

Lo screening e l'intervento breve in medicina generale: un modello di analisi economica sui bevitori a rischio

Pierluigi Struzzo¹, Colin Angus², Emanuele Scafato³, Silvia Ghirini³, Aleksandra Torbica⁴,
Francesca Ferrè⁴, Francesca Scafuri¹, Robin Purshouse⁵, Alan Brennan²

¹Regione Friuli-Venezia Giulia, Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie, Monfalcone (GO);

²School of Health & Related Research (SchARR), University of Sheffield, UK; ³Istituto Superiore di Sanità, Roma;

⁴Università Bocconi, Milano; ⁵Department of Automatic Control & Systems Engineering, University of Sheffield, UK

Riassunto. Dal momento che i problemi di salute alcol-correlati continuano ad aumentare, l'attenzione dei decisori politici si è sempre di più indirizzata verso i programmi di screening e intervento breve (SBI). L'efficacia di questi interventi nei programmi di assistenza primaria è ormai dimostrata, ma ci sono pochi studi che ne analizzano la costo-efficacia e, soprattutto, nessuno che si riferisca nel dettaglio al contesto italiano. Il modello sulle politiche dell'alcol proposto dall'Università di Sheffield è stato utilizzato per effettuare un'analisi sulla costo-efficacia a livello governativo e sulle politiche di salute in molte nazioni, compresa l'Inghilterra. Questo studio propone un adattamento del modello al contesto italiano, attraverso l'utilizzo di dati in nostro possesso, per valutare un programma di SBI promosso dal Centro di formazione per l'area delle cure primarie della Regione Friuli-Venezia Giulia. I risultati sono descritti come rapporto incrementale di costo-efficacia (RICE) dei programmi di SBI rispetto allo scenario "non far niente". I risultati del modello mostrano come questi programmi abbiano un ottimo rapporto costo-efficacia, con un RICE stimato di 545€/anni di vita guadagnati in buona salute (QALYs) per un programma SBI ad una successiva registrazione con un medico di medicina generale e di 588 €/QALYs ad una visita successiva presso il proprio medico di fiducia. L'analisi suggerisce che questo programma è estremamente valido anche nelle condizioni più pessimistiche. Questo studio aggiunge, se fosse necessario, ulteriore forza alla promozione delle politiche di SBI in Italia, anche se i decisori politici dovranno fare attenzione alle diverse implicazioni finanziarie delle due opzioni proposte.

Parole chiave. Alcol, assistenza sanitaria primaria, costo-efficacia, interventi di salute pubblica.

Classificazione JEL. A12, H51, I11.

Abstract. As alcohol-related health problems continue to rise, the attention of policy-makers is increasingly turning to screening and brief intervention (SBI) programmes. The effectiveness of such programmes in primary healthcare is well evidenced, but very few cost-effectiveness analyses have been conducted and none which specifically considers the Italian context. The Sheffield alcohol policy model has been used to model the cost-effectiveness of government pricing and public health policies in several countries including England. This study adapts the model using Italian data to evaluate a programme of screening and brief interventions in Italy. Results are reported as incremental cost-effectiveness ratios (ICERs) of SBI programmes versus a 'do-nothing' scenario. Model results show such programmes to be highly cost-effective, with estimated ICERs of €545/quality adjusted life year (QALY) gained for a programme of SBI at next GP registration and €588/QALY for SBI at next GP consultation. A range of sensitivity analyses suggest these results are robust under all but the most pessimistic assumptions. This study provides strong support for the promotion of a policy of screening and brief interventions throughout Italy, although policy makers should be aware of the resource implications of different implementation options.

Key words. Alcohol, cost-effectiveness, primary care, public health interventions.

JEL classification. A12, H51, I11.

Introduzione

Il consumo di alcol a rischio rappresenta un importante problema di salute pubblica, responsabile in Europa del 3,8% di tutte le morti e del 4,6% degli anni di disabilità (DALYs) attribuibili all'alcol (Ander-

son et al, 2006; Rehm et al, 2009). L'Unione europea (Ue) è la regione con il consumo alcolico più alto al mondo, con 11 litri di alcol puro per adulto consumati ogni anno (Anderson et al, 2006). Uno studio recente indica che, sempre nell'Ue, un decesso su 7 per gli uomini e un decesso su 13 per le donne (15-64 an-

ni) è attribuibile al consumo di alcol (Who, 2012). Anche se l'Italia è stata uno dei primi paesi che è riuscito a ridurre i consumi alcolici, il consumo pro capite di alcol puro si attesta nel 2010 a 6,10 litri all'anno nella popolazione adulta di età superiore a 15 anni (Who, 2012). In Italia la prevalenza dei consumatori a rischio è pari al 23,9% degli uomini e al 6,9% delle donne di età superiore a 11 anni per un totale di oltre 8.100.000 individui (maschi 6.200.000 e femmine 1.900.000). L'analisi per genere e classi di età mostra che è a rischio il 14% dei ragazzi e il 9,7% delle ragazze sotto l'età legale (16 anni) senza differenze di genere statisticamente significative. Le percentuali più elevate di consumatori a rischio di sesso maschile si registrano nella classe di età 65-74 anni (45,7%), seguita da quella degli ultrasessantacinquenni (39,5%), per un totale di circa 2.200.000 anziani di sesso maschile che necessiterebbero di un intervento di identificazione precoce e di sensibilizzazione al problema e per i quali andrebbe sviluppato un piano di prevenzione ad hoc, considerato il continuo invecchiarsi della popolazione italiana (Ministero della Salute, 2011 e 2012; Dipartimento per le Politiche Antidroga, 2012; Scafato et al, 2013).

Nel 2011 nella Regione Friuli-Venezia Giulia la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche è stata pari a 80,6% tra gli uomini e 55,7% tra le donne. I consumatori fuori pasto sono stati il 56,8% degli uomini e il 24,5% delle donne; i consumatori *binge drinking* il 21,9% degli uomini e il 5,1% delle donne; i consumatori a rischio il 33,3% degli uomini e il 9,7% delle donne. Gli indicatori di rischio considerati risultano inoltre tutti al di sopra dei valori medi nazionali per entrambi i sessi (Ministero della Salute, 2011; Dipartimento per le Politiche Antidroga, 2012; Scafato et al, 2013).

Numerosi studi clinici internazionali hanno evidenziato che l'uso di alcol gioca un ruolo importante in numerose malattie e che i danni da uso rischioso o dannoso sono, a livello di popolazione generale, decisamente superiori ai suoi effetti protettivi. In particolar modo si è visto che l'alcol è la causa di 60 diversi tipi di malattie e condizioni, quali incidenti, disordini mentali e comportamentali, problemi gastrointestinali, tumori, malattie cardiovascolari, problemi immunologici, malattie polmonari, malattie dello scheletro e muscolari, problemi dell'apparato riproduttivo e danni prenatali, che comprendono un aumento del rischio di nascite premature e sottopeso (Anderson et al, 2006).

In Europa più del 90% delle morti attribuibili all'alcol (anche sottraendo i possibili effetti benefici sull'infarto miocardico – Roerecke et al, 2012; sull'ictus ischemico – Patra et al, 2010; sul diabete – Baliunas et al, 2009) è dovuta a tre cause maggiori: cancro, cirrosi epatica ed incidenti (Rehm et al,

2012), con enormi costi economici, di disabilità e di perdita di qualità della vita (Anderson et al, 2009; Angus et al, 2014).

Per quanto riguarda l'approccio terapeutico, esistono due tipi di intervento consigliati a seconda dello stato del paziente: un approccio destinato ai bevitori problematici e alcol-dipendenti e un approccio destinato ai bevitori che non hanno ancora sviluppato una sindrome da dipendenza, ma hanno un consumo a rischio (Babor et al, 2003).

Le modifiche dei comportamenti a rischio per la salute, i gruppi di auto-aiuto e la terapia farmacologica sono le modalità di intervento attualmente proposte sia in Italia sia nel contesto internazionale. A seconda dello stato di salute del paziente, in alcune casistiche è raccomandata l'astensione da qualsiasi tipo di consumo mentre in altri casi l'obiettivo degli interventi di prevenzione primaria è il cambiamento del pattern del bere da un consumo a rischio o dannoso a uno moderato e compatibile con uno stato di buona salute (Scafato, 2008; Scafato et al, 2010).

Lo screening e l'intervento breve (SBI) rappresentano una metodologia di intervento di prevenzione efficace e molto studiata a livello internazionale (Bien et al, 1993), con i quali si vogliono modificare gli stili di vita a rischio e in particolar modo il consumo rischioso e dannoso di alcol. A livello nazionale sono stati inseriti in molti documenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale numerosi corsi di formazione che prevedono l'identificazione precoce, attraverso alcune semplici domande standard (Struzzo et al, 2006; Scafato et al, 2008 e 2010), dei soggetti a rischio ai quali viene poi fatto un intervento di breve durata (massimo 10 minuti), basato sull'empatia e motivazione al cambiamento (Scafato et al, 2008 e 2010; Struzzo, 2013).

