

L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria

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

Sommario

Introduzione

Preparazione delle linee guida

**Descrizione del consumo di alcol e
dei danni alcol-correlati**



**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, Iliara 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

Sommario

Introduzione

L'Unione Europea è nel mondo la regione con la più elevata proporzione di consumatori di bevande alcoliche e con i più alti livelli di consumo. L'alcol è il terzo fattore di rischio più importante per malattia e morte prematura, dopo il fumo e l'ipertensione, più rilevante dell'ipercolesterolemia e del sovrappeso. Oltre ad essere una droga in grado di indurre dipendenza ed essere causa di circa 60 differenti condizioni di malattia ed infortunio, l'alcol è responsabile di diffusi danni sociali, mentali, emotivi, compresi la criminalità e la violenza in ambito familiare, che causano enormi costi sociali.

L'alcol non danneggia solo chi lo consuma ma anche coloro che circondano chi beve e tra questi il feto, i figli, i familiari, le vittime della criminalità, della violenza e degli incidenti stradali conseguenti al suo consumo.

Gli operatori impegnati nell'assistenza sanitaria primaria hanno la responsabilità di identificare ed intervenire nei casi di consumo alcolico dannoso o a rischio. L'identificazione e l'intervento breve rappresentano un'opportunità per informare i pazienti sui rischi di un uso dannoso o rischioso di alcol. La raccolta di informazioni riguardanti i livelli e la frequenza dei consumi di alcol può influire sulla diagnosi delle condizioni di salute del paziente, inducendo il medico ad intervenire nei riguardi di coloro che dichiarino consumi alcolici in grado di influire negativamente sull'azione dei farmaci utilizzati o su altre terapie in atto. Di assoluta rilevanza per l'attuazione di programmi finalizzati all'identificazione del consumo alcolico e all'intervento breve è il fatto che gli individui che non hanno ancora sviluppato dipendenza da alcol possono ridurre o smettere di bere, ricevendo un'assistenza adeguata ed un supporto idoneo.

In ogni caso, i professionisti impegnati nell'assistenza sanitaria primaria incontrano frequentemente difficoltà ad accertare l'uso di alcol e ad informare i pazienti. Tra le ragioni indicate più spesso ci sono la mancanza di tempo, la formazione professionale inadeguata, il timore di mettersi in contrasto con il paziente, la percezione di un'incompatibilità tra intervento breve e assistenza primaria e la convinzione che i pazienti con problemi di alcoldipendenza non rispondono agli interventi.

Preparazione delle linee guida

Lo scopo di queste linee guida è di riassumere l'evidenza del danno alcol-correlato e le modalità di gestione del consumo dannoso o rischioso negli ambiti di prevenzione primaria. Le linee guida descrivono anche l'alcoldipendenza ed il modo di gestirla, al fine di fornire al personale sanitario impegnato negli ambiti di assistenza primaria, adeguate conoscenze per poter fronteggiare i casi maggiormente problematici che richiedono un supporto specialistico.

L'obiettivo principale delle linee guida è di aggiornare il personale sanitario impegnato nella prevenzione primaria sull'efficacia delle varie tecniche di assistenza agli individui che consumano alcol in quantità dannosa o rischiosa. Le linee guida sono basate sulla rassegna delle evidenze scientifiche e sull'esperienza di una task force costituita appositamente per la loro definizione. Ove possibile, le linee guida trova-

Sommario

no fondamento nei risultati dei progetti di ricerca più appropriati. In caso di mancanza di evidenze, le raccomandazioni si basano invece su quanto ritenuto appropriato in termini di esperienza clinica specifica.

Descrizione del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati

Il consumo di alcol può essere descritto in termini di grammi di alcol ingerito oppure in termini di bicchieri standard, questi ultimi in Europa corrispondono mediamente ad una quantità di 10-12 grammi di alcol puro.

Per consumo a rischio di alcol si intende un livello di consumo o una modalità del bere che può essere causa di rischio, a seguito del persistere di tali abitudini; l'Organizzazione Mondiale della Sanità classifica tale condizione come un consumo quotidiano superiore a 20 grammi di alcol puro per le donne, ed a 40 grammi per gli uomini. Il consumo dannoso viene definito come "una modalità di consumo alcolico che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale". Il consumo eccessivo episodico (a volte definito *binge drinking*), che può essere particolarmente dannoso in presenza di particolari condizioni patologiche, può essere definito come un consumo di almeno 60 grammi di alcol puro assunto in un'unica occasione. L'alcoldipendenza è un insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'uso di alcol riveste per l'individuo una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza rivestivano un valore maggiore.

I geni giocano un ruolo determinante nel consumo e nella dipendenza da alcol: alcuni geni incrementano il rischio, altri lo diminuiscono. Esistono interazioni dimostrate tra genetica e fattori ambientali; gli individui che consumano quantità maggiori di alcol o che vivono in un ambiente in cui si beve, sono quelli con un più elevato rischio di patologie alcol-correlate. A qualunque livello di consumo alcolico, le donne mostrano un maggior rischio rispetto agli uomini, e l'entità del rischio varia in relazione alle differenti patologie. Ciò probabilmente è dovuto al fatto che le donne hanno una più bassa quantità di acqua corporea e un differente patrimonio enzimatico. Il 25% circa del maggior rischio di mortalità riscontrabile negli uomini di mezza età, appartenenti alle classi socio-economiche più basse, rispetto a quelli delle classi più abbienti, potrebbe essere attribuibile all'alcol.

Il consumo di alcol, i danni alcol-correlati e la dipendenza da alcol fanno parte di un *continuum*. Non si tratta di entità prefissate: gli individui nel corso della loro vita possono spostarsi in avanti o indietro nell'ambito di questo *continuum*.

Alcol e salute

L'alcol aumenta il rischio di numerosi problemi sociali in maniera direttamente proporzionale alle quantità consumate, e non ci sono evidenze di esistenza di un effetto soglia. Quanto più elevato è il consumo di alcol di un singolo bevitore, tanto maggiore è il rischio. I problemi causati agli altri da parte dei bevitori possono variare dal disturbo sociale, come ad esempio l'essere svegliati di notte, a conseguenze più serie come i maltrattamenti coniugali, l'abuso di minori, la criminalità, la violenza, fino ad essere causa di omicidi. In generale si può dire che tanto più grave è il crimine o l'infortunio, tanto più alta è la probabilità che l'alcol vi sia coinvolto. Il danno fisico causato agli altri costituisce un'ottima ragione per intervenire sul consumo alcolico a rischio o dannoso.

L'alcol è causa di infortuni, disordini mentali e comportamentali, disturbi gastroin-

testinali, cancro, patologie cardiovascolari, disturbi immunologici, malattie dell'apparato scheletrico, infertilità e rischio di nascite premature. L'alcol aumenta il rischio di queste patologie in modo proporzionale alla quantità ingerita, e non vi è evidenza di un effetto soglia. Maggiore è il consumo di alcol, più elevato è il rischio.

Un moderato consumo di alcol sembra ridurre il rischio di malattie cardiache, anche se è attualmente oggetto di discussione l'entità della riduzione del rischio ed il livello di consumo alcolico per cui tale riduzione possa verificarsi. Da importanti studi sull'argomento, che prendono in esame anche eventuali fattori confondenti, risulta che il minor livello di rischio è registrabile ai più bassi livelli di consumo alcolico. La riduzione del rischio più elevata viene osservata per un consumo medio di 10 grammi di alcol giornaliero. Al di sopra dei 20 grammi al giorno il rischio di patologie coronariche aumenta. Sembra che sia l'alcol a ridurre il rischio di malattie cardiache piuttosto che uno specifico tipo di bevanda alcolica. Il consumo episodico di quantità elevate di alcol aumenta il rischio di aritmie cardiache e di morte coronarica improvvisa.

Il rischio legato alla mortalità alcol-correlata è il risultato del bilancio tra l'aumento del rischio di malattie ed infortuni e la lieve riduzione del rischio di patologie cardiache. Questo equilibrio mostra che, fatta eccezione per gli individui più anziani, il consumo di alcol non è privo di rischi. Il livello di consumo di alcol con il rischio di mortalità più basso è pari a zero grammi, o vicino allo zero, per le donne di età inferiore ai 65 anni, e minore di 5 grammi di alcol al giorno per le donne di età uguale o superiore a 65. Per gli uomini, il livello di consumo di alcol con il più basso rischio di morte è pari a zero grammi sotto i 35 anni, pari a 5 grammi al giorno per gli uomini di mezza età e meno di 10 grammi al giorno per gli ultrasessantacinquenni.

Ridurre il consumo alcolico o smettere di bere produce benefici sullo stato di salute. L'eliminazione dell'alcol causa un'inversione completa del rischio per tutte le patologie correlate. Anche nelle patologie croniche, quali la cirrosi epatica o la depressione, la riduzione o la cessazione del consumo di alcol sono associate ad un rapido miglioramento delle condizioni fisiche.

Poiché l'alcol è coinvolto in una grande varietà di problemi di salute fisica e mentale in modo proporzionale alla quantità assunta, è fondamentale che i professionisti impegnati nell'assistenza sanitaria primaria individuino i soggetti adulti con un consumo a rischio o dannoso. Inoltre, visto che l'assistenza sanitaria primaria si occupa del trattamento delle più comuni condizioni fisiche e mentali, è necessario riconoscere e gestire quelle causate dall'alcol. E' infine di particolare importanza ridurre il rischio di danni causati agli altri.

Identificazione del consumo a rischio e dannoso di alcol

Un approccio realmente preventivo può realizzarsi solo attraverso lo screening del consumo alcolico a rischio o dannoso, compresa la rilevazione del consumo eccessivo episodico, rivolto a tutti i pazienti adulti. Nel caso in cui tale approccio non sia perseguibile, un'ipotesi più facilmente realizzabile può essere quella di limitare lo screening a situazioni specifiche o a gruppi di soggetti maggiormente a rischio. Questi gruppi dovrebbero includere i giovani di sesso maschile e di mezza età. Non ci sono indicazioni specifiche sulla frequenza con cui dovrebbe essere rilevato il consumo alcolico a rischio o dannoso, ma a meno che non sussistano ragioni clini-

Sommario

che specifiche, una rilevazione dovrebbe essere effettuata almeno ogni quattro anni.

Le domande più semplici da utilizzare sono quelle che riguardano il consumo di alcol. Le prime tre incluse nell'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, studiato per l'identificazione nell'ambito dell'assistenza primaria del consumo di alcol a rischio o dannoso, sono state approfonditamente testate e validate. La prima domanda riguarda la frequenza del consumo alcolico, la seconda la quantità di alcol assunto in media giornalmente e la terza la frequenza del consumo eccessivo episodico. L'identificazione del consumo alcolico dannoso o a rischio è più efficace se inserita nella pratica clinica e negli interventi di routine, come ad esempio, attraverso una richiesta sistematica: a tutti i nuovi pazienti al momento della registrazione, a tutti coloro che si presentano ad un controllo sanitario, a tutti i pazienti ambulatoriali di sesso maschile e di età compresa tra i 18 e i 44 anni. Dalle evidenze scientifiche disponibili, l'identificazione sistematica del consumo alcolico a rischio o dannoso non sembra avere alcuna reazione avversa, quale il disagio o l'insoddisfazione dei pazienti.

I pazienti di sesso maschile che riportano un punteggio uguale o superiore a 5 all'AUDIT-C, o che assumono 280 grammi di alcol o più a settimana, oppure le donne con un punteggio uguale o superiore a 4 all'AUDIT-C, o il cui consumo alcolico settimanale è di 140 grammi o più, saranno invitati a completare tutti i dieci quesiti dell'AUDIT, per una valutazione più approfondita.

Le analisi biochimiche specifiche per i disturbi alcol-correlati includono: gli enzimi ematici [γ -glutamilttransferasi (GGT) e aminottransferasi seriche], la transferrina desialata (CDT), il volume corpuscolare medio (MCV). Considerata la bassa sensibilità di tali test, la loro utilità nell'ambito di una campagna di screening è limitata in quanto identificano solo una piccola proporzione di pazienti con consumo alcolico a rischio o dannoso.

Efficacia degli interventi brevi

È stato dimostrato che un intervento minimo (basato su consigli in forma breve) da parte del medico dovrebbe essere attuato sui pazienti di entrambi i sessi con punteggi all'AUDIT da 8 a 15, o con un consumo alcolico settimanale \geq a 280 grammi per gli uomini e \geq a 140 grammi per le donne. Un punteggio all'AUDIT tra 8 e 15 di solito è indicativo di un consumo a rischio, ma può anche riferirsi a soggetti che bevono in modo dannoso o sono alcolodipendenti.

