

► **L'assistenza al paziente con problemi legati all'alcol comporta sempre notevoli difficoltà. Molte strategie d'azione comunemente suggerite spesso non sono utilizzabili, o lo sono solo in parte. Ricercando di volta in volta il proprio ruolo nei confronti dello specifico paziente e riconoscendo i limiti del proprio intervento, il medico potrà ridimensionare il senso di frustrazione per i fallimenti dei programmi, le ricadute e i rifiuti di cura. Forse proprio nei casi più difficili, lo sguardo vigile, di attesa, che il medico di medicina generale può mantenere, seppure da lontano, su questi pazienti, garantisce la continuità di presa in cura e costituisce un filo di speranza per futuri interventi, anche minimi, ma sempre possibili.**

L'uso di bevande alcoliche è profondamente radicato nella cultura di molte civiltà. Le sue origini affondano in antichi riti e abitudini in cui l'alcol aveva ruoli sociali, medici e alimentari. Bere ha ancora oggi funzioni relazionali importantissime: può essere un modo per entrare a far parte di un gruppo, per essere riconosciuto come pari e accettato. Ingerire grandi quantità di alcolici può essere considerato un segno di forza, di virilità o di parità sessuale. Esistono, infatti, comunità in cui l'astemio è stigmatizzato e rifiutato.

Nei testi delle civiltà più antiche (babilonese, sumerica, egiziana, ebraica, greca e romana) troviamo la descrizione dei danni provocati dall'alcol e delle misure per porvi rimedio. Tutte le testimonianze e i trattati scientifici sull'argomento propongono un approccio moralistico con ricorso a misure pedagogiche e repressive. Il proibizionismo non è stato solo un fenomeno degli Stati Uniti d'America (1919-1933), ma ha interessato molti paesi (India, Unione Sovietica, paesi arabi eccetera) in modo più o meno radicale (proibizionismo totale o parziale), con risultati discutibili. Solo dal secondo dopoguerra in poi, è stato lentamente abbandonato il concetto di abuso alcolico come vizio o malattia ed è stata riconosciuta l'importanza di un approccio multidisciplinare al soggetto alcolista.

Negli ultimi anni, l'atteggiamento ambivalente nei confronti dell'alcol si è accentuato visto che i concetti di abuso, bere moderato e dose sicura sono continuamente rivisti e non c'è accordo su queste definizioni nemmeno all'interno del mondo scientifico. La cultura attuale da una parte riconosce la funzione socializzante dell'alcol, rafforza e perpetua i riti a esso legati e sostiene, così facendo, l'industria con i suoi notevoli interessi economici, dall'altra osserva e denuncia gli effetti deleteri dell'abuso alcolico, mettendo in atto programmi di prevenzione e sensibilizzazione e varando leggi volte a limitare gli incidenti automobilistici e sul lavoro connessi all'eccesso di alcol.

Anche all'interno del mondo medico, le posizioni non sono univoche né confortate da studi sempre validi:

accanto a chi persegue l'obiettivo dell'astinenza, riconoscendo in essa l'unica condizione sicura, c'è chi sostiene che un consumo moderato avrebbe benefici effetti sull'apparato cardiovascolare e digerente. Indipendentemente dalla funzione sociale e relazionale dell'alcol, chiunque ne assuma anche piccole quantità ben presto si accorge delle proprietà farmacologiche che esso possiede: ansiolitiche, ipnoinducenti, disinibenti o euforizzanti a seconda della dose ingerita e della sensibilità individuale, che dipende dalle caratteristiche biologiche e psicologiche del soggetto.

Grazie a questi effetti, l'alcol può essere utilizzato come automedicamento in caso di sindromi ansiose o nelle più comuni situazioni stressanti della vita, innescando nel tempo assuefazione e dipendenza. Molti bevono, infatti, per farsi coraggio, per vincere la timidezza, l'insicurezza, per essere più spigliati o per sentirsi meno soli.

EPIDEMIOLOGIA

Il 40% dei pazienti, negli Stati Uniti, ha problemi con l'alcol (definiti come problemi che richiederebbero un trattamento) e il 10% circa della popolazione americana ne è dipendente. Uno studio italiano del 1988 ha rilevato che dal 5 al 20% degli assistiti di un medico di medicina generale ha problemi alcol correlati; tuttavia, solo il 2% arriva all'osservazione del medico.

L'epidemiologia dell'abuso di sostanze alcoliche e delle malattie a esse correlate è difficoltosa, sia perché non è agevole quantificare l'assunzione di alcol, sia perché la relazione tra consumo e rischio di malattie correlate è complicata da fattori di confondimento quali fumo, dieta, infezioni virali eccetera. I rischi relativi più elevati riguardano la cirrosi epatica, le neoplasie del tratto superiore respiratorio e del sistema digerente e l'ictus emorragico. Associazioni più deboli ma significative sono state osservate con l'ipertensione arteriosa e la pancreatite cronica; inoltre sono più frequenti gli incidenti di vario tipo. È controverso il ruolo dell'alcol nelle neo-

La prevenzione

plasie del colon retto e della mammella. Per le malattie coronariche si osservano effetti protettivi a dosi basse e negativi per dosi maggiori.

L'USO DELL'ALCOL

Bevitori moderati e bevitori a rischio

L'OMS, il National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) e l'American Psychiatric Association (APA) definiscono bevitori moderati i maschi che assumono 24 g di alcol o meno al giorno; per il sesso femminile la quantità sicura sarebbe 12 g o meno. È considerato a rischio chi beve quantità superiori a queste o assume quattro o più unità alcoliche di seguito, anche se occasionalmente.

Secondo i sostenitori dell'approccio ecologico ai problemi alcol correlati (club degli alcolisti in trattamento), non esiste, invece, una dose minima sicura, perché qualsiasi quantità comporta un rischio, che cresce con l'aumentare del consumo.

L'OMS auspica che entro il 2015, in tutti i paesi membri, il consumo medio pro capite non superi i 6 litri di alcol l'anno.

È difficile stabilire la dose non pericolosa di alcol, tanto che il mondo scientifico è impegnato in continue revisioni. D'altronde, la diagnosi di dipendenza o abuso non tiene conto di aspetti soltanto clinici, ma al contrario si basa quasi esclusivamente su elementi comportamentali e atteggiamenti sociali. Anche il concetto di rischio evitato, limitandosi alla cosiddetta dose sicura, non è ben definito. Che cosa si evita? L'alcolismo? Le malattie alcol correlate? A tutt'oggi non ci sono risposte scientifiche sicure e univoche rispetto alla dose in grado di evitare tali problemi.

Abuso

Secondo il DSM-IV, l'abuso si configura quando sussiste una modalità problematica nell'uso dell'alcol senza che siano presenti i criteri per una diagnosi di dipendenza. Se ne parla quando sono presenti una o più delle seguenti condizioni:

- uso ricorrente di alcol che ha come conseguenza l'incapacità di adempiere ai principali doveri relativi al proprio ruolo sul lavoro, a scuola o in famiglia;
- uso ricorrente in situazioni fisicamente rischiose;
- problemi legali ricorrenti correlati all'uso di alcol;
- uso continuativo della sostanza nonostante persistenti

EQUIVALENTI DI UNA UNITÀ ALCOLICA (12 GRAMMI DI ALCOL CIRCA)

- Un bicchiere di vino da 180 mL
- Un bicchiere di birra da 360 mL
- Un bicchierino di superalcolico da 45 mL

o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dai suoi effetti.

Intossicazione acuta

La diagnosi di intossicazione acuta da alcol non è un evento molto frequente per il MMG, interessa più spesso chi lavora in un Pronto soccorso o chi si dedica alla continuità assistenziale, per fatto che l'ubriachezza si osserva soprattutto di sera o nei giorni festivi. La diagnosi è relativamente facile, perché, oltre all'alito alcolico, il contesto generale è di grande aiuto. La gravità dell'intossicazione varia a seconda della quantità, qualità e rapidità con cui è stata ingerita la bevanda e delle condizioni del soggetto. Sono, inoltre, fattori importanti il grado di tolleranza (alcolista o bevitore occasionale), la ripienezza dello stomaco, la concomitante assunzione di psicofarmaci, la motilità e l'assorbimento del tratto gastroenterico. I segni clinici variano da fenomeni di euforia ed eccitamento a uno stato di confusione mentale con possibili deliri, allucinazioni e fenomeni legati alla depressione della corteccia cerebrale, fino al coma. In caso di intossicazione acuta da alcol sarà sempre necessario valutare l'opportunità di inviare il paziente al Pronto soccorso. Se la sindrome non è particolarmente grave o il paziente e i familiari rifiutano categoricamente il ricovero, il medico dovrà:

- valutare i parametri vitali (respiro, polso, pressione, coscienza);
- escludere traumi con un attento esame obiettivo;
- determinare la glicemia;
- porre il paziente in posizione laterale di sicurezza (per il possibile vomito);
- rivalutare i parametri vitali ogni 15 minuti per la prima ora.

Dipendenza

«Senti, io non ce la faccio più! Ho trovato mio padre che girava per le strade senza scarpe! Non lo sopporto più; ma sono molto arrabbiata anche con mio fratello che continua a non rendersi conto della gravità della situazione e minimizza i problemi come se fosse stupido»

L'OMS, la NIAAA, l'APA e il DSM IV concordano nell'affermare che per porre diagnosi di alcolismo (o dipendenza dall'alcol) è necessario avere almeno tre dei seguenti fattori, in un periodo di 12 mesi:

- tolleranza: diminuzione dell'effetto ovvero necessità di aumentare la dose per raggiungere l'intossicazione o evitare la sindrome da astinenza;
- assunzione della sostanza in quantità maggiori o per tempi più prolungati di quanto sia nelle intenzioni del soggetto;
- desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o di controllare l'uso della sostanza;
- molto tempo speso in attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla o a riprendersi dai suoi effetti;
- riduzione o interruzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza;

- utilizzo di alcol nonostante la consapevolezza di avere un problema psichico, fisico o sociale causato o esacerbato dall'uso stesso (questo criterio da solo configura la diagnosi di abuso alcolico).

Sindrome d'astinenza

«Dottoressa, mio figlio trema, dice cose strane, è agitatissimo. Da ieri sera non mangia e non beve, stanotte non ha dormito e dice di avere qualcosa sotto la pelle delle gambe. Venga subito, ho paura che si scateni la crisi come l'altra volta»

Un importante quesito diagnostico è quello della *sindrome da astinenza alcolica*, che, seppure nella maggior parte dei casi, si presenti con sintomi di lieve o media entità, in una piccola (5%) percentuale di soggetti può manifestarsi con un quadro di gravità crescente, potenzialmente fatale. È, quindi, importante saperla inquadrare, in modo rapido e corretto. Essa insorge da 6 a 30 ore di distanza dall'ultima assunzione di bevande alcoliche e può avere diversi gradi di intensità. Nella maggior parte dei casi si osserva iperattività sensoriale, iperreflessia, insonnia e irritabilità, che tendono a risolversi nel giro di 48 ore. Nelle reazioni gravi si può, invece, osservare, tra le 48 e le 60 ore dall'interruzione del potus, l'aggravarsi dei sintomi sopra descritti ai quali si aggiungono allucinazioni visive, uditive e tattili e convulsioni fino a volte a un vero e proprio delirio. Il delirium da astinenza alcolica si sviluppa poche ore o pochi giorni dopo l'inizio dell'astinenza ed è caratterizzato da alterazioni della coscienza, da modificazioni cognitive o percettive e dal fluttuare nell'arco della giornata di tali sintomi, nel senso che il soggetto può apparire lucido e coerente per gran parte della giornata e presentare alla sera la tipica sintomatologia. In particolare, si noterà una grande difficoltà a comunicare con il paziente per l'estrema labilità dell'attenzione, ogni minimo stimolo ambientale sarà occasione di distrazione. Sono presenti anche deficit mnemonico, disorientamento spaziotemporale, alterazioni del linguaggio, false interpretazioni, illusioni, allucinazioni (prevalentemente visive, ma a volte anche uditive e tattili), disnomia e disgrafia.

Solo in una minima percentuale di casi, quando c'è un'evoluzione verso il *delirium tremens*, stati preconvulsivi o convulsioni vere e proprie, la sindrome da astinenza assume caratteri di gravità tali da richiedere il ricovero in ambiente ospedaliero e il trattamento farmacologico. La terapia specifica è altresì raccomandata in tutti i pazienti con anamnesi positiva per pregressa sindrome da astinenza, soprattutto se con episodi convulsivi, per tentativi multipli di sospensione del potus, o per introduzione di quantità elevate di bevande alcoliche (più di 24 unità al giorno). L'approccio farmacologico deve essere esteso anche nei soggetti con condizioni organiche che generano irritazione cerebrale (cicatrici da traumi, idrocefalo congenito eccetera).

Molti autori sostengono che anche le sindromi d'astinenza non gravi debbano essere gestite non dal MMG, ma da un servizio specialistico, dove è più facile attingere a tutte le risorse interdisciplinari per aumentare le probabilità

di un esito duraturo nel tempo del programma di disintossicazione mirante all'astinenza duratura.

Non sempre, però, il paziente si rivolge a un medico quando decide di smettere di bere; inoltre le sindromi d'astinenza possono insorgere non per la volontà del soggetto di diventare astemio, ma per fatti intercorrenti che gli impediscono di bere per qualche ora, quindi il medico può essere chiamato quando la sindrome è già in corso.

Nella maggior parte dei casi è sufficiente fare in modo che il paziente stia in un ambiente tranquillo, al riparo da forti stimoli acustici e luminosi e che riceva continue rassicurazioni. Sarà comunque sempre necessario porre attenzione ai valori della glicemia, che può avere, nelle prime fasi, ampie fluttuazioni, all'equilibrio idroelettrolitico con particolare attenzione all'ipomagnesemia (da iperventilazione) e alle variazioni della fosforemia. Sarà necessario effettuare un'attenta *reidratazione* e somministrare *vitamine* (B1, B12, folati, K).

Da un punto di vista farmacologico, le *benzodiazepine* sono senza dubbio i farmaci più usati per la loro efficacia e sicurezza, e rimangono di prima scelta nella sindrome da astinenza, soprattutto per la capacità di aumentare la soglia epilettogena. Esse stimolano, infatti, l'azione del GABA, il più importante neurotrasmettitore ad azione inibitoria, capace di controllare le crisi epilettiche. Le benzodiazepine, inoltre, inibiscono il rilascio della norepinephrina e il sistema ipotalamo-ipofisi-surrene, riducendo i sintomi da iperattività del sistema simpatico. L'efficacia delle diverse molecole di questa classe è sovrapponibile, ciò che varia è la velocità e il grado di assorbimento, la presenza o meno di metaboliti attivi e la durata dell'emivita. Diazepam e clordiazepossido hanno

UTILIZZO DELLE BENZODIAZEPINE NELLA DISINTOSSICAZIONE DA ALCOL

Metodo standardizzato

I primi 3 giorni si somministrano alti dosaggi di farmaci, siano essi di lunga o breve durata d'azione (almeno 40 mg di diazepam o 200 mg di clordiazepossido; almeno 8 mg di lorazepam); nei 4-7 giorni successivi si riduce il dosaggio, anche basandosi sulla risposta del paziente.

Metodo rapido (symptom triggered)

In questo caso si utilizzano benzodiazepine a lunga emivita: diazepam 10-20 mg/ora per os oppure 5 mg per via endovenosa; clordiazepossido 12,5 mg/min in infusione continua. Quando si è ottenuta una sufficiente sedazione del paziente, si sospende la somministrazione del farmaco. Non è necessario dare altre dosi di farmaco a meno che il paziente non presenti la ricomparsa dei sintomi da astinenza. Alcuni studi indicherebbero che il metodo rapido è migliore perché, essendo personalizzato sulla risposta del paziente alla terapia, richiederebbe dosi complessivamente minori di farmaco e un trattamento di durata assai ridotta (9 ore contro 68).

La prevenzione

una lunga emivita e metaboliti attivi, con conseguente rischio di accumulo e di eccessiva sedazione del paziente. Il lorazepam e l'oxazepam, invece, hanno una breve emivita e un assorbimento molto più regolare e prevedibile, se somministrati per via intramuscolare; presentano, però, il rischio di convulsioni tardive nel corso del periodo di disintossicazione.

Altri farmaci (flumazenil, clonidina, betabloccanti, carbamazepina, clometiazolo, aloperidolo, tioridazina, tiapride) possono essere associati alle benzodiazepine; usualmente non sono utilizzati in alternativa a esse, perché i loro potenziali effetti collaterali sono maggiori.

PROBLEMI ALCOL CORRELATI

I problemi e le patologie alcol correlate sono molte: epatite alcolica acuta e cronica, cirrosi, pancreatite cronica, neoplasie, malattie dermatologiche, sindromi carenziali

(soprattutto di vitamine del gruppo B), malattie neurologiche (in particolare neuropatie periferiche, epilessia, demenza, sindrome amnesica), disturbi psichici. Nei casi conclamati, non ci sono difficoltà diagnostiche; tuttavia, nelle fasi precoci o meno gravi, l'attribuzione eziologica è molto meno facile. Data l'elevata percentuale di alcolisti e bevitori a rischio che non sono riconosciuti, è importante che il MMG abbia un elevato *indice di sospetto* quando rileva certe condizioni cliniche (tabella 1), oltre che psicologiche e sociali (tabella 2).

Il trattamento delle patologie alcol correlate risulta molto difficile, perché in tutti i casi il primo passo terapeutico sarebbe sospendere l'assunzione di alcol, evento non sempre realizzabile, quanto meno in tempi utili per ridurre al minimo il danno e la progressione della patologia. Va comunque ricordato che, anche se l'astinenza è difficile da ottenere, la semplice diminuzione della dose ingerita, l'integrazione vitaminica e una maggior cura nell'alimentazione hanno effetti positivi e riducono il danno.

Tabella 1 – Principali patologie alcol correlate

Patologie	Quadri precoci	Conseguenze tardive
Epatopatie	Aumento degli enzimi epatici, steatosi epatica	Epatite alcolica, cirrosi epatica
Malattie pancreatiche		Pancreatite acuta e cronica
Patologie cardiovascolari	Iperensione arteriosa	Quelle dell'ipertensione, in particolare ictus
Problemi gastrointestinali	Dispepsia, gastrite, malattia da reflusso gastroesofageo, diarrea, ulcera peptica	
Patologie neurologiche	Cefalea, amnesie acute (di breve durata), lipotimie, tremori alle mani, sintomi e segni di neuropatia periferica	Sindrome da astinenza, convulsioni, encefalopatia di Wernicke, sindrome di Korsakoff, deficit cognitivi, demenza, atrofia cerebrale, disturbi motori e dell'equilibrio, neuropatia periferica avanzata
Problemi psichiatrici (causa o conseguenza)	Depressione, sindrome ansiosa, insonnia, risveglio precoce	Disturbi affettivi, disturbo d'ansia, disturbo di personalità antisociale
Patologie della sfera sessuale o riproduttiva	Fetopatia alcolica	Disfunzioni sessuali, amenorrea, anovulazione, menopausa precoce, aborto spontaneo
Tumori		Epatocarcinoma (specie su cirrosi da HCV), neoplasie del collo, pancreas ed esofago

da Burge, 1999 (modificata)

Tabella 2 – Indizi che devono far sospettare un quadro di alcolismo

Disturbi psicologici e sociali	Eventi precoci	Conseguenze tardive
Problemi personali	Sporcizia, trascuratezza nell'igiene personale, nell'abbigliamento e nella gestione domestica; incidenti (anche minori), cadute	
Problemi legali	Violazione delle norme sul traffico, guida in stato di ebbrezza, ubriachezza molesta, risse, reati minori	Incidenti stradali, aggressività, violenze, incidenti domestici
Problemi sul lavoro	Ritardi, assenteismo (per malattie e non), errori, scarsa concentrazione, perdita di competenze	Incidenti sul lavoro, lesioni, perdita del lavoro, disoccupazione
Problemi familiari	Disordine e scarsa pulizia degli ambienti domestici, conflitti, disinteresse verso i figli, irresponsabilità, isolamento sociale	Divorzio, violenza familiare (moglie o figli), abbandono di minori
Problemi scolastici	Disinteresse, abbandono degli studi, perdita di concentrazione, isolamento sociale	Difficoltà nell'apprendimento, nel comportamento, disturbi emotivi

da Burge, 1999 (modificata)

Disturbi psichiatrici

Parecchi disturbi psichiatrici, tra cui ansia, depressione, sintomi psicotici (con allucinazioni), alterazioni del sonno e dell'umore e disfunzioni sessuali, possono essere correlati all'uso di bevande alcoliche, con rapporti causa effetto variabili. Possono infatti:

- essere connessi a un'eccessiva assunzione
- conseguire alla riduzione o all'astensione
- indurre all'uso/abuso come forma di automedicazione.

Quest'ultima modalità di uso spesso sfugge al controllo del soggetto trasformandosi in abuso o dipendenza. Può non essere semplice, ma è particolarmente importante, distinguere se il problema psichiatrico è indotto dall'uso dell'alcol o se il soggetto presenta anche una patologia psichiatrica, che ovviamente risulta complicata e aggravata dall'alcol. In quest'ultimo caso, la prognosi è più sfavorevole e la gestione del paziente è più complessa. Bisogna sospettare una patologia psichiatrica primaria quando i sintomi precedono l'abuso di alcol, sono più gravi di quanto ci si aspetterebbe e quando durano più di un mese dopo l'astensione. Il trattamento farmacologico dei disturbi psichiatrici ha dimostrato in questi casi un significativo miglioramento e una più facile gestione dei problemi di abuso o dipendenza.

ALCOLISMO E MEDICINA GENERALE

«Ma è sicura dottoressa, che questi brutti risultati degli esami di mio marito siano dovuti al vino? Io ho provato ad affrontare il discorso, ma lui dice che non è un ubriacone, e ha ragione, anzi non si è mai ubriacato in vita sua, posso testimoniare io stessa. E poi è ovvio che si vergogni a rifiutare un bicchiere di vino che gli offrono i suoi clienti, magari a conclusione di un affare o durante le trattative. Insomma, dottoressa, lui va al bar tutti i giorni, non può evitarlo, incontra non solo amici, ma anche clienti, e poi, è un uomo!»

L'alcolismo è una condizione di difficile inquadramento e gestione da parte del MMG, che non solo ha una scarsa formazione professionale sull'argomento, ma ha generalmente anche un atteggiamento poco empatico nei confronti di pazienti che abusano di sostanze, è scettico rispetto all'efficacia del trattamento e ha la sensazione che i problemi alcol correlati non siano di sua pertinenza. Ciò comporta che solo pochi etilisti vengano identificati dai medici di base (meno della metà); sono ancor meno quelli ai quali viene offerto un qualsiasi programma di trattamento (il 24% di coloro che sono stati riconosciuti).

Il MMG, adeguatamente sensibilizzato e formato, sarebbe in realtà la figura professionale più adatta a individuare, nella popolazione dei propri assistiti, le persone afflitte dal problema in questione, viste le caratteristiche della relazione che instaura con il paziente: lunga durata nel tempo e conoscenza del contesto e del tessuto sociale, familiare e lavorativo del soggetto.

Gli interventi di *prevenzione* condotti dal MMG sono per lo più di tipo opportunistico. Sarebbe, d'altronde, difficile immaginare una prevenzione di tipo attivo che

non vada a scontrarsi con il senso di libertà individuale delle persone, con il diritto di scegliere comportamenti e stili di vita. L'intervento preventivo, in questo campo, va condotto con estrema delicatezza e cautela. Come atteggiamento generale, si sottolinea l'importanza dell'anamnesi: quando si pongono domande su abitudini voluttuarie e comportamenti a rischio, si può condurre uno *screening* discreto sull'assunzione di alcolici.

Il CAGE è un semplicissimo questionario che ha una buona sensibilità e specificità per i problemi alcol correlati dei soggetti afferenti a un ambulatorio medico. Ce ne sono molti altri, ma richiedono molto più tempo per essere compilati, a meno che non si chieda al paziente di farlo da solo, in sala d'attesa, come alcuni hanno proposto. L'identificazione dei bevitori a rischio è ovviamente utile ed è stato dimostrato che, se non c'è uno stato di dipendenza, il semplice consiglio del medico determina la riduzione del consumo di alcolici di circa il 40%.

Tutte le cartelle cliniche per la medicina generale, sia cartacee sia informatiche, prevedono una parte riguar-

DATI ANAMNESTICI UTILI COME SCREENING PER L'ASSUNZIONE DI ALCOLICI

Per ogni nuovo paziente o prima visita, se non già fatto in precedenza, o se esistono motivi per sospettare problemi alcol correlati, chiedere all'assistito:

- se beve (o ha bevuto in passato) alcolici
- Successivamente, *senza chiedere al paziente quanto beve*, il medico valuterà l'opportunità di utilizzare questionari come il CAGE, l'AUDIT o altri, per porre o confermare il sospetto di alcolismo

Chiedere poi di:

- quantificare il potus abituale e quello massimo
- specificare il tipo di sostanze assunte (vino, birra, superalcolici), la quantità giornaliera e la frequenza di assunzione (tutti i giorni? quanti bicchieri? eccetera)

Queste domande sono sufficienti per individuare i bevitori moderati e quelli a rischio. È anche più probabile che il soggetto risponda senza sottostimare o minimizzare i propri consumi alcolici in un contesto anamnestico generale piuttosto che nel momento in cui emergono i problemi alcol correlati.

Se un paziente risulta positivo al precedente screening per sospetto di abuso alcolico o nel caso in cui l'alcolismo sia già conosciuto:

- precisare se sussistono i criteri per la diagnosi di dipendenza
- valutare l'uso concomitante di altre sostanze o fumo che vanno ad aumentare il rischio per certe patologie alcol correlate (per esempio neoplasie di capo, collo, vie aeree eccetera)
- indagare eventuali patologie psichiatriche concomitanti e aggravate dall'alcol, problemi relazionali e comportamentali

La prevenzione

dante le abitudini, gli stili di vita e i comportamenti a rischio. Sono dati che il MMG può raccogliere non necessariamente nel corso della prima consultazione, ma anzi può scegliere il momento più adatto per affrontare tale argomento e per effettuare i periodici aggiornamenti dei dati. È necessario, pertanto, conoscere il contenuto di alcol delle principali bevande.

Spesso, fare domande sulle abitudini voluttuarie è molto difficile per il MMG, che vive nel medesimo contesto sociale del paziente, condividendone pregiudizi, luoghi comuni e concetti profani di salute, malattia e comportamenti a rischio. Il medico può provare una sorta di pudore ad approfondire l'argomento. Inoltre, può trovarsi in difficoltà nello stabilire se la quantità di bevande alcoliche assunta dal paziente configuri un abuso o comunque un pericolo, stante l'ambiguità culturale e scientifica a proposito.

Il professionista deve fare i conti anche con il proprio consumo di bevande alcoliche, che abitualmente è vissuto come adeguato. L'abuso è spesso negato dal soggetto e a volte anche dai familiari. Questo perché l'alcolismo può, anche ai giorni nostri, essere vissuto come una vergogna, un vizio, una colpa, della quale si sentono corresponsabili i familiari, o come una malattia destinata a peggiorare nel tempo, senza possibilità di guarigione.

La percezione dell'alcol come droga, da parte degli assistiti e anche della maggioranza dei medici, è quanto mai rara, anche perché assumere alcol non è illegale. Chiunque si allarma dinanzi al figlio o al coniuge che usa, anche saltuariamente, eroina, cocaina, *Cannabis* o sostanze psicoattive varie, e consulta il medico anche per il solo sospetto; nessuno, invece, si preoccupa se un familiare si ubriaca di tanto in tanto, l'allarme scatta solo quando l'alcolismo è conclamato.

Il MMG viene interpellato dall'alcolista (prevalentemente per le patologie alcol correlate, che debbono essere riconosciute come tali), ma più spesso dai familiari, oppure dai servizi sociali, da colleghi specialisti o da

IL QUESTIONARIO CAGE

- Negli ultimi tre mesi ha mai pensato di dover bere meno?
- Negli ultimi tre mesi si è mai sentito irritato perché qualcuno le ha detto di bere meno?
- Negli ultimi tre mesi si è mai sentito in colpa perché beveva troppo?
- Negli ultimi tre mesi si è mai svegliato al mattino con la voglia di bere qualcosa di alcolico?

Secondo alcuni autori, il test è positivo con due risposte affermative, oppure una se il soggetto è adolescente o molto giovane; per altri anche una sola risposta positiva identifica il soggetto come a rischio.

Le domande vanno poste in sequenza, dopo aver chiesto al soggetto se beve alcolici o meno, ma senza aver prima chiesto quanto beve

da Mayfield et al, 1974 (modificato)

gruppi di volontariato, per partecipare alla gestione del problema con interventi clinici, di counselling, di sostegno psicologico per il soggetto e la famiglia, o per rilasciare certificazioni con risvolti legali (ritiri di patente di guida, incidenti stradali, atti di violenza).

Quando l'alcolismo non è ancora stato individuato, il MMG deve prestare particolare attenzione anche a *condizioni cliniche* sfumate e a eventi personali che, pur non essendo di competenza medica (incidenti, violenze, problemi familiari e sul lavoro), possono non evocare il sospetto della loro vera causa. Alcuni *indizi* che devono far sospettare un alcolismo misconosciuto sono riportati nella tabella 2. A questi vanno aggiunte osservazioni dirette del medico, quali l'aspetto trascurato, l'alto alcolico, i tremori delle mani, soprattutto mattutini.

Le *indagini di laboratorio* non sono strettamente necessarie; possono, però, confermare la diagnosi ed essere utili per valutare la gravità e l'andamento delle patologie alcol correlate, oppure per condurre il follow up di un soggetto in trattamento per alcolismo (vedi box).

TRATTAMENTO

Se da una parte è auspicabile che il trattamento di un problema tanto complesso avvenga utilizzando risorse di rete, non sempre questo è possibile e il medico può trovarsi a gestirlo da solo.

LE INDAGINI DI LABORATORIO

- Aumento della CDT, ovvero transferrina carboidratodipendente o transferrina desialata (valori >6% esprimono un consumo di alcol >60 g/die per 2 settimane; l'aumento persiste per 2-4 settimane dopo la sospensione). È il marker più specifico disponibile. Non attendibile con difetti congeniti del metabolismo glucidico o varianti della transferrina.
- Aumento di gammaGT (sensibilità attorno al 50%: nella metà degli alcolisti è normale)
- Aumento di MCV (normale o diminuito se coesiste una perdita ematica gastrointestinale, come frequentemente avviene)
- Aumento delle transaminasi con rapporto AST/ALT ≥ 2
- Aumento di acido urico, CK, trigliceridi
- Riduzione di leucociti (aumentati nell'epatite alcolica acuta), piastrine, magnesio e fosforo

Per individuare la ricaduta

- Aumento della CDT
- Aumento di gammaGT del 20% o più rispetto al valore basale (dopo un mese di astinenza)
- Aumento di AST del 40% e ALT del 20% o più
- Concentrazione di alcol urinario (unico potenziale falso positivo i diabetici con infezioni urinarie da germi fermentanti come *Candida albicans*)

Gestione in rete

L'invio può essere una scelta del medico che decide di non occuparsi in prima persona della gestione dell'alcolista, se non per quanto concerne gli aspetti prettamente clinici, oppure può essere una modalità scelta dal paziente che decide autonomamente di rivolgersi a professionisti diversi dal proprio medico. Non dimentichiamo che la gestione dell'alcolista richiede capacità relazionali, dedizione in termini di tempo, interesse nei confronti di un problema complesso, necessità di acquisire sul campo delle competenze che l'università non insegna.

Esiste, poi, un altro livello di invio in cui il medico chiede alle risorse della rete territoriale aiuto per una gestione condivisa del paziente oppure egli accetta di essere coinvolto in modo attivo da altri professionisti. In questo caso, il medico può diventare il coordinatore dei vari interventi, sarà comunque sempre lui a monitorare l'aderenza alla terapia e il mantenimento dell'astinenza (qualora raggiunta) da parte del paziente. Potrà avvalersi di strutture ospedaliere, di servizi territoriali di alcologia, di servizi sociali per programmi integrati (tutela di minori, reinserimenti lavorativi), di professionisti privati quali psicoterapeuti, di gruppi di volontariato.

È sempre necessario porre attenzione alle risorse del paziente in modo che l'aiuto e il sostegno del medico si inserisca sulle concrete possibilità del soggetto. È partendo da questo atteggiamento e dalla consapevolezza che ogni alcolista ha una storia unica e irripetibile per la sua complessità, che il medico deve cogliere il tipo di intervento più opportuno per quel paziente.

Psicoterapie

La *terapia motivazionale*, la *cognitivo comportamentale*, la *psicoterapia psicodinamica*, quella di coppia, della famiglia e di gruppo sono tutte utilizzabili nel trattamento dell'alcolismo. Molti autori sostengono che l'approccio motivazionale (tabella 3) sia il migliore e il più semplice da utilizzare anche dal MMG. L'obiettivo è quello di aiutare il paziente a costruire una valida motivazione per non bere più e cambiare stile di vita e comportamento. L'attenzione è fissata sul controllo del sintomo; ciò rende questo tipo di intervento relativamente breve, semplice e focalizzato rispetto ad altre psicoterapie. In realtà, si tratta di un modello piuttosto ideale, che non può essere applicato in modo rigoroso e uniforme a ogni alcolista: la successione delle sei fasi non sempre avviene con regolarità e con la scansione temporale prevista. Inoltre, nella maggior parte dei casi si tratta di un approccio al problema, che va poi integrato con altri percorsi psicoterapeutici o interventi aggiuntivi. La conoscenza di tale metodo può essere di qualche aiuto al medico come traccia, come suggerimento a proposito dei passi da compiere con un paziente alcolista. È difficile nell'assetto della medicina generale immaginare un uso più preciso e aderente alla tecnica indicata, a meno che il medico non decida di dedicarsi del tempo, al di fuori dell'attività ambulatoriale quotidiana, creando un setting diverso.

Tabella 3 – L'approccio motivazionale al trattamento dell'alcolismo

Fase	Intervento
Precontemplazione: non si vede ancora il problema alcol	<ul style="list-style-type: none"> ● Insinuare il dubbio ● Aumentare nel paziente la percezione dei rischi e dei problemi che comporta l'attuale atteggiamento
Contemplazione: il contemplatore per un verso prende in considerazione il problema e per l'altro lo rifiuta (ambivalenza)	<ul style="list-style-type: none"> ● Far pendere opportunamente l'ago della bilancia ● Evocare le ragioni per cambiare e sottolineare i rischi che si corrono se non si cambia ● Aumentare l'efficacia del paziente nel cambiare l'attuale comportamento
Determinazione: finestra di opportunità che rimane aperta per un certo periodo di tempo, in cui c'è lo spazio per cercare di trovare una soluzione, altrimenti si torna alla contemplazione	<ul style="list-style-type: none"> ● Aiutare il paziente a individuare la migliore strada da prendere per trovare il modo di cambiare
Azione: si potrebbe intraprendere un percorso di counselling o l'invio allo specialista	<ul style="list-style-type: none"> ● Aiutare il paziente a compiere i passi necessari all'attuazione del cambiamento
Mantenimento: sostenere il cambiamento effettuato da azioni svolte in precedenza e prevenire la ricaduta	<ul style="list-style-type: none"> ● Aiutare il paziente a identificare e utilizzare strategie che impediscano la ricaduta
Ricaduta: ritorno al vecchio comportamento d'abuso	<ul style="list-style-type: none"> ● Aiutare il paziente a riavviare i processi di contemplazione, determinazione e azione senza demoralizzarsi per la ricaduta

L'approccio *cognitivo comportamentale* mira a rendere il paziente capace di controllare il proprio consumo di alcol. Potrebbe apparire riduttivo considerare l'etilismo come un mero problema di controllo del bere, tuttavia in termini pratici ottenere tale risultato può essere un importante traguardo, su cui continuare a lavorare per raggiungere un cambiamento più profondo.

Le *psicoterapie individuali* a orientamento dinamico sono quelle che trovano minor applicazione nel campo dell'alcolismo perché possono essere riservate a un piccolo numero di pazienti. Infatti, è necessario che il soggetto abbia un buon livello intellettuale, una certa formazione culturale, un'età non troppo avanzata.

Le *psicoterapie di coppia e familiari* possono essere ottimi interventi quando i conflitti e le tensioni familiari o di coppia siano fonte di notevole malessere, al punto da divenire causa stessa dell'abuso di alcol, o comunque un ostacolo a un percorso di riabilitazione. Tali trattamenti sono, però, sconsigliati se l'alcolista non ha raggiunto lo stato di sobrietà da almeno un anno.

Le *terapie di gruppo* sono le più usate e da molti autori addirittura raccomandate, anche se non esistono studi controllati sulla loro efficacia.

La prevenzione

Gruppi di volontariato

I gruppi di volontariato più rappresentativi in Italia, che basano il loro agire sul principio dell'auto-mutuo-aiuto, sono gli Alcolisti Anonimi (AA) e i Club degli Alcolisti in Trattamento (CAT).

La fondazione di Alcolisti Anonimi avviene nel 1935 in America. Oggi è diffusa in molti paesi anche con culture diverse. In Italia, il primo gruppo di AA nasce nel 1972 a Roma e lentamente si diffonde, nelle città del centro e nord Italia fino ad arrivare a circa 450 gruppi alla fine degli anni novanta, con una partecipazione di alcolisti stimata attorno a diecimila. La filosofia dell'associazione si basa sul concetto che l'alcolismo è una malattia inguaribile che richiede la frequenza del gruppo di AA per tutta la vita. Il programma di trattamento è di carattere spirituale basato sull'accoglienza, il rispetto, la condivisione e l'autonomia, il tutto nell'anonimato assoluto. Ogni gruppo di AA è costituito da un numero di 3-4 fino a 50 alcolisti, le riunioni avvengono in media due volte alla settimana e solo occasionalmente è ammessa la partecipazione di familiari o professionisti. L'efficacia del programma di AA non è di facile valutazione, proprio per l'anonimato che impedisce la conduzione di studi epidemiologici accurati; sembra, comunque che, dopo dodici mesi di frequenza, circa il 70% dei soggetti siano astinenti.

Al-Anon è l'associazione anonima di familiari e amici degli alcolisti che condivide la stessa filosofia di AA, sostenendo che l'alcolismo è una malattia di tutta la famiglia e viene gestita in modo analogo ad AA, pur essendo da essa distinta. L'obiettivo di Al-Anon è quello di staccare affettivamente i familiari e gli amici dall'alcolista, invitandoli a spostare l'attenzione su di sé in modo da li-

INDIRIZZI UTILI

Alcolisti Anonimi (AA)

- Sede nazionale: via di Torre Rossa 35, 00165 Roma
- Centralino per i professionisti: 06 6636629
- Centralino di ascolto telefonico: 06 6636620
- Posta elettronica: aaitalia@mclink.it
- Sito internet: <http://www.alcolisti-anonimi.it>

Al-Anon

(associazione di familiari collegata ad AA)

- Sede nazionale: via Fantoli, 10, 20138 Milano
- Centralino per i professionisti: 02 58018230
- Centralino di ascolto telefonico: 02 504779
- Posta elettronica: al-anon@libero.it

AICAT

- Sede nazionale: piazza De Marini 3/75, 16123 Genova
- Telefono: 010 2469341. Fax: 010 2469348
- Posta elettronica: info@icat.net
- Sito internet: <http://www.icat.net>

berare l'etilista da pressioni e controlli, per lasciarlo solo, responsabile e autonomo nelle sue decisioni e scelte. Infine, esiste una terza propaggine di AA che è Alatene, riservata ai figli adolescenti degli alcolisti.

I club degli alcolisti in trattamento sono sorti nel 1964 in Croazia grazie all'iniziativa di Vladimir Hudolin, neuropsichiatra dell'università di Zagabria. La loro diffusione in Italia si ha a partire dal 1979 per giungere ai giorni nostri con circa 2.300 club, presenti in modo più o meno omogeneo (maggior numero al nord) sul territorio nazionale, che coinvolgono più di 20.000 famiglie. Ogni club è costituito da un massimo di 12 famiglie. Il concetto di fondo è che il problema dell'alcolismo non riguarda mai un singolo individuo, ma tutta la sua famiglia (si parla di alcolista «asciutto» e «bagnato»): di qui l'auspicio che l'etilista non sia mai solo a frequentare il gruppo. È necessaria un'astinenza completa, richiesta sia ai familiari sia agli operatori del club, per azzerare il rischio di ricaduta o di divenire in futuro un soggetto con problemi alcol correlati. L'obiettivo che si pone il club è quello di aiutare l'etilista e la sua famiglia a cambiare stile di vita, passando attraverso l'offerta da parte del gruppo di un nuovo modello di società senza alcol, con protagonisti astemi che ritrovano il piacere della vita nelle relazioni amicali e nei festeggiamenti. Si instaura, spesso, un legame molto forte tra alcolista in trattamento e club, una sorta di dipendenza che si protrae per anni e innesca una ridefinizione dell'identità personale del soggetto che, rinunciando a bere, rinnega la sua precedente immagine.

Quando il medico indirizza l'etilista, è necessario che abbia presente le peculiarità sopra riportate dei gruppi per valutarle in relazione alle caratteristiche del bevitore e del contesto in cui vive; anche la vicinanza del gruppo può essere un elemento importante. Gli AA hanno una impostazione più metropolitana, mentre i CAT si muovono in una dimensione molto più radicata al contesto locale, di rione, di quartiere e sono più diffusi nelle realtà rurali.

Pur non esistendo studi sull'efficacia a lungo termine del percorso proposto da tali gruppi è innegabile la loro popolarità, il consenso riscosso e la sempre maggiore diffusione. Tale successo è da ricercare nel clima di accoglienza, rispetto, amicizia, solidarietà, abbinato a una visione della realtà da un unico punto di vista, quello dell'astinenza da una parte e della dipendenza dall'altra. C'è la tendenza a eliminare l'ambiguità, le incertezze, a semplificare la realtà, a mettere in luce l'importanza di una scelta che deve essere netta, precisa e radicale: o con l'alcol o senza l'alcol.

Farmaci

Esistono farmaci con azione di interdizione-avversione e farmaci anti craving.

Il farmaco del primo tipo più usato in Italia è il *disulfiram*. Agisce impedendo la trasformazione del metabolita intermedio dell'alcol, l'acetaldeide, i cui livelli ematici aumentano provocando intossicazione. Molti pazienti, che seguono programmi integrati di disintossicazio-

ne, vedono nell'assunzione di tale farmaco un aiuto a non cedere alla tentazione di bere, perché sono consapevoli (devono essere informati attentamente) degli effetti spiacevoli e (seppure raramente) pericolosi che l'alcol scatenerrebbe in corso di assunzione di disulfiram. Si tratta di un farmaco con numerosi effetti avversi e non privo di tossicità, il cui uso non è assolutamente pensabile senza il consenso informato del paziente, anche se a volte i parenti chiedono il permesso di somministrarlo disciolto in cibi o bevande a sua insaputa.

Normalmente le reazioni scatenate dall'assunzione di alcol nel corso di trattamento con disulfiram sono transitorie e si risolvono in 30 minuti o poco più, senza necessità di ospedalizzare il paziente se non in rari casi. I sintomi si manifestano da 5 a 15 minuti dopo l'assunzione dell'alcol e sono caratterizzati da alterazioni vasomotorie (rush cutaneo violaceo con intenso senso di calore al viso, collo e torace), cardiovascolari (tachicardia, ipotensione e modificazioni dell'ecg), digestive (nausea, vomito e diarrea) associate a cefalea, difficoltà di respiro e malessere generale. È assolutamente controindicata l'assunzione in gravidanza; controindicazioni relative, invece, sono gravi epatopatie, nefropatie, cardiopatie, diabete e pneumopatie. Non si dovrebbe associare a barbiturici, diazepam, clordiazepossido e antipirina.

Per *craving* si intende un desiderio molto intenso di assumere una sostanza e può comparire anche a distanza di anni dall'inizio dell'astinenza, scatenato da una situazione associata al pregresso consumo di alcol oppure da una prima dose di sostanza, che interrompe l'astinenza. Il desiderio, se non soddisfatto, si accompagna a sofferenza fisica e psichica: astenia, anoressia, ansia, insonnia, aumento dell'aggressività e depressione. I farmaci definiti anti *craving* sono utilizzati nel mantenimento dell'astinenza e nella prevenzione delle ricadute. In medicina generale il disulfiram si usa anche nel controllo del *craving*.

Gestione autonoma

Il signor Candido è disarmante! Basso di statura e rubizzo, ride sempre, anche quando racconta i suoi guai. Il vino è stato suo compagno fedele dai tempi della scuola e ora ha passato i settanta. Quando viene in ambulatorio, si lamenta di disturbi intestinali, di dispepsia, di inappetenza, dorme male, ha una brutta dermatite al volto, spesso è confuso, i figli lo sgridano. Ha nostalgia della moglie morta, in ospedale lo hanno trattato male, al punto che se ne è andato senza attendere la dimissione, l'assicurazione privata si è rifiutata di pagare la degenza ospedaliera, perché causa ne fu l'alcolismo. Ma Candido ha una sola certezza in questo mondo di lupi: solo il vino gli è davvero amico. Il vino sì che fa digerire bene, altro che il cibo, il vino sì lo tira su di morale, non i farmaci; e il conforto? No, non glielo forniscono i figli, ma solo una bella bevuta!

A volte l'alcolista rifiuta qualsiasi aiuto. Il medico di medicina generale è forse l'unica figura professionale che non può rinunciare a occuparsi in qualche modo di questi pazienti. Anche quei soggetti che respingono

qualsiasi aiuto finiscono per imporsi all'attenzione del MMG in modo diretto, per problemi clinici, o indiretto, per problemi relazionali o sociali segnalati da familiari o altre persone.

Questi sono i casi in cui il medico difficilmente potrà utilizzare linee guida, protocolli o strumenti standardizzati. Dovrà fare i conti con il senso di frustrazione derivante dal fallimento di vari tentativi volti a risolvere il problema e fare appello alla capacità di riconoscere il valore della riduzione del danno, anche se questo può sembrare ben poca cosa rispetto al raggiungimento dell'astinenza e del cambiamento dello stile di vita. Il MMG potrà semplicemente mirare all'allontanamento del paziente dalla famiglia in caso di violenze e aggressività, oppure istruire i conviventi dell'alcolista per evitare sindromi d'astinenza o intossicazioni acute, o ancora attivarsi affinché il soggetto non si metta alla guida di automobili o intraprenda lavori che richiedano particolare attenzione e lucidità. Spesso questo è tutto ciò che il medico può fare, ma a volte è già molto, perché è comunque l'espressione di un prendersi cura di quei soggetti che non posseggono i requisiti per accedere ai vari programmi di interventi riabilitativi e che sono di fatto abbandonati a se stessi.

BIBLIOGRAFIA

- Andreoletti GP et al. Esami di laboratorio ed epatopatie croniche. *Medicinae Doctor* 2001;24:31.
- Bellino L (a cura di). *Argomenti di medicina generale*. Firenze: Carocci editore, 1999.
- Burge SK et al. Alcohol-related problems: recognition and intervention. *Am Fam Physician* 1999;59:361-772 <http://www.aafp.org/afp/990115ap/361.html>
- Cibir M et al. In collaborazione con la Società italiana tossicodipendenze (SITD) *L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*. Roma: Ministero della Sanità, 2001.
- DSM IV per la Medicina Generale. Milano: Masson, 1997.
- Fleming MF et al. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA* 1997;277:1039-1045.
- Gaspare J. Il bevitore astemio vive in gruppo. *Occhio Clinico* 1996;8:8-20.
- Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati. *Legge* 30 marzo 2001, n.125
- Mayfield D et al. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974;131:1121-1123.
- O'Connor PG et al. Patients with alcohol problems. *New Engl J Med* 1998;9:592-602.
- Swift RM et al. Drug therapy for alcohol dependence. *New Engl J Med* 1999;340:1482-1490.
- Hudolin V. *Manuale di alcolologia*. Centro studi sui problemi alcolcorrelati. Trento: Centro Studi Erikson, 1991.
- Zorzi C et al. Difficile convincerlo che beve troppo. *Occhio Clinico* 1996;7:12-15.

Internet

- Ministero della Salute: Network nazionale sulle dipendenze <http://www.dronet.org>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) <http://www.niaaa.nih.gov/>