

## Linee guida cliniche

### La formazione e l'aggiornamento per l'identificazione ed il trattamento dei pazienti a rischio

Peter Anderson, Antoni Gual, Joan Colom on behalf of the PHEPA network

La popolazione Europea è quella con la più elevata proporzione di consumatori di bevande alcoliche e con i più alti livelli di consumo. L'alcol è il terzo più importante fattore di rischio per malattia e morte prematura, dopo il fumo e l'ipertensione, essendo ancor più rilevante dell'ipercolesterolemia e del sovrappeso. Oltre ad essere una droga in grado di indurre dipendenza ed essere causa di circa 60 differenti condizioni di malattia ed infortunio, l'alcol è responsabile di diffusi danni sociali, mentali, emotivi, compresi criminalità e violenza in ambito familiare, che causano enormi costi sociali. L'alcol non danneggia solo chi lo consuma ma anche coloro che lo circondano, e tra questi il feto, i figli, i familiari, le vittime della criminalità, della violenza e degli incidenti stradali conseguenti al suo abuso.

Gli operatori impegnati nell'assistenza sanitaria primaria hanno la responsabilità di identificare i casi di uno scorretto consumo alcolico ed intervenire. L'identificazione e l'intervento breve rappresentano un'opportunità per istruire i pazienti sui rischi di un uso dannoso o rischioso di alcol. La raccolta di informazioni riguardanti i livelli e la frequenza dei consumi di alcol può influire sulla diagnosi delle attuali condizioni di salute del paziente, inducendo il medico ad intervenire nei riguardi di coloro che dichiarino consumi alcolici in grado di influire negativamente sull'azione dei farmaci utilizzati o su altre terapie in atto. Di assoluta rilevanza per l'attuazione di programmi finalizzati all'identificazione dell'abuso alcolico e all'intervento breve è il fatto che gli individui che non hanno ancora sviluppato dipendenza da alcol possono ridurre o smettere di bere, ricevendo un'adeguata assistenza ed un idoneo supporto.

In ogni caso, i professionisti impegnati nell'assistenza sanitaria primaria frequentemente incontrano difficoltà ad accertare l'uso di alcol ed informare i pazienti. Tra le ragioni più spesso indicate ci sono la mancanza di tempo, la formazione professionale inadeguata, il timore di mettersi in contrasto con il paziente, la percezione di un'incompatibilità tra intervento breve e assistenza primaria e la convinzione che i pazienti con problemi di alcolodipendenza non rispondono agli interventi.

## Clinical guidelines

### Formation and updating for identification and treatment in patients at risk

The European Union is the region of the world with the highest proportion of drinkers and with the highest levels of alcohol consumption per population. Alcohol is the third most important risk factor for ill-health and premature death after smoking and raised blood pressure, being more important than high cholesterol levels and overweight. Apart from being a drug of dependence and besides the 60 or so different types of disease and injury it causes, alcohol is responsible for widespread social, mental and emotional harms, including crime and family violence, leading to enormous costs to society. Alcohol not only harms the user, but those surrounding the user, including the unborn child, children, family members, and the sufferers of crime, violence and drink driving accidents.

Primary care health providers have been charged with the responsibility of identifying and intervening with patients whose drinking is hazardous or harmful to their health. Identification and brief intervention for alcohol consumption among patients in primary health care provides an opportunity to educate patients about the risks of hazardous and harmful alcohol use. Information about the amount and frequency of alcohol consumption may inform the diagnosis of the patient's presenting condition, and it may alert clinicians to the need to advise patients whose alcohol consumption might adversely affect their use of medications and other aspects of their treatment. Of utmost importance for screening and brief intervention programmes is the fact that people who are not dependent on alcohol find it easier to reduce or stop their alcohol consumption, with appropriate assistance and effort, than those who are dependent.

However, primary care health workers often find it difficult to identify and advise patients in relation to alcohol use. Among the reasons most often cited are lack of time, inadequate training, concern about antagonizing patients, the perceived incompatibility of alcohol brief intervention with primary health care, and the belief that those who are dependent on alcohol do not respond to interventions.

### Preparazione delle linee guida

Lo scopo di queste linee guida è di riassumere l'evidenza del danno alcol-correlato e le modalità di gestione del consumo dannoso o rischioso negli ambiti della prevenzione primaria. Le linee guida descrivono anche l'alcoldipendenza ed il modo di gestirla, al fine di fornire agli operatori dell'assistenza primaria adeguate conoscenze per poter fronteggiare i casi maggiormente problematici che richiedano un supporto specialistico. L'obiettivo principale delle linee guida è di aggiornare i medici sull'efficacia delle varie tecniche di assistenza agli individui che consumano alcol in quantità dannosa o rischiosa. Le linee guida sono basate sulla rassegna delle evidenze scientifiche e ci si è avvalsi dell'esperienza di una *task force* appositamente costituita per la loro definizione. Ove possibile, le linee guida trovano fondamento nei risultati dei più attendibili progetti di ricerca. In caso di mancanza di evidenze, le raccomandazioni si basano invece sull'esperienza clinica specifica.