L'intervento minimo ("simple advice" o "brief advice") può essere articolato come segue:

- comunicare il rischio al paziente (feedback);
- fornire informazioni sui pericoli legati alla prosecuzione di un consumo alcolico;
- elicitare il paziente nell'individuare un obiettivo da perseguire al fine di modificare le proprie abitudini (goal setting);
- fornire avvertenza sui limiti per ridurre la quantità di alcol al di sotto dei 280 grammi a settimana per gli uomini e dei 140 grammi per le donne;
- incoraggiare i pazienti spiegando loro che consumo a rischio non significa dipendenza dall'alcol e che le proprie abitudini alcoliche possono ancora cambiare.

Un intervento breve dovrebbe essere attuato nei pazienti di sesso maschile con

punteggio all'AUDIT da 16 a 19 o con consumo alcolico \geq a 350 grammi a settimana e alle donne con consumo alcolico \geq a 210 grammi a settimana. Sebbene alcuni dei pazienti con un punteggio all'AUDIT tra 16 e 19 possano rientrare nei criteri dell'alcoldipendenza, potranno beneficiare ugualmente dell'intervento.

L'intervento breve (talora descritto come "brief counselling") può essere articolato come segue:

- fornire consigli in forma breve come descritto nel paragrafo precedente;
- individuare in quale stadio del ciclo di cambiamento il paziente si trovi e adeguare gli interventi alla disponibilità al cambiamento. È importante considerare che, nel caso in cui il paziente sia nello stadio di precontemplazione, l'intervento dovrebbe essere focalizzato maggiormente sul comunicare il rischio al paziente per motivarlo all'azione; nel caso in cui, invece, il paziente abbia già preso in considerazione la possibilità di prendere provvedimenti (stadio di contemplazione) andranno enfatizzate le motivazioni del soggetto nella direzione del cambiamento, i vantaggi del farlo, i rischi di ritardare ed il modo in cui fare il primo passo; infine, se il paziente è già pronto all'azione, allora si faciliterà il paziente a fissare degli obiettivi e ad assumersi l'impegno di smettere di bere;
- fornire materiale informativo;
- programmare un follow-up, in cui le strategie finalizzate a stabilire, raggiungere e mantenere obiettivi specifici debbono essere fissate fin dall'inizio, tenendo presente che, se il paziente continua per diversi mesi ad avere difficoltà nel raggiungere e mantenere i risultati prefissati, si dovrà prendere in considerazione l'opportunità di ricorrere ad un tipo di intervento più esteso e specialistico.

Interventi brevi della durata di 10-15 minuti, volti a ridurre il consumo di alcol a rischio o dannoso (ma non con dipendenza da alcol), si sono dimostrati efficaci negli ambiti di assistenza sanitaria primaria. È necessario attuare l'intervento su otto soggetti per ottenere benefici su un paziente. Ciò si correla positivamente con interventi analoghi da parte di medici di medicina generale sui fumatori, in cui, per ottenere risultati positivi su un soggetto, è necessario trattarne 20. Esistono scarse evidenze di un effetto dose-risposta; gli interventi estesi (con tempi più prolungati e/o con più sedute) non sembrano avere una maggiore efficacia rispetto agli interventi brevi. È dimostrato che la durata dell'efficacia si protrae per un anno e potrebbe essere mantenuta fino a quattro anni.

Gli interventi brevi sembrano essere ugualmente efficaci negli uomini e nelle donne, nei giovani e negli anziani, di efficacia maggiore in situazioni meno gravi. I risultati disponibili ad oggi suggeriscono che gli interventi nel corso della gravidanza hanno un effetto limitato.

Non vi è alcuna evidenza che gli interventi possano avere effetti controproducenti, quali il disagio o l'insoddisfazione dei pazienti.

Costi ed efficacia degli interventi brevi

Si stima che, nell'Unione Europea, l'avviamento e la gestione di un programma per l'identificazione e l'intervento breve comporterebbe un costo medio di € 2200 per 1.000 pazienti trattati da medici di base in un anno. È stato anche stimato che gli interventi brevi sul consumo alcolico dannoso o a rischio a livello di assistenza primaria sono i più economici tra quelli che portano ad un reale miglioramento dello stato di salute comportando un costo di € 1.900 per anno di malattia o morte prematura evitata. In altre parole, per un operatore di assistenza sanitaria primaria,

Sommario

decidere di avviare una nuova attività e dedicare 10 minuti di consigli in forma breve ai pazienti con consumo alcolico a rischio o dannoso, rappresenta in assoluto il modo più vantaggioso per i suoi pazienti di ottenere benefici in termini di salute.

Implementazione dei programmi di identificazione e di intervento breve

Un pre-requisito essenziale per il coinvolgimento del personale sanitario impegnato nell'assistenza sanitaria primaria per quanto concerne le problematiche relative all'alcol è quello di offrire loro il supporto necessario, soprattutto in caso di difficoltà e per assicurare una crescita professionale continua. I medici che operano in una dimensione di lavoro basata sulla collaborazione hanno un atteggiamento più positivo rispetto all'impegno professionale sull'alcol e riescono a gestire un numero maggiore di pazienti.

Provvedere alla formazione e fornire un addestramento basato su esercitazioni pratiche, seppure limitato ad un'unica esercitazione ed alla disponibilità di un'eventuale consulenza telefonica, migliora di circa la metà le prestazioni degli operatori dell'assistenza sanitaria primaria impegnati in attività di identificazione e intervento breve, mentre le sole linee guida hanno scarsi risultati. Provvedere alla formazione e fornire materiali di supporto specifico si rivelano efficaci, ma fornire entrambe sembra essere più efficace. Un supporto più intensivo non sembra dare risultati migliori.

Affinchè tale supporto dia frutti nel tempo e non si riveli controproducente, è necessario modularlo sui bisogni e le attitudini del medico. Per migliorare l'esperienza e l'efficacia dei medici di base impegnati nei problemi alcol-correlati, sono necessari tanto la formazione e l'addestramento, quanto la creazione di un ambiente di lavoro collaborativo, in grado di migliorare il senso di fiducia in sé stessi ed il coinvolgimento. La disponibilità di aiuto specialistico è in grado di migliorare l'attività degli operatori di assistenza primaria e secondaria, in quanto, in caso di difficoltà, potranno far ricorso alla consulenza e all'assistenza specializzata.

In considerazione dell'efficacia e dell'ottimo rapporto costi-benefici, i servizi e le aziende sanitarie dovrebbero destinare fondi ai programmi di identificazione e di intervento breve per la riduzione del consumo di alcol a rischio o dannoso nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria. E' stato stimato che se la diffusione di questi interventi venisse estesa al 25% della popolazione a rischio nell'Unione Europea, i decessi prematuri e le disabilità alcol-correlati diminuirebbero del 9%, a fronte di una spesa totale annua inferiore a € 800.000. Nell'ambito del progetto PHEPA è stato elaborato uno strumento per la valutazione dell'efficienza dei servizi di assistenza sanitaria primaria rivolti al consumo di alcol a rischio o dannoso.

Valutazione dei danni alcol-correlati e dell'alcoldipendenza

Tanto i pazienti con consumo alcolico a rischio, quanto quelli per i quali ci sia il sospetto clinico di un consumo dannoso o di alcoldipendenza, possono trarre benefici da una valutazione approfondita. Lo strumento iniziale da utilizzare è l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, composto da 10 domande. Punteggi \geq a 20 all'AUDIT sono indicativi di dipendenza da alcol per la quale potrebbe rendersi necessario un intervento specialistico per la valutazione diagnostica ed il trattamento del paziente. Il livello di alcoldipendenza può essere misurato attraverso il Composite International Diagnostic Interview (CIDI) dell'OMS, costituito da sette domande per la misura-

zione dell'alcoldipendenza; la diagnosi può essere posta in caso di risposta affermativa a quattro o più di esse. Spesso l'alcol induce livelli elevati di GGT, aminotransferasi seriche ed MCV. Dal momento che questi esami fanno parte di una batteria di test biochimici di routine, la presenza di livelli elevati dovrebbe mettere in guardia il medico circa la possibile diagnosi di consumo alcolico dannoso o di alcoldipendenza.

Gestione dei sintomi della crisi di astinenza

Gli individui fisicamente dipendenti dall'alcol sono esposti al rischio di crisi di astinenza nel corso delle 6-24 ore successive all'ultima dose di alcol ingerita. Come trattamento di primo intervento si consigliano le benzodiazepine come farmaci più accessibili e fruibili per la gestione della sindrome d'astinenza.

Gestione dell'alcoldipendenza

Molte persone con dipendenza da alcol raggiungono risultati migliori se gestiscono il loro problema in prima persona e non tutti richiedono trattamenti specialistici, anche se per molti soggetti si rivelano utili. Gli alcol-dipendenti possono essere gestiti in ambito di assistenza sanitaria primaria, solo se: si impegnano ad astenersi dall'alcol pur non riconoscendo la loro alcoldipendenza; rifiutano il ricorso a centri specialistici; non hanno gravi complicazioni psichiche, sociali o fisiche. Sono da indirizzare al trattamento specialistico gli alcol-dipendenti per i quali risultano falliti precedenti tentativi di trattamento; in presenza di complicazioni gravi o rischio di astinenza di grado moderato severo; in caso di grave patologia fisica o co-morbidità psichiatrica; quando il trattamento non può essere gestito in ambito di assistenza sanitaria primaria.

Il trattamento specialistico comprende l'approccio comportamentale e la farmacoterapia. Lo sviluppo di abilità sociali (Social Skills Training-STT), l'approccio di comunità o di gruppo e la terapia di coppia sono i metodi più vantaggiosi, soprattutto quando enfatizzano sull'auto-efficacia, la capacità del soggetto di smettere di bere o ridurre la quantità, attraverso l'apprendimento di tecniche di auto-determinazione, il rafforzamento motivazionale ed anche il potenziamento del sistema di supporto al soggetto. Di provata efficacia sono anche l'acamprosato e l'antagonista degli oppiacei il naltrexone. I metodi inefficaci sono quelli che mirano ad istruire, confrontare, spaventare, oppure tendono ad indagare l'origine e le cause interiori della dipendenza da alcol, così come priva di efficacia è l'introduzione forzata negli Alcolisti Anonimi. Ci sono poche evidenze per affermare che il risultato del trattamento possa essere migliorato combinando trattamenti diversi.

Non è ancora chiaro quale possa essere il modello migliore di interazione tra assistenza primaria e strutture specialistiche, sebbene l'integrazione sembri portare a risultati migliori di quelli ottenibili dalla separazione dei due servizi. Poiché il follow-up è in grado di ridurre il rischio di recidive, è molto importante che gli operatori dell'assistenza sanitaria primaria mantengano nel tempo i contatti con i pazienti che hanno terminato il trattamento per dipendenza da alcol presso strutture specialistiche.

1. Introduzione

L'Unione Europea è nel mondo la regione con la più elevata proporzione di consumatori di bevande alcoliche e con i più alti livelli di consumo. (Anderson et al. 2005). L'alcol è, in ordine di rilevanza, il terzo fattore di rischio per malattia e morte prematura dopo il fumo e l'ipertensione, più rilevante dell'ipercolesterolemia e del sovrappeso, tre volte più importante del diabete e cinque volte più dell'asma (World Health Organization 2002). L'alcol è la causa di uno su 14 casi di malattia e di morte prematura che colpiscono l'Unione Europea (Anderson et al. 2005). Oltre ad essere una droga in grado di indurre dipendenza ed essere la causa di circa 60 differenti condizioni di malattia ed infortunio, l'alcol è responsabile di danni sociali, mentali ed emotivi, compresi la criminalità e le violenze in ambito familiare, che ogni anno costano all'Unione Europea circa 124 miliardi di Euro di oneri tangibili (Baumberg & Anderson 2005). L'alcol non danneggia soltanto chi lo consuma ma anche coloro i quali lo circondano e tra questi i nascituri, i bambini, i membri adulti della famiglia, le vittime della criminalità, delle violenze e degli incidenti stradali dovuti alla guida in stato di ebbrezza.

Circa 55 milioni di adulti europei – il 15% della popolazione adulta – ha una modalità di consumo di alcol definito "a rischio" (un consumo regolare medio di 20-40 g di alcol al giorno per le donne e 40-60 g al giorno per gli uomini) con un indice di mortalità del 3.5 - 4.8 per mille nelle donne e del 3.7 - 8.1 per mille negli uomini (Chisholm et al. 2004). Di questi circa 20 milioni, dunque il 6% della popolazione adulta dell'UE, ha una modalità di consumo di alcol definito "dannoso" (un consumo regolare medio di oltre 40 g al giorno per le donne e oltre 60 g al giorno per gli uomini). Complessivamente la frequenza media dei casi di consumo eccessivo episodico (detto anche "*binge drinking*"), in Europa, è di circa una volta al mese, il che rappresenta il 10-60% delle occasioni di consumo d'alcol per gli uomini e circa la metà per le donne (Anderson et al. 2005). Circa 118 milioni di cittadini europei hanno almeno un episodio di *binge drinking* al mese, il che significa poco meno di un adulto su 3. Il 5% degli uomini adulti e l'1% delle donne adulte sono alcol dipendenti; in altre parole, ogni anno 23 milioni di persone sono dedite all'alcol (Anderson et al. 2005).