L'SBI sui bevitori a rischio, pur essendo una metodologia altamente costo-efficace (Latimer et al, 2009; Jackson et al, 2010), non è recepita dai sistemi sanitari nazionali e internazionali; solo il Regno Unito la sta utilizzando come strumento di lavoro a livello di assistenza sanitaria primaria. Altri paesi, come la Scozia, la Svezia, la Finlandia e la Catalogna, con diversi contesti socioeconomici, hanno proposto ed applicato diverse modalità organizzative, specie per gli operatori di assistenza primaria, senza riuscire ad assicurarne la sostenibilità.

Una recente metanalisi sull'efficacia pratica dell'SBI nell'assistenza sanitaria primaria ha dimostrato che su 22 studi, che hanno coinvolto 7619 partecipanti, l'SBI riduce la quantità assunta di alcol di 38 grammi (3-4 unità alcoliche) alla settimana (IC 95%: 23-54). Questi dati sono stati verificati più volte e hanno portato agli stessi risultati (Kaner et al, 2009).

In Italia, seppur inserita ufficialmente in documenti di programmazione ministeriale, sono poche

le aziende per i servizi sanitari che ne promuovono l'utilizzo e la sua applicazione viene lasciata alla disponibilità dei singoli amministratori pubblici (Ministero della salute).

Se, come si è già visto, sono molti i lavori di ricerca sull'efficacia dell'SBI nel ridurre il consumo di alcol nella popolazione, pochi studi hanno analizzato il rapporto costo-efficacia dell'SBI né ci sono studi di questo tipo pensati per l'Italia.

Questo articolo presenta, in forma sintetica e necessariamente non tecnica, i risultati di uno progetto europeo che ha applicato alla nostra medicina generale un modello teorico di valutazione economica pensato dall'Università di Sheffield (Brennan et al, 2008; Angus et al, 2014).

L'obiettivo dichiarato del progetto europeo ODHIN (Optimizing Delivery of Healthcare Interventions) è quello di diffondere a livello nazionale quanto pubblicato e realizzato in contesti di ricerca internazionali, che non sempre raggiungono il 'target' giusto. In questo caso: gli amministratori pubblici e tutti i responsabili di proporre politiche sanitarie efficienti e costo-efficaci.

La forte crescita della spesa sanitaria, che da alcuni decenni si verifica in quasi tutti i paesi industrializzati, è sicuramente alla base dello sviluppo e della diffusione delle analisi di valutazione economica in sanità. Il dilemma posto dalla riduzione delle risorse (finanziarie, umane, etc.) da un lato e dall'aumento dei bisogni sanitari sia in termini quantitativi sia qualitativi dall'altro hanno infatti reso necessaria l'introduzione di criteri economici nei processi decisionali ai diversi livelli di governo. Le analisi di valutazione economica (analisi di minimizzazione dei costi, analisi costo-efficacia, analisi costo-beneficio, analisi costo-utilità) – insieme alle valutazioni cliniche di efficacia – hanno in tutti questi casi il ruolo di supportare il processo decisionale in ambito pubblico, fornendo le informazioni necessarie circa il profilo economico di assorbimento delle risorse necessarie per diverse tecnologie sanitarie, trattamenti farmacologici o presidi medico-chirurgici. Ormai si chiede sempre più alle aziende sanitarie e alle imprese loro fornitrici di attuare scelte efficaci e costo-efficaci.

Una delle tecniche di valutazione economica più utilizzate in ambito sanitario è l'analisi costo-efficacia (ACE), che ha l'obiettivo di identificare, misurare e valutare i costi e l'efficacia delle alternative prese in considerazione al fine di misurare il rapporto incrementale costo/efficacia della strategia terapeutica più innovativa rispetto al comparatore considerato. Più precisamente l'ACE identifica e misura i costi aggiuntivi indotti dalla strategia innovativa rispetto a quelle di comparazione e valuta l'efficacia delle strategie in unità fisiche.

Questo articolo propone un modello di valutazione economica applicabile alle future strategie politiche e di sostenibilità economica.

Obiettivi dello studio

Obiettivo primario della presente ricerca è di identificare, misurare e stimare il rapporto incrementale costo-efficacia (RICE) dell'implementazione dell'SBI per le persone con consumo alcolico a rischio nell'ambito della medicina generale in Italia. Lo scopo finale è quello di produrre evidenze scientifiche in grado di supportare le scelte dei decisori politici di implementare l'SBI nei setting di assistenza sanitaria primaria.

