

SERIE EDITORIALE

Disease **M**anagement

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE

La gestione delle dipendenze da alcol in Medicina Generale

Mauro Cibir, Alfio Lucchini, Alessandro Rossi



SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE

PACINI
EDITORE
MEDICINA

© Copyright 2013 by Pacini Editore SpA – Pisa

Realizzazione editoriale e progetto grafico

Pacini Editore
Via A. Gherardesca 1
56121 Pisa
www.pacineditore.it
info@pacineditore.it

Stampa

Industrie Grafiche Pacini – Pisa

Il volume è stato realizzato grazie al supporto incondizionato di Bruno Farmaceutici

Edizione fuori commercio. Omaggio per i Signori Medici

L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni.

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Corso di Porta Romana n. 108, Milano 20122, e-mail segreteria@aidro.org e sito web www.aidro.org



Indice

Introduzione	
<i>A. Lucchini</i>	4
Epidemiologia dei consumi alcolici e nuovi modelli di consumo	
<i>A. Rossi</i>	6
Le basi biologiche dell' <i>addiction</i>	
<i>M. Cibir, F. Nava, I. Hinnenthal</i>	9
Di cosa stiamo parlando: alcune definizioni	
<i>M. Cibir, G. Spolaor</i>	13
Farmacoterapia dell'alcolismo	
<i>M. Cibir, F. Caputo</i>	17
Gli interventi possibili nel setting della Medicina Generale	
<i>A. Rossi</i>	25

INTRODUZIONE



Alfio Lucchini

Psichiatra e psicologo clinico, Direttore del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Milano 2, Docente di "Politiche sociali e dipendenze" presso l'Università di Milano Bicocca, Presidente Nazionale di FeDerSerD

La guida "La gestione delle dipendenze da alcol in Medicina Generale" si rivolge in modo specifico al medico di medicina generale ma è utile a tutti gli operatori sanitari che approcciano nel corso della loro attività una patologia così vasta e dalle gravi conseguenze sanitarie e sociali come è l'alcolodipendenza. Può rappresentare inoltre un valido strumento per favorire la comunicazione del medico con i cittadini nello studio professionale.

Il consumo di bevande alcoliche è connesso ai valori che vengono attribuiti al bere da una determinata società.

Si va dall'evidenziazione di proprietà nutritive e farmacologiche dell'alcol ai significati culturalmente attribuiti ai consumi.

A seconda del periodo storico e del contesto socio-culturale all'alcol sono stati collegati significati alimentari, farmacologici, intossicanti, rituali, socializzanti, trasgressivi.

I dati sui consumi alcolici indicano un cambiamento in atto nel nostro Paese dal modello di consumo mediterraneo, quotidiano e incentrato sul vino, verso modelli più nordici, articolati nel tipo di bevande e negli stili di consumo.

Il consumo fuori pasto, il *binge drinking* (consumo di numerose unità alcoliche in un arco di tempo limitato) frequente nei giovanissimi, l'aumento del bere nelle donne, il policonsumo con utilizzo di altre sostanze, rappresentano fenomeni preoccupanti sia dal punto di vista sanitario sia delle implicazioni sociali e di sicurezza, basti citare contesti di utilizzo quali la guida e l'attività lavorativa.

Non infrequenti sono le situazioni di vera polidipendenza, con altre sostanze psicoattive legali o illegali, quali droghe, farmaci, stimolanti, ecc.

Inoltre persiste, specie nella popolazione maschile anziana, l'assunzione di quantità di alcol, vino in particolare, dannose per condizione di salute ed età.

I danni alcol correlati sono significativi nel nostro Paese e incidono sulla mortalità complessiva per oltre il 3%, con circa 18.000 decessi.

La mortalità alcol correlata è stimata parte di oltre un terzo di tutti i decessi per incidente stradale.

Il consumo totale di alcol è da oltre venti anni in si-

gnificativa diminuzione nel nostro Paese, attestandosi sui 6,1 litri pro capite.

Questo non incide significativamente sul numero di persone che hanno problemi con l'alcol.

Se alcuni milioni di persone bevono in modo incongruo possiamo valutare in quasi un milione i soggetti che hanno necessità di cure.

Il problema dell'alcolodipendenza sta assumendo rilevanza sempre maggiore.

Con questo termine intendiamo uno stile di consumo di alcol con perdita del controllo sul bere, episodi di intossicazione e presenza di un desiderio intenso e irrefrenabile, definito *craving*, per l'alcol.

Si tratta di uno stato che può divenire cronico in assenza di interventi efficaci e soggetto a fasi di acuzie.

Riguarda spesso i giovani e intervenire su queste situazioni significa anche effettuare attività di prevenzione verso patologie ancor più invalidanti, di tipo comorbile (situazioni psichiatriche e internistiche) e situazioni di tipo sociale e attinenti alla tutela della sicurezza.

Siamo in un Paese con una minoranza di astemi, che rappresenterebbe la situazione ideale per non correre rischi con l'alcol, e bisogna ribadire che l'alcol è comunque una sostanza tossica, con effetti sulla nostra salute.

È utile seguire, per chi beve, le indicazioni di cautela dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sia in termini di grammi di alcol da non superare quotidianamente (40 per gli uomini e 30 per le donne) sia di unità alcoliche (4 per gli uomini e meno di 3 per le donne). Inoltre le quantità raccomandate sono 3 e 2 rispettivamente per l'uomo e la donna secondo linee ICAP, e addirittura 2 e 1 per il *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA). I costi sanitari e sociali dell'alcol, diretti e indiretti, sono notevoli per la nostra società.

Coinvolgono ambiti come l'economia, la salute, il sistema di welfare, il sistema penale, la circolazione stradale.

Gli interventi in pronto soccorso e i ricoveri nelle varie unità operative ospedaliere rappresentano una fonte di costo significativa, come le varie forme di invalidità correlate e le assenze dal lavoro, con riduzione della produttività.

In generale poche sono le persone che si rivolgono ai centri di cura.

In questo momento si valuta che circa 70.000 malati siano in cura presso i servizi territoriali per le dipendenze e l'alcolologia, circa 20.000 frequentino il sistema dell'auto-mutuo aiuto e non più di 10.000 siano in carico agli ambulatori ospedalieri di psichiatria, medicina interna, gastroenterologia ed epatologia per patologie alcol correlate.

Un punto delicato dell'intervento riguarda le situazioni cliniche, percentualmente significative, di comorbidità psichiatrica, che richiedono una particolare capacità di relazione tra servizi diversi.

Il ruolo del medico di medicina generale è importante, sia in fase preventiva e di identificazione precoce, considerata la difficoltà di disvelamento della patologia alcolica, come pure nella diagnosi, nella motivazione e nel trattamento vero e proprio.

In quest'ultimo settore l'accoppiamento di tecniche di counseling con farmaci specifici permette oggi ottimi risultati.

Non vanno infine dimenticati i familiari, spesso coinvolti nel problema.

In tale ambito si usa il termine co-dipendenza per indicare il comportamento e il funzionamento relazionale ed emotivo dei familiari degli alcolisti, non di rado con coinvolgimenti francamente patologici. L'alcolismo inoltre è patologia che permette una soddisfacente e attenta attività clinica in rete territoriale a opera del medico di medicina generale.

I Servizi per le Dipendenze territoriali, spesso con unità specifiche per l'alcolologia, sono presenti in ogni ASL.

In genere sono articolazioni organizzative dei Dipartimenti delle Dipendenze.

Offrono un approccio di tipo multidisciplinare, con il concorso di medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali ed educatori.

Assicurano in modo gratuito e diretto attività di accoglienza, prevenzione, promozione della salute, formazione, epidemiologia, diagnosi e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi.

L'attività di rete territoriale è essenziale: verso gli ospedali, il medico di medicina generale, i servizi sociali comunali, il sistema normativo e i tribunali, il sistema dell'auto-mutuo aiuto, le comunità di riabilitazione.

La continuità terapeutica, sempre da ricercare e garantire, nel settore alcolologico vede sviluppi importanti legati al buon utilizzo dell'opportunità sopra elencate.

Il sistema dell'auto-mutuo aiuto, con i capisaldi di Alcolisti Anonimi (AA) e Club Alcolologici Territoriali (CAT), offre risposte differenziate di tipo individuale e di gruppo, con accesso anche in questo caso diretto e gratuito.

Il sistema ospedaliero agisce sulle patologie alcol correlate, che purtroppo possono interessare quasi tutti gli organi e apparati, con interventi di monitoraggio e cura.

Sono presenti in Italia strutture riabilitative specialistiche ospedaliere con programmi specifici alcolologici, sia pubbliche che private.

Si stanno affermando anche strutture residenziali sul modello delle comunità terapeutiche per affrontare aspetti clinici di particolare necessità riabilitativa e/o situazioni personali e relazionali complesse a causa dell'alcol, in stretto rapporto con i servizi territoriali.

La rete territoriale vede un intenso impegno dei servizi sociali comunali e dei tribunali, in primo luogo quello per i minorenni, per le notevoli conseguenze sociali e relazionali che la patologia alcolica procura ai singoli e alle famiglie.

In Italia esiste una legislazione avanzata in tema di alcol, con attenzione ai diversi contesti di vita.

Anche il sistema regolatorio è aggiornato.

Carente, in termini di risorse, appare il sistema di cura complessivo.

È evidente la necessità di una corposa politica sanitaria che, tutelando la popolazione e specifiche categorie di persone con azioni e interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, sappia proporre disposizioni e misure specifiche di politica alcolologica.

EPIDEMIOLOGIA DEI CONSUMI ALCOLICI E NUOVI MODELLI DI CONSUMO



Alessandro Rossi

Responsabile Nazionale Area Dipendenze, SIMG, Terni

L'alcol è uno dei principali determinanti della salute umana. Conseguentemente, il variare delle quantità complessive dei consumi di alcol in una data popolazione rappresenta oggettivamente una delle cause della variazione di incidenza di alcune malattie in quella stessa popolazione.

Esistono in letteratura numerosi studi volti a stabilire il nesso di relazione tra consumo di alcol e rischio di malattie. Si sono riscontrati rischi relativi di diverso grado tra consumo di alcol e alcune neoplasie dell'apparato digerente, malattie cardiovascolari (ipertensione, cardiopatia coronarica, infarto del miocardio, ictus) e naturalmente la cirrosi epatica. Oltre a ciò, dobbiamo considerare le conseguenze di traumi, incidenti e violenze direttamente o indirettamente attribuibili all'alcol.

Quello che interessa in questa guida però non è entrare nel merito del rapporto tra consumo di alcol e singole patologie (le cosiddette *patologie alcol-correlate*, PAC). Quanto piuttosto cercare di inqua-

drare, per sommi capi, il fenomeno del consumo di bevande alcoliche all'interno di un più complessivo cambiamento degli stili di vita nel nostro Paese. In tale ambito, si deve registrare una crescente attenzione, non solo in campo sanitario ma anche da parte dei mezzi di comunicazione di massa, nei confronti di questo fenomeno, forse anche a seguito dell'incremento di incidentalità stradale attribuibile all'abuso di alcol e all'introduzione di norme per la guida che ne hanno posto dei limiti di assunzione.

Il trend dei consumi

È opportuno osservare il trend nazionale dei consumi alcolici, così come è evoluto negli ultimi 50 anni, ponendolo in relazione con le variazioni intervenute nella legislazione e nelle politiche relative all'alcol (Fig. 1).

L'osservazione macroscopica ci dice che i consumi nel nostro Paese sono nettamente diminuiti, passando dagli oltre 12 l/anno di alcol puro pro capite

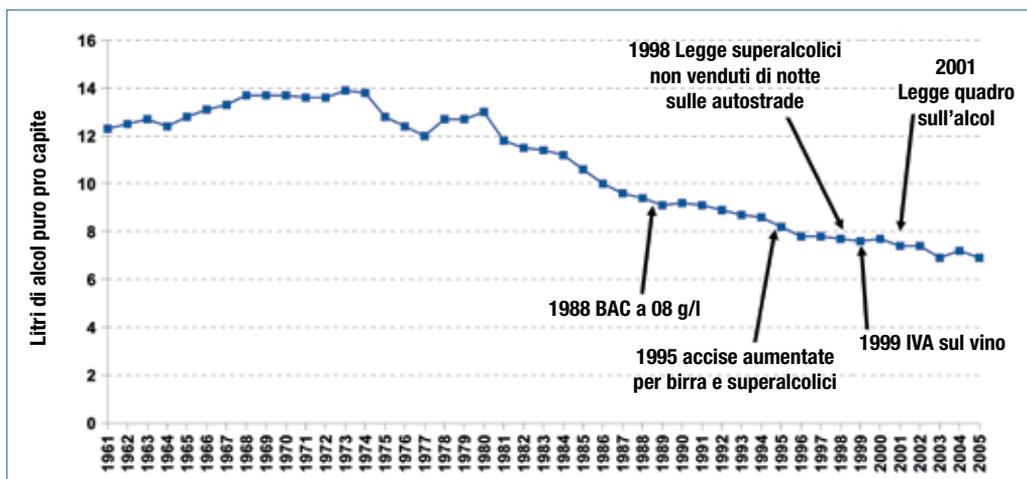


FIGURA 1.

Andamento dei consumi alcolici registrati in Italia e variazioni delle politiche alcolologiche (1961-2005) (da Allamani e Voller, 2012, mod.).

ai meno di 7 l. Tutto ciò a fronte di un aumento complessivo dei redditi e delle spese assolute destinate a consumi alimentari.

Questa stessa tendenza si registra in tutta Europa, in modo piuttosto omogeneo. Si tratta di una riduzione molto marcata e avvenuta in Italia, almeno nei primi decenni, senza l'intervento di alcun provvedimento legislativo o politica di settore. Ricordiamo infatti che la prima legge quadro sull'alcol (L. 125/01) è stata emanata nel 2001. È quindi verosimile supporre che il decremento sia avvenuto sulla scia delle modifiche degli stili di vita conseguenti ai cambiamenti socioeconomici tumultuosi verificatisi in Italia in quegli anni (industrializzazione, urbanizzazione, nuova struttura della famiglia e della domiciliarità, nuovo ruolo della donna, ecc.).

All'interno del dato macroscopico, possiamo evidenziare alcuni dati significativi, a partire da quelli riguardanti la popolazione giovanile (alcol.dronet.org). Negli ultimi 10 anni tra i giovani sono aumentati i cosiddetti consumatori occasionali, che bevono fuori pasto e bevono diversi tipi di alcolici, oltre a vino e birra. Si sono però ridotti i consumatori abituali giornalieri e quelli che bevono solo vino e birra. Contemporaneamente però, sono diminuiti dal 72 al 67% i soggetti di età maggiore ai 14 anni che hanno consumato bevande alcoliche almeno una volta nella loro vita (sono cioè aumentati gli astemi) (Rapporto ISTAT 2012). Il consumo di alcol fuori pasto cresce maggiormente tra le ragazze (dal 12,2 al 14,5%) ma rimane più diffuso tra i maschi (dal 16,8 al 19,1%).

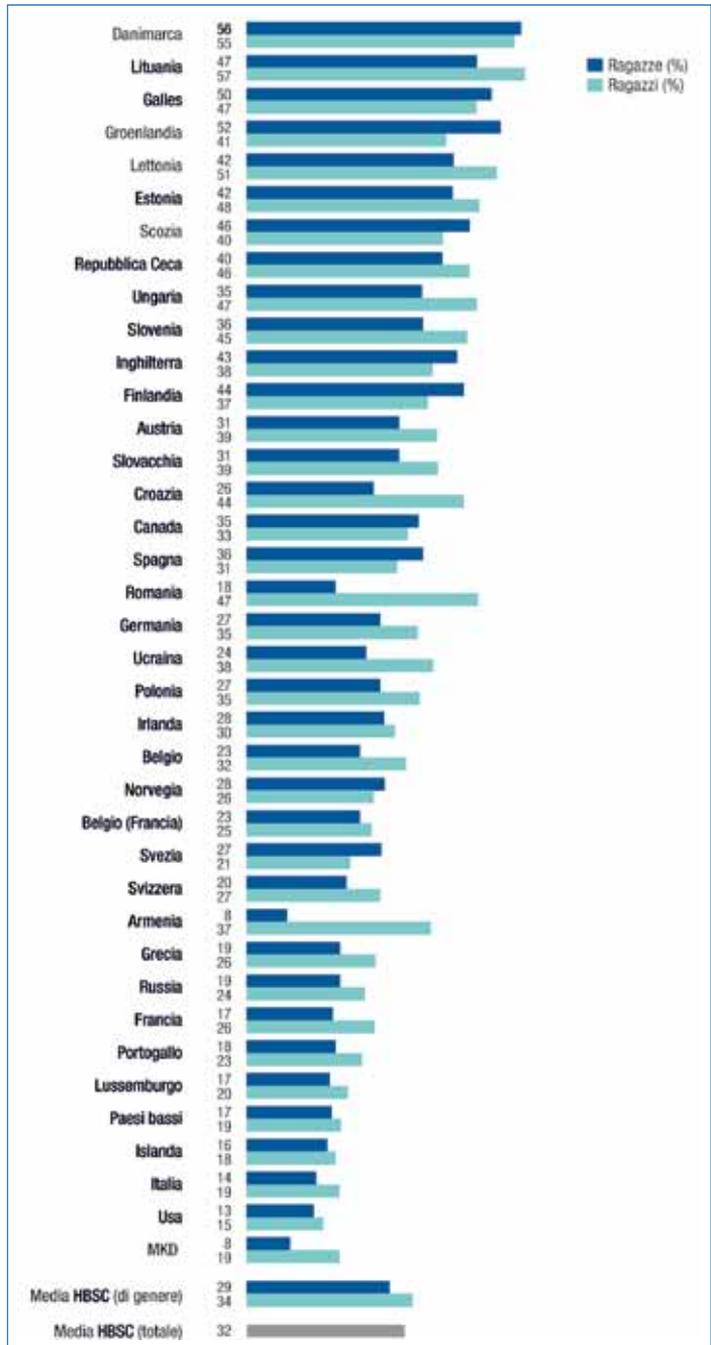


FIGURA 2.

Percentuale di 15enni che dichiarano di essersi ubriacati in due o più occasioni nella loro vita, confronto per genere (Fonte: dati HBSC relativi al 2009/2010).

Da alcuni anni assistiamo anche in Italia al fenomeno del *binge drinking*, che, tradotto dall'inglese, significa "abbuffata alcolica". Esso viene definito come consumo di 6 o più bevande alcoliche in un'unica occasione e si verifica in genere nei momenti di socializzazione. La popolazione oggetto di tale modalità di assunzione è sicuramente quella giovanile (tra i 18 e i 24 anni), anche se questo comportamento nel 2011 risulta in lieve calo (dal 23,3 al 21,8% tra i maschi e dal 9,7 al 7,9% tra le femmine) (Rapporto ISTAT 2012). Secondo i dati dell'Osservatorio permanente su Giovani e Alcol (DOXA 2011) il 14,6% dei giovani ha avuto negli ultimi tre mesi almeno una esperienza di *binge drinking*. Questi dati, certamente allarmanti, vanno comunque contestualizzati in ambito europeo. In una graduatoria di 38 Paesi europei, l'Italia si trova al terzultimo posto per questo fenomeno (Fig. 2). Per quanto riguarda infine i comportamenti di consumo complessivo, i giovani italiani risultano essere allineati alla media europea. Con questo dato potremmo arguire che i giovani italiani consumano alcol più frequentemente dei loro coetanei europei ma con minori eccessi.

Altro dato di interesse concerne la differenza di genere, già in parte accennata. In assoluto possiamo dire che il 78,9% degli uomini consuma abitualmente alcol, a fronte del 53,4% delle donne (alcol.dronet.org). Per entrambi i generi, il vino è la bevanda più diffusa, seguita dalla birra e da altri alcolici. I consumatori giornalieri di alcol scelgono prevalentemente il vino: il 35,3% degli uomini e il 13,7% delle donne. Per la birra le percentuali scendono rispettivamente al 7,5 e 1,3%. L'incremento del consumo di alcolici al di fuori dei pasti sembra essere maggiore tra le donne che tra gli uomini. Dal 2000 al 2010 il numero di donne che hanno adottato questo consumo è incrementato del 25% (a fronte del 15% dei maschi).

Infine, la popolazione più a rischio di consumo non moderato rimane quella anziana, quasi tre milioni di persone oltre i 65 anni di età (42,9% dei maschi e 10,7% delle femmine), che consumano alcol quotidianamente eccedendo le raccomandazioni. Pur essendo sicuramente immuni dal *binge drinking*, tale fascia di popolazione mantiene comportamenti eccessivi acquisiti nel corso della vita e poco consapevoli degli aumentati rischi per la salute dovuti all'avanzare dell'età.

Volendo contestualizzare l'insieme di questi numerosi dati in un ambito continentale, possiamo azzardare alcune riflessioni. L'Europa presenta una

complessità storica, culturale e socioeconomica rilevante e ciò si riflette anche nell'ambito degli stili di vita e dei consumi di bevande alcoliche. Storicamente, il modello di consumo mediterraneo, particolarmente di vino, attribuisce alla bevuta anche una valenza positiva, in senso alimentare e sociale. Negli ultimi decenni osserviamo una parziale tendenza all'omogeneizzazione dei consumi alcolici in ambito europeo.

In parte questo vale anche per i giovani, seppur alcuni studi sottolineano la persistenza di modalità tradizionali proprie delle culture nazionali (Beccaria, 2010). Il contesto conviviale, familiare e socializzante in Italia è ancora nettamente prevalente, a differenza ad esempio di quello della Finlandia (Paese con abitudini opposte a quelle mediterranee), in cui continua a prevalere il modello "intossicante" o "da sballo". Nella citata ricerca, ad esempio, si enfatizza il ruolo dell'esordio del bere, evidenziando come, in Italia, i primi ricordi legati al consumo di alcol (il primo assaggio di vino!) sono positivi e piacevoli, generalmente legati alla tradizione e alla famiglia. Al contrario, agli adolescenti del Nord Europa è generalmente proibito bere alcolici in famiglia ed esordiscono il loro consumo in contesti amicali, nel corso di feste, e molto spesso il primo assaggio coincide con la prima ubriacatura.

In conclusione, possiamo affermare che i cambiamenti in corso nel nostro Paese devono indurre gli operatori della salute a una maggiore attenzione nei confronti delle problematiche alcol correlate, all'interno di una più vasta azione volta alla promozione degli stili di vita sani e alla prevenzione dei danni. In questo senso, il bere moderato contenuto all'interno della tradizionale dieta mediterranea non dovrebbe essere discriminato, anche se le evidenze scientifiche a supporto di un suo valore protettivo sulla salute appaiono non sufficienti e dovrebbero essere valutate con prudenza. Dall'altra parte, è necessario proseguire l'azione riguardante interventi restrittivi sul consumo di alcol prima o durante attività che impegnino facoltà cognitive, quali la guida e l'attività lavorativa.

Bibliografia di riferimento

Allamani A, Voller F. *Le politiche di prevenzione alcolologica in Europa: un impatto relativo*. Mission 2012;34:38-43.

Beccaria F, Rolando S. *L'evoluzione dei consumi alcolici e dei fenomeni alcol correlati in Italia*. Rivista SIMG 2012;(4):20-6.

Mauro Cibin, Felice Nava¹, Ina Hinenthal²

Dipartimento per le Dipendenze, Azienda Ulss 13 del Veneto, Mirano, Venezia

¹ Referente Sanità Penitenziaria, Azienda Ulss 16 del Veneto, Padova

² Dipartimento di Salute Mentale integrato, ASL 1, Imperia; Dipartimento di Sanità Pubblica – Dottorato di Ricerca “Economia e gestione delle aziende sanitarie”, Università di Siena

La dipendenza da sostanze è uno dei campi in cui maggiormente si sono cimentati i ricercatori neuroscientifici, allo scopo di comprenderne in maniera approfondita e scientificamente corretta la patogenesi e le manifestazioni cliniche. La documentazione nell'animale e nell'uomo delle basi biologiche dei comportamenti di *addiction* ha consentito di dare sostanza scientifica all'osservazione clinica e di individuare interventi farmacologici e psicosociali basati sull'evidenza.

La compresenza di disturbi da uso di sostanze e di *addiction* comportamentali (gioco d'azzardo patologico, disturbi alimentari, shopping compulsivo, *sex addiction*) ha portato molti ricercatori a spostare il focus dalle sostanze ai comportamenti: sulla base di tale concettualizzazione è stato proposto di introdurre nel DSM-V il capitolo *Addictions and related disorders*. Questa modificazione concettuale sta influenzando anche l'ambito terapeutico, comportando una maggiore attenzione all'*addiction medicine* (e *addiction psychology*) intesa come disciplina che tende a valorizzare gli aspetti comuni tra le sostanze legali e illegali e i comportamenti *addictive* (O'Brian, 2011).

In un contesto in cui si assiste quasi costantemente alla compresenza di sostanze e di comportamenti *addictive*, l'alcol continua a giocare un ruolo centrale, costituendo spesso l'elemento comune e costantemente presente e ponendosi alla base di circuiti di automantenimento tra i quali ricordiamo le associazioni alcol/cocaina e alcol/gioco d'azzardo (Cibin et al., 2010; Vanini, 2011); sempre più frequenti sono inoltre le segnalazioni di problemi legati all'uso improprio di benzodiazepine (Lugoboni et al., 2011).

La perdita di controllo e il *craving*

Elemento comune di tutte le *addiction* è la “perdita di controllo”, descritta dal DSM IV-TR (APA, 2002) come “desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza” oppure “ripetuti e infruttuosi tentativi di smettere di giocare d'azzardo ...”. La perdita di controllo è dunque

l'incapacità di controllare volontariamente l'uso di sostanze o il comportamento di *addiction* nonostante la consapevolezza delle conseguenze. Il corrispettivo sintomatologico della perdita di controllo è il *craving*. Per *craving*, o appetizione patologica, si intende il desiderio irrefrenabile di assumere una sostanza, desiderio che, se non soddisfatto, provoca sofferenza fisica e psichica, accompagnata da astenia, anoressia, ansia e insonnia, irritabilità, aggressività, depressione o iperattività (Cibin, 1993). Sino ad alcuni anni fa il *craving* era erroneamente considerato un sintomo della sindrome di astinenza; in realtà si è visto che la “compulsione” che caratterizza le dipendenze da sostanze può comparire dopo anni di astinenza e viene tipicamente scatenata dalla prima assunzione della sostanza o comunque da situazioni associate all'uso. Negli ultimi anni il ruolo del *craving* è stato notevolmente valorizzato nella patogenesi delle frequenti “ricadute” del soggetto dipendente, anche grazie alle importanti acquisizioni neurobiologiche (Ceccanti et al., 2010).

Vi è oggi un sostanziale accordo sul fatto che il *craving* è una sorta di “via finale” risultante dalla combinazione di diversi fattori quali la situazione emotiva, la reattività agli stimoli, la capacità di controllo e l'autoefficacia, la situazione fisica, le cognizioni sulla propria condizione. Questa varietà di fattori trova il suo corrispettivo neurobiologico nella “cascata” neurotrasmettitoriale che modula l'incremento di dopamina nel sistema a ricompensa mesolimbico e in particolare nel nucleo *accumbens* e in cui sono coinvolti serotonina, endorfine, GABA, glutammato (quest'ultimo con significato inibitorio) (Blum et al., 2000; Gass e Olive, 2008; Ferdico, 2011). Il sistema a ricompensa in condizioni fisiologiche è deputato a “produrre” il piacere legato a stimoli quali il cibo, il sonno, l'attività sessuale: se un deficit o uno squilibrio interrompe o distorce tale sistema, il risultato finale è la percezione di ansia o angoscia e un intenso desiderio di assumere una sostanza in grado di alleviare tali sensazioni. Le sostanze psicoattive e i comportamenti *addictive* si sostituiscono

dunque agli stimoli fisiologici, divenendo un po' alla volta la principale fonte di gratificazione; fenomeni neuroplastici sono alla base della "stabilizzazione" del fenomeno (Cibin et al., 2008); farmaci in grado di alleviare questo desiderio (farmaci anti-*craving*) agiscono sui neurotrasmettitori implicati nella "cascata" (Nava et al., 2010).

La dipendenza origina dunque dall'azione ripetuta delle sostanze/comportamenti su un cervello predisposto; tale predisposizione può avere una base genetica (probabilmente legata a un deficit dei recettori D2 della dopamina) (Noble, 1993) o derivare da traumi emotivi e fisici, stress, situazioni di vita problematiche. Il soggetto tenderà a ripetere l'assunzione se la sostanza risulta in grado di lenire un "disagio" psicologico; dopo un tempo variabile, si instaurerà un circuito automantenentesi in cui l'assunzione non è più una scelta o un piacere, ma una necessità.

Alcuni studi hanno evidenziato una ridotta sensibilità del recettore della dopamina in soggetti alcolisti anche dopo anni di astinenza: tale situazione potrebbe essere alla base delle ricadute che si verificano dopo prolungati periodi di astinenza. In altre parole,

la staratura dei recettori determinata dalle situazioni descritte prima è permanente o quasi: la risposta del sistema a ricompensa all'assunzione di alcol e sostanze è alterata per tempi assai lunghi, forse per sempre: da qui l'indicazione dell'"astinenza a vita" per gli alcolisti e per tutti i soggetti con dipendenza. Non va inoltre sottovalutato l'effetto di deterioramento che l'assunzione di alcol determina sull'intero sistema nervoso; tra i vari meccanismi neurotossici particolare attenzione è stata posta allo squilibrio del glutamato/NMDA (Barron et al., 2012).

La tipologia di Cloninger

A seconda che la funzione prevalente dell'alcol sia l'anestesia emotiva o la ricerca del piacere, possiamo distinguere due tipologie di *craving*, *reward* e *relief*, con differenti basi neurotrasmettitoriali (Verheul et al., 1999; Addolorato et al., 2005).

I soggetti con prevalente *reward craving* non si distinguono da quelli con prevalente *relief* solo per le caratteristiche del *craving*, ma per una serie di caratteristiche cliniche che costituiscono la tipologia di Cloninger (Tab. I) (Cloninger, 1987; Leggio et al., 2008).

TABELLA I.

La tipologia di Cloninger.

TABELLA I.	
La tipologia di Cloninger.	
Tipo I	
Inizio tardivo, reattivo a eventi accaduti nel corso della vita (traumi, lutti, situazioni "di passaggio")	
Comportamento prevalente: evitamento (<i>harm avoidance</i>)	
Base neurobiologica: deficit serotoninergico	
Effetto ricercato: ansiolitico/antidepressivo, rilassamento psicofisico	
<i>Craving: relief craving</i> (desiderio di ridurre la tensione)	
Capacità di gratificazione: buona	
Capacità di contatto con gli altri: buona	
Storia di vita: "vita vissuta" in cui l'alcolismo appare come un incidente o una complicità	
Tipo II	
Geneticamente determinato	
Inizio precoce, evoluzione rapida	
Comportamento prevalente: ricerca sensazioni intense (<i>Novelty Seeking</i>)	
Neurobiologia: deficit del sistema dopaminergico	
Effetto ricercato: gratificazione	
<i>Craving: reward craving</i> (desiderio di ricompensa)	
Maggiore risposta ai potenziali auditivi evocati	
Associazione con disturbi antisociale e borderline di personalità	
Capacità di gratificazione: scarsa (cosiddetto <i>Reward Deficiency Syndrome</i>)	
Capacità di contatto con gli altri: scarsa e problematica	
Storia di vita: vita improntata dal rapporto con l'alcol e le sostanze	

Il tipo I di Cloninger corrisponde a quello che un tempo si sarebbe chiamato “modello posttraumatico”: i pazienti di tipo I sono divenuti dipendenti nell'età adulta in seguito a eventi di vita e hanno una componente genetica minore; sono persone in cui la dipendenza si configura come un “episodio”, per quanto lungo e grave, in un contesto di vita per altri aspetti “normale”.

Nei soggetti di tipo II invece la componente genetica è più forte, la dipendenza inizia precocemente e impronta tutta la vita, ed è spesso associata con disturbi di personalità e altri disturbi mentali (Cibin et al., 2011): è quello che un tempo si sarebbe detto modello “costituzionale” o “diatesico”.

I pazienti di tipo I rispondono bene a un intervento relativamente “leggero”: si tratta di pazienti che una volta messi nelle condizioni di affrontare il loro problema con le sostanze e le situazioni di vita connesse, stanno globalmente bene e sono nella maggior parte dei casi in grado di riprendere la propria vita sociale e familiare. Questa categoria di pazienti si presta a essere individuata, motivata e trattata nello studio del medico di medicina generale (MMG); spesso è assai utile un intervento residenziale breve, specie se comprende interventi miranti a superare il congelamento emotivo causato dalle sostanze e dalle situazioni traumatiche e l'appoggio a gruppi di auto-aiuto (Alcolisti Anonimi, Club Alcologici Territoriali) (Cerizza et al., 2008; Cibin et al., 2009; Hinnenthal e Cibin, 2011; Hinnenthal et al., 2011).

Per i pazienti di tipo II invece il discorso è più complesso: essi richiedono interventi multipli e continuativi nel tempo in cui spesso è necessario affiancare anche il supporto sociale. Accanto al programma finalizzato all'inibizione del potus, analogo a quello previsto per il tipo uno, per questi pazienti è necessario prevedere interventi sia di tipo medico che psicologico mirati alla stabilizzazione della emotività disfunzionale; possono essere indicati per interventi residenziali lunghi e contenitivi (Hinnenthal et al., 2011).

Conclusioni

In un contesto in cui si assiste quasi costantemente alla compresenza di differenti sostanze e di comportamenti *addictive*, l'alcol continua a giocare un ruolo centrale costituendo spesso l'elemento comune, costantemente presente ponendosi alla base di circuiti di automantenimento tra i quali ricordiamo le associazioni alcol/cocaina e alcol/gioco d'azzardo.

La conoscenza delle basi biologiche dell'alcolismo e dei comportamenti di *addiction* sempre di più consente di dare sostanza scientifica all'osserva-

zione clinica e di individuare interventi farmacologici e psicosociali basati sull'evidenza; le differenze neurobiologiche, cliniche e trattamentali tra i pazienti di tipo I e tipo II secondo Cloninger comportano la personalizzazione degli interventi e la differenziazione dei setting terapeutici.

Il risultato di tutto ciò è la possibilità di trattare pazienti “resistenti” agli interventi tradizionali, con livelli di efficacia elevati sia in termini di astensione dall'uso che di benessere personale.

Bibliografia di riferimento

- Addolorato G, Abenavoli L, Leggio L, et al. *How many craving? Pharmacological aspects of craving treatment in alcohol addiction: a review*. *Neuropsychobiology* 2005;51:59-66.
- al Qatari M, Khan S, Harris B, et al. *Acamprosate is neuroprotective against glutamate-induced excitotoxicity when enhanced by ethanol withdrawal in neocortical cultures of fetal rat brain*. *Alcohol Clin Exp Res* 2001;25:1276-83.
- APA. *DSM IV-TR – Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Text Revision*. Milano: Masson 2002.
- Barron S, Lewis B, Wellmann K, et al. *Polyamine modulation of NMDARs as a mechanism to reduce effects of alcohol dependence*. *Recent Pat CNS Drug Discov* 2012;7:129-44.
- Blum K, Braverman ER, Holder JM, et al. *Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for diagnosis and treatment of impulsive, addictive and compulsive behaviours*. *J Psychoactive Drugs* 2000;32(Suppl):I-IV, 1-112.
- Ceccanti M, Maremmani I, Cibin M, et al. *Craving*. Bologna: CLUEB 2010.
- Cerizza G, Cibin M, Hinnenthal I, et al. *La Residenzialità Riabilitativa Alcolica come opportunità terapeutica*. *Mission* 2008;27:27-31.
- Cibin M. *Craving: physiopathology and clinical aspects*. *Alcologia* 1993;5:257-60.
- Cibin M, Addolorato G, Hinnenthal I, et al. *Il craving nella dipendenza da alcol: fisiopatologia, diagnosi e trattamento*. *Mission* 2008;26:33-41.
- Cibin M, Gallo S, Spolaor G, et al. *Cocaina e alcol: esperienza e risultati del Programma Residenziale Breve “Villa Soranzo”*. *Mission* 2010;29:18-24.
- Cibin M, Hinnenthal I, Lugato E. *I programmi residenziali brevi*. *Medicina delle Tossicodipendenze* 2009;65:39-46.
- Cibin M, Hinnenthal I, Nava F, et al. *Focus su disturbi di personalità, schizofrenia, paranoia e isteria*. In: Gasbarrini G, a cura di. *Trattato di medicina interna*. Roma: Verduci Editore 2011.
- Cloninger CR. *Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism*. *Science* 1987;236:410-6.

- Ferdico M. *Neuroscienze, sostanze, emozioni*. In: Hinnenthal I, Cibin M, a cura di. *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina: il modello Soranzo*. Torino: SEED 2011.
- Gass JT, Olive MF. *Glutamatergic substrates of drug addiction and alcoholism*. *Biochem Pharmacol* 2008;75:218-65.
- Hinnenthal I, Cibin M. *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina: il modello Soranzo*. Torino: SEED 2011.
- Hinnenthal I, Nava F, Ferdico M, et al. *Personalità borderline e alcolismo: aspetti neurobiologici e clinici*. *Mission* 2010;31:29-39.
- Hinnenthal I, Asam C, Gallo S, et al. *Trauma: aspetti terapeutici nelle dipendenze da alcol e cocaina*. *Alcolologia* 2011;10:13-23.
- Leggio L, Addolorato G. *Serotonin transport (SERT) brain density and neurobiological cloning subtypes model: a lesson by human autoradiography studies*. *Alcohol Alcohol* 2008;43:148-50.
- Lugoboni F, Faccini M, Quaglio G, et al. *Il ruolo del ricovero nell'abuso di alcol, cocaina, benzodiazepine*. In: Hinnenthal I, Cibin M, a cura di. *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina: il modello Soranzo*. Torino: SEED 2011.
- Nava F, Vendramin A, Manzato E, et al. *New frontiers in alcoholism and addiction treatment*. *Recent Pat CNS Drug Discov* 2010;5:81-94.
- Noble EP. *The D2 dopamine receptor gene: a review of association studies in alcoholism*. *Behav Genet* 1993;23:119-29.
- O'Brien C. *Addiction and dependence in DSM-V*. *Addiction* 2011;106:866-7.
- Schuckit MA, Tapert S. *Alcol in trattamento dei disturbi da uso di sostanze*. In: Galanter M, Kleber HD, a cura di. *Manuale dell'American Psychiatric Publishing*. Seconda edizione. Milano: Masson 2006, pp. 149-64.
- Vanini S. *Gamblers in comunità: sperimentazione di un trattamento residenziale a Villa Soranzo*. In: Hinnenthal IM, Cibin M, a cura di. *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina*. Torino: Seed Editore 2011.
- Verheul R, Van Den Brink W, Geerlings P. *A three-pathway psychological model of craving for alcohol*. *Alcohol Alcohol* 1999;34:197-222.



DI COSA STIAMO PARLANDO: ALCUNE DEFINIZIONI

Mauro Cibin, Giampietro Spolaor¹

Dipartimento per le Dipendenze, Azienda Ulss 13 del Veneto, Mirano, Venezia

¹ Villa Soranzo, Tessera, Venezia

Nel presente capitolo si cercherà di fornire sintetiche definizioni di alcuni termini di uso corrente in campo alcolico.

Abuso

Secondo il DSM IV-TR si tratta di una modalità patologica di consumo di sostanze psicoattive che comporta un disagio clinicamente significativo, collegata alla presenza di una (o più) delle seguenti condizioni ricorrenti con varia frequenza nell'arco di 12 mesi, in assenza di una diagnosi di dipendenza: difficoltà a svolgere compiti connessi col proprio ruolo sociale, lavorativo, scolastico; difficoltà di svolgere il proprio ruolo nell'ambito della famiglia; l'assunzione ripetuta della sostanza in situazioni di rischio; il verificarsi di problemi legali correlati; l'uso continuativo della sostanza nonostante persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati dagli effetti della stessa.

In pratica, ciò che distingue l'abuso dalla dipendenza è l'assenza della tolleranza e dell'astinenza. In realtà il termine abuso si presta a numerosi fraintendimenti, legati sia alla difficoltà di differenziarla dalla dipendenza, sia dalla confusione con l'accezione comune del termine abuso, che andrebbe sostituito con "uso a rischio" o "uso problematico".

Alcolisti Anonimi (AA)

Associazione di auto-aiuto, nata nel 1935 negli Stati Uniti e oggi presente in tutto il mondo, che si occupa di sostegno e riabilitazione di alcolodipendenti. L'unico requisito per esserne membri è desiderare di smettere di bere. La partecipazione è gratuita e anonima. Il programma si basa su Dodici Passi, il primo dei quali consiste nell'ammettere la propria impotenza di fronte all'alcol, fino a giungere al dodicesimo che consiste nel trasmettere ad altri il messaggio della possibilità di uscire dalla dipendenza. L'applicazione del metodo di AA in setting professionale viene definito "Minnesota Model" o "Facilitazione ai dodici passi". Alcolisti Anonimi sono diffusi in tutta Italia; indirizzi e orari dei gruppi sono reperibili sul sito www.alcolisti-anonimi.it.

Al-Anon/Alateen

Gruppi di auto-aiuto per familiari e amici di alcolisti e per familiari adolescenti di alcolisti. Utilizzano un programma di dodici passi, simile a quello di AA. Per informazioni www.al-anon.it.

Alcolemia/BAL (Blood Alcohol Level)

Concentrazione di alcol etilico (o etanolo) nel sangue: generalmente espressa in grammi di alcol per litro di sangue.

Alcopops

Bevande alcoliche caratterizzate da sapore dolce, vendute in bottiglie da 300 ml, con una gradazione alcolica intorno al 5%, in genere frizzanti. Chiamati anche *designer drinks* o *ready to drinks*, gli alcopops sono generalmente indirizzate a un mercato giovanile; per questo ruolo di "iniziazione" la loro commercializzazione è stata oggetto di critiche.

Astemio

Persona che non beve alcolici perché non li gradisce o per intolleranza all'alcol o per principi personali.

Astinente

Persona che ha cessato di consumare bevande alcoliche per motivi di salute o per conseguenze negative del bere sperimentate direttamente o indirettamente.

AUDIT

Vedi Test carta e matita

Bere sociale, moderato, responsabile

Termini di uso comune che indicano un uso non problematico di bevande alcoliche; la loro genericità si presta tuttavia a confusioni e fraintendimenti, specie in ambito preventivo e terapeutico.

Binge drinking

Consumo di eccessive quantità di bevande alcoliche – convenzionalmente 6 o più unità alcoliche

per gli uomini, cinque o più per le donne in un'unica occasione.

Club Alcolici Territoriali/Club Alcolisti in Trattamento (CAT)

Associazione di mutuo aiuto, che aggrega le famiglie un cui membro abbia problemi alcol-correlati; si rifanno al metodo ecologico-sociale di Vladimir Hudolin, psichiatra croato. È prevista la presenza di un conduttore (chiamato servitore-insegnante) che ha seguito un corso di formazione organizzato dall'Associazione stessa. La denominazione originale di Club per Alcolisti in Trattamento è stata cambiata nel 2010 in Club Alcolici Territoriali, allo scopo di sottolinearne la *mission* non limitata alla dipendenza da alcol, ma al complesso dei problemi alcol correlati del territorio. Per ulteriori informazioni www.aicat.net.

Consumo a rischio

L'uso di alcol comporta comunque un rischio, per quanto basso, e tale rischio aumenta qualora superi le due Unità Alcoliche per gli uomini (2 bicchieri da 100 cc di vino, o 2 lattine di birra, o unità equivalenti di altre bevande alcoliche) e una Unità Alcolica per le donne. Il rischio aumenta anche sotto i 18 anni e sopra i 65, in gravidanza, allattamento, in situazione di malattia, durante la assunzione di farmaci (in particolare psicofarmaci), compiendo azioni che richiedano attenzione e coordinamento motorio, ad esempio guidare. L'uso di alcol è rischioso anche ove vi sia familiarità per alcolismo e in situazioni di sofferenza psichica, in particolare se correlate a lutti, stress, eventi di vita.

La definizione del livello di rischio connesso al bere alcolici non è dunque una definizione standardizzata, ma deve tener conto delle caratteristiche personali del bevitori e delle circostanze in cui si beve.

Dipartimento per le Dipendenze

Struttura che coordina gli interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi rispetto all'uso di droghe e alcol nel territorio di una ASL. Fanno parte del Dipartimento per le Dipendenze sia Unità Operative della Azienda Sanitaria sia entità afferenti agli enti locali, al privato sociale e al volontariato.

Dipendenze comportamentali

Le dipendenze comportamentali più note e maggiormente indagate sono il gioco d'azzardo patologico (gap), lo shopping compulsivo, la dipendenza da lavoro e da studio, le dipendenze da internet e videogiochi, le dipendenze relazionali (codipendenza). Secondo alcuni autori anche i disturbi alimen-

tari, in particolare la bulimia, rientrano in questa categoria.

Le dipendenze comportamentali presentano importanti somiglianze con i disturbi da uso di sostanze:

- sensazione di impossibilità di resistere all'impulso di mettere in atto il comportamento;
- sensazione crescente di tensione che precede immediatamente l'inizio del comportamento (*craving*);
- piacere e sollievo durante la messa in atto del comportamento;
- persistenza del comportamento nonostante la sua associazione con conseguenze negative e la volontà di interromperlo (perdita di controllo).

Dipendenza da sostanze (Alcol)

Secondo il DSM-IV (Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali, redatto dall'Associazione Psichiatrica Americana, IV edizione) per dipendenza si intende una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione e a disagio clinicamente significativi, come manifestato dalle condizioni seguenti:

- il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato;
- un effetto (tolleranza) notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza;
- la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza (riferirsi ai Criteri A e B dei set di criteri per Astinenza dalle sostanze specifiche);
- la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza;
- la sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;
- desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza;
- una grande quantità di tempo viene spesa nel procurarsi la sostanza (per esempio, recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per esempio, fumando "in catena"), o a riprendersi dai suoi effetti.

L'ICD-10 (Classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, revisione 10, redatta dall'OMS) dà una definizione di dipendenza analoga al DSM-IV.

Doppia diagnosi

Presenza di una condizione di dipendenza da sostanze psicoattive e di un altro disturbo mentale, con implicazioni sia sul piano della valutazione del rapporto tra le due condizioni, sia sul piano istituzio-

nale e della collaborazione tra servizi (servizi per le dipendenze vs. servizi di salute mentale).

Intervento breve

Strategia di informazione del bevitore a rischio con lo scopo di modificare il consumo di alcol. L'intervento breve si basa sul presupposto che interventi minimali condotti su un gran numero di bevitori sono in grado di modificare i comportamenti a rischio. L'intervento breve comprende:

- identificare le abitudini alcoliche e definire il rischio alcol correlato (utile la somministrazione dell'AUDIT);
- comunicare il rischio;
- fornire informazioni;
- definire obiettivi.

Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati

Legge n. 125, approvata il 30 marzo 2001: rappresenta una disciplina complessiva in materia di alcol e di problemi alcol-correlati.

Marcatori di laboratorio

Indicatori di consumo alcolico:

- Volume Cellulare Medio (VCM);
- gamma GT;
- AST/ALT;
- transferrina desialata (CDT)

Questi marcatori sono in grado di rilevare consumi di alcol elevati per periodi prolungati; l'etilglucuronide (ETG) urinario è utile per rilevare episodi di intossicazione acuta, a distanza di alcuni giorni.

Programma residenziale alcolico/riabilitazione alcolica

Programmi residenziali collocati in ospedali riabilitativi o comunità terapeutiche, della durata di 1-3 mesi. Oltre alla disintossicazione e alle cure mediche, nel corso della degenza vengono effettuati i seguenti interventi:

- inquadramento diagnostico (particolarmente importante la diagnosi psichiatrica in condizioni di astinenza);
- motivazione al cambiamento;
- prevenzione della ricaduta;
- interventi "postraumatici" di sblocco emotivo e corporeo;
- partecipazione ai gruppi di auto-aiuto;
- individuazione del programma terapeutico sul territorio (*aftercare*).

Polidipendenza

Dipendenza da più di una sostanza psicoattiva da

parte di uno stesso soggetto (da bevande alcoliche e da altre sostanze legali e illegali, come droghe, farmaci, stimolanti, ecc.). Spesso le polidipendenze si organizzano in circuiti di automantenimento stabili, come ad esempio nel caso di alcol/cocaina: in questi casi l'intervento su una sostanza, di solito l'alcol, influenza anche l'uso dell'altra.

Prevenzione delle ricadute (Relapse Prevention, RP)

Insieme di interventi psicologici e farmacologici miranti a rafforzare la astensione dalle sostanze e la capacità di gestire le ricadute. Un aspetto specifico della RP è l'intervento psicobiologico sul *craving*.

Ser.T. (o Ser.D.)

Servizi presenti in tutte le ASL, istituiti per la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di dipendenza e dotati di équipe multiprofessionali (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori). In genere opera in rapporto con strutture di ricovero o di riabilitazione (Comunità Terapeutiche). Le sue attività possono comprendere anche azioni di prevenzione e di promozione della salute nel contesto del territorio.

Servizio di alcolgia

Servizio ambulatoriale (in genere collocato nell'ambito di un Dipartimento per le Dipendenze), che si occupa di accoglienza, diagnosi e trattamento dei soggetti che presentano problemi alcol correlati, oltreché di sensibilizzazione e prevenzione sul territorio.

Sindrome da astinenza alcolica

Si manifesta con tremori, ansia, irritabilità, nausea, vomito. Compare dopo poche ore dalla cessazione del bere e dura 3-5 giorni; se non riconosciuta, può aggravarsi fino a portare al *delirium tremens* e, in alcuni casi, alla morte.

Sindrome feto-alcolica (FAS)

La FAS è un insieme di disturbi (ritardo di crescita, alterazioni morfologiche del cranio, alterazioni cognitive) che si possono manifestare nei figli di donne che hanno fatto uso di alcol durante la gravidanza. Non essendo definita una soglia sotto la quale non si verifica danno per il feto, si raccomanda di non consumare bevande alcoliche in gravidanza.

Sostanza psicoattiva

Sostanza chimica, farmacologicamente attiva e dotata di azione psicotropa, ovvero capace di alterare l'attività mentale; in grado di indurre, in diverso gra-

do, fenomeni di dipendenza e tolleranza. Sia l'alcol che la nicotina che le benzodiazepine da questo punto di vista sono sostanze psicoattive.

Test carta e matita

Esiste una vasta gamma di test cartacei finalizzati a identificare l'uso a rischio di alcol e i problemi alcol correlati (Cage, Mast, Malt, Fast, ecc.). Il più utilizzato nel setting della Medicina Generale è l'AUDIT. Esso è costituito da 10 domande che coprono i tre campi del consumo di alcol: rischioso, dannoso e alcol dipendenza. Le prime tre domande dell'AUDIT riguardano specificamente il consumo di alcol e possono essere usate da sole come ausilio alla raccolta anamnestica (AUDIT C).

Unità Alcolica

La quantità di alcol grossomodo contenuta in un bicchiere di vino (125 ml a 11,5 gradi), 300 ml di birra a 4,5 gradi, una dose da bar (40 ml) di superalcolici e corrispondente a circa 10 g di alcol.

Bibliografia di riferimento

- Guida utile all'identificazione e alla diagnosi dei problemi alcol relati.* www.sia.dfc.unifi.it/guida-diagn-alcol.pdf
- Bartoli G, Scafato E, Patussi V, et al. *Il ruolo del medico di medicina generale nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati. Gli strumenti per l'identificazione precoce e l'intervento breve nei confronti del bere a rischio.* *Alcologia* 2002;14:109-17.
- Cibin M, Mazzi M, Rampazzo L, et al. *L'alcologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale.* www.dronet.org
- Hinnenthal I, Cibin M. *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina: il modello Soranzo.* Torino: SEED Editore 2011.
- Osservatorio Permanente Giovani e Alcol. *Glossario di Alcologia.* Roma, ottobre 2011 – www.alcol.net
- Scafato E, Gandin C, Patussi V. *L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve.* Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS – www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/fascicolo3.pdf

I disturbi da uso di alcol affliggono circa il 10% della popolazione mondiale e rappresentano, rispettivamente il 3,8 e il 4,6% di tutte le cause di morte e di tutte le cause di malattia nel mondo (Schuckit, 2009). Gli obiettivi del trattamento della dipendenza da alcol sono il mantenimento della completa astinenza e il recupero delle capacità psicofisiche e sociali. L'intervento, abitualmente multi professionale, si avvale dei seguenti strumenti: a) terapia farmacologica; b) counselling motivazionale e di prevenzione della ricaduta; c) gruppi di auto-aiuto. Il trattamento farmacologico riguarda specificamente l'intossicazione acuta alcolica, la sindrome da astinenza da alcol e il mantenimento dell'astinenza da bevande alcoliche.

Mentre il ruolo del MMG nell'intervento sugli stili di vita a rischio e, tra essi, sull'uso di alcol, appare consolidato, le acquisizioni rispetto al trattamento dell'alcolismo e l'introduzione nella farmacopea italiana di farmaci assai maneggevoli permettono di delineare meglio un intervento su questa patologia nel setting del MMG.

Trattamento dell'intossicazione acuta alcolica

L'intossicazione alcolica acuta è una condizione intercorrente, potenzialmente transitoria che consegue all'assunzione di una notevole quantità di bevande alcoliche. In questa condizione, è necessario monitorare le funzioni vitali, eseguire un esame obiettivo neurologico accurato, ricercare tracce di traumi recenti e, se necessario, determinare i livelli alcolemici. Se ci troviamo a fronteggiare un quadro di *intossicazione acuta lieve/moderata* (alcolemia < 1 g/l) non è necessario nessun farmaco, ma è sufficiente somministrare liquidi e osservare il paziente per eventuale comparsa di sintomi d'astinenza. In caso di *intossicazione acuta grave* (condizione *comatosa/semicomatosa*) (alcolemia > 1 g/l) è necessario l'intervento ospedaliero, allo scopo di effettuare, ove necessario, la lavanda gastrica (entro due ore dal consumo di una notevole quantità di alcol), supportare meccanicamente la ventilazione, correggere l'eventuale ipoglicemia, gli squilibri idroelettrolitici e l'equilibrio acido-base.

Possono essere utilizzati farmaci in grado di ridurre l'alcolemia e l'acetaldemia, quali metadoxina, glutatione ridotto, S-adenosilmetionina, (Vonghia et al., 2008; Shpilenya et al., 2002).

Trattamento della sindrome da astinenza da alcol

Quando un soggetto alcolista riduce o sospende bruscamente il consumo di alcol, può comparire, entro 6-12 ore dall'ultima assunzione, la *sindrome d'astinenza da alcol* (SAA). Traumi, stress, infezioni intercorrenti e malnutrizione, ma anche un trattamento farmacologico non adeguato, possono far progredire la SAA verso la sua complicità più drammatica, il *delirium tremens* (DT) (Mayo-Smith et al., 2004). Fino a qualche anno fa la mortalità per DT era pari al 15%; dopo l'avvento dei farmaci specifici la mortalità si è ridotta a non più dell'1%. L'intervento farmacologico si basa sulla valutazione della reale necessità di trattamento e su ripetuti controlli clinici che pongano l'indicazione o meno a proseguire la terapia. La sorveglianza si avvale dell'impiego di una scala denominata CIWA-Ar (*Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale*) (Sullivan et al., 1989) che permette di identificare due categorie di SAA:

- 1) SAA lieve (CIWA-Ar < 8-10 punti): il paziente non necessita di terapia farmacologica, ma di monitoraggio dei sintomi astinenziali;
- 2) SAA di intensità moderata/grave (CIWA-Ar > 10 punti): il paziente va idratato e trattato con idonea terapia farmacologica anti-astinenziale.

Esistono due modalità di trattamento farmacologico della SAA: al bisogno (all'insorgenza del sintomo) o con schema predefinito (Tab. I); in quest'ultimo caso è necessario iniziare la riduzione del dosaggio delle benzodiazepine in 4^a giornata, diminuendo la posologia del 25% ogni 24 ore.

Le BDZ sono considerate i farmaci di prima scelta nel trattamento della SAA (Mayo-Smith et al., 2004; Amato et al. 2011). Qualora le BDZ a dosaggio pieno non assicurino la completa risoluzione della SAA, è possibile associare neurolettici, clonidina o atenololo, anticonvulsivanti.

Il sodio oxibato (SO) risulta essere efficace nella ri-

soluzione della SAA e possiede una maggiore velocità rispetto al diazepam nel sopprimere alcuni dei sintomi quali ansia, agitazione e depressione (Adolorato et al., 2009; Nava et al., 2007). Il dosaggio di SO comunemente utilizzato nel trattamento della SAA è di 50-100 mg/kg/die ogni 4-6 ore per 3-7 giorni. Una recente analisi Cochrane ha tuttavia evidenziato come non sia, al momento, ancora possibile fornire sufficienti dati a favore o contro il SO rispetto alle BDZ per il trattamento della SAA (Leone et al., 2010); inoltre, non va sottovalutato il vantaggio dato dalla possibilità di utilizzare il SO in mantenimento sia nel trattamento dell'astinenza che del *craving*.

Il mantenimento dell'astinenza dall'alcol

Il mantenimento nel tempo dell'astinenza dall'alcol richiede una serie di interventi sia di tipo farmacologico che psicologico tendenti ad aumentare la capacità del paziente a fronteggiare la ricaduta (prevenzione della ricaduta – *relapse prevention* – RP). L'intervento di prevenzione della ricaduta consiste nell'agevolare il paziente a individuare i propri processi di ricaduta, in particolare le situazioni ad alto rischio e a elaborare strategie di fronteggiamento. In un contesto di questo tipo, la ricaduta va considerata un elemento quasi inevitabile del processo, che va recuperata ed esaminata per "imparare dall'errore". Va, dunque, evitato qualunque atteggiamento sanzionatorio della ricaduta stessa, quale per esempio l'allontanamento del paziente dal trattamento.

Un aspetto fondamentale della prevenzione della ricaduta è la gestione del *craving*, basata sull'accoppiamento di strumenti farmacologici e psicologici.

Per *craving* o appetizione patologica si intende il desiderio irrefrenabile di assumere una sostanza, desiderio che, se non soddisfatto, provoca sofferenza fisica e psichica, accompagnata da astenia, anoressia, ansia e insonnia, irritabilità, aggressività, depressione o iper-attività. Sino ad alcuni anni fa il *craving* era erroneamente considerato un sintomo della SAA; in realtà, si è visto che la "compulsione" che caratterizza l'alcolismo può comparire dopo anni di astinenza e viene tipicamente scatenata dalla prima assunzione della sostanza o, comunque, da situazioni associate all'uso di alcol. Un'efficace descrizione del *craving* è riportata da Olivier Ameisen (2010) nel libro "L'ultimo bicchiere": l'autore, un medico con una grave forma di alcolismo, descrive come il fortissimo *craving* avesse reso vani i numerosi interventi "tradizionali", interventi divenuti, invece, efficaci dopo la diminuzione del sintomo attraverso un trattamento farmacologico.

La valutazione del *craving* si può effettuare tramite strumenti che affinano e standardizzano l'impressione clinica. Il più semplice è la Scala Analogica Visuale (VAS), che è una linea dove si chiede al paziente di segnare a che livello si trova il suo *craving*; questa procedura può essere ripetuta nel tempo e dare un'idea dell'evoluzione della situazione e, quindi, dell'effetto della farmacoterapia anti-*craving*. Un altro strumento molto utile è il diario del *craving*, in cui si chiede al paziente di segnare il livello di *craving* nel corso della giornata, accanto alle circostanze in cui nasce e si esaurisce e le strategie applicate per gestirlo.

Il trattamento del *craving* si basa su farmaci anti-*craving* e sull'acquisizione di strumenti personali (Cibin, 2010). La struttura del counselling sul *craving* è descritta nella Tabella II.

TABELLA I.

La tabella illustra le due possibilità di trattamento della SAA: trattamento all'insorgenza del sintomo; trattamento con schema terapeutico predefinito.

<p>Trattamento all'insorgenza del sintomo (CIWA-Ar > 8-10 punti)</p>	<p>CIWA-Ar ogni ora: clordiazepossido: 50-100 mg per os diazepam: 10-20 mg per os o e.v. lorazepam: 2-4 mg per o e.v. o i.m.</p>
<p>Trattamento con schema terapeutico predefinito (CIWA-Ar > 8-10 punti)</p>	<p>Clordiazepossido: 50 mg per os ogni 6 ore il 1° giorno, poi 25 mg ogni 6 ore il 2° e 3° giorno Diazepam: 10 mg per os o e.v. ogni 6 ore il 1° giorno, poi 5 mg ogni 6 ore il 2° e 3° giorno Lorazepam: 2 mg per os o e.v. o i.m. ogni 6 ore il 1° giorno, poi 1 mg ogni 6 ore il 2° e 3° giorno Diminuire la posologia di bdz del 25% ogni 24 ore Sodio oxibato: 50-100 mg/kg in 4-6 somministrazioni per 3-7 giorni</p>

Il primo obiettivo è che il paziente sappia cos'è il *craving* e che sia in grado di identificarlo correttamente. In questa fase si può ricorrere ad esempi scientifici semplici quali la risposta condizionata e l'estinzione pavloviana; è importante sottolineare il carattere intermittente del *craving*: se si riesce ad aspettare, passa da solo. Si chiede, poi, al paziente di descrivere il suo *craving*: come si manifesta, quando sopraggiunge, quanto dura, dove si colloca nel corpo, a cos'è associato, come scompare e come si identificano le situazioni scatenanti anche utilizzando il diario del *craving* come "compito per casa". Si sviluppano, quindi, alcune strategie per affrontare il *craving*: distrarsi (se riesci a guadagnare tempo passa da solo), parlarne, accettarlo (non combattere il desiderio ma cercare di focalizzarlo, di definirlo accettando che c'è e che passerà), concentrarsi sul corpo (cercare di definire le sensazioni corporee legate al *craving*, identificare "dove lo sento"). Alcuni recenti studi hanno evidenziato l'efficacia della meditazione (*mindfulness*) come strategia anti-*craving* e di prevenzione della ricaduta (Tomas, 2011).

Gli aspetti corporei sono molto importanti; nel corso di una crisi di *craving* è poco utile parlare col paziente, è più utile agire sul corpo: rilassamento, ipnosi, bioenergetica, Yoga; perfino l'esame obiettivo durante la visita medica può essere efficace per interrompere la crisi di *craving*. Per quanto riguarda la gestione della farmaco-terapia, è molto importante stimolare l'acquisizione da parte del paziente

di un ruolo attivo: fornire accurate informazioni sul farmaco che si intende utilizzare, motivare la scelta di quel farmaco a quel dosaggio, in quelle condizioni (ad esempio la scelta di affidare la somministrazione a una persona di fiducia), stimolare il paziente a osservarne gli effetti e a suggerire modificazioni, individuare situazioni in cui la farmaco-terapia si è rivelata particolarmente utile (ad esempio, situazioni ad alto rischio superate grazie alla copertura farmacologica). In questo modo il paziente acquisirà sempre maggiore competenza nella gestione del farmaco, permettendone così un utilizzo più efficace e sempre più mirato sulle situazioni a rischio (Cibin, 2011).

Terapia farmacologica della dipendenza da alcol

La terapia farmacologica della dipendenza da alcol si avvale di numerosi farmaci specifici; alcuni di essi sono approvati per tale scopo già da diversi anni (Tab. III), mentre altri necessitano di ulteriori conferme cliniche.

Disulfiram

Le fasi iniziali del metabolismo dell'etanolo sono la sua conversione ad acetaldeide a opera dell'enzima alcol-deidrogenasi e di questa ad acetato per effetto dell'enzima aldeide-deidrogenasi. Questi passaggi metabolici avvengono molto rapidamente e non si determina accumulo di acetaldeide. Il disulfiram (DF) inibisce l'azione dell'enzima aldeide-deidrogenasi, causando un accumulo di acetaldeide capace di determinare un corteo sintomatologico chiamato *sindrome da acetaldeide* caratterizzata da: sensazione di calore intenso al volto, al collo e al tronco con "rush" cutaneo di colore violaceo, tachicardia, ipertensione, nausea, vomito, diarrea, cefalea, difficoltà respiratorie e alterazioni ECG-grafiche. Le manifestazioni cliniche da accumulo di acetaldeide compaiono 5-15 minuti dopo l'assunzione di alcol e possono durare da 30 minuti fino ad alcune ore. La consapevolezza del rischio di comparsa dei sintomi da accumulo di acetaldeide funge da deterrente per l'assunzione di alcol. Studi clinici controllati hanno confermato una moderata efficacia del DF rispetto all'astinenza a breve termine e alla quantità di alcol assunta; l'efficacia aumenta ove il trattamento sia "supervisionato" (cioè l'effettiva assunzione sia controllata da familiari, personale sanitario o all'interno di gruppi di trattamento (Krampe e Ehrenreich, 2010; Jørgensen et al., 2011).

Il DF inibisce il metabolismo di molti farmaci, quali anticoagulanti, fenitoina e isoniazide, accentuandone attività e tossicità. Il suo utilizzo è controindicato in presenza di epatopatia severa, gravidanza e

TABELLA II.

Come affrontare il *craving*.

Cosa è il <i>craving</i>
Descrivere il <i>craving</i>
Come si manifesta
Quando viene
Quanto dura
A cosa è associato
Identificare le cause scatenanti
Affrontare il <i>craving</i>
Distrarsi
Parlare del desiderio
Accettare il desiderio
Concentrarsi sul corpo
<i>Mindfulness</i>
Gestire la farmaco-terapia
Homework: il diario del <i>craving</i>

TABELLA III.

Farmaci indicati per il mantenimento dell'astinenza dall'alcol.

Meccanismo d'azione	Principio attivo	Dosaggio
Interdizione-avversione	Disulfiram	800-1.200 mg/die fino al 4° giorno, poi 400 mg/die dal 5° al 7° giorno, poi 200 mg/die per 5-6 mesi
Anti-craving/anti-ricaduta	Acamprosato	1,3-2 g/die per os in 3 somministrazioni giornaliere, per 12 mesi
	Naltrexone	50-100 mg/die, per 3-6 mesi
	Sodio oxibato	50-75 mg/kg/die ogni 8 ore per 3-12 mesi

cardiopatia ischemica. Il DF può causare epatite; pertanto, è bene predisporre controlli degli enzimi di epatocitocrosi almeno ogni 3 mesi. Infine, un trattamento per un periodo superiore ai 6 mesi può causare neuropatie periferiche. La terapia con DF può essere iniziata solo se il soggetto risulta astinente da alcol da almeno 12 ore, con un dosaggio di 800-1.200 mg/die per i primi 3-4 giorni continuando, poi, con 400 mg/die fino alla 7^a giornata compresa; in seguito, ridurre il dosaggio a 200 mg/die mantenendolo per non più di 5-6 mesi. Il trattamento è ripetibile dopo un periodo di sospensione di 30-40 giorni.

Sodio oxibato

Il SO è un metabolita dell'acido gamma-aminobutirrico, dotato di funzioni di neurotrasmettitore e di neuromodulatore. Gli effetti del SO sarebbero determinati dalla sua azione GABA_B-ergica; il SO è anche in grado di interferire con l'attività cerebrale di dopamina, serotonina, acetilcolina e degli oppioidi, producendo effetti "alcol-mimetici". Una recente revisione Cochrane ha mostrato che il SO presenta un miglior effetto nel mantenimento dell'astinenza da alcol rispetto al naltrexone (NTX) e al DF a 3-12 mesi (Leone et al., 2010). Questi dati vanno considerati alla luce dei rischi connessi allo sviluppo di *craving* ed episodi di abuso per il SO suggerendo lo stretto monitoraggio clinico durante la somministrazione di questa molecola, in particolare in alcolisti con poli-dipendenza da cocaina e oppiacei (Caputo et al., 2009) e comorbidità psichiatrica con disturbo borderline di personalità (Caputo et al., 2011). Tuttavia, le comuni dosi terapeutiche di SO non creano dipendenza e, conseguentemente, il paziente non manifesta sintomi d'astinenza all'interruzione del trattamento (Addolorato et al., 2005). Infine, come sottolineato da due autorevoli autori anglosassoni, in una condizione clinica come i disturbi da uso di

alcol dove le attuali terapie farmacologiche risultano efficaci solo in una parte dei pazienti e dove è documentata un'alta morbilità e mortalità, l'utilizzo di molecole sostitutive può considerarsi una opportunità terapeutica vantaggiosa (Chick e Nutt, 2012). Circa il 30% dei pazienti trattati con SO ne sperimenta gli effetti collaterali, rappresentati da vertigini, sedazione e astenia. Tali manifestazioni non richiedono, in genere, la sospensione del trattamento, in quanto la vertigine scompare spontaneamente già dopo le prime somministrazioni, mentre sedazione e astenia scompaiono in 2-3 settimane. Le dosi consigliate e la durata del trattamento con SO sono le seguenti: 50-75 mg/kg/die per os suddivisi in 3-6 somministrazioni per 3-12 mesi; nei casi resistenti, un ulteriore frazionamento del dosaggio può essere utile (Addolorato et al., 1998).

Acamprosato

L'acamprosato (ACM) o N-acetil omotaurina, è un modulatore recettoriale approvato come trattamento farmacologico per la dipendenza da alcol che agisce attraverso il ripristino di un alterato equilibrio tra i neurotrasmettitori eccitatori e quelli inibitori (glutammato e gamma-aminobutirrico, rispettivamente) presente nei pazienti alcolisti. L'effetto anti-*craving* e la capacità di questa molecola di mantenere l'astinenza è comprovato da consistenti evidenze (Rugani et al., 2011). Vi è inoltre un effetto di neuroprotezione che si esplica attraverso un'attività di agonista parziale sul recettore N-metil-D-aspartato del glutammato con conseguente normalizzazione dell'ipertonio glutammatergico e una successiva riduzione dell'eccessiva entrata di ioni calcio intracellulari.

Una revisione Cochrane della letteratura, con inclusione di 24 trial randomizzati in doppio cieco (6.915 pazienti, Rosner et al., 2011) e una meta analisi di 17 studi clinici controllati (4.087 pazienti) hanno

confermato che l'ACM è superiore al placebo nel mantenimento dell'astinenza a 6 e 12 mesi (Mann et al., 2004), evidenziando inoltre la stessa efficacia in entrambi i sessi e una buona compliance e ritenzione in terapia dei pazienti trattati col farmaco attivo (Mason et al., 2012). L'ACM, inoltre, migliora i disturbi del sonno, assai frequenti nei pazienti alcolisti (Staner et al., 2006) e il suo ottimo profilo di sicurezza ne consente una maneggevolezza terapeutica anche in pazienti con alterazioni dei parametri biochimici epatici, dovuta alla eliminazione renale della molecola. L'uso pertanto risulta sconsigliato in pazienti affetti da insufficienza renale di grado moderato-severo. Da una recente analisi dei dati di sicurezza clinica è emerso che l'unico effetto indesiderato riportato in maniera regolare nei vari studi è la diarrea (legata all'effetto osmotico del farmaco) (Rosenthal et al., 2008), di solito transitoria. L'ACM non produce tolleranza o dipendenza; l'uso contemporaneo di alcol non ha effetti sulla farmacocinetica. Le dosi consigliate e la durata del trattamento sono di 1,3 g/die (pazienti con peso < 60 kg) e 2 g/die (pazienti con peso > 60 kg) per os suddivisi in 3 somministrazioni giornaliere, per un periodo di 1 anno.

Naltrexone

Il NTX presenta un'azione antagonista sui recettori *mu* degli oppioidi e ne riduce il rinforzo positivo, cioè gli effetti piacevoli e il *craving* per l'alcol. L'effetto è prodotto dalla riduzione del rilascio di dopamina nel *nucleus accumbens* localizzato nell'area del tegmento ventrale del sistema limbico. Pazienti alcolisti che continuano a bere durante trattamento con NTX riferiscono di essere meno propensi ad assumere grandi quantità di alcol. Il NTX riduce il *craving* per l'alcol non solo nei pazienti alcolisti, ma anche nei bevitori "sociali". Numerosi studi controllati in doppio cieco verso placebo ne hanno dimostrato l'efficacia, soprattutto se il farmaco viene associato a trattamenti psico-sociali. Infatti, il trattamento a medio termine con NTX riduce del 36% le ricadute e del 13% la probabilità di riprendere ad assumere bevande alcoliche (Rosner et al., 2010). I più comuni effetti collaterali sono cefalea, nausea, dispepsia, anoressia, ansia e sedazione. Dosi giornaliere di 300 mg di NTX possono provocare epato-tossicità (epatite) che, invece, si riscontra raramente alle dosi usuali di 50-100 mg/die.

Farmaci non ancora approvati per il trattamento della dipendenza alcolica

Negli ultimi anni sono state condotte numerose ricerche (tra le quali molte in Italia) sul tema del

trattamento farmacologico dell'alcolismo (Nava et al., 2010); oltre ai farmaci già riportati, il cui uso nella clinica è consolidato, vi sono alcune molecole promettenti, che, tuttavia, necessitano di ulteriori conferme.

Baclofene

Il baclofene, derivato del GABA con effetto miorilassante, agisce come potente agonista sui recettori GABA_B e, quindi, con potenziale azione come farmaco anti-*craving*. I dati dalle ricerche cliniche rimangono tuttavia controversi (Addolorato e Leggio, 2010; Addolorato et al. 2011, Garbutt et al. 2010).

Topiramato

L'azione anti-*craving* del topiramato sembra sia riconducibile all'inibizione del rinforzo positivo indotto dall'alcol attraverso la facilitazione dell'attività GABA-ergica e l'inibizione dell'attività glutammato-ergica.

Ondansetrone

Trattasi di molecola antagonista dei recettori 5-HT₃ della serotonina e agisce bloccando il rilascio di dopamina a livello del *nucleus accumbens*.

Nalmefene

Antagonista dei recettori *mu* e *k* degli oppioidi, proposto in alternativa al NTX (Rosner et al., 2010).

Terapia farmacologia combinata

Alcuni studi clinici sono stati implementati negli ultimi anni al fine di indagare la presenza di un possibile effetto addizionale o sinergico dei farmaci comunemente utilizzati per il trattamento dell'alcol-dipendenza.

Il controverso studio Combine (Anton et al., 2006) ha mostrato una leggera superiorità della associazione ACM/NTX rispetto a ACM solo e placebo.

Caputo et al. (2007) riportano che la combinazione farmacologia tra SO e NTX risulta significativamente superiore rispetto alle due molecole utilizzate singolarmente nel mantenimento della completa astinenza da alcol nei soggetti trattati.

Un altro studio italiano mostra che circa il 60% dei pazienti non rispondenti alla mono-terapia con SO e sottoposti a trattamento combinato di DF e SO raggiunge la completa astinenza dall'alcol (Maremani et al., 2011).

Verso il futuro: la terapia farmacologica individualizzata

La dipendenza da alcol è un disordine eterogeneo; i dati di Verheul et al. (1999), le tipologie di Lesch (1996) e la classificazione di Cloninger (1987) evi-

denziano come esistano diversi sottotipi di pazienti alcol-dipendenti. Pertanto, parlare di una terapia univoca per il trattamento dell'alcol-dipendenza risulta riduttivo, in quanto differenti sottogruppi di pazienti possono beneficiare di terapie diverse (Addolorato et al., 2005).

Diventa necessario definire una terapia per quanto possibile personalizzata per ogni paziente, allo scopo di ottimizzare la risposta al trattamento (Caputo e Bernardi, 2010). Dati recenti evidenziano che tale obiettivo può essere raggiunto con la valutazione delle diverse tipologie, ma anche attraverso lo studio della variabilità genetica del paziente e della conseguente risposta ai farmaci (Oslin et al., 2003) e appare, quindi, sempre più evidente l'importanza degli studi di farmacogenomica.

Conclusioni

Gli obiettivi del trattamento della dipendenza da alcol sono il mantenimento della completa astinenza e il recupero delle capacità psicofisiche e sociali; il raggiungimento di tali obiettivi avviene tramite il trattamento dell'intossicazione acuta e della sindrome di astinenza, ma soprattutto attraverso interventi di prevenzione della ricaduta.

Un semplice ma efficace "pacchetto" di strumenti terapeutici utilizzabile nel setting della Medicina Generale, in collaborazione con lo specialista, comprende:

- counseling motivazionale e di prevenzione della ricaduta;
- farmacoterapia;
- invio ai gruppi di auto-aiuto (con i familiari).

L'introduzione nella farmacopea italiana di farmaci sicuri e maneggevoli facilita il coinvolgimento del MMG nel trattamento dell'alcolismo.

Bibliografia di riferimento

Addolorato G, Cibin M, Capristo E, et al. *Maintaining abstinence from alcohol with gamma-hydroxybutyric acid*. Lancet 1998a;351:38.

Addolorato G, Cibin M, Caputo F, et al. *Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcoholism: dosage fractioning utility in non-responder alcoholic patients*. Drug Alcohol Depend 1998b;53:7-10.

Addolorato G, Abenavoli L, Leggio L, et al. *How many cravings? Pharmacological aspects of craving treatment in alcohol addiction: a review*. Neuropsychobiology 2005;51:59-66.

Addolorato G, Caputo F, Leggio L, et al. *Gamma hydroxybutyric acid (GHB) withdrawal does not occur at therapeutic dosage*. Drug Alcohol Depend 2005;77:209.

Addolorato G, Leggio L. *Safety and efficacy of baclofen in the treatment of alcohol-dependent patients*. Curr Pharm Des 2010;16:2113-7.

Addolorato G, Leggio L, Ferrulli A, et al. *The therapeutic potential of gamma-hydroxybutyric acid for alcohol dependence: balancing the risks and benefits. A focus on clinical data*. Expert Opin Investig Drugs 2009;18:1-12.

Addolorato G, Leggio L, Ferrulli A, et al.; The Baclofen Study Group. *Dose-response effect of baclofen in reducing daily alcohol intake in alcohol dependence: secondary analysis of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial*. Alcohol Alcohol 2011;46:312-7.

Addolorato G, Leggio L, Ferrulli A, et al. *Effectiveness and safety of baclofen for maintenance of alcohol abstinence in alcohol-dependent patients with liver cirrhosis: randomised, double-blind controlled study*. Lancet 2007;370:1915-22.

Amato L, Minozzi S, Davoli M. *Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome*. Cochrane Database Syst Rev 2011;(6):CD008537.

Amato L, Minozzi S, Vecchi S, et al. *Benzodiazepines for alcohol withdrawal*. Cochrane Database Syst Rev 2010;(17):CD005063.

Anton RF, O'malley SS, Ciraulo DA, et al.; Combine Study Research Group. *Combine pharmacotherapies and behavioural intervention for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled study*. JAMA 2006;295:2003-17.

Caputo F, Addolorato G, Stoppo M, et al. *Comparing and combining gamma-hydroxybutyric acid (GHB) and naltrexone in maintaining abstinence from alcohol: an open randomised comparative study*. Eur Neuropsychopharmacol 2007;17:781-9.

Caputo F, Bernardi M. *Medications acting on the GABA system in the treatment of alcoholic patients*. Curr Pharm Des 2010;16:2118-25.

Caputo F, Francini S, Brambilla R, et al. *Sodium oxybate in maintaining alcohol abstinence in alcoholic patients with and without psychiatric comorbidity*. Eur Neuropsychopharmacol 2011;21:450-6.

Caputo F, Francini S, Stoppo M, et al. *Incidence of craving for and abuse of gamma-hydroxybutyric acid (GHB) in different populations of treated alcoholics: an open comparative study*. J Psychopharmacol 2009;23:883-90.

Cerizza G, Cibin M, Hinnenthal I, et al. *La Residenza Riabilitativa Alcolologica come opportunità terapeutica*. Mission 2008;27:27-31.

Chick J, Nutt DJ. *Substitution therapy for alcoholism: time for a reappraisal?* J Psychopharmacol 2012;26:205-12.

- Cibin M. *Craving: valutazione e prevenzione della ricaduta*. In: Ceccanti M, Maremmani I, Cibin M, et al., a cura di. *Craving*. Bologna: CLUEB 2010.
- Cibin M. *Psicobiologia del craving*. In: Hinnenthal I, Cibin M, a cura di. *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina: il modello Soranzo*. Torino: SEED 2011.
- Cloninger CR. *Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism*. Science 1987;236:410-6.
- De Witte P, Littleton J, Parot P, et al. *Neuroprotective and abstinence-promoting effects of acamprosate: elucidating the mechanism of action*. CNS Drugs 2005;19:517-37.
- Garbutt JC, Kampov-Polevoy AB, Gallop R, et al. *Efficacy and safety of baclofen for alcohol dependence. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial*. Alcohol Clin Exp Res 2010;34:1849-57.
- Jørgensen CH, Pedersen B, Tønnesen H. *The efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol use disorder*. Alcohol Clin Exp Res 2011;35:1749-58.
- Kamerow DB, Pincus HA, Macdonald DI. *Alcohol abuse, other drug abuse, and mental disorders in medical practice. Prevalence, costs, recognition, and treatment*. JAMA 1986;255:2054-7.
- Krampe H, Ehrenreich H. *Supervised disulfiram as adjunct to psychotherapy in alcoholism treatment*. Curr Pharm Des 2010;16:2076-90.
- Incorporating alcohol pharmacotherapies into medical practice*. Rockville: Center for Substance Abuse Treatment 2009 – www.samhsa.gov
- Leone MA, Vigna-Taglianti F, Avanzi G, et al. *Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses*. Cochrane Database Syst Rev 2010;(2):CD006266.
- Lesch OM, Walter H. *Subtypes of alcoholism and their role in therapy*. Alcohol Alcohol 1996;31:63-7.
- Mann K, Leher P, Morgan MY. *The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: results of a meta-analysis*. Alcohol Clin Exp Res 2004;28:51-63.
- Maremmani AG, Pani PP, Rovai L, et al. *Long-term γ -hydroxybutyric acid (GHB) and disulfiram combination therapy in GHB treatment-resistant chronic alcoholics*. Int J Environ Res Public Health 2011;8:2816-27.
- Mason BJ, Leher P. *Acamprosate for alcohol dependence: a sex-specific meta-analysis based on individual patient data*. Alcohol Clin Exp Res 2012;36:497-508.
- Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer T, et al.; for the Working Group and Management of Alcohol Withdrawal Delirium, Practice Guidelines Committee, American Society of Addiction Medicine. *Management of alcohol withdrawal delirium: an evidence-based practice guideline*. Arch Intern Med 2004;164:1405-12.
- Nava F, Premi S, Manzato E, et al. *Gamma-hydroxybutyrate reduces both withdrawal syndrome and hypercortisolism in severe abstinent alcoholics: an open study vs. diazepam*. Am J Drug Alcohol Abuse 2007;33:379-92.
- Nava F, Vendramin A, Manzato E, et al. *New frontiers in alcoholism and addiction treatment*. Recent Pat CNS Drug Discov 2010;5:81-94.
- Oslin DW, Berrettini W, Kranzler HR, et al. *A functional polymorphism of the mu-opioid receptor gene is associated with naltrexone response in alcohol-dependent patients*. Neuropsychopharmacology 2003;28:1546-52.
- Rosenthal RN, Gage A, Perhach JL, et al. *Acamprosate: safety and tolerability in the treatment of alcohol dependence*. J Addict Med 2008;2:40-50.
- Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, et al. *Acamprosate for alcohol dependence*. Cochrane Database Syst Rev 2010;(8):CD004332.
- Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, et al. *Opioid antagonists for alcohol dependence*. Cochrane Database Syst Rev 2010;(8):CD001867.
- Rugani F, Pacini M, Bacciardi S, et al. *Modalità vecchie e nuove nell'utilizzo dell'acamprosato*. MDD-Medicina delle dipendenze 2011;1:59-62.
- Saivin S, Hulot T, Chabac S, et al. *Clinical pharmacokinetics of acamprosate*. Clin Pharmacokinetics 1998;35:331-45.
- Schuckit MA. *Alcohol-use disorders*. Lancet 2009;373:492-501.
- Shpilny LS, Muzychenko AP, Gasbarrini G, et al. *Metadoxine in acute alcohol intoxication: a double-blind, randomized, placebo-controlled study*. Alcohol Clin Exp Res 2002;26:340-6.
- Soyka M, Rösner S. *Nalmefene for treatment of alcohol dependence*. Expert Opin Investig Drugs 2010;19:1451-9.
- Staner L, Boeijinga P, Danel T, et al. *Effects of acamprosate on sleep during alcohol withdrawal: a double-blind placebo-controlled polysomnographic study in alcohol-dependent subjects*. Alcohol Clin Exp Res 2006;30:1492-9.
- Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, et al. *Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar)*. Br J Addict 1989;84:1353-57.

Tomas M. *La mindfulness e la prevenzione della ricaduta nel trattamento dei disturbi da uso di sostanze*. In: Hinnenthal I, Cibir M, a cura di. *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina: il modello Soranzo*. Torino: SEED 2011.

Verheul R, Van Den Brink W, Geerlings PA.

Three-pathway psychological model of craving for alcohol. Alcohol Alcohol 1999;34:197-222.

Vonghia L, Leggio L, Ferrulli A, et al.; Alcoholism Treatment Study Group. *Acute alcohol intoxication*. Eur J Intern Med 2008;19:561-7.



GLI INTERVENTI POSSIBILI NEL SETTING DELLA MEDICINA GENERALE

Alessandro Rossi

Responsabile Nazionale Area Dipendenze, SIMG, Terni

Premessa

La Medicina Generale ha il compito di valutare gli stili di vita e approcciare i problemi o le malattie a essi connessi nel modo in cui si presentano nella propria realtà operativa professionale.

Per quanto riguarda lo screening e la valutazione di interventi sui problemi correlati all'uso rischioso di alcol (così come per l'uso di tabacco o di droghe), tutto ciò appare realisticamente fattibile a condizione che siano ben chiari gli obiettivi e i limiti di questi interventi. A partire dal fatto che i problemi alcol-correlati si presentano nel setting della Medicina Generale con modalità del tutto eterogenee, molto diverse dalla connotazione in cui si presentano nei servizi specialistici territoriali o di secondo livello (ancor più di quanto già avviene per le altre malattie croniche). Anche in queste circostanze, ai MMG viene richiesto un "eclettismo professionale" difficilmente riscontrabile in altre figure mediche.

Date queste premesse, il punto di partenza è sicuramente rappresentato dall'*obiettivo* che si ritiene ragionevolmente possibile perseguire. Un conto è infatti se si ritiene di poter effettuare un intervento di "possibile diagnosi" rispetto alla presenza di un uso problematico di bevande alcoliche. Un conto è se, rispetto all'eventuale individuazione del problema, ci si voglia limitare a fornire delle informazioni generali sui rischi connessi all'uso di alcol. Un conto infine, se si voglia profilare una possibilità di intervento gestito in prima persona e basato sul *counselling* o anche di tipo farmacologico. Infine, ogni problema clinico richiede un'ipotesi diagnostica, una spiegazione e una strategia di risoluzione. Ma è bene ricordare che, per questo tipo di problemi, una vera e definitiva soluzione è da mettere in preventivo che possa non esserci.

Pur con i limiti di tali premesse, è universalmente riconosciuta l'importanza delle potenzialità e del coinvolgimento della Medicina Generale nell'approccio complessivo al paziente con problemi di alcol. Tanto è vero che almeno la metà dei soggetti con problemi alcol-correlati viene gestita esclusivamente nell'ambito delle cure primarie (Kamerow et

al., 1986). A livello europeo si sottolinea l'importanza di attività di promozione della salute e di diagnosi precoce delle problematiche alcol-correlate da parte della Medicina Generale, perlomeno per quel *target* di individui definiti come "bevitori problematici", cioè soggetti non ancora affetti da dipendenza e che risultano suscettibili a una riduzione delle abitudini etiliche a fronte di un intervento del medico curante (Scafato, 2006).

L'identificazione e l'intervento breve nei confronti dell'abuso di alcol rappresentano quindi un'opportunità per la Medicina Generale. Perché tale opportunità possa divenire prassi professionale consolidata (come già avviene per altri interventi di screening di malattie croniche), vanno considerati gli *ostacoli* nei confronti di tale obiettivo e bisogna delineare una *chiara metodologia* e una *strategia*.

Conoscere gli ostacoli per definire una strategia professionale

I MMG incontrano frequentemente difficoltà a individuare pazienti che facciano un uso problematico di bevande alcoliche, quando non siano i pazienti stessi a riferirlo. Le ragioni di ciò sono state valutate in diverse circostanze, anche nel corso di passate attività formative residenziali svolte dalla SIMG (Serpelloni et al., 2006).

Tra di esse le più citate risultano essere:

- mancanza di tempo;
- timore di mettersi in contrasto col paziente o di sollevare elementi di conflitto all'interno del nucleo familiare o della coppia;
- percezione di limitata o mancanza di efficacia dell'intervento del curante;
- convinzione che pazienti con questo tipo di problemi rispondano poco o nulla a qualsiasi tipo di intervento medico e abbiano una loro storia fatalisticamente contrassegnata;
- scarsa conoscenza delle tecniche di *counseling* e di intervento breve.

Analizzando tali ragioni, sicuramente verosimili, emergono due principali possibili filoni di risoluzio-

ne. Uno legato al *management* della professione, l'altro legato alla formazione professionale continua. Il primo si fonda su un'organizzazione del *team* di lavoro della Medicina Generale che, ormai da tempo abbandonato il lavoro individuale, si avvale delle diverse forme di lavoro associato (medicina di gruppo, aggregazioni funzionali territoriali, unità di cure primarie ecc.). Tali forme sono rivolte a un'ottimizzazione dei tempi fruibili dall'utenza, a una organizzazione di studio con personale di segreteria e per visite su appuntamento, a una valorizzazione delle diverse professionalità, specializzazioni o vocazioni esistenti nel gruppo di medici. È evidente che le possibilità, non solo organizzative, di offerta di promozione attiva degli stili di vita o di interventi mirati sono notevolmente aumentate con questo tipo di assetto professionale. Oggi ci si avvale inoltre di strumenti informatici evoluti che, a partire dal *database* dei pazienti, sono in grado, sulla base di alcuni indicatori, di selezionare, individuare e valutare i soggetti a rischio per qualsiasi tipo di patologia cronica, aiutando il medico nell'azione di *screening*. Parliamo di strumenti informatici di audit professionale e di *clinical governance* ormai largamente diffusi, quali il GPG (*General Practice Governance*). Per quanto attiene agli aspetti formativi, dobbiamo registrare che gli argomenti di tipo clinico sono a tutt'oggi largamente prevalenti tra i temi della formazione medica, rispetto a quelli maggiormente orientati alle tecniche comunicative, di aiuto al paziente, di promozione della salute e di supporto al cambiamento degli stili di vita e abitudini non salutari (tabacco, alcol, droghe). Riteniamo che solo un'azione forte da parte delle Istituzioni pubbliche possa essere in grado di riequilibrare questo dato di fatto.

Identificare il consumo di alcol a rischio o dannoso

Un approccio proattivo a queste problematiche si realizza essenzialmente attraverso lo screening del consumo alcolico a rischio e dannoso, ivi compreso l'abuso episodico elevato.

La nostra idea è che non sia sostenibile, in quanto non realisticamente praticabile nel setting della Medicina Generale (e forse nemmeno in altri contesti), una intervista strutturata periodica a tutti i soggetti. È opportuno quindi rivolgersi a situazioni specifiche, precedentemente rilevate in maniera opportunistica, o a gruppi di soggetti maggiormente a rischio. Bisogna quindi ricorrere alla valutazione anamnestica del consumo di alcol (già presente nel *data set* di molti software gestionali della Medicina Generale), alla scrupolosa registrazione di alcuni eventi, sintomi o segni per la identificazione dei soggetti a

maggior rischio. La Figura 1 illustra sinteticamente alcuni indicatori, di tipo psicologico, sociale o clinico, che, se correttamente registrati quantomeno nell'anamnesi del paziente, possono aiutare a inquadrare quel soggetto come a rischio di uso dannoso di alcol e quindi da sottoporre a screening. Teniamo conto che le sole analisi biochimiche non sono particolarmente utili allo screening in quanto scarsamente sensibili e quindi in grado di identificare solo una parte dei pazienti con consumo alcolico a rischio o dannoso.

Il secondo step, una volta sospettati elementi riferibili all'abuso di alcol, può essere rappresentato dalla somministrazione di alcuni test codificati (alcuni peraltro presenti nel *software* gestionale *Millewin*, di ampio uso in Medicina Generale). Le doman-

INDICATORI DI PAC (Kamerow et al., 1986)	
Sociali	Perdita del posto di lavoro Condizioni abitative precarie Incidenti frequenti Discussioni frequenti Donne sole Incidenti sul lavoro ripetuti Piccoli crimini Persistenti problemi familiari
Familiari	Divorzio o separazione Abuso su coniuge o figli
Occupazionali	Operai Muratori Cuochi Barman Rappresentanti Marinai Casalinghe
INDICATORI DI PAC (Scafato, 2006)	
Psicologici	Stati ansiosi Fobie Depressione Lutti
Uso di droghe leggere per periodi prolungati	
Terapie farmacologiche	
Precedenti episodi di abuso alcolico	
INDICATORI DI PAC (Serpelloni et al., 2006)	
Markers bioumorali	gamma GT AST ALT Transferrina carboidrato carente (CDT) MCV

FIGURA 1.

1. Con quale frequenza consuma bevande contenenti alcol?	
• Mai	0 p
• Meno di una volta al mese	1 p
• Da 2 a 4 volte al mese	2 p
• Da 2 a 3 volte a settimana	3 p
• 4 o più volte a settimana	4 p
2. Nei giorni in cui beve, quante bevande alcoliche consuma in media?	
• 1 o 2	0 p
• 3 o 4	1 p
• 5 o 6	2 p
• 7 o 8	3 p
• 10 o più	4 p
3. Con quale frequenza le capita di consumare sei o più bevande in un'unica occasione?	
• Mai	0 p
• Meno di una volta al mese	1 p
• 1 volta al mese	2 p
• 1 volta a settimana	3 p
• Ogni giorno o quasi	4 p
4. Con quale frequenza, durante l'ultimo anno, si è accorto di non riuscire a smettere di bere una volta che aveva iniziato?	
• Mai	0 p
• Meno di una volta al mese	1 p
• 1 volta al mese	2 p
• 1 volta a settimana	3 p
• Ogni giorno o quasi	4 p
5. Con quale frequenza, durante l'ultimo anno, non è riuscito a fare ciò che normalmente ci si aspetta da lei a causa del bere?	
• Mai	0 p
• Meno di una volta al mese	1 p
• 1 volta al mese	2 p
• 1 volta a settimana	3 p
• Ogni giorno o quasi	4 p
6. Con quale frequenza, durante l'ultimo anno, ha avuto bisogno di bere di prima mattina per tirarsi su dopo una bevuta pesante?	
• Mai	0 p
• Meno di una volta al mese	1 p
• 1 volta al mese	2 p
• 1 volta a settimana	3 p
• Ogni giorno o quasi	4 p
7. Con quale frequenza, durante l'ultimo anno, ha avuto sensi di colpa o rimorso dopo aver bevuto?	
• Mai	0 p
• Meno di una volta al mese	1 p
• 1 volta al mese	2 p
• 1 volta a settimana	3 p
• Ogni giorno o quasi	4 p
8. Con quale frequenza, durante l'ultimo anno, non è riuscito a ricordare quello che era successo la sera precedente perché aveva bevuto?	
• Mai	0 p
• Meno di una volta al mese	1 p
• 1 volta al mese	2 p
• 1 volta a settimana	3 p
• Ogni giorno o quasi	4 p
9. Si è fatto male o ha fatto male a qualcuno come risultato del bere?	
• No	0 p
• Sì, ma non nell'ultimo anno	1 p
• Sì, nell'ultimo anno	2 p
10. Un parente, un amico, un medico o altro operatore sanitario si sono occupati del suo bere o le hanno suggerito di smettere?	
• No	0 p
• Sì, ma non nell'ultimo anno	1 p
• Sì, nell'ultimo anno	2 p
Con un punteggio da 0 a 8, il risultato è negativo. Con un punteggio, che va da 8 a 14, il paziente ha un consumo a rischio oppure ha o ha avuto problemi alcol-correlati (infortuni o forti bevute occasionali) ma, probabilmente, non si tratta di un paziente fisicamente alcol-dipendente. Con un punteggio pari o maggiore di 16, il paziente ha problemi alcolcorrelati e/o si tratta di un soggetto alcol-dipendente.	

FIGURA 2.

Test Audit (*Alcohol Use Disorders Identification Test*).

de più semplici da utilizzare sono quelle riferite al consumo di alcol. Ad esempio, le prime tre incluse nell'*Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C)*, che l'OMS ritiene il test più affidabile nel setting delle cure primarie. Esse si riferiscono alla frequenza del consumo di alcol, alla quantità di alcol mediamente assunta al giorno, alla frequenza dell'abuso episodico elevato. I pazienti maschi con punteggio uguale o superiore a 5 e le femmine a 4 all'AUDIT-C sono candidati a completare tutti i dieci quesiti dell'AUDIT per una valutazione più approfondita (Fig. 2).

La scelta dei questionari di rilevazione delle abitudini alcoliche presenta il vantaggio di utilizzare strumenti validati, in grado di fornire dati quantitativi riproducibili, di esplorare aspetti relativi sia all'entità che alla frequenza del consumo, sia eventi o patologie legati al bere.

Bisogna comunque tener presente che, nel setting della Medicina Generale, il colloquio informale e aperto sembra fornire valori di sensibilità, specificità e valore predittivo negativo o positivo sostanzialmente sovrapponibili a quelli dei questionari strutturati (Anderson et al., 2006), che tendono a essere molto specifici e con alto valore predittivo negativo ma con bassa specificità. In buona sostanza, riteniamo che l'attenzione al problema, la sensibilità e l'esperienza nel condurre il colloquio, la relazione col paziente equivalgano di fatto in efficacia alla somministrazione di questionari, nella fase di rilevamento del problema.

L'utilizzo dell'AUDIT consente in ogni caso una buona identificazione dei problemi legati all'uso di alcol e apre la strada a un più appropriato *management* di questo tipo di pazienti.

Programmare ed effettuare "interventi brevi"

Per "intervento breve" si intende una strategia di informazione del bevitore a rischio, con lo scopo di far ridurre (o, nel caso di patologie in atto, sospendere) il consumo di alcol. Può essere posto in essere principalmente da MMG ma anche da altre figure professionali che lavorano nel campo delle cure primarie. È indicato effettuare l'intervento su tutti quei soggetti per cui si sia evidenziato il problema o comunque su tutti quelli con un punteggio di AUDIT da 8 a 15 (Anderson, 1985). Non è appropriato estendere questo intervento ai casi di dipendenza conclamata da alcol (Fioretta et al., 2001).

L'intervento del medico curante nel corso del contatto ambulatoriale col proprio paziente sembrerebbe avere una significativa efficacia nei confronti della riduzione del consumo di alcol, e quindi del rischio. Tale intervento può anche essere reiterato

e rafforzato con incontri periodici programmati. Tale tipo di intervento sembra avere lo stesso impatto di due sessioni di trenta minuti ciascuna con unologo esperto o con un infermiere "formato" (Mc Intosh et al., 1997).

Possiamo sostanzialmente prevedere due tipi di "interventi brevi": uno di "avvertimento" e uno di "supporto" (Anderson, 1985).

L'intervento di avvertimento può essere articolato come segue:

- *fornire spiegazioni* sul fatto che il consumo di bevande alcoliche per quella persona la pone in una categoria a rischio di malattie gravi o morte;
- *fornire informazioni* sui pericoli connessi alla prosecuzione di quel tipo e quantità di consumo alcolico;
- *indurre il paziente a individuare un obiettivo* specifico e pratico da perseguire al fine di modificare le proprie abitudini;
- *fornire consigli pratici* al fine di ridurre la quantità assunta di alcol (ad esempio non bere fino a una certa ora, ridurre la grandezza dei bicchieri, non superare un certo limite settimanale di aperitivi ecc.);
- *incoraggiare* il paziente, spiegando che il consumo a rischio o problematico non equivale alla dipendenza dall'alcol e che, volendo, le abitudini possono essere cambiate (fare l'esempio, meno stigmatizzante, di chi smette di fumare).

L'intervento di supporto consiste invece nel valutare e adattare i consigli allo stato di cambiamento del paziente.

Cambiare è un processo

Per aiutare i pazienti a modificare i propri stili di vita, è opportuno conoscere cosa accade nel processo di cambiamento delle proprie abitudini, quali quelle relative al proprio stile alimentare, al consumo di alcol o al fumo di tabacco.

Due studiosi americani, Prochaska e DiClemente, hanno dedicato molti anni allo studio del processo che le persone percorrono in tali circostanze, individuando un modello, contraddistinto da cinque diversi stadi (Fig. 3).

Il principale vantaggio di questo modello è rappresentato dal fatto che esso aiuta l'operatore a considerare il cambiamento non come un fenomeno "tutto o nulla", bensì come un percorso graduale (e bidirezionale: con possibilità di ricadute, passi indietro e ripresa del percorso). Inoltre, il medico viene aiutato a individuare lo stadio in cui si trova il paziente, col fine di poter decidere e programmare le azioni più utili per far progredire il paziente allo stadio successivo.

Per far ciò, è naturalmente indispensabile partire

Stadio 1 Pre-contemplazione	La persona è poco consapevole o poco interessata alle conseguenze delle proprie abitudini. Tende a eludere qualsiasi discussione o riflessione circa la propria condotta attuale o circa l'eventualità di modificarla. Non ha alcuna motivazione a cambiare né alcuna intenzione di provarci in un prossimo futuro (entro i sei mesi successivi)
Stadio 2 Contemplazione	La persona è consapevole degli svantaggi della sua attuale condotta e valuta desiderabile l'eventualità di poter cambiarla in un prossimo futuro (entro i sei mesi successivi). Tuttavia prova sentimenti ambivalenti nei confronti dell'idea di cambiare e i vantaggi del mutamento sono ancora percepiti come minori dei piaceri/benefici ricavati dalla condotta attuale. Ciò può immobilizzare anche per lungo tempo la persona in una fase di procrastinamento e di contemplazione cronica
Stadio 3 Preparazione	La persona è giunta alla decisione di provare a sperimentare un cambiamento nelle proprie abitudini nell'immediato futuro (entro il mese) e sta pianificando come realizzarlo e a chi eventualmente rivolgersi per ottenere aiuto o sostegno
Stadio 4 Azione	La persona prova a mettere concretamente in atto la decisione presa e sperimenta per un tempo sufficiente (sei mesi) la modifica temporanea delle proprie abitudini, mettendo in pratica cambiamenti e strategie per non soccombere alle tentazioni di ricaduta
Stadio 5 Mantenimento	La persona è impegnata nel cercare di mantenere il cambiamento realizzato nelle proprie abitudini, fronteggiando con maggiore senso di autoefficacia le situazioni che la espongono al rischio di ricadute

FIGURA 3.

da una posizione di "ascolto attivo" nei confronti di come il paziente vive e rappresenta i propri comportamenti.

Nel caso di un paziente in stato di precontemplazione, l'intervento dovrebbe focalizzarsi essenzialmente sulle informazioni; nel caso in cui il paziente abbia preso in qualche modo in considerazione la possibilità di cambiare, allora si dovrebbero enfatizzare i vantaggi del farlo e il modo in cui fare il primo passo. Infine, se il paziente è pronto all'azione di cambiamento, allora bisogna fissare insieme a lui degli obiettivi concreti. Naturalmente dovrà essere programmato un follow up per fornire sostegno, spiegazioni e assistenza. Ogni qual volta insorgano difficoltà o problemi che si valuta di non poter gesti-

re autonomamente, non si dovrà esitare a valutare l'opportunità di un ricorso a un diverso livello di intervento, rivolgendosi a strutture per il trattamento specialistico.

Come detto, tali interventi brevi si sono dimostrati efficaci nel ridurre il consumo di alcol del soggetto trattato. Occorre però tenere a mente la "misura" realistica di questo tipo di efficacia, che è intorno al 10 % dei pazienti trattati (comunque superiore all'efficacia di altri target, come quelli sulla disassuefazione al fumo di tabacco), in modo da evitare aspettative illusorie o fuorvianti.

La farmacoterapia dell'alcolismo nell'attività clinica quotidiana

Mauro Cibir, Alessandro Rossi

L'attività clinica "reale" è spesso diversa da quella in cui si svolgono le ricerche farmacologiche; i vari setting terapeutici e le differenti competenze professionali introducono variabili che differenziano le modalità di utilizzo dei farmaci e degli interventi non farmacologici. È, dunque, importante calare le indicazioni di letteratura nella realtà concreta del medico pratico. Queste considerazioni appaiono particolarmente valide ove si consideri la specificità del setting del MMG.

D'altro canto i dati a nostra disposizione indicano che i pazienti con dipendenza da alcol trattati nelle strutture pubbliche sono circa 60.000, cioè il 10 % dei soggetti che avrebbero necessità di trattamento e che intere regioni sono prive di servizi specifici: questo in pratica significa che, analogamente a quanto avviene all'estero (Kamero et al., 1986), questi pazienti (e i loro familiari) sono già presenti nella sala d'attesa del MMG.

Le nuove acquisizioni rispetto al trattamento dell'alcolismo e la disponibilità di farmaci maneggevoli permettono oggi di delineare interventi nel setting del MMG (2009) che non si limitino alla individuazione e alla gestione della patologie correlate, ma entrino nella specificità della dipendenza.

A questo atteggiamento deve corrispondere il passaggio da parte delle strutture specialistiche da una gestione di "presa in carico", in cui il paziente viene seguito esclusivamente dalla struttura stessa per periodi lunghi, a una vera collaborazione specialista-MMG analogamente a quanto avviene per quasi tutte le patologie.

Un modello di questo tipo è particolarmente adatto per alcolisti di tipo I secondo Cloninger (vedi Capitolo basi biologiche) cioè pazienti che sono divenuti dipendenti nell'età adulta in seguito a eventi di vita e, nei quali, la dipendenza si configura come un "episodio", per quanto lungo e grave, in un conte-

sto di vita per altri aspetti "normale"; questa tipologia di pazienti spesso non gradisce di essere confusa con i "tossici" e non vuole rivolgersi ai Servizi per le Tossicodipendenze. Per i pazienti tipo II, nei quali la dipendenza inizia precocemente, impronta tutta la vita e, spesso, è associata con disturbi di personalità, al contrario è spesso necessario un intervento specialistico e assistenziale intenso e prolungato nel tempo, con le caratteristiche della "presa in carico".

L'azione del MMG nel trattamento della dipendenza da alcol può riguardare:

- la diagnosi dell'alcolismo e dei problemi alcol correlati;
- gli interventi di primo livello;
- il monitoraggio nel tempo.

Un semplice "pacchetto" di interventi di primo livello, con buoni risultati su una parte dei pazienti, potrebbe essere:

- counseling motivazionale e di prevenzione della ricaduta;
- farmacoterapia;
- invio ai gruppi di auto-aiuto (con i familiari).

A questo pacchetto, nei casi più complessi, si può aggiungere il ricovero in Programmi Residenziali Alcolologici (vedi Capitolo Definizioni) (Cerizza et al., 2008).

Un aspetto importante del "pacchetto" è la scelta della farmacoterapia, che deve avere caratteristiche di sicurezza e maneggevolezza, oltreché esse-

re prescrivibile da parte del MMG: da questo punto di vista risulta essere particolarmente interessante l'acamprosato.

Bibliografia di riferimento

Anderson P. *Managing alcohol problems in general practice*. BMJ Cl Res Ed 1985;290:1873-75.

Anderson P, Gual A, Colom J. *Alcohol and primary health care: guidelines*. Salute e territorio 2006;155.

Fioretta A, Vantini I. *L'approccio strategico e terapeutico ai problemi alcol correlati*. In: Cibin M, Mazzi M Rampazzo L, et al., eds. *L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*. Ministero della Sanità, Regione Veneto, Scuola Europea di Medicina Generale 2001.

Kamerow DB, Pincus HA, Macdonald DI. *Alcohol abuse, other drugs abuse and mental disorders in medical practice: prevalence, costs, recognition and treatment*. JAMA 1986;255:2054-57.

Lo stile di vita come terapia. ASL Brescia 2009.

Mc Intosh MG, Leigh G, Baldwin NJ, et al. *Comparing three brief methods in family practice*. J Can Fam Physician 1997;43:1959-62.

Scafato E. *Alcohol and primary health care: guidelines*. Salute e territorio 2006;155.

Serpelloni G, Brignoli O, Pirastu R. *Medicina delle Tossicodipendenze*. SEMG 1996.

Finito di stampare nel mese di Febbraio 2013
presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore S.p.A.
Via A. Gherardesca • 56121 Ospedaletto • Pisa
Telefono 050 313011 • Telefax 050 3130300
www.pacinimedica.it