Gli operatori impegnati nell'assistenza sanitaria primaria hanno la responsabilità di identificare e di intervenire nei casi di consumo rischioso o dannoso (Babor & Higgins-Biddle 2001). L'identificazione e l'intervento breve sul consumo di alcol in questo ambito di assistenza rappresentano un'opportunità per comunicare ai pazienti i rischi derivanti da un consumo rischioso e dannoso di alcol. La raccolta di informazioni riguardanti i livelli e la frequenza dei consumi di alcol può influire sulla diagnosi delle condizioni di salute del paziente, inducendo il medico ad intervenire nei riguardi di coloro che dichiarino un consumo di alcol in grado di influire negativamente sull'azione dei farmaci assunti o su altre terapie in atto. Di assoluta rilevanza per l'attuazione di programmi finalizzati all'identificazione ed all'intervento breve del consumo rischioso e dannoso di alcol è il fatto che gli individui che non hanno ancora sviluppato dipendenza da alcol, possono ridurre o smettere di

bere ricevendo un'assistenza adeguata ed un supporto idoneo.

Molti operatori dell'assistenza sanitaria primaria incontrano frequentemente difficoltà ad accertare il consumo di alcol e ad informare i pazienti. Tra le ragioni indicate più spesso ci sono la mancanza di tempo, la formazione professionale inadeguata, il timore di mettersi in contrasto con il paziente, la percezione di un'incompatibilità tra l'intervento breve sull'alcol e l'assistenza sanitaria primaria (Beich et al. 2002) e la convinzione che i pazienti con problemi di alcoldipendenza non rispondono agli interventi (Roche & Richard 1991; Roche et al. 1991; Roche et al. 1996; Richmond & Mendelsohn 1998; McAvoy et al. 1999; Karner et al. 1999; Cornuz et al. 2000; Aalto et al. 2001; Kaariainen et al. 2001).

Lo scopo di queste linee guida è quello di riassumere l'evidenza del danno alcol-correlato e le modalità di gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol negli ambiti di prevenzione primaria. Le linee guida non sono un manuale per il trattamento dell'alcoldipendenza. Tuttavia esse descrivono anche l'alcoldipendenza ed il modo di gestirla, al fine di fornire agli operatori dell'assistenza primaria, adeguate conoscenze per fronteggiare i casi più problematici che richiedono un supporto specialistico.

Gli interventi brevi sul consumo rischioso e dannoso di alcol hanno un alto grado di efficacia e un ottimo rapporto costi-benefici. Se venissero realizzati ad ampio raggio in tutta Europa, raggiungendo anche solo ¼ degli adulti con consumo rischioso e dannoso di alcol, circa il 9% di tutti i casi di malattia e morte prematura provocati dall'alcol nell'UE potrebbero essere evitati al costo relativamente basso di 740 milioni di Euro per l'intera UE (Anderson et al. 2005).

Le linee guida sono state redatte a livello europeo, nell'ambito del progetto PHEPA (Primary Health Care European Project on Alcohol), coinvolgendo 17 Paesi europei, con il cofinanziamento della Commissione Europea e il coordinamento del Dipartimento della Salute del Governo della Catalonia, e costituiscono la cornice entro cui sviluppare politiche specifiche e direttive nazionali e regionali volte all'identificazione e alla riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol in ambito di assistenza primaria.

Nell'appendice 1 sono riassunte indicazioni su come attuare l'identificazione precoce e l'intervento breve basate sul manuale dell'OMS sul consumo rischioso e dannoso di alcol (Babor & Higgins-Biddle 2001).

Per ulteriori informazioni e per la versione elettronica Italiana del manuale si veda http://www.gencat.net/salut/phepa/units/phepa/pdf/italian_training_programme.pdf. Per ulteriori consultazioni in ambito nazionale sul tema dell'alcol e delle problematiche alcol-correlate si veda www.epicentro.iss.it.

1. Introduzione

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.

Anderson, P., Baumberg, B. & McNeill, A. (2005). Alcohol in Europe. Report to the European commission.

Babor, T.F. & Higgins-Biddle, J. C. (2001) Brief Intervention For Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care Geneva: World Health Organization.

Baumberg, B. & Anderson, P. (2005) The social cost of alcohol to Europe. In corso di pubblicazione

Beich, A., Gannik, D. & Malterud, K. (2002) Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *British Medical Journal*, 325: 870-872.

Chisholm, D., Rehm, J., Van Ommeren, M. & Monteiro, M. (2004) Reducing the Global Burden of Hazardous Alcohol Use: a Comparative Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of Studie on Alcohol*, 56 (6): 782-93.

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.

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. (1999) Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol Alcohol*, 34: 559-66.

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.

World Health Organization (2002) The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva; World Health Organization.

2. Preparazione delle linee guida

Scopo principale di queste linee guida è aggiornare gli operatori dell'assistenza sanitaria primaria sull'evidenza del danno alcol-correlato e sulle modalità di gestione del consumo a rischio e dannoso. Questo testo è basato sulla rassegna delle principali evidenze scientifiche e sull'esperienza di una *task force* appositamente costituita per la loro definizione. Ove possibile, le linee guida trovano fondamento nei risultati dei progetti di ricerca più appropriati. In caso di mancanza di evidenze, le raccomandazioni si basano su quanto ritenuto appropriato in termini di esperienza clinica specifica. Ogni capitolo contiene un riepilogo dei dati. L'intenzione è quella di fornire indicazioni per un orientamento, per l'educazione e lo sviluppo professionale. Le presenti linee guida non intendono sostituire quelle già esistenti a livello nazionale; il loro obiettivo è piuttosto quello di stimolare lo sviluppo e l'applicazione di linee guida in tutti i Paesi.