Metodi e disegno dello studio

Al fine di stimare il RICE dell'implementazione dell'SBI nel contesto italiano è stato adottato un modello decisionale precedentemente sviluppato nel contesto inglese. The Sheffield alcohol policy model (Sapm) è stato sviluppato dal Sheffield alcohol research group (Sarg) nell'ambito della ricerca commissionata dall'UK Department of health (Purshouse et al, 2009) e dal National institute of clinical excellence con l'obiettivo di fornire un modello in grado di valutare le diverse *policy* indirizzate alla prevenzione del consumo di alcol e all'utilizzo delle risorse sanitarie. Tra le *policy* considerate nel modello ricordiamo: l'aumento dei prezzi, le restrizioni delle offerte speciali, le restrizioni sulle attività promozionali e le ore di vendita, e infine il programma SBI implementato nella medicina generale in UK (Purshouse et al, 2013). Il modello Sapm utilizzato in Inghilterra stima l'impatto del programma SBI effettuato nel contesto di medicina generale per 10 anni in termini di mortalità e morbilità legata al consumo di alcol nell'arco temporale di 30 anni; nel modello sono stati utilizzati due scenari: lo scenario A, che prevede l'implementazione dell'SBI all'atto della registrazione e nel primo colloquio con un nuovo medico di medicina generale (Mmg), e lo scenario B, che prevede l'implementazione dell'SBI alla visita successiva con il proprio Mmg. L'impatto potenziale dell'SBI (scenario A o B) è calcolato in Italia utilizzando uno strumento attualmente validato: l'Alcohol use disorders identification test-C (Struzzo et al, 2006). Il modello Sapm è diviso in due componenti: la prima componente stima l'impatto dell'SBI sul consumo dell'alcol a livello della popolazione, la seconda stima l'impatto di questo cambiamento sulla mortalità e morbilità legata all'uso di alcol in un periodo di 30 anni successivo al programma.

Adattamento del modello Sapm al contesto italiano

Al fine di stimare l'impatto dell'SBI in Italia, il modello Sapm è stato adattato utilizzando i dati specifici del contesto italiano. Più specificatamente, sono state utilizzate due categorie di parametri: i) dati clinici/epidemiologici e ii) dati economici. La prospettiva d'analisi è quella di tutto il Servizio sanitario nazionale italiano.

Dati clinici e epidemiologici

1. I dati sul consumo alcolico della popolazione italiana sono stati ricavati dall'Indagine multiscopo sulle famiglie 'Aspetti di vita quotidiana' (Istat, 2008a).
2. Le risposte sulla quantità/frequenza del consumo di alcol, date dai partecipanti, sono state utilizzate per calcolare i consumi medi alcolici settimanali in grammi.
3. La misura del rischio del danno causato dall'alcol è stata ricavata in base a quante volte il soggetto ha consumato negli ultimi 12 mesi 6 bicchieri o più di bevande alcoliche in un'unica occasione (1 bicchiere = 12 grammi di alcol) (AAVV, 2008).
4. Sono state considerate 42 patologie alcol-correlate, ricavate dal lavoro della Who 'Global burden of alcohol' (Rehm et al, 2004 e 2006); per ciascuna delle patologie elencate sono stati inseriti i dati Istat di mortalità italiana suddivisi per età e sesso relativi al 2008 (Istat, 2008b).
5. I dati sulla morbilità sono stati calcolati sulla base dei ricoveri ospedalieri avvenuti nel 2008, aggiustati per ricoveri causati dalla stessa patologia dello stesso individuo (Ministero della salute).
6. I dati riguardanti le condizioni attribuibili parzialmente all'alcol, visto che in Italia non ci sono dati disponibili, sono stati calcolati partendo dai dati inglesi.

Dati economici

La struttura del modello richiedeva i seguenti dati di tipo economico:

1. costi sanitari per le 42 patologie alcol-correlate;
2. costi dell'SBI.

Rispettando la prospettiva dello studio, per stimare il costo sanitario delle patologie alcol-correlate è stata usata la Tariffa unica nazionale (TUC) come proxy dei costi sanitari al livello ospedaliero. La TUC era disponibile per 33 delle 42 patologie identificate. Per le restanti condizioni, sono state utilizzate le stime provenienti dagli studi compiuti in Inghilterra, aggiustandole per il rapporto tra i costi sanitari tra i due paesi.

I costi dell'SBI sono stati identificati e misurati nelle seguenti categorie:

a. costo del materiale consegnato ai pazienti (i costi dei materiali derivano da uno studio inglese – Lock et al, 2006 – convertito in euro usando le parità Oecd 2013 e l'indice dei prezzi in Italia del 2008. Per ottenere una stima dei costi dei Mmg è stata fatta una stima degli stipendi annuali, rispetto a diverse anzianità di servizio, usando i dati della Regione Friuli-Venezia Giulia);

b. costo del personale medico.

Analisi di sensitività

Per poter esaminare tutti i possibili scenari del modello italiano e il loro impatto per una eventuale applicazione pratica di un programma SBI, abbiamo fatto una serie di analisi, avanzate delle ipotesi e valutato i possibili risultati. Sono state quindi analizzate e paragonate al modello di base le alternative meno favorevoli al fine di effettuare delle stime sul 'modello più pessimistico'.

Risultati

La popolazione indagata nel corso dei 10 anni ipotizzati dal modello di screening è considerevolmente differente nei due scenari considerati (figura 1). Lo scenario A ipotizza che l'SBI venga effettuato alla prima registrazione con un nuovo medico ed è distribuito piuttosto uniformemente sui 10 anni con un picco dell'11% della popolazione sottoposta a screening il primo anno; alla fine del decimo anno si presuppone che il 63% della popolazione sia stata sottoposta a screening (37% non screenata), con il 58% dei forti bevitori che ha ricevuto l'SBI da parte del Mmg (dato non mostrato). Lo scenario B ipotizza che l'SBI sia stato effettuato alla visita successiva dal proprio Mmg e ha una copertura maggiore, con l'84% della popolazione sottoposta a screening il primo anno; solo il 3% non viene sottoposto a screening entro il decimo anno; il risultato di questo programma è che il 49% degli adulti riceve l'SBI e il 96% dei bevitori a rischio riceve l'intervento (dato non mostrato). Una differenza significativa tra i 2 modelli è la distribuzione del costo nel tempo (figura 2). Lo screening alla visita successiva con lo stesso medico (scenario B) comporta un costo iniziale molto alto; dopo il secondo anno il costo diminuisce gradualmente e si iniziano a registrare i primi guadagni; al contrario, il programma di SBI effettuato alla prima visita col nuovo medico (scenario A) ha un profilo di costi più stabile nei primi sette anni, trascorsi i quali i due programmi hanno gli stessi costi cumulativi netti. Dall'analisi effettuata emerge 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 scenario A porta a una riduzione stimata di 91.737 ricoveri

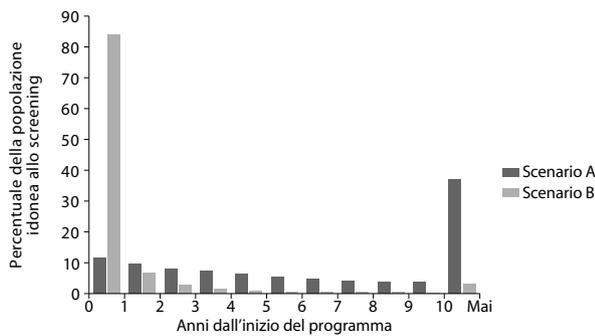


Figura 1 - Popolazione sottoposta a screening nello scenario A (nuova registrazione e contestuale SBI con il nuovo medico di medicina generale) e nello scenario B (SBI nella visita successiva con il proprio medico di medicina generale).

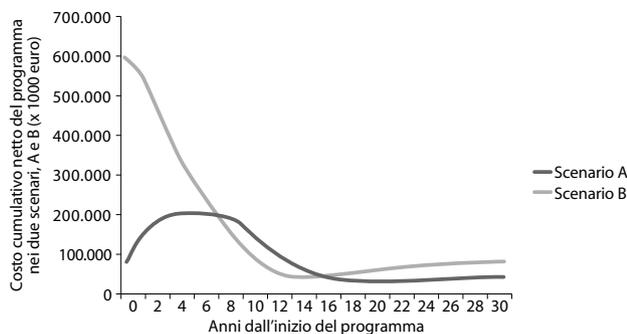


Figura 2 - Modello dei costi netti cumulativi nei due programmi di screening.

ospedalieri sui 30 anni, con una riduzione di 7193 morti alcol-correlate e un risparmio netto per il Ssn di 370 milioni di euro. Il costo per applicare l'SBI è stimato in 411 milioni di euro in 10 anni, con un guadagno di 75.200 QALY e un ICER di 545 euro/QALY. L'SBI effettuato ad una successiva visita dal proprio Mmg (scenario B) ha un impatto maggiore per la salute pubblica per via della maggiore copertura sulla popolazione. La riduzione dei ricoveri è stimata in 153.676 con 12.432 decessi alcol-correlati evitati e un totale di 139.204 QALY guadagnati. Il risparmio globale per il Ssn sarebbe di 605 milioni di euro ed è superato dai costi per effettuare il programma, stimati in 687 milioni di euro, che porterebbero però a un ICER di 588 euro/QALY. L'analisi sulla sensibilità che usa il modello più pessimistico mostra che questi risultati sono molto solidi. Rispetto ai 19 scenari esaminati per ogni programma, il caso peggiore di ICER per il programma B è di 37.167 euro/QALY e per il programma A di 33.871 euro/QALY, entrambi al di sotto della soglia per costo-efficacia in Italia. I risultati dell'analisi che esplora l'impatto degli altri strumenti di screening

sono esposti nella tabella a pag. 82 e mostrano che, sebbene lo screening con l'AUDIT-C sia il più caro, permette però di risparmiare in durata nel lungo periodo e ottiene i migliori QALY di tutti i modelli proposti. Abbiamo infine simulato un incentivo finanziario per i Mmg di 30 euro per paziente sottoposto a screening. Nell'ipotesi dell'SBI alla registrazione (scenario A) l'incentivo ha aumentato i costi di 884 milioni di euro, con un ICER di 6830 euro/QALY che dimostra, comunque, il suo basso rapporto costo-efficacia. Stesso risultato nello scenario B (SBI nella visita successiva dal proprio Mmg) con un costo di applicazione di 1,48 miliardi di euro con un ICER di 6257 euro/QALY.

Discussione

Questo studio fornisce la prima analisi costo/efficacia relativa all'introduzione dell'SBI nella pratica medica italiana rispetto ad una politica di non intervento.

I risultati, comparabili a quelli di Purhouse et al (2009 e 2013), dimostrano che gli SBI sono convenienti dal punto di vista economico nei setting di medicina generale anche negli scenari più pessimistici. Dimostrano anche che l'SBI eseguito alla registrazione con un nuovo medico costa di meno rispetto a quello eseguito a una successiva consultazione con il proprio medico perché porta ad indagare una più piccola fetta di popolazione; per il Ssn con il primo scenario si registrano tuttavia ridotti risparmi nel lungo periodo e pochi vantaggi in termini di qualità di vita guadagnata. L'utilizzo dell'AUDIT C come strumento di screening, per quanto sia il più costoso, è anche il più efficace e produce il maggior beneficio netto sia per lo screening alla prima registrazione con il medico sia alla successiva consultazione. La difficoltà principale dell'indagine è stata la mancanza di dati italiani per la costruzione dei modelli, motivo per il quale è stato necessario effettuare delle ipotesi basate sull'esperienza condotta in Inghilterra. I modelli costruiti, inoltre, non permettono un'analisi di intervento suddivisa per sottogruppi di età. Una criticità del modello è l'ipotesi iniziale che il 100% dei medici abbia svolto il programma di SBI e che tutti i pazienti siano stati effettivamente indagati, durante la prima visita, dal loro medico. Sicuramente gli autori delle strategie economico-sanitarie del paese dovrebbero porre la loro attenzione nella ricerca della relazione tra la durata dell'intervento breve, la consecutiva riduzione del bere nella popolazione e la durata dell'efficacia dell'intervento nel tempo. Altro aspetto da non trascurare è quello di sensibilizzare i medici di medicina generale ad aderire con convinzione all'attuazione dell'SBI nella pratica quotidiana. A questo

Tabella 1 - Modello per gli scenari alternativi ordinati per benefici incrementali netti

Scenario	Setting	Strumento di screening e cut-off (M/F)	Costi di avvio (milioni di euro)	Risparmi per il Ssn (milioni di euro)	Costi netti per il Ssn (milioni di euro)	QALY guadagnati (migliaia)	Beneficio netto incrementale versus nessun intervento (milioni di euro)*
A	Registrazione	FAST 3 e AUDIT 8	254	299	-45	57	1378
B	Registrazione	FAST 3	259	297	-39	57	1381
C	Registrazione	AUDIT 8	284	321	-38	62	1520
D	Registrazione	AUDIT 8/6	316	321	-5	62	1555
E	Registrazione	AUDIT-C 5/4 e AUDIT 8	356	338	17	67	1680
Nuova registrazione (baseline)	Registrazione	AUDIT-C 5/4	411	370	41	75	1921
F	Visita medica	FAST 3 e AUDIT 8	419	503	-84	111	2684
G	Visita medica	FAST 3	422	505	-84	111	2694
H	Visita medica	AUDIT 8	470	500	-30	121	3000
I	Visita medica	AUDIT 8/6	529	544	-15	122	3030
J	Visita medica	AUDIT-C 5/4 e AUDIT 8	595	519	76	127	3258
Nuova visita medica (baseline)	Visita medica	AUDIT-C 5/4	687	605	82	139	3562

*Assumendo una *willingness-to-pay* di euro 25.000/QALY.

proposito il progetto europeo ODHIN, da cui è tratta questa analisi, cerca di investigare le strategie finanziarie e i programmi formativi che possono migliorare la condivisione delle finalità e una piena e consapevole attuazione del programma di SBI. In conclusione, si può affermare che questo studio rappresenta il primo tentativo di valutare il rapporto costo/efficacia del programma di SBI nella medicina generale in Italia. Tale programma è conveniente dal punto di vista economico, anche considerando lo scenario più pessimistico. Di conseguenza, i risultati della ricerca invitano ad applicare questi programmi e si auspica che la progettazione delle politiche sanitarie tenga conto delle implicazioni economiche che la loro attuazione comporta. Come sottolineato dall'articolo, infatti, l'SBI alla successiva visita effettuata col proprio medico, anche se richiede una forte concentrazione di risorse economiche nel primo anno, adduce un gran numero di benefici ed una rilevante percentuale di popolazione indagata. Al contrario, il costo per eseguire il programma di SBI, basato sulla prima visita eseguita con un nuovo medico, comporta un costo annuale spalmabile gradualmente, facendo però registrare esigui guadagni nel tempo.

Bibliografia

- AAVV (2008), *Alcol: sai cosa bevi? ... più sai meno rischi!*, Roma, Istituto Superiore di Sanità. Disponibile online al seguente indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2012/materiali%20divulgativi/libretto%20alcol%20sai%20cosa%20bevi%202012.pdf>. Roma: ISS; 2008 Ultima consultazione: marzo 2014.
- Anderson P, Baumberg B (2006), *Alcohol in Europe: a public health perspective*, London, Institute of alcohol studies.
- Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC (2009), Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol, *Lancet*, 373: 2234-2246.
- Anderson P, Möller L, Galea G (a cura di) (2012), *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Angus C, Scafato E, Ghirini S et al (2014), Modelling the cost-effectiveness of screening and brief intervention in Italy: an adaptation of the Sheffield alcohol policy model, *BMC Family Practice*, 15: 26-38.
- Babor TF, Del Boca FK (a cura di) (2003), *Treatment matching in alcoholism*, Cambridge (UK), Cambridge University Press.
- Baliunas D, Taylor BJ, Irving H et al (2009), Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis, *Diabetes Care*, 32: 2123-2132.
- Belardelli F, Moretti F (a cura di) (2012), Alcol e tumori, in: Attività e impegno dell'Istituto Superiore di sanità nella lotta contro il cancro, Roma, Istituto Superiore di Sanità, *Rapporti ISTISAN*, 12/37, pp 249-256.
- Bien TH, Miller WR, Tonigan JS (1993), Brief interventions for alcohol problems: a review, *Addiction*, 88: 315-336.
- Brennan A, Purshouse R, Taylor K et al (2008), *Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion. Part B: Modelling the potential impact of pricing and promotion policies for alcohol in England. Results from the Sheffield alcohol policy model version 2008 (1.1)*, Sheffield, UK.
- Dipartimento per le Politiche Antidroga (2012), *Relazione annuale al Parlamento 2012 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione. Disponibile online al seguente indirizzo: <http://www.politicheantidroga.it/progetti-e-ricerca/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2012-presentazione.aspx>. Ultima consultazione: marzo 2014.
- Drummond C, Gual A, Goos C et al (2011), Identifying the gap between need and intervention for alcohol use disorders in Europe, *Addiction*, 106 (Suppl 1): 31-36.

- Istat (2008a), *Indagine multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana*, Roma.
- Istat (2008b), *Indagine sulle cause di morte*, Roma.
- Jackson R, Johnson M, Campbell F (2010), *Screening and brief interventions for prevention and early identification of alcohol use disorders in adults and young people*. Disponibile online al seguente indirizzo: <http://www.nice.org.uk/nice-media/live/11828/45665/45665.pdf>. Ultima consultazione: marzo 2014.
- Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR et al (2009), Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations (review), *The Cochrane Library*, 4: 1-90.
- Latimer N, Guillaume L, Goyder E (2009), *Prevention and early identification of alcohol use disorders in adults and young people: screening and brief interventions: cost effectiveness review*, University of Sheffield, UK. Disponibile online al seguente indirizzo: http://www.sheffield.ac.uk/polopoly_fs/1.43294!/file/Alcohol-2_3.pdf. Ultima consultazione: marzo 2014.
- Lock CA, Kaner EFS, Heather N et al (2006), Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention: a cluster randomized controlled trial, *J Adv Nurs*, 54: 426-439.
- Ministero della Salute (2011), *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 'Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati'*, Dipartimento della prevenzione e della comunicazione, Direzione generale della prevenzione sanitaria, Roma. Disponibile online al seguente indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1686_allegato.pdf. Ultima consultazione: marzo 2014.
- Ministero della Salute (2012), *Relazione sullo stato sanitario del paese 2011*, Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Nazionale, Roma. Disponibile online al seguente indirizzo: http://www.rssp.salute.gov.it/rssp2011/documenti/RSSP_2011.pdf. Ultima consultazione: marzo 2014.
- Patra J, Taylor B, Irving H et al (2010), Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality from different stroke types: a systematic review and meta-analysis, *BMC Public Health*, 10: 258-270.
- Purshouse R, Brennan A, Latimer N et al (2009), *Modelling to assess the effectiveness and cost-effectiveness of public health related strategies and interventions to reduce alcohol attributable harm in England using the Sheffield alcohol policy model version 2.0*, Sheffield, UK.
- Purshouse R, Brennan A, Rafia R et al (2013), Modelling the cost-effectiveness of alcohol screening and brief interventions in primary care in England, *Alcohol Alcohol*, 48: 180-188.
- Rehm J, Room R, Monteiro M et al (2004), Alcohol use, in: Ez-zati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL (a cura di), *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease due to selected major risks factors*, Genève, Who.
- Rehm J, Taylor B, Room R (2006), Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco, *Drug Alcohol Rev*, 25: 503-513.
- Rehm J, Mathers C, Popova S et al (2009), Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders, *Lancet*, 373: 2223-2233.
- Rehm J, Scafato E (2011), Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in European Union countries, *Addiction*, 106 (Suppl 1): 4-10.
- Rehm J, Shield KD, Rehm MX et al (2012), *Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence*, Toronto, Centre for Addiction and Mental Health. Disponibile online al seguente indirizzo: http://amphoraproject.net/w2box/data/AMPHORA%20Reports/CAMH_Alcohol_Report_Europe_2012.pdf. Ultima consultazione: marzo 2014.
- Roerecke M, Rehm J (2012), The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis, *Addiction*, 107: 1246-1260.
- Scafato E (a cura di) (2008), *Alcol e prevenzione nei contesti di assistenza sanitaria primaria. Programma di formazione IPiB-PHEPA. Identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in primary health care*, Roma, Istituto Superiore di Sanità. Disponibile online al seguente indirizzo: http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/italian_training_programme.pdf. Ultima consultazione: marzo 2014.
- Scafato E, Gandin C, Patussi V, il gruppo di lavoro IPiB et al (a cura di) (2010), *L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida per l'identificazione e l'intervento breve*, Roma, Istituto Superiore di Sanità. Disponibile online al seguente indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf. Ultima consultazione: marzo 2014.
- Scafato E, Gandin C, Galluzzo L et al (2013), Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute, *Rapporti ISTISAN*, 13/3, Roma, Istituto Superiore di Sanità.
- Scafato E, Ghirini S, Gandin C et al (2013), *Consumo di alcol*, Roma, Università Cattolica del Sacro Cuore.
- Simoes EJ, Mariotti S, Rossi A et al (2012), The Italian health surveillance (SiVeAS) prioritization approach to reduce chronic disease risk factors, *Int J Public Health*, 57: 719-733.
- Struzzo P, De Faccio S, Moscatelli E (2006), Identificazione precoce dei bevitori a rischio in assistenza primaria in Italia, adattamento del questionario audit al contesto italiano e verifica dell'efficacia d'uso dello short-Audit test nel contesto nazionale di assistenza primaria: uno studio di validazione interna, *Bollettino delle Farmacodipendenze e Alcolismo*, XXIX: 20-255.
- Struzzo P, Scafato E, McGregor R et al (2013), A randomised controlled non-inferiority trial of primary care-based facilitated access to an alcohol reduction website (EFAR-FVG): the study protocol, *BMJ Open*, 3: e002304. doi:10.1136/bmjopen-2012-002304.
- Who (2012), *Who global information system on alcohol and health (GISAH)*, Genève.

Autore per la corrispondenza

Pierluigi Struzzo, pierluigi.struzzo@uniud.it

Conflitto di interessi Nessuno

Ricevuto 14 febbraio 2014; accettato 20 febbraio 2014.