

Rischio alcol: la necessità di colmare il gap di conoscenze e formazione medica per la diagnosi precoce e l'intervento breve

L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute e la sicurezza dell'individuo e della collettività.

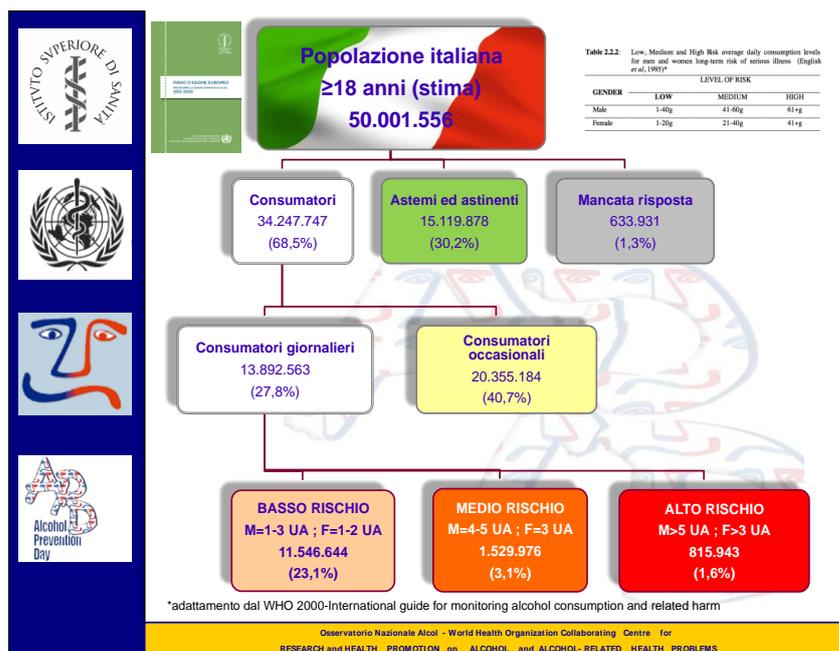
In Italia, la prevalenza dei consumatori a rischio, secondo le stime 2011 dell'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), è risultata pari al 25,4% degli uomini e al 7,3% delle donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 9 milioni di individui (circa 7 milioni di uomini e 2 milioni di donne nel 2010).

Quando si parla di rischio alcol-correlato generalmente ci si focalizza su ambiti di prevenzione che sono prevalentemente fortemente polarizzati su un approccio di popolazione generale attraverso *policy* ad elevato impatto (campagne prevenzione e consapevolezza, alcol e guida, monitoraggio e azioni di comunità) che, tuttavia, non considerano adeguatamente la necessità di approccio comprensivo degli aspetti specifici di contrasto per le aree rappresentate dai consumi ad alto rischio e dall'alcol-dipendenza.

Il numero di individui con consumi a **"medio rischio"** (quelle con consumi compresi tra le 4-5 Unità Alcoliche (UA) al giorno per i maschi e di circa 3 UA per le femmine) è rilevante: **1.529.976 persone** (il 3,1% della popolazione, l'11% dei consumatori giornalieri).

Questo è il bacino di utenza prioritario di individui per i quali è indispensabile l'identificazione precoce del rischio e l'attuazione di un intervento medico basato su una tecnica di counseling motivazionale di 5 minuti che ha la massima efficacia e il minimo costo nei contesti di assistenza sanitaria primaria: l'intervento breve.

Superate le soglie nei consumatori a medio rischio il problema diventa più complesso manifestandosi nell'individuo sotto forma di patologie con danni alla salute già evidenti e con una propensione all'alcol-dipendenza che non è quasi mai agevole, se non impossibile, individuare. Le classificazioni internazionali adottate dall'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS dell'ISS, rinnovate dal Piano di Azione Europeo sull'Alcol 2012-2020 che ha stabilito nuovi standard di monitoraggio epidemiologico, consentono di individuare in Italia nella fascia di consumo dannoso corrispondente alla definizione di **"alto rischio"** (consumi superiori alle 5 UA per i maschi e 3 UA per le femmine) **815.943** individui (1,6 % della popolazione, il 6 % dei consumatori giornalieri). Tra i quali è più probabile che possa essere effettuata una diagnosi suggestiva di alcol-dipendenza anche sulla base dell'uso del questionario AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) capace di discriminare, pur



grossolanamente, i consumatori a rischio da quelli per i quali emerge un legittimo sospetto medico di alcoldipendenza.

Gran parte di questi individui sono spesso poco consapevoli di ritrovarsi in una classe di rischio dalla quale è tuttavia possibile uscire qualora intercettati precocemente da competenze mediche formate e attente alla valutazione di abitudini di consumo alcoliche nocive alla persona e che sappiano coniugare tale tempestività di diagnosi con un intervento definito “breve” in riferimento alla sua durata solitamente non eccedente i 5-10 minuti che il medico di solito dedica a comunicare il rischio al paziente e alle sue possibili soluzioni. L’intervento breve formalizza e standardizza la normale interazione dialettica medico-paziente con la finalità di facilitare e sollecitare un cambiamento comportamentale del soggetto verso uno stile di vita sano ed evitare che con il tempo sviluppi una dipendenza da alcol.

Le numerosità delineate di consumatori a rischio sono di interesse medico oltre che di rilevanza epidemiologica e sono da considerarsi anche sottostimate alla luce della definizione adottata che non include i cosiddetti consumatori occasionali “binge” che bevono sino ad intossicarsi (più di 5-6 bicchieri in un arco di 2-3 ore).

L’approccio di cura per la popolazione ad alto rischio non è ben definibile; potrebbe richiedere un supporto motivazionale e le cure relative ad un eventuale danno d’organo già reperito a livello, ad esempio, epatico o gastrointestinale, ma potrebbe anche protendere per la necessità di un ricorso alle competenze dei servizi o dei gruppi di lavoro alcolologici che avviano la persona al trattamento.

Alla luce del concetto oramai noto che il rischio alcolcorrelato è da considerarsi un *continuum* in cui l’individuo può anche oscillare tra una categoria ed una altra di rischio nel corso della vita, appare impossibile prevedere se tali modifiche esisteranno, a partire da una categoria di medio rischio a quella di alto rischio e di alcoldipendenza.

A fronte di tale constatazione, appare indispensabile un approccio ampio e privilegiare l’integrazione nelle

attività quotidiane delle procedure atte a identificare il rischio alcolcorrelato in tutti i pazienti afferenti al bacino di utenza di ciascuna struttura sanitaria del SSN, favorendo gli studi di medicina generale, e sollecitando il *case management* adeguato a garantire l’accessibilità a interventi, cure e trattamenti adeguati al livello di rischio evidenziato.

Ciò comporta, in definitiva, l’ottimizzazione delle risorse già disponibili per la presa in carico del paziente efficacemente intercettato da una rete di competenze da formalizzare che garantiscono l’accesso alle cure specifiche che il SSN e regionale possono 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.

In Italia, tuttavia, rispetto al resto dei Paesi europei, è ancora scarsa l’implementazione e la sensibilità all’adozione dell’approccio integrato “Identificazione Precoce e di Intervento Breve” (IPIB) sia per un anacronistico *gap* conoscitivo da parte dei medici, sia per oggettiva mancanza di formazione attiva da parte delle strutture sanitarie e di formazione che dovrebbero garantire abilità e competenze specifiche. Un problema che è emerso di recente anche in Commissione Europea attraverso le esperienze e le valutazioni di merito attuate dall’Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS nel corso di differenti attività di ricerca.

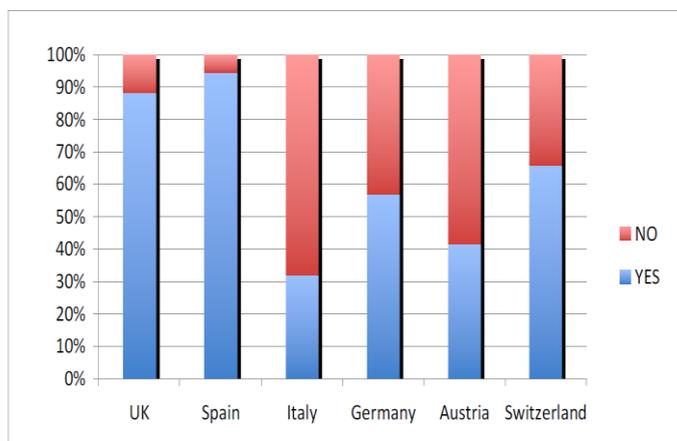
Nell’ambito delle attività del progetto europeo AMPHORA - *Alcohol Measures for Public Health research Alliance*, Commissione Europea, l’Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS, Centro OMS per la Ricerca sull’alcol, in collaborazione con la Società Nazionale di Aggiornamento per il Medico di Medicina Generale (SNAMID) e la SIA,



Società Italiana di Alcologia, ha svolto un'indagine conoscitiva nazionale sulle conoscenze, le attitudini e le percezioni dei medici di medicina generale (MMG) sull'uso degli strumenti di Identificazione Precoce e delle pratiche di Intervento Breve (IPIB) del consumo rischioso e dannoso di alcol e dell'alcoldipendenza. Obiettivo principale l'identificazione delle principali barriere e dei fattori favorenti l'implementazione dell'IPIB nell'assistenza sanitaria primaria al fine di fornire originali evidenze volte a migliorare la programmazione degli interventi in sanità pubblica per la riduzione del danno alcol-correlato.

Oltre il 50% dei MMG che hanno partecipato alla survey europea ha lamentato di non aver ricevuto una formazione universitaria o post-universitaria sufficiente e specifica e/o un'adeguata offerta di formazione attraverso educazione medica continua (ECM) o supervisione clinica sull'alcol e sulle Patologie e/o Problematiche Alcol-Correlata (PPAC). Il 28% ha quantificato la formazione individuale in periodi variabili "da 4 a 10 ore", il 26% in "meno di 4 ore", il 24% ha dichiarato di non aver ricevuto "nessuna" formazione. Solo il 7% dichiara di aver avuto una formazione specifica superiore alle 40 ore in tutta la vita professionale.

Figure 1. Are GPs familiar with standardized alcohol screening tools?

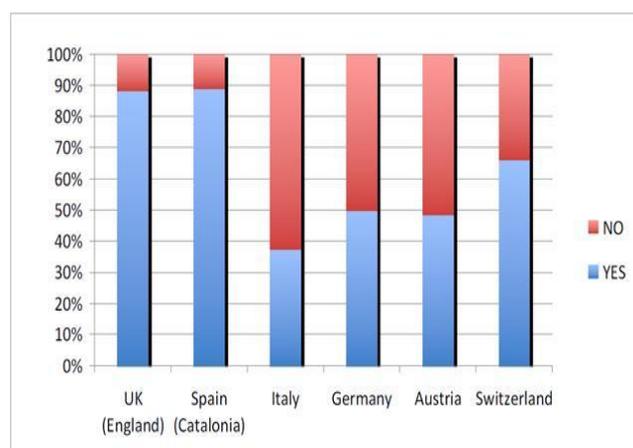


Nel confronto tra i Paesi Europei emerge evidente il gap di conoscenze da parte dei MMG sugli strumenti di screening per l'identificazione precoce del rischio alcolcorrelato (Fig. 1). Solo il 31.9% (la percentuale più bassa tra i Paesi Europei che hanno partecipato all'indagine) dichiara di avere dimestichezza con gli strumenti di screening standardizzati e in uso in tutto il mondo per l'individuazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol e dell'alcoldipendenza (AUDIT, l'AUDIT C, il CAGE, FAST, altri); di questi, soltanto la metà li utilizza nella propria pratica clinica.

Alla domanda "Nel caso in cui conosca e utilizzi test di screening per l'identificazione precoce del consumo

rischioso e dannoso di alcol e dell'alcoldipendenza, quanto spesso li utilizza in ciascuna delle seguenti condizioni?", solo la metà dichiara di utilizzarli nella pratica generale quotidiana; di questi, il 58.6% nel corso di un controllo medico di routine e meno della metà (44.8%) in occasione della prima visita di un nuovo paziente. Tra coloro che dichiarano di conoscere ed utilizzare uno strumento di screening, il 73.9% utilizza l'Alcohol Use Disorders Identification Test-AUDIT, lo strumento cardine per l'individuazione dei consumatori a rischio (il 60.9% l'AUDIT a 10 domande, ed il 13.0% la forma breve a tre domande, l'AUDIT C, rivolte ad individuare quantità, frequenza di consumo e occasione di consumo episodico eccessivo). La quasi totalità dei partecipanti all'indagine ritiene utile effettuare uno screening sistematico sul consumo di alcol nella pratica clinica nell'ambito della medicina generale (il 37.9% dichiara che è molto utile). Le principali barriere all'utilizzo di strumenti di screening sono risultate nell'ordine la scarsa conoscenza degli strumenti di screening, la mancanza di una formazione specifica, la mancanza di tempo, la mancanza di servizi specialistici di supporto, il rischio di far risentire i pazienti e solo per ultimo l'assenza di rimborsi.

Figure 2. Are GPs familiar with brief interventions?



Per quanto riguarda invece l'intervento breve (Fig. 2), solo il 37.5% dichiara di avere familiarità con l'uso di questa tecnica specifica, la più efficace, articolata ma sintetica, incentrata su 5-10 minuti di consigli e di supporto al cambiamento per ricondurre nella norma un consumo rischioso e/o dannoso di alcol. Come per la conoscenza

degli strumenti di identificazione precoce, anche per la dimestichezza con l'intervento si registra la frequenza più bassa tra i MMG italiani rispetto ai Paesi Europei che hanno partecipato all'indagine.

Alla domanda "Nel caso in cui utilizza l'intervento breve, quanto spesso lo utilizza in ciascuna delle seguenti condizioni?", circa la metà (42.2%) dichiara di utilizzarlo come pratica generale. Tra quanti hanno familiarità con il concetto di intervento breve, il 48.4% utilizza l'approccio cognitivo comportamentale del colloquio motivazionale, il 17.2% dichiara di utilizzare un proprio stile personale di comunicazione. Le principali barriere al fornire un intervento breve sono risultate nell'ordine la mancanza di una formazione specifica, la mancanza di tempo, la mancanza di risorse, il rischio di far risentire i pazienti e per ultimo l'assenza di rimborsi.

Alla luce dei dati è indispensabile la definizione e la disponibilità da parte delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e di tutte le strutture sanitarie di prevenzione, incluse quelle specialistiche e/o attive nei luoghi di lavoro all'erogazione di una formazione medica accreditata che giunga a ricomprendere tutte le professionalità identificate come utili a ridurre l'impatto e i costi della problematiche e delle patologie alcolcorrelate (**PPAC**) nella popolazione afferente alle strutture e alle prestazioni del SSN.

Nella pratica professionale quotidiana, gli operatori dell'assistenza sanitaria primaria sono quelli che per primi hanno l'opportunità di identificare pazienti che consumano alcol con modalità rischiose e dannose per la propria salute; una opportunità che rappresenta una insostituibile possibilità di intervenire in questi casi informando e assistendo i pazienti sui rischi di tale consumo.

Di estrema importanza nell'ottica della promozione di programmi di Identificazione Precoce e di Intervento Breve (**IPIB**) del consumo rischioso e dannoso di alcol è il fatto che gli individui che non hanno ancora sviluppato una dipendenza da alcol possono ridurre o smettere di bere ricevendo un'adeguata assistenza ed un idoneo supporto in grado di prevenire l'insorgenza di una Patologia o Problematica Alcol Correlata. Una volta che la dipendenza si è instaurata, fermare il consumo di alcol è più difficile e può richiedere un trattamento specialistico. Pertanto, l'IPIB sul consumo rischioso di alcol nell'assistenza sanitaria primaria rappresenta in sintesi un'opportunità per comunicare ai pazienti i rischi e proporre agli stessi stili di consumo compatibili con uno stato di buona salute. Ciò nonostante l'IPIB è un intervento offerto sporadicamente.

A livello nazionale, le attività di prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol, con particolare riguardo all'IPIB, rappresentano aree strategiche ben definite (ed obiettivi da raggiungere) presenti in tutti i documenti programmatici sanitari quali, il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS), approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2007, con l'area strategica 4, "il trattamento del consumo dannoso di alcol e dell'alcoldipendenza", e l'obiettivo 8 "aumentare la diffusione dei metodi e rendere disponibili gli strumenti per l'identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione a rischio"; il Piano Nazionale Prevenzione (PNP) 2010-2012, ove una parte di rilievo è occupata dalla prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari, le cui azioni sono improntate e finalizzate, per quanto riguarda l'alcol, alla riduzione dei consumatori a rischio ed al recepimento delle linee strategiche del PNAS; il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2011-2013, che elenca una serie di obiettivi da perseguire per quanto concerne l'alcol (B 7.1) tra cui il "promuovere l'identificazione precoce e l'intervento breve per la prevenzione dei problemi alcol-correlati nella medicina di base e nei contesti lavorativi" ed "accrescere la disponibilità e l'accesso a servizi appropriati di trattamento per i soggetti con consumo dannoso di alcol e per gli alcol dipendenti". Ed è in questo specifico contesto che nel marzo 2011, il progetto "Programma per l'identificazione precoce e per l'attuazione dell'intervento breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol finalizzato alla prevenzione" è stato finanziato dal Dipartimento delle Politiche Antidroga (DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri ed affidato all'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (ONA-CNESPS), sede della WHO *collaborating centre for research and health promotion on alcohol and alcohol related health problems* dell'ISS, con l'obiettivo di potenziare le abilità professionali, le conoscenze, le attitudini e le motivazioni degli operatori sanitari impegnati nell'assistenza sanitaria primaria, mettendoli in condizione di fronteggiare la sfida costituita dai pazienti con consumo rischioso e dannoso di alcol.

Il programma IPIB, nato come un corso di formazione per formatori e destinato a medici di medicina generale (MMG), in un secondo momento è stato esteso ad altre figure professionali, gli psicologi, operanti nell'assistenza

sanitaria primaria e ripetutamente adattato al contesto nazionale. Dal marzo 2011 le suddette attività, acquisite dal DPA, Presidenza del Consiglio dei Ministri con il progetto IPIB “Programma per l’identificazione precoce e per l’attuazione dell’intervento breve del consumo rischioso e dannoso di alcol finalizzato alla prevenzione” ha favorito una ulteriore, qualificata offerta formativa la cui realizzazione è stata sempre mantenuta di alto livello dai ricercatori dell’ONA-CNESPS.

L’Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS per competenze ed esperienze ventennali ha fornito per anni, grazie al finanziamento del Ministero della Salute e del Dipartimento per le Politiche Antidroga, i corsi di formazione IPIB identificando la necessità di un adattamento del modello formativo in moduli “ad hoc” rispetto a diversi contesti/ambiti quali alcol e lavoro, alcol e gravidanza, alcol e minori, alcol e anziani.

Un’esperienza di successo che oggi coglie l’occasione per sollecitare analogo impegno alle strutture sanitarie di competenza nell’interesse del benessere della collettività. Un impegno per il quale l’Osservatorio Nazionale Alcol mette a disposizione l’expertise di cui le aziende ospedaliere o sanitarie e tutte le strutture hanno sin da ora facoltà di avvalersi nell’auspicabile circostanza di riscontro di necessità formative che richiedano contenuti e formati di valenza europea che l’Istituto Superiore di Sanità sarà lieto di condividere nell’ottica di un reale contributo al contrasto del consumo dannoso e rischioso di alcol in Italia.

E’ possibile richiedere indicazioni e avvalersi della consulenza dell’Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS scrivendo una e-mail a alcol@iss.it o usando il contatto telefonico istituzionale del Responsabile Scientifico IPIB, **Emanuele Scafato**, al numero **0649904028**.



Emanuele Scafato

Roma 19/02/13