Intento delle linee guida. Scopo principale delle presenti linee guida è quello di fornire agli operatori dell'assistenza sanitaria primaria informazioni aggiornate e basate sull'evidenza, relativamente a come e perché identificare e intervenire su soggetti con consumo rischioso e dannoso di alcol. L'informazione si rende necessaria a fronte delle dimensioni e dell'importanza del danno alcol-correlato, nonché delle differenze nella pratica medica europea e spesso, della mancanza di pratica nel soccorso ai pazienti con consumo rischioso e dannoso di alcol.

Destinatari delle linee guida. Le presenti linee guida sono rivolte a tutto il personale del servizio sanitario primario (medico e infermieristico) che assiste pazienti con consumo rischioso e dannoso di alcol. Destinatari potranno anche essere gli educatori e gli addetti alla valutazione dei servizi sanitari primari che desiderino conoscere i modi e le ragioni di un intervento efficace.

Elaborazione delle linee guida. Le presenti linee guida sono basate sulla rassegna delle evidenze scientifiche disponibili sui danni e sull'efficacia degli interventi, e sull'esperienza di una *task force* appositamente costituita dal progetto PHEPA per la loro elaborazione. La fase d'identificazione dei contributi di ricerca ha compreso la ricerca di meta-analisi e rassegne nelle maggiori banche dati, la ricerca manuale sulle principali riviste specializzate, la ricerca in bibliografie online ed i contatti con i più importanti ricercatori e centri di ricerca, per ottenere ulteriori informazioni utili. Tra le banche dati analizzate citiamo Medline, Psychinfo e il Cochrane Database of Systematic Reviews. Ci siamo basati in gran parte su pubblicazioni della Commissione Europea, dell'OMS e del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism degli Stati Uniti (per la bibliografia si rimanda ai singoli capitoli).

Livelli di evidenza e forza delle raccomandazioni. Le organizzazioni dedicate alla stesura di linee guida classificano la qualità dei dati disponibili e la forza

2. Preparazione delle linee guida

delle raccomandazioni che ne derivano. Ogni organizzazione adotta un sistema leggermente diverso dall'altro e attualmente non esiste alcun sistema universalmente accettato. Sebbene il livello preferito di evidenza sia quello delle rassegne scientifiche sistematiche e delle metanalisi¹ di studi epidemiologici e di sperimentazioni cliniche controllate (*clinical trials*), questi non sono disponibili per tutti gli argomenti da trattare. Quando le rassegne sistematiche e le metanalisi non sono disponibili, gli autori delle linee guida optano per le sperimentazioni cliniche controllate come livello successivo di evidenza². Le sperimentazioni cliniche controllate permettono ai ricercatori di concludere sulla superiorità di un trattamento testato rispetto ad un altro e rispetto ad un gruppo di soggetti non trattato. Quando le sperimentazioni cliniche controllate non sono disponibili, gli autori optano per studi comparativi, studi non analitici e opinioni di esperti, in ordine decrescente di evidenza. Poiché il progetto PHEPA non si è costituito formalmente come un gruppo di elaborazione di linee guida, abbiamo deciso di non stabilire una scala per valutare la forza delle nostre raccomandazioni, analoga a quella stabilita da altri autori di linee guida, ma piuttosto di elaborare raccomandazioni coerenti con altre pubblicazioni, basate sulle opinioni di esperti appartenenti al progetto PHEPA nel suo complesso. L'intero processo di elaborazione è stato controllato e ritenuto coerente con il modello AGREE (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*) (AGREE Collaboration 2001).

Bibliografia

AGREE Collaboration (2001) Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. Disponibile su: <http://www.agreecollaboration.org>.

¹ La metanalisi è una tecnica statistica che combina un certo numero di singoli studi o esperimenti per aumentare complessivamente l'efficacia e la certezza dei risultati.

² La definizione di "sperimentazioni cliniche controllate" si riferisce agli studi che comprendono almeno un gruppo in trattamento e un gruppo di controllo, quest'ultimo solitamente non trattato o sottoposto a placebo. Lo studio utilizza dati rilevati sia prima che dopo il trattamento, e i partecipanti sono assegnati casualmente ai gruppi. Alcuni esperimenti adottano anche il sistema del 'doppio cieco', in cui né i partecipanti né i ricercatori sono a conoscenza di chi sta ricevendo quale trattamento, oppure il sistema del 'cieco singolo', in cui solo i partecipanti o solo i ricercatori sanno chi sta ricevendo quale trattamento.

3. Descrizione del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati

Riassunto

1. Come descrivere il consumo di alcol?

È possibile descrivere il consumo di alcol in termini di grammi di alcol ingeriti oppure in termini di bevande standard, considerando che, in Europa, una bevanda standard contiene solitamente 10-12 g di alcol puro.

2. Come definire il consumo di alcol rischioso e dannoso e l'alcoldipendenza?

Per consumo rischioso di alcol si intende un consumo o caratteristiche del consumo che, in persistenza dell'abitudine a bere, sono probabilmente destinate a determinare un danno; l'OMS descrive tale condizione come un consumo medio regolare di 20-40 g di alcol al giorno per le donne e di 40-60 g al giorno per gli uomini. Il consumo dannoso è definito come una "modalità di consumo che arreca danno alla salute, sia fisica che psichica"; la definizione dell'OMS lo quantifica come consumo medio regolare di oltre 40 g di alcol al giorno per le donne e di oltre 60 g di alcol per gli uomini. Il consumo eccessivo episodico (talvolta denominato "*binge drinking*"), che può essere particolarmente dannoso per alcuni tipi di malattie, può essere quantificato come un consumo di almeno 60 g di alcol in un'unica soluzione. L'alcoldipendenza è un insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui, per un dato individuo, l'assunzione di alcol riveste una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza rivestivano un valore maggiore.

3. Esiste una relazione di continuità tra consumo rischioso e dannoso di alcol e alcoldipendenza?

Tra consumo di alcol, rischioso e dannoso e alcoldipendenza esiste una relazione di continuità. Non si tratta di entità prefissate: nel corso della vita gli individui possono muoversi in avanti o indietro su questa linea di continuità.

Raccomandazioni

1. L'unità di misura preferita a livello scientifico è quella dei grammi di alcol; a livello dell'assistenza sanitaria di base è invece la bevanda standard.
2. Le espressioni preferite per descrivere le modalità del consumo rischioso e dannoso di alcol sono consumo rischioso di alcol, consumo dannoso di alcol, consumo eccessivo episodico e alcoldipendenza, piuttosto che termini come abuso o cattivo uso di alcol e alcolismo.

3. Descrizione del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati

3.1. Come descrivere il consumo di alcol?

Gli operatori dell'assistenza sanitaria primaria possono descrivere il consumo d'alcol dei loro pazienti sia in termini di "grammi di alcol ingerito" che in termini di "bicchieri standard", tenendo conto del fatto che in Europa un bicchiere standard contiene mediamente circa 10-12 g di alcol puro (Turner 1990).

In ambito scientifico, per facilitare la comparazione dei dati a livello internazionale, è auspicabile che le quantità di alcol ingerito siano espresse in grammi di alcol puro.

L'uso dei bicchieri standard semplifica la valutazione del consumo di alcol e può essere adottato sistematicamente nelle strutture dell'assistenza sanitaria primaria, nei centri traumatologici, nel pronto soccorso e in pazienti ricoverati in ambito ospedaliero.

Ad ogni modo, poiché sussistono differenze nazionali, il contenuto alcolico dei bicchieri standard dovrebbe essere definito in ogni paese in base a ricerche scientifiche, e non soltanto per consenso generale.

Utilizzare il concetto di bicchiere standard presenta indubbi vantaggi e svantaggi:

- Il contenuto di alcol delle bevande varia enormemente, dall'1% ad oltre il 45% (da 1° a oltre 45° di gradazione), cosa che può facilmente determinare errori di valutazione;
- Lo stesso tipo di bevanda può essere confezionato in tipi diversi di recipienti, con differenti quantità di alcol contenuto;
- Lo stesso tipo di bevanda può presentare una diversa concentrazione di alcol a seconda di dove e come sia stata prodotta;
- I bicchieri standard variano da paese a paese;
- Nella maggior parte dei paesi il contenuto alcolico di un bicchiere standard è stato stabilito per convenzione, senza una previa ricerca scientifica.

L'OMS (Babor & Higgins-Biddle 2001) ha stabilito in circa 13 grammi di alcol il contenuto di un bicchiere standard. Questa convenzione è analoga a quella adottata negli Stati Uniti, mentre la maggior parte dei Paesi Europei considera il contenuto di un bicchiere standard in un range che varia tra 10 ed i 12 grammi di alcol (Turner 1990).

In Italia un bicchiere standard contiene convenzionalmente 12 grammi di alcol corrispondenti ad una delle seguenti quantità:

330 ml di birra al 4.5% (4.5 gradi alcolici)
125 ml di vino al 12% (12 gradi alcolici)
80 ml di aperitivo o cocktail al 18% (18 gradi alcolici)
40 ml di liquore al 36% (36 gradi alcolici)

3.2. Come definire il consumo di alcol rischioso e dannoso e l'alcoldipendenza?

Consumo a rischio di alcol

Per consumo di alcol a rischio si intende un livello di consumo o una modalità del bere che possono determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini (Babor et al. 1994). Non c'è accordo sul livello di consumo d'alcol da considerarsi rischioso e, come emerge per molte situazioni descritte nel capitolo 4, ogni livello di consumo d'alcol comporta un rischio. Una definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità lo descrive come un consumo giornaliero medio di oltre 20 g di alcol puro per le donne e di oltre 40 g per gli uomini (Rehm et al. 2004).

Consumo dannoso di alcol

Il consumo dannoso viene definito come "una modalità di consumo alcolico che causa danno alla salute, a livello fisico (come la cirrosi epatica) o mentale (come la depressione da assunzione di alcol)" (World Health Organization 1992). Basandosi su dati epidemiologici che pongono in relazione il consumo di alcol e i danni alla salute (si veda il capitolo 4), l'OMS ha adottato come definizione del consumo dannoso di alcol un'assunzione media giornaliera di oltre 40 g di alcol per le donne e di oltre 60 g per gli uomini (Rehm et al. 2004).

Intossicazione

L'intossicazione si definisce come uno stato di deficit funzionale a carico delle attività psicologiche e psicomotorie, dalla durata più o meno breve e indotto dalla presenza di alcol nel corpo (World Health Organization 1992) anche a livelli di consumo molto bassi (Eckardt et al. 1998). L'intossicazione non è sinonimo di binge drinking - 'consumo eccessivo episodico'.

Consumo eccessivo episodico

Si può definire consumo eccessivo episodico l'assunzione di almeno 60 g di alcol in un'unica occasione (World Health Organization 2004). In termini non scientifici esso è spesso denominato binge drinking.

Alcoldipendenza

La Classificazione Internazionale ICD-10 - *Classification of Mental and Behavioural Disorders* elaborata dall'OMS nel 1992, definisce l'alcoldipendenza come un insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui il consumo di alcol riveste per l'individuo una priorità crescente, rispetto ad abitudini che in precedenza erano più importanti. Caratteristica centrale è il desiderio (spesso molto forte, talvolta percepito come insopportabile) di bere. Riprendere a bere dopo un periodo di astinenza determina spesso la rapida ricomparsa dei sintomi della sindrome, descritti nella Tabella 3.1.

3. Descrizione del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati

Tabella 3.1. ICD-10 – Criteri diagnostici per l'alcoldipendenza

La diagnosi di alcoldipendenza dovrebbe essere posta solo nel caso in cui negli ultimi 12 mesi si siano verificate contemporaneamente tre o più delle seguenti condizioni:

1. Forte desiderio o spinta compulsiva ad assumere alcol.
2. Difficoltà a controllarsi riguardo ad inizio, termine o livello di assunzione alcolica.
3. Stato di astinenza fisica se si smette di bere o si riduce la quantità (es. tremore, sudore, tachicardia, ansietà, insonnia, oppure, più raramente, attacchi epilettici, disorientamento, o allucinazioni), oppure bere per stare meglio o per evitare sintomi di astinenza.
4. Aumentata tolleranza, tale che per ottenere effetti originariamente prodotti da dosi inferiori è necessario aumentare le dosi.
5. Abbandono progressivo di interessi o piaceri alternativi ed aumento del tempo dedicato a procurarsi o assumere alcol, oppure a riprendersi dai suoi effetti.
6. Persistere nell'utilizzo di alcol nonostante la consapevolezza delle conseguenze francamente dannose, come i danni al fegato, gli stati di umore depresso conseguenti a periodi di consumo elevato di alcolici, o il deterioramento delle funzioni cognitive alcol-correlato.

Definizioni ambigue di cui si sconsiglia l'uso. Di seguito è riportata una serie di definizioni poco chiare che non vengono utilizzate nel documento:

- **Assunzione moderata.** Il documento evita accuratamente l'uso della parola 'moderato', in quanto definizione imprecisa di una modalità di consumo che si intende implicitamente in opposizione a quella del consumo pesante. Sebbene comunemente denoti un tipo di assunzione che non genera problemi (e dunque significa non bere fino all' 'eccesso'), non ha una definizione chiara. Una descrizione migliore potrebbe essere quella di *assunzione a rischio minore*.
- **Consumo sensibile, consumo responsabile e consumo sociale.** Modalità impossibili da definire e che dipendono da valori sociali, culturali ed etici che possono differire enormemente da una nazione all'altra, da una cultura o da un'epoca all'altra.
- **Consumo eccessivo.** È attualmente un'espressione da abbandonare usata per indicare una modalità di consumo considerata eccessiva rispetto ad un certo standard di consumo leggero. L'espressione da privilegiare ed accettata nell'uso corrente è quella di *consumo a rischio* (o *rischioso*).
- **Alcolismo.** È espressione usata da molto tempo e di significato variabile, solitamente scelta per indicare l'assunzione continua e cronica di alcol, oppure il consumo periodico caratterizzato da una minore capacità di controllo sull'assunzione, frequenti episodi di intossicazione, preoccupazione costante dell'alcol e ricorso all'alcol di fronte a situazioni difficili. L'imprecisione del termine ha portato un Comitato di Esperti dell'OMS a rigettarne l'uso e a privilegiare la formulazione più circostanziata di 'sindrome da alcoldipendenza' come un fenomeno tra una vasta gamma di problemi alcol correlati (Edwards & Gross 1976; World Health Organization 1980).

3. Descrizione del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati

Non è peraltro incluso come entità diagnostica nell'ICD-10; il termine da privilegiare è *alcoldipendenza*.

- **Abuso di alcol** È espressione largamente usata ma dal significato variabile. Sebbene sia utilizzata nella classificazione DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association 1994), dovrebbe essere privilegiato, quando applicabile, il termine *dipendenza*. L'espressione viene usata talvolta con senso dispregiativo in riferimento a qualsiasi tipo di consumo di sostanze, in particolare di sostanze illecite. Per la sua ambiguità l'espressione non viene adottata nella classificazione ICD-10. *Consumo dannoso* e *rischioso* sono le espressioni equivalenti.
- **Uso inappropriato dell'alcol** È un'espressione che indica un consumo di alcol che contrasta con quanto prescritto dalla legge e dalla medicina, come nel caso dell'uso non a fini terapeutici delle prescrizioni mediche. Sebbene taluni preferiscano l'espressione 'uso inappropriato' a quella di 'abuso' perché considerata meno giudicatoria, essa è altrettanto ambigua. L'espressione equivalente è *consumo rischioso*.

3.3. Esiste una relazione di continuità tra consumo rischioso e dannoso di alcol e alcoldipendenza?

Tra consumo di alcol rischioso e dannoso e alcoldipendenza esiste una relazione di continuità. Il consumo di alcol spazia dall'astinenza, al consumo a rischio minore, al consumo rischioso, al consumo dannoso fino all'alcoldipendenza. Allo stesso modo i livelli di danno arrecato dall'alcol spaziano da nessun danno, al danno lieve fino al danno di grado severo. Il consumo di alcol ed il danno alcol-correlato non sono entità prefissate e gli individui, nel corso della loro vita, possono spostarsi in avanti o indietro nell'ambito di questo *continuum*, nonché entrare e uscire dalla dipendenza. Da uno studio americano condotto su soggetti alcol dipendenti, il 18% si è astenuto durante l'ultimo anno, un altro 18% ha avuto un consumo a basso rischio, il 12% è consumatore asintomatico a rischio con modalità di consumo che lo espongono a rischio di ricaduta, il 27% è in parziale remissione e il 25% risulta ancora dipendente (Dawson et al. 2005). Soltanto un quarto di tutte queste persone ha ricevuto una qualche terapia per l'alcoldipendenza.

L'eziologia ed il decorso del consumo dannoso e dell'alcoldipendenza sono in larga misura spiegati da fattori comportamentali, ambientali ed esistenziali (McLellan et al. 2000; Bacon 1973; Öjesjö 1981; Moos et al. 1990); possono essere definiti come disordini clinici di interazione ambientale (Curran et al. 1987; Pattison et al. 1977; Humphreys et al. 2002); rispondono prontamente a fattori politici ambientali, come il prezzo dell'alcol e la regolamentazione della sua disponibilità (Bruun et al. 1975; Edwards et al. 1994; Babor et al. 2003); alla terapia (Klingemann et al. 1992; Blomqvist 1998); l'impatto della terapia aumenta in concomitanza con efficaci politiche ambientali.

3. Descrizione del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. 4. ed. Washington DC: American Psychiatric Association
- Babor, T. et al. (2003) Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Oxford, Oxford University Press.
- Babor, T., Campbell, R., Room, R. & Saunders, J., (a cura di) (1994) Lexicon of Alcohol and Drug Terms, World Health Organization, Geneva.
- Bacon, S.D. (1973) The process of addiction to alcohol: social aspects. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 34: 1-27.
- Blomqvist, J. (1998) The Swedish model of dealing with alcohol problems: historical trends and future challenges. Contemporary Drug Problems, 25: 253-320.
- 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.
- 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.
- Dawson, D.A., Grant, B.F., Stinson, F.S., Chou, P.S., Huang, B. & Ruan, W.J. (2005) Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. Addiction, 100: 281-292.
- Eckardt, M.J., File S.E., Gessa, G.L., Grant, K.A., Guerri, C., Hoffman, P.L., Kalant, H., Koop, G.F., Li, T.K., Tabakoff, B. (1998) Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. Alcoholism, Clinical & Experimental Research, 22: 998-1040.
- Edwards, G. & Gross, M.M. (1976) Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. British Medical Journal, 1: 1058-1061.
- 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.
- Humphreys, K., & Tucker, J. (2002) Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. Addiction, 97: 126-132.
- 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.
- 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.

3. Descrizione del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati

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.

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

Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, T., Sempos, C.T., Frick, U. & Jernigan, D. (2004) Alcohol. In: WHO (ed), *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva: WHO.

Turner, C. (1990) How much alcohol is in a 'standard drink': an analysis of 125 studies. *British Journal of Addiction*, 85: 1171-6.

World Health Organization (1980) *Problems related to alcohol consumption*. Report of a WHO Expert Committee. Geneva. World Health Organization (WHO Technical Report Series, No.650).

World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2004) *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva, World Health Organization.

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