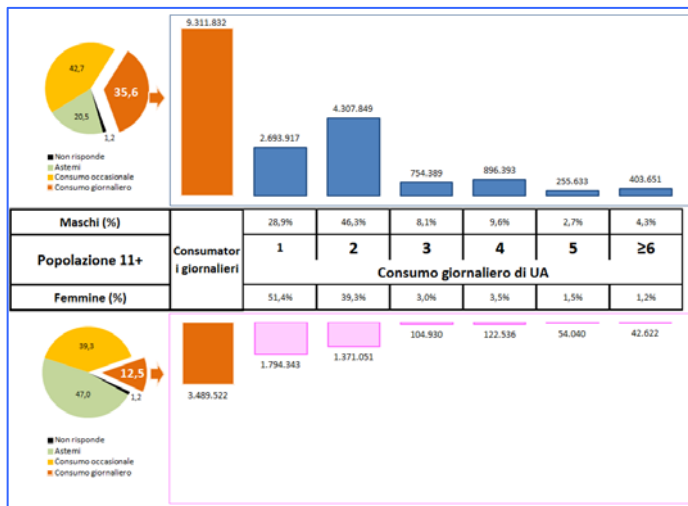


IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEL RISCHIO ALCOL-CORRELATO E INTERVENTO BREVE NEI CONTESTI DI ASSISTENZA SANITARIA. FAVORIRE LA FORMAZIONE PER GARANTIRE PREVENZIONE

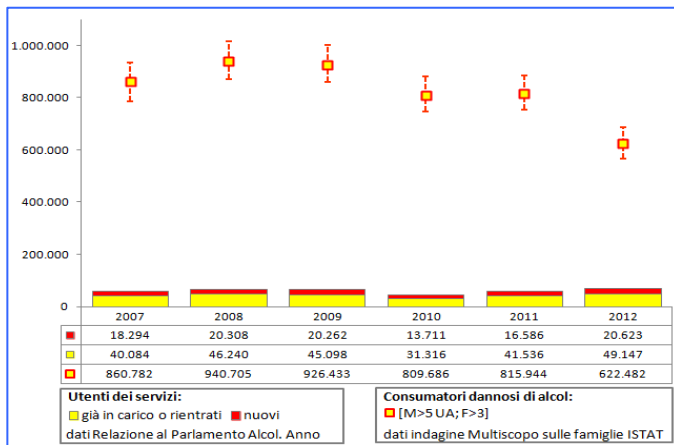
Il consumo di alcol rappresenta un importante problema di salute pubblica, responsabile in Europa del 3,8% di tutte le morti e del 4,6 % degli anni di vita persi a causa di disabilità (DALYs) attribuibili all'alcol. In Italia sono stimabili circa 8 milioni di consumatori a rischio e, sebbene l'Italia abbia ridotto significativamente i consumi attestandosi a **6,10 litri di alcol puro annuali pro/capite** tale riduzione non appare essere stata conseguita dai consumatori definibili **"heavy drinkers"**, bevitori pesanti, quelli in pratica che interpretano il bere secondo una modalità di **consumo dannoso di alcol** definito dall'OMS come una modalità di consumo che causa un danno alla salute attribuibile a un **consumo giornaliero e persistente di oltre 40 g di alcol per le donne e di oltre 60 g per gli uomini**. Dei circa **8 milioni di consumatori a rischio** di età superiore agli 11 anni identificati annualmente da ISTAT e ISS è possibile ricostruire i **livelli crescenti di consumo che in un continuum di esposizione che parte da zero giungono a determinare livelli crescenti di rischio e in caso di persistenza di esposizione al danno agli organi.**



In Italia nel 2012 i **consumatori giornalieri di sesso maschile superiori a 5 bicchieri di bevande alcoliche** (1 bicchiere equivale in media a 12 grammi di alcol) sono stati circa **400.000**. Oltre **220.000** sono le **consumatrici giornalieri "dannose" di oltre tre bicchieri di bevande alcoliche (324.00 se si considera il cut-off a 3 bicchieri pari a 36 grammi circa)**. E' di conseguenza possibile stimare in almeno **620.000 – 720.000** gli individui di età superiore a 11 anni che secondo l'OMS non sono solo **"a rischio"** ma che, in funzione dei danni registrabili clinicamente, si pongono in stretta contiguità con un **profilo suggestivo di dipendenza da alcol in atto e comunque di verosimile pertinenza specialistica e dei servizi di alcologia.**

Nella situazione italiana corrente, l'ISS ha evidenziato nel corso delle esperienze del Progetto europeo AMPHORA un significativo gap formativo specifico in ambito medico, confermato, attraverso un ulteriore survey rivolta agli iscritti all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri dell'Albo professionale con il più elevato numero di iscritti in Europa. **Considerando il livello di esposti a rischio nella popolazione italiana, circa 8 milioni di consumatori a maggior rischio di cui il 10 % rischio già con danno organico o patologie alcolcorrelate in atto, emerge imperativa l'esigenza di poter garantire un sistema che possa avvalersi di una rete di competenze che parte dal settore di Primary Health Care, sensibilizzato e formato all'esigenza di screening e di intervento precoci rispetto al rischio alcolcorrelato che possa giovare delle competenze più idonee da parte dei servizi specialistici, nel caso specifico dai servizi alcolologici, che possano valutare l'opportunità d'inserimento in un percorso di verifica specialistica delle PPAC incidenti (Patologie e Problematiche Alcol Correlate note a livello internazionale come AUD, Alcohol Use Disorders) e di avvio in un possibile percorso terapeutico e riabilitazione.** E', a tale riguardo, da ricordare che il DSM V assimila in termini diagnostici l'uso dannoso di alcol e la dipendenza da alcol supportando nei fatti la valutazione posta in essere dall'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS di una più vasta platea da ricomprendere nelle attività dei servizi. Nel 2012 le persone che si sono rivolte ai servizi di alcologia sono state 69.770; nel corso degli ultimi 6 anni non si sono registrati (ad eccezione del 2010) cambiamenti sostanziali rispetto alla tipologia di accesso degli utenti (nuovo utente o utente già in carico o rientrato).

Sono comunque circa 620.000-720.000 le persone che avrebbero dovuto/potuto rivolgersi ad una competenza medica per ricevere un'assistenza e/o trattamento a causa della presenza di problematiche causate da un consumo dannoso di alcol suggestivo per alcoldipendenza o comunque per arrestare la progressione del danno e prevenire le complicanze.



Sono stati “solo” 20623 i nuovi alcolodipendenti che si sono affiancati ai 49.147 alcolisti già in carico ai servizi del SSN, una quota che lascia supporre uno squilibrio tra utenti osservati e utenti attesi sulla base dello status di consumatore dannoso.

Ogni anno una quota non inferiore a 5.000 nuovi utenti incrementa costantemente il numero di alcolodipendenti che dai 21.409 del 1996 ha visto più che triplicato a 69.770 (+ 48.361 dal 1996) gli utenti con problemi legati all'alcol che fa ricorso alle strutture del SSN che sono passate, nello stesso periodo, da 280 a 454 (+62 % circa). E' da segnalare che nel corso degli ultimi anni il personale impiegato per servizio di alcolologia ha seguito una dinamica più lenta

rispetto all'aumento considerevole degli utenti con conseguente aumento numero di utenti per personale sanitario presente nei servizi stessi. Ogni unità di personale aveva nel 1996 in carico 10 alcolodipendenti, nel 2012 oltre 16. Solo il 30 % del personale attivo nei servizi è oggi esclusivamente dedicato alla cura e alla riabilitazione dell'alcolodipendenza in contesti di cura tendenzialmente orientati alla cura delle tossicodipendenze; contesti ai quali l'alcolodipendente potrebbe avere difficoltà a riferirsi percependo l'esigenza di un contesto di trattamento sostanzialmente differente, integrato e multidimensionale, la cui erogazione e gestione potrebbe agire da barriera all'accoglienza e al recupero stesso per emergenti limitazioni o difficoltà organizzative e gestionali del servizio. Un cambiamento è pertanto necessario.

L'approccio è duplice e nei fatti rivolto sia alla popolazione ad alto rischio (consumatori dannosi e alcolodipendenti), sia alla popolazione generale con focus sui consumatori a maggior rischio.

Da un lato, è da colmare, alla luce dei dati, il divario esistente tra alcolisti attesi e alcolisti in carico ai servizi ampliando l'identificazione del sommerso, dei consumatori dannosi e l'emersione degli *Alcohol Use Disorders* come categoria univoca di riferimento per il trattamento multidisciplinare delle PPAC rilevabili a carico di un'elevata quota di persone di cui è nota ma non ancora intercettata dal SSN la necessità di accesso e di ricorso alle prestazioni destinate al recupero dell'alcolodipendenza e, comunque, da seguire per consentire l'arresto della progressione del danno e la prevenzione delle complicanze. **Sono da implementare iniziative di sensibilizzazione rivolte a favorire la rimozione culturale dello stigma sociale e sanitario e contemporaneamente favorire la capacità di attrazione delle strutture del sistema sanitario nei confronti degli alcolisti non ancora intercettati da reti di identificazione del rischio alcolcorrelato nella popolazione che necessitano migliore formalizzazione di intervento e coordinamento (case management)** E' verosimile che da ciò possa porsi la necessità di adeguamento dell'offerta assistenziale e di trattamento attualmente erogabili dai servizi di alcolologia. Tra queste iniziative, sono da privilegiare iniziative di comunicazione dedicata, come ad esempio la campagna sostenuta dalle cinque principali società scientifiche di settore tra cui la SIA, Società Italiana di Alcolologia, che hanno realizzato l'iniziativa www.unfinalemiigliore.it.

Relativamente al target di popolazione generale è importante attuare iniziative e di programmi d'Identificazione Precoce ed Intervento Breve (IPIB) nei settori di assistenza sanitaria primaria. In numerose nazioni la gestione dei problemi alcol-correlati prevede l'integrazione di programmi di **Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB)** nei contesti di assistenza sanitaria primaria. L'efficacia di questi programmi nell'assistenza primaria è ormai dimostrata a livello internazionale ed anche in Italia una collaborazione tra l'ISS, il Cefomed della Regione Friuli Venezia Giulia, il Cergas della Bocconi e l'Università di Sheffield, ha realizzato un'analisi su costo efficacia degli interventi possibili a livello governativo sulle politiche e gli interventi da attuare dai *policy-makers* per migliorare le capacità di sistema nel contrastare l'impatto alcol-correlato nella popolazione. Conosciuti i vantaggi e i costi è quindi possibile fare considerazioni sul rapporto costo-efficacia per **sollecitare adeguate valutazioni di policy e decision-making**. I risultati sono stati analizzati, in tale ottica, attraverso l'analisi del RICE dei programmi di IPIB rispetto allo scenario “non far niente”. I risultati del modello hanno evidenziato un ottimo rapporto costo-efficacia.

I risultati dell'analisi che hanno esplorato l'impatto degli strumenti di screening hanno mostrato che l'utilizzo dell'AUDIT C è il più efficace nel produrre il maggior beneficio netto sui pazienti identificato dal programma di prevenzione. Un programma di IPIB, basato sulla prima visita eseguita alla registrazione con un nuovo medico rispetto a una visita successiva di un paziente già in carico, comporta un costo annuale distribuibile più gradualmente, facendo però registrare guadagni nel tempo inferiori all'approccio di un programma attuato alla visita successiva che ha costi complessivi elevati da sostenere prevalentemente nel primo anno ma generanti vantaggi maggiori.

I costi sostenuti rispetto ai risparmi conseguiti per il SSN hanno un impatto oggettivamente ragguardevole soprattutto se osservato alla luce dei costi complessivi che l'alcol determina in Italia che si esprimono su una scala di miliardi di euro (1,3 % del PIL secondo le stime OMS) e non di milioni di euro come un investimento in prevenzione comporterebbe.

Condizione necessaria all'attuazione di rinnovate e più efficaci forme di prevenzione e assistenza è l'incremento delle conoscenze, l'ottimizzazione delle attitudini e l'adeguamento della formazione dei medici al fine di garantire la prevenzione che oggi manca e le indispensabili attività da integrare nella pratica quotidiana in Italia non limitandosi al settore della medicina generale ma estendendo tale approccio, come indicato dal progetto europeo BISTAIRS, all'implementazione dell'IPIB nell'identificazione e gestione dei disordini alcol-correlati in altri contesti di assistenza: le emergenze e i pronto soccorso, i luoghi di lavoro, i contesti di assistenza sociale integrando le buone prassi europee come strumenti di equità,

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

accessibilità e sostenibilità del SSN. Alla luce dell'evidenza che il rischio alcolcorrelato è un *continuum* in cui appare impossibile verificare le modifiche delle abitudini di consumo o lo spostamento della persona da una categoria di medio rischio a quella di alto rischio e di alcoldipendenza appare indispensabile riconsiderare l'approccio di identificazione del rischio e del conseguente *case management* che dovrebbe consentire a ben più degli oltre 69.000 alcoldipendenti in carico ai servizi di essere prima di tutto intercettati da una rete di competenze da formalizzare e di accedere alle cure specifiche che il SSN può erogare. Far emergere il "sommerso" degli individui ad alto rischio di alcoldipendenza ha una valenza che non è solo sanitaria ma intuitivamente ad alto impatto sociale e umano. Sulla base della comparazione europea emersa dalle valutazioni elaborate dall'Osservatorio Nazionale Alcol in collaborazione con i principali ricercatori mondiali impegnati nel progetto AMPHORA emerge l'accesso al trattamento degli alcoldipendenti in Italia varia, a seconda delle stime, tra il 12 % delle stime europee a quelle del 28 % dell'ISS. Quote da incrementare alla luce dell'evidenza che ampliando l'accesso al trattamento al 40 % degli alcoldipendenti si potrebbe conseguire ogni anno una riduzione significativa della mortalità pari al 13 % circa. Ad oggi, il 28 % circa degli alcoldipendenti riceve un trattamento ed è ignoto il numero reale degli alcolisti in Italia, al contrario di altre Nazioni che adottano nel settore di Primary Health Care, strumenti di identificazione come l'AUDIT o il CAGE che consentono di stimare la prevalenza dell'alcoldipendenza nella popolazione. Alla luce dei dati è indispensabile la definizione e disponibilità di un sistema di formazione e monitoraggio adeguato per la prevenzione del rischio alcolcorrelato e dell'alcoldipendenza che consenta anche la valutazione dell'efficacia del trattamento. L'ISS si candida a questo ruolo formulando alcune indicazioni in chiave di priorità di salute pubblica:

- Emerge indispensabile l'esigenza di riconsiderare e rinnovare l'approccio di prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie e problematiche alcolcorrelate (PPAC) comprensivo della necessità di ampliare il numero di alcoldipendenti da "agganciare" alle strutture del SSN con programmi capaci di ampliare l'accesso al trattamento
- E' indispensabile creare una RETE formalizzata di identificazione precoce del rischio alcolcorrelato che comprenda MMG, ospedali e servizi comprensiva di capacità di *case management*
- Emerge la necessità di rivalutazione dell'organizzazione dei servizi e gruppi di lavoro dedicati all'alcoldipendenza da ricollegare alla rete di competenze ALCOLOGICHE funzionalmente dotate di dignità autonoma da ricomprendere nella rete MULTIPROFESSIONALE di competenze
- E' urgente e irrinunciabile formalizzare e garantire la FORMAZIONE specifica sull'IPIB per il settore di Primary Health Care
- E' indispensabile favorire l'integrazione dell'Identificazione Precoce e dell'Intervento Breve nella pratica quotidiana assicurando anche il monitoraggio epidemiologico
- E' indispensabile garantire per la popolazione una comunicazione adeguata del rischio connesso ai livelli di consumo di alcol a rischio e dei danni evitabili

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