### Descrizione del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati

Il consumo di alcol può essere descritto in termini di grammi di alcol ingerito oppure in termini di bicchieri standard, questi ultimi in Europa corrispondono mediamente ad una quantità di 10-12 grammi di alcol puro.

Per consumo a rischio di alcol si intende un livello di consumo o una modalità del bere che possono determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini; la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità descrive tale condizione come un consumo quotidiano superiore a 20 grammi di alcol puro per le donne ed a 40 grammi per gli uomini. Il consumo dannoso viene definito come "una modalità di consumo alcolico che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale". Il consumo eccessivo episodico (a volte definito *binge drinking*), che può essere particolarmente dannoso in presenza di particolari condizioni patologiche, può essere definito come un consumo di almeno 60 grammi di alcol puro in un'unica occasione. L'alcoldipendenza è un insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'uso di alcol riveste per l'individuo una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza avevano ruoli più importanti.

I geni giocano un ruolo determinante nell'abuso e nella dipendenza da alcol, vista la presenza di alcuni geni che incrementano il rischio e di altri che lo diminuiscono. Esistono interazioni tra genetica ed ambiente e gli individui che consumano quantità maggiori di alcol o che vivono in un ambiente in cui si beve di più sono quelli con un più elevato rischio di patologie alcol-correlate. A qualunque livello di consumo alcolico, le donne mostrano un maggior rischio rispetto agli uomini, e l'entità del rischio varia in relazione alle differenti patologie. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che le donne hanno una più bassa quantità di acqua corporea. Sino ad un quarto del maggior rischio di mortalità riscontrabile negli uo-

### Preparing the guidelines

*The aim of these guidelines is to summarize the evidence of the harm done by alcohol and how to manage hazardous and harmful alcohol use in primary care. The guidelines also describe alcohol dependence and how it can be managed, so primary health care providers know what to expect when more difficult to manage patients are referred for specialist help.*

*The primary aim of the guidelines is to advise primary health care providers on the current knowledge about the effectiveness of various techniques for assisting people who consume alcohol in a hazardous or harmful way. The guidelines are based on reviews of the evidence, and upon the experience of a task force created to draw up the guidelines. The guidelines rely, where possible, on evidence from well-designed research studies. Where this evidence is not available, recommendations are based upon appropriate clinical experience.*

### Describing alcohol consumption and alcohol related harm

*Alcohol consumption can be described in terms of grams of alcohol consumed or in terms of standard drinks, where, in Europe, a standard drink commonly contains 10g of alcohol.*

*Hazardous alcohol consumption is a level of consumption or pattern of drinking that is likely to result in harm should present drinking habits persist, a working definition of the World Health Organization describes it as a regular average consumption of 20g-40g of alcohol a day for women and 40g-60g a day for men. Harmful drinking is defined as "a pattern of drinking that causes damage to health, either physical or mental"; a working definition of the World Health Organization describes it as a regular average consumption of more than 40g alcohol a day for women and more than 60g a day for men. Heavy episodic drinking (sometimes called binge drinking), which can be particularly damaging to some forms of ill-health, can be defined as a consumption of at least 60g of alcohol on one drinking occasion. Alcohol dependence is a cluster of physiological, behavioural, and cognitive phenomena in which the use of alcohol takes on a much higher priority for a given individual than other behaviours that once had greater value.*

*Genes play a role in the risk of harmful alcohol use and alcohol dependence, with some genes increasing the risk and other genes decreasing the risk. There is an interaction between genes and the environment, and people who drink more alcohol or who live in an environment in which more alcohol is drunk are those who are at increased risk of alcohol-related ill health. At any given level of alcohol consumption, women appear to be at increased risk, with differing sizes of risk with different illnesses. This is probably due to the fact that women have a lower amount of body water per weight than do men. Up to one quarter of the increased risk of death in middle aged men in lower socio-economic groups than in higher socio-eco-*

mini di mezza età appartenenti alle classi socio-economiche più basse, rispetto a quelli delle classi più abbienti, potrebbe essere attribuibile all'alcol.

Il consumo di alcol, i danni alcol-correlati e la dipendenza da alcol fanno parte di un *continuum*; non sono delle entità fisse e gli individui, nel corso della loro vita, possono spostarsi avanti o indietro nell'ambito di questo *continuum*.

### Alcol e salute

L'alcol aumenta il rischio di una gran quantità di problemi sociali, in modo direttamente proporzionale alla quantità consumata e non ci sono evidenze di alcun effetto soglia. Quanto più elevato è il consumo di alcol di un singolo bevitore, tanto maggiore è il rischio. I problemi causati agli altri da parte dei bevitori vanno dal disturbo sociale, come ad esempio l'essere svegliati di notte, a conseguenze più serie come i maltrattamenti coniugali, l'abuso di minori, la criminalità, la violenza, fino ad arrivare all'omicidio. In genere, tanto più grave è il crimine o l'infortunio, tanto più alta è la possibilità che vi sia coinvolto l'alcol. Il pericolo per gli altri costituisce un'ottima ragione per intervenire sul consumo alcolico a rischio o dannoso.

L'alcol è causa di infortuni, disordini mentali e comportamentali, disturbi gastrointestinali, cancro, patologie cardiovascolari, disturbi immunologici, malattie dell'apparato scheletrico, infertilità e rischio di nascite premature. L'alcol aumenta il rischio di queste patologie in modo proporzionale alla quantità ingerita: maggiore è il consumo di alcol, più elevato è il rischio. Un moderato consumo di alcol sembra ridurre il rischio di malattie cardiache, anche se sono ancora dibattute l'entità precisa della riduzione del rischio ed il livello di consumo alcolico che ne favorirebbe il maggior contenimento. Dai migliori studi sull'argomento, che prendono in esame anche i possibili fattori correlati, risulta un basso livello di rischio a bassi livelli di consumo alcolico. La migliore riduzione del rischio viene osservata per un consumo medio di 10 grammi di alcol giornaliero, mentre al di sopra dei 20 grammi al giorno il rischio di patologie coronariche aumenta. Sembra che l'alcol riduca le malattie cardiache indipendentemente dal tipo di bevanda alcolica. Il consumo episodico di quantità elevate di alcol aumenta il rischio di aritmie cardiache e di morte da trombosi coronarica.

Il rischio di morte per alcol è un bilanciamento tra l'aumento del rischio di malattie ed infortuni e la lieve riduzione del rischio di patologie cardiache. Questo equilibrio mostra che, fatta eccezione per gli individui più anziani, il consumo di alcol non è privo di rischi. Il livello di consumo di alcol con il più basso rischio di morte è zero, o vicino allo zero, per le donne di età inferiore ai 65 anni, e minore di 5 grammi di alcol al giorno per le donne di età uguale o superiore a 65. Negli uomini, il livello di consumo di alcol con il più basso rischio di morte è zero sotto ai 35 anni, 5 grammi al giorno per gli adulti e meno di 10 grammi per gli ultrasessantacinquenni.

Ridurre il consumo alcolico o smettere di bere ha effetti benefi-

*conomic groups may be due to alcohol.*

*Alcohol consumption, alcohol-related harm and alcohol dependence exist within a continuum. They are not fixed entities and individuals can move back and forth along the continuum during their lives.*

### Alcohol and health

*Alcohol increases the risk of a wide range of social harms in a dose dependent manner, with no evidence for a threshold effect. For the individual drinker, the higher the alcohol consumption, the greater the risk. Harms done by someone else's drinking range from social nuisances such as being kept awake at night through more serious consequences such as marital harm, child abuse, crime, violence and ultimately, homicide. Generally the more serious the crime or injury, the more likely alcohol is to be involved. Harm to others is a powerful reason to intervene for hazardous and harmful alcohol consumption.*

*Alcohol is a cause of injuries, mental and behavioural disorders, gastrointestinal conditions, cancers, cardiovascular diseases, immunological disorders, skeletal diseases, reproductive disorders and pre-natal harm. Alcohol increases the risk of these diseases and injuries in a dose dependent manner, with no evidence for a threshold effect. The higher the alcohol consumption, the greater is the risk.*

*A small dose of alcohol consumption reduces the risk of heart disease, although the exact size of the reduction in risk and the level of alcohol consumption at which the greatest reduction occurs are still debated. Better quality studies and those that account for possible influencing factors find less of a risk and at a lower level of alcohol consumption. Most of the reduction in risk can be achieved by an average of 10g of alcohol every other day. Beyond 20g of alcohol a day the risk of coronary heart disease increases. It appears to be alcohol that reduces the risk of heart disease rather than any specific beverage type. Drinking larger amounts of alcohol on one occasion increase the risk of cardiac arrhythmias and sudden coronary death.*

*The risk of death from alcohol is a balance between the risk of diseases and injuries that alcohol increases and the risk of heart disease that in small amounts alcohol decreases. This balance shows that, except for older people, the consumption of alcohol is not risk free. The level of alcohol consumption with the lowest risk of death is zero or near zero for women under the age of 65, and less than 5g of alcohol a day for women aged 65 years or older. For men, the level of alcohol consumption with the lowest risk of death is zero under 35 years of age, about 5g a day in middle age, and less than 10g a day when aged 65 years or older.*

*There are health benefits from reducing or stopping alcohol consumption. All acute risks can be completely reversed if alcohol is removed. Even amongst chronic diseases, such as liver*

ci sullo stato di salute. L'eliminazione dell'alcol causa un'inversione completa del rischio per tutte le patologie correlate. Anche per patologie croniche, quali la cirrosi epatica o la depressione, la riduzione o la cessazione del consumo di alcol sono associate ad un rapido miglioramento delle condizioni fisiche. Poiché l'alcol è coinvolto in una grande varietà di problemi di salute fisica e mentale in modo proporzionale alla quantità assunta, è fondamentale che i professionisti impegnati nell'assistenza sanitaria primaria individuino i soggetti adulti con un consumo a rischio o dannoso. Inoltre, visto che l'assistenza sanitaria primaria si occupa del trattamento delle più frequenti condizioni fisiche e mentali, è necessario riconoscere e gestire quelle causate dall'alcol. È infine di particolare importanza ridurre il rischio di danni causati agli altri.

