

L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria

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

**Identificazione del consumo
rischioso e dannoso di alcol**

Efficacia degli interventi brevi



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, Ilenia Lodi, 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 |

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

Riassunto

1. È opportuno identificare il consumo rischioso e dannoso di alcol?

Poiché l'alcol è connesso a una grandissima varietà di problemi sanitari fisici e psichici in misura proporzionale alla dose ingerita, gli operatori dell'assistenza sanitaria primaria hanno la possibilità di identificare tutti i pazienti adulti con problemi di consumo rischioso e dannoso di alcol. Molti studi hanno mostrato che per la maggior parte dei pazienti con consumo rischioso e dannoso di alcol non viene dichiarata al proprio medico curante.

2. In quali gruppi di pazienti è possibile identificare il consumo rischioso e dannoso di alcol?

Sarebbe possibile raggiungere un reale approccio preventivo solo se tutti i pazienti adulti fossero sottoposti ad uno screening sul consumo rischioso e dannoso di alcol, che includa anche i casi di consumo episodico eccessivo. Quando un simile approccio non è applicabile, un'opzione plausibile è quella di limitare lo screening a gruppi ad alto rischio o ad alcune situazioni specifiche. Tali gruppi dovrebbero comprendere maschi giovani e di mezza età e alcune unità mediche specialistiche (ad es. per l'ipertensione).

3. Quali sono le domande e gli strumenti di screening migliori per identificare il consumo rischioso e dannoso di alcol?

Le domande più semplici da porre sono quelle sul consumo. Le prime tre domande del test AUDIT dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (per l'identificazione dei disordini alcol-correlati, messo a punto per identificare il consumo rischioso e dannoso di alcol nelle strutture sanitarie di base) sono state testate e validate. La prima domanda riguarda la frequenza del consumo; la seconda la quantità media giornaliera di alcol; la terza la frequenza del consumo episodico eccessivo.

4. Come dovrebbero essere somministrate le domande o gli strumenti di screening?

L'identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol funziona al meglio se inserito di routine nella pratica clinica. Sarebbe opportuno porre le domande sistematicamente a tutti i nuovi pazienti al momento della registrazione, a tutti i pazienti che si presentano a un controllo oppure a tutti gli uomini tra i 18 e i 44 anni che richiedono una visita. Non ci sono evidenze per supporre che l'identificazione sistematica del consumo rischioso e dannoso di alcol comporti effetti negativi come disagio o insoddisfazione tra i pazienti.

5. Le analisi biochimiche sono utili allo screening?

I test biochimici sui problemi alcol-correlati, come gli enzimi epatici (ad es. la gamma-glutamilttransferasi-GGT e l'aminottransferasi sieriche), la transferrina desialata (CDT) e il volume corpuscolare medio (MCV) non sono utili allo screening in quanto poco sensibili: riconoscono solo una piccola parte di pazienti con consumo rischioso e dannoso di alcol.

Raccomandazioni

1. L'identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol e del consumo episodico eccessivo dovrebbe essere effettuata su tutti i pazienti adulti dei servizi sanitari di base.
2. Le prime tre domande dell'AUDIT sul consumo di alcol sono uno dei metodi preferiti per identificare il consumo rischioso e dannoso di alcol. Un intervento breve dovrebbe essere rivolto ai pazienti maschi che raggiungono un punteggio \geq a 5 all'AUDIT-C, a quei pazienti il cui consumo di alcol raggiunge o supera i 280 g di alcol alla settimana, e alle pazienti femmine con un punteggio \geq a 4 all'AUDIT-C o il cui consumo di alcol raggiunge o supera i 140 g alla settimana (si veda Appendice). Queste soglie dovrebbero essere adattate da Paese a Paese secondo valutazioni e linee guida specifiche.
3. L'identificazione del consumo di alcol rischioso e dannoso funziona al meglio se inserito di routine nella pratica clinica.
4. Nello screening di routine nell'assistenza sanitaria primaria del consumo rischioso e dannoso di alcol e sull'alcoldipendenza non si dovrebbe fare affidamento ai test biochimici, come la gamma-glutamilttransferasi (GGT), la transferrina desialata (CDT) e il volume corpuscolare medio (MCV).

5.1. È opportuno identificare il consumo rischioso e dannoso di alcol?

Il precedente capitolo ha evidenziato che, oltre a essere una droga che determina dipendenza, l'alcol è causa di circa 60 tipi di malattie e condizioni, comprese lesioni, disturbi mentali o comportamentali, patologie gastrointestinali, cardiovascolari, dell'apparato scheletrico, del sistema immunitario, dell'apparato riproduttivo, tumori e danni prenatali. Si è mostrato come l'alcol incrementi il rischio di sviluppare queste malattie e lesioni in modo direttamente proporzionale alla dose ingerita, senza alcun effetto soglia apparente. Quanto maggiore è il consumo di alcol, tanto più alto è il rischio. Il capitolo 4 ha inoltre messo in evidenza che dalla riduzione o dalla cessazione del consumo d'alcol derivano effetti benefici per la salute. Tutti i rischi acuti recedono completamente all'eliminazione dell'alcol. Anche tra le malattie croniche, come la cirrosi epatica e la depressione, vanno incontro a un rapido miglioramento della salute, qualora si riduca o interrompa il consumo d'alcol.

Dal momento che l'alcol è collegato a una grande varietà di problemi fisici e mentali in misura proporzionale alla dose ingerita, gli operatori dell'assistenza sanitaria primaria hanno l'opportunità di identificare tutti i pazienti adulti che consumano alcol in modo rischioso e dannoso. In realtà, sebbene la gran parte dei medici di medicina generale assicurati di monitorare il consumo di alcol (Kaner et al. 1999; McAvoy et al. 1999; Haley et al. 2000; McAvoy et al. 2001; Lopez-de-Munai et al. 2001), le attuali percentuali di *screening* sono basse (Brotons et al. 1996; Spandorfer et al. 1999; Heather 1996; Gomel et al. 1998;

Rumpf et al. 2001) e gli stessi pazienti affermano che raramente vengono poste domande sull'alcol, anche nel caso di forti bevitori (Aalto et al. 2001). Poiché la maggior parte dei pazienti con consumo rischioso e dannoso non è nota agli operatori del servizio sanitario (Spandorfer et al 1999; Vinson et al. 2000; McGlynn et al 2003; Rush et al. 2003), si rende quindi necessario un approccio sistematico all'identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol.

5.2. In quali gruppi di pazienti è possibile identificare il consumo rischioso e dannoso?

Un reale approccio di prevenzione si raggiunge soltanto con un'identificazione sistematica. Proporre l'implementazione dell'identificazione sistematica di tutti i pazienti adulti può non essere realizzabile negli studi medici di base, troppo oberati di lavoro. In questi casi può essere opportuno limitare l'identificazione ai gruppi ad alto rischio o ad alcune situazioni specifiche, scelta che dovrebbe essere considerata uno stadio intermedio del processo di implementazione. La selezione del gruppo ad alto rischio può essere effettuata sulla base di un dato epidemiologico (ad esempio, l'essere maschi di mezza età) o sulla base del rischio sanitario che il consumo d'alcol può comportare in alcuni gruppi (ad esempio, ai giovani o alle donne in gravidanza).

Una lista delle possibili selezioni comprende:

1. tutti i pazienti (stilata dal segretario, dall'infermiere o dal medico): è la situazione ideale, ma non sempre praticabile;
2. tutti i pazienti per alcuni periodi di tempo (ad esempio, per un mese ogni sei mesi): servirà a identificare sia i bevitori a rischio che quelli esposti a danno, ma solo in periodi di tempo limitati;
3. tutti i nuovi pazienti: servirà a identificare sia i bevitori a rischio che quelli esposti a danno;
4. alcune fasce d'età (ad esempio i più giovani): servirà a identificare sia i bevitori a rischio che quelli che subiscono danno, ma le altre fasce d'età saranno trascurate;
5. pazienti con sintomi specifici, diagnosi, segni e risultati di test di laboratorio (si veda successivamente), o quelli che frequentano centri medici specialistici (ad es. per l'ipertensione): servirà a riconoscere i bevitori esposti a danno e nella maggior parte dei casi renderà necessario l'intervento di un medico nello *screening*.

Nel capitolo 4 è stata descritta l'ampia gamma di danni sociali e fisici che possono derivare dall'alcol. L'identificazione del consumo rischioso e dannoso dovrebbe aver luogo in presenza di danni quali ipertensione arteriosa, cefalea, nausea, ansia e depressione, problemi sessuali, disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione, basso rendimento professionale, lesioni accidentali, epatopatie, postumi di ubriachezza, tumori, irascibilità e problemi finanziari. Segnali clinici come il tremore delle mani, la comparsa di capillari sul viso e i cambiamenti che possono manifestarsi nelle membrane mucose (ad es. congiuntivite)

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

e nel cavo orale (es. glossite), l'epatomegalia o l'odore di alcol nel respiro sono altrettanti indicatori utili all'identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol. Anche gli alti livelli di gamma-glutamilttransferasi (GGT) e aminotransferasi seriche, di transferrina desialata (CDT) nonché di volume corpuscolare medio (MCV), infine, sono spesso causati dall'alcol. Queste alterazioni dovrebbero mettere i medici sull'avviso di una possibile diagnosi di consumo dannoso di alcol.

5.3. Quali sono le domande e gli strumenti migliori per identificare il consumo rischioso e dannoso di alcol?

Il consumo rischioso e dannoso di alcol può essere identificato sia misurando il consumo stesso che utilizzando uno strumento di *screening* appositamente progettato a tale scopo. Esso può essere misurato ponendo domande sulla quantità e sulla frequenza del consumo o applicando metodi di valutazione quotidiana. Queste domande e questi metodi possono essere sottoposti oralmente, per mezzo di questionari scritti o con l'aiuto del computer.

Per il corretto utilizzo di qualsiasi strumento di *screening* è importante comprendere i concetti di "sensibilità" e "specificità". La sensibilità indica la percentuale di persone affette dal problema (nel nostro caso il consumo rischioso o dannoso di alcol) che verranno identificate dal test, mentre la specificità è la percentuale di persone non affette dal problema di consumo rischioso o dannoso di alcol che avranno un risultato normale o negativo. Queste due percentuali sono interdipendenti, poiché è sempre possibile migliorare la sensibilità al prezzo di una minore specificità o viceversa, spostando il *cut-off* che distingue un risultato normale da uno anormale. Per questo motivo le valutazioni sull'efficacia dei test menzionano sia la sensibilità che la specificità, e i confronti sono più agevoli quando per tutti i test che devono essere messi a confronto o valutati si ponga la specificità al 95%. Poiché la distribuzione della frequenza dell'assunzione d'alcol è continua e il danno alcol-correlato è largamente dipendente dalla dose ingerita. Inoltre, nonostante l'esistenza di linee guida che ci indicano quale consumo d'alcol sia da considerarsi rischioso o dannoso in un test di *screening*, è difficile definire quale sia il gruppo "normale" e quello "anormale". Perciò non è facile valutare la sensibilità o la specificità assoluta di un test. Può essere valutata solo l'efficacia relativa di diversi test.

5.3.1. La misurazione del consumo d'alcol

Per misurare il consumo di alcol che viene riferito dagli stessi pazienti, abbiamo a disposizione due metodi: 1) domande sulla quantità/frequenza (Q/F) che costringono i pazienti a considerare complessivamente la quantità di alcol che assumono e la frequenza con la quale bevono, sia considerate in particolari lassi di tempo (ad es. una settimana del mese o dell'anno precedente) che nei termini delle loro modalità "tipiche" o "usuali" di consumo; 2) sistemi di valutazione quotidiana retrospettiva, che chiedono ai pazienti di descrivere la quantità d'alcol ingerita ogni giorno durante un particolare lasso di tempo, solitamente la settimana precedente.

Domande sulla quantità/frequenza del consumo. Un grosso vantaggio

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

delle domande sulla quantità/frequenza (Q/F) (Figura 5.1.) è che sono facili da compilare e consentono uno *screening* veloce ed efficace di larghi gruppi di pazienti. Le domande Q/F sono considerate valide e affidabili e presentano un soddisfacente grado di utilità (Grant et al. 1995; Hasin et al. 1997, Dawson 1998a). In generale le domande specifiche (ad es. quelle che riguardano un lasso di tempo predefinito) mostrano una valutazione più accurata rispetto alle domande globali (ad es. le domande sui comportamenti "tipici" o "usuali") (Belson 1981). Le domande Q/F tendono a descrivere il comportamento "più comune" anziché quello "di media" (Poikolainen & Karkkainen 1983; Midanik 1991), e alcuni dati indicano che i campioni intervistati includono i periodi di astinenza nelle risposte sugli "ultimi 12 mesi" (Weisner et al. 1999). Nella scelta del periodo di tempo da valutare devono essere considerati i limiti della memoria. Periodi di riferimento brevi (ad es. 1 settimana, gli ultimi 30 giorni) si ricostruiscono più facilmente anche se possono non essere rappresentativi della modalità di consumo abituale del paziente. Uno dei maggiori elementi di validità delle domande Q/F riguarda la misurazione del grado di variabilità della modalità di consumo per ciascun paziente. Nel comportamento di chi beve, la regola costituisce la variabilità e la regolarità è un'eccezione; importante è anche il fatto che la variabilità tende ad aumentare in presenza di un consumo medio più alto (Greenfield 2000). In generale il problema è stato affrontato adottando l'approccio a frequenza graduale (GF), un tipo di analisi che comprende una serie di domande sul consumo, poste in termini di quantità graduali (ad es. il numero o la percentuale di occasioni in cui si sono ingeriti uno/due bicchieri, oppure tre/quattro ecc.) o soglie.

Figura 5.1. Un esempio di questionario Q/F (le prime due domande del test AUDIT, vd. sotto).
Fonte: Babor et al. 2001.

| Domande | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|-------|--------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------------|
| 1. Con quale frequenza consuma una bevanda contenente alcol? | Mai | Una volta al mese o meno | 2-4 volte al mese | 2-3 volte alla settimana | 4 volte alla settimana o più |
| 2. Quante bevande contenenti alcol beve solitamente in un giorno quando decide di bere? | 1 o 2 | 3 o 4 | 5 o 6 | 7 o 9 | 10 o più |

Se un paziente afferma di bere 2-3 volte a settimana e 5 o 6 bicchieri per ogni singola occasione in cui beve, significa che il suo consumo medio è di 2.5×5.5 , ovvero circa 14 bicchieri a settimana.

Sistemi di valutazione quotidiana. I sistemi di valutazione quotidiana richiedono un maggior impiego di risorse (ad es. richiedono tempo e addestramento da parte dell'intervistatore, nonché attrezzatura specializzata) e per il paziente sono più impegnativi rispetto alle domande Q/F. Con gli strumenti retrospettivi (ad es. "Timeline Followback": Sobell & Sobell 1992, 1995a; "Form 90": Miller & Del Boca 1994; Miller 1996) solitamente viene consegnato ai pazienti un calendario che copre un particolare periodo di tempo (ad esempio 7 giorni, oppure 90 giorni). Utilizzando tecniche di ricostruzione assistita i

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

pazienti sono invitati a valutare il numero di bicchieri standard (o a descrivere il contenuto e la quantità delle bevande ingerite) che consumano ogni giorno in un dato periodo. Solitamente il test viene svolto nell'ambito di un faccia a faccia, sebbene esistano anche adattamenti da utilizzare per telefono (ad esempio "Form 90-T": Miller 1996) e sistemi di valutazione assistita dal computer (ad esempio "Timeline Followback"; Sobell & Sobell 1995b).

L'affidabilità e la validità della procedura di base per la valutazione retrospettiva quotidiana sono ben attestate (ad es. Sobell et al. 1979, 1986; Tonigan et al. 1997). I sistemi di valutazione quotidiana tendono a produrre stime del consumo migliori delle domande Q/F (es. Sobell & Sobell 1995c). Essendo fondati su tecniche di ricostruzione assistita poichè comprendono il recupero di episodi recenti, hanno una maggiore validità nominale rispetto ad altri sistemi. Essi producono informazioni sulle modalità del consumo. Esaminando "campioni" di comportamento entro un periodo di tempo durante il quale il consumo d'alcol può essere stato variabile, essi rendono conto di episodi che non corrispondono alle manifestazioni del consumo "tipico" o "usuale" che misurano invece molte delle domande Q/F. Ad ogni modo, poichè simili metodi sembrano quantificare con molta precisione il consumo d'alcol, può crearsi una tendenza a vedere le quantità del consumo descritte in termini assoluti piuttosto che come stime o approssimazioni. La validità delle procedure di valutazione quotidiana retrospettiva dipende sia dall'abilità dell'intervistatore che dalla collaborazione dell'intervistato. Di conseguenza gli adattamenti di questo approccio diretti all'autovalutazione o alle interviste telefoniche possono essere difficili da mettere in pratica.

Valutazione assistita dal computer e via Internet. L'uso del computer nel guidare o svolgere direttamente le valutazioni è sempre più diffuso. Alcuni esempi: la tecnica CAPI (intervista personale assistita dal computer), durante la quale un questionario generato dal computer viene letto al paziente mentre le risposte sono digitate dall'intervistatore; CASI (intervista autogestita assistita dal computer), durante la quale gli intervistati leggono un questionario generato dal computer e rispondono alle domande sullo schermo digitando direttamente le risposte; A-CASI, durante la quale le domande sono registrate vocalmente su nastro e sia attraverso le cuffie che sullo schermo del computer. Una recente innovazione, che non è altro che uno sviluppo della CASI, raccoglie le informazioni via internet. L'uso dei computer nella guida o nello svolgimento delle valutazioni presenta molti ovvi vantaggi. I sistemi A-CASI, in particolare, riducono i requisiti d'istruzione minima per i partecipanti allo studio. Le tecnologie di valutazione computerizzata, infine, possono essere utilizzate per migliorare le stime del consumo, poichè forniscono immagini grafiche dei contenitori delle bevande, di diverso tipo e misura, facilitando quindi la conversione delle risposte in unità di bicchieri standard (Dawson 1998b). Ad ogni modo le valutazioni assistite dal computer non sempre conducono a stime del consumo o dei problemi correlati diverse in modo significativo da quelle ottenute mediante sistemi convenzionali carta-e-penna (Hallfors et al. 2000; Miller et al. 2002). Per concludere le valutazioni via internet tendono a raccogliere maggiori tassi di risposta rispetto a quelle e-mail (McCabe et al. 2002).

Conclusioni sulla misurazione del consumo. I questionari Q/F (ad esempio

le prime due domande dell'AUDIT) sono il sistema più semplice e rapido da utilizzare nell'identificazione del consumo d'alcol. Le domande sono valide e affidabili e possono facilmente essere incorporate in questionari generali sullo stato di salute.

5.3.2. Usare gli strumenti di *screening* o di identificazione

Esiste una gamma di strumenti che possono essere utilizzati per identificare il consumo rischioso e dannoso di alcol:

- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, Test per l'identificazione del consumo problematico di alcol) (Babor et al. 2001),
- la versione ridotta dell'AUDIT, l'AUDIT C (Bush et al. 1998),
- Fast Alcohol Screening Test (FAST, Test rapido di screening sull'alcol) (Health Development Agency 2002),
- CAGE (Mayfield et al. 1974),
- TWEAK (Russell et al. 1991),
- MAST (Pokorny et al. 1972),
- RAPS (Cherpitel 2000),
- Five-shot test (Seppa et al. 1998),
- PAT (Smith et al. 1996).

In questa sede saranno esaminati gli strumenti usati più comunemente, ovvero l'AUDIT, l'AUDIT C, il FAST e il CAGE.

Test per l'identificazione del consumo problematico di alcol - AUDIT. Il questionario AUDIT è stato elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per identificare il consumo a rischio, dannoso e per l'alcoldipendenza (Figura 5.2). Esso è costituito da 10 domande che coprono i tre campi del consumo di alcol: rischioso, dannoso e alcoldipendenza (Figura 5.3). Calcolare il punteggio dell'AUDIT è semplice. Per ogni domanda esiste una serie di risposte, e ad ogni risposta corrisponde un valore assegnato da 0 a 4. Per ottenere il punteggio totale è sufficiente sommare i punteggi singoli di tutte le domande.

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

Leggere le domande così come sono scritte. Registrare accuratamente le risposte. Iniziare il test AUDIT dicendo «Ora io Le porrò alcune domande sul Suo consumo di bevande alcoliche durante l'ultimo anno.» Spiegare cosa si intende per "bevande alcoliche" usando esempi locali di birra, vino, vodka ecc. Codificare le risposte in termini di "bevande standard". Riportare correttamente il numero relativo alla risposta nella casella a lato.

| | |
|---|---|
| <p>1. Con quale frequenza consuma bevande alcoliche? (0) Mai [andare alle domande 9-10] (1) Una volta al mese o meno (2) da 2 a 4 volte al mese (3) da 2 a 3 volte al mese (4) 4 o più volte al mese</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> | <p>6. Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha avuto necessità di un alcolico di primo mattino per riuscire a camminare dopo un episodio di consumo forte? (0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Una volta al mese (3) Una volta alla settimana (4) Quotidianamente o quasi</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> |
| <p>2. Quante bevande alcoliche consuma in media in un giorno quando decide di bere? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8 o 9 (4) 10 o più</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> | <p>7. Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha provato senso di colpa o rimorso dopo aver bevuto? (0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Una volta al mese (3) Una volta alla settimana (4) Quotidianamente o quasi</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> |
| <p>3. Con quale frequenza beve sei o più alcolici in una sola occasione? (0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Una volta al mese (3) Una volta alla settimana (4) Quotidianamente o quasi Andare alle domande 9 e 10 se il totale delle domande 2 e 3 equivale a 0</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> | <p>8. Con quale frequenza durante l'ultimo anno è stata/o incapace di ricordare cosa era successo la sera prima, perché aveva bevuto? (0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Una volta al mese (3) Una volta alla settimana (4) Quotidianamente o quasi</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> |
| <p>4. Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha scoperto di non riuscire a smettere di bere una volta iniziato? (0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Una volta al mese (3) Una volta alla settimana (4) Quotidianamente o quasi</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> | <p>9. Ha arrecato danno ad altri in conseguenza del Suo consumo di alcol? (0) No (2) Sì, ma non durante l'ultimo anno (4) Sì, durante l'ultimo anno</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> |
| <p>5. Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha compiuto errori nel fare cose che fa normalmente a causa del Suo consumo di alcol? (0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Una volta al mese (3) Una volta alla settimana (4) Quotidianamente o quasi</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> | <p>10. Un parente, un amico o un medico, oppure un altro operatore sanitario, si sono mai interessati al Suo consumo di alcol o Le hanno consigliato di ridurlo? (0) No (2) Sì, ma non durante l'ultimo anno (4) Sì, durante l'ultimo anno</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> |
| <p style="text-align: right;">Registrare qui il totale dei singoli punti. <input type="text"/></p> <p>Se il totale è superiore alla soglia raccomandata, consultare il Manuale dell'Utente.</p> | |

Figura 5.2. L'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

| Campi e contenuto delle domande dell'AUDIT | | |
|--|----------------|--|
| Campi | Numero domanda | Contenuto della domanda |
| Consumo rischioso di alcol | 1 | Frequenza del consumo |
| | 2 | Quantità tipica |
| | 3 | Frequenza del consumo eccessivo episodico |
| Sintomi di dipendenza | 4 | Diminuita capacità di controllare il consumo |
| | 5 | Aumento dell'importanza dell'alcol |
| | 6 | Bere di mattina |
| Consumo dannoso di alcol | 7 | Sensi di colpa dopo il consumo |
| | 8 | Vuoti di memoria |
| | 9 | Danni a terzi alcol-correlati |
| | 10 | Coinvolgimento di altri |

Figura 5.3. I diversi campi dell'AUDIT. Fonte: Babor et al. 2001.

La valutazione dell'AUDIT originale ha rivelato una sensibilità del 97% e una specificità del 78% per il consumo rischioso, una sensibilità del 95% con una specificità dell'85% per il consumo dannoso usando un *cut off* \geq a 8 (Saunders et al. 1993). Applicando lo stesso *cut off*, ma diversi criteri sono state riscontrate nell'identificazione del consumo rischioso o eccessivo di alcol sensibilità tra il 51 e il 59% e specificità tra il 91 e il 96% (Volk et al. 1997a; Sillanauke et al. 1998; Bush et al. 1998; Bradley et al. 1998a). Applicando un *cut off* \geq a 5 sono state riscontrate una sensibilità dell'84% e una specificità del 90% per l'uso insieme rischioso e dannoso e per l'alcoldipendenza (Piccinelli et al. 1997).

Sono stati studiati vari sottogruppi di popolazione, tra cui i pazienti in ambito di assistenza sanitaria primaria (Volk et al. 1997; Rigmalden et al. 1995; Piccinelli et al. 1997), casi di pronto soccorso (Cherpitel 1995), persone che fanno uso di droghe (Skipsey et al. 1997), disoccupati (Clausen & Aasland 1993), studenti universitari (Fleming et al. 1991), anziani ricoverati in ospedale (Powell & McInness 1994) e persone di basso stato socioeconomico (Isaacson et al. 1994). L'AUDIT ha dimostrato di offrire una buona capacità di diversificazione dei vari ambienti da cui provengono questi gruppi.

Le ricerche che sono state condotte in molti paesi e gruppi culturali (Cherpitel 1995; Conigrave et al. 1995a; Volk et al. 1997; Piccinelli et al. 1997; Powell & McInness 1994; Ivis et al. 2000; Lapham et al. 1998; Steinbauer et al. 1998), suggeriscono che l'AUDIT sia effettivamente un test di *screening* di portata internazionale. Sebbene i dati sulle donne siano piuttosto limitati (Cherpitel 1995; Conigrave et al. 1995a; Steinbauer et al. 1998), l'AUDIT sembra ugualmente adatto a donne e uomini. I possibili riflessi dell'età sull'AUDIT non sono stati analizzati sistematicamente, ma uno studio (Powell & McInness 1994) ha riscontrato una bassa sensibilità e un'alta specificità con pazienti d'età superiore ai 65 anni.

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

A confronto con altri test di *screening* l'AUDIT si è rivelato parimenti efficace o addirittura più accurato (Allen et al. 1997; Cherpitel 1995; Clements 1998; Hays et al. 1995) di altri metodi di misurazione. Bohn et al. (1995) hanno riscontrato una forte correlazione tra l'AUDIT e il MAST ($r=.88$) sia per le donne che per gli uomini.

Un alto coefficiente di correlazione (.78) è stato riscontrato anche tra AUDIT e CAGE nei pazienti dei servizi ambulatoriali (Hays et al. 1995). I punteggi dell'AUDIT hanno dimostrato un'alta correlazione tra la misura delle conseguenze del consumo, l'atteggiamento verso il consumo, la vulnerabilità nei confronti dell'alcoldipendenza, l'umore negativo conseguente al consumo e le ragioni che spingono a bere (Bohn et al. 1995).

Due studi hanno preso in considerazione la relazione tra i punteggi dell'AUDIT e gli indicatori futuri di problemi alcol-correlati e più in generale le funzioni globali della vita. In uno studio (Clausen & Aasland 1993) la probabilità di restare disoccupati per un periodo di oltre due anni è stata indicata come 1.6 volte più alta per gli individui con punteggi pari a 8 o più all'AUDIT rispetto a persone di pari caratteristiche ma con punteggi più bassi. In un altro studio (Conigrave et al. 1995b) i punteggi AUDIT dei pazienti di servizi ambulatoriali hanno potuto prevedere futuri problemi fisici o sociali dovuti all'alcol. I punteggi dell'AUDIT sono stati anche in grado di preannunciare il ricorso ai servizi sanitari e il rischio futuro di incorrere nel consumo rischioso di alcol (Conigrave et al. 1995b).

Numerosi studi descrivono l'affidabilità dell'AUDIT (Fleming et al. 1991; Hays et al. 1995; Sinclair et al. 1992). I risultati indicano un'alta coerenza interna e fanno supporre una buona affidabilità dell'AUDIT nella misurazione di una singola situazione. Uno studio "*test-retest reliability*" ha adottato una procedura che "misura" l'attendibilità di uno strumento mediante la ripetizione delle osservazioni controllando la stabilità dei punteggi (Sinclair et al. 1992), dimostra una grande affidabilità ($r=.86$) per un campione costituito da bevitori non a rischio, cocainomani ed alcolodipendenti. Un altro studio metodologico per esaminare gli effetti della successione delle domande o delle variazioni nella scelta delle parole è stato condotto sulle stime di prevalenza e sull'affidabilità della coerenza interna (Lapham et al. 1998). Le variazioni nella successione delle domande e nella scelta delle parole hanno dimostrato di non avere alcun effetto sui punteggi dell'AUDIT e fanno pensare che, entro certi limiti, si possa accettare una certa flessibilità nell'ordine e nella scelta delle parole nell'AUDIT.

Seppä et al. (1998) hanno elaborato il questionario "Five-Shot test" per individuare il consumo rischioso di alcol combinando due punti dell'AUDIT (che riguardano le quantità del consumo) e tre punti del CAGE (che corrispondono a tre differenti tipi di domande nell'AUDIT: consumo rischioso di alcol, sintomi di dipendenza e consumo dannoso di alcol). Questo strumento è stato testato su di un gruppo di uomini di mezza età e, sebbene abbia dimostrato maggiore efficacia rispetto al CAGE, non ne è stata dimostrata una particolare utilità su altre fasce d'età, sulle donne e nelle strutture d'assistenza sanitaria primaria.

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

L'AUDIT-C. (Bush et al. 1998; Aertgeerts et al. 2001; Gordon et al. 2001) Esso comprende solo le tre domande AUDIT sul consumo di alcol. Bush et al. (1998) hanno testato l'AUDIT-C per il consumo dannoso o la dipendenza e/o il consumo rischioso sulla popolazione maschile. Sebbene l'AUDIT-C si sia rivelato più efficace rispetto all'AUDIT completo e al CAGE nell'identificazione dei bevitori a rischio, questo studio si è limitato agli uomini ed è stato condotto in tre cliniche di medicina generale del Veterans Affairs (VA) mentre le interviste sono state condotte per telefono. Le interviste telefoniche possono generare un significativo errore sistematico (*bias*) nei risultati (Kraus & Augustin 2001). Gordon et al. (2001) hanno utilizzato l'AUDIT-C per identificare i bevitori a rischio in un ampio campione del servizio sanitario primario. L'AUDIT-C si è dimostrato ugualmente efficace rispetto all'AUDIT, sebbene i criteri per definire il consumo rischioso non fossero stati stabiliti sulla base del giudizio clinico bensì usando le misure quantità/frequenza ottenute da un questionario di auto-somministrazione. In generale l'AUDIT-C ha mostrato di avere una sensibilità del 54-98% e una specificità del 57-93% per varie definizioni di consumo (Fiellin et al. 2000a).

In Europa un grosso studio sui questionari per lo *screening* sull'alcol nelle strutture sanitarie primarie (Belgio Aertgeerts et al. 2001) ha messo a confronto l'AUDIT completo con due questionari più brevi (Bush et al. 1998; Gordon et al. 2001) e il "Five-shot test" (Seppä et al. 1998). Concentrandosi sull'alcoldipendenza e non sul consumo rischioso e dannoso di alcol, l'AUDIT-C si è rivelato di minor efficacia rispetto all'AUDIT completo sulle pazienti donne, ma ha retto bene al confronto con altri questionari.

Gual et al. (2002) hanno confrontato l'AUDIT-C con le diagnosi cliniche di consumo rischioso elaborate dai medici che hanno intervistato i pazienti dei servizi sanitari primari. Le correlazioni tra i punteggi dell'AUDIT-C, l'AUDIT completo e il livello di consumo (espresso in bicchieri standard) sono state positive e molto significative. L'AUDIT-C e l'AUDIT completo hanno dimostrato efficacia analoga nonché sensibilità e specificità equivalente nell'identificazione del consumo rischioso tra gli uomini e le donne ricorsi ai servizi sanitari primari. Tra gli uomini il miglior *cut-off* è stato 5 (sensibilità al 92.4% e specificità al 74.3%), e tra le donne 4 (sensibilità al 90.9% e specificità al 68.4%).

II FAST. Elaborato in Inghilterra, è costituito da quattro domande, due riguardanti il consumo di alcol e due i danni alcol-correlati (Figura 5.4. Health Development Agency 2002). Applicando un *cut off* di 3 per il consumo rischioso, il FAST ha rivelato un'alta validità del metodo *test-retest* che, confrontato con l'AUDIT completo, ha una sensibilità del 93% e una specificità dell'88%. Si è dimostrato ugualmente efficace in diverse strutture mediche (assistenza primaria, studi odontoiatrici e cliniche ortopediche), su diverse fasce d'età e nei due sessi (Hodgson et al. 2003).

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

Cerchiare le risposte che meglio corrispondono alla propria situazione.

1 bevanda = 1/2 pinta di birra o un bicchiere di vino o un superalcolico

1. UOMINI: Con quale frequenza le capita di consumare OTTO o più bevande in una singola occasione?
 DONNE: Con quale frequenza le capita di consumare SEI o più bevande in una singola occasione?

| | | | | |
|-----|----------------------------|--------------------|------------------------|----------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Mai | Meno di 1 volta al mese | 1 volta al mese | 1 volta a settimana | Quotidianamente o quasi |

2. Quante volte nell'ultimo anno le è capitato di non riuscire a ricordare cosa aveva fatto la sera avanti, perché aveva bevuto?

| | | | | |
|-----|----------------------------|--------------------|------------------------|----------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Mai | Meno di 1 volta al mese | 1 volta al mese | 1 volta a settimana | Quotidianamente o quasi |

3. Quante volte le è capitato nell'ultimo anno di non riuscire a fare una cosa che normalmente ci si aspetta da lei, perché aveva bevuto?

| | | | | |
|-----|----------------------------|--------------------|------------------------|----------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Mai | Meno di 1 volta al mese | 1 volta al mese | 1 volta a settimana | Quotidianamente o quasi |

4. Nell'ultimo anno un parente o un amico, oppure un medico o un altro operatore sanitario si sono interessati al suo consumo d'alcol o le hanno consigliato di ridurlo?

| | | |
|-----|---------------|----------------------|
| 0 | 2 | 4 |
| Mai | Sì, una volta | Sì, più di una volta |

Figura 5.4. Il test FAST (Fast Alcohol Screening Test). Fonte: Health Development Agency 2002.

Questionario CAGE. Anche il questionario CAGE è stato utilizzato come strumento di *screening* nei servizi di assistenza primaria sui bevitori a rischio o già esposti a danno. I 4 punti delle domande del CAGE hanno dimostrato una sensibilità dell'84% e una specificità del 95%; viene utilizzato una *cut off* di 2 o più risposte positive, oltre il quale un bevitore è definito a rischio, ovvero se consuma 64 g di alcol o più al giorno (King 1986). Adottando gli stessi criteri per un punteggio positivo, il questionario CAGE ha dimostrato una sensibilità del 14% e una specificità del 97% nell'identificazione del consumo a rischio (in armonia con i criteri del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, USA) tra i pazienti d'età superiore ai 60 anni (Adams et al. 1996). Il questionario CAGE ha mostrato una sensibilità compresa tra il 49 e il 69% e una specificità compresa tra il 75 e il 95% nello *screening* di forti bevitori (Aithal et al. 1998; Bradley et al. 1998b). Una versione ampliata del CAGE, che comprende le 4 domande del CAGE, le prime due domande quantità/frequenza dell'AUDIT

e una domanda sulla "relazione" del paziente con l'alcol, ha evidenziato una sensibilità del 65% e una specificità del 74% (Bradley et al. 1998b).

Conclusioni sullo *screening* o sugli strumenti di identificazione. Data l'ampia gamma di strumenti dotati di buone sensibilità e specificità, non è facile scegliere uno strumento anziché l'altro. Il test AUDIT è stato specificamente pensato per essere usato nell'assistenza primaria, ma è lungo e oneroso in termini di tempo come strumento di identificazione veloce. Le prime tre domande dell'AUDIT (AUDIT-C), sul consumo d'alcol, sono probabilmente la soluzione migliore.

5.4. Come dovrebbero essere somministrate le domande o gli strumenti di identificazione?

L'AUDIT può essere compilato da un operatore nel corso di un'intervista oppure autonomamente dal soggetto stesso. Ogni sistema presenta i suoi vantaggi e svantaggi, che devono essere valutati nell'ottica del tempo e dei costi che gli strumenti presuppongono. Un questionario da compilare autonomamente necessita di meno tempo, è semplice da gestire, si presta allo svolgimento e al conteggio computerizzato e può fornire risposte più accurate. La compilazione durante l'intervista permette di fornire eventuali chiarimenti, può essere rivolta anche a pazienti con difficoltà di lettura e consente di dare un immediato *feedback* al paziente e di iniziarlo alla terapia con interventi minimi (basati su consigli in forma breve).

Nella maggior parte degli studi sull'identificazione e l'intervento breve la responsabilità del riconoscimento dei pazienti è affidata al medico di medicina generale. In alcuni dei paesi partecipanti alla Fase III dello Studio collaborativo sull'alcol e l'assistenza sanitaria primaria dell'OMS, i questionari AUDIT venivano consegnati ai pazienti dagli addetti all'accettazione (Funk et al. 2005). D'altra parte una crescente mole di dati sottolinea il ruolo degli infermieri nell'identificazione e nell'intervento breve (Owens et al. 2000; Lock et al. 2002; Deehan et al. 1998). In generale è auspicabile che nello svolgimento dei programmi di indentificazione e intervento breve siano coinvolti sia gli infermieri che i medici. Ogni *équipe* delle strutture sanitarie primarie dovrebbe stabilire le diverse responsabilità professionali in base alle peculiarità del sistema sanitario, del centro medico e della popolazione trattata.

Sebbene i pazienti possano essere in qualsiasi momento sottoposti all'identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol, esistono almeno quattro situazioni in cui non si può prescindere di intraprendere il processo di identificazione:

- **nella fase della** registrazione di nuovi pazienti
- negli interventi di *routine*
- prima di prescrivere una terapia con la quale interferisce l'alcol
- in risposta a problemi potenzialmente alcol-correlati

Implementare efficaci metodi di identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol nell'assistenza sanitaria primaria non è un compito semplice. Per ottimizzare i risultati sono state elaborate alcune raccomandazioni:

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

- le domande sul consumo di alcol potrebbero essere integrate ad altre sugli stili di vita all'interno di un questionario generale sullo stato di salute (domande sull'attività fisica, sull'alimentazione, sul fumo e sulle terapie farmacologiche);
- ai pazienti ad alto rischio di assunzione di sostanze illecite si potrebbero rivolgere domande sul consumo di alcol e altre droghe in combinazione;
- nell'intervistare il paziente e nel discutere i risultati del test d'identificazione, il medico dovrebbe adottare un approccio empatico, non confrontazionale, non giudicante;
- nel registrare i risultati del test, il medico dovrebbe commentare che un esito positivo dello *screening* non equivale necessariamente a una diagnosi;
- il risultato e i limiti di confidenza devono essere chiariti al paziente risultato positivo. I test del paziente risultati positivi dovrebbero essere contrassegnati, con segni neutri, ovvero i test non dovrebbero segnalare la tipologia del problema.

La frequenza con cui sarebbe auspicabile ripetere l'identificazione del consumo rischioso e dannoso d'alcol sullo stesso paziente non ci è nota. Poiché è stato provato che l'impatto degli interventi brevi sul consumo rischioso e dannoso di alcol si riduce dopo quattro anni (si veda il capitolo 6), il processo di identificazione potrebbe venire ripetuto ogni quattro anni, a meno che non intervenga una ragione clinica ad anticiparlo. Da una rassegna sistematica condotta per la US Preventive Services Task Force non risultano studi che segnalino effetti nocivi dovuti ai programmi di identificazione sistematica del consumo d'alcol (Whitlock et al. 2004) (si veda il capitolo 7).

5.5. Le analisi biochimiche sono utili allo *screening*?

Le analisi biochimiche legate al consumo problematico di alcol comprendono gli enzimi epatici (ad es. la gamma-glutamilttransferasi, GGT, e le aminotransferasi sieriche), la transferrina desialata (CDT) e il volume corpuscolare medio (MCV).

La gamma-glutamilttransferasi (GGT). I livelli di GGT nel siero aumentano in modo variabile in risposta all'assunzione di alcol (Rosalki et al. 1970). Normalmente i livelli di GGT si correlano moderatamente con il consumo di alcol ($r = 0.30 - 0.40$ negli uomini, $0.15 - 0.30$ nelle donne) (Sillanaukee et al. 2000), e c'è un certo grado di imprevedibilità nello stabilire quali bevitori risponderanno al consumo con un innalzamento dei valori di GGT. La GGT non risponde alla singola dose di alcol a meno che il paziente non sia stato in precedenza un forte bevitore (Dunbar et al. 1982; Gill et al. 1982; Devgun et al. 1985). I livelli di GGT rispondono a livelli anche bassi di consumo regolare (Sillanaukee et al. 2000), ma in generale è necessario un consumo forte prolungato nel tempo per far salire significativamente la GGT oltre i livelli normali di riferimento. È più probabile che i livelli salgano per il consumo regolare piuttosto che per il consumo episodico (Meerkerk et al. 1999); inoltre l'intensità del consumo (cioè il numero delle bevande ingerite per ogni occasione di consumo) sembra avere un suo peso. La GGT sale più rapidamente negli individui che riprendono a bere avendo alle spalle una storia di consumo, e in particolare se in passato hanno avuto elevati valori di GGT (Nemesanszky et al. 1998).

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

Mentre la GGT solitamente inizia a scendere nella prima settimana di cessazione del consumo, la misura della diminuzione è variabile, soprattutto se in presenza di danni epatici.

Come strumento di *screening* la GGT è limitata dalla sua relativamente bassa sensibilità. In ambito di strutture di assistenza sanitaria primaria e di comunità, soltanto il 30-50% (Sillanaukee et al. 2000; Hashimoto et al. 2001; Poikolainen & Vartiainen 1997) dei forti bevitori presenta livelli elevati (Meerkerk et al. 1999) nonostante talvolta la percentuale sia minore del 10% (Lof et al. 1994; Aertgeerts et al. 2001). In tali ambienti la specificità varia dal 40 a quasi il 90%.

Transferrina desialata (CDT). Tale dosaggio è stato ampiamente esaminato come possibile analisi biochimica per identificare il consumo rischioso e dannoso di alcol (Salaspuro 1999; Sharpe 2001). Pazienti che consumano 50-80 g di alcol al giorno per almeno una settimana mostreranno un aumento dei valori di CDT nel siero (Stibler 1991). Durante l'astinenza la CDT si normalizza, il tempo di dimezzamento nella maggior parte dei casi è di 15 giorni (Stibler 1991; Allen et al. 2001), ma che può essere anche più breve (Spies et al. 1995a, b, 1996a, b). Alcuni studi mostrano che la CDT è molto più efficace nell'identificare i forti bevitori cronici piuttosto che quelli a rischio o il mero consumo di grosse quantità in atto (Sillanaukee et al. 1993; Allen et al. 1994; Gronbaek et al. 1995). La CDT è inoltre più efficace nell'identificazione di pazienti con alcoldipendenza rispetto a quelli con una storia di forte consumo non dipendenti (Mikkelsen et al. 1998).

In uno *screening* recente di popolazione condotto su 1863 individui (Studio collaborativo OMS/ISBRA) la sensibilità e la specificità della CDT sono risultate 60 e 92% per gli uomini, 29 e 92% per le donne, con livelli di consumo alto (descritto verbalmente), pari a oltre 80 g di alcol al giorno per gli uomini e oltre 40 g di alcol al giorno per le donne distribuito nel corso del mese precedente (Conigrave et al. 2002). Il vantaggio del test sta nel fatto che la percentuale di falsi positivi è relativamente bassa (alta specificità). Ad ogni modo i falsi positivi possono dipendere da una variante genetica D della transferrina, dalla sindrome CDG, dalla cirrosi biliare primaria, da carcinoma epatocellulare, da cirrosi epatica virale e da trapianto di pancreas e rene, o dalle terapie usate per il trattamento di queste malattie (Sillanaukee et al. 2001a). Non sono a disposizione dati sul valore predittivo della CDT nei confronti di morbilità o mortalità.

Volume eritrocitario medio (MCV). È ormai riconosciuto che il volume medio dei globuli rossi (volume corpuscolare medio, MCV) aumenta con il consumo di alcol (Wu et al. 1974). Nel consumo massiccio la maggior parte dei casi di macrocitosi si verifica in presenza di livelli normali di folato (Wu et al. 1974; Maruyama et al. 2001), senza anemia, e non risponde al trattamento con folato (Wu et al. 1974).

Poiché la vita di un globulo rosso è di circa 120 giorni, possono trascorrere molti mesi prima che i cambiamenti nel consumo dell'alcol si riflettano sui livelli di MCV (Hasselblatt et al. 2001). Sembra che debba essere in atto un consu-

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

mo prolungato e regolare perché possano determinarsi alti livelli di MCV in assenza di carenza di folato, di epatopatie o emorragie. Non esistono studi sperimentali che dimostrino un aumento del MCV alla somministrazione di alcol su volontari sani. La regolarità del consumo è importante (Meerkerk et al. 1999). Nell'alcoldipendenza i livelli di MCV continuano a salire nonostante l'interruzione del consumo (Monteiro & Masur 1986).

Come strumento di *screening* l'analisi del MCV ha una validità limitata dalla sua relativamente bassa sensibilità, solitamente inferiore al 50%. In uno studio in ambito di medicina di base l'analisi del MCV ha identificato meno del 20% dei bevitori problematici (Meerkerk et al. 1999). D'altra parte l'analisi del MCV è più specifica di quella della GGT sulla maggior parte dei gruppi di popolazione, con specificità di oltre il 90% (Meerkerk et al. 1999).

Combinazioni di test biochimici. L'uso combinato di più test presenta dei vantaggi rispetto all'uso di un solo test (Conigrave et al. 1995c; Helander et al. 1996; Anton 2001; Sillanaukee & Olsson 2001; Anton et al. 2002; Martin et al. 2002). Il vantaggio dell'uso combinato di più test non è in relazione soltanto con la quantità di alcol ingerita e la severità dell'epatopatia, ma anche con il genere, l'età (Anton & Moak 1994; Allen et al. 2000; Sharpe 2001; Conigrave et al. 2002), l'indice di massa corporea (Sillanaukee et al. 2001b; Conigrave et al. 2002; Reif et al. 2001), la presenza di problemi epatici (Salaspuro 1999) e alcune modalità del consumo alcolico (Anton et al. 1998). Ad ogni modo non esistono criteri condivisi per interpretare i risultati dei test multipli (Rubio et al. 1996; Allen et al. 1997, 2000; Allen & Litten 2001; Hermansson et al. 2000; Harasymiw & Bean 2001; Mundle et al. 2000; Sillanaukee & Olsen 2001; Martin et al. 2002; Sharpe 2001; Fiellin et al. 2000a; Fiellin et al. 2000b; SAunders & Lee 2000; Sharpe 2001; Rehm et al. 2003).

Le analisi biochimiche e le differenze di genere. Le differenze tra uomini e donne nelle descritte intensità, frequenza e modalità del consumo d'alcol possono spiegare le differenze dei test biochimici (Brienza & Stein 2002; Gentilello et al. 2000; Sillanaukee et al. 2000). Allen et al. (2000) hanno esaminato sei studi comparando la CDT e la GGT nelle donne con forte consumo di alcol e in quelle con alcoldipendenza, riscontrando sensibilità analoghe (rispettivamente 52 e 54%) e buone specificità (rispettivamente 92 e 96%). D'altra parte alcuni studi non considerano l'utilizzo della CDT altrettanto valido nelle donne come negli uomini (Nystrom et al. 1992; Anton & Moak 1994; La Grange et al. 1994; Huseby et al. 1997b). Per gli uomini i livelli di CDT sembrano rispondere innanzitutto alla frequenza del consumo, mentre la GGT è principalmente influenzata dall'intensità (Whitfield et al. 1978; Allen et al. 2000; Mundle et al. 2000; Sharpe 2001; Whitfield 2001). Per le donne sia la CDT che la GGT sono influenzate piuttosto dal numero di bevande per occasione (intensità) che dal numero di occasioni di consumo (frequenza) (Anton & Moak 1994). Nell'identificazione del consumo in fase iniziale nelle donne, in un campione di pazienti del sistema sanitario primario l'MCV si è dimostrato più sensibile (40%) della CDT (29%) o della GGT (34%) (Sillanaukee et al. 1998). Altri studi confermano l'utilità dell'MCV nelle donne nell'identificare un forte consumo (Martensson et al. 1997; Wetterling et al. 1998a; Allen et al. 2000; Mundle et al. 2000).

Le analisi biochimiche e l'età. Le differenze tra giovani ed anziani, nelle descritte intensità, frequenza e modalità di consumo d'alcol, possono spiegare le differenze dei test biochimici. Specialmente per i giovani con modalità di consumo rischioso o dannoso più intermittente ed episodico, i questionari si rivelano validi (Allen et al. 1997; Fiellin et al. 2000a; Fiellin et al. 2000b). Per la CDT lo studio di Huseby et al. (1997) ha registrato una sensibilità del 17% (rispetto al 57%) su di un gruppo d'età compresa tra i 21 e i 35 anni (al confronto con un gruppo d'età compresa tra i 36 e i 50 anni), e una sensibilità dell'8% (rispetto al 43%) per la GGT. La quantità di alcol assunta era identica nei due gruppi. Molti altri studi rilevano che nei giovani pazienti i marcatori di consumo cronico d'alcol hanno una sensibilità più bassa (Bisson & Millford-Ward 1994; Salaspuro 1999; Sharpe 2001; Conigrave et al. 2002; Gomez et al. 2002). Raramente i livelli di GGT sono alti negli individui d'età inferiore ai 30 anni (Whitfield et al. 1978; Sharpe 2001).

Uso dei test biochimici nell'assistenza primaria. Non esiste analisi biochimica sufficientemente sensibile per l'identificazione del consumo cronico di alcol compreso tra 40 e 60 g al giorno, sebbene Sillanaukee et al. (2000) abbiano dimostrato che esistono diverse soglie per l'associazione tra consumo di alcol e CDT (per gli uomini 55 g di alcol alla settimana, per le donne 15 g di alcol alla settimana) o GGT (per gli uomini 74 g di alcol alla settimana, per le donne 60 g di alcol alla settimana). Non è noto alcun marcatore biochimico che, con adeguata accuratezza, possa essere utilizzato nell'ambito dello *screening* del consumo d'alcol nella popolazione generale, specialmente di fronte a elevate percentuali di consumatori giovani, esposti a rischio discontinuo, con bassi livelli di consumo ed episodi di *binge drinking* (Salaspuro 1999; Sharpe 2001). La CDT ha dimostrato bassa sensibilità, del 12 o 45% o meno, in un campione di popolazione generale e nelle strutture sanitarie primarie (Sharpe 2001). Una metanalisi di 110 studi clinici, (Scouller et al. 2001) ha evidenziato che la CDT non è migliore della GGT. La CDT si è dimostrata un poco più valida della GGT nell'identificare il consumo di alcol a rischio elevato o medio in studi multicentrici su ampi campioni a base prevalentemente territoriale. La sensibilità del valore di MCV nell'identificare il consumo massiccio è di circa il 40-50%, ma la sua specificità è alta (80-90%) e pochissimi astemi o bevitori a basso rischio mostrano alti livelli di MCV (Helander et al. 1998; Salaspuro 1999; Helander 2001; Sharpe 2001). Per le operazioni dello *screening* di pazienti di strutture sanitarie primarie i questionari si rivelano il mezzo migliore (Nilssen et al. 1992; Hermansson et al. 2000; Aertgeerts et al. 2001).

Conclusioni sulle analisi biochimiche. Le analisi biochimiche non sono particolarmente utili allo *screening* in quanto i valori elevati hanno scarsa sensibilità e identificano solo una piccola parte di pazienti con consumo a rischio o dannoso. Ad ogni modo gli alti valori sono spesso dovuti all'alcol e, dal momento che queste analisi fanno parte della batteria di esami biochimici di *routine*, il riscontro di livelli elevati dovrebbe mettere il medico sull'avviso di una possibile diagnosi di consumo alcolico dannoso o di alcoldipendenza (si veda il capitolo 9).

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

Bibliografia

Aalto, M., Pekuri, P., and Seppa, K. (2001) Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction*, 96: 305-311.

Adams, W.L., Barry, K.L., Fleming, M.F. (1996) Screening for problem drinking in older primary care patients. *Journal of the American Medical Association*, 276: 1964-1967.

Aertgeerts, B., Buntinx, F., Ansoms, S. & Fevery, J. (2001) Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *British Journal of General Practice*, 51: 206-217.

Aithal, G.P., Thornes, H., Dwarakanath, A.D., Tanner, A.R. (1998) Measurement of carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in a general medical clinic: is this test useful in assessing alcohol consumption? *Alcohol and alcoholism*, 33: 304-309.

Allen, J.P. & Litten, R.Z. (2001) The role of laboratory tests in alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20: 81-85.

Allen, J.P., Litten, R.Z., Anton, R.F. & Cross, G.M. (1994) Carbohydrate-deficient transferrin as a measure of immoderate drinking: remaining issues [Review]. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 18: 799-812.

Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, J.B. & Babor, T. (1997) A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 21: 613-619.

Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, J.B. & Sillanaukee, P. (2000) Carbohydrate-deficient transferrin, gamma-glutamyltransferase, and macrocytic volume as biomarkers of alcohol problems in women. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 24: 492-496.

Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, J.B. & Sillanaukee, P. (2001) Carbohydrate-deficient transferrin: an aid to early recognition of alcohol relapse. *American Journal of Addiction*, 10: 24-28.

Anton, R.F. & Moak, D.H. (1994) Carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase as markers of heavy alcohol consumption: gender differences. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 18: 747-754.

Anton, R.F. (2001) Carbohydrate-deficient transferrin for detection and monitoring of sustained heavy drinking. What have we learned? Where do we go from here? *Alcohol*, 25: 185-188.

Anton, R.F., Lieber, C. & Tabakoff, B. (2002) Carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase for the detection and monitoring of alcohol use: results from a multisite study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26: 1215-1222.

Anton, R.F., Stout, R.L., Roberts, J.S. & Allen, J.P. (1998) The effect of drinking intensity and frequency on serum carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyl transferase levels in outpatient alcoholics. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22: 1456-1462.

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001) The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care. Geneva: World Health Organization.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf
- Belson, W.A. (1981) The Design and Understanding of Survey Questions. Aldershot, UK, Gower.
- Bisson, J.I. & Milford-Ward, A.A. (1994) comparison of carbohydrate deficient transferrin with other markers of alcohol misuse in male soldiers under the age of thirty. *Alcohol and Alcoholism*, 29: 315-321.
- Bohn, M.J., Babor, T.F. and Kranzler, H.R. (1995) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol*, 56: 423-432.
- Bradley, K.A., McDonell, M.B., Bush, K., Kivlahan, D.R., Diehr, P., Fihn, S.D. (1998a) The AUDIT alcohol consumption questions: reliability, validity, and responsiveness to change in older male primary care patients. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22: 1842-1849.
- Bradley, K.A., Bush, K.R., McDonell, M.B., Malone, T., Fihn, S.D. (1998b) Screening for problem drinking: comparison of CAGE and AUDIT. *Journal of General Internal Medicine*, 13: 379-388.
- Brienza, R.S. & Stein, M.D. (2002) Alcohol use disorders in primary care: do gender-specific differences exist? *Journal of General Internal Medicine*, 17: 387-397.
- Brotons, C., Iglesias, M., Martin-Zurro, A., Martin-Rabadan, M., and Gene, J. Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. The Coordinating Group For Prevention and Health Promotion in Primary Care in Spain. *Family practice*, 13: 144-51.
- Bush, K., Kivlahan, D.R., McDonell, M.S., Fihn, S.D. and Bradley, K.A. (1998) The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, 158: 1789-1795.
- Cherpitel, C.J. (2000). Brief screening instrument for problem drinking in the emergency room: the RAPS4. *Journal of Studies on Alcohol*, 61 (3): 447-9.
- Cherpitel, C.J. (1995) Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *Journal of Studies on Alcohol*, 56: 695-700.
- Claussen, B. and Aasland, O.G. (1993) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployed. *Addiction*, 88: 363-368.
- Clements, R. (1998) A critical evaluation of several alcohol screening instruments using the CIDI SAM as a criterion measure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(5): 985-993.

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

Conigrave, K.M., Degenhardt, L.J., Whitfield, J.B., Saunders, J.B., Helander, A. & Tabakoff, B. (2002) CDT, GGT, and AST as markers of alcohol use: the WHO/ISBRA collaborative project. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26: 332-339.

Conigrave, K.M., Hall, W.D., Saunders, J.B. (1995a) The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. *Addiction*, 90: 1349-1356.

Conigrave, K.M., Saunders, J.B. and Reznik, R.B. (1995b) Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm. *Addiction*, 90: 1479-1485.

Conigrave, K.M., Saunders, J.B. & Whitfield, J.B. (1995c) Diagnostic tests for alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism*, 30: 13-26.

Dawson, D.A. (1998a) Volume of ethanol consumption: effects of different approaches to measurement. *Journal of Studies on Alcohol*, 59: 191-197.

Dawson, D.A. (1998b) Measuring alcohol consumption: limitations and prospects for improvement. *Addiction*, 93: 965-968.

Deehan, A., Templeton, L., Taylor, C., Drummond, C., Strang, J. (1998) Are practice nurses an unexplored resource in the identification and management of alcohol misuse? Results from a study of practice nurses in England and Wales in 1995. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (3): 592-597.

Devgun, M.S., Dunbar, J.A., Hagart, J., Martin, B.T. & Ogston, S.A. (1985) Effects of acute and varying amounts of alcohol consumption on alkaline phosphatase, aspartate transaminase, and gamma-glutamyltransferase. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 9: 235-237.

Dunbar, J.A., Hagart, J., Martin, B., Ogston, S. & Devgun, M.S. (1982) Drivers, binge drinking, and gammaglutamyltranspeptidase. *British Medical Journal Clinical Research Edition*, 285, 1083.

Farren, C.K. & Tipton, K.F. (1999) Trait markers for alcoholism: clinical utility. *Alcohol and Alcoholism*, 34: 649-665.

Fiellin, D.A., Carrington, R. & O'Connor, P.G. (2000) Screening for Alcohol problems in primary care, a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 160: 1977-1989.

Fiellin, D.A., Reid, M.C. & O'Connor, P.G. (2000) Outpatient management of patients with alcohol problems. *Annals of Internal Medicine*, 133: 815-827.

Fleming, M.F., Barry, K.L. and MacDonald, R. (1991) The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample. *International Journal of the Addictions*, 26: 1173-1185.

Funk, M., Wutzke, S., Kaner, E., Anderson, P., Pas, L., McCormick, R., Gual, A., Barford, S., Saunders, J. (2005) A multi country controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a WHO Collaborative Study. *Journal of Studies on Alcohol*, 66: 379-388.

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

Gentilello, L.M., Rivara, F.P., Donovan, D.M., Villaveces, A., Daranciang, E., Dunn, C.W. & Ries, R.R. (2000) Alcohol problems in women admitted to a level I trauma center: a gender-based comparison. *Journal of Trauma*, 48: 108-114.

Gill, G.V., Baylis, P.H., Flear, C.T., Skillen, A.W. & Diggle, P.H. (1982) Acute biochemical responses to moderate beer drinking. *British Medical Journal Clinical Research Edition*, 285: 1770-1773.

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

Gomez, A., Conde, A., Aguiar, J.A., Santana, J.M., Jorin, A. & Betancor, P. (2001) Diagnostic usefulness of carbohydrate-deficient transferrin for detecting alcohol-related problems in hospitalized patients. *Alcohol and Alcoholism*, 36: 266-270.

Gordon, A.J., Maisto, S.A., McNeil, M., Kraemer, K.L., Conigliaro, R.L., Kelley, M.E. and Conigliaro, J. (2001) Three questions can detect hazardous drinkers. *Journal of Family Practice*, 50: 313-320.

Grant, B.F., Harford, T.C., Dawson, D.A., Chou, P.S. & Pickering, R.P. (1995) The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 39: 37-44.

Greenfield, T.K. (2000) Ways of measuring drinking patterns and the differences they make: experience with graduated frequencies. *Journal of Substance Abuse*, 12: 33-49.

Gronbaek, M., Henriksen, J.H. & Becker, U. (1995) Carbohydrate-deficient transferrin: a valid marker of alcoholism in population studies? Results from the Copenhagen City Heart Study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 19: 457-461.

Gual, A., Segura, L., Contel, M., Heather, N. & Colom, J. (2002) Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol & Alcoholism*, 37 (6): 591-596.

Haley, N., Maheux, B., Rivard, M. and Gervais, A. (2000) Lifestyle health risk assessment. Do recently trained family physicians do it better? *Canadian family physician*, 46: 1609-1616.

Hallfors, D., Khatapoush, S., Kadushin, C., Watson, K. & Saxe, L. (2000) A comparison of paper v. computer-assisted self-interview for school alcohol, tobacco, and other drug surveys. *Evaluation and Program Planning*, 23: 149-155.

Harasymiw, J. & Bean, P. (2001) The combined use of the early detection of alcohol consumption (EDAC) test and carbohydrate-deficient transferrin to identify heavy drinking behaviour in males. *Alcohol and Alcoholism*, 36: 349-353.

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

Hashimoto, Y., Futamura, A., Nakarai, H. & Nakahara, K. (2001) Relationship between response of gammaglutamyl transpeptidase to alcohol drinking and risk factors for coronary heart disease. *Atherosclerosis*, 158: 465-470.

Hasin, D., Carpenter, J., McCloud, S., Smith, M. & Grant, B. (1997) The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a clinical sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 44: 133-141.

Hasselblatt, M., Martin, F., Maul, O., Ehrenreich, H. & Kernbach-Wighton, G. (2001) Persistent macrocytosis following abstinence from chronic alcohol use. *Journal of the American Medical Association*, 286: 2946.

Hays, R.D., Merz, J.F. and Nicholas, R. (1995) Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST, and AUDIT alcohol screening measures. *Behavioral Research Methods, Instruments & Computers*, 27: 277-280.

Health Development Agency (2002) The Fast Alcohol Screening Test. http://www.hda-online.org.uk/documents/manual_fastalcohol.pdf

Heather, N. (1996) The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: the British experience. *Addictive behaviours*, 21: 857-868.

Helander, A. (2001) Biological markers of alcohol use and abuse Biomarkers for alcohol use disorders in clinical practice 89 in theory and praxis. In: Agarwal, D.P. & Seitz, H.K., eds. *Alcohol in Health and Disease*, 9: 177-206.

Helander, A., Carlsson, A.V. & Borg, S. (1996) Longitudinal comparison of carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyl transferase: complementary markers of excessive alcohol. *Alcohol and Alcoholism*, 31: 101-107.

Helander, A., Vabom, E., Levin, K. & Borg, S. (1998) Intra- and interindividual variability of carbohydrate-deficient transferrin, gamma-glutamyltransferase, and mean corpuscular volume in teetotalers. *Clinical Chemistry*, 44: 2120-2125.

Hermansson, U., Helander, A., Huss, A., Brandt, L. & Ronnberg, S. (2000) Alcohol Use Disorder Identification test (AUDIT) and carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in a routine workplace health examination. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24: 180-187.

Huseby, N.E., Nilssen, O., Erfurth, A., Wetterling, T. & Kanitz, R.D. (1997b) Carbohydrate-deficient-transferrin and alcohol dependency: variations in response to alcohol intake among different groups of patients. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 21: 201-205.

Isaacson, J.H., Butler, R., Zacharek, M. and Tzelepis, A. (1994) Screening with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in an inner-city population. *Journal of General Internal Medicine*, 9: 550-553.

Ivis, F.J., Adlaf, E.M. and Rehm, J. (2000) Incorporating the AUDIT into a general population telephone survey: a methodological experiment. *Drug & Alcohol Dependence*, 60: 97-104.

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

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

King, M. (1986) At risk drinking among general practice attenders: validation of the CAGE questionnaire. *Psychological medicine*, 16: 213-217.

Kraus, L. and Augustin, R. (2001) Measuring alcohol consumption and alcohol-related problems: comparison of responses from self-administered questionnaires and telephone interviews. *Addiction*, 96: 459-471.

La Grange, L., Anton, R.F., Crow, H. & Garcia, S. (1994) A correlational study of carbohydrate-deficient transferrin values and alcohol consumption among Hispanic college students. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 18: 96.

Lapham, S.C., Skipper, B.J., Brown, P., Chadbunchachai, W., Suriyawongpaisal, P. and Paisarnsilp, S. (1998) Prevalence of alcohol use disorders among emergency room patients in Thailand. *Addiction*, 93 (8): 1231-1239.

Lock, C.A., Kaner, E., Lamont, S., Bond, S. (2002) A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (4): 333-342.

Lof, K., Seppa, K., Itala, L. et al. (1994) Carbohydrate deficient transferrin (CDT) as an alcohol marker among female heavy drinkers: a population based study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 18: 889-894.

Lopez-de-Munain, J., Torcal, J., Lopez, V. and Garay, J. (2001) Prevention in routine general practice: activity patterns and potential promoting factors. *Preventive medicine*, 32: 13-22.

Martensson, O., Harlin, A., Brandt, R., Seppa, K. & Sillanaukee, P. (1997) Transferrin isoform distribution: gender and alcohol consumption. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 21: 1710-1715.

Martin, M.J., Heymann, C., Neumann, T., Schmidt, L., Soost, F., Mazurek, B., Bohm, B., Marks, C., Helling, K., Lenzenhuber, E., Muller, C., Kox, W.J. & Spies, C.D. (2002) Preoperative evaluation of chronic alcoholics assessed for surgery of the upper digestive tract. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26: 836-840.

Maruyama, S., Hirayama, C., Yamamoto, S., Koda, M., Udagawa, A., Kadowaki, Y., Inoue, M., Sagayama, A. & Umeki, K. (2001) Red blood cell status in alcoholic and non-alcoholic liver disease. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, 138: 332-337.

Mayfield, D., McLeod, G. and Hall, P. (1974) The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131: 1121-1123.

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

McAvoy, B.R., Donovan, R.J., Jalleh, G., Saunders, J.B., Wutzke, S.E., Lee, N., Kaner, E.F., Heather, N., McCormick, R., Barford, S., and Gache, P. (on behalf of the WHO brief intervention study group) (2001) General practitioners, prevention and alcohol - A powerful cocktail? Facilitators and inhibitors of practising preventive medicine in general and early intervention for alcohol in particular: a twelve nation key informant and general practitioner study. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 8: 103-117.

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

McCabe, S.E., Boyd, C.J., Couper, M.P., Crawford, S. & D.Arcy, H. (2002) Mode effects for collecting alcohol and other drug use data: web and U.S. mail. *Journal of Studies on Alcohol*, 63: 755-761.

McGlynn, E.A., Asch, S.M., Adams, J., Keeseey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A. et al. (2003) The quality of health care delivered to adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 348: 2635.

Meerkerk, G.J., Njoo, K.H., Bongers, I.M., Trienekens, P. & van Oers, J.A. (1999) Comparing the diagnostic accuracy of carbohydrate-deficient transferrin, gammaglutamyltransferase, and mean cell Volume in a general practice population. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 23: 1052-1059.

Midanik, L. (1991) 'Unstandard' ways of answering standard questions: protocol analysis in alcohol survey research. *Drug and Alcohol Dependence*, 27: 245-252.

Mikkelsen, I.M., Kanitz, R.D., Nilssen, O. & Huseby, N.E. (1998) Carbohydrate-deficient transferrin: marker of actual alcohol consumption or chronic alcohol misuse? *Alcohol and Alcoholism*, 33: 646-650.

Miller, E.T., Neal, D.J., Roberts, L.J., Baer, J.S., Cressler, S.O., Metrik, J. & Marlatt, G.A. (2002) Test-retest reliability of alcohol measures: is there a difference between internet-based and traditional methods? *Psychology of Addictive Behaviors*, 16: 56-63.

Miller, W.R. & Del Boca, F.K. (1994) Measurement of drinking behavior using the Form 90 family of instruments. *Journal of Studies on Alcohol*, 12: 112-118.

Miller, W.R. (1996) Manual for Form 90: A Structured Assessment Interview for Drinking and Related Behaviors. Project MATCH Monograph Series 5, NIH Publication no. 96.4004. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Monteiro, M.G. & Masur, J. (1986) Monitoring alcoholism treatment: the appropriateness of choice between gamma-GT or MCV evaluation after a short time of abstinence. *Alcohol*, 3: 223-226.

Mundle, G., Munkes, J., Ackermann, K. & Mann, K. (2000) Sex differences of carbohydrate-deficient transferrin, gammaglutamyltransferase, and mean corpuscular volume in alcohol-dependent patients. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 24: 1400-1405.

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

Nemesanszky, E., Lott, J.A. & Arato, M. (1988) Changes in serum enzymes in moderate drinkers after an alcohol challenge. *Clinical Chemistry*, 34: 525-527.

Nilssen, O., Huseby, N.E., Hoyer, G., Brenn, T., Schirmer, H. & Forde, O.H. (1992) New alcohol markers-how useful are they in population studies: the Svalbard Study 1988-89. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 16: 82-86.

Nystrom, M., Perasalo, J. & Salaspuro, M. (1992) Carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in serum as a possible indicator of heavy alcohol drinking in young university students. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 16: 93-97.

Owens, L., Gilmore, I.T., Pirmohamed, M. (2000) General Practice Nurses' knowledge of alcohol use and misuse: A questionnaire survey. *Alcohol and Alcoholism*, 35 (3): 259-262.

Piccinelli, M., Tessari, E., Bortolomasi, M., Piasere, O., Semenzin, M. Garzotto, N. and Tansella, M. (1997) Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *British Medical Journal*, 314 (8): 420-424.

Poikolainen, K. & Karkkainen, P. (1983) Diary gives more accurate information about alcohol consumption than questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, 11: 209-216.

Poikolainen, K. & Vartiainen, E. (1997) Determinants of gamma-glutamyltransferase: positive interaction with alcohol and body mass index, negative association with coffee. *American Journal of Epidemiology*, 146: 1019-1024.

Pokorny, A.D., Miller B.A. and Kaplan H.B. (1972) The brief MAST: a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *American Journal of Psychiatry*, 129 (3): 342-345.

Powell, J.E. and McInness, E. (1994) Alcohol use among older hospital patients: Findings from an Australian study. *Drug and Alcohol Review*, 13: 5-12.

Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G. & Sempos, C.T. (2003) The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 98: 1209-1228.

Reif, A., Keller, H., Schneider, M., Kamolz, S., Schmidtke, A. & Fallgatter, A.J. (2001) Carbohydrate-deficient transferrin is elevated in catabolic female patients. *Alcohol and Alcoholism*, 36: 603-607.

Rigmaiden, R.S., Pistorello, J., Johnson, J., Mar, D. and Veach, T.L. (1995) Addiction medicine in ambulatory care: Prevalence patterns in internal medicine. *Substance Abuse*, 16: 49-57.

Rosalki, S.B., Rau, D., Lehmann, D. & Prentice, M. (1970) Determination of serum gamma-glutamyl transpeptidase activity and its clinical applications. *Annals of Clinical Biochemistry*, 7: 143-147.

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

- Rubio, C., Gil, V., Aparicio, J.M., Belda, J., Pascual, R. & Merino, J. (1996) Diagnostic efficiency of biological markers of alcohol consumption for the detection of excessive drinkers. *Anales de Medicina Interna*, 13: 274-278.
- Rumpf, H.J., Bohlmann, J., Hill, A., Hapke, U. and John, U. (2001) Physicians' low detection rates of alcohol dependence or abuse: A matter of methodological shortcomings? *General Hospital Psychiatry*, 23: 133-7.
- Rush, B.R., Urbanoski, K.A., & Allen, B.A. (2003) Physicians' enquiries into their patients' alcohol use: public views and recalled experiences. *Addiction*, 98: 895-900.
- Russell, M., Martier, S.S., Sokol, R.J., Jacobson, S. and Bottoms, S. (1991) Screening for pregnancy risk drinking: TWEAKING the tests. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 15 (2): 638.
- Salaspuro, M. (1999) Carbohydrate-deficient transferrin as compared to other markers of alcoholism: a systematic review. *Alcohol*, 19: 261-271.
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Grant, M. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption.II. *Addiction*, 88: 791-804.
- Saunders, J.B. & Lee, N.K. (2000) Hazardous alcohol use: its delineation as a subthreshold disorder, and approaches to its diagnosis and management. *Comprehensive Psychiatry*, 2: 95-103.
- Scouller, K., Conigrave, K.M., Macaskill, P., Irwig, L. & Whitfield, J.B. (2000) Should we use carbohydrate-deficient transferrin instead of g-glutamyltransferase for detecting problem drinkers? A systematic review and metaanalysis. *Clinical Chemistry*, 46: 1894-1902.
- Seppä, K., Lepistö, J. and Sillanaukee, P. (1998) Five-shot questionnaire on heavy drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22: 1788-1791.
- Sharpe, P.C. (2001) Biochemical detection and monitoring of alcohol abuse and abstinence. *Annals of Clinical Biochemistry*, 38: 652-664.
- Sillanaukee, P. & Olsson, U. (2001) Improved diagnostic classification of alcohol abusers by combining carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase. *Clinical Chemistry*, 47: 681-685.
- Sillanaukee, P., Aalto, M. & Seppä, K. (1998) Carbohydrate deficient transferrin and conventional alcohol markers as indicators of brief intervention among heavy drinkers in primary health care. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22: 892-896.
- Sillanaukee, P., Massot, N., Jousilahti, P., Vartiainen, E., Sundvall, J., Olsson, U., Poikolainen, K., Ponnio, M., Allen, J. P. & Alho, H. (2000) Dose response of laboratory markers to alcohol consumption in a general population. *American Journal of Epidemiology*, 152: 747-751.

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

Sillanaukee, P., Seppa, K., Lof, K. & Koivula, T. (1993) Carbohydrate-deficient transferrin (CDT) by anion exchange chromatography followed by RIA as a marker of heavy drinking among men. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 17: 230-233.

Sillanaukee, P., Strid, N., Allen, J.P. & Litten, R.Z. (2001a) Possible reasons why heavy drinking increases CDT. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25: 34-40.

Sillanaukee, P., Strid, N., Jousilahti, P., Vartiainen, E., Poikolainen, K., Nikkari, S., Allen, J.P. & Alho, H. (2001b) Association of self-reported diseases and health care use with commonly used laboratory markers for alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism*, 36: 339-345.

Sinclair, M., McRee, B. and Babor, T.F. (1992) Evaluation of the Reliability of AUDIT. University of Connecticut School of Medicine, Alcohol Research Center, (unpublished report).

Skipsey, K., Burlison, J.A. and Kranzler, H.R. (1997) Utility of the AUDIT for the identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 45: 157-163.

Smith, S.G.T., Touquet, R., Wright, S. and Das Gupta, N. (1996) Detection of alcohol misusing patients in accident and emergency departments: the Paddington alcohol test (PAT). *Journal of Accident and Emergency Medicine*, 13 (5): 308-312.

Sobell, L.C. & Sobell, M.B. (1992) Timeline followback: a technique for assessing self-reported ethanol consumption. In: Allen, J. & Litten, R.Z., eds. *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biological Methods*, 41-72.

Sobell, L.C. & Sobell, M.B. (1995a) *Alcohol Timeline Follow-back Users Manual*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.

Sobell, L.C. & Sobell, M.B. (1995b) *Alcohol Timeline Follow-back Computer Software*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.

Sobell, L.C. & Sobell, M.B. (1995c) Alcohol consumption measures. In: Allen, J.P. & Columbus, M., eds. *Assessing Alcohol Problems: a Guide for Clinicians and Researchers*. Treatment Handbook Series 4. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 55-73.

Sobell, L.C., Maisto, S.A., Sobell, M.B. & Cooper, A.M. (1979) Reliability of alcohol abusers' self-reports of drinking behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 17: 157-160.

Sobell, M.B., Sobell, L.C., Khajner, F., Pavon, D. & Basian, E. (1986) The reliability of a timeline method for assessing normal drinker college students' recent drinking history: utility for alcohol research. *Addictive Behaviors*, 11: 149-161.

Spandorfer, J.M., Israel, Y., & Turner, B.J. (1999) Primary care physicians' views on screening and management of alcohol abuse: inconsistencies with national guidelines. *Journal of Family Practice*, 48: 899-902.

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

Spies, C.D., Emadi, A., Neumann, T., Hannemann, L., Rieger, A., Schaffartzik, W., Rahmzadeh, R., Berger, G., Funk, T., Blum, S., Muller, C. & Rommelspacher, H. (1995a) Relevance of carbohydrate-deficient transferrin as a predictor of alcoholism in intensive care patients following trauma. *Journal of Trauma*, 39: 742-748.

Spies, C.D., Rommelspacher, H., Schnapper, C., Muller, C., Marks, C., Berger, G., Conrad, C., Blum, S., Specht, M., Hannemann, L. et al. (1995b) Beta-carbolines in chronic alcoholics undergoing elective tumor resection. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 19: 969-976.

Spies, C., von Winterfeld, A., Müller, C., Rommelspacher, H., Neumann, T., Marks, C., Berger, G., Conrad, C., Blum, S., Hannemann, L., Striebel, H.W. & Schaffartzik, W. (1996a) Reliability of carbohydrate deficient transferrin to detect chronic alcohol misuse in carcinoma patients. *European Addiction Research*, 2: 156-162.

Spies, C.D., Rommelspacher, H., Winkler, T., Muller, C., Brummer, G., Funk, T., Berger, G., Fell, M., Blum, S., Specht, M., Hannemann, L. & Schaffartzik, W. (1996b) Beta-carbolines in chronic alcoholics following trauma. *Addiction Biology*, 1: 93-103.

Steinbauer, J.R., Cantor, S.B., Holder, C.E. and Volk, R.J. (1998) Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Annals of Internal Medicine*, 129: 353-362.

Stibler, H. (1991) Carbohydrate-deficient transferrin in serum: a new marker of potentially harmful alcohol consumption reviewed. *Clinical Chemistry*, 37: 2029-2037.

Tonigan, J.S., Miller, W.R. & Brown, J.M. (1997) The reliability of Form 90: an instrument for assessing alcohol treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 58: 358-364.

Vinson, D.C., Elder, N.C., Werner, J.J., Vorel, L.A., & Nutting, P.A. (2000) Alcohol-related discussions in primary care: A report from ASPN. *Journal of Family Practice*, 49: 28-33.

Volk, R.J., Steinbauer, J.R., Cantor, S.B. and Holzer, C.E. (1997) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screen for at-risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds. *Addiction*, 92 (2): 197-206.

Weisner, C., Kaskutas, L.A., Hilton, M.E. & Barile, A.L. (1999) "When you were drinking "vs." in the past 12 months": the impact of using different time frames in clinical and general populations. *Addiction*, 94: 731-736.

Wetterling, T., Kanitz, R.D., Rumpf, H.J., Hapke, U. & Fischer, D. (1998a) Comparison of CAGE and MAST with the alcohol markers CDT, gamma-GT, ALAT, ASAT and MCV. *Alcohol and Alcoholism*, 33: 424-430.

Whitfield, J.B. (2001) Gamma glutamyl transferase. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Science*, 38: 263-355.

5. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol

Whitfield, J.B., Hensley, W.J., Bryden, D. & Gallagher, H. (1978) Effects of age and sex on biochemical responses to drinking habits. *Medical Journal of Australia*, 2: 629-632.

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

Wu, A., Chanarin, I. & Levi, A.J. (1974) Macrocytosis of chronic alcoholism. *Lancet*, May 4, 1 (7862): 829-31.

6. Efficacia degli interventi brevi

Riassunto

1. Qual'è l'efficacia degli interventi brevi nella riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol?

Nelle strutture sanitarie di base, gli interventi brevi sono efficaci nella riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol. È necessario trattare 8 pazienti per ottenere benefici su una persona. Il confronto con lo stesso intervento offerto ai fumatori di sigarette è favorevole: circa 20 fumatori devono essere trattati perché uno ne tragga beneficio, 10 quando all'intervento breve viene associata la terapia sostitutiva della nicotina. Ci sono pochi dati a riprova di un rapporto tra dose ed effetto e non sembra che interventi più estesi e prolungati nel tempo siano più efficaci di quelli brevi. L'efficacia si mantiene costante nel tempo per un anno e può raggiungere, in alcuni casi, i due anni.

2. Gli interventi brevi sono efficaci nel ridurre i problemi alcol-correlati?

Gli interventi brevi nelle strutture sanitarie di base sono efficaci nella riduzione dei problemi alcol-correlati tra le persone con consumo dannoso di alcol ma senza alcoldipendenza. È necessario fornire consigli a otto pazienti affinché uno ne tragga beneficio. Gli interventi brevi sono efficaci anche nel ridurre la mortalità. È necessario trattare 282 pazienti per prevenire una morte in un anno.

3. Su quali pazienti hanno efficacia gli interventi brevi?

Gli interventi brevi sembrano essere nello stesso modo efficaci per gli uomini che per le donne, per i giovani che per gli anziani. Sembrano inoltre essere più efficaci sui problemi meno gravi. Recenti studi mostrano che gli interventi sono efficaci anche in gravidanza.

4. Quali sono le componenti che rendono efficace l'intervento?

Vari elementi compongono un intervento breve ma non è noto quale tra questi sia più efficace. Sulla base dei dati attualmente disponibili, tre elementi risultano essenziali nell'intervento: il comunicare il rischio (*feedback*), fornire informazioni e un'avvertenza in forma breve (*brief advice*), la definizione di obiettivi (*goal setting*). Esistono alcune prove a favore di una maggiore efficacia degli interventi a più sedute rispetto a quelli a seduta singola. Il colloquio motivazionale sembra essere un'efficace tecnica d'intervento.

Raccomandazioni

1. I medici e gli altri operatori del servizio sanitario di base dovrebbero offrire almeno un intervento minimo (5 minuti) a tutti i pazienti identificati come affetti da consumo rischioso o dannoso di alcol.
2. Gli interventi efficaci per la riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol consistono sostanzialmente nel comunicare il rischio al bevitore e fornire informazioni e avvertenze in forma breve nell'ambito di un intervento strutturato, per il quale non sono necessari più di 5 minuti ("intervento minimo"). Interventi minimi un poco più estesi (denominati "interventi brevi"), della durata massima di 30 minuti, comprendono oltre alla comunicazione del rischio ed il fornire informazioni e avvertenze in forma breve, la definizione di obiettivi e includono generalmente anche assistenza e follow-up a distanza. Gli interventi brevi comportamentali presentano 5 componenti ("5 A" dall'inglese Ask/Assess, Advice, Agree, Assist, Arrange): valutare il consumo di alcol con uno strumento di screening veloce seguito, se necessario, da una valutazione clinica; fornire avvertenze sui limiti per la riduzione del consumo di alcol; concordare gli obiettivi identificati dal soggetto per ridurre il consumo di alcol o raggiungere l'astinenza (se indicata); facilitare i pazienti nell'individuazione di motivazioni al cambiamento, di capacità di auto-aiuto, di auto-efficacia o di supporto necessario alla modificazione delle abitudini; quindi organizzare il follow-up e ripetute sedute successive, eventualmente indirizzando gli alcolodipendenti al trattamento specialistico (US Preventive Services Task Force 2004).

6.1. Qual è l'efficacia degli interventi brevi nella riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol?

Una delle difficoltà nel sintetizzare la letteratura sugli effetti degli interventi brevi è rappresentata dall'estrema variabilità delle definizioni adottate nei diversi studi pubblicati. Come suggerito dal nome, una delle caratteristiche fondamentali degli interventi brevi è la loro durata. Ad esempio Babor & Grant (1994) hanno definito il contatto unico come intervento 'minimo', l'intervento costituito da una fino a tre sedute come 'breve', da cinque a sette sedute come 'medio' e da più di otto sedute come 'intensivo' 'esteso'. Tuttavia, quello che uno studio considera intervento 'breve' potrebbe essere definito 'intensivo' o 'esteso' da un altro. Contribuiscono alla variabilità della definizione dell'intervento breve i seguenti elementi: 1) avere come obiettivo la riduzione del consumo piuttosto che l'astinenza; 2) essere effettuati da medici dell'assistenza sanitaria primaria, da altro operatore del servizio sanitario o da un operatore di un centro specialistico sulle dipendenze; 3) essere diretti a bevitori non dipendenti o ad alcolodipendenti.

Heather (1995; 1996) ritiene necessario considerare separatamente due tipologie di intervento breve. Gli 'interventi brevi occasionali' (o 'opportunistici') sono il primo tipo di interventi specificamente progettati per e testati su, individui che non stanno cercando aiuto per problemi alcol-correlati e vengono

6. Efficacia degli interventi brevi

identificati da uno *screening* occasionale nelle strutture sanitarie di base. Queste persone spesso hanno problemi alcol-correlati meno gravi e sono poco motivati a cambiare abitudini. Questo tipo di interventi è solitamente più breve, meno strutturato, meno fondato dal punto di vista teorico e non viene effettuato da uno specialista. Ci riferiremo a tali interventi con la definizione di 'interventi brevi'. Il secondo tipo, degli 'interventi brevi specialistici', nati per valutare l'andamento dei trattamenti tradizionali, è stato solitamente testato su individui che cercano o che sono stati convinti a cercare aiuto e terapia per i loro problemi alcol-correlati. Tali interventi sono di norma più lunghi, più strutturati, dotati di fondamento teorico, ed effettuati da specialisti. Ci riferiremo a tali interventi con la definizione di 'trattamenti meno intensivi'.

Heather (1989) ha segnalato che l'efficacia di questi due tipi di intervento deriva dall'analisi di differenti progetti di ricerca. Gli studi che esaminano gli interventi brevi occasionali (o effettuati nelle strutture sanitarie primarie) li mettono solitamente a confronto con un gruppo di controllo non trattato, mentre gli studi che esaminano gli interventi brevi specialistici solitamente li mettono a confronto con trattamenti di tipo tradizionale più estesi. In simili confronti (tra interventi brevi specialistici e forme tradizionali di trattamento), 'provare la validità dell'ipotesi nulla' (cioè che vi sia differenza tra due trattamenti diversi) ha rappresentato una difficoltà, poiché l'assenza di differenze non è necessariamente prova di eguale efficacia (Mattick & Jarvis 1994), specialmente su campioni di piccole dimensioni.

È inoltre necessario distinguere due livelli di attività entro la classe degli interventi brevi: interventi molto brevi (o 'interventi minimi') che consistono in poco più che semplici ma strutturati consigli al bevitore impiegando pochi minuti (al massimo cinque) e che possono essere definire 'consigli in forma breve' ed interventi brevi più intensi, per i quali si impiegano circa 20-30 minuti, che spesso richiedono più sedute e si possono definire 'interventi brevi'.

Lo studio di Mesa Grande, una rassegna sistematica e costantemente aggiornata dell'efficacia dei diversi trattamenti per il consumo rischioso e dannoso di alcol, che valuta e classifica l'efficacia di 48 diverse modalità di trattamento, ha riscontrato che gli interventi brevi sono in testa all'elenco dei metodi di trattamento basati sulle evidenze (*evidence-based*) grazie ai dati positivi provenienti da un gran numero di studi di alta qualità (Miller & Wilbourne 2002) (si veda Tavola 9.1, capitolo 9).

Applicando obiettivi e metodi alquanto diversi, sono state condotte almeno 14 metanalisi e/o rassegne sistematiche sulle ricerche sull'efficacia degli interventi brevi (Bien, Tonigan & Miller, 1993; Freemantle et al., 1993; Kahan et al. 1995; Wilk et al. 1997; Poikolainen, 1999; Irvin et al. 2000; Moyer et al. 2002; D'Onofrio & Degutis 2002; Berglund et al. 2003; Emmen et al. 2004; Ballesteros et al., 2004a; Whitlock et al. 2004; Cuijpers et al. 2004; Bertholet et al. 2005). Tutte sono giunte a conclusione, in un modo o nell'altro, a favore dell'efficacia degli interventi brevi nella riduzione del consumo alcolico a bassi livelli di rischio tra soggetti con consumo a rischio e dannoso.

Nella metanalisi di Moyer et al. (2002) sono stati considerati la popolazione *tar-*

get (persone che cercano o meno un aiuto) e l'intensità dell'intervento breve (controlli, intervento breve o esteso). La stima del *pool* è stata calcolata tenendo conto della diversità degli aspetti suddescritti. Gli interventi brevi (non più di quattro sedute di intervento) nella modificazione del consumo d'alcol sono risultati associati ad un più elevato livello di efficacia (0.26; 95% intervallo di confidenza, 0.20-0.32) negli individui non in cerca di aiuto rispetto ai controlli (Tabella 6.1. e Figura 6.1. riprodotte da Moyer et al. 2002). Un livello di efficacia pari a 0.26 equivale a un miglioramento del 13% del gruppo trattato rispetto a quello di controllo, mentre uno 0.24 equivale a un miglioramento del 12%.

Tabella 6.1. Livelli di efficacia aggregati: interventi brevi rispetto a controlli non trattati

| Risultato | Numero di campioni | Livello di efficacia ^a | IC al 95% | Eterogeneità | | |
|--|--------------------|-----------------------------------|---------------|--------------|----|-------|
| | | | | Q | df | P |
| Combinazione di tutti i risultati relativi al consumo | | | | | | |
| ≥ 3 mesi | 4 | 0.300** | 0.082, 0.518 | 4.5 | 3 | 0.211 |
| > 3-6- mesi | 11 | 0.144*** | 0.081, 0.206 | 10.6 | 10 | 0.391 |
| > 6-12 mesi | 23 | 0.241*** | 0.184, 0.299 | 30.6 | 22 | 0.105 |
| > 12 mesi | 5 | 0.129 | -0.007, 0.060 | 7.4 | 4 | 0.188 |
| Consumo d'alcol | | | | | | |
| ≥ 3 mesi | 3 | 0.669*** | 0.392, 0.945 | 3.6 | 2 | 0.164 |
| > 3-6- mesi | 11 | 0.160*** | 0.098, 0.222 | 18.5 | 10 | 0.048 |
| > 6-12 mesi | 20 | 0.263*** | 0.203, 0.323 | 50.8 | 19 | 0.000 |
| > 12 mesi | 2 | 0.202 | -0.008, 0.412 | 0.8 | 1 | 0.381 |

^a Livelli di efficacia con valori positivi indicano un risultato migliore raggiunto dall'intervento breve rispetto a controlli non trattati.
 ** P < 0.01
 *** P < 0.001

Riprodotta da: Moyer et al. (2002).

6. Efficacia degli interventi brevi

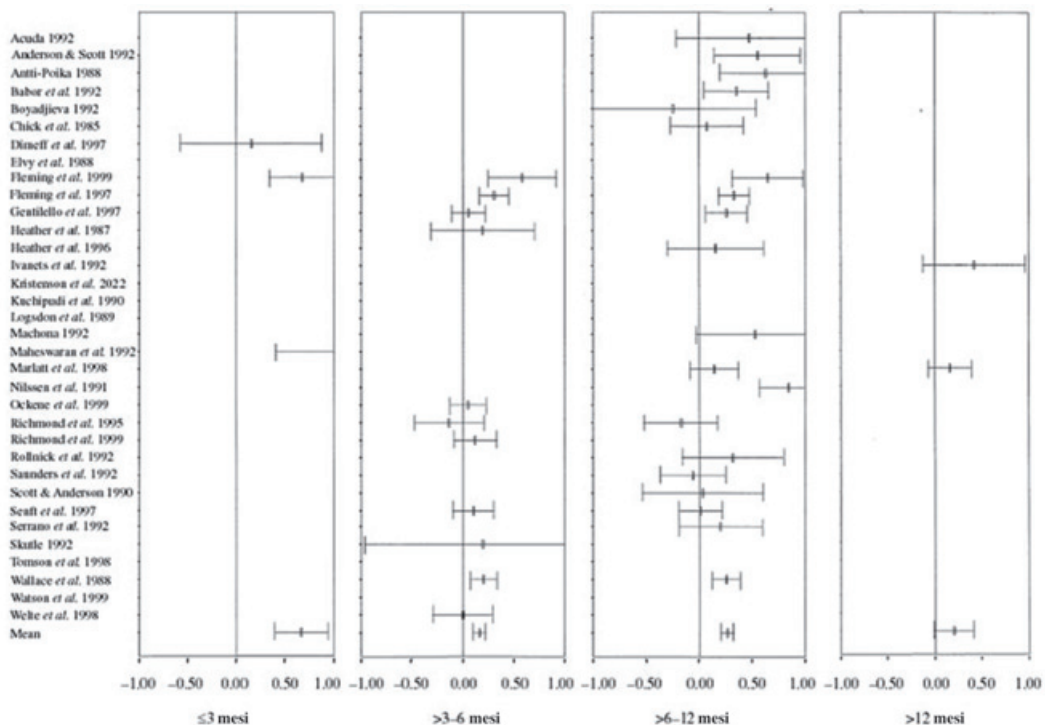


Figura 6.1 Livelli di efficacia e intervalli di confidenza al 95% per gli interventi brevi relativamente al consumo d'alcol rispetto a gruppi di controllo
Riprodotta da: Moyer et al. (2002).

Altre rassegne basate sulle evidenze hanno rilevato l'efficacia degli interventi brevi. Da un'indagine dell'Agenzia Svedese per la Valutazione delle Tecnologie Sanitarie (Berglund et al. 2003) è risultato che nella maggior parte degli studi (sull'intervento breve per la prevenzione secondaria) gli interventi brevi si sono mostrati significativamente efficaci con un *follow-up* di 2 anni; gli autori commentano che l'efficacia del trattamento è della stessa entità di quella ottenuta con trattamenti medici per patologie croniche. Da una rassegna sistematica australiana (Shand et al. 2003a) risulta che gli interventi brevi occasionali sono efficaci nella riduzione del consumo alcolico nei bevitori problematici con bassi livelli di dipendenza.

Efficacia a lungo termine degli interventi brevi

Due studi descrivono gli effetti a lungo termine degli interventi brevi effettuati nelle strutture sanitarie di base.

Lo studio di Fleming et al. (2002) riporta l'efficacia a 48 mesi e l'analisi del rapporto costi/benefici nell'ambito del progetto TrEAT (Trial for Early Alcohol Treatment), un trial clinico randomizzato controllato di avvertenze mediche brevi per la terapia del consumo problematico dell'alcol. Gli individui trattati hanno mostrato, rispetto ai controlli, una significativa diminuzione del consu-

mo settimanale di alcol, del numero degli episodi di *binge drinking* e della frequenza del consumo. Tali risultati si riferiscono ai sei mesi successivi all'intervento e sono stati mantenuti per un periodo di *follow-up* di 48 mesi. Il campione in trattamento ha mostrato un minor numero di giorni di permanenza in ospedale e un minore ricorso alle strutture di pronto soccorso.

Lo studio di Wutzke et al. (2002) descrive il *follow-up* decennale degli interventi brevi sul consumo rischioso e dannoso di alcol. L'efficacia di tre forme di intervento ordinate per durata (da 5 a 60 minuti) è stata confrontata con un gruppo di controllo non trattati. Mentre l'intervento con *follow-up* a 9 mesi è risultato efficace, il *follow-up* a 10 anni non ha confermato questi risultati in termini di consumo medio, di riduzione media del consumo nel corso del *follow-up* rispetto al consumo di base, di mortalità e diagnosi ICD-10 di alcoldipendenza o consumo dannoso. Dal *follow-up* a 9 mesi è risultato che i gruppi in trattamento hanno ridotto il loro consumo medio da 324 a 208 grammi alla settimana, una riduzione di 116 g (del 36%), mentre il gruppo di controllo ha ridotto il suo consumo medio da 309 a 263 g a settimana, una riduzione di 46 g (del 15%). Nel *follow-up* decennale la riduzione è stata di 150 g (da 324 a 174 g a settimana, ovvero del 46%) per il gruppo in trattamento, e di 151 g (da 309 a 158, ovvero del 49%) per il gruppo di controllo. Per aumentare l'efficacia a lungo termine degli interventi brevi, gli operatori sanitari possono monitorare periodicamente il comportamento dei pazienti rispetto all'alcol ed intervenire appropriatamente se il consumo diviene rischioso (Stout et al. 1999).

Gli interventi brevi nell'assistenza sanitaria primaria

Cinque meta-analisi sull'efficacia degli interventi brevi nell'assistenza sanitaria primaria (Kahan et al. 1995; Poikolainen 1999; Ballesteros et al. 2004a; Whitlock et al. 2004; Bertholet et al. 2005) sono giunte alla conclusione che gli interventi brevi effettuati nelle strutture sanitarie di base sono efficaci.³

La più recente meta-analisi (Bertholet et al. 2005) giunge alla conclusione che l'intervento breve è efficace nel ridurre il consumo sia negli uomini che nelle donne fino a sei/dodici mesi successivi all'intervento stesso. L'analisi di questo studio si è limitata a valutare i risultati di programmi svolti in condizioni convenzionali dell'assistenza sanitaria primaria, escludendo quelli che invece hanno usato liste di pazienti e registri o sedute di *screening* appositamente organizzate, e pertanto è molto più indicativa della reale situazione nell'ambito della medicina di base rispetto ad altre rassegne.

Il livello di efficacia degli interventi brevi è più comprensibile in termini di NNT (*Number Needed to Treat*, il numero di consumatori a rischio o dannoso che devono ricevere un intervento breve perché uno riduca il proprio consumo a livelli di rischio più bassi). Le ultime stime di NNT per gli interventi brevi è di circa 8 (Moyer et al. 2002). Il confronto con il valore NNT dell'intervento con-

³ L'ultima metanalisi sull'efficacia degli interventi brevi nell'assistenza sanitaria primaria è di Kaner EF e collaboratori dal titolo "Effectiveness of brief interventions in primary care populations, 2008, The Cochrane Database of Systematic Reviews disponibile all'indirizzo: <http://www.thecochranelibrary.com>

6. Efficacia degli interventi brevi

tro il fumo (che è pari a 20) va a favore dell'intervento breve sul consumo alcolico, sebbene il primo scenda fino a 10 se si associa all'intervento breve un trattamento sostitutivo della nicotina (Silagy & Stead 2003). In un certo senso il valore NNT sottostima l'efficacia dell'intervento breve, dal momento che, anche quando il bevitore non riduce immediatamente il livello di consumo, può iniziare il processo di cambiamento che più tardi lo porterà all'azione e cioè a smettere di bere o, in altre parole, l'inizio di un movimento nel ciclo del cambiamento (Prochaska & Di Clemente 1986).

L'intervento breve in altre strutture

Esistono poche prove dell'efficacia degli interventi brevi in strutture ospedaliere generali (Emmen et al. 2004). Dati più significativi sull'efficacia si registrano invece nei reparti di traumatologia e di pronto soccorso (Monti et al. 1999; Gentilello et al. 1999; Longabaugh et al. 2001; D'Onofrio & Degutis 2002; Crawford et al. 2004; Smith et al. 2003) ed in istituti educativi (Baer et al. 1992; Marlatt et al. 1998; Baer et al. 2001; Borsari & Carey 2000; McCambridge & Strang 2004). Esistono anche dati crescenti sull'efficacia dello *screening* e degli interventi brevi basati su Internet (Kypri et al. 2004).

6.2. Gli interventi brevi sono efficaci nel ridurre i problemi alcol-correlati?

La rassegna di Moyer et al. (2002), confrontando gli interventi brevi (ovvero quelli che non superano le quattro sedute di intervento) con un gruppo di controllo non in cerca di aiuto, ha rilevato significativi livelli di efficacia che si esprimono in una modificazione dei problemi alcol-correlati pari a 0.24 (95% intervallo di confidenza, 0.18-0.30) per un *follow-up* di 6-12 mesi (Tavola 6.1., Figura 6.2; riprodotte da Moyer et al. 2002). Un livello di efficacia dello 0.26 è equivalente a un miglioramento del 13% del gruppo in trattamento rispetto al gruppo di controllo, e un miglioramento dello 0.24 equivale a un 12%.

Uno studio australiano condotto nell'ambito della medicina generale ha dimostrato che gli interventi brevi sono efficaci nel ridurre i problemi alcol-correlati in coloro che li ricevono (Richmond et al. 1995).

Gli interventi brevi riescono a salvare la vita. Al confronto con i gruppi di controllo risulta che gli interventi brevi possono prevenire un decesso su tre tra i bevitori problematici (Cuijpers et al. 2004). In media, in un anno, è necessario trattare mediante intervento breve 282 pazienti per prevenire una morte. Una simile riduzione della mortalità è considerevole e indica che una mancata implementazione degli interventi brevi si rifletterà in casi di morte che sarebbe stato possibile prevenire.

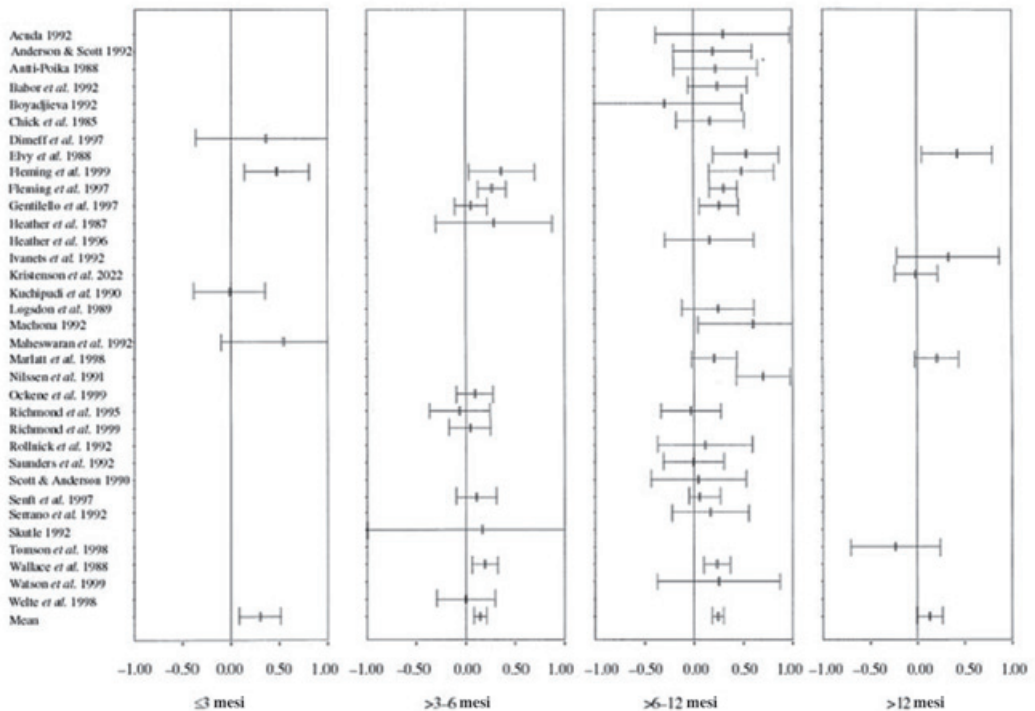


Figura 6.2. Livelli di efficacia e intervalli di confidenza al 95% per gli interventi brevi per i problemi alcol-correlati rispetto a gruppi di controllo
Riprodotta da: Moyer et al. (2002)

6.3. Su quali pazienti hanno efficacia gli interventi brevi?

La maggior parte degli studi che dimostrano l'efficacia degli interventi brevi prende in considerazione bevitori che non stavano cercando aiuto o terapie per il loro rapporto con l'alcol, con un *cut off* di circa 350 g di alcol alla settimana per gli uomini e 210 g per le donne (Moyer et al. 2002), oltre il quale si rende necessario l'intervento.

Sesso

Analisi di sottogruppi nell'ambito della metanalisi di Wilk et al. (1997) hanno mostrato una maggiore probabilità di ridurre il consumo a seguito di interventi brevi nelle donne rispetto agli uomini, sebbene ciò non sia statisticamente significativo.

Poikolainen (1999) ha preso in considerazione diversi gradi di esposizione (interventi brevi ed estesi) e nei sette studi inclusi ha valutato due indici, il consumo d'alcol e la glutamilttransferasi sierica. Il risultato, basato sui dati ottenuti in soltanto due studi, farebbe propendere per gli interventi brevi estesi sulle donne (-51 grammi alla settimana).

6. Efficacia degli interventi brevi

Nella metanalisi di Moyer et al. (2002) e nella rassegna condotta per la US Preventive Task Force (Whitlock et al. 2004) risulta che gli uomini e le donne traggono gli stessi benefici dagli interventi brevi.

Ballestros et al. (2004b) hanno pubblicato una metanalisi su 7 studi degli interventi brevi nell'assistenza primaria focalizzata sul variare dell'efficacia a seconda del sesso. I livelli standard di efficacia, in termini di riduzione del consumo d'alcol, si sono rivelati simili tra uomini e donne così come le *odds ratio* della frequenza per i due sessi degli individui che non hanno un consumo dannoso, (*odds ratio* per gli uomini del 2.32; intervallo di confidenza al 95% = 1.78-2.93 e *odds ratio* per le donne del 2.31; intervallo di confidenza al 95% = 1.60-3.17).

Età

Alcuni studi hanno dimostrato l'efficacia degli interventi brevi volti a ridurre le conseguenze dannose del consumo massiccio di alcol tra gli studenti di un college ad alto rischio (Marlatt et al. 1998) e tra i pazienti del pronto soccorso di circa 18-19 anni (Monti et al. 1999). Anche se l'obiettivo principale di entrambi questi interventi era la riduzione del danno associato al consumo massiccio di alcol, si è verificata anche una diminuzione del consumo stesso. Nello studio condotto nel pronto soccorso, i giovani (18-19 anni) che vi giungevano in seguito a un incidente dovuto all'alcol venivano indirizzati casualmente a una seduta di colloquio motivazionale, oppure a un trattamento di tipo tradizionale. Dopo un *follow-up* di 6 mesi, coloro i quali avevano ricevuto il colloquio motivazionale, mostravano rispetto al gruppo in trattamento standard, una minore incidenza statisticamente significativa di guida in stato di ebbrezza, di violazione del codice della strada e di problemi alcol-correlati o lesioni (Monti et al. 1999). Un secondo studio su adolescenti (13-17 anni) anch'essi reclutati in reparti di pronto intervento e indirizzati a caso verso gli stessi due tipi di intervento, ha rilevato che, gli adolescenti già motivati a cambiare il proprio rapporto con l'alcol non mostravano di trarre sensibili benefici dal colloquio motivazionale, mentre gli adolescenti con minore motivazione al cambiamento all'inizio dell'intervento, mostravano di trarre notevoli benefici in termini di riduzione delle occasioni di guida in stato di ebbrezza (Monti et al. 2001).

Fleming e colleghi (1999) hanno studiato l'impatto delle avvertenze mediche brevi sul consumo rischioso e dannoso di alcol su un gruppo di bevitori di 65 anni e oltre, riscontrando una significativa efficacia.

Gravidanza

Su tre studi di buona qualità che hanno utilizzato il counselling comportamentale in strutture dell'assistenza primaria su donne in gravidanza che si sottoponevano a visite prenatali, due non hanno riscontrato alcuna efficacia sul consumo di alcol (Handmaker et al. 1999; Chang et al. 1999) ed uno un'efficacia quasi ai limiti della significatività statistica (Reynolds et al. 1995).

Severità dei problemi

Nella metanalisi di Moyer et al. (2002) gli interventi brevi sembrano essere più efficaci quando vengono esclusi dallo studio gli individui con un consumo problematico di maggiore entità. Questo dato suggerisce una maggiore efficacia degli interventi negli individui con problemi di alcol meno severi.

La Fase II dello studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riscontrato che, nonostante non ci fosse differenza tra l'intervento minimo (di 5 min) e l'intervento breve (aggiungendo all'avvertenza semplice 15 min di counselling comportamentale), l'intervento minimo era più efficace sui pazienti maschi con un'esperienza recente di problemi alcol-correlati, mentre l'intervento breve era più efficace in pazienti con un consumo di alcol di più lunga durata (Babor & Grant 1992).

Gli interventi brevi sembrano essere egualmente efficaci sia sulla modalità di consumo che sul consumo medio dannoso (Beich et al. 2003; Whitlock et al. 2004).

6.4. Quali sono le componenti che rendono efficace l'intervento?

Tutti gli interventi che hanno determinato miglioramenti statisticamente rilevanti nei livelli di consumo d'alcol di qualsiasi intensità comprendevano almeno due o tre elementi chiave – la comunicazione del rischio (*feedback*), l'avvertenza in forma breve (*brief advice*), la definizione degli obiettivi da raggiungere (*goal setting*). Gli interventi più efficaci erano quelli che prevedevano più sedute ripetute, che offrivano quindi assistenza prolungata nel tempo e programmi di *follow-up*. Alcuni riportavano anche modalità d'intervento personalizzate per ogni partecipante (Whitlock et al. 2004).

Durata delle sedute

Gli studi clinici dell'OMS sull'intervento breve nell'assistenza sanitaria primaria (Babor & Grant 1992), che coinvolgevano 10 paesi e 1655 forti bevitori reclutati in varie strutture, prevalentemente mediche, hanno riscontrato che un intervento breve formato da un intervento minimo di 5 minuti dopo i 20 minuti di valutazione strutturata (*WHO Composite Interview*) riduceva il consumo d'alcol tra i pazienti maschi, con concomitanti miglioramenti della salute quando associato ad un intervento breve (15 minuti). L'intervento minimo (5 minuti) può essere effettuato dai medici che hanno poco tempo a disposizione o altri operatori sanitari che non hanno il tempo per un intervento di durata maggiore. I 20 minuti di valutazione dell'OMS possono essere sostituiti dai risultati dei test di *screening* e dalle conoscenze del medico sulla singola persona.

Numero delle sedute

Le analisi dei sottogruppi nell'ambito della metanalisi di Wilks et al. (1997) hanno mostrato una maggiore riduzione del consumo d'alcol a seguito di interventi costituiti da più di una seduta rispetto a quelli costituiti da una sola seduta, sebbene il dato non raggiunga la significatività statistica.

Poikolainen (1999) ha preso in considerazione diversi livelli di esposizione (intervento breve e esteso) e nei sette studi considerati ha valutato due indicatori, ad es. il consumo d'alcol e la gamma-glutamilttransferasi-GGT nel siero. I risultati indicano che gli interventi brevi (5-20 minuti) sono efficaci nel ridurre il consumo di alcol (-70 grammi alla settimana) e nel ridurre la GGT (-9.4 U/L), ma le stime non sono omogenee. Gli interventi estesi (varie sedute) sono più efficaci sul consumo d'alcol (-65 grammi alla settimana) ma non sull'attività della GGT sebbene sia presente disomogeneità statistica per entrambi i risultati.

6. Efficacia degli interventi brevi

Nella metanalisi di Ballestros et al. (2004) non è stato dimostrato un effetto dose (nel senso che in questa metanalisi interventi brevi producono risultati simili a quelli ottenuti con trattamenti più lunghi riferendosi sia alla durata che al numero di sessioni; in altri termini, il grado di cambiamento non è correlato alla "dose" di colloquio che una persona riceve).

In una rassegna sistematica di tutti i trial clinici randomizzati controllati, condotta da Swedish Council of Technology Assessment Health Care's (Berglund et al. 2003), i livelli di efficacia degli interventi brevi nell'assistenza primaria sono stati analizzati sia per gli interventi singoli che per quelli ripetuti (Berglund 2005). Gli studi su interventi singoli davano un livello di efficacia medio dello 0.19 con eterogeneità negativa ($Q = 1.96, P = 0.58$) e gli studi su interventi ripetuti davano un livello di efficacia medio dello 0.61 (modello casuale) con eterogeneità positiva ($Q = 72.10, P < 0.001$). I livelli di efficacia degli interventi singoli differiscono notevolmente da quelli ripetuti ($P < 0.001$). Gli studi su interventi singoli mostrano un effetto considerevole e stabile, mentre gli studi su interventi ripetuti solitamente mostrano un più alto effetto dose sebbene in quest'ultimo caso non c'è omogeneità come per gli interventi singoli. Non tutti gli studi su interventi ripetuti mostrano alti livelli di efficacia. Ulteriori studi sono necessari per chiarire il valore aggiunto degli interventi ripetuti.

Il colloquio motivazionale

Il colloquio motivazionale è un modello di counselling direttivo, centrato sul cliente, originariamente sviluppato per aumentare la motivazione intrinseca al cambiamento comportamentale rispetto a dipendenza da sostanze (Miller 1983). È stato supposto che il colloquio motivazionale aiuta i pazienti ad esplorare e risolvere la propria ambivalenza nei confronti di cambiamenti di comportamento (Rollnick & Miller 1995), e che possa aumentare l'efficacia e il rapporto costi/benefici degli interventi brevi. Mentre applica tecniche centrate sul cliente per costruire un rapporto di fiducia e ridurre le resistenze, l'operatore si concentra nel facilitare la disponibilità al cambiamento (Prochaska & DiClemente 1986), focalizzando l'attenzione sul punto di vista del paziente, aggirando/utilizzando le sue resistenze e sostenendo l'autoefficacia del cliente e la sua percezione circa la discrepanza tra il suo comportamento attuale e quello ideale (Miller & Rollnick 1991).

Lo studio di Mesa Grande (si veda il capitolo 9) mostra che la categoria degli interventi motivazionali occupa il secondo posto. Mentre cinque rassegne sistematiche sull'efficacia del colloquio motivazionale per una serie di dipendenze (Noonan & Myers 1997; Dunn et al. 2001; Burke et al. 2002; Burke et al. 2003; Burke et al. 2004; Tevyaw & Monti 2004) hanno mostrato l'efficacia del colloquio motivazionale, non è noto in che modo funzioni, su quali individui sia più efficace, se sia più efficace di altri interventi o meno. Un'altra metanalisi di 72 studi clinici che utilizzano il colloquio motivazionale ha rilevato una significativa efficacia dell'intervento sebbene tale efficacia diminuisca con il tempo (Hettema et al. 2005). Nella maggior parte degli studi il cambiamento del comportamento conseguente al colloquio motivazionale è mantenuto nel tempo fino all'anno di *follow-up*, ma col tempo il gruppo di controllo recupera su quello in trattamento e ciò determina una graduale diminuzione della differenza d'efficacia tra il gruppo di controllo e quello in trattamento. Ciò non riguarda

soltanto il colloquio motivazionale ma è un dato comune ad altri interventi. In altre parole, negli studi che utilizzano interventi comportamentali i gruppi di controllo tendono a migliorare nel tempo.

Bibliografia

Babor, T.F. & Grant, M. (Eds.) (1992) Project on Identification and Management of Alcohol-related Problems. Report on Phase II: A Randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Health Care, World Health Organisation.

Babor, T.F. & Grant, M. (1994) A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care: summary of a WHO project. *Addiction*, 89: 657-678.

Baer, J.S., Marlatt, G.A., Kivlahan, D.R. et al. (1992) An experimental test of three methods of alcohol risk reduction with young adults. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60: 974-9.

Baer, J., Kivlahan, D.R., Blume, A., Mcknight, P. & Marlatt, G. (2001) Brief Intervention for heavy-drinking college students: 4-year follow-up and natural history. *American Journal of Public Health*, 91: 1310-1315.

Ballesteros, J., Duffy, J.C., Querejeta, I., Arino, J. & Gonzales-Pinto, A. (2004a) Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analysis. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 28: 608-618.

Ballesteros, J., Gonzalez-Pinto, A., Querejeta, I. & Arino, J. (2004b) Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction*, 99: 103-108.

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

Berglund, M. (2005) A better widget? Three lessons for improving addiction treatment from a meta-analytical study. *Addiction*, 100: 742-750.

Berglund, M., Thelander, S. & Jonsson, E. (Eds.) *Treating Alcohol and Drug Abuse: An Evidence-based Review* (Weinheim, Wiley-VCH).

Bertholet, N., Daepfen, J-B., Wietlisbach, V., Fleming, M. & Burnand, B. (2005) Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 165: 986-995.

Bien T.H., Miller, W.R. & Tonigan, J.S. (1993) Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88: 315-335.

Borsari, B. & Carey, K.B. (2000) Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68: 728-33.

Burke, B.L., Arkowitz, H. & Dunn, C. (2002) L'efficacia del colloquio motivazionale e i suoi adattamenti in Miller, W. R. & Rollnick, S. (seconda edizione Italiana, Erickson), *Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento*, 259-297.

6. Efficacia degli interventi brevi

Burke, B.L., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003) The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71: 843-861.

Burke, B.L., Dunn, C.W., Atkins, D. & Phelps, J.S. (2004) The emerging evidence base for motivational interviewing: a meta-analytic and qualitative inquiry. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18: 309-322.

Chang, G., Wilkins-Haug, L., Berman, S., Goetz, M.A. (1999) Brief intervention for alcohol use in pregnancy: A randomized trial. *Addiction*, 94 (10): 1499-1508.

Crawford, M.J., Patton, R., Touquet, R. et al. (2004) Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*, 364: 1334-1339.

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

D'onofrio, G. & Degutis, L.C. (2002) Preventive care in the emergency department; screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 9: 627-638.

Dunn, C., Deroo, L. & Rivara, F.P. (2001) The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review. *Addiction*, 96: 1725-1742.

Emmen, M.J., Schippers, G.M., Bleijenberg, G. & Wollsheim, H. (2004) Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *British Medical Journal*, 328: 318-322.

Fleming, M.F., Manwell, L.B., Barry, K.L., Adams, W. & Stauffacher, E.A. (1999) Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *Journal of Family Practice*, 48: 378-384.

Fleming, M.F., Mundt, M.O., French, M.T. et al. (2002) Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26: 36-43.

Freemantle, N., Gill, P., Godfrey, C. et al. (1993) Brief Interventions and alcohol use. *Effective Health Care Bulletin*, 7, University of Leeds, Nuffield Institute for Health.

Gentilello, L.M., Rivara, F.P., Donovan, D.M. et al. (1999) Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Annals of Surgery*, 230: 473-80.

Handmaker, N.S., Miller, W.R., Manicke, M. (1999) Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of studies on alcohol*, 60 (2).

Heather, N. (1989) Psychology and brief interventions. *British Journal of Addiction*, 84: 357-370.

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

- Heather, N. (1996) The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: the British experience. *Addictive Behaviors*, 21: 857-68.
- Hettema, J., Steele, J. & Miller, W. R. (2005) Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1: 629-651.
- Irvin, C.B., Wyer, P.C. & Gerson, L.W. (2000) Preventive care in the emergency department, Part II: Clinical preventive services - an emergency medicine evidence-based review. *Academic Emergency Medicine*, 7: 1042-1054.
- Kahan, M., Wilson, L. & Becker, L. (1995) Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152: 851-859.
- Kypri, K., Saunders, J.B., Williams, S.M., McGee, R.O., Langley, J.D., Cashell-Smith, M.L., & Gallagher, S.J. (2004) Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: a double-blind randomized controlled trial. *Addiction*, 99: 1410-1417.
- Longabaugh, R., Woolard, R.F., Nirenberg, T.D. et al. (2001) Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department. *Journal of Studies on Alcohol*, 62: 806-816.
- Marlatt, G.A., Baer, J.S., Kivlahan, D.R. et al. (1998) Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: results from a 2-year follow-up assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 604-615.
- Mattick, R.P. & Jarvis, T. (1994) Brief or minimal intervention for 'alcoholics'? The evidence suggests otherwise. *Drug and Alcohol Review*, 13: 137-144.
- Mccambridge, J. & Strang, J. (2004) The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk among young people: results from a multi-site cluster randomised trial. *Addiction*, 99: 39-52.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002) *Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento* (Erickson, 2° edizione italiana).
- Miller, W.R. (1983) Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11: 147-172.
- Monti, P.M., Barnett, N.P., O'Leary, T.A. & Colby, S.M. (2001a) Motivational enhancement for alcohol-involved adolescents. In: Monti, P.M., Colby, S.M. & O'Leary, T.A., eds. *Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse: Reaching Teens Through Brief Interventions*, 145-182.
- Monti, P.M., Colby, S.M., Barnett, N.P. et al. (1999) Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67: 989-994.
- Moyer, A., Finney, J., Swearingen, C. & Vergun, P. (2002) Brief Interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations. *Addiction*, 97: 279-292.
- Noonan, W.C. & Moyers, T.B. (1997) Motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse*, 2: 8-16.

6. Efficacia degli interventi brevi

Poikolainen, K. (1999) Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Preventive Medicine*, 28: 503-509.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1986) Toward a comprehensive model of change, in: Miller, W.R. & Heather, N., eds. *Treating Addictive Disorders: processes of change*, 3-27.

Reynolds, K.D., Coombs, D.W., Lowe, J.B., Peterson, P.L., et al. (1995) Evaluation of a self-help program to reduce alcohol consumption among pregnant women. *The International journal of the addictions*, 30 (4): 427-443.

Richmond, R., Heather, N., Wodak, A., Kehoe, L. & Webster, I. (1995) Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. *Addiction*, 90: 119-32.

Rollnick, S. & Miller, W.R. (1995) What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23: 315-314.

Shand, F., Gates, J., Fawcett, J. & Mattick, R. (2003) *The Treatment of Alcohol Problems: A Review of the Evidence* (Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing).

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

Smith, A.J., Hodgson, R.J., Bridgeman K. & Shepherd, J.P. (2003) A randomised controlled trial of a brief intervention after alcohol-related facial injury. *Addiction*, 98: 43-52.

Stout, R.L., Rubin, A., Zwick, W., Zywiak, W. & Bellino, L. (1999) Optimizing the cost-effectiveness of alcohol treatment: a rationale for extended case monitoring. *Addictive Behaviors*, 24: 17-35.

Tevyaw, T.O. & Monti, P.M. (2004) Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. *Addiction*, 99 (Suppl. 2) : 63-75.

U.S. Preventive Services Task Force (2004) Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care To Reduce Alcohol Misuse: Recommendation Statement. *Annals of internal medicine*, 140: 554-556.

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

Wilk, A.I., Jensen, N.M. & Havighurst, T.C. (1997) Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, 12: 274-283.

Wutzke, S., Conigrave, K., Saunders, J. & Hall, W. (2002) The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up. *Addiction*, 97: 665-675.

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 della Salute
tel. 800 63 2000

Consultazione siti:

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

Info:

alcol@iss.it



EUROPEAN COMMISSION



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut