

## **Abuso di alcool e prevenzione: la ricerca "Drinkless"**

**Gloriana Bartoli\***, **Valentino Patussi\*\***, **Alessandro Rossi\*\*\***, **Emanuele Scafato\*\*\*\***,

\*Centro di Alcologia e della Nutrizione, \*\* Presidente Società Italiana di Algologia, \*\*\* SIMG,  
\*\*\*\*Istituto Superiore di Sanità

Le linee guida e le indicazioni dell'OMS in merito ai problemi alcolcorrelati e alla salute in genere hanno da tempo evidenziato la necessità di promuovere interventi preventivi rivolti alla popolazione generale a livello dell'assistenza sanitaria di base (1) ; anche a livello nazionale (2) le politiche sanitarie si sono orientate in questa direzione includendo obiettivi specifici per la riduzione dei consumi di alcolici nel Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2000-2003 (3). La recente approvazione della Legge Quadro sull'alcol (4) ha definito criteri, competenze ed obiettivi specifici inserendo anche all'art. 2 i principi della Carta Europea sull'alcol (5).

Numerosi studi e progetti (6,7,8,9,10,11,12) hanno evidenziato negli ultimi anni la necessità di introdurre la consuetudine a controlli periodici finalizzati all'identificazione dei bevitori "a rischio" e, conseguentemente, alla realizzazione di un intervento di counselling breve.

Il progetto Drink Less, Studio Collaborativo promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha l'obiettivo di promuovere strategie di identificazione precoce e di intervento breve delle patologie e problematiche alcolcorrelate (PPAC) da sviluppare nei servizi sanitari di base (13,14).

Il progetto si è sviluppato nel corso del tempo in quattro fasi.

Attualmente sono disponibili i risultati dalla terza fase (analisi di un questionario sulle PPAC) mentre la quarta fase è in via di svolgimento.

### **Metodi e strumenti**

Hanno partecipato alla terza fase del progetto 800 MG della SIMG i quali hanno ricevuto un questionario postale accompagnato da una lettera di presentazione degli obiettivi della ricerca firmata dai collaboratori e dal presidente della SIMG. Tutti i MG sono stati chiamati per telefono almeno una volta per incoraggiare una loro risposta. 250 questionari tra quelli completati e restituiti sono stati ritenuti validi ai fini dell'elaborazione italiana<sup>1</sup>, ben distribuiti nell'intero territorio nazionale.

Il questionario, composto da 33 item sulla base di quello strutturato dall'Università di Sidney, analizza le seguenti aree:

1. caratteristiche socio-demografiche del campione e tipologia dell'intervento del MG
2. tempo dedicato alla formazione in campo alcologico e la percezione dell'importanza dell'intervento preventivo legato a diversi comportamenti e stili di vita correlati alla salute
3. valutazione di due casi clinici con diverso grado di problematica alcolcorrelata
4. autoanalisi delle competenze in campo alcologico e della relativa motivazione ad affrontare le PPAC e altre problematiche legate alla salute in un'ottica preventiva.

I MG del progetto Drink Less

### **La formazione del MG e gli interventi di prevenzione**

In generale i MG dichiarano di avere avuto "poche ore" di formazione post-universitaria e di educazione medica permanente sull'alcol e le PPAC (tab. 2).

Sul tipo di intervento attuato in un giorno di normale attività la percentuale media di visite definite di natura prettamente preventiva sul totale risulta del 17%, cioè circa 1 ogni 5. La maggior parte dei MG riferisce di educare i pazienti o dare loro consigli relativi allo stile di vita e ai rischi per la salute durante un check-up preventivo "la maggior parte delle volte" (59,5%) o "tutte le volte" (36,8%). Durante una visita motivata da sintomi specifici, la maggior parte dei MG asserisce di attuare anche un intervento di natura preventiva "la maggior parte delle volte" (54,4 %) o "tutte le volte" (39,6%).

Se il paziente non rivolge al medico domande specifiche sull'alcol, il 43,4% dei MG riferisce di prendere l'iniziativa rivolgendo domande sull'alcol "qualche volta", il 39,4% "la maggior parte delle volte".

### **Le scelte comportamentali legate agli stili di vita**

Uno degli obiettivi primari della ricerca era analizzare la percezione nel MG sull'importanza di alcune scelte comportamentali per migliorare e promuovere la salute di una persona (tab. 3).

L'efficacia del sostegno del MG nel cambiare i comportamenti del paziente è valutata secondo una scala di priorità che vede l'uso di sostanze stupefacenti e il consumo di alcool all'ultimo posto. Emerge che:

- a) i medici si sentono in generale più fiduciosi e preparati nelle aree in cui hanno maggiormente investito nella loro formazione rispetto ad aree legate all'uso/abuso/dipendenza da sostanze psicoattive legali e illegali.
- b) risulta un forte bisogno di formazione e sensibilizzazione proprio in queste ultime aree, anche allo scopo di accrescere la fiducia nei pazienti.

## **I due casi clinici**

Per valutare le competenze cliniche e diagnostiche dei MG il questionario comprendeva la descrizione di due casi clinici, ipotizzando che i MG li avrebbero distinti per la gravità e per i consigli da fornire.

Il primo proponeva un paziente che beve in modo eccessivo e presenta evidenti problemi legati al consumo di alcool (bere problematico).

Nel secondo il livello del consumo di alcool e i sintomi fisici associati suggerivano un problema di dipendenza.

I MG tendono a considerare “un problema grave o gravissimo” più il consumo di alcool del caso B (94%) rispetto al caso A (70%). Di conseguenza, il 91% degli intervistati considera “della massima importanza” il consiglio di “smettere di bere” nel caso B, rispetto al 70 % del caso A (tab. 4).

Nel caso A i provvedimenti che i MG dichiarano di dover intraprendere riflettono i risultati precedenti: risultano infatti più frequenti indicazioni volte ad approfondire il problema attraverso registrazione dei consumi e colloqui, domande mirate al bere, esami ematochimici completi. Il consiglio più frequente è di indicare la connessione fra il consumo di alcool e i disturbi presentati e richiedere emocromo ed enzimi epatici (tab. 5).

I provvedimenti nel caso B sono simili.

Astinenza: la maggioranza dei MG non la consiglierebbe nel caso A mentre solo il 60% la consiglierebbe nel caso B, pur ritenendo della “massima importanza” (tab. 4) smettere di bere. Si rilevi che, in entrambi i casi, l’invio a una agenzia esterna o a un professionista per il problema del paziente è considerato il provvedimento meno importante.

Riguardo alla fiducia nel poter aiutare i rispettivi casi (tab. 6) a ridurre il loro bere, anche senza farli smettere completamente, emergono all’incirca gli stessi risultati, come a significare che la fiducia è indipendente dalla gravità del caso.

## **Barriere ed incentivi all’intervento precoce sull’alcool**

La presente ricerca doveva assolvere a finalità sia conoscitive sia applicativo-progettuali. Per questo i MG sono stati interrogati anche sui problemi che possono agire come potenziali disincentivazioni all’intervento precoce sulle PPAC e su eventuali fattori che, se attivati, potrebbero incentivarlo.

Le barriere più significative risultano legate alla disponibilità di supporti adeguati, legati alle politiche sanitarie e alla disponibilità di appropriati programmi di formazione.

Dai risultati appare evidente che la collaborazione del MG nell’aumentare gli interventi di counselling nella popolazione, al fine di prevenire le PPAC, è legata almeno alla disponibilità di una rete territoriale con servizi specialistici, associazioni di volontariato, gruppi di auto-mutuo-aiuto (CAT e AA), alla disponibilità di materiali di screening che consentano di riconoscere abbastanza semplicemente, tra gli assistiti, i bevitori a rischio e coloro che possono presentare una patologia alcol correlata iniziale; a programmi di formazione specifici ed anche alla capacità dei pazienti di far presente il proprio problema.

## **Conclusioni**

Il progetto Drink-less si orienta a sostenere una precoce diagnosi e un trattamento a livello di sanità primaria sulle PPAC. La necessità delle politiche sanitarie di intervenire precocemente a livello di assistenza sanitaria di base pone il medico generale al centro degli interventi di prevenzione sull’alcool.

Dai risultati della ricerca emerge che la percezione dei rischi legati al consumo di alcool non è molto elevata rispetto ad altri comportamenti in cui le politiche sociali hanno già molto investito attraverso campagne informative per gli operatori e per la popolazione.

È importante quindi accrescere la sensibilità rispetto ai rischi legati ai consumi di bevande alcoliche attraverso programmi di formazione specifici e congiunti oltre a sviluppare un programma di intervento

da realizzare negli ambulatori del medico di famiglia volto alla riduzione dei consumi nella popolazione generale, come sottolineato dal Piano Sanitario Nazionale.

La fase IV del progetto Drinkless (15) , attualmente in svolgimento, mira alla realizzazione di una strategia preventiva efficace e realizzabile negli ambulatori di medicina generale per la riduzione dei consumi nella popolazione generale e in particolare nella fascia di popolazione “a rischio” di sviluppare problematiche e patologie alcolcorrelate per il tipo, livello e la modalità di consumo adottate.

È chiaro che al fine di ottenere modificazioni durature a livello di comportamento nella popolazione generale è necessario che l’incremento dell’azione preventiva e di intervento “breve” da parte dei medici di medicina generale sia accompagnato da un’azione di comunità (16, 17) che preveda campagne informative e di intervento anche in altri ambiti e mirate sia per fasce di popolazione (18) che per comportamenti specifici.

### Note.

1. La percentuale di questionari non restituiti è conforme alla norma, quando si sceglie il questionario postale. Non possiamo attribuire una parte o l’intera mortalità delle risposte alla disponibilità nei confronti dell’argomento trattato dalla ricerca.

### Tabelle

#### Tab. 1 - Caratteristiche socio-demografiche del campione

Età media 43 anni (range 32-68, moda 39/47 anni)

Sesso Maschi 85% - femmine 15%

Anni di esperienza nella pratica 13 anni (range 0-41, moda 24 anni) di MG (media)

Giorni di pratica alla settimana (media) 5,7 giorni

Pazienti visti settimanalmente	>150	33,7%
	da 50 a 150	64,2%
	<50	2,1%

Tipologia del luogo della pratica

46,4 % popolazione urbana

19,5% popolazione rurale

27,4% popolazione mista

6,7% dato non registrato

## Tab. 2 - La formazione in campo alcologico

Ore di formazione	%
Nessuna	39
<4 ore	13
4-10 ore	25
11-40 ore	5
>40 ore	18

## Tab. 3 - Percezione dell'importanza di alcuni comportamenti legati ad uno stile di vita sano

Scelte comportamentali	% Molto importante
non usare sostanze stupefacenti	93,3
non fumare	88,1
uso responsabile dei medicinali	66,7
fare esercizio fisico	49,6
evitare eccessi di calorie	45,2
ridurre lo stress	40,5
bere alcol moderatamente	37,3
non bere	20,4

## Tab. 4 - Valutazione dei due casi clinici

Caso clinico A Caso clinico B

Il bere:

Non è un problema	8,40%	2,8%
È un problema	21,60%	3,2%
È un problema grave o gravissimo	70%	94%

Smettere di bere è:

Di nessuna importanza	19,10%	4%
Importante	14%	4,80%
Della massima importanza	66,90%	91,20%

**Tab. 5 - Provvedimenti che il MG dovrebbe prendere nei casi clinici proposti (\*)**

	% caso clinico A	% Caso clinico B		
Indicare la connessione tra l'uso di alcool e i suoi disturbi	96,4	96,4		
Ordinare una emocromo completo, indici e enzimi epatici	95,5	98,8		
Fare domande screening riguardanti il suo bere	93,1	88,2		
Prendere un appuntamento successivo per discutere del problema	89,8	91		
Registrare i consumi e consigliare la riduzione dei consumi di alcool	87	62,7		
Consigliare l'astinenza	28	64,4		
Registrare i consumi ma non prendere provvedimenti	18,2	88,4		
Consigliare di chiedere aiuto ad una agenzia esterna o ad un professionista			15,7	44

(\*) % sul totale dei rispondenti

**Tab. 6 - Percezione della fiducia del MG nell'aiutare il caso A e il caso B**

	Caso A	Caso B
Nessuna fiducia	15,10%	19,90%
Abbastanza fiducia	35,40%	32,60%
Massima fiducia	49,50%	47,50%

  
[top](#)