#### Identificazione dell'uso di alcol a rischio o dannoso

Un approccio realmente preventivo può realizzarsi solo attraverso lo *screening* del consumo alcolico a rischio o dannoso, compreso l'abuso episodico elevato, rivolto a tutti i pazienti adulti. Nel caso in cui tale approccio non sia fattibile, un'ipotesi più facilmente realizzabile può essere quella di limitare lo *screening* a situazioni specifiche o a gruppi di soggetti maggiormente a rischio. Questi gruppi dovrebbero includere i maschi giovani ed adulti. Non è stata ancora determinata la frequenza con cui dovrebbe essere rilevato il consumo alcolico a rischio o dannoso, ma, a meno che non sussistano ragioni cliniche specifiche, una misurazione ogni quattro anni dovrebbe essere sufficiente.

Le domande più semplici da utilizzare sono quelle che riguardano il consumo di alcol. Le prime tre incluse nell'*Alcohol Use Disorders Identification Test*<sup>1</sup> (AUDIT-C) dell'Organizzazione mondiale della sanità, studiato per l'identificazione nell'ambito dell'assistenza primaria del consumo di alcol a rischio o dannoso, sono state approfonditamente testate e validate. La prima domanda riguarda la frequenza del consumo alcolico, la seconda la quantità di alcol assunto in media giornalmente e la terza la frequenza dell'abuso episodico elevato. L'identificazione del consumo alcolico dannoso o a rischio è migliore se inserita nella pratica clinica e negli interventi di routine, come ad esempio, la richiesta sistematica: a tutti i nuovi pazienti al momento della registrazione, a tutti coloro che si presentano ad un controllo sanitario, a tutti i pazienti ambulatoriali di sesso maschile e di età compresa tra i 18 e i 44 anni. Dall'evidenza scientifica, l'identificazione sistematica del consumo alcolico a rischio o dannoso sembra non avere alcuna reazione negativa, quale il disagio o l'insoddisfazione dei pazienti.

I pazienti di sesso maschile che riportano un punteggio uguale o superiore a 5 all'AUDIT-C, o che assumono 210 grammi di alcol o più a settimana, oppure le donne con un punteggio uguale o superiore a 4 all'AUDIT-C, o il cui consumo alcolico

*cirrhosis and depression, reducing or stopping alcohol consumption are associated with rapid improvements in health. Thus, as alcohol is implicated in a very wide variety of physical and mental health problems in a dose dependent manner, there is an opportunity for primary health care providers to identify those adult patients with hazardous and harmful alcohol consumption. Further, since primary health care involves the treatment of many common physical and mental conditions, their causes in the use of alcohol need to be addressed and managed. It is of particular importance to reduce the risk of harm to others.*

#### Identifying hazardous and harmful alcohol use

*A truly preventive approach can only be reached if all adult patients are screened for hazardous and harmful alcohol consumption, including patterns of episodic heavy drinking. If such an approach is not feasible, limiting screening to high risk groups or to some specific situations may be a feasible option. Such groups could include young to middle aged males. There is no evidence to determine how frequent the measurement of hazardous and harmful alcohol consumption should be undertaken, but, unless there is a clinical reason, it probably should not be more often than once every four years.*

*The simplest questions to use are those that ask about alcohol consumption. The first three questions of the World Health Organization's Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C), which was designed to identify hazardous and harmful alcohol consumption in primary care settings, have been well tested and validated. The first question asks about frequency of drinking; the second the amount of alcohol consumed on an average drinking day; and the third the frequency of episodic heavy drinking. The identification of hazardous and harmful alcohol consumption works best when it is incorporated into routine clinical practices and systems, such as systematically asking all new patients when they register; all patients when they attend for a health check; or all men aged 18-44 years, when they attend for a consultation. There is no evidence available to suggest that systematic identification of hazardous and harmful alcohol consumption lead to adverse effects, such as discomfort or dissatisfaction amongst patients.*

*Male patients who score 5 or more with the AUDIT-C, or whose alcohol consumption is 210g of alcohol or more per week and female patients who score 4 or more with the AUDIT-C, or whose alcohol consumption is 140g of alcohol or more per week should be invited to complete the full ten item AUDIT for a fuller assessment.*

*Biochemical tests for alcohol use disorders include liver en-*

<sup>1</sup> Test per l'Identificazione dei disturbi alcolcorrelati.

co settimanale è di 140 grammi o più, debbono essere invitati a completare tutti i dieci quesiti dell'AUDIT, per una valutazione più approfondita.

Le analisi biochimiche specifiche per i disturbi alcol-correlati includono: gli enzimi ematici [gamma-glutamyltransferasi (GGT) e aminotransferasi seriche], la transferrina carboidrato carente (CDT), il volume corpuscolare medio (MCV). Questi esami non sono particolarmente utili allo *screening* in quanto i valori elevati hanno scarsa sensibilità ed identificano solo una piccola porzione di pazienti con consumo alcolico a rischio o dannoso.

### Efficacia degli interventi brevi

È stato dimostrato che interventi brevi di avvertimento dovrebbero essere attuati sui pazienti di entrambi i sessi con punteggi all'AUDIT da 8 a 15, o con un consumo alcolico settimanale uguale o superiore ai 280 grammi per gli uomini e ai 140 grammi per le donne. Un punteggio all'AUDIT compreso tra 8 e 15 di solito è indicativo di un consumo a rischio, ma può anche riguardare soggetti che bevono in modo dannoso o sono alcolodipendenti. L'intervento breve di avvertimento può essere articolato come segue: *fornire spiegazioni* di base sul fatto che il consumo alcolico del paziente rientra nella categoria a rischio; *fornire informazioni* sui pericoli legati alla prosecuzione di un consumo alcolico a livelli di rischio; *indurre il paziente ad individuare un obiettivo* da perseguire al fine di modificare le proprie abitudini; *fornire consigli per ridurre* la quantità di alcol al di sotto dei 280 grammi a settimana per gli uomini e dei 140 grammi per le donne; *incoraggiare* i pazienti spiegando loro che consumo a rischio non significa dipendenza dall'alcol e che le proprie abitudini alcoliche possono ancora cambiare.

Gli interventi brevi di supporto psicologico dovrebbero essere intrapresi nei pazienti di entrambi i sessi con punteggio all'AUDIT da 16 a 19 o con consumo alcolico uguale o superiore ai 350 grammi a settimana per gli uomini e ai 210 grammi a settimana per le donne. Sebbene alcuni dei pazienti con un punteggio all'AUDIT tra 16 e 19 possano rientrare nei criteri per l'alcolodipendenza, potranno beneficiare ugualmente dell'intervento. L'intervento breve di supporto può essere articolato come segue: *attuare un intervento breve* come descritto nel paragrafo precedente; *valutare e adattare i consigli allo stadio di cambiamento*, di conseguenza, nel caso in cui il paziente sia nello stadio di precontemplazione, l'intervento dovrebbe essere maggiormente focalizzato sulle spiegazioni in modo da motivarlo all'azione, nel caso in cui, invece, il paziente abbia già preso in considerazione la possibilità di prendere provvedimenti (stadio di contemplazione) vanno enfatizzati i vantaggi del farlo, i rischi di ritardare ed il modo in cui fare il primo passo, infine, se il paziente è già pronto all'azione, allora si deve cercare di indurlo a fissarsi degli obiettivi e ad assumersi l'impegno di smettere di bere. L'ultimo elemento su cui basare l'intervento breve di supporto psicologico è la programmazione di un *follow-up*, in cui le strategie per fornire sostegno, spiegazioni ed assisten-

*zymes [e.g. serum g-glutamyl transferase (GGT) and the aminotransferases], carbohydrate deficient transferrin (CDT) and mean corpuscular volume (MCV). They are not useful for screening because elevated results have poor sensitivity, identifying only a small proportion of patients with hazardous or harmful alcohol consumption.*

### Effectiveness of brief interventions

*The evidence would suggest that primary health care professionals should offer brief advice to male patients who score 8-15 with the AUDIT, or whose alcohol consumption is 280g of alcohol or more per week and female patients who score 8-15 with the AUDIT or whose alcohol consumption is 140g of alcohol or more per week. These cut off points should be adjusted depending on country specific evaluations and guidelines. An AUDIT score between 8 and 15 generally indicates hazardous drinking, although it may include patients experiencing harm and dependence. The framework for the brief advice can include: Giving Feedback that the patient's drinking falls into the hazardous drinking category, Providing Information on the specific risks of continued drinking at hazardous levels, Enabling a goal to be established by the patient to change drinking behaviour, Giving Advice on Limits to below 280g of alcohol or more per week for men and to below 140g of alcohol or more per week for women, and Providing Encouragement that hazardous drinkers are not dependent on alcohol and can change their drinking behaviour.*

*Brief counselling should be offered to male patients who score 16-19 with the AUDIT, or whose alcohol consumption is 350g of alcohol or more per week and female patients who score who score 16-19 with the AUDIT or whose alcohol consumption is 210g of alcohol or more per week. These cut off points should be adjusted depending on country specific evaluations and guidelines. Even though some patients with an AUDIT score of between 16 and 19 may fulfil the criteria of alcohol dependence, they can benefit from brief counselling. The framework for the brief counselling can include: Giving Brief Advice based on the above, Assessing and Tailoring Advice to Stage of Change recognizing that if the patient is at the pre-contemplation stage, then the advice session should focus more on feedback in order to motivate the patient to take action; if the patient has been thinking about taking action (contemplation stage), emphasis should be placed on the benefits of doing so, the risks of delaying, and how to take the first steps; if the patient is already prepared for taking action, then the emphasis should be on setting goals and securing a commitment from the patient to cut down on alcohol consumption, and providing Followup whereby maintenance strategies of providing support, feedback, and assistance in setting, achieving, and maintaining realistic goals are built into the counselling from the beginning, noting that if the patient continues for several*

za, volte a stabilire, raggiungere e mantenere obiettivi specifici, debbono essere fissate fin dall'inizio, tenendo presente che, se il paziente continua per diversi mesi ad avere difficoltà nel raggiungere e mantenere i risultati prefissati, si dovrà prendere in considerazione l'opportunità di ricorrere al livello di intervento immediatamente superiore, se possibile presso strutture per il trattamento specialistico approfondito.

Interventi brevi della durata di 10-15 minuti, volti a ridurre il consumo di alcol a rischio o dannoso, si sono dimostrati efficaci in ambito di assistenza sanitaria primaria. Per ottenere benefici su un paziente è necessario attuare l'intervento su dieci soggetti. Ciò si correla positivamente con interventi analoghi da parte di medici di medicina generale sui fumatori, in cui, per ottenere risultati positivi su un soggetto, è necessario trattarne 20. Gli effetti sulla quantità di alcol assunta sembrano scarsi e gli interventi più estesi non sembrano avere una maggiore efficacia rispetto a quelli brevi. È dimostrato che la durata dell'efficacia si protrae per un anno e forse può essere mantenuta fino a quattro anni.

Gli interventi brevi sembrano essere ugualmente efficaci negli uomini e nelle donne, nei giovani e nei più anziani ed il grado di efficacia maggiore è stato rilevato nei problemi meno gravi. I risultati disponibili ad oggi suggeriscono che gli interventi nel corso della gravidanza hanno un effetto limitato. Non vi è alcuna evidenza che gli interventi possano causare reazioni avverse, quali il disagio o l'insoddisfazione dei pazienti.

#### **Costi degli interventi brevi e rapporto costi-benefici**

È stato stimato che nell'Unione Europea il costo medio per l'approntamento e la gestione di un programma per l'identificazione e l'intervento breve ammonterebbe a € 2200 l'anno ogni 1.000 pazienti trattati da medici di base. È stato anche stimato che, ad un costo di € 1.900 l'anno per la prevenzione di patologie e decessi prematuri, gli interventi brevi sul consumo alcolico dannoso o a rischio a livello di assistenza primaria sono i più economici tra quelli che portano ad un reale miglioramento dello stato di salute. In altre parole, per un operatore dell'assistenza sanitaria primaria, decidere di avviare una nuova attività fornendo brevi suggerimenti a pazienti con consumo alcolico a rischio o dannoso, è in assoluto il modo più vantaggioso di impiegare quei 10 minuti.

#### **Applicazione dei programmi di identificazione e di intervento breve**

Un pre-requisito essenziale per coinvolgere i professionisti dell'assistenza sanitaria primaria nel problema alcol è quello di offrire loro il supporto necessario, soprattutto in caso di difficoltà e per assicurare una crescita professionale continua. I medici che operano in ambienti collaborativi hanno un atteggiamento più positivo rispetto al lavoro sull'alcol e riescono a gestire un numero maggiore di pazienti.

La formazione e l'addestramento pratico, seppure limitato ad

*months to have difficulties reaching and maintaining the drinking goal, consideration should be given to moving the patient to the next highest level of intervention, referral to extended treatment if it is available.*

*Brief interventions are effective in primary health care settings in reducing alcohol related problems amongst persons with harmful alcohol consumption, but without alcohol dependence. Eight patients need to be advised for one to benefit. There is little evidence for a dose response effect and it does not seem that extended interventions are any more effective than brief interventions. The effectiveness is certainly maintained for up to one year and maybe be maintained for up to four years.*

*Brief interventions appear to be equally effective for men and women, and for young and old. They appear to be more effective for less serious problems. The evidence to date suggests that interventions during pregnancy are of limited effectiveness.*

*There is no evidence available to suggest that interventions lead to adverse effects, such as discomfort or dissatisfaction amongst patients.*

#### **Costs and cost effectiveness of brief interventions**

*It has been estimated that for every 1,000 patients cared for by a general practitioner, it would cost 1644 a year on average throughout the European Union to set up and maintain an identification and brief intervention programme. It has also been estimated that at a cost of 1960 per year of ill-health and premature death prevented, primary health care brief interventions for hazardous and harmful alcohol consumption are amongst the cheapest of all medical interventions that lead to health gain. In other words, if a primary health care provider is going to undertake a new activity, giving brief advice to patients with hazardous and harmful alcohol consumption will give one of the best health benefits for the practice population than spending ten minutes doing almost anything else.*

#### **Implementing identification and brief intervention programmes**

*Support is a pre-requisite for primary health care providers' involvement in alcohol problems, in the event of encountering difficulties and to generally ensure continuing professional development. General practitioners who work in a supportive work environment feel more positive about working with alcohol problems and manage a greater number of patients.*

*Providing training and giving practice based support works, with even limited support of one practice visit and ongoing telephone advice increasing identification and counselling rates of primary health care providers by nearly one half, whereas the simple provision of guidelines is likely to have little effect. Providing training and giving office based support*

un'unica visita di esercitazione ed alla disponibilità di consulenza telefonica, migliora di circa la metà le prestazioni degli operatori dell'assistenza sanitaria primaria impegnati in attività di identificazione e *counselling*, mentre le sole linee guida hanno scarsi risultati. Provvedere alla formazione e fornire materiali di supporto specifico si rivela altrettanto efficace, ma fornire entrambi sembra essere meglio. Un supporto più intenso non sembra dare risultati migliori di un supporto più limitato.

A meno che il supporto non sia modulato sulle esigenze e le attitudini specifiche del medico, non darà alcun frutto e a lungo andare potrà anche rivelarsi controproducente. Per migliorare l'esperienza e l'efficienza dei medici di base impegnati nei problemi alcol-correlati, sono necessari tanto la formazione e l'addestramento, quanto la creazione di un ambiente di lavoro collaborativo, in grado di migliorare la sicurezza ed il coinvolgimento. La disponibilità di aiuto specialistico è in grado di migliorare l'attività degli operatori di assistenza primaria e secondaria, in quanto, in caso di difficoltà, potranno far ricorso alla consulenza e all'assistenza specializzata.

Vista l'efficacia e l'ottimo rapporto costi-benefici, coloro che si occupano del finanziamento delle strutture sanitarie dovrebbero destinare fondi ai programmi di identificazione e di intervento breve per la riduzione del consumo di alcol a rischio o dannoso nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria. È stato stimato che se la diffusione di questi interventi venisse estesa al 25% della popolazione a rischio nell'Unione Europea, i decessi prematuri e le disabilità alcol-correlate diminuirebbero del 9%, a fronte di una spesa totale annua inferiore a € 800.000. Nell'ambito del progetto PHEPA è stato elaborato uno strumento per la valutazione dell'adeguatezza dei servizi di assistenza sanitaria primaria rivolti al consumo di alcol a rischio o dannoso.

### Valutazione dei danni prodotti dall'alcol e dall'alcol-dipendenza

Tanto i pazienti con consumo alcolico a rischio, quanto quelli per i quali ci sia il sospetto clinico di un consumo dannoso o di alcol-dipendenza, possono trarre benefici da una valutazione approfondita. Lo strumento iniziale da utilizzare è l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) dell'Organizzazione mondiale della sanità, in 10 *item*. Punteggi uguali o superiori a 20 all'AUDIT sono indicativi di dipendenza da alcol e può rendersi necessario un intervento specialistico per la valutazione diagnostica ed il trattamento del paziente. Il livello di alcol-dipendenza può essere misurato attraverso il modulo di dipendenza alcolica *Composite International Diagnostic Interview*<sup>2</sup> (CIDI) dell'OMS, costituito da sette domande per la misurazione dell'alcol-dipendenza; la diagnosi può esser posta in caso di risposta affermativa a quattro o più di esse. Spesso l'alcol induce livelli elevati di GGT e aminotransferasi seriche,

*materials appear equally effective, but providing both is more effective than either alone. It does not necessarily seem that more intensive support is better than less intensive support.*

*Unless the support is geared to the needs and attitudes of the general practitioners, it will not work and over the long term it may even have a detrimental effect. To increase the experience and effectiveness of general practitioners in working with alcohol-problems, both education and training and providing a supportive working environment to improve confidence and commitment are required. The provision of specialist help might increase the activity of primary and secondary health care providers, since, if difficulties arise, support from and referral to specialist help can be obtained.*

*In view of their effectiveness and cost effectiveness, financiers of health services should provide funding for primary health care based identification and brief intervention programmes to reduce hazardous and harmful alcohol consumption. It has been estimated that brief physician advice with 25% coverage would save 91 years of ill-health and premature death per 100,000 population, 9% of all ill-health and premature death caused by alcohol in the European Union. The PHEPA project has developed a tool to assess the adequacy of services for hazardous and harmful alcohol consumption in primary care settings.*

### Assessing the harm done by alcohol and alcohol dependence

*Patients with hazardous and harmful alcohol consumption and those with a clinical suspicion of harmful alcohol consumption or alcohol dependence can benefit from further assessment. A first line tool is the World Health Organization's ten item Alcohol Use Disorders Identification Test. AUDIT scores of 20 or more are indicative of alcohol dependence although this can occur with lower scores and patients may require referral to a specialist for diagnostic evaluation and treatment. Alcohol dependence can be measured with the alcohol dependence module of the World Health Organization's Composite International Diagnostic Interview (CIDI). This contains seven questions to measure alcohol dependence, with a positive answer to four or more being diagnostic. Elevated levels of serum GGT and the aminotransferases, CDT and MCV are often due to alcohol. Since these tests are performed routinely as part of a biochemical test battery, the presence of an elevated level should alert the clinician to a possible diagnosis of harmful alcohol consumption and alcohol dependence.*

### Managing withdrawal symptoms

*People who are physically dependent upon alcohol are likely to experience withdrawal symptoms 6 to 24 hours after the last drink is consumed. Diazepam is recommended as the*

<sup>2</sup> Intervista diagnostica internazionale composita.

CDT ed MCV. Dal momento che questi esami fanno parte di una batteria di test biochimici di routine, la presenza di livelli elevati dovrebbe mettere in guardia il medico circa la possibile diagnosi di consumo alcolico dannoso o alcol-dipendenza.

### Gestione dei sintomi di astinenza

I soggetti con dipendenza fisica da alcol possono di solito manifestare sintomi di astinenza nelle 6-24 ore successive all'ultima assunzione. Come trattamento immediato viene raccomandato il diazepam, vista la provata efficacia e l'emivita relativamente lunga. Il regime terapeutico standard dell'astinenza consiste in dosi regolari di diazepam per due-sei giorni, non proseguendo la somministrazione dopo il sesto giorno per evitare il rischio di assuefazione.

### Gestione dell'alcol-dipendenza

Molte persone con dipendenza da alcol hanno migliori risultati se gestiscono il loro problema in prima persona e non tutti richiedono trattamenti specialistici, anche se per molti soggetti si rivelano utili. Gli alcol-dipendenti possono essere gestiti in ambito di assistenza sanitaria primaria, solo se: si impegnano a rispettare l'astinenza, pur non riconoscendo la loro alcol-dipendenza; rifiutano il ricorso a centri specialistici; non hanno gravi complicazioni psichiche, sociali o fisiche. Gli alcol-dipendenti vanno invece indirizzati al trattamento specialistico: in caso di fallimento di precedenti tentativi di trattamento; in presenza di complicazioni gravi o rischio di astinenza grave o moderata; in caso di grave patologia fisica o co-morbidità psichiatrica; quando il trattamento non può essere gestito in ambito di assistenza sanitaria primaria.

Il trattamento specialistico comprende l'approccio comportamentale e la farmacoterapia. Il reinserimento sociale, l'approccio rafforzativo di gruppo e la terapia di coppia sono i metodi più vantaggiosi, soprattutto quando enfatizzano la capacità individuale di smettere di bere o ridurre la quantità, attraverso l'apprendimento di tecniche di auto-determinazione, il rafforzamento motivazionale ed anche il potenziamento del sistema di supporto al soggetto. Di provata efficacia sono anche l'acamprosato e l'antagonista degli oppiacei naltrexone. I metodi inefficaci sono quelli che mirano ad istruire, confrontare, spaventare, oppure tendono ad indagare l'origine e le cause interiori della dipendenza da alcol, altro approccio privo di efficacia è l'introduzione forzata negli "Alcolisti anonimi". Il risultato generale sembra essere scarsamente migliorato da un approccio combinato ai vari tipi di trattamento.

Non è ancora chiaro quale sia il modello migliore di relazione tra assistenza primaria e strutture specialistiche, nonostante l'integrazione tra i due servizi porti a risultati migliori di quelli ottenibili da un'azione separata. Poiché il *follow-up* è in grado di ridurre il rischio di recidive, è molto importante che gli operatori dell'assistenza sanitaria primaria mantengano a lungo i contatti con i pazienti che hanno terminato il trattamento per dipendenza da alcol presso strutture specialistiche.

*first-line treatment for withdrawal because of its relatively long half-life and evidence for effectiveness. The standard therapeutic regimen involves regular doses of diazepam over two to six days, not continuing past day six, to avoid the risk of dependence.*

### Managing alcohol dependence

*Some people with alcohol dependence get better by themselves, and not everyone with alcohol dependence requires specialist treatment, although many do. People with alcohol dependence can be managed in primary health care if they agree to abstain even if they think that they are not dependent on alcohol; they refuse to be referred to a specialized centre; and they have no severe psychiatric, social or medical complications. People with alcohol dependence should be referred for specialist treatment when there have been previous unsuccessful treatment attempts; when there are severe complications or risk of moderate to severe withdrawal symptoms; when there is serious medical illness or psychiatric co morbidity; and when treatment cannot be managed by the primary care team.*

*Specialist treatments include behavioural approaches and pharmacotherapy. Social skills training, the community reinforcement approach, and behavioural marital therapy are among the most effective approaches, particularly when they emphasize the person's ability to stop or reduce drinking through learning self management skills, and motivational enhancement, and through strengthening the person's support system. Acamprosate and the opiate antagonist naltrexone are also effective. Methods that lack effectiveness include those designed to educate, confront, shock or foster insight regarding the nature and causes of alcohol dependence, as well as mandatory attendance to Alcoholics Anonymous. There is little evidence to suggest that the overall outcomes of treatment can be improved when patients are matched to different types of treatment. The best model for the relationship between primary care and specialist services is not clear, although it seems that integrated primary care and specialist treatment gives a better outcome than when the two services are separated. Follow-up may reduce the risk of relapse, so it is important for primary health care providers to maintain contact over the long term with patients treated for alcohol dependence who are no longer in contact with specialist services.*