

L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria

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

**Valutazione dei danni alcol-correlati
e dell'alcoldipendenza**



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, Iliaria Londi, Silvia Ghirini, Lucia Galluzzo, Monica Di Rosa, Silvia Bruni, Elena Vanni, Sonia Martire, Lucilla Di Pasquale, Antonietta Scafato, Nicola Parisi, Riccardo Scipione, Rosaria Russo, Rossana Travaglini, Tiziana Fanucchi e Alessandra Rossi.

Questo documento può essere citato come: Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona.

Adattamento alla versione italiana: L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. (2010). A cura di: Scafato, E., Gandin, C., Patussi, V. ed il gruppo di lavoro IPIB.

INDICE

Sommario	5
I. Introduzione	12
II. Preparazione delle linee guida	15
III. Descrizione del consumo di alcol e dei danni alcolcorrelati	17
IV. Alcol e salute	24
V. Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol	81
VI. Efficacia degli interventi brevi	110
VII. Costi ed efficacia degli interventi brevi	125
VIII. Implementazione dei programmi di identificazione e di intervento breve	131
IX. Valutazione dei danni alcol-correlati e dell'alcoldipendenza	146
Appendice	177
Bibliografia nazionale di approfondimento	187
Ringraziamenti	191

9. Valutazione dei danni alcol-correlati e dell'alcoldipendenza

Riassunto

Valutare il danno alcol-correlato e l'alcoldipendenza

I pazienti con consumo rischioso e dannoso di alcol e quelli il cui quadro clinico faccia presupporre tali modalità di consumo possono trarre beneficio da una valutazione approfondita. Uno strumento di primo intervento sono le dieci domande dell'AUDIT (Test per l'identificazione del consumo problematico di alcol) dell'OMS. Un punteggio di 20 o più all'AUDIT indica alcoldipendenza (sebbene essa possa essere diagnosticata anche a punteggi più bassi) e rende necessario inviare i pazienti a centri specialistici di diagnosi e trattamento. L'alcoldipendenza può essere misurata mediante il formulario sull'alcoldipendenza dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il CIDI (Composite International Diagnostic Interview), che contiene sette domande finalizzate alla valutazione dell'alcoldipendenza: quattro o più risposte positive determinano una diagnosi di alcoldipendenza. Alti livelli di GGT e aminotransferasi nel siero, di CDT o MCV sono spesso dovuti all'alcol. La presenza di alti valori a queste analisi, che rientrano nel gruppo degli esami di *routine*, dovrebbe mettere il medico sull'avviso di una possibile diagnosi di consumo dannoso e alcoldipendenza.

Gestione dei sintomi da astinenza

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

Gestione dell'alcoldipendenza

Alcuni individui con alcoldipendenza riescono a migliorare autonomamente il proprio stato di salute e non tutti, anche se molti, hanno bisogno di trattamento specialistico. Le persone affette da alcoldipendenza possono essere trattate entro le strutture sanitarie primarie qualora accettino di astenersi dal bere anche se convinte di non essere alcoldipendenti; rifiutino di essere inviati a un centro specialistico; e non presentino gravi comorbidità psicologiche, sociali o mediche. Le persone affette da alcoldipendenza dovrebbero essere indirizzate al trattamento specialistico quando siano già stati fatti invano dei tentativi di trattamento; presentino gravi complicazioni o rischio di crisi di astinenza di grado moderato-severo; in presenza di gravi malattie o comorbidità psichiatrica; e quando il trattamento non possa essere svolto dagli operatori sanitari primari. I trattamenti specialistici comprendono approcci comportamentali e/o farmacoterapia.

Non è chiaro quale sia il migliore modello di relazione tra servizi di assistenza primaria e servizi specialistici, sebbene sembri che l'assistenza primaria integrata e il trattamento specialistico diano i risultati migliori quando sono separati l'una dall'altro. Il *follow-up* può ridurre il rischio di ricadute; è importante che l'operatore sanitario mantenga un contatto con i pazienti trattati per l'alcoldipendenza che non siano più in contatto con il servizio specialistico.

Come descritto nel capitolo 1, l'obiettivo delle presenti linee guida è quello di riassumere i dati concreti sui danni alcol-correlati e il modo in cui intraprendere l'identificazione e l'intervento breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol nell'assistenza sanitaria primaria, e non un manuale per il trattamento dell'alcoldipendenza.

In questo capitolo viene descritta brevemente l'alcoldipendenza e il modo in cui essa può essere valutata e gestita, affinché gli operatori sanitari sappiano cosa aspettarsi quando i casi più difficili vengono indirizzati al trattamento specialistico.

9.1. La Proposta di valutazione

La valutazione La valutazione svolge due funzioni importanti. Innanzitutto assiste il paziente e il medico nell'elaborazione di obiettivi condivisi e di un piano di trattamento. Pazienti differenti richiederanno differenti approcci, poiché le persone alcol dipendenti non presentano un gruppo omogeneo di problemi. È necessario individuare i problemi sottostanti ed associati, anche quando la relazione causale non sia chiara. In secondo luogo l'intervista volta all'identificazione viene usata per creare un rapporto umano. Se il medico dimostra empatia e cortesia nei confronti del paziente e gli rivolge un senso di speranza e ottimismo, sarà meno probabile che il paziente assuma un atteggiamento difensivo e più probabile che consideri la possibilità di cambiare. In questo processo condiviso il *feedback* da parte del medico può incoraggiare il paziente a considerare la sua condizione da un nuovo punto di vista. La valutazione è l'inizio della terapia e la comprensione empatica di ciò che comporta per il paziente e la sua famiglia è importante. L'approccio del medico dovrebbe essere positivo ma realistico.

I principi della valutazione La valutazione è una delle prime opportunità per il medico di avviare e trattenere il paziente nel trattamento. Il trattamento intensivo del consumo problematico di alcol dovrebbe iniziare con una completa valutazione che permetta di scegliere l'intervento o gli interventi più appropriato/i. La valutazione dovrebbe essere bilanciata dai progressi fatti nel trattamento, in modo tale che il paziente mantenga la motivazione. Essa dovrebbe condurre alla formulazione di obiettivi condivisi e di un piano per il trattamento, il quale a sua volta dovrebbe essere basato sull'intervento più efficace per il paziente e non solo sul tipo di trattamento solitamente offerto. È preferibile che il paziente sia informato su tutte le possibilità d'intervento disponibili sul luogo e assistito nella scelta di quello più adatto alle sue necessità. La valutazione dovrebbe proseguire durante il trattamento, misurando i progressi

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

del paziente in base agli obiettivi posti. La valutazione dovrebbe infine combinare una varietà di tecniche di raccolta informazioni, comprese le interviste diagnostiche, questionari strutturati, esami medici e analisi biochimiche.

Molte informazioni si possono raccogliere al meglio in un'intervista aperta semi-strutturata, un'esplorazione guidata delle esperienze soggettive del paziente con l'alcol, che offre il vantaggio di un coinvolgimento diretto personale del medico, non meccanico o impersonale. Tuttavia essa dovrebbe mantenere una certa struttura in modo da evitare una discussione vaga e priva di direzione sulla storia del bevitore. La valutazione dovrebbe enfatizzare la condizione attuale del paziente, nel "qui ed ora". L'informazione sulle esperienze passate è utile a chiarire come il paziente sia giunto alla condizione attuale e cosa lo porti a mantenere pensieri e comportamenti malsani. La valutazione dovrebbe comunque essere volta a raccogliere informazioni che possano contribuire a organizzare un trattamento su misura e quindi adatto al paziente.

Coinvolgimento del paziente in un processo di trattamento Il grado di coinvolgimento del paziente può essere considerato in termini di intensità e durata della partecipazione al trattamento. Livelli più alti di coinvolgimento predicono risultati migliori e sono correlate alle caratteristiche del paziente (ad esempio la motivazione precedente al trattamento) più alti livelli di consumo prima del trattamento, alle esperienze e concentrazione di trattamenti precedenti: la relazione terapeutica, la percezione dell'utilità del trattamento, l'empatia del medico, la rimozione di barriere pratiche come gli spostamenti, e l'inclusione nell'intervento dell'addestramento alla prevenzione delle ricadute (Fiorentine et al. 1999; Joe et al. 1999). Le caratteristiche del medico e la relazione terapeutica hanno un'importanza cruciale per l'impegno del paziente nel trattamento (Ritter et al. 2002). La percezione di una contraddizione tra gli obiettivi posti come ideali e la condizione attuale (frattura interiore) può aumentare la motivazione al cambiamento del paziente (Miller 1995). Riconoscere e accettare specifici obiettivi realistici da parte del paziente è più efficace dal punto di vista motivazionale che non insistere su obiettivi generici (Miller 1987) e può dare migliori risultati (Sanchez Craig 1990). È inoltre provato che offrire al paziente una rosa di opzioni migliora l'aderenza al trattamento (Rokke et al. 1999).

9.2. Metodi di valutazione

L'AUDIT (the Alcohol Use Disorders Test) come strumento di valutazione

Uno degli strumenti di primo livello è il test AUDIT dell'OMS (Babor et al. 2001) (si veda il capitolo 5). L'AUDIT non è stato sviluppato per individuare solo il consumo rischioso e dannoso, ma anche l'alcoldipendenza. Punteggi elevati alle prime tre domande indicano un consumo rischioso, alle successive tre alcoldipendenza ed alle ultime quattro un consumo dannoso. Punteggi di 8 o più all'AUDIT preannunciano un rischio di incorrere nel consumo a rischio in futuro, di subire danni fisici e sociali e di dover ricorrere alle cure sanitarie. Punteggi tra 16 e 19 all'AUDIT indicano un consumo dannoso, che può essere trattato con una combinazione di intervento breve eventualmente integrato da sedute di counselling e con monitoraggio continuo, con ulteriori valutazioni dia-

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

gnostiche se il paziente non risponde al trattamento o se ne sospetti alcoldipendenza. Punteggi \geq a 20 indicano alcoldipendenza (sebbene essa possa essere presente anche a punteggi più bassi) e rende necessario avviare i pazienti a consulenza specialistica per la diagnostica e il trattamento.

Le caratteristiche dell'AUDIT utilizzato quale strumento di *screening* per l'alcoldipendenza variano a seconda del *cut off* utilizzato per determinare da quale livello in poi i risultati dello *screening* siano positivi rispetto al trattamento in corso in un dato periodo oppure nell'arco della vita. In uno studio, ad esempio, l'AUDIT ha dimostrato una sensibilità del 61% e una specificità del 90% per il consumo problematico in un dato momento, usando un *cut off* di 8 (Barry et al. 1993) (per le definizioni di sensibilità e specificità si veda il capitolo 5). Aumentare il *cut off* oltre 11 ha determinato un'ovvia diminuzione della sensibilità (40%) e un aumento della specificità (96%). Le caratteristiche di efficacia del test sono cambiate notevolmente quando i ricercatori hanno preso in considerazione il consumo problematico di alcol nell'arco della vita: in questo caso l'AUDIT ha dimostrato una sensibilità del 46% e del 30% con una specificità del 90% e del 97% con *cut off* a 8 o 11 (Barry et al. 1993). Altri ricercatori hanno riscontrato per l'AUDIT una sensibilità del 63% e del 93% e una specificità del 96% e del 96% per la diagnosi di alcoldipendenza rispettivamente, attuale o relativa al corso della vita (Isaacson et al. 1994). L'AUDIT non si è rivelato altrettanto efficace come test di *screening* in uno studio di Schmidt et al. (1995): questo studio ha dimostrato una sensibilità del 38% e una specificità del 95% per la diagnosi di dipendenza su tutto il corso della vita. Questi risultati sono simili a quelli ottenuti da Morton et al. (1996) con un *cut off* di 8 su una popolazione d'età superiore ai 65 anni. In tale studio l'AUDIT ha dimostrato una sensibilità del 33% e una specificità del 91%. E' stato rilevato che l'AUDIT si comporta in modo diverso di fronte a diverse etnie e nei due sessi (Steinbauer et al. 1998). Con un *cut off* di 8 oltre il quale il test è positivo, l'AUDIT ha dimostrato una sensibilità tra il 70 e il 92% e una specificità compresa tra 73 e 94%, con variazioni di genere ed etnia.

Il CIDI (The Composite International Diagnostic Interview)

La CIDI è un'intervista per la diagnosi di alcoldipendenza, Quadro 9.1. (World Health Organization 2002a).

Il punteggio per alcoldipendenza (da 0 a 7) equivale al numero delle risposte positive date alle sette domande (World Health Organization 2002b). Le domande 1.1. e 6.1. *non* concorrono al calcolo del punteggio. Un punteggio di 3 è indice di un probabile caso di alcoldipendenza, \geq a 4 un caso certo di alcoldipendenza.

Esame clinico

L'esame clinico può talvolta essere d'aiuto nell'individuare il consumo cronico dannoso d'alcol. A tale scopo sono state elaborate procedure di *screening* clinico (Babor et al. 1985), quali l'osservazione del tremore delle mani, della comparsa di capillari sul viso, delle alterazioni alle membrane mucose (ad es. la congiuntivite) e al cavo orale (ad es. la glossite).

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

Congestione congiuntivale. La condizione del tessuto congiuntivale viene valutata sulla base del grado di congestione dei capillari e del colore della sclera (ittero). L'esame viene condotto alla luce del giorno chiedendo al paziente di guardare in alto e poi in basso e scostando dall'occhio le palpebre inferiore e superiore. In condizioni normali si ha una uniforme distribuzione del normale bianco perlaceo; al contrario, la congestione dei capillari determina la comparsa di elementi vascolari di colore rosso-borgogna e di un tono giallo-verde della sclera.

Vascularizzazione atipica della pelle. Si valuta esaminando il viso e il collo. Queste aree spesso mostrano la comparsa di una rete di sottili arteriole di aspetto roseo-rossastro. Altri segnali di consumo cronico di alcol sono la comparsa di "pelle d'oca" sul collo e di macchie giallastre sulla pelle.

Tremore delle mani. Si può rilevare facendo stendere le braccia in avanti, lievemente piegate all'altezza dei gomiti e con le mani ruotate verso il centro.

Tremore della lingua. Da ricercare facendo sporgere lievemente la lingua oltre le labbra aperte.

Epatomegalia. Le alterazioni al fegato possono essere valutate sia in termini di volume che di consistenza. Un aumento del volume viene descritto in termini di quante dita sporge al di sotto dell'arcata costale. La consistenza può essere valutata come normale, aumentata, dura o molto dura.

Quadro 9.1. Intervista CIDI per la valutazione dell'alcoldipendenza.

1. Negli ultimi 12 mesi è accaduto almeno una volta che l'aver bevuto o i postumi di un'ubriacatura abbiano interferito con i suoi impegni a scuola, al lavoro o a casa?

- 1 Sì
- 2 No

1.1. Se sì, quante volte nell'ultimo anno?

- 1 Una volta o due
- 2 Tra 3 e 5 volte
- 3 Tra 6 e 10 volte
- 4 Tra 11 e 20 volte
- 5 Più di 20 volte

2. Negli ultimi 12 mesi si è mai trovato sotto l'effetto dell'alcol in una situazione in cui avrebbe potuto rimanere ferito – ad esempio alla guida di un'auto o di una barca, mentre maneggiava coltelli o armi o macchinari, o simili?

- 1 Sì
- 2 No

3. Negli ultimi 12 mesi ha avuto problemi emotivi o psicologici di qualsiasi genere dovuti all'alcol – come ad es. una sensazione di disinteresse verso le cose, senso di depressione, sospetto nei confronti degli altri, paranoie o idee strane?

- 1 Sì
- 2 No

4. Negli ultimi 12 mesi ha avuto un desiderio o un'urgenza tale di bere da non potersi trattenere?

- 1 Sì
- 2 No

5. Negli ultimi 12 mesi le è capitato, per un periodo di un mese o più, di trascorrere molto tempo a bere o a riprendersi dagli effetti dell'alcol?

- 1 Sì
- 2 No

6. Negli ultimi 12 mesi ha bevuto più di quanto avesse intenzione di fare o più a lungo di quanto volesse?

- 1 Sì
- 2 No

6.1. Se sì, quante volte è accaduto nell'ultimo anno?

- 1 Una volta o due
- 2 Tra 3 e 5 volte
- 3 Tra 6 e 10 volte
- 4 Tra 11 e 20 volte
- 5 Più di 20 volte

7. Negli ultimi 12 mesi è le accaduto almeno una volta di dover bere più del solito per ottenere l'effetto che cercava?

- 1 Sì
- 2 No

Test di laboratorio

Gamma-glutamilttransferasi (GGT). Sebbene la GGT può aumentare in assenza di danno epatico (Wu et al. 1976; Majumdar et al. 1991), essa tende ad essere la prima sostanza che aumenta in presenza di danni epatici alcol-correlati (Rosalki 1984). Insieme alle aminotransferasi, all'albuminemia, alla bilirubinemia e alle prove di coagulazione, l'aumento dei valori del test può essere usato come indicatore della presenza e della severità di danni epatici, sebbene i livelli di GGT possano diminuire nella cirrosi avanzata. Tra il 5 ed il 20% dei bevitori alcol dipendenti con un fegato normale dal punto di vista istologico mostrano un aumento della GGT, rispetto al 90% dei bevitori alcol dipendenti cirrotici (Wu et al. 1976; Majumdar et al. 1991; Moussavian et al. 1985; Matsuda et al. 1993). L'aumento della GGT può anche essere un segno della presenza di altre patologie dovute al consumo di alcol: i forti bevitori che presentano alti livelli di GGT, sono più esposti al rischio di ipertensione rispetto a bevitori della stessa intensità che abbiano livelli normali di GGT (Hashimoto et al. 2001). È stato dimostrato che la GGT predice in modo indipendente la comparsa di ipertensione arteriosa e un aumento della GGT viene considerato un segnale di aumentata suscettibilità agli effetti ipertensivi dell'alcol (Yamada et al. 1989; 1991).

Oltre a individuare la patologia corrente, è stato riscontrato che i livelli di GGT riescono a prevedere una futura morbilità e morte. La GGT si è dimostrata capace di prevedere la mortalità generale in tre grandi coorti di sesso maschile (Peterson et al. 2003; Hood et al. 1990; Wannamethee et al. 1995; Brenner et al. 1997). Nello studio di Malmo, Svezia, i livelli di GGT riscontrati nel primo decile del campione sono predittivi anche di un'ospedalizzazione nei successivi 4-7 anni (Kristenson 1987). La GGT è un fattore predittivo, indipendentemente dal consumo di base di alcol, del successivo sviluppo dell'ipertensione (Miura et al. 1994; Conigrave et al. 1995; Lee et al. 2002), del diabete (Perry et al. 1998) e dell'ictus ischemico (Jousilahti et al. 2000). Le donne in gravidanza che presentano alti livelli di GGT sono più esposte al rischio di partorire un neonato con sindrome fetto-alcolica (Halmesmaki et al. 1986), sebbene la sua sensibilità nel predire questa malattia sia soltanto del 50% (per una specificità dell'80%) per le donne in gravidanza che bevono oltre 100 g di alcol alla settimana (Sarkola et al. 2000).

La GGT è generalmente utilizzata (Persson & Magnusson 1989; Anton et al. 2002) per monitorare la risposta al trattamento. Solitamente la riduzione dei livelli di GGT compare fin dalla prima settimana di riduzione o astinenza al consumo e diventa più marcata alla fine del primo mese (Monteiro & Masur 1986). Una pronta riduzione può contribuire a confermare una diagnosi di forte consumo d'alcol. Tipicamente i livelli di GGT tornano a valori normali nel corso di 5-17 giorni di astinenza (Lamy et al. 1974). Il ritorno nella norma dei valori è più lenta nei bevitori alcol dipendenti, in cui si riscontra un tempo di dimezzamento dei valori di 26 giorni (Orrego et al. 1985). I livelli di GGT tendono a crescere del 20-30% rispetto ai valori di base negli alcol dipendenti con ricadute (Anton et al. 1996; Anton et al. 2002; Irwin et al. 1988). Nello studio di Malmo, Svezia, la GGT è stata utilizzata sia come test di *screening* che per monitorare il trattamento (Kristenson 1987; Kristenson et al. 1983): i soggetti maschi di mezza età con

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

livelli di GGT attestati nel primo decile sono stati assegnati casualmente a ricevere un trattamento o al gruppo di controllo. Il gruppo trattato ha ricevuto un intervento breve e sono stati informati della relazione esistente tra i valori di GGT e il consumo di alcol. I risultati del test della GGT sono stati forniti al paziente ogni 3 mesi insieme a un colloquio motivazionale. Si è rilevato che, rispetto al gruppo di controllo, quello in trattamento mostrava una significativa riduzione dei permessi per malattia e dei giorni di ospedalizzazione, e una riduzione della mortalità, sebbene quest'ultima statisticamente non significativa (Kristenson 1987; Kristenson et al. 1983). Similmente la GGT è stata usata come test di *screening* e nel caso dell'intervento nello studio di Tromsø, Norvegia (Nilssen 1991). Dal punto di vista clinico il *feedback* delle analisi del sangue è utile sia a motivare il paziente al cambiamento del suo rapporto con l'alcol che a incoraggiare i pazienti che abbiano già fatto dei progressi, sebbene nessuna ricerca ha stabilito il grado di efficacia dell'intervento breve da solo.

Le aminotransferasi AST e ALT. AST (precedentemente nota come SGOT, transaminasi glutamico ossalacetica) e ALT (anche nota come SGPT, transaminasi glutammico-piruvica) sono indicatori sensibili dei danni alle cellule epatiche (Pratt & Kaplan 2000). Come la GGT, le aminotransferasi non aumentano dopo un singolo episodio di consumo (Devgun et al. 1985; Nemesanszky et al. 1988; Freer & Statland 1977). Le aminotransferasi sono meno sensibili della GGT nell'identificazione del forte consumo alcolico. Come la GGT, le aminotransferasi sono un marcatore del consumo d'alcol, ed indicatori di danno epatico alcol-correlato.

Volume eritrocitario medio (MCV). MCV è un test routinario. Circa il 3-5% dei pazienti ambulatoriali ha alti livelli di MCV; l'alcol è la causa più frequente (Seppa et al. 1996). A causa della sua lenta risposta al cambiamento nelle abitudini di consumo, il valore di MCV è generalmente inadatto come marcatore del progresso a breve termine (Po et al. 1990; Monteiro & Masur 1986).

Alcol. L'alcol può essere testato negli esami di *routine* nel sangue, nelle urine o nel respiro (Helander 2001; Eggers et al. 2002). Il tempo entro cui lo si può individuare è limitato ad alcune ore e un singolo riscontro non è in grado di differenziare tra forte consumo di breve o lunga durata, sebbene dei valori piuttosto alti possano essere utili a determinare il grado di tolleranza all'alcol (Jones 1994; Helander 2001).

L'alcol si dissolve nel volume totale dell'acqua corporea e il suo volume di distribuzione è considerato uguale a quello dell'acqua corporea (Watson 1989). La quantità di acqua corporea che dipende dall'età, peso e genere, è maggiore per gli uomini che per le donne (circa il 50-60% del peso corporeo totale negli uomini rispetto al 45-55% nelle donne) (Kyle et al. 2001). Pertanto se una donna e un uomo approssimativamente dello stesso peso e della stessa età ingeriscono una stessa quantità di alcol, l'alcolemia sarà maggiore nella donna, poiché l'alcol si diluisce in un minor volume di acqua corporea. Infine, circa l'85% dell'alcol ingerito viene metabolizzato nel fegato dall'ossidazione enzimatica. In un'ora possono essere metabolizzati circa 7 g di alcol, pari a circa a un bicchiere ogni ora.

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

La misurazione della concentrazione dell'alcol nel sangue o nel respiro è il sistema standard per valutare la concentrazione corporea di alcol. La maggior parte delle leggi sull'alcol specificano che per misurare il livello di intossicazione debba essere usato un campione di sangue intero. Il tasso alcolemico (Blood Alcohol Level, BAL, o Blood Alcohol Concentration, BAC) viene calcolato usando il peso dell'alcol in milligrammi e il volume del sangue in decilitri. Ciò determina un BAC che può essere espresso come una proporzione (ad es. 100 mg per decilitro o 1.0 g per litro) o una percentuale (ad es. 0.10% di alcol).

5-HTOL. Il metabolita della serotonina 5-idrossitriptofolo (5-HTOL) è un componente normale e minore dell'urina, e di solito viene eliminato in forma coniugata con l'acido glucuronico. La secrezione di 5-HTOL aumenta notevolmente dopo l'assunzione di alcol e l'elevata escrezione urinaria permane per un certo tempo (> 5-15 ore, a seconda della dose) dopo che l'alcol è stato eliminato. Tale effetto biochimico può essere utilizzato per l'individuazione di una recente ingestione di alcol (Helander & Eriksson 2002).

5-HTOL non è disponibile come esame clinico di *routine*.

EtG glucuronide (EtG). L'EtG è un metabolita diretto dell'etanolo non volatile, idrosolubile e stabile che può essere riscontrato in vari fluidi corporei, nei tessuti e nei capelli. Poco dopo il consumo di quantità anche piccole di etanolo, l'EtG risulta positivo. Può segnalare l'ingestione di etanolo fino a 80 ore dopo la completa eliminazione dell'alcol dall'organismo (WHO/ISBRA Study on State and Trait Markers of Alcohol Use and Dependence 1997).

L'EtG non è disponibile come esame clinico di *routine*.

Addotti proteici dell'acetaldeide e anticorpi. L'etanolo viene convertito in acetaldeide dall'enzima alcol-deidrogenasi, e quindi in acetato dall'aldeide-deidrogenasi. Le concentrazioni dell'acetaldeide nel sangue durante il metabolismo dell'etanolo sono normalmente molto basse (a livello μ molare o al di sotto). L'acetaldeide può reagire con gruppi amminici liberi e formare gli addotti proteici dell'acetaldeide, con un meccanismo analogo alla formazione delle glicoproteine da parte del glucosio (Braun et al. 1997). La sensibilità dimostrata da tali addotti, quali marcatori dell'assunzione di alcol, è stata valutata in un piccolo numero di studi usando differenti approcci analitici (Sillanaukee et al. 1992; Lin et al. 1993; Hazelett et al. 1998), con risultati che oscillano tra il 20% e l'80%.

Tali addotti non sono disponibili come esami clinici di *routine*.

9.3. Gestire la crisi d'astinenza acuta

Gli individui con dipendenza fisica da alcol sono esposti al rischio di crisi di astinenza nelle 6-24 ore successive all'ultima dose di alcol ingerita. La sindrome da crisi di astinenza solitamente inizia quando il tasso alcolemico (BAL) scende, e si manifesta all'osservazione clinica prima che il BAL raggiunga lo zero (Yost 1996; Foy et al. 1997). Normalmente la crisi di astinenza si risolve spontaneamente e senza complicazioni entro 5 giorni senza bisogno di intervento o con un intervento minimo. Ciò dipende largamente dalla modalità di consumo individuale, dalla frequenza, dalla durata e dalla quantità del consumo. Mentre

per la maggior parte degli individui la sindrome da crisi di astinenza ha una durata breve e priva di conseguenze, in altri essa è severa nelle prime 48-72 ore di astinenza. In questo lasso di tempo il paziente diviene molto vulnerabile allo stress psicologico e fisiologico.

I sintomi della crisi di astinenza possono presentarsi ad un determinato tasso alcolemico. Il BAL non deve necessariamente essere pari a zero perché si innesti una crisi di astinenza, e una percentuale significativa di bevitori alcol-dipendenti avvertono i sintomi di astinenza prima che il BAL raggiunga lo zero. L'assistenza da offrire al paziente non dovrebbe basarsi soltanto sul BAL. I parametri di valutazione della crisi di astinenza dovrebbero essere usati anche per misurare la gravità dei sintomi. La gravità della crisi dipende anche dal numero dei bicchieri d'alcol assunti ogni giorno, dal numero totale e gravità di pregressi episodi di crisi di astinenza, da un maggiore uso di sedativi e di droghe ipnotiche a scopo non terapeutico e dall'entità dei problemi medici.

L'attacco della crisi può avvenire tra le 12 e le 48 ore successive all'ultimo bicchiere bevuto. Un paziente con una storia pregressa di crisi d'astinenza da alcol dovrebbe ricevere un trattamento con somministrazione iniziale di benzodiazepine. Alcuni pazienti possono avvertire allucinazioni, che si manifestano potenzialmente ad ogni stadio della crisi d'astinenza. Una piccola percentuale di pazienti in astinenza viene colpita da delirium durante le prime 24-48 ore di astinenza. Il delirium tremens è di gran lunga la complicazione più seria e pericolosa per la vita nell'ambito della sindrome da crisi di astinenza, si manifesta solitamente a 48-96 ore di distanza dall'ultimo bicchiere consumato e necessita di monitoraggio. I pazienti a rischio di sindrome di Wernicke-Korsakoff dovrebbero essere trattati con 100 mg parenterali di tiamina prima di ogni assunzione di glucosio.

Attualmente esiste una serie di strutture per la gestione delle crisi d'astinenza.

La gestione domiciliare dell'astinenza è indicata quando non vi siano segni di crisi acuta né una storia pregressa di astinenza acuta, quando vi sia il supporto di parenti o amici che possano dare assistenza e vigilare sulla persona, e quando non vi siano concomitanti malattie fisiche o psichiche. Nella gestione ambulatoriale della crisi di astinenza i pazienti si rivolgono, solitamente al day-hospital, a una clinica o a un servizio per la valutazione ed il trattamento. Questa possibilità si adatta a pazienti che non presentano una grave crisi manifesta, una pregressa storia di astinenza acuta, concomitanti malattie fisiche o psichiche. La gestione della crisi in regime di ricovero ospedaliero è necessaria quando i pazienti presentano una storia pregressa di gravi sintomi da crisi di astinenza, concomitanti malattie fisiche o psichiche e/o condizioni ambientali domiciliari sfavorevoli.

Le benzodiazepine risultano essere ancora oggi il trattamento più facilmente accessibile e fruibile per la sindrome di astinenza; esse sono in grado di contenere e ridurre i sintomi correlati. La sintomatologia astinenziale è la seguente: nausea, vomito, tremori, sudorazione, ansia e agitazione, e vengono valutati attraverso la scala CIWA-Ar (Sullivan, 1989): un punteggio superiore a 10, indica la necessità di attivare un trattamento farmacologico.

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

Grazie alle caratteristiche farmacologiche delle stesse, sia in termini di emivita che in termini di via di somministrazione (orale, intramuscolo o endovena), il trattamento con benzodiazepine permette di avere un'efficacia migliore in base al sintomo più evidente (ad es. può essere più utile la somministrazione intramuscolo per controllare il vomito o il dolore neuromuscolare).

Per quanto riguarda le benzodiazepine, i bevitori a rischio e problematici hanno un alto rischio di sviluppare un forte consumo, misuse, abuso di questi farmaci fino a sviluppare vere e proprie dipendenze.

Questo rischio non va assolutamente sottovalutato, sia in termini di frequenza, che di complessità clinica.

È importante ribadire che, data l'alta potenzialità di abuso e dipendenza da benzodiazepine tra questa tipologia di persone, bisogna porre una specifica attenzione al monitoraggio e sorveglianza da parte dei medici di medicina generale o medici specialisti.

Inoltre, nella gestione domiciliare del trattamento, si dovrà tener conto della presenza e disponibilità di persone affidabili a cui delegare la somministrazione del farmaco al paziente, ovviamente con la reperibilità e la supervisione da parte del medico prescrivente.

Ribadiamo quindi che nella scelta e nell'uso clinico delle benzodiazepine, si deve tener conto di alcune caratteristiche: emivita, modalità di somministrazione, sintomatologia astinenziale, potenziale rischio di abuso e di sviluppo di una dipendenza.

La terapia farmacologica dell'astinenza verrà gradualmente ridotta e sospesa, monitorandone i sintomi, fino alla loro completa scomparsa: l'obiettivo è quello di ottenere una riduzione della severità della sindrome ad un punteggio della scala CIWA-Ar inferiore a 8 per due registrazioni consecutive; la severità deve essere quindi valutata ogni ora fino a quando il punteggio non risulti inferiore a dieci, poi ogni 4 ore.

Anche nella fase astinenziale bisognerà monitorare attentamente lo stato nutrizionale, di idratazione e lo stato di funzionalità epatica e polmonare del paziente per adeguare il dosaggio alle eventuali patologie che potrebbero influenzare il metabolismo dei farmaci: le patologie esistenti potrebbero risentire negativamente dalla somministrazione di questi farmaci e inoltre alterarne il metabolismo e la farmacocinetica. La somministrazione per endovena (pompa d'infusione o deflussore a microgoccia) può risultare utile, oltre che nel reintegrare i liquidi e gli elettroliti, a mantenere costante l'infusione dei sedativi, per un miglior assorbimento e somministrazione di vit B1, B6, PP. (Consensus Conference, 1995).

Non si consiglia la somministrazione di alcol, barbiturici, beta-bloccanti adrenergici, clonidina, acamprosato come agenti capaci di contrastare l'astinenza da alcol. Per quanto riguarda il gamma-idrossibutirrico (GHB), esso può essere utile nel trattamento ospedaliero della crisi astinenziale, facendo attenzione alle caratteristiche personologiche del paziente, ricordando l'alto rischio di abuso e di sviluppo di dipendenza di questa molecola. Si sconsiglia il clormetiazolo come trattamento di primo livello, che può essere utile solo in pazienti con sintomi gravi di astinenza. I farmaci anticonvulsivanti non dovrebbero essere usati nella pratica

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

di *routine*, poiché non sono efficaci nel prevenire le complicanze delle crisi di astinenza. Ad ogni modo laddove i farmaci anticonvulsivanti vengono assunti per altra patologia clinica, devono essere disponibili per i pazienti. L'uso di antipsicotici durante l'astinenza da alcol dovrebbe essere limitato ai pazienti che presentano allucinazioni e sintomi paranoici e che non abbiano risposto ad una sedazione convenzionale. Se i sintomi psicotici persistono dopo 48-72 ore, si rende necessaria una puntuale valutazione psichiatrica. Ogni trattamento farmacoterapeutico dovrebbe essere usato in base ai parametri per la crisi di astinenza e conservato in un ambiente sicuro e inaccessibile ai pazienti.

Come detto precedentemente, questa attenzione va posta in particolare nella terapia ambulatoriale e domiciliare, dove si rende necessaria un'attenta sensibilizzazione e uno specifico addestramento della figura di riferimento (famigliare, amico, collega etc.).

Il trattamento della crisi di astinenza, indipendentemente dalla severità della sintomatologia, richiede una terapia di sostegno rappresentata dalla valutazione dello stato di idratazione, alimentazione e orientamento del paziente in un ambiente confortevole e dal monitoraggio continuo dei sintomi e segni dell'astinenza.

Per valutare la severità dei sintomi di astinenza viene utilizzato il questionario il questionario CIWA-Ar che prevede l'esame di dieci sintomi/segni caratteristici dell'astinenza.

Quadro 9.2 Scala CIWA-Ar per la valutazione dei sintomi e segni della crisi d'astinenza da alcol

CIWA-Ar Clinical Institute Withdrawal assessment for Alcohol

ITEM 1 **Nausea e vomito**

- 0-Né nausea, né vomito
- 1-Leggera nausea
- 2-
- 3-
- 4-Nausea intermittente con conati
- 5-
- 6-
- 7-Nausea costante, frequenti conati e vomito

ITEM 2 **Tremori**

- 0-Non visibili ma percettibili ponendo in contatto i propri polpastrelli con quelli del paziente
- 1-
- 2-
- 3-
- 4-Moderati con paziente a braccia estese in avanti
- 5-
- 6-
- 7-Gravi e presenti anche con braccia non estese

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

ITEM 3 **Sudorazione**

- 0-Non suda visibilmente
- 1-Sudorazione appena percettibile, palmi delle mani umide
- 2-
- 3-
- 4-Gocce di sudore ben visibili a livello della fronte
- 5-
- 6-
- 7-Madido di sudore

ITEM 4 **Ansia**

- 0-Paziente non ansioso, stato di tranquillità
- 1-Lieve stato ansioso
- 2-
- 3-
- 4-Ansia moderata o circospezione (come spesso si suppone)
- 5-
- 6-
- 7-Stato equivalente ad un attacco di panico, come si osserva nel Delirium tremens

ITEM 5 **Agitazione**

- 0-Normale attività
- 1-Qualcosa di più di una normale attività
- 2-
- 3-
- 4-Moderatamente irrequieto ed incapace di star fermo
- 5-
- 6-
- 7-Va avanti e indietro durante tutta l'intervista oppure si siede e si alza in continuazione

ITEM 6 **Disturbi tattili**

- 0-No
- 1-Sensazioni tattili molto lievi
- 2-Sensazioni tattili lievi
- 3-Sensazioni tattili moderate
- 4-Allucinazioni tattili moderatamente gravi
- 5-Allucinazioni tattili gravi
- 6-Allucinazioni tattili estremamente gravi
- 7-Allucinazioni tattili continue

ITEM 7 **Disturbi uditivi**

- 0-Nessuna sensazione uditiva
- 1-Sensazioni uditive molto lievi che spaventano molto poco
- 2-Sensazioni uditive lievi che spaventano un po'
- 3-Sensazioni uditive che spaventano moderatamente
- 4-Allucinazioni uditive moderatamente gravi
- 5-Allucinazioni uditive gravi
- 6-Allucinazioni uditive estremamente gravi
- 7-Allucinazioni uditive continue

ITEM 8 **Disturbi visivi**

- 0-No
- 1-Sensazioni visive molto lievi

- 2-Sensazioni visive lievi
- 3-Sensazioni visive moderate
- 4-Allucinazioni visive moderatamente gravi
- 5-Allucinazioni visive gravi
- 6-Allucinazioni visive estremamente gravi
- 7-Allucinazioni visive continue

ITEM 9 **Cefalea**

- 0-Non presente
- 1-Molto lieve
- 2-Lieve
- 3-Moderata
- 4-Moderatamente grave
- 5-Grave
- 6-Molto grave
- 7-Estremamente grave

ITEM 10 **Orientamento ed obnubilamento del sensorio**

- 0-Paziente orientato, fornisce altri particolari
- 1-Paziente parzialmente orientato, non fornisce altri particolari ed è incerto sulla data
- 2-Disorientamento per la data (ma non più di due giorni di calendario di scarto)
- 3-Disorientamento per la data (più di due giorni di calendario)
- 4-Disorientamento per il luogo e/o per le persone

Punteggio: Il punteggio della scala varia da 0 a 67. In base ai punteggi assegnati a ciascun segno/sintomo, la severità della sindrome di astinenza può essere:

- 1) lieve: uguale o inferiore a 15;
- 2) moderata: compreso tra 16 e 20;
- 3) grave: superiore a 20.

Il valore del punteggio è correlato ad un aumento del rischio di sviluppare le complicazioni indesiderate, quali le convulsioni e le allucinazioni. Quando la severità della sindrome d'astinenza supera **il punteggio 10 va intrapresa una terapia farmacologia** allo scopo di ridurre il rischio di insorgenza delle complicanze.

L'obiettivo è quello di ottenere una riduzione della severità della sindrome fino ad un punteggio inferiore a 8, secondo la scala CIWA-Ar, per due registrazioni consecutive; la severità deve essere quindi valutata ogni ora fino a quando il punteggio non risulti inferiore a 10, successivamente ogni 4 ore.

9.4. Trattamenti non-farmacologici

Le caratteristiche di un medico efficace. L'effetto delle caratteristiche del medico sul trattamento del consumo problematico dell'alcol è stato oggetto di minori attenzioni rispetto alle variabili delle terapie e dei pazienti. La difficoltà di studiare l'effetto proprio del medico ha contribuito a che questo tipo di indagini non venissero condotte (Caroll 2001). Alcuni dati raccolti sugli effetti del medico suggeriscono comunque che l'efficacia della terapia sia mediata dalle caratteristiche proprie del medico. Il possesso di forti capacità interpersonali è stato preva-

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

lentamente e strettamente associato ad una maggiore efficacia del trattamento (Finney & Moss 2002; Najavits & Weiss 1994). Najavits et al. (2000) hanno riscontrato un marcato effetto del diverso stile di vari medici sui risultati degli interventi comportamentali. I pazienti dei medici con maggiori capacità interpersonali, meno interessati al confronto e più empatici, hanno dimostrato di raggiungere risultati migliori (Najavits & Weiss 1994). Le differenze di efficacia non erano attribuibili alla formazione, all'orientamento terapeutico o all'esperienza del medico (Miller et al. 1993). Quando un approccio supportivo viene comparato ad un approccio basato sul confronto, con il confronto aumentano le resistenze da parte del paziente ed i livelli di consumo d'alcol (Miller et al. 1993). Effettivamente, quanto più i medici espongono i pazienti al confronto, tanto più essi bevono. Secondo una metanalisi che comprende anche, ma non solo, studi sul consumo problematico di sostanze, l'effetto del medico sui risultati del trattamento diminuisce all'aumentare dell'adesione al trattamento da parte del paziente (Crits-Cristoph 1991). I medici che riescono a creare col paziente un rapporto positivo, accettante e partecipe, e che sanno dimostrare empatia, riusciranno a raggiungere migliori risultati con i loro pazienti. È auspicabile che i medici sviluppino un approccio finalizzato alla gestione del paziente, prendendo accuratamente nota del caso e dei progressi, cosa che aiuta a prevenire le difficoltà e facilita la pianificazione e la realizzazione, prima che si presentino situazioni difficili, di metodi per affrontarle.

Counselling. Il counselling in generale e le abilità associate sono efficaci con le persone con consumo problematico di alcol. Le abilità del counselling quali l'ascolto attivo e l'empatia dovrebbero essere presenti di base in ogni relazione terapeutica. Ad ogni modo il counselling non è di norma sufficiente a cambiare i comportamenti del bevitore e dovrebbe essere supportato da tecniche più specifiche. I due principali obiettivi del counselling sono innanzitutto facilitare i pazienti a gestire i loro problemi nell'individuare ed utilizzare le proprie risorse potenziali, e in secondo luogo facilitare i soggetti nello sviluppo di capacità di auto-aiuto nella vita quotidiana.

Il colloquio motivazionale. Il colloquio motivazionale è una procedura introdotta da Miller e Rollnick (1991), definita come un "metodo direttivo incentrato sul paziente e orientato a rafforzare la motivazione intrinseca al cambiamento, esplorando e risolvendo l'ambivalenza" (Miller & Rollnick 2002). L'obiettivo del colloquio motivazionale è quello di guidare il paziente verso la motivazione al cambiamento, sollecitando le ragioni del cambiamento dal paziente stesso. Il colloquio motivazionale è incentrato sul paziente, mette in risalto il fatto che il cambiamento comportamentale è volontario e che la responsabilità delle decisioni e dei risultati del cambiamento spettano al paziente. È direttivo e rivolto alla risoluzione dell'ambivalenza. Il colloquio motivazionale è un metodo di comunicazione piuttosto che una serie di tecniche o una specifica strategia. Esistono numerose evidenze sull'efficacia del colloquio motivazionale nel trattamento dell'alcoldipendenza. Miller e Rollnick (2002) suggeriscono tre processi generali attraverso i quali il colloquio può raggiungere gli effetti mirati, ovvero la collaborazione, l'evocazione e l'autonomia. Una relazione collaborativa tra il medico e il paziente è l'elemento chiave del colloquio motivazionale. Il medico dovrebbe comunicare la volontà di una relazione amichevole, offrendo supporto anziché persuasione o coercizione. L'evocazione pertiene al ruolo faci-

litante svolto dal medico nella consapevolezza dei pazienti delle loro risorse e motivazioni al cambiamento. L'autonomia si riferisce all'indipendenza e alla responsabilità al cambiamento del paziente, che deve essere facilitata e supportata dal medico.

Esistono quattro principi guida generali sui quali si fonda il colloquio motivazionale: esprimere empatia, aumentare la frattura interiore, aggirare ed utilizzare la resistenza e sostenere l'autoefficacia. L'empatia è una caratteristica fondamentale e peculiare del colloquio motivazionale. L'empatia è vista come la base sulla quale costruire il colloquio. L'espressione di empatia riguarda l'accettazione ed il rispetto per il bevitore e comprende la capacità di rispecchiare le idee del bevitore sul consumo dannoso di alcol. Il secondo principio generale del colloquio è aumentare la frattura interiore tra il comportamento attuale e quello desiderato dal paziente, i suoi obiettivi e valori. Il concetto di frattura interiore è finalizzato a chiarire con il paziente l'importanza dei propri obiettivi esistenziali, e ad esplorare le conseguenze del continuare il consumo rispetto agli obiettivi prefissati. Il lavoro sulle resistenze serve ad aggirare le stesse. Piuttosto, le resistenze del paziente possono essere utilizzate per creare un maggiore impulso al cambiamento. L'ultimo principio del colloquio motivazionale riguarda l'autoefficacia, ovvero la capacità di una persona di credere nelle proprie possibilità di "farcela" e di riuscire in uno specifico compito.

Interventi cognitivo-comportamentali. Il termine "cognitivo-comportamentale" si riferisce a un approccio che copre una serie di strategie e di tecniche basate sui principi dell'apprendimento, in base all'idea che la capacità di modificare e apprendere un nuovo comportamento è influenzata da come le persone vedono se stesse e gli altri. La maggior parte degli approcci di trattamento dimostratisi efficaci sul consumo problematico di alcol riguardano gli approcci cognitivo-comportamentali (Miller & Wilbourne 2002). Sulla base delle evidenze di efficacia, per le procedure dei protocolli di implementazione ben articolate, nonché per l'accettazione e la popolarità, gli interventi cognitivo-comportamentali riescono a offrire una base efficace e pratica per il trattamento del consumo dannoso e dell'alcoldipendenza. Sono effettuati facilitando lo sviluppo di un rapporto di fiducia tra il medico e il paziente in un'atmosfera empatica e non confrontazionale. Questo tipo di approcci è compatibile con altri interventi come quelli farmacologici ed il colloquio motivazionale.

"Social Skills Training". L'SST è una forma di intervento di trattamento cognitivo-comportamentale con il quale i pazienti acquisiscono abilità sociali che possano aiutarli a gestire le emozioni senza ricorrere all'alcol. Vi sono evidenze consistenti a sostegno dell'efficacia di questo intervento nel ridurre il consumo di alcol sia a breve che a lungo termine tra i bevitori a rischio e gli alcoldipendenti. "Lo sviluppo di abilità sociali" può essere usato per compensare i deficit di competenze che abbiano portato l'individuo al consumo di alcol entro una sua strategia di *coping* (fronteggiamento); è stato inoltre messo in relazione con il modello di Marlatt e Gordon per la prevenzione delle ricadute e può aiutare i pazienti ad affrontare le situazioni ad alto rischio (Marlatt & Gordon 1985). Tale intervento è raccomandato per i pazienti ad alto rischio di ricaduta; è di grande utilità soprattutto per quei pazienti che mancano di competenze rilevanti e dovrebbe essere fornito ai soggetti che il medico ritenga sprovvisti di abilità.

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

Sebbene sia spesso difficile discernere quali competenze il paziente possenga, in particolare in mancanza di un'adeguata valutazione, chiedere ai pazienti quali problemi hanno e come li affrontano può facilitare a comprendere le aree in cui mancano di competenze sociali. Lo sviluppo di competenze può essere utilizzato con i pazienti che desiderino raggiungere la moderazione o l'astinenza. A un'unica persona possono adattarsi vari tipi di approcci e gli approcci di sviluppo delle abilità sono spesso forniti in combinazione. L'intervento scelto dovrebbe essere relativo alle necessità del paziente. Sviluppare competenze sociali e altre abilità di *coping* richiede un certo impegno da parte del paziente, poiché questi metodi vengono potenziati dalla sua partecipazione attiva alla terapia e dalla sua capacità di continuare a metterle in pratica oltre la terapia. Un elemento chiave dello sviluppo di competenze è quello di scomporre il comportamento in segmenti. Ciò è essenziale laddove sia necessario apprendere nuove forme di comportamento perché la maggior parte sono radicate o vengono messe in pratica senza che la persona sappia veramente cosa sta facendo. Tra le competenze da sviluppare citiamo: la capacità di risoluzione dei problemi, la capacità di astenersi dal bere, abilità assertive, abilità comunicative, di rilassamento e di gestione dello stress.

Autocontrollo comportamentale. L'autocontrollo comportamentale è un intervento di trattamento cognitivo-comportamentale. Lo sviluppo di autocontrollo comportamentale comprende una serie di strategie come: monitorarsi autonomamente; porsi limiti di consumo d'alcol; controllare il ritmo del consumo; identificare le situazioni di consumo problematico; e gratificarsi per essere riusciti a limitare il consumo.

I materiali di auto-aiuto. Sin dagli anni '70 i materiali di auto-aiuto sono a disposizione degli individui che desiderino modificare il loro consumo problematico di alcol (Finfgeld 2000). I materiali di auto-aiuto possono essere usati sia insieme ad altri trattamenti che come intervento indipendente. Esistono per i bevitori che desiderino interrompere o diminuire il loro consumo di alcol vari manuali di auto-aiuto, da usare senza il supporto di operatori professionali (Ryder et al. 1995; Sanchez Craig 1993) ed è stata provata l'associazione dell'uso di simili manuali con una marcata diminuzione del consumo d'alcol (Spivak et al. 1994; Sitharthan et al. 1996). I manuali di auto-aiuto sono considerati come un'importante aggiunta agli interventi di trattamento, poiché riescono a raggiungere una porzione della popolazione che resta solitamente esclusa dal trattamento. L'uso di materiali di auto-aiuto è adatto soprattutto ai bevitori esposti a danno piuttosto che agli alcolodipendenti. I libri di auto-aiuto possono essere utilizzati in concomitanza con l'intervento professionale, poiché potenziano i messaggi dati durante l'intervento più formale "faccia-a-faccia".

Le strategie psicosociali di prevenzione delle ricadute sono efficaci nella riduzione del consumo di alcol e della gravità delle ricadute, nonché nel migliorare le attitudini psicosociali. La prevenzione delle ricadute funziona bene in diverse strutture di trattamento, in combinazione con differenti tipi di trattamento, in gruppo oppure in sedute individuali. La durata e l'intensità ottimale della prevenzione della ricaduta non è chiara e può variare da paziente a paziente, con problemi e necessità differenti. Poiché la ricaduta è uno dei problemi più importanti per chi cerca di superare una dipendenza, rivolgersi direttamente al problema è un aspetto essenziale del trattamento nonché uno di quelli che pongono

maggiori difficoltà nel campo delle dipendenze da droghe e alcol. Una notevole frequenza di ricadute, circa il 60%, si registra durante il primo anno successivo al trattamento, e viene definita un ritorno al consumo problematico (Connors et al. 1996). La prevenzione delle ricadute è finalizzata a mantenere l'astinenza e il consumo di piccole quantità sul lungo periodo, nonché a diminuire la gravità delle ricadute quando si presentano. Il modello concettuale della prevenzione delle ricadute considera la ricaduta come parte naturale del processo di cambiamento: le "scivolate" e le ricadute sono viste come opportunità per il paziente di comprendere il proprio comportamento e di sviluppare nuove competenze per affrontare le situazioni ad alto rischio (Parks et al. 2001). Tradizionalmente la prevenzione delle ricadute si rifà all'apposito modello elaborato da Marlatt et al (Marlatt & Gordon 1985), che comprende una serie di approcci cognitivi e comportamentali diversi, strutturati per ogni singola fase del processo di ricaduta. Tali approcci comprendono specifiche strategie di intervento focalizzate sulle cause immediate delle ricadute, come anche strategie di autocontrollo imperniate sugli antecedenti nascosti delle ricadute (Larimer & Marlatt 1999). Sia le strategie specifiche che quelle globali rientrano in tre categorie generali: sviluppo di abilità, ristrutturazione cognitiva e bilancio degli stili di vita. Queste strategie sono pensate per affrontare le ricadute e coinvolgono lo sviluppo di abilità di *coping*, il mettere in discussione le aspettative di risultati positivi associate al consumo di alcol, e come fronteggiare le ricadute. Un'efficace prevenzione delle ricadute richiede anche attenzione ai fattori di lunga durata che agiscono sulle ricadute.

Psicoterapia

La psicoterapia può rappresentare un approccio particolarmente difficile nel caso di pazienti che hanno problemi legati all'uso di alcol in modalità attiva o nel primo periodo di astinenza, e i dati provenienti da studi controllati indicano che spesso non è particolarmente efficace. Tuttavia, risulta esserlo per determinati pazienti, a seconda delle caratteristiche di personalità, delle diverse tecniche applicate, e può risultare utile per consolidare un raggiunto stato di sobrietà come indicato nella Tabella 9.1 (Griffith et al., 2000).

9.5. Efficacia dei trattamenti non farmacologici

Riguardo ai possibili trattamenti dei danni causati da un uso rischioso e dannoso di alcol, lo studio di Mesa Grande consiste in una rassegna sistematica e aggiornata sull'efficacia di diversi trattamenti, e riassume i dati dopo aver valutato i risultati delle ricerche in base al loro punteggio qualitativo-metodologico; quanto maggiore il punteggio, tanto migliore la qualità dello studio. I giudizi di valore sugli studi risultano da un punteggio logico assegnato ad ogni modalità di trattamento. Viene assegnato un punteggio logico positivo quando la struttura di uno studio permette un'inferenza forte per uno specifico effetto (ad es. il confronto del campione in trattamento con un gruppo di controllo non trattato) e quando un eventuale effetto benefico si riflette in una differenza statisticamente significativa. Viene assegnato un punteggio logico negativo quando uno studio ha alla base una struttura logica per cui si può mostrare chiaramente un effetto del trattamento solo se esso è presente (ad es. il confronto con un gruppo non in trattamento o placebo).

La Tabella 9.1., (tratta dallo studio di Mesa Grande I), classifica l'efficacia di 48 differenti modalità di trattamento (Miller & Wilbourne 2002). Il punteggio totale CES (Cumulative Evidence Score) risulta dalla somma di tutti i punteggi qua-

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

litativo-metodologici moltiplicati per i punteggi logici dei risultati di tutti gli studi, in cui le prove positive aggiungono punti e quelle negative li sottraggono dal totale. Le modalità di trattamento sono elencate nella Tabella 9.1., classificate in base al CES.

Tabella 9.1. Efficacia dei trattamenti sul consumo rischioso e dannoso di alcol

Modalità di trattamento	CES	N	Modalità di trattamento	CES	N
1. Intervento breve	390	34	27. Psicoterapia di gruppo	-34	3
2. Potenziamento motivazionale	189	18	28. Analisi funzionale	-36	3
3. Agonisti del GABA (acamprosato)	116	5	29. Prevenzione delle ricadute	-38	22
4. Potenziamento della comunità	110	7	30. Monitoraggio autonomo	-39	6
5. Manuale di auto-aiuto (biblioterapia)	110	17	31. Ipnosi	-41	4
6. Antagonisti degli oppiacei (ad es. naltrexone)	100	6	32. Medicazione psichedelica	-44	8
7. Autocontrollo comportamentale	85	31	33. Antidipsotropico - Calcio carbimide	-52	3
8. Impegno comportamentale	64	5	34. Attenzione placebo	-59	3
9. Sviluppo di competenze sociali	57	20	35. Agonista della serotonina	-68	3
10. Terapia coniugale-comportamentale	44	9	36. Trattamento "usuale"	-78	15
11. Terapia di avversione, Nausea	36	6	37. Twelve Step Facilitation	-82	6
12. Gestione delle situazioni	33	5	38. Alcolisti anonimi	-94	7
13. Terapia cognitiva	21	10	39. Medicazione ansiolitica	-98	15
14. Terapia di avversione, Sensibilizzazione	18	8	40. Terapia ambientale	-102	14
15. Terapia di avversione, Apnea	18	3	41. Antidipsotropico - Metronidazolo	-103	11
16. Terapia familiare	15	4	42. Medicazione antidepressiva	-104	6
17. Agopuntura	14	3	43. Autovalutazione per mezzo di registrazione video	-108	8
18. Terapia centrata sul cliente	5	8	44. Tecniche di rilassamento	-152	18
19. Terapia di avversione, Elettrica	-1	18	45. Counselling confrontazionale	-183	12
20. Esercizi	-3	3	46. Psicoterapia	-207	19
21. Gestione dello stress	-4	3	47. Counselling generico sull'alcoldipendenza	-284	23
22. Antidipsotropico - Disulfiram	-6	27	48. Educazione (nastri, letture, filmati)	-443	39
23. Antidepressivi - SSRI	-16	15			
24. Problem solving	-26	4			
25. Litio	-32	7			
26. Terapia di coppia - non comportamentale	-33	8			

CES = Cumulative Evidence Score (punteggio totale dei risultati)

N = numero totale degli studi che valutano questa modalità di trattamento.

Fonte: Miller & Wilbourne 2002.

Come è stato dimostrato nel capitolo 6, gli interventi brevi sono in testa alla lista delle metodologie di trattamento basate sulle evidenze, nonostante gli approcci brevi motivazionali formino una categoria separata. Gli alti valori di CES riportati da queste due categorie rispecchiano un numero relativamente ampio di studi con un'alta percentuale di risultati positivi. Oltre che per il gran numero di studi condotti, il CES viene ulteriormente rafforzato dal fatto che gli interventi brevi sono spesso confrontati con un gruppo di controllo (non trattato). Poiché gli interventi brevi sono spesso testati su persone che non cercano aiuto per i loro problemi alcol-correlati (ad es. identificati nelle strutture sanitarie come bevitori a rischio), il CES diminuisce quando vengono considerati solo gli studi su campioni in cerca di aiuto.

Gli approcci comportamentali di sviluppo di competenze sociali dominano la restante parte dei primi dieci metodi di trattamento supportati da studi clinici controllati. Tre di questi prestano particolare attenzione alla rete sociale di supporto al paziente: lo sviluppo di competenze sociali, l'approccio di potenziamento della comunità e la terapia coniugale-comportamentale. Due componenti comuni specifiche della terapia comportamentale, l'impegno comportamentale e, l'autocontrollo comportamentale compaiono anch'esse tra i primi dieci classificati.

La lista dei metodi di trattamento dotati di maggiore supporto si concentra su alcuni temi generali che possono caratterizzare gli approcci comportamentali più efficaci. Viene dato molto risalto all'abilità individuale di interrompere o ridurre il consumo di alcol. Talvolta ciò viene fatto insegnando abilità di autocontrollo, talvolta incoraggiando la persona a utilizzare le sue risorse naturali. Viene messa in risalto anche la motivazione del paziente al cambiamento, sia il potenziamento della motivazione intrinseca, che l'impegno specifico comportamentale o la riorganizzazione delle contingenze sociali che possano favorire il cambiamento. L'attenzione al contesto sociale della persona e al sistema di supporto è evidente in molti degli approcci mostrandoci un maggior supporto.

Tra i trattamenti inefficaci si citano quelli orientati a educare, confrontare, spaventare o autoanalizzarsi alla ricerca della natura e delle cause dell'alcoldipendenza, le tecniche di rilassamento, la terapia ambientale e la frequenza obbligatoria alle riunioni degli Alcolisti Anonimi, la psicoterapia, insieme al counseling generico ed a trattamenti "usuali" non meglio specificati. Gli autori dello studio esplicitano comunque che gli studi inseriti nella rassegna erano esclusivamente di tipo caso-controllo, pertanto la non efficacia dei trattamenti psicosociali, come la frequenza ai gruppi di auto-aiuto, risente della mancanza di studi caso-controllo.

9.6. I trattamenti farmacologici per l'alcoldipendenza

Come indicato nella Tabella 9.1., sia l'acamprosato (agonista del GABA) che il naltrexone (antagonista degli oppiacei) hanno dimostrato di migliorare il risultato degli interventi. Per i pazienti motivati ad assumere la terapia, essi sono entrambi possibili strumenti per la prevenzione delle ricadute per quanto riguarda il consumo massiccio o l'alcoldipendenza. Ad alcuni la terapia offre un cruciale periodo di sobrietà, durante il quale il paziente può apprendere a vive-

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

re senza l'alcol e quindi a rispettare l'astinenza senza l'aiuto della terapia. Si ritiene che l'acamprosato riduca il consumo controllando la funzione del glutammato cerebrale che prende parte ai sintomi di astinenza e alle ricadute, innescate da segni lasciati da precedenti esperienze di crisi di astinenza. Il naltrexone è un farmaco che agendo sul forte desiderio di bere, riduce la probabilità di ricadute; agisce sui recettori degli oppiacei e può essere efficace nella riduzione di alcuni aspetti degli effetti euforici dell'alcol.

L'acamprosato è moderatamente efficace come terapia aggiuntiva per la riduzione del rischio di ricadute a breve termine così come terapia aggiuntiva a lungo termine (fino a due anni). L'assunzione di acamprosato può iniziare durante la crisi di astinenza, qualora non si osservino interazioni con altri trattamenti dell'astinenza. La terapia a base di acamprosato dovrebbe iniziare entro una settimana dalla fine della crisi di astinenza. I pazienti che abbiano ricevuto trattamenti comprendenti strategie volte ad aumentare la *compliance* presentano risultati migliori.

Il naltrexone come terapia aggiuntiva è moderatamente efficace nel ridurre a breve termine il rischio di ricadute e il consumo di alcol. Il naltrexone potrebbe essere più efficace nella prevenzione delle ricadute di consumo massiccio o problematico piuttosto che nel rispettare l'astinenza dall'alcol. Se mirato ad agire sul forte ed irrefrenabile desiderio di bere, può essere di qualche utilità nella riduzione del rischio di ricadute. In combinazione con il naltrexone, la terapia di sviluppo di abilità di *coping* sembra essere più efficace della terapia di supporto all'astinenza nel ridurre il rischio di ricadute e il consumo di alcol. La terapia delle abilità di *coping* può aiutare i pazienti ad affrontare le ricadute. Ad ogni modo la terapia di supporto con il naltrexone può dare maggiori frutti in termini di astinenza.

Attualmente non è a disposizione una quantità sufficiente di dati sulla base dei quali scegliere tra acamprosato e naltrexone.

9.7. Ad ogni paziente il suo trattamento

In un rapporto del 1990 l'Istituto di Medicina dell'Accademia Nazionale delle Scienze degli Stati Uniti sostenne fortemente la necessità di adeguare le ricerche e calibrare i trattamenti sui singoli pazienti (Institute of Medicine 1990). Sebbene non siano stati condotti degli studi sugli effetti dell'adeguamento al paziente per i campioni di popolazione con consumo rischioso e dannoso di alcol che non erano in cerca di aiuto nelle strutture sanitarie primarie, il progetto MATCH è stato strutturato per mettere alla prova la tesi generale secondo cui, nelle strutture specializzate sull'alcoldipendenza, adeguare i trattamenti ai pazienti ne migliorerebbe i risultati, e in particolare per provare alcuni specifici effetti dell'adeguamento ipotizzati sulla base di risultati precedenti sull'adeguamento (Project MATCH Research Group 1993). La ricerca ha riguardato tre trattamenti individuali che differivano notevolmente per filosofia e pratica: (1) una serie di 12 sedute di Twelve-Step Facilitation Therapy (TSF) pensata per aiutare i pazienti a impegnarsi negli Alcolisti Anonimi; (2) una serie di 12 sedute di terapia cognitivo-comportamentale (CBT) pensata per elicitarne nei pazienti alcune abilità di *coping* per prevenire le ricadute; e (3) una terapia di

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

aumento della motivazione (MET) pensata per aumentare la motivazione e la disponibilità al cambiamento, consistente in quattro sedute in un arco di 12 settimane.

Un totale di 1726 individui, molto differenti tra loro per caratteristiche personali e gravità del problema con l'alcol, è stato assegnato casualmente ai tre trattamenti in nove diverse comunità degli Stati Uniti. I tre trattamenti sono stati testati in studi paralleli in due modalità di assistenza: pazienti ambulatoriali e in centri di riabilitazione.

I pazienti reclutati furono 952 ambulatoriali (il 72% maschi) e 774 in centri di riabilitazione (l'80% maschi). Da precedenti ricerche furono derivate delle specifiche ipotesi aprioristiche per prevedere quali individui avrebbero risposto meglio a questi tre trattamenti. Sono state esaminate le seguenti caratteristiche dei pazienti: la gravità dell'abitudine all'alcol, il deficit cognitivo, il livello concettuale, il sesso, la ricerca di un significato nelle cose, la disponibilità al cambiamento, la gravità della situazione psicologica, l'apporto dato al consumo dal contesto sociale, la sociopatia, la classe tipologica (tipo A, tipo B), la dipendenza dall'alcol, la rabbia, la personalità asociale, l'asserzione di autonomia, la diagnosi psichiatrica, un'eventuale precedente partecipazione ai gruppi degli Alcolisti Anonimi, la religiosità, l'autoefficacia e la funzione sociale. Le valutazioni dei risultati sono state fatte a intervalli di 3 mesi durante i primi 15 mesi di *follow-up* in ognuna delle località scelte. In aggiunta, nei cinque luoghi di studio dei pazienti ambulatoriali sono stati portati a termine *follow-up* di 39 mesi.

In tutte e tre le condizioni di trattamento i pazienti hanno mostrato un sensibile miglioramento, non solo delle quantità del consumo ma anche in molte altre sfere della vita (Project MATCH Research Group 1997a). La frequenza del consumo è diminuita di quattro volte, passando da circa 25 occasioni (giorni) di consumo al mese prima del trattamento a meno di 6 dopo il trattamento. La quantità del consumo è diminuita di cinque volte, passando da circa 15 bicchieri al giorno prima del trattamento a circa 3 bicchieri dopo il trattamento. I pazienti hanno mostrato una significativa riduzione della depressione, dei problemi alcol-correlati e nell'uso di altre droghe, nonché un miglioramento della funzionalità del fegato. I miglioramenti ottenuti durante il trattamento sono stati mantenuti nel corso dei 12 mesi successivi al termine del trattamento stesso. Un *follow-up* di 39 mesi sul campione di pazienti ambulatoriali delle 5 sedi ha indicato un mantenimento prolungato di questi alti tassi di astinenza (Project MATCH Research Group 1998).

L'obiettivo centrale del Progetto MATCH era quello di determinare se adattare o calibrare il trattamento sui pazienti avrebbe migliorato i risultati. Per le prime 10 variabili da calibrare, ad ogni modo, soltanto una previsione a priori è stata confermata (i pazienti ambulatoriali senza o con pochi problemi psicologici hanno avuto più giorni di astinenza nell'arco della maggior parte dell'anno successivo al trattamento se avevano ricevuto un trattamento di Twelve-step Facilitation piuttosto che una terapia cognitiva-comportamentale) e sono state registrate relativamente poche differenze nei risultati tra i tre diversi trattamenti disegnati invece per differire notevolmente sia per la filosofia che per le

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

procedure (Project MATCH Research Group 1997a). I risultati hanno suggerito che, contrariamente a quanto si riteneva, trattare i pazienti in terapia individuale, almeno quella basata sulle caratteristiche e sui trattamenti studiati nel Progetto MATCH, non è un requisito necessario al successo terapeutico.

Una delle ragioni avanzate per spiegare perché il Progetto MATCH, probabilmente uno degli studi psicoterapeutici più grandi e statisticamente parlando più potenti mai condotti, non è riuscito a confermare l'ipotesi che i risultati dei trattamenti potessero essere migliorati adeguando ai pazienti diversi tipi di trattamento, è che l'intervento più forte è stata la ricerca in sé e per sé (Stockwell 1999). È ragionevole pensare che, per un problema che ritorna cronicamente come l'alcoldipendenza, un piccolo numero di sedute terapeutiche su di un arco di 12 settimane avranno un minore impatto a lungo termine sul consumo rispetto a interventi e *follow-up* ripetuti nel tempo nell'arco di un periodo di 3 anni. Molti degli ingredienti di ciò che si considera un intervento motivazionale efficace sono contenuti nelle interviste di ricerca, ad esempio il concentrarsi – in modo non giudicatorio – sulle modalità recenti del consumo e sui danni correlati, e la speranza che ciò si ripeta per un lungo periodo di tempo. È stato dedicato un tempo di contatto leggermente maggiore (5 ore) alle valutazioni in *follow-up* nei 3 anni dello studio rispetto a quanto ne sia stato dedicato in uno dei trattamenti, la terapia di aumento della motivazione - MET (Project MATCH Research Group 1997b). Se la valutazione produce un beneficio terapeutico, esso riduce notevolmente la possibilità di trovare efficacia nell'adeguamento delle terapie semplicemente perché tutti i gruppi in trattamento hanno ricevuto identiche quantità di incontri di valutazione in *follow-up*.

Sebbene i dati non indichino che alcuni pazienti rispondono meglio ad alcuni interventi di trattamento, in pratica i medici adeguano le terapie ai pazienti. Spesso i medici usano criteri come la gravità della dipendenza, la presenza di concomitanti patologie o di altri problemi come quelli coniugali o la mancanza di supporto sociale, per assegnare i pazienti ai trattamenti. Così facendo i medici si assicurano che i trattamenti offerti tengano conto dei fattori associati al problema alcol (Mattson 1994). Il medico può inoltre decidere insieme al paziente la modalità di trattamento da scegliere. Si pensa che, se il paziente contribuisce alla decisione sul trattamento da ricevere, sarà più probabile che partecipi più convinto al trattamento stesso. In questa situazione il medico descrive i trattamenti disponibili e che meglio potrebbero affrontare i vari deficit o problemi riscontrati in associazione con il consumo d'alcol del paziente, ed il paziente e il medico si accordano sul trattamento che sembra essere il più appropriato.

9.8. Qual è il ruolo dell'assistenza primaria nella gestione dell'alcoldipendenza?

Alcune persone affette da alcoldipendenza riescono a migliorare il proprio stato di salute da sole, e non tutte, anche se molte, necessitano di un trattamento specialistico (Dawson et al. 2005) (si veda il capitolo 3). Le persone alcol dipendenti possono essere trattate nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria, qualora accettino di astenersi pur ritenendo di non essere dipendenti dall'alcol; se rifiutano di essere inviati a un centro specializzato; e se non presentano

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

gravi complicazioni psichiatriche, sociali o mediche. Le persone con alcoldipendenza dovrebbero essere inviate al trattamento specialistico quando vi siano stati precedentemente dei tentativi di trattamento; quando presentino gravi complicazioni o rischi di crisi di astinenza moderate o gravi; quando vi sia compresenza di patologie fisiche e psichiatriche; e quando il trattamento non possa essere gestito dall'*équipe* sanitaria di base.

Non è chiaro quale sia il miglior modello di relazione tra assistenza primaria e servizi specialistici. Negli Stati Uniti sembra che l'assistenza primaria integrata e il trattamento specifico per le dipendenze diano risultati migliori quando i due servizi sono separati (Weisner et al. 2001; Samet et al. 2001). Il *follow-up* può ridurre il rischio di ricadute (Hilton et al. 2001; Stout et al. 1999), e pertanto sembra essere particolarmente importante per il medico di medicina generale mantenersi a lungo in contatto con i pazienti trattati per alcoldipendenza che non siano più in terapia presso centri specialistici.

Bibliografia

Allaway, S.L., Ritchie, C.D., Robinson, D., Seear, T., Reznek, R., Fry, I.K. & Thompson, G.R. (1988) Detection of alcohol-induced fatty liver by computerized tomography. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 81: 149-151.

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

Anton, R.F., Moak, D.H. & Latham, P. (1996) Carbohydrate-deficient transferrin as an indicator of drinking status during a treatment outcome study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 20: 841-846.

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 WHO/MSD/MSB/01.6a.

Babor, T.F., Weill, J., Treffardier, M. and Benard, J.Y. (1985) Detection and diagnosis of alcohol dependence using the Le Go grid method. In: Chang, N. (Ed.) *Early identification of alcohol abuse*. NIAAA Research Monograph 17, DHHS Pub. No. (ADM) 85-1258, Washington, D.C. USGPO, 321-338.

Barry, K.L., Fleming, M.F. (1993) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the SMAST-13: predictive validity in a rural primary care sample. *Alcohol Alcohol*, 28: 33-42.

Brenner, H., Rothenbacher, D., Arndt, V., Schuberth, S., Fraisse, E. & Fliedner, T. (1997) Distribution, determinants and prognostic value for all-cause mortality of gamma-glutamyltransferase in a cohort of construction workers from Southern Germany. *Preventive Medicine*, 26: 305-310.

Carroll, K. (2001) Constrained, confounded and confused: why we really know so little about therapists in treatment outcome research. *Addiction*, 96: 203-206.

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

Ceccanti, M., Patussi, V., a cura di, (1995), *Atti della Consensus Conference sull'Alcol*, Scientific Press, Firenze

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

Connors, G., Maisto, S., & Zywiak, W. (1996) Understanding relapse in the broader context of post treatment functioning. *Addiction*, 91 (Supplement): S173-S190.

Crits-Christoph, P. (1991) Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1 (2): 81-91.

Dawson, D.A., Grant, B.F., Stinson, F.S., Chou, P.S., Huang, B. & Ruan, W.J. (2005) Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001.2002. *Addiction*, 100: 281-292.

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.

Eggers, V., Tio, J., Neumann, T., Pragst, F., Muller, C., Schmidt, L.G., Kox, W. J. & Spies, C. D. (2002) Blood alcohol concentration for monitoring ethanol treatment to prevent alcohol withdrawal in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 28: 1475-1482.

Finfgeld, D. (2000) Use of self-help manuals to treat problem drinkers. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 38 (4): 20-7.

Finney, J. & Moos, R. (2002) Psychosocial treatments for alcohol use disorders, in *A guide to treatments that work*, P. Nathan, Gorman J.M., Editor. Oxford University Press: London, England, 157-168.

Fiorentine, R., Nakashima, J., & Anglin, D. (1999) Client engagement in drug treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17 (3): 199-206.

Foy, A., Kay, J., & Taylor, A. (1997) The course of alcohol withdrawal in a general hospital. *Quarterly Journal of Medicine*, 90: 253-271.

Freer, D.E. & Statland, B.E. (1977) Effects of ethanol (0.75 g/kg body weight) on the activities of selected enzymes in sera of healthy young adults: 2. Interindividual variations in response of gamma-glutamyltransferase to repeated ethanol challenges. *Clinical Chemistry*, 23: 2099-2102.

Gessa, G.L., Colombo, G., Agabio, R., (2002) Farmacoterapia dell'alcolismo, in *La Farmacoterapia nell'era della evidence based medicine*, a cura di S. Govoni, ed Selecta Medica, Pavia

Griffith, E., Marshall, E.J., Cook, C.C., (2000) Diagnosi e trattamento dell'alcolismo., Raffaello Cortina ed., Milano

Halmesmaki, E., Autti, I., Granstrom, M.L., Heikinheimo, M., Raivio, K.O. & Ylikorkala, O. (1986) a-Fetoprotein, human placental lactogen, and pregnancy-specific b1- glycoprotein in pregnant women who drink: relation to fetal alcohol syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 155: 598-601.

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

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.

Hazelett, S.E., Liebelt, R.A., Brown, W.J., Androulakakis, V., Jarjoura, D. & Truitt, E.B.Jr (1998) Evaluation of acetaldehyde- modified hemoglobin and other markers of chronic heavy alcohol use: effects of gender and hemoglobin concentration. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22: 1813-1819.

Helander, A. & Eriksson, C.J.P. (2002) Laboratory tests for acute alcohol consumption: results of the WHO/ISBRA study on state and trait markers of alcohol use and dependence. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26: 1070-1077.

Helander, A. (2001) Biological markers of alcohol use and abuse In: Agarwal, D.P. & Seitz, H.K., eds. *Alcohol in Health and Disease*, Chapter 9, pp. 177-206. New York: Marcel Dekker Inc.

Hilton, M.E., Maisto, S.A., Conigliaro, J., McNeil, M., Kraemer, K., Kelley, M.E., et al. (2001) Improving alcoholism treatment across the spectrum of services. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 25(1): 128-35.

Hood, B., Kjellstrom, T., Ruter, G. & Kristenson, H. (1990) [Serum cholesterol, serum triglyceride, alcohol, myocardial infarction and death (2): necessary to pay attention to serum GT in assessment of risks of myocardial infarction and death]. *Lakartidningen*, 87: 3295-3298.

Institute of Medicine (1990) *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington, DC: National Academy Press.

Irwin, M., Baird, S., Smith, T.L. & Schuckit, M. (1988) Use of laboratory tests to monitor heavy drinking by alcoholic men discharged from a treatment program. *American Journal of Psychiatry*, 145: 595-599.

Isaacson, J.H., Butler, R., Zacharek, M., Tzelepis, A. (1994) Screening with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in an inner-city population. *J Gen Intern Med.*, 9: 550-553.

Joe, G., Simpson, D., Greener, J., & Rowan-Szal, G. (1999) Integrative modeling of client engagement and outcomes during the first 6 months of methadone treatment. *Addictive Behaviors*, 24 (5): 649-659.

Jones, A.W. (1994) Are a blood alcohol concentration of 256 mg/dl and minimal signs of impairment reliable indications of alcohol dependence? *Medicine, Science and the Law*, 34: 265-270.

Jousilahti, P., Rastenyte, D. & Tuomilehto, J. (2000) Serum gamma-glutamyl transferase, self-reported alcohol drinking, and the risk of stroke. *Stroke*, 31: 1851-1855.

Kristenson, H. (1987) Methods of intervention to modify drinking patterns in heavy drinkers. In: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism*, 403-423. New York: Plenum Publishing.

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

- Kristenson, H., Öhlin, H., Hulter-Nosslin, M.S., Trelle, E. & Hood, B. (1983) Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: results and follow-up of 24. 60 months of long-term study with randomised controls. *Alcoholism*, 7: 203-209.
- Kyle, U.G., Genton, L., Slosman, D.O. & Pichard, C. (2001) Fatfree and fat mass percentiles in 5225 healthy subjects aged 15.98 years. *Nutrition*, 17.
- Lamy, J., Baglin, M.C., Ferrant, J.P. & Weill, J. (1974) Decrease in serum gamma-glutamyltranspeptidase following abstinence from alcohol. *Clinica Chimica Acta*, 56: 169-173.
- Larimer, M.E., Palmer, R.S., Marlatt, G.A. (1999) Relapse Prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research and Health*, 23 (2): 151-160.
- Lee, D.H., Ha, M.H., Kim, J.R., Gross, M. & Jacobs, D.R.J. (2002) Gamma-glutamyltransferase, alcohol, and blood pressure. A four year follow-up study. *Annals of Epidemiology*, 12: 90-96.
- Lin, R.C., Shahidi, S., Kelly, T.J., Lumeng, C. & Lumeng, L. (1993) Measurement of hemoglobin. acetaldehyde adduct in alcoholic patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17: 669-674.
- Majumdar, S.K., Dias, N. & Aps, E.J. (1991) Relationship between hepatic histology and conventional biochemical liver function test in chronic alcoholic patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 28: 211-214.
- Marlatt, G. & Gordon, J. (1985) *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: The Guildford Press.
- Matsuda, Y., Tsuchishima, M., Ueshima, Y., Takase, S. & Takada, A. (1993) The relationship between the development of alcoholic liver and pancreatic diseases and the induction of gamma glutamyl transferase. *Alcohol and Alcoholism*, 1B: 27-33.
- Mattson, M.E. (1994) Patient-treatment matching. *Alcohol Health and Research World*, 18 (4): 287-295.
- Miller, W. & Wilbourne, P. (2002) Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97: 265-277.
- Miller, W. (1987) Motivation and treatment goals. *Drugs and Society*, 11: 33-151.
- Miller, W. (1995) Increasing Motivation for Change, in *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, R.K. Hester, W.R. Miller, Editors. Allyn & Bacon: Boston.
- Miller, W., Benefield, R., & Tonigan, J. (1993) Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 455-461.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991) *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2004) *Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento*. Edizioni Erikson.

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002) *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.

Miura, K., Nakagawa, H., Nakamura, H., Tabata, M., Nagase, H., Yoshida, M. & Kawano, S. (1994) Serum gamma-glutamyl transferase level in predicting hypertension among male drinkers. *Journal of Human Hypertension*, 8: 445-449.

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.

Morton, J.L., Jones, T.V., Manganaro, M.A. (1996) Performance of alcoholism screening questionnaires in elderly veterans. *Am J Med.*, 101: 153-159.

Moussavian, S. N., Becker, R.C., Piepmeyer, J.L., Mezey, E. & Bozian, R.C. (1985) Serum gammaglutamyl transpeptidase and chronic alcoholism. Influence of alcohol ingestion and liver disease. *Digestive Diseases and Sciences*, 30: 211-214.

Najavits, L. & Weiss, R. (1994) Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review. *Addiction*, 89: 679-688.

Najavits, L., Crits-Christoph, P., & Dierberger, A. (2000) Clinicians. impact on the quality of substance abuse disorder treatment. *Substance Use and Misuse*, 35 (12-14): 2161-2190.

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

Orrego, H., Blake, J.E. & Israel, Y. (1985) Relationship between gamma-glutamyl transpeptidase and mean urinary alcohol levels in alcoholics while drinking and after alcohol withdrawal. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 9: 10-13.

Parks, G., Anderson, B., & Marlatt, G. (2001a). Relapse prevention therapy, in *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*, N. Heather, T.J. Peters, T. Stockwell, Editors. John Wiley and Sons: West Sussex.

Perry, I.J., Wannamethee, S.G. & Shaper, A.G. (1998) Prospective study of serum gammaglutamyltransferase and risk of NIDDM. *Diabetes Care*, 21: 732-737.

Persson, J. & Magnusson, P.H. (1989) Early intervention in patients with excessive consumption of alcohol: a controlled study. *Alcohol*, 6: 403-408.

Peterson, B., Trelle, E., Kristensson, H., Fex, G., Yettra, M. & Hood, B. (1983) Comparison of gammaglutamyltransferase and other health screening tests in average middle aged males, heavy drinkers and alcohol non-users. *Scandinavian Journal of Laboratory Investigation*, 43: 141-149.

Pol, A., Poynard, T., Bedossa, P., Navear, S., Aubert, A. & Chaput, J.C. (1990) Diagnostic value of serum gammaglutamyl transferase activity and mean corpuscular volume in alcoholic patients with or without cirrhosis. *Alcoholism*, 14: 250-254.

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

Pratt, D.S. & Kaplan, M.M. (2000) Evaluation of abnormal liver-enzyme results in asymptomatic patients. *New England Journal of Medicine*, 342: 1266-1271.

Project MATCH Research Group (1993) Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17: 1130-1145.

Project MATCH Research Group (1997a) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58: 7-29.

Project MATCH Research Group (1997b) Project MATCH secondary a priori hypotheses, *Addiction*, 92: 1671-1698.

Project MATCH Research Group (1998) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22: 1300-1311.

Ritter, A., Bowden, S., Murray, T., Ross, P., Greeley, J., & Pead, J. (2002) The influence of the therapeutic relationship in treatment for alcohol dependency. *Drug & Alcohol Review*, 21: 261-268.

Rokke, P., Tomhave, J., & Jovic, Z. (1999) The role of client choice and target selection in self-management therapy for depression in older adults. *Psychology & Aging*, 14 (1): 155-169.

Rosalki, S. (1984) Identifying the alcoholic. In: Rosalki, S., ed. *Clinical Biochemistry of Alcoholism*, 65-92. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Ryder, D., Lenton, S., Blignault, I., Hopkins, C., & Cooke, A. (1995) *The Drinker's Guide to cutting down or cutting out*. Adelaide: The Drug and Alcohol Services Council.

Samet, J.H., Freidmann, P., Saitz, R. (2001) Benefits of linking primary medical care and substance abuse services: patient, provider and societal perspectives. *Arch Int Med.*, 84: 207-10.

Sanchez-Craig, M. (1990) Brief didactic treatment for alcohol and drug-related problems: an approach based on client choice. *British Journal of Addiction*, 85 (2): 169-177.

Sanchez-Craig, M. (1993) *Saying when: How to quit drinking or cut down*. Toronto: Addiction Research Foundation.

Sarkola, T., Eriksson, C.J., Niemela, O., Sillanaukee, P. & Halmesmaki, E. (2000) Mean cell volume and gammaglutamyl transferase are superior to carbohydrate-deficient transferrin and hemoglobin-acetaldehyde adducts in the follow-up of pregnant women with alcohol abuse. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79: 359-366.

Schmidt, A., Barry, K.L., Fleming, M.F. (1995) Detection of problem drinkers: the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *South Med J.*, 88: 52-59.

Seppa, K., Heinila, K., Sillanaukee, P. & Saarni, M. (1996) Evaluation of macrocytosis by general practitioners. *Journal of Studies on Alcohol*, 57: 97-100.

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

Sillanaukee, P., Seppa, K., Koivula, T., Israel, Y. & Niemala, O. (1992) Acetaldehyde-modified hemoglobin as a marker of alcohol consumption: comparison of two new methods. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, 120: 42-47.

Sitharthan, T., Kavanagh, D., & Sayer, G. (1996) Moderating drinking by correspondence: an evaluation of a new method of intervention. *Addiction*, 91 (3): 345-55.

Spivak, K., Sanchez-Craig, M., & Davila, R. (1994) Assisting problem drinkers to change on their own: effect of specific and non-specific advice. *Addiction*, 89 (9): 1135-1142.

Steinbauer, J.R., Cantor, S.B., Holzer, C.E., Volk, R.J. (1998) Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Ann Intern Med.*, 129: 353-362.

Stockwell, T. (1999) Should a few hours of therapy change behaviour 3 years later? *Addiction*, 94: 50-52.

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. *Addict Behav.*, 24 (1): 17-35.

Sullivan, J.T., Sykora, K., Schneiderman, J., Narajo, C.A., and Sellers, E.M. (1989) Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction*, 84.

Wannamethee, G., Ebrahim, S. & Shaper, A.G. (1995) Gamma-glutamyltransferase: determinants and association with mortality from ischemic heart disease and all causes. *American Journal of Epidemiology*, 142: 699-708.

Watson, P.E. (1989) Total body water and blood alcohol levels: Updating the fundamentals. In: Crow, K.E. & Batt, R.D., eds. *Human Metabolism of Alcohol*, vol. 1, pp. 41-56. Boca Raton, FL: CRC Press.

Weisner, C., Mewertens, J., Parthasarathy, S., Moore, C., Yun, L. (2001) Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomised controlled trial. *JAMA*, 286: 1715-23.

WHO/ISBRA Study on Biological State and Trait Markers of Alcohol Use and Dependence (1997) Progress Report. WHO/MSA/PSA/97. 11: 1-40.

World Health Organization (2002a) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) for measuring alcohol dependence
http://www3.who.int/cidi/cidi-sf__12-03-02.pdf

World Health Organization (2002b) Scoring the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) for measuring alcohol dependence

<http://www3.who.int/cidi/CIDISFScoringMemo12-03-02.pdf>

Wu, A., Slavin, G. & Levi, A.J. (1976) Elevated serum gamma-glutamyl-transferase (transpeptidase) and histological liver damage in alcoholism. *American Journal of Gastroenterology*, 65: 318-323.

9. Valutazione dei danni alcolcorrelati e dell'alcoldipendenza

Yamada, Y., Ishizaki, M., Kido, T., Honda, R., Tsuritani, I., Ikai, E. & Yamaya, H. (1991) Alcohol, high blood pressure, and serum gamma-glutamyl transpeptidase level. *Hypertension*, 18: 819-826.

Yamada, Y., Ishizaki, M., Kido, T., Honda, R., Tsuritani, I., Nogawa, K. & Yamaya, H. (1989) Relationship between serum gamma-glutamyl transpeptidase activity, blood pressure and alcohol consumption. *Journal of Human Hypertension*, 3: 409-417.

Yost, D. (1996) Alcohol Withdrawal Syndrome. *American Family Physician*, 54 (2): 657-659.

Appendice

Perché offrire programmi di identificazione e intervento breve?

Esistono molte forme di consumo di alcol che possono produrre un rischio o un danno sostanziale all'individuo. Tra di esse un alto livello di consumo quotidiano, frequenti occasioni di consumo episodico eccessivo (*binge drinking*), il consumo che crea un effettivo danno fisico o mentale e il consumo che provoca una dipendenza da alcol. Il *consumo a rischio* è una modalità di consumo di alcol che aumenta il rischio di conseguenze dannose per il bevitore o per gli altri. Il *consumo dannoso* riguarda quello che produce conseguenze sulla salute fisica e mentale. L'*alcoldipendenza* è un insieme di fenomeni comportamentali, cognitivi e fisiologici che possono verificarsi a seguito di un ripetuto consumo d'alcol. I rischi correlati all'alcol sono collegati alle modalità e alla quantità del consumo (si veda il capitolo 4). Mentre le persone affette da alcoldipendenza sono più esposte a danni gravi, la maggior parte dei danni alcol-correlati colpisce le persone *non* alcoldipendenti, che sono un numero vastissimo. Perciò l'identificazione dei bevitori con vari tipi e gradi di consumo a rischio ha in sé un grande potenziale di riduzione di tutti i tipi di danno alcol-correlato.

Di estrema importanza per i programmi di identificazione e intervento breve è il fatto che ridurre o interrompere il consumo di alcol con l'assistenza e l'impegno appropriati, sia più semplice per le persone non alcoldipendenti che per quelle dipendenti. Una volta che la dipendenza si è instaurata, fermare il consumo di alcol è più difficile e può richiedere un trattamento specialistico. L'identificazione del consumo di alcol tra i pazienti dell'assistenza sanitaria primaria offre l'opportunità di educare i pazienti sui rischi connessi all'uso eccessivo di alcol. Le informazioni sulla quantità e la frequenza del consumo di alcol possono entrare a far parte dello screening e della diagnosi presente del paziente e essere fonte di attivazione per il medico sulla necessità di coinvolgere i pazienti informandoli rispetto al fatto che, il consumo di alcol potrebbe interferire negativamente con i farmaci che assumono o altri aspetti delle terapie cui sono sottoposti.

Identificare il consumo rischioso e dannoso di alcol

Il consumo rischioso e dannoso di alcol può essere identificato in tre modi:

Domande sulla quantità/frequenza (Q/F) chiedono al paziente di riassumere la quantità di alcol che ingeriscono e la frequenza del consumo, sia per determinati intervalli di tempo (ad es. una settimana, o un mese o un anno) che nei termini delle loro modalità 'tipiche' o 'usuali' di consumo, Figura A1.

Appendice

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

Figura A1. Un esempio di questionario Q/F.

Se un paziente afferma di bere 2-3 volte alla settimana e di consumare 5 o 6 bevande alcoliche in un'occasione tipica, la media del consumo è pari a 2.5 per 5.5, ovvero quasi 14 bevande alla settimana.

L'AUDIT-C è composto dalle prime tre domande del test AUDIT, Figura A2. Il punteggio dell'AUDIT-C è facile da calcolare. Il numero presente nella colonna relativa alla risposta scelta dal paziente dovrebbe essere riportato nella colonna apposita all'estrema destra della tabella. Infine è necessario fare la somma di tutti i punteggi riportati e registrarla nel riquadro intitolato "Totale".

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	
3. Con quale frequenza consuma sei o più bevande alcoliche in una sola occasione?	Mai	Meno di una volta al mese	Una volta al mese	Una volta alla settimana	Una volta al giorno o quasi	
Totale						

Figura A2. L'AUDIT-C.

L'AUDIT completo di dieci domande è stato pensato per identificare il consumo a rischio e dannoso di alcol nelle strutture sanitarie primarie, Figura A3. Anche il punteggio dell'AUDIT è semplice da calcolare. È sufficiente riportare nella colonna apposita all'estrema destra il numero presente nella colonna di ogni risposta scelta dal paziente, quindi sommare tutti i punteggi delle risposte e registrarne il totale nell'omonimo riquadro.

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	
3. Con quale frequenza consuma sei o più bevande alcoliche in una sola occasione?	Mai	Meno di una volta al mese	Una volta al mese	Una volta alla settimana	Una volta al giorno o quasi	
4. Quante volte nell'ultimo anno ha scoperto di non essere in grado di smettere di bere una volta iniziato?	Mai	Meno di una volta al mese	Una volta al mese	Una volta alla settimana	Una volta al giorno o quasi	
5. Quante volte nell'ultimo anno, a causa dell'alcol assunto, non è riuscito a fare ciò che normalmente ci si aspettava da lei?	Mai	Meno di una volta al mese	Una volta al mese	Una volta alla settimana	Una volta al giorno o quasi	
6. Quante volte nell'ultimo anno ha avuto bisogno di bere di primo mattino per rimettersi in movimento dopo un'occasione di consumo massiccio?	Mai	Meno di una volta al mese	Una volta al mese	Una volta alla settimana	Una volta al giorno o quasi	
7. Quante volte nell'ultimo anno ha avuto sensi di colpa o rimorso dopo aver bevuto?	Mai	Meno di una volta al mese	Una volta al mese	Una volta alla settimana	Una volta al giorno o quasi	
8. Quante volte nell'ultimo anno a causa dell'alcol assunto è stato incapace di ricordare cosa era accaduto la sera avanti?	Mai	Meno di una volta al mese	Una volta al mese	Una volta alla settimana	Una volta al giorno o quasi	
9. Si è mai ferito, o ha ferito qualcun altro, in conseguenza al suo consumo di alcol?	No		Sì, ma non nell'ultimo anno		Sì, durante l'ultimo anno	
10. Un parente, un amico o un medico o un altro operatore sanitario si sono mai interessati al suo consumo d'alcol o le hanno consigliato di ridurlo?	No		Sì, ma non nell'ultimo anno		Sì, durante l'ultimo anno	
					Totale	

Figura A3. L'AUDIT.

In che modo dovrebbero essere somministrati i questionari o gli strumenti di identificazione?

I questionari possono essere sia autosomministrati che inseriti in un colloquio. L'autosomministrazione richiede meno tempo, è semplice da utilizzare, adatta all'uso e al calcolo del punteggio via computer e per produrre risposte più accurate. La compilazione durante l'intervista consente di chiarire le risposte ambigue, può essere utilizzata con pazienti poco alfabetizzati e consente un immediato *feedback* al paziente nonché di attivarsi con un intervento minimo.

Sebbene l'identificazione dei pazienti con consumo rischioso e dannoso di alcol possa avvenire in qualsiasi momento, esistono almeno quattro situazioni in cui si consiglia di intraprendere l'identificazione:

- < durante la registrazione di un nuovo paziente
- < nell'ambito di un intervento di routine
- < prima di prescrivere una terapia che interagisce con l'alcol
- < in risposta a problemi che potrebbero essere alcol correlati.

Livelli di rischio e criteri di intervento

Le risposte ai diversi livelli di rischio sono riassunte nella Tabella A1.

Tabella A1. Le tipologie di interventi sulla base dei livelli di rischio identificati.

Livello di rischio			Intervento	Ruolo dell'assistenza sanitaria primaria
Basso	Consumo di alcol (g/settimana)	<280 g/sett. uomini <140 g/sett. donne	Prevenzione primaria	Educazione sanitaria, supporto, modelli di riferimento
	AUDIT-C	< 5 uomini < 4 donne		
	AUDIT	< 8		
Rischioso*	Consumo di alcol (g/settimana)	280-349 g/sett. uomini 140-209 g/sett. donne	Intervento minimo/breve	Identificazione, valutazione, intervento minimo/breve
	AUDIT-C	≥ 5 uomini ≥ 4 donne		
	AUDIT	8-15		
Dannoso	Consumo di alcol (g/settimana)	≥350 g/sett. uomini ≥ 210 g/sett. donne	Intervento breve e monitoraggio continuo	Identificazione, valutazione, intervento breve, <i>follow-up</i>
	AUDIT	16-19 presenza di danni		
Alto (alcol-dipendenza)	AUDIT	≥ 20 criteri ICD-10	Trattamento specialistico	Identificazione, valutazione, invio a centri specialistici, <i>follow-up</i>

*Qualsiasi consumo di alcol in donne in gravidanza, in ragazzi di età inferiore a 16 anni, nelle persone con patologie o trattamenti con controindicazioni al consumo d'alcol.

Fonte: Anderson (1996).

Per chi è appropriato l'intervento breve?

Anche chi presenta un livello di rischio basso può trarre beneficio da un intervento minimo sul consumo d'alcol. Per la maggior parte delle persone il consumo di alcol varia nel tempo e una persona che beve nel presente a bassi livelli di rischio può aumentare il proprio consumo nel futuro.

Inoltre l'industria pubblicitaria dell'alcol e le storie raccontate dai media sui benefici dell'alcol potrebbero indurre alcuni non bevitori a bere per motivi di salute, e chi beve in modeste quantità ad aumentare il consumo. Perciò poche parole o brevi informazioni scritte sui rischi del bere possono prevenire un consumo rischioso e dannoso in futuro. I pazienti dovrebbero inoltre essere gratificati per le misure di riduzione del rischio che mettono in pratica e dovrebbe essere loro ricordato che, se decidono di bere, dovrebbero mantenersi entro determinati livelli di contenimento del rischio. Una chiara informazione su cosa significhi un bicchiere standard è essenziale per comprendere tali limiti (si veda il capitolo 3). Può essere necessario meno di un minuto per fornire questa informazione e chiedere al paziente se ha eventuali domande da fare.

"Se lei fa uso di alcol, le consiglio di non bere più di due bicchieri al giorno e avere cura di astenersi completamente dal bere almeno per due giorni alla settimana, anche se si tratta di piccole quantità. Spesso è utile fare attenzione al numero dei 'bicchieri standard' che consuma, ricordando che una bottiglia di birra, un bicchiere di vino e una bevanda superalcolica contengono generalmente la stessa quantità d'alcol. Se supera tali livelli aumenta il rischio di incorrere in problemi sanitari alcol-correlati come gli incidenti, le ferite, l'ipertensione, le malattie epatiche, il cancro e le cardiopatie".

A quali persone è adatto l'intervento minimo?

L'intervento minimo è adatto alle persone con livello di consumo 'a rischio', ed è composto dai seguenti cinque elementi:

Comunicare il rischio (Feedback) al paziente il cui consumo di alcol rientri nella categoria 'a rischio'. Si consiglia di stilare un elenco dei danni specifici identificati dall'AUDIT e dai sintomi osservabili sul paziente, mettendo in evidenza la gravità della situazione.

Fornire informazioni sugli specifici rischi e i danni connessi ad un consumo di alcol continuato. **Far sì che il paziente si ponga un obiettivo** per modificare le proprie modalità di consumo d'alcol.

Dare indicazioni sui limiti la maggior parte dei pazienti tende a scegliere come obiettivo quello di ridurre il consumo a bassi livelli di rischio. Quindi è necessario convincerli a portare il loro consumo d'alcol entro tali limiti 'di basso rischio'.

Incoraggiare i bevitori a rischio non alcolodipendenti che possono modificare più facilmente le proprie abitudini. L'operatore sanitario dovrebbe cercare di motivare il paziente riaffermando la necessità di ridurre il rischio e incoraggiando il paziente a iniziare subito.

Le tecniche seguenti contribuiscono all'efficacia dell'intervento minimo:

Atteggiamento empatico e assenza di giudizio Gli operatori sanitari

dovrebbero considerare che i pazienti sono spesso inconsapevoli dei rischi connessi all'alcol e non dovrebbero essere biasimati per la loro ignoranza. Poiché di solito il consumo rischioso non è una condizione permanente bensì una modalità che può riguardare occasionalmente molte persone per un certo periodo di tempo, un operatore dell'assistenza sanitaria dovrebbe comunicare serenità e accettazione alla persona pur considerando le loro abitudini di consumo di alcol, ricordando che i pazienti rispondono meglio a un interessamento sincero e di supporto. L'atteggiamento di condanna può avere l'effetto controproducente di un rifiuto dell'intervento e di colui che lo presta.

Essere autorevoli Gli operatori sanitari hanno una speciale autorità in ragione della loro conoscenza e formazione. Solitamente i pazienti hanno rispetto per il loro valore di esperti. Per sfruttare positivamente tale autorità è bene essere chiari, obiettivi e personali quando si tratta di affermare che il paziente sta oltrepassando i limiti di consumo posti. I pazienti comprendono che un sincero interessamento per la loro salute richiede al medico un intervento autorevole per ridurre o interrompere il consumo d'alcol.

Aggirare le resistenze Talvolta i pazienti non sono pronti a cambiare le loro abitudini. Alcuni possono negare che stanno bevendo troppo e rifiutare ogni consiglio a ridurre il consumo. Per aiutare i pazienti non ancora disposti al cambiamento, è bene avere cura di parlare in modo autorevole evitando un atteggiamento di confronto, termini minacciosi o spregiativi come 'alcolista' e motivando invece il paziente con l'offerta di informazioni e l'espressione di un sincero interessamento. Se i risultati dell'identificazione hanno indicato alti livelli di consumo o un problema alcol-correlato, si consiglia di usare questi dati per chiedere al paziente di spiegare la discrepanza tra quanto affermato in medicina e la sua personale visione della situazione. Il medico sarà allora nella posizione di far comprendere al paziente che la situazione potrebbe non essere buona come crede.

Facilitare Poiché l'obiettivo dell'intervento minimo è quello di facilitare il cambiamento delle abitudini del paziente, è essenziale che il paziente partecipi in prima persona al processo. Non è sufficiente spiegare semplicemente al paziente ciò che deve fare. L'approccio più efficace è piuttosto quello di coinvolgerlo in una decisione comune sul processo da compiere. Ciò significa chiedere le ragioni che lo spingono a bere e discutere i benefici personali di un consumo ridotto o della completa astensione. Di importanza cruciale è il fatto che il paziente sia messo nella condizione di scegliere come obiettivo la riduzione o l'astinenza del consumo d'alcol e, al termine di questa fase, convenire sul fatto che cercherà di raggiungere tale obiettivo.

Follow-up Il *follow-up* periodico di ogni paziente è essenziale a sondare la pratica medica. Poiché i soggetti con consumo a rischio non hanno ancora danni tangibili, il loro *follow-up* può non richiedere servizi d'emergenza o particolarmente costosi. Il *follow-up* dovrebbe comunque essere programmato sulla base del grado di rischio percepito, sincerandosi che il paziente stia facendo progressi rispetto all'obiettivo posto. In caso affermativo, è auspicabile incoraggiarlo ulteriormente. Nel caso contrario, l'operatore sanitario dovrebbe considerare l'opportunità di associare un intervento breve o l'invio ad un centro specialistico per una valutazione diagnostica.

A quali persone si adatta l'intervento breve?

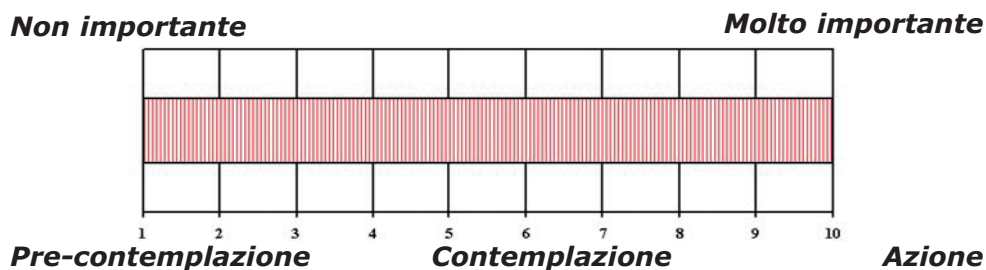
L'intervento breve si adatta a persone con consumo dannoso. L'obiettivo dell'intervento breve è quello di ridurre il rischio dei danni derivanti dal consumo. Dal momento che il paziente può già presentare le conseguenze di danni, l'intervento breve comprende l'obbligo di informare il paziente del fatto che è necessario cambiare il proprio stile di vita legato all'alcol per prevenire malattie alcol-correlate.

L'intervento breve è un processo sistematico e mirato, basato su di una valutazione rapida, sul veloce coinvolgimento del paziente e sull'immediata implementazione di strategie di cambiamento. Differisce dall'intervento minimo in quanto il suo obiettivo è quello di dotare i pazienti di strumenti per modificare il loro atteggiamento di fondo e trattare una grande varietà di problemi sottostanti. Nonostante l'intervento breve utilizzi gli stessi elementi di base dell'intervento minimo, il suo più ampio obiettivo richiede maggiori contenuti e, più tempo rispetto all'intervento minimo. Inoltre gli operatori sanitari coinvolti in questo tipo di intervento trarrebbero beneficio da una formazione specifica sull'ascolto empatico e sul colloquio motivazionale. Come per l'intervento minimo, l'obiettivo dell'intervento breve è di ridurre il rischio dei danni derivanti dal consumo. Poiché il paziente può già presentare danni, sussiste comunque l'obbligo a informare il paziente del fatto che il provvedimento è necessario a prevenire malattie alcol-correlate.

Gli elementi essenziali dell'intervento breve sono tre:

Fornire un intervento minimo Un buon modo di iniziare l'intervento breve è quello di seguire le stesse procedure descritte sopra. In questo caso il paziente viene informato che i risultati dello *screening* indicano un consumo dannoso in atto. È auspicabile elencare il/i danno/i (sia quello identificato dall'AUDIT che quello risultante dai sintomi osservabili sul paziente) e mettere in risalto la gravità della situazione.

Valutare e fornire suggerimenti sullo stadio del cambiamento Gli stadi del cambiamento descrivono il modo in cui le persone considerano, iniziano e mantengono un nuovo stile di vita. I cinque stadi riassunti nel Quadro A1 sono associati ognuno ad un elemento specifico dell'intervento. Uno dei modi più semplici per valutare la disponibilità del paziente al cambiamento circa il proprio consumo di alcol è quello di utilizzare il "righello della disponibilità", in cui il paziente deve indicare su di una scala da 1 a 10 'Quanto è importante per lei modificare la sua abitudine al bere?' (in cui 1 sta per 'Non importante' e 10 per 'Molto importante').



I pazienti con i punteggi più bassi sono in pre-contemplazione, quelli con un punteggio medio (4-6) in contemplazione, e quelli con punteggi più alti dovrebbero essere considerati pronti all'azione. Se il paziente si trova nello stadio pre-contemplativo, l'intervento dovrebbe focalizzarsi piuttosto sul *feedback*, allo scopo di motivare il paziente alla contemplazione e quindi all'azione. Se invece il paziente ha già riflettuto sull'opportunità di attivarsi (contemplazione), è importante enfatizzare i benefici dell'azione, i rischi connessi al rinviare e i primi passi da compiere. Se il paziente è già pronto all'azione, l'operatore sanitario dovrebbe focalizzarsi piuttosto sulla definizione degli obiettivi e sul garantire un impegno da parte del paziente a ridurre il consumo di alcol.

Quadro A1. Gli stadi del cambiamento e gli elementi dell'intervento breve associati

Stadio	Definizione	Elementi dell'intervento breve
Pre-contemplazione	Il bevitore con consumo rischioso e dannoso non considera il cambiamento nel suo prossimo futuro e può non essere consapevole delle conseguenze effettive o potenziali di un prolungato consumo d'alcol	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicare i risultati dello <i>screening</i> • Informare sui rischi legati all'alcol
Contemplazione	Il bevitore può essere consapevole delle conseguenze alcol-correlate ma è indeciso rispetto al cambiamento	<ul style="list-style-type: none"> • Riformulare le affermazioni del soggetto nella direzione del cambiamento • Dare informazioni sui problemi alcol-correlati e sui rischi di un eventuale rinvio del cambiamento. • Facilitare il soggetto nella scelta di obiettivi
Preparazione	Il bevitore ha già deciso di cambiare e progetta il modo per entrare in azione	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitare il soggetto nella scelta di obiettivi • Fornire avvertenze • Accrescere la fiducia del soggetto nella capacità di cambiare
Azione	Il bevitore ha iniziato a ridurre o ha interrotto il proprio consumo, ma il cambiamento non è ancora divenuto una condizione permanente	<ul style="list-style-type: none"> • Reiterare le avvertenze • Accrescere la fiducia del soggetto nella capacità di cambiare
Mantenimento	Il bevitore ha raggiunto un basso consumo o l'astinenza relativamente permanente	<ul style="list-style-type: none"> • Accrescere la fiducia del soggetto nella capacità di cambiare • Rafforzare l'impegno del soggetto al cambiamento

Follow-up Le strategie di mantenimento improntate al supporto, al *feedback* e all'assistenza nella definizione, nel raggiungimento e nel mantenimento di obiettivi realistici dovrebbero essere integrate fin dal principio dell'intervento breve. Si tratterà, tra l'altro, di aiutare il paziente a identificare i fattori scatenanti delle ricadute e le situazioni che potrebbero mettere a rischio la continuità dei progressi. Dal momento che i pazienti trattati con intervento breve hanno già danni alcol-correlati, dopo le sedute, e per un certo periodo di tempo, è essenziale un monitoraggio periodico commisurato al grado di rischio. Se il paziente non risponde all'intervento o manifesta particolari difficoltà nel modificare le proprie abitudini legate al bere, è opportuno pianificare un intervento diverso e potrebbe essere necessario un trattamento specialistico. Qualora un simile trattamento specialistico non sia disponibile potrà essere necessario un monitoraggio ripetuto nel tempo.

Chi destinare ad un intervento per alcoldipendenza?

I pazienti con un punteggio di 20 o più al test AUDIT (ma può accadere anche a punteggio inferiore) necessitano di ulteriori accertamenti diagnostici e di un trattamento specialistico per l'alcoldipendenza. Si dovrebbe ricordare, ad ogni modo, che l'AUDIT non è uno strumento diagnostico per l'alcoldipendenza. Anche persone con un punteggio inferiore a 20 all'AUDIT a cui non si adattino l'intervento minimo e breve, inoltre, dovrebbero essere indirizzate alle cure specialistiche. Tra queste persone possono essere comprese quelle su cui sussista forte sospetto di alcoldipendenza; persone con una storia pregressa di dipendenza da alcol o droghe con un'eventuale terapia precedente e danni epatici; persone con malattie mentali pregresse o attuali; persone che non siano riuscite a raggiungere gli obiettivi che si erano poste nonostante un intervento breve esteso.

Invio a centri specialistici L'obiettivo dovrebbe essere quello di accertarsi che il paziente contatti uno specialista per la diagnosi e, se necessario, un trattamento. Sebbene la maggior parte dei pazienti conosca bene il livello del proprio consumo, molti rifiutano di attivarsi immediatamente per cambiare abitudini. Le ragioni di simili resistenze comprendono la mancata consapevolezza sul fatto che il proprio consumo è problematico; non voler rinunciare ai benefici dell'alcol; non voler ammettere la propria condizione a se stessi e agli altri; e non voler perdere il tempo e le energie necessarie al trattamento. L'efficacia del processo d'invio dipende verisimilmente da una combinazione tra l'autorità dell'operatore sanitario e il grado fino a cui il paziente riesce ad aggirare le proprie resistenze. L'intervento minimo/breve è comunque utile per effettuare l'invio, utilizzando il *feedback*, l'avvertenza, la responsabilità, l'informazione, l'accrescimento della fiducia del soggetto nelle proprie capacità di cambiare e il *follow-up*.

Feedback La registrazione dei risultati del test AUDIT dovrebbero chiarire che il livello di consumo del paziente supera i limiti entro i quali si parla di basso rischio, se sono già presenti problemi specifici e che vi sono segni di alcoldipendenza. Può essere utile enfatizzare che un tale livello di consumo è pericoloso per la salute personale del paziente e potenzialmente dannoso per le persone care e gli altri. Una franca discussione sulle ragioni per cui il paziente ha

Appendice

provato senza successo a ridurre o smettere di bere può aiutarlo a comprendere che può aver bisogno di aiuto per cambiare.

Avvertenza L'operatore sanitario dovrebbe comunicare in maniera chiara che è in corso un problema medico serio, che il paziente dovrebbe incontrare uno specialista per una ulteriore diagnosi ed l'eventuale trattamento. Dovrebbe essere delineata la possibile connessione tra consumo di alcol e i problemi medici attuali, discutendo il rischio dei problemi sanitari e sociali futuri.

Responsabilizzazione È importante rassicurare il paziente nell'affrontare il problema incontrando uno specialista e seguendo le raccomandazioni consigliate. Se il paziente mostra una certa disponibilità, è auspicabile fornirgli subito informazioni e incoraggiamento. Se il paziente fa resistenza, può essere necessario un altro appuntamento per dargli il tempo di riflettere sulla decisione.

Informazione I pazienti che non hanno precedentemente cercato aiuto per il consumo problematico di alcol possono necessitare di informazioni su tutto ciò che esso comporta. Dopo aver illustrato quali operatori sanitari essi incontreranno e il trattamento cui saranno sottoposti (si veda il capitolo 9), i pazienti saranno probabilmente più inclini a decidere di avviare il trattamento.

Incoraggiamento I pazienti in questa situazione tendono a trarre beneficio dalle parole di rassicurazione e incoraggiamento, accrescendo la fiducia in se stessi e nella capacità di cambiare. È auspicabile informarli del fatto che di norma il trattamento delle alcoldipendenze è efficace, ma che è necessario un considerevole impegno da parte loro.

Follow-up Mentre sono sottoposti a un trattamento, i pazienti dovrebbero essere monitorati allo stesso modo in cui un operatore dell'assistenza sanitaria primaria tiene sotto controllo i pazienti in cura per problemi cardiaci o ortopedici. Ciò è particolarmente importante poiché l'alcoldipendenza è una sindrome cronica. Il monitoraggio e il supporto periodico possono aiutare il paziente a resistere alle ricadute o a controllarne il decorso.

Bibliografia nazionale di approfondimento

Legge 30 marzo 2001, n. 125. *Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati*. G.U. 18 Aprile 2001, n.90.

Allamani, A., Cipriani, F., Innocenti, S., Lomuto, C., Marchi, M. (1988) Alcohol drinking patterns and work areas: epidemiological study of factory and rural workers in Florence, Italy. *British Journal of Addiction*; 83: 1169-1178.

Scafato, E., Cicogna, F. (1988) I consumi alcolici in Italia ed Europa e l'intervento previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 nel quadro dell'obiettivo n. 17 del Progetto O.M.S. "Health for All". *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo*, 21(1): 11-20

Scafato, E., Cicogna, F. (1988) The implementation of the European Alcohol Action Plan: Italian perspective on alcohol issues for the twenty-first century. *Alcologia*, 10(1-2): 72-74.

Scafato, E., Robledo de Dios, T. (1988) Alcopops and under-age drinkers: a new front in the fight against alcohol-related risks for the young? *European Journal of Alcohol Studies*, 10(1-2): 5-9.

Scafato, E. (1988) L'Italia e lo standard europeo. *Salute e Territorio*, 110 (6): 225-231.

Allamani, A., Cipriani, F., Gordon, D.R., Innocenti, S., Pennati, P., Morettini, A. (1995) Alcohol drinking patterns and work areas in Florence, Italy: teachers and craftsmen. *Addiction Research*, 3:135-140.

Farchi, G., Scafato, E., Greco, D., Buratti, E. (1999) Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000: obiettivi di salute e politiche regionali. In *La salute in Italia rapporto 1999*. Ediesse.

Patussi, V., Bartoli, G., Ragazzo, E., Focardi, F., Polvani, S. Progetto di Comunità per la prevenzione delle problematiche alcolcorrelate e la promozione della salute (Abstract). *Alcologia* 1999, suppl. XI: 106-107.

Struzzo, P. (1999) Problemi alcool-correlati: dalla terapia all'assistenza sanitaria primaria - l'esperienza di Udine "Città Sana". *Recenti Progressi in Medicina*, 90: 1-4

Scafato, E. (2000) Setting new health targets and policies to prevent alcohol-related risks in young people. *European Journal on Alcohol Studies*, 12(1):3-12.

Scafato, E. (2000) Lo stato di salute in Italia. *Salute e Territorio*, 120:84-88.

Scafato, E. (2000) La identificazione di nuovi obiettivi di salute e di nuove politiche rivolte alla prevenzione dei rischi alcol-correlati dei giovani in Europa. *Alcologia*, 12(1): 5-15.

Scafato, E., Farchi, G. (2000) Alcol e malattie cardiovascolari. In *Dipendenze. Manuale teorico-pratico per operatori*. Carocci Editore.

- Polvani, S., Bartoli, G., Patussi, V., Bartoli, U., Marcomini, F., Scafato, E. (2000) L'opinione dei medici di base sulla prevenzione delle problematiche alcolcorrelate. Il progetto "Drink Less": uno studio collaborativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. *Bollettino per le dipendenze e l'alcolismo*. UNICRI-Ministero della Sanità, 23(1):75-82.
- Greco, D., Farchi, G., Scafato, E. (2000) Lezioni di Piano: obiettivi di salute. *Politiche sanitarie: Il Pensiero Scientifico Editore*, 3:161-162.
- Allamani, A., Centurioni, A. (2000) Training of General Practitioners and other Primary Health Care Professionals as part of a Community Project in a district in Florence, Italy. *Alcologia*, 12: 31-36.
- Allamani, A., Forni, E., Ammannati, P.A., Basetti Sani, I., Centurioni, A. (2000) Alcohol carousel and children's school drawings as part of a community educational strategy. *Substance Use & Misuse*, 35: 125-139.
- Patussi, V., Bartoli, G., Polvani, S., Engelman, K. (2000) Public services and the community resources for alcohol-related problems in Italy. *Journal on Alcoholism and Related Addictions*, XXXVI: 139-151.
- Bartoli, G., Polvani, S., Patussi, V. (2000) La prevenzione delle problematiche alcol correlate e il medico di medicina generale: il progetto Drink-Less. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo*, XXIII: 75-82.
- Polvani, S., Bartoli, G., Patussi, V., Bartoli, U., Marcomini, F., Scafato, E. (2000) The opinion of general practitioners on the revention of alcohol-related problems: the Drink Less Project A World Health Organization Study. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo*, XXIII
<http://www.unicri.it/min.san.bollettino/bulletin/2000-1e/art3.html>
- Scafato, E. (2001) Alcohol as a health target in public policy: the Italian perspective. *International Ministerial Conference on Young People and Alcohol*. WHO EUR/00/5020274 /01681.
- Scafato, E. (2001) Alcohol as a part of regional, Italian and European health-care plans: The rationale behind the goal-oriented evidence-based preventive approach. *Alcologia*, 13(1): 3-10.
- Scafato, E. (2001) L'alcol nella programmazione sanitaria europea, italiana e regionale. Il rationale dell'approccio preventivo per obiettivi e strategie basate sull'evidenza. *Alcologia*, 13(1): 5-16.
- Scafato, E., Zuccaro, P., Russo, R., Bartoli, G. (2001) Alcohol, health and policy: the Italian perspective. *European Journal on Alcohol Studies*, 13(1): 21-25.
- Bartoli, G., Patussi, V., Rossi, A., Scafato, E. (2001) Abuso di alcol e prevenzione: la ricerca "Drinkless". *Rivista Società Italiana di Medicina Generale*, 4, http://www.simg.it/servizi/servizi_riviste2001/numero4/3.htm
- Bartoli, G., Patussi, V., Rossi, A., Scafato, E. (2001) Abuso di alcol e prevenzione: la ricerca Drinkless. *Rivista Società Italiana di Medicina Generale*, 4: 9-12.
- Bartoli, G., Focardi, F., Ragazzo, E., Muscas, F., Patussi, V. (2001) L'intervento breve sui rischi legati al consumo di alcol da parte del MMG: l'esperienza del progetto Drinkless (Abstract) *Alcologia*, Suppl. XIII: 175.

Bartoli, G., Patussi, V., Muscas, F., Rossi, A. (2001) Brief intervention in PHC for risky drinking: what is feasible for GPs? (Abstract) *Conference of the European Society of General Practice/Family Medicine, WONCA Region Europe, Tampere, Finland*, 52-53.

Struzzo, P. et al. (2001) EU Commission Inco-Copernicus Programme: Final Report of the ECAToD Project (Exchange of methodology between European Union Countries – NIS and CCE, to define essentials of European Community Actions supporting primary health care action against Tobacco consumption and hazardous Drinking. (Italy annex)(PL 973051).

Patussi, V., Scafato, E. (2002) L'alcol come strumento preventivo? Esiste un bere moderato? *Rivista Società Italiana di Medicina Generale*, 2/3: 14-15.

Patussi, V., Bartoli, G., Focardi, F., Ragazzo, E., Marcomini, F., Muscas, F., Russo, R., Zuccaro, P. e Scafato, E. (2003) L'integrazione delle attività di prevenzione alcol-correlata nei setting di medicina generale: l'esperienza ed i risultati del progetto WHO Drink-less in Italia. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo*, XXVI, 4: 17-25.

Struzzo, P., Gianmoena, B., Kodiljia, R. (2003) The attitude and knowledge of Italian family doctors in respect to early identification and brief intervention on alcohol & tobacco: a controlled study. *General Practice online*; September 2003 <http://www.priory.com/fam/italgp.htm>

Scafato, E., Russo, R., Gandin, C., Zuccaro, P. (2003) La dimensione europea dell'alcolismo. *Salute e Territorio*, 141: 322-328.

Scafato, E. (2003) Epidemiologia alcologica, in Cerbini, C., Biagiatti, C., Travaglini, M., Dimauro, P.E., eds. *Alcologia Oggi: Nuove Tendenze tra Clinica ed Ecologia*. Milano: FrancoAngeli, 13-17.

Scafato, E. (2004) Epidemiologia dell'alcol e mondo femminile. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 40: 25-34.

Scafato, E., Patussi, V., Ghirini, S., Russo, R., Mattioli, D., Carosi, G., Di Pasquale, L. e il Gruppo di lavoro OssFAD. (2004) Alcohol Prevention Day 2004. L'analisi dell'Osservatorio nazionale Alcol-OssFAD sui consumi in Italia. *Not Ist Super Sanità*, 17:11-15.

Patussi, V., Mezzani, L., Scafato, E. (2004) An overview of pathologies occurring in alcohol abusers, in *Comprehensive Handbook of Alcohol-related Pathology*, vol 1. Elsevier, 255-262.

Mezzani, L., Patussi, V., Rossi, A., Russo, R., Scafato, E. (2007) "Establishing an Italian general practitioner brief intervention pilot project for problem drinkers". *Substance Use and Misuse*, vol 42., n.12-13.

Scafato, E., Galluzzo, L., Gandin, C., Martire, S., and Ghirini, S. (2008) Il rischio alcol-correlato in Italia: definizioni ed indicatori. *Alcologia*, 1:28-42

Scafato, E., Patussi, V., Mezzani, L., Londi, I., Codenotti, T., Gandin, C., Galluzzo, L., Di Rosa, M., Bruni, S., Vanni, E., Ghirini, S., Martire, S., Di Pasquale, L., Scafato, A., Parisi, N., Chessa, E., Scipione, R., and Russo, R. (2008) *Programma di formazione IPiB-PHEPA Identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care. Alcol e Prevenzione nei contesti di Assistenza Sanitaria Primaria*, Roma: Centro Stampa De Vittoria

Scafato, E. (2008) Alcol: generazioni a confronto. *Il Sole 24 Ore Sanità*, (In Press)

Beccaria, F., Blasutti, V., Cau, L., Codenotti, T., Costamagna, F., Rolando, S., and Scafato, E. (2008) La pubblicità delle bevande alcoliche e la sua applicazione: i risultati italiani nell'ambito del progetto europeo ELSA. *Alcologia*, 2:64-73.

Scafato, E. (2008) Alcol: l'epidemiologia e i consumi in una prospettiva di salute pubblica. *Internal and Emergency Medicine*, 3:S131-S133.

Scafato, E. (2008) La programmazione delle attività della SIA nel quadriennio 2008-2012. *Alcologia*, 80-85.

Scafato, E. and Ghirini, S. (2008) L'impatto dell'alcol sullo stato di salute della donna. In: *La salute della donna. Proposte, strategie, provvedimenti per migliorarla*, edited by Franco Angeli, Milano. p. 33-41.

Scafato, E. (2008) Alcol: epidemiologia e prevenzione in una prospettiva evidence-based di tutela della salute. *Adimagazine*: 497-499.

Scafato, E., Ghirini, S., Galluzzo, L. and Gandin, C. per il gruppo CSDA. (2009) Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. *Rapporto ISTISAN, 09/4*
<http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2266&lang=1&tipo=5>

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)

Finito di stampare nel mese di giugno 2009
dal Centro Stampa De Vittoria Srl
00185 Roma

Numeri Utili:

Telefono Verde Alcol
Istituto Superiore di Sanità
Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali
tel. 800 63 2000

Consultazione siti:

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

Info:

alcol@iss.it



EUROPEAN COMMISSION



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut