Lemmens, L. (2004) The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction*, 99: 839-845.

Curry, S.J., Ludman, E.J., Grothaus, L.C., Donovan, D., Kim, E. (2003) A randomized trial of a brief primary-care-based intervention for reducing at-risk drinking practices. *British journal of health psychology*, 22: 156-65.

English, D.R., Holman, C.D., Milne, E., Winter, M.J., Hulse, G.K., Codde, G., Bower, C.I., Cortu, B., de Klerk, N., Lewin, G.F., Knuiman, M., Kurinczuk, J.J., Ryan, G.A. (1995) *The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia*. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health.

7. Costi ed efficacia degli interventi brevi

Feenstra, T.L., Hamberg-van Reenen, H.H., Hoogenveen, R.T., Rutten-van Miken, M.P.M.H. (2003) Cost-effectiveness analysis of smoking interventions by professionals: a dynamic modelling study. Reportnumber 03.67. Rotterdam: Institute for Medical Technology Assessment.

Fleming, M.F., Mundt, M.P., French, M.T., Manwell, L.B., Stauffacher, E.A. & Barry, K.L. (2000) Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Medical care*, 38: 7-18.

Fleming, M.F., Mundt, M.P., French, M.T., Manwell, L.B., Stauffacher, E.A. & Barry, K.L. (2002) Brief Physician Advice for Problem Drinkers: Long-Term Efficacy and Benefit-Cost Analysis. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 26: 36-43.

Higgins-Biddle, J.C. & Babor, T.F. (1996) Reducing Risky Drinking. Report prepared for the Robert Wood Johnson Foundation, Farmington, University of Connecticut Health Center.

Kraemer, K.L., Roberts, M.S., Freedner, N., Palfai, T. & Saitz, R. (2004) Alcohol screening and intervention in primary care extends quality-adjusted life and saves money. Paper presented to the Lindholm, L. (1998) Alcohol advice in primary health care - is it a wise use of resources? *Health Policy*, 45: 47-56.

Mandel, J.S., Bond, J.H., Church, T.R., et al. (1993) Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. *The New England Journal of Medicine*, 328: 1365-1371.

Moyer, A., Finney, J.W., Swearingen, C.E., Vergun, P. (2002) Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97: 279-292.

Senft, R.A., Polen, M.R., Freeborn, D.K., Hollis, J.F. (1997) Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *American journal of preventive medicine*, 13: 464-70.

SHEP Cooperative Research Group. (1991) Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program. *The Journal of the American Medical Association*, 265: 3255-64.

Silagy, C., Stead, L.F. (2003) Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Wallace, P., Cutler, S. & Haines A. (1988) Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *BMJ*, 297: 663-668.

Whitlock, E.P., Polen, M.R., Green, C.A., Orleans, T. & Klein, J. (2004) Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140: 557-568.

8. Implementazione dei programmi di identificazione e di intervento breve

Riassunto

8.1. Quali sono le condizioni per il coinvolgimento efficace degli operatori dell'assistenza sanitaria primaria nell'identificazione e nell'intervento breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol?

Il supporto è uno dei presupposti del coinvolgimento degli operatori dell'assistenza sanitaria primaria nei problemi alcol-correlati, nel caso di eventuali difficoltà e in generale per garantire lo sviluppo professionale continuo. I medici di medicina generale che lavorano in un ambiente di lavoro dotato di supporto hanno un approccio più positivo al lavoro sui problemi alcol-correlati e gestiscono un maggior numero di pazienti.

8.2. Quali sono le strategie per il coinvolgimento più efficace degli operatori dell'assistenza sanitaria primaria nell'identificazione e nell'intervento breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol?

È d'aiuto proporre formazione e offrire supporto basato sull'esperienza pratica: il supporto limitato anche ad una sola visita pratica e ad una continuativa consulenza telefonica aumenta quasi di metà le percentuali di identificazione e di intervento breve degli operatori, mentre la semplice dotazione di linee guida sembra essere poco efficace. Proporre formazione e offrire materiali di supporto basati sull'esperienza di lavoro sembrano essere due sistemi egualmente efficaci, ma offrire entrambi sembra essere più efficace che offrire uno solo dei due. Non sembra che un supporto più intensivo sia necessariamente migliore di uno meno intensivo.

8.3. Quali dati emergono sugli interventi di supporto ad personam finalizzati al coinvolgimento degli operatori sanitari di base nell'identificazione e nell'intervento breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol?

A meno che il supporto non sia calibrato sulle necessità e le attitudini dei medici di medicina generale, esso non funzionerà e sul lungo periodo potrà avere addirittura un effetto controproducente. Per aumentare l'esperienza e l'efficacia dei medici sui problemi alcol-correlati sono necessarie sia un'educazione e una formazione che la predisposizione di un ambiente di lavoro dotato di supporto, al fine di accrescere la fiducia e l'impegno.

8.4. È auspicabile che i finanziatori dei servizi sanitari forniscano supporto economico ai programmi di identificazione e intervento breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol?

Nell'ottica dell'efficacia e di un buon rapporto costi/benefici finalizzati al recupero della salute, i finanziatori dei servizi sanitari dovrebbero procurare fondi per i programmi di assistenza sanitaria di base improntati all'identificazione e all'intervento breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol.

8.5. Quali strumenti sono disponibili per valutare l'adeguatezza dei servizi?

Il Progetto PHEPA ha sviluppato uno strumento per valutare l'adeguatezza dei servizi sul consumo rischioso e dannoso di alcol nelle strutture d'assistenza primaria.

Raccomandazioni

1. Dovrebbe essere implementata la formazione per gli operatori dell'assistenza sanitaria primaria, in particolare orientata su formazione vocazionale e specialistica.
2. L'introduzione di sistemi basati sull'esperienza pratica, compresi gli strumenti di identificazione, i protocolli, gli ausili e il supporto informatico, aumenta le percentuali di identificazione e di offerta d'intervento.
3. La formazione e i programmi di supporto dovrebbero essere calibrati sulle necessità e le attitudini dei medici.
4. La dotazione di un aiuto specialistico potrebbe incrementare l'attività degli operatori dell'assistenza sanitaria primaria e secondaria, poiché, se sorgono difficoltà, sarà possibile ottenere aiuto da specialisti e fare riferimento ad essi.
5. Esistono forti evidenze economiche e sanitarie a vantaggio dell'opportunità da parte dei finanziatori dei servizi sanitari di finanziare i programmi di identificazione e intervento breve nell'assistenza primaria contro il consumo rischioso e dannoso di alcol.
6. L'adeguatezza dei servizi sul consumo rischioso e dannoso di alcol nelle strutture dell'assistenza primaria dovrebbe essere normalmente e regolarmente monitorata per mezzo dello strumento di valutazione sviluppato nell'ambito del Progetto PHEPA.

8.1. Quali sono le condizioni per un coinvolgimento efficace degli operatori dell'assistenza sanitaria primaria nell'identificazione e nell'intervento breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol?

Nella gestione dei problemi alcol-correlati, i medici di medicina generale riferiscono difficoltà nell'ottenere informazioni sul consumo alcolico da parte dei loro pazienti (Anderson et al. 2003); considerano la riduzione dell'alcol come poco influente sulla salute, e considerano la loro preparazione di base non ottimale per fornire un intervento ai loro pazienti rivolto alla riduzione del consumo d'alcol rispetto ad altre aree della prevenzione clinica, come per la dipendenza dal tabacco, il controllo del peso e la promozione dell'attività fisica (Saunders & Wutzke 1998).

Tra le ragioni più spesso riportate per spiegare il coinvolgimento relativo dei

8. Implementazione dei programmi di identificazione e di intervento breve

medici vi è la mancanza di tempo, la preparazione inadeguata, il timore di inimicarsi i pazienti, la sensazione di un'incompatibilità tra l'intervento breve sull'alcol e l'assistenza sanitaria primaria, nonché la convinzione che gli individui già alcolodipendenti non risponderanno agli interventi (Roche & Richard 1991; Roche et al. 1991; Roche et al. 1996; Richmond & Mendelsohn 1996; McAvoy et al. 1999; Kaner et al. 1999a; Cornuz et al. 2000; Aalto et al. 2001; Kaariainen et al. 2001).

Dati ricavati dallo studio dell'OMS sulla realizzazione degli interventi brevi sul consumo rischioso e dannoso di alcol indicano che, in nove paesi e nell'anno precedente allo studio, meno della metà dei medici ha trattato sette o più pazienti per problemi alcol-correlati (Anderson et al. 2003), Tabella 8.1. Solo due quinti ha ricevuto quattro ore o più di formazione sull'alcol, e solo poco più di un quarto ha avuto la sensazione di lavorare in un ambiente favorevole all'attuazione di interventi brevi sul consumo rischioso e dannoso di alcol. Sebbene i quattro quinti dei medici si siano sentiti sicuri del proprio ruolo nello svolgere gli interventi brevi sul consumo rischioso e dannoso di alcol, solo poco più di un quarto si è sentito in dovere di effettuarli.

Tabella 8.1. Medici generici e problemi alcol-correlati – attività ed esperienze in una serie di paesi.

Paese	Ha trattato più di 7 pazienti con problemi alcol-correlati nell'ultimo anno	Ha ricevuto 4 ore o più di formazione sull'alcol	Lavora in ciò che è definito un ambiente favorevole	Si è sentito a proprio agio nell'offrire l'intervento sul consumo rischioso e dannoso di alcol	Si è sentito in dovere di offrire l'intervento sul consumo rischioso e dannoso di alcol
Australia	44.3%	47.7%	33.0 %	83.0 %	28.4%
Belgio	41.9 %	22.6 %	36.6 %	82.8 %	21.5 %
Canada	55.0 %	53.3 %	25.4 %	88.8 %	29.0 %
Inghilterra	32.6 %	46.9 %	47.6 %	80.8 %	19.2 %
Francia	57.8 %	27.7 %	18.7 %	81.9 %	33.1 %
Italia	44.0 %	38.0 %	20.6 %	82.7 %	32.7 %
Nuova Zelanda	39.0%	44.1%	14.3%	86.0%	29.4%
Norvegia	55.4%	49.4%	29.4%	88.1%	25.6%
Portogallo	54.9%	62.7%	25.9%	74.5%	27.5%
Totale	46.6%	43.1%	27.1%	83.9%	27.1%

Fonte: Anderson et. al. (2003).

I medici che avevano ricevuto una maggiore formazione sull'alcol e che lavoravano in ciò che veniva considerato un ambiente di lavoro favorevole si sono sentiti più a proprio agio e in dovere di offrire consulenza ai pazienti, e nell'ultimo anno hanno trattato un maggior numero di pazienti per problemi alcol-correlati (Anderson et al. 2003). Per ambiente di lavoro favorevole si è inteso

8. Implementazione dei programmi di identificazione e di intervento breve

un ambiente in cui fossero disponibili materiali per l'identificazione e l'intervento breve, la formazione e il supporto per i casi più difficili.

8.2. Quali sono le strategie per il coinvolgimento più efficace degli operatori dell'assistenza sanitaria primaria nell'identificazione e nell'intervento breve contro il consumo rischioso e dannoso di alcol?

Una rassegna sistematica degli interventi volti a coinvolgere gli operatori dell'assistenza sanitaria di base nel trattamento dei problemi alcol-correlati, usando il metodo Cochrane EPOC (Effective Practice and Organization of Care Group) (Freemantle et al. 1995; Bero et al. 2002), ha rilevato che in quindici programmi la formazione e la fornitura di supporto operativo hanno aumentato il coinvolgimento dei medici di base nell'attuazione dell'identificazione e degli interventi brevi di circa il 13-15% rispetto al trattamento tradizionale o all'intervento minimo (Anderson et al. 2004a); Tabella 8.2.

Tabella 8.2. Impatto del supporto operativo e della formazione nella modificazione delle percentuali di attività dei medici di base nell'identificazione e nell'intervento breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol.

Fonte: Anderson et al. (2004a)

	Trattamento tradizionale o intervento minimo	Trattamento con programmi di formazione e fornitura di supporto operativo
Percentuale di identificazione	35 %	46 %
Percentuale di intervento breve	27 %	42 %

Fornire una formazione adeguata e materiali operativi di supporto sembrano essere due provvedimenti egualmente efficaci, sebbene offrirli entrambi sia più efficace che fornirne uno soltanto. Non pare che un supporto più intensivo sia più efficace rispetto a un supporto meno intensivo. I programmi più promettenti sono quelli specificamente concentrati sull'alcol e che integrano la fase formativa con quella di supporto operativo, Tabella 8.3.

8. Implementazione dei programmi di identificazione e di intervento breve

Tabella 8.3. Descrizione di 15 programmi¹

Studio	Intervento	Risultati	Dimensioni del campione ²	Livello di efficacia ³ (intervallo di confidenza al 95%)
Unità di analisi sull'attività dell'operatore dal punto di vista dell'operatore				
Kaner et al. (1999b) ⁴ Inghilterra, specificamente dedicato all'alcol	Un singolo intervento monotematico	Ha monitorato almeno un paziente nell'arco di 12 settimane	C = 43 T = 43	0.47 (-0.38-1.32)
	Un intervento politematico e sei contatti telefonici di supporto	Ha monitorato almeno un paziente nell'arco di 12 settimane	C = 43 T = 42	1.15 (0.25-1.05)
Look et al. (2000a) ⁴ Inghilterra, specificamente dedicato all'alcol	Telemarketing monotematico	Almeno un paziente nell'arco di 12 settimane	C = 320 T = 213	0.82 (0.17-1.46)
	Marketing personalizzato monotematico	Almeno un paziente nell'arco di 12 settimane	C = 320 T = 196	1.25 (0.63-1.86)
Lockyer (1996) Canada, specificamente dedicato all'alcol	Workshop monotematico di di un giorno con 33 ore di sedute di supporto	Efficacia sulle interviste standard ai pazienti; media del procedimento e misure del contenuto	C = 28 T = 26	0.42 (-0.33-1.17)
Gual et al. Non pubblicato ^{4,5} specificamente dedicato all'alcol	Un intervento politematico e sei contatti telefonici	Monitorato almeno il 20% dei pazienti elegibili nell'arco di 12 settimane	C = 22 T = 38	1.37 (0.12-2.61)
		Ha fornito intervento ad almeno il 10% di pazienti a rischio nell'arco di 12 settimane	C = 22 T = 38	1.27 (0.07-2.47)
Pas et al. Non pubblicato ^{4,5} specificamente dedicato all'alcol	Un intervento politematico e sei contatti telefonici	Monitorato almeno il 20% dei pazienti elegibili nell'arco di 12 settimane	C = 60 T = 69	0.46 (-0.39-1.31)
		Ha fornito intervento ad almeno il 10% di pazienti a rischio nell'arco di	C = 60 T = 69	0.43 (-0.35-1.21)

8. Implementazione dei programmi di identificazione e di intervento breve

Studio	Intervento	Risultati	Dimensioni	Livello di del campione ² (intervallo di confidenza al 95%)
McCormick et al. Non pubblicato ^{4,5} specificamente dedicato all'alcol	Sei contatti telefonici monotematici	Monitorato almeno il 20% dei pazienti elegibili nell'arco di 12 settimane	C = 39 T = 37	0.13 (-0.79-1.35)
		Ha fornito intervento ad almeno il 10% di pazienti a rischio nell'arco di 12 settimane	C = 39 T = 37	0.36 (-0.57-1.28)
Adams et al. (1998) USA, specificamente dedicato all'alcol	Intervento politematico e supporto operativo con la partecipazione del paziente	Ricevuti una media di 15 interventi, misurati alla dimissione del paziente	C = 145 T = 201	2.56 (1.99-3.13)
Gomel et al. (1998 ⁴) Australia, specificamente dedicato all'alcol	Un intervento monotematico	Numero di pazienti elegibili monitorati	C = 18427 T = 24926	0.79 (0.74-0.84)
		Numero di pazienti a rischio sottoposti a intervento nell'arco di 12 settimane	C = 3807 T = 6066	0.42 (0.29-0.55)
	Un intervento politematico e 3 contatti telefonici	Numero dei pazienti elegibili monitorati	C = 18427 T = 24926	1.10 (1.05-1.15)
		Numero di pazienti a rischio sottoposti a intervento nell'arco di 12 settimane	C = 3807 T = 6231	1.02 (0.89-1.15)
Kaner et al. (1999b ⁴) Inghilterra, specificamente dedicato all'alcol	Un intervento monotematico	Numero dei pazienti a rischio sottoposti a rischio sottoposti di 12 settimane	C = 750 T = 1127	0.27 (0.09-0.46)
	Un intervento politematico e sei contatti telefonici	Numero dei pazienti a rischio sottoposti a rischio sottoposti di 12 settimane	C = 750 T = 1654	0.33 (0.16-0.51)

8. Implementazione dei programmi di identificazione e di intervento breve

Rodney et al. (1985) USA, generico	Riorganizzazione strutturale delle schede mediche, con spazi bianchi per registrare il consumo	Dati registrati dal medico ad un anno dal cambiamento	C = 189 T = 201	0.88 (0.19-1.57)
Wilson et al. (1992) Regno Unito, generico	Intervento organizzativo monotematico; aumento della durata dell'intervento	Percentuale dei diari dei pazienti che registrano il consumo di alcol	C = 2910 T = 1411	1.08 (0.63-1.53)
Wilson et al. (1992) Regno Unito, generico	Intervento organizzativo monotematico; aumento della durata dell'intervento	Percentuale di pazienti che hanno ricevuto intervento contro il consumo d'alcol	C = 1884 T = 956	0.42 (0.09-0.75)
Bonevski et al. (1999) Australia, generico	Intervento monotematico con la partecipazione del paziente; AUDIT, feedback; promemoria	Classificazione da parte del medico dei soggetti con consumo a rischio e dannoso	C = 750 T = 675	0.51 (0.22-0.80)
Borgiel et al. (1999) Canada, generico	Workshop monotematico con esperti	Domande da parte del medico sul consumo di alcol ad un anno dall'intervento	C = 1254 T = 1141	0.26 (0.10-0.43)

¹ Tutti gli studi consistono in trial clinici randomizzati controllati, ad eccezione di Wilson et al. (1992), che consiste in un trial clinico controllato.

² C esprime il numero delle persone nel gruppo di controllo; T il numero delle persone nel gruppo in trattamento.

³ Tutti i valori dei livelli di efficacia sono espressi in termini di *odds ratio*; le proporzioni sono state ricavate dai dati di Lockyer (1996); i numeri indicati equivalgono al livello di efficacia con un intervallo di confidenza al 95%.

⁴ Parte della Fase III dello Studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla diffusione e l'implementazione dei programmi di identificazione e intervento breve nell'assistenza sanitaria primaria (Anderson 1996; Monteiro & Gomel 1998).

⁵ Dati ricavati da un'analisi condotta da Funk et al. (2005).

Fonte: Anderson et al. (2004a).

I risultati sono simili a quelli di altri studi che si erano posti l'obiettivo di modificare l'atteggiamento dell'operatore sanitario. In una rassegna degli interventi estesi combinati (consistenti in vari elementi tra cui anche materiali scritti e conferenze), si sono riscontrati effetti positivi sul gruppo in trattamento in 12 su 13 trials di interventi combinati tra il 15 e il 68% (Thomson O'Brien et al. 2002), in particolare per gli interventi che comprendevano un approccio di marketing sociale. In tre studi nei quali gli interventi estesi combinati sono stati confrontati con un gruppo di controllo (non trattato), il miglioramento relativo

8. Implementazione dei programmi di identificazione e di intervento breve

si è dimostrato pari a un 24-50%. In una rassegna sugli interventi volti a migliorare l'offerta dei servizi di prevenzione clinici nell'assistenza sanitaria di base, Hulscher et al. (2002) evidenziano che cinque studi che confrontavano un gruppo sottoposto a formazione con un gruppo di controllo (non sottoposto a formazione) hanno dimostrato un netto cambiamento dei servizi di prevenzione tra -4 e 31%, e quattordici studi che confrontavano interventi politematici a gruppi di controllo (non trattati) hanno dimostrato un cambiamento dei servizi di prevenzione compreso tra -3 e 64%.

Tre di tali studi hanno fornito dati sui costi e sul rapporto costi/benefici, Tabella 8.4. Per l'operatore il costo dell'implementazione aumenta all'aumentare del livello di supporto. Il costo per paziente cui sia stato fornito l'intervento aumenta lievemente all'aumentare del livello di supporto in uno studio australiano (Gomel et al. 1998), mentre diminuisce in uno studio inglese (Kaner et al. 1999b). Wutzke et al. (2001) hanno calcolato il rapporto costi/benefici dello studio australiano stimando piccole differenze di costi per anno di vita salvata tra controlli e gruppi diversi in trattamento.

Tabella 8.4. Dati sui costi e sul rapporto costi/benefici

Risultati per l'operatore		
		Costo per ogni medico generico che fornisca almeno un intervento
Kaner et al. (1999b)	Materiali e istruzioni	UK£ 74.29
	Un intervento esteso	UK£ 92.80
	Un intervento esteso e sei contatti telefonici di supporto	UK£ 128.92
Lock et al. (2000a)	Marketing postale	UK£ 28.33
	Telemarketing	UK£ 27.85
	Marketing ad personam	UK£ 127.90

Risultati per il paziente			
		Costo per ogni paziente trattato	Costo per ogni anno di vita salvato ¹
Gomel et al. (1998)	Materiali e istruzioni	Aus \$ 3.51	Aus \$ 645
	Un intervento esteso	Aus \$ 2.16	Aus \$ 581
	Un intervento esteso e sei contatti telefonici di supporto	Aus \$ 4.33	Aus \$ 653
Kaner et al. (1999b)	Materiali e istruzioni	UK£ 8.19	
	Un intervento esteso	UK£ 6.02	
	Un intervento esteso e sei contatti telefonici di supporto	UK£ 5.43	

¹ Dati tratti da Wutzke et al. (2001).

Fonte: Anderson et al. (2004a).

8.3. Quali dati emergono sugli interventi di supporto ad personam finalizzati al coinvolgimento degli operatori sanitari di base nell'identificazione e nell'intervento breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol?

Uno studio dell'OMS volto a verificare l'impatto della formazione e del supporto sull'aumento delle percentuali di attività dei medici nell'identificazione e nell'intervento breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol (Funk et al. 2005) ha riscontrato che il senso di autoefficacia ed il coinvolgimento dei medici sul lavoro sul consumo rischioso e dannoso di alcol influenzano l'impatto degli interventi di supporto e di formazione (Anderson et al. 2004b).

Il senso di autoefficacia ed il coinvolgimento è stato misurato in base alle risposte date alla forma ridotta del Questionario sulla percezione dell'alcol e dei problemi alcolcorrelati (Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire, Anderson & Clement 1987). L'autoefficacia è misura della fiducia nelle proprie capacità, ad esempio: "Sento di poter dare consulenza adeguata sull'alcol e sui suoi effetti ai miei pazienti"; e di legittimità, ad esempio: "Sento di avere il diritto di porre domande ai miei pazienti sul loro consumo di alcol, se necessario". Il coinvolgimento misura il grado di motivazione, ad esempio: "Il pessimismo è l'atteggiamento più realistico da assumere nei confronti dei bevitori"; e l'autostima relativa allo specifico compito, ad esempio: "Tutto sommato tendo a sentirmi completamente incapace con i bevitori"; nonché la soddisfazione professionale, ad esempio "In generale, lavorare con i bevitori dà soddisfazione".

L'atteggiamento iniziale del medico influisce sulla relazione che la formazione e il supporto, e poi l'identificazione e l'intervento breve, hanno sulle modifiche di atteggiamenti successivi. La formazione e il supporto hanno dimostrato di aumentare le percentuali di identificazione e intervento breve solo per quei medici che già si sentivano efficaci e motivati ad effettuarli (Tabella 8.5).

Tabella 8.5. Odds ratio (con intervallo di confidenza al 95%) degli interventi di formazione e supporto sulle percentuali d'identificazione e intervento breve rispetto all'autoefficacia ed alla motivazione di base alta o bassa.

		Alte percentuali di identificazione	Alte percentuali di intervento breve
Autoefficacia iniziale	Basso	0.8 (0.3-1.3)	1.3 (0.5-2.1)
	Alto	4.3 (2.1-6.5)	4.7 (2.3-7.1)
Motivazione iniziale	Basso	1.3 (0.5-2.1)	2.1 (0.9-3.3)
	Alto	3.5 (0.5-2.1)	3.4 (1.7-5.1)

Fonte: Anderson et al. (2004b).

Sia il senso di autoefficacia che la motivazione peggiorano con il passar del tempo. Il supporto fornito non ha fatto sì che in seguito il senso di autoefficacia e la motivazione aumentassero e, in quelli che partivano da una situazione di scarsa fiducia nelle proprie capacità e di demotivazione, sono diminuiti ulteriormente, Tabella 8.6. L'esperienza dell'identificazione e dell'intervento breve

8. Implementazione dei programmi di identificazione e di intervento breve

non ha aumentato l'autoefficacia e la motivazione. In quelli che partivano da una scarsa fiducia nelle proprie capacità iniziali, l'esperienza dell'intervento breve non ha fatto che peggiorare ulteriormente la situazione.

Tabella 8.6. Odds ratio (con intervallo di confidenza al 95%) dell'impatto dell'intervento di formazione e supporto (1), delle alte percentuali di identificazione (2) e delle alte percentuali di intervento breve (3) durante un follow-up di 6 mesi sull'autoefficacia e sui livelli di motivazione iniziale (alti e bassi).

	Aumento del senso di autoefficacia		Aumento della motivazione	
	Autoefficacia iniziale	Odds ratio (intervallo di confidenza al 95%)	Motivazione iniziale	Odds ratio (intervallo di confidenza al 95%)
1. Formazione e supporto	Basso	0.2 (0.03-0.4)	Basso	0.5 (0.1-0.9)
	Alto	2.0 (0.8-3.2)	Alto	1.2 (0.4-2.0)
2. Alte percentuali di identificazione	Basso	2.2 (0.5-3.9)	Basso	0.8 (0.2-1.4)
	Alto	1.1 (0.4-1.8)	Alto	1.9 (0.7-3.1)
3. Alte percentuali di intervento breve	Basso	0.5 (0.1-0.9)	Basso	0.8 (0.2-1.4)
	Alto	1.8 (0.7-2.9)	Alto	1.0 (0.4-1.6)

Fonte: Anderson (2004b).

Pertanto, in assenza di autoefficacia e motivazione iniziale, l'impatto di questi programmi è considerevolmente diminuito. Sebbene l'importanza di acquisire esperienza nella gestione del consumo problematico di alcol in un ambiente favorevole sia stata posta in evidenza come un elemento cruciale per il rafforzamento dell'impegno professionale nell'identificazione e nel trattamento dei problemi alcolcorrelati, l'impatto di tali interventi di supporto non giungerà ad esprimere tutto il proprio potenziale fintanto che non sarà presa in considerazione la risposta emotiva dei medici di base.

8.4. È auspicabile che i finanziatori dei servizi sanitari forniscano supporto economico ai programmi di identificazione e intervento breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol?

Il consumo rischioso e dannoso di alcol è una delle cause principali di disabilità e di morte prematura in Europa, con costi sanitari considerevoli e danni agli adulti e ai bambini. Sebbene siano disponibili interventi per la riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol con un ottimo rapporto costi/benefici, essi sono poco utilizzati dai bevitori, e raramente integrati nella pratica clinica di routine da parte degli operatori sanitari.

È stato valutato che, per 1000 pazienti trattati da un medico generico, il costo medio annuale su tutta l'Unione Europea per attivare e mantenere un program-

8. Implementazione dei programmi di identificazione e di intervento breve

ma di identificazione e intervento breve sarebbe pari a 1644 Euro. L'intervento breve con una copertura del 25% potrebbe prevenire 91 anni di malattia e morte prematura su una popolazione di 100.000 persone, il 9% delle malattie e delle morti premature dovute all'alcol. Con un costo di 1960 Euro per ogni anno di malattia o di morte prematura evitata, gli interventi brevi in assistenza sanitaria primaria sul consumo rischioso e dannoso di alcol sono tra gli interventi medici più economici capaci di apportare un miglioramento della salute.

Allo scopo di individuare i deficit nell'applicazione di interventi efficaci nella riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol, di incrementare il coinvolgimento del settore sanitario nella fornitura di tali interventi e di ridurre il carico economico provocato dall'alcol al sistema sanitario, i finanziatori dei servizi di assistenza sanitaria primaria dovrebbero accertarsi che la piena e completa implementazione di queste linee guida sia sostenuta e che, laddove ancora non sia avvenuto, sia introdotto il rimborso totale per la fornitura dei programmi di intervento breve.

8.5 Quali strumenti sono disponibili per valutare l'adeguatezza dei servizi?

L'eziologia e il decorso del consumo problematico dell'alcol sono in larga misura spiegati da fattori comportamentali, ambientali ed esistenziali (McLellan et al. 2000; Bacon 1973; Öjesjö 1981; Edwards 1989; Moos et al. 1990). Il consumo problematico d'alcol può essere descritto come un disturbo clinico dipendente dall'ambiente (Curran et al. 1987; Pattison et al. 1977; Humphreys et al. 2002); esso risponde immediatamente a politiche ambientali, quali il prezzo dell'alcol e il controllo della sua disponibilità (Bruun et al. 1975; Edwards et al. 1994; Babor et al. in corso di stampa), e risponde immediatamente anche agli interventi (Klingemann et al. 1992; Blomqvist 1998) il cui impatto viene probabilmente accresciuto in presenza di efficaci strategie ambientali. È stato proposto che i sistemi di intervento siano parte integrante della risposta del sistema sanitario al consumo problematico di alcol e debbano essere accessibili, disponibili ed economicamente sostenibili (Heather 1995; Humphreys & Tucker 2002); in particolare gli interventi rivolti ai soggetti con consumo a rischio e dannoso dovrebbero essere più ampiamente distribuiti sul territorio (Institute of Medicine 1990).

Per valutare l'adeguatezza dei programmi di intervento breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol, il Progetto PHEPA ha sviluppato un apposito strumento (PHEPA 2005), che comprende cinque dimensioni capaci di supportare la realizzazione dei programmi di intervento breve, definite e organizzate dall'Ottawa Charter for Health Promotion (Organizzazione Mondiale della Sanità 1986): salute pubblica, ambiente favorevole, capacità individuali, attività territoriale e sistemi di assistenza sanitaria. In particolare, lo strumento valuta la dimensione dei sistemi di assistenza sanitaria, che a sua volta comprende i cinque campi dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria, del supporto nel fornire gli interventi, della disponibilità di interventi efficaci, dell'offerta di interventi efficaci da parte degli operatori sanitari e della ricezione di interventi efficaci da parte degli utenti dei servizi sanitari.

8. Implementazione dei programmi di identificazione e di intervento breve

Lo strumento offre una misurazione di base dei servizi per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol, individuando le aree i cui servizi richiedano sviluppo o potenziamento; offre un sistema di monitoraggio della fornitura dei servizi nel tempo; permette di condividere l'informazione e gli esempi di casi tra diversi paesi e regioni; offre un meccanismo di collaborazioni finalizzato a discutere ed avere una visione condivisa sui servizi di gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol.

Bibliografia

Aalto, M., Pekuri, P. & Seppa, K. (2001) Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction*, 96: 305-11.

Adams, A., Ockene, J., Wheller, E., & Hurley, T. (1998) Alcohol advice giving: physicians will do it. *Journal of General Internal Medicine*, 13: 692-698.

Anderson, P. & Clement, S. (1987) The AAPPQ Revisited. Measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems. *British Journal of Addiction*, 82: 753-759.

Anderson, P., Kaner, E., Wutzke, S., Wensing, M., Grol, R., Heather, N. & Saunders, J. (2003) Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a WHO international Collaborative Survey. *Alcohol and Alcoholism*, 38: 597-601.

Anderson, P., Laurant, M., Kaner, E., Grol, R. & Wensing, M. (2004a) Engaging general practitioners in the management of alcohol problems: Results of a meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 65: 191-199.

Anderson, P., Kaner, E., Wutzke, S., Funk, M., Heather, N., Wensing, M., Grol, R., Gual, A. & Pas, L. (2004b) Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on Findings from a WHO Collaborative Study. *Alcohol and Alcoholism*, 39: 351-356.

Babor, T.F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J.W., Gruenewald, P.J., Hill, L., Holder, H.D., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2003) *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*. Oxford, Oxford Medical Publication, Oxford University Press.

Bacon, S.D. (1973) The process of addiction to alcohol: social aspects. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 34: 1-27.

Bero, L.A., Grilli, R., Grimshaw, J.M., Mowatt, G., Oxman, A.D. and Zwarenstein M. (eds) (2002) *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*. In: *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software.

Blomqvist, J. (1998) The 'Swedish model' of dealing with alcohol problems: historical trends and future challenges. *Contemporary Drug Problems*, 25: 253-320.

Bonevski, B., Sanson-Fisher, R.W., Campbell, E., Carruthers, A. & Reid, A.L. (1999) and Ireland, M. Randomized controlled trial of a computer strategy to increase general practitioner preventive care. *Preventive Medicine*, 29: 478-86.

8. Implementazione dei programmi di identificazione e di intervento breve

Borgiel, A.E., Williams, J.I., Davis, D.A., Dunn, E.V., Hobbs, N., Hutchison, B. et al. (1999) Evaluating the effectiveness of 2 educational interventions in family practice. *CMAJ*, 161: 965-70.

Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, K., Pan, L., Popham, R.E., Room, R., Schmidt, W., Skög, O.-J., Sulkunen, P. & Osterberg, E. (1975) Alcohol Control Policies in Public Health Perspective. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.

Cornuz, J., Ghali, W.A., Di Carlantonio, D., Pecoud, A. & Paccaud, F. (2000) Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Family Practice*, 17: 535-40.

Curran, W., Arif, A. & Jayasuriya, D. (1987) Guidelines for assessing and revising national legislation on treatment of drug- and alcohol-dependent persons. *International Digest of Health Legislation*, 38, Suppl. 1.

Edwards, G. (1989) As the years go rolling by: drinking problems in the time dimension. *British Journal of Psychiatry*, 154: 18-26.

Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H.D., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L.T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J., & Skog, O.J. (1994) Alcohol Policy and the Public Good. Oxford: Oxford University Press.

Freemantle, N., Grilli, R., Grimshaw, J.M. and Oxman, A.D. (1995) Implementing the findings of medical research: the Cochrane Collaboration on Effective Educational Practice. *Quality Health Care*, 4: 45-7.

Funk, M., Wutzke, S., Kaner, E., Anderson, P., Pas, L., McCormick, R., Gual, A., Barfod, S., Saunders, J. (2005) A multi country controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a WHO Collaborative Study. *Journal of Studies on Alcohol*, 66 (3): 379-88.

Gomel, M.K., Wutzke, S.E., Hardcastle, D.M., Lapsley, H., and Reznik, R.B. (1998) Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Social Science & Medicine*, 47: 203-11.

Gual, A. & Colom, J. (2005) A randomised controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a WHO Collaborative Study: Spain. Unpublished data obtained from Funk et al.

Heather, N. (1995) Interpreting the evidence on brief interventions for excessive drinkers: the need for caution. *Alcohol and Alcoholism*, 30: 287-296.

Hulscher, M.E.J.L., Wensing, M., van der Weijden, T. and Grol, R. (2002) Interventions to implement prevention in primary care (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software.

Humphreys, K., & Tucker, J. (2002) Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. *Addiction*, 97: 126-132.

8. Implementazione dei programmi di identificazione e di intervento breve

Institute of Medicine (1990) *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington, DC: National Academy Press.

Kaariainen, J., Sillanaukee, P., Poutanen, P. & Seppa, K. (2001) Opinions on alcohol-related issues among professionals in primary, occupational, and specialized health care. *Alcohol Alcohol*, 36: 141-6.

Kaner, E.F., Heather, N., McAvoy, B.R., Lock, C.A. & Gilvarry, E. (1999a) Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol Alcohol*, 34: 559-66.

Kaner, E.F., Lock, C.A., McAvoy, B.R., Heather, N., & Gilvarry E. (1999b) A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. *British Journal of General Practice*, 49: 699-703.

Klingemann, H., Takala, J.P. & Hunt, G., eds. (1992) *Cure, Care or Control: Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*. Albany, NY: State University of New York Press.

Lock, C.A. and Kaner, E.F. (2000) Use of marketing to disseminate brief alcohol intervention to general practitioners: promoting health care interventions to health promoters. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 6: 345-57.

McAvoy, B.R., Kaner, E.F., Lock, C.A., Heather, N. & Gilvarry, E. (1999) Our Healthier Nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. *British Journal of General Practice*, 49: 187-90.

McCormick, R., Adams, P., Powell, A., Bunbury, D., Paton Simpson, G. and McAvoy, B. (2005) A randomised controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a WHO Collaborative Study: New Zealand. Unpublished data obtained from Funk et al.

McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P. & Kleber, H.D. (2000) Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284: 1689-1695.

Moos, R.H., Finney, J.W. & Cronkite, R.C. (1990) *Alcoholism Treatment: Context, Process and Outcome*. New York: Oxford University Press.

Öjesjö, L. (1981) Long-term outcome in alcohol abuse and alcoholism among males in the Lundby general population, Sweden. *British Journal of Addiction*, 76: 391-400.

Pas, L. & Garmyn, B. (2005) A randomised controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a WHO Collaborative Study: Belgium. Unpublished data obtained from Funk et al.

Pattison, E.M., Sobell, M.B. & Sobell, L.C., eds. (1977) *Emerging Concepts of Alcohol Dependence*. New York: Springer.

8. Implementazione dei programmi di identificazione e di intervento breve

PHEPA (2005). Primary Health Care European Project on Alcohol. Information available from: <http://www.phepa.net/units/phepa/html/en/Du9/index.html>

Richmond, R.L. & Mendelsohn, C.P. (1998) Physicians' views of programs incorporating stages of change to reduce smoking and excessive alcohol consumption. *American Journal of Health Promotion*, 12: 254-7.

Roche, A.M & Richard, G.P. (1991) Doctors' willingness to intervene in patients' drug and alcohol problems. *Social Science & Medicine*, 33: 1053-61.

Roche, A.M., Guray, C. & Saunders, J.B. (1991) General practitioners' experiences of patients with drug and alcohol problems. *British Journal of Addiction*, 86: 263-75.

Roche, A.M., Parle, M.D. & Saunders, J.B. (1996) Managing alcohol and drug problems in general practice: a survey of trainees' knowledge, attitudes and educational requirements. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 20: 401-8.

Rodney, W.M., Nutter, D. & Widoff, B. (1985) Recording patients' consumption of social drugs in a family medicine residency: a longitudinal study. *Family Practice*, 2: 86-90.

Thomson O'Brien, M.A., Oxman, A.D., Davis, D.A., Haynes, R.B., Freemantle, N. & Harvey, E.L. (2002) Educational outreach visits: effects on educational practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software.

Wilson, A., McDonald, P., Hayes, L. and Cooney, J. (1992) Health promotion in the general practice consultation: a minute makes a difference. *British Medical Journal*, 304: 227-30.

World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health promotion*. Geneva, World Health Organization.

Wutzke, S.E., Shiell, A., Gomel, M.K. and Conigrave, K.M. (2001) Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Social Science & Medicine*, 52: 863-70.

Ringraziamenti

Il presente documento è stato redatto dagli autori per conto del **gruppo PHEPA**. Gli autori desiderano ringraziare gli altri partner e gli esperti del Progetto Phepa per l'aiuto e gli stimoli ricevuti nella stesura del documento.

Membri del gruppo PHEPA

PARTNER

Rolande James Anderson
The Irish College of General Practitioners
(Irlanda)

Sverre Barfod
The Alcohol Group, Central Research Unit
of General Practice (Danimarca)

Preben Bendtsen
Department of Health and Society, Social
Medicine and Public Health Science,
Linköping University (Svezia)

Antoni Gual
Alcoholology Unit of the Hospital Clínic
(Spagna)

Nick Heather
School of Psychology & Sport Sciences,
Northumbria University (Inghilterra)

Annemarie Huiberts
Netherlands Institute of Health Promotion
and Disease Prevention (Olanda)

Philippe Michaud
Programme "Boire Moins c'est Mieux"
(Francia)

Leo Pas
Scientific Society of Flemish General
Practitioners (WVVH) (Belgio)

Cristina Ribeiro Gomes
Direcção Geral da Saúde (Portogallo)

Emanuele Scafato
Istituto Superiore di Sanità (Italia)

Kaija Seppä
University of Tampere, Medical School
(Finlandia)

Michael Smolka
University of Heidelberg; Central Institute
of Mental Health, Department of Addictive
Behaviour and Addiction Medicine
(Germania)

OSSERVATORI

Alexander Kantchevov
National Centre for Addictions (Bulgaria)

Marko Kolsek
Department of Family Medicine (Slovenia)

Jerzy Mellibruda
State Agency for the Prevention of Alcohol
Related Problems (Polonia)

Eleonóra Sineger
Hungarian Association of Addictologists
(Ungheria)

Hana Sovinova
National Institute of Public Health
(Repubblica Ceca)

ESPERTI

Mauri Aalto
National Public Health Institute (Finlandia)

Peter Anderson
Public Health consultant (Regno Unito)

Mats Berglund
University Hospital MAS (Svezia)

Joao Breda
Direcção Geral da Saúde (Portogallo)

Jonathan Chick
Royal Edinburgh Hospital (Regno Unito)

Joan Colom
Program on Substance Abuse, Health
Department Government of Catalonia
(Spagna)

Bart Garmyn
Scientific Society of Flemish General
Practitioners (WVVH) (Belgio)

Isidore S. Obot
Department of Mental Health and
Substance Dependence (WHO)

Lidia Segura
Program on Substance Abuse, Health
Department Government of Catalonia
(Spagna)

Numeri Utili:

Telefono Verde Alcol
Istituto Superiore di Sanità
Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali
tel. 800 63 2000

Consultazione siti:

www.iss.it/alcol
www.epicentro.iss.it
www.ministerosalute.it
www.dfc.unifi.it/sia
www.alcolonline.org

Info:

alcol@iss.it



EUROPEAN COMMISSION



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut