

## **Quando il paziente ha problemi con l'alcool**

Alessandro Rossi  
**Responsabile Area Tossicodipendenze**

**Viene da più parti** e con sempre maggiore forza richiamato il ruolo chiave del medico generale (MG) nei confronti della prevenzione, della diagnosi precoce ed anche del trattamento dei problemi legati all'assunzione delle sostanze d'abuso. Da ultimo, si esprimeva in tal senso l'autorevole opinione del dott. Alan Leshner, direttore dell'Istituto Nazionale per l'abuso di droghe di Bethesda (nota Ansa del 13/10/99).

Tra le sostanze d'abuso, la più rilevante in termini di diffusione e di mortalità diretta ed indiretta rimane ad oggi in Italia l'alcol.

Secondo Marenmani e Balestri (1), il 15% circa della popolazione italiana presenta patologie o disturbi alcol-correlati. Tale percentuale salirebbe al 20-25% per le fasce adolescenziali e giovanili.

Secondo l'Osservatorio permanente sui giovani e l'alcol (2) il 30% circa dei maschi delle prime classi delle scuole medie superiori ed il 50% delle ultime assume abitualmente superalcolici.

Analizzando i dati dell'Espad report 1995 (3) (European survey project on alcohol and other drugs among students), i giovani italiani risultano essere nella media, per quanto riguarda l'assunzione di bevande alcoliche nel corso degli ultimi 12 mesi, rispetto agli altri 25 Stati esaminati. In modo particolare, l'83% dei giovani cui è stato somministrato il questionario anonimo ha bevuto alcolici nell'ultimo anno (media degli altri Stati 80%), mentre il 35% dichiara di essersi ubriacato almeno una volta nello stesso periodo (altri 48%); il 6% ha inoltre fatto uso di alcol in associazione con altre sostanze psicoattive (altri 9%) (figg. 1a e 1b). È inoltre interessante osservare la scelta del tipo di bevanda alcolica, molto difforme tra i diversi Paesi, e la suddivisione tra ragazzi e ragazze; i ragazzi italiani risultano essere tra i più assidui assuntori, specialmente per il vino (figg. 2a, 2b e 2c).

Tali dati supportano l'ormai diffusa percezione della cosiddetta "cultura dello sballo", in cui le bevande alcoliche, associate ad altre sostanze d'abuso, sembrano rappresentare lo strumento quasi miracoloso di accesso ad una dimensione (sensoriale, emotiva ecc.) non più raggiungibile lungo le vie del quotidiano.

D'altra parte, il bere è ubiquitario e, per larghi strati di popolazione ed in numerosi contesti, assume una valenza quantomeno accettata se non addirittura positiva, essendo fortemente ancorata a modelli

culturali e tradizioni locali.

Rischia perciò di rappresentare un'area di interesse che, a dispetto della sua importanza e delle conseguenze in termini di salute, sfugge all'attenzione del MG. Molti MG sembrano mostrare una certa riluttanza nell'avere a che fare con i problemi del bere nella loro pratica quotidiana. Molto spesso, nell'immaginario del MG, i problemi alcol-correlati vengono identificati con gli alcolisti cronici senza speranza di remissione, fornendo un senso di frustrazione e di rifiuto.

Uno dei nostri obiettivi deve essere invece quello di modificare radicalmente, sulla base dei fatti, questo tipo di convinzione. Oggi si sta significativamente trasformando il panorama sociale (e quindi i relativi risvolti epidemiologici, clinici ed assistenziali) del consumo di alcol. Una nuova tipologia di assuntori vede soprattutto giovani e donne di diversa fascia di età e classe sociale. La persona con problemi di alcol mantiene per lungo periodo una relativamente normale vita di relazione, una famiglia ed un lavoro. Possiamo affermare che solo il 5% dei pazienti affetti da problemi di alcol rappresenti il prototipo dell'“homeless” (4).

Oggi deve pertanto farsi strada l'idea che esiste uno spazio definito nel quale collocare (così come è stato fatto per le tossicodipendenze e per l'AIDS) un “ruolo possibile” (e strategico) del MG.

**Definizioni.** Rifacendosi alle definizioni contenute nel DSM-IV (5), anche al fine di evitare ambiguità terminologiche quanto mai facili in questo campo, si distinguono:

- a. disturbi da uso di alcol (abuso di alcol e alcoldipendenza, v. tab. 1 e 2)
- b. disturbi indotti dall'alcol (intossicazione alcolica, astinenza alcolica, delirium, demenza, disturbo amnesico, disturbo psicotico, disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, disturbo del sonno, disfunzioni sessuali).

I criteri diagnostici per l'abuso e le dipendenze da alcol rappresentano un sottogruppo di quelli da sostanze psicoattive, riportati in tab. 1 e 2.

## **Il razionale dell'intervento del medico generale.**

**La diagnosi precoce.** Il MG, per la continuità di rapporto con i propri assistiti, viene a trovarsi in una posizione privilegiata per quanto attiene ad una verifica del consumo di alcol, in modo particolare tra i soggetti a rischio o che già cominciano a presentare problemi alcol-correlati (tab. 3)

Le condizioni di rischio elencate nella tab. 3 possono rappresentare una utile griglia di valutazione e le occasioni nelle quali dar luogo ad una verifica sono di diversa natura. Controlli opportunistici (“case finding”) possono ad es. essere rappresentati da certificazioni (anamnestiche, assicurative, di assenza o infortunio sul lavoro) o dalla compilazione o aggiornamento della cartella clinica.

La prima funzione è quindi quella della “prevenzione secondaria” e cioè il riconoscimento il più precoce possibile della patologia attraverso una diagnosi che individui il disturbo in una fase iniziale, in modo da minimizzarne il rischio della sua evoluzione. È di fondamentale importanza quindi sia l’individuazione delle categorie e dei comportamenti a rischio, sia la conoscenza dei markers bioumorali e psicologici di abuso alcolico, ottenibili questi ultimi con l’utilizzo dei vari questionari (CAGE, MALT, MAST, AUDIT) alla cui trattazione ci si è dedicati diffusamente (7).

**Gli interventi brevi e i colloqui motivazionali.** I risultati di ricerche cliniche controllate hanno ormai dimostrato come procedure formalizzate di intervento a breve termine (“brief interventions”) sul paziente con problemi alcol correlati sortiscano risultati non dissimili da interventi più prolungati ed associati a ricoveri in Ospedali o Comunità terapeutiche (8) (9). Questa evidenza, unitamente alle nuove possibilità di trattamento farmacologico cui si accennerà di seguito, è in grado di scardinare una serie di pregiudizi e resistenze a voler intervenire, in termini anche minimali ma mirati e strutturati, su questi problemi .

Per interventi brevi si intende un vasto gruppo di attività le quali condividono alcune caratteristiche: breve durata (meno di quattro settimane), bassa intensità, basso costo, luogo di attuazione non necessariamente specialistico. La fig. 3 illustra come tali interventi si addicano in modo particolare ad un grado di intensità lieve o moderata dei problemi alcol correlati. È a questo punto evidente come il fatto di maggior rilievo sia quello di diversificare i tipi di intervento e di selezionare il tipo più adeguato per la situazione di ogni singolo paziente.

Così come pensato originariamente da Orford e Edwards nel 1977 (10) l’intervento breve consiste di quattro fasi (valutazione globale, counselling, follow-up, richiami). Ma nel setting della Medicina Generale sono stati validati interventi anche più sintetici (“minimal interventions”) (11) che mirano a comunicare in maniera chiara ed empatica sui problemi del bere eccessivo, basandosi su una valutazione individuale, e la cui durata si aggira sui 25 minuti. Questi interventi sono risultati efficaci su pazienti con problemi di minore gravità ed a prognosi meno severa, restituendo, tra l’altro, maggiore grado di motivazione professionale ai medici che, in diversi Paesi europei, li hanno praticati (9).

Altrettanto è possibile affermare sul “colloquio motivazionale”, la cui base teorica è offerta dal “modello transteorico degli stati del cambiamento” elaborato da Prochaska e Di Clemente nel 1984 e mirato alla descrizione degli stadi e del ciclo del cambiamento nelle dipendenze. I soggetti portatori di

problemi comportamentali nei confronti delle sostanze d'abuso possono giovare di un incremento della motivazione al cambiamento offerto appunto dal colloquio, che tende a stabilire un'alleanza terapeutica tra operatore e paziente. Recenti studi preliminari italiani (12) hanno confermato che presso i MG afferiscono maggiormente soggetti in fase più precoci di motivazione rispetto ai servizi specialistici; in queste fasi risulta ancora più importante l'accrescimento della motivazione.

**Medicina Generale e servizi specialistici.** L'emergere o il confermarsi di problemi alcol-correlati in un nostro paziente pone come prima questione la valutazione sull'opportunità dell'invio ad un servizio specialistico. Esiste ormai in Italia una rete sufficientemente diffusa di servizi territoriali, che si avvalgono della collaborazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto.

Quella degli Alcolisti Anonimi (AA) può essere considerata una vera e propria terapia di gruppo, anche se condotta da personale non specialistico. L'elemento caratterizzante è quello di conferire un intenso valore spirituale alla vita dell'alcolista, pur essendo un'organizzazione laica e priva di dogmi.

Affiancato ad AA vi è il gruppo degli Ala Anon, formato dai familiari degli alcolisti, con un ruolo di supporto di notevole importanza.

Il modello psicomedicosociale complesso secondo Hudolin trova la sua applicazione nei Clubs degli Alcolisti in Trattamento (CAT), che sono comunità costituite da almeno due famiglie e non più di trenta persone con problemi alcol-correlati, che si incontrano settimanalmente con un operatore appositamente formato, al fine di promuovere nella famiglia un processo di cambiamento negli stili di vita, a partire dall'assunzione di alcol. I singoli CAT sono collegati fra loro in una stretta organizzazione a livello locale, regionale e nazionale.

Entrambi i gruppi hanno come presupposto inderogabile l'astinenza dall'alcol.

Le unità alcoliche pubbliche che operano sul territorio sono state recentemente inserite nell'ambito del Dipartimento per le tossicodipendenze e le sostanze d'abuso (Legge 45/99).

Ma la realtà che si appalesa al MG è molte volte più diversificata rispetto a quella dei soggetti già seguiti dai servizi specialistici.

La gamma delle situazioni problematiche è molto ampia e variegata, non necessariamente cronicizzata, a diverso grado di intensità dei problemi fisici, psichici e relazionali associati. Così come spesso ci si trova di fronte ad un rifiuto, dichiarato o riscontrabile nei fatti, da parte del paziente e/o dei familiari all'invio ai servizi specialistici, specialmente quando questi presuppongono l'astinenza assoluta e programmi di recupero molto prolungati.

Il MG deve quindi avvalersi di una strategia di risposte attente, prolungate nel tempo, ma ampie e flessibili. Ci sono evidenze che oggi dimostrano come molti soggetti classificati come alcolisti possono far ritorno con successo ad un bere controllato e moderato (9), così come d'altra parte il ritorno al bere

normale diventa meno probabile in relazione diretta col livello di dipendenza (fig. 4).

Il concetto di “bere moderato” bene si adatta alla strategia della “riduzione del danno”, così come applicata al trattamento di tutte le altre sostanze d’abuso e citata ormai in quasi tutti i rapporti ufficiali dell’OMS. Il suo razionale si fonda sull’assunto che aspettative o richieste eccessive o irrealistiche nei confronti di molti pazienti, di fatto ne riducono le opportunità di cura. L’opportunità del bere moderato può risultare, se ben gestita, un ottimo incentivo per chi non cerca, rifiuta o non è in quel momento pronto per un trattamento che includa l’astinenza. Sebbene la preferenza per l’astinenza debba essere rispettata, è ormai opinione di molti Autori che la maggior parte delle persone individuate in maniera opportunistica rifiuterebbero l’astinenza (9).

**Trattamento farmacologico.** Nonostante le aspettative nei confronti del trattamento farmacologico della disassuefazione nell’alcoldipendenza siano state in talune circostanze esaltate oltre misura, esiste oggi una chiara e dimostrata possibilità di efficace intervento, naturalmente in associazione con le altre forme di sostegno e di terapia psicologica.

I farmaci che sono stati studiati per il raggiungimento ed il mantenimento della disassuefazione sono molteplici; possiamo richiamare i più in uso attualmente:

- farmaci ad azione di interdizione/avversione

Il disulfiram viene utilizzato sin dagli anni ’50. Inibendo la desacetilazione dell’acetaldeide ne comporta un accumulo che, all’introduzione di alcol, provoca sintomi molto fastidiosi (flushing, tachicardia, nausea, vomito, ipotensione, difficoltà respiratorie). Viene ancora molto utilizzato ed aiuta in qualche misura ad acquisire comportamenti che prevengono le ricadute.

- Farmaci ad azione anticraving

Il naltrexone è stato recentemente approvato per questo scopo dall’FDA. Questo antagonista degli oppioidi, alla dose di 50 mg/die per os per 12 settimane ha ridotto il craving (desiderio compulsivo) ed aumentato dal 30 al 50% l’astinenza dall’alcol rispetto al placebo (13).

L’evidenza che le vie neuronali serotoninergiche interessanti le sensazioni di fame e sazietà e l’umore sono le stesse del consumo e della dipendenza da alcol ha aperto nuove e già sperimentate prospettive per l’uso dei farmaci SSRI (inibitori reuptake serotonina). Questi farmaci si sono dimostrati efficaci particolarmente in pazienti con alti livelli di dipendenza e di craving (13).

Efficace nel ridurre l’assunzione di alcol si è dimostrato in alcuni studi anche l’acamprosate.

**I programmi e le prospettive della Simg sull'alcol.** Sulla base di queste riflessioni, i futuri programmi della Simg dovranno avere i seguenti obiettivi complessivi:

- Aggiornare le conoscenze riguardanti l'epidemiologia dei problemi alcol correlati e dei nuovi modelli d'assunzione, in modo particolare per quanto riguarda le fasce adolescenziali
- Identificare precocemente le situazioni a rischio, anche tramite la conoscenza di specifici markers psichici e fisici
- Fare diagnosi di abuso o dipendenza da alcol
- Aquisire competenze ed abilità inerenti l'assistenza al paziente alcolista ed alla sua famiglia, in modo particolare per quanto attiene al counselling, in collaborazione ed integrazione con i servizi specialistici e le associazioni di volontariato
- Saper utilizzare i farmaci efficaci nella disassuefazione dall'alcol dipendenza

Occorre quindi lavorare per una strategia professionale che tenga insieme, in modo coerente ed efficace, tutti questi obiettivi. Secondo la nostra opinione, gli strumenti attraverso i quali attuare questa strategia dovranno essere:

- Un programma formativo specifico che coinvolga (secondo analoghe positive esperienze del recente passato) il maggior numero di MG, a partire dagli animatori di formazione professionale, in collaborazione con consulenti specialisti di diversa estrazione (servizi territoriali, Istituti di ricerca, Università)
- Una ricerca clinico-epidemiologica che mettendo a leva l'ormai operativa rete di ricercatori costituita da Health Search, aiuti a misurare quanto questo problema pesi sulla pratica del MG ed a far "emergere il sommerso" dei problemi alcol correlati
- Un programma formalizzato di confronto\collegamento (culturale, professionale, organizzativo) con i servizi specialistici utile all'arricchimento del nostro bagaglio professionale ma anche a far passare le idee e le proposte della Medicina Generale. Da tale rapporto dovrebbe scaturire un piano operativo costituito da linee guida per la rilevazione, la valutazione e la gestione comune dei pazienti affetti da

## problemi alcol correlati

- Un piano editoriale costituito da una monografia di base per tutti i MG italiani e da sussidi di Educazione sanitaria di ampia diffusione.

Un programma del genere potrebbe essere giudicato eccessivamente ambizioso ma il posizionamento istituzionale ed il prestigio professionale che la Simg ha saputo conquistarsi grazie alle sue attività culturali, formative e professionali, rendono fondata la fiducia di poter raggiungere gli obiettivi esposti.

### **Tabella 1**

#### **Criteria diagnostici per la dipendenza da sostanze psicoattive secondo il DSM - IV**

Una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da tre o più delle condizioni seguenti, che ricorrono in un qualunque momento dello stesso periodo di dodici mesi.

**1. Tolleranza**, come definita da ciascuno dei seguenti:

a. il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'effetto desiderato.

b. un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità di sostanza

**2. Astinenza**, come manifestata da uno dei seguenti:

a. La sindrome d'astinenza caratteristica per ciascuna sostanza

b. La stessa sostanza (o una strettamente correlata è assunta per attenuare o evitare i sintomi d'astinenza)

**3.** La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori rispetto a quanto previsto dal soggetto

**4.** Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza

**5.** Una grande quantità di tempo spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla o a riprendersi dai suoi effetti

**6.** Interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza

**7.** Uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza.

## **Tabella 2**

### **Criteri diagnostici per abuso di sostanze psicoattive secondo il DSM - IV**

**1.** Una modalità patologica di uso della sostanza come indicato da almeno una delle seguenti condizioni:

a. uso continuo malgrado la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente di natura sociale, lavorativa, psichica o fisica che è causato o accentuato dall'uso della sostanza

b. uso ricorrente in situazioni fisicamente rischiose

**2.** Alcuni sintomi del disturbo persistono da almeno un mese o si sono manifestati ripetutamente in un periodo di tempo più lungo

**3.** Non soddisfa i criteri per la dipendenza da sostanze psicoattive per questa sostanza.



**Tabella 3**

**Fattori di rischio per alcoldipendenza**

**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

**psicologici**

- Stati ansiosi
- Gelosia patologica
- Fobie
- Depressione
- Lutti

**uso di droghe leggere per periodi prolungati**

**terapie farmacologiche**

**precedenti episodi di abuso alcolico**

---

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Maremmani I., Balestri C. "Alcolismo: clinica e terapia" in "Medicina delle Tossicodipendenze", SEMG, 1996, pp.100-118
- (2) Osservatorio permanente sui giovani e l'alcol "Gli italiani e l'alcol: consumi, tendenze, atteggiamenti" II Indagine nazionale DOXA, 1994
- (3) The 1995 ESPAD report "Alcohol and other drug use among students in 26 European countries" Council of Europe, Pompidou Group, 1996
- (4) Murtagh J. "Problemi di alcolismo" in "Professione: medico di medicina generale", Mc Graw-Hill, 1995, pp.967-972

- (5) DSM-IV "Handbook of differential diagnosis" American Psychiatric Press, Inc., Washington DC, 1995
- (6) Gasbarrini G. et al. "L'abuso di bevande alcoliche e le principali tossicodipendenze" Alfa-Wassermann news and views, 4/94, pp.19-22
- (7) Rossi A. "Il paziente speciale" in "Il medico di medicina generale; Vademecum" Hippocrates ed. Milano, 1999, pp.931-949
- (8) Miller W.R., Hester R.K. "Inpatient alcoholism treatment: who benefits?" American Psychologist, 41, 1986, pp.794-805
- (9) Heather N. "Treatment approaches to alcohol problems" WHO, Regional Publications, European series, 65, 1995
- (10) Orford J., Edwards G. "Alcoholism: a comparison of treatment and advice with a study of the influence of marriage" Oxford University Press, Maudsley Monographs, 26/1977
- (11) Wallace P. et al. "Randomized controlled trial of gp intervention in patients with excessive alcohol consumption" British Medical Journal, 297:663-668, 1988
- (12) D'Alessandro G. et al. "Collaborazione tra servizio di alcologia e medici Generali: uno studio preliminare" SIMG, 1:6-7, 1999
- (13) Saitz R., O'Malley S.S. "Pharmacotherapies for alcohol abuse" Med.Clin.North Am., 81:881-907

