

Il ruolo del Medico di Medicina Generale nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati.

Gli strumenti per l'identificazione precoce e l'intervento breve nei confronti del bere a rischio

GLORIANA BARTOLI*^o, EMANUELE SCAFATO*, VALENTINO PATUSSI^o, ROSARIA RUSSO*

*Osservatorio su Fumo, Alcol e Droga, Istituto Superiore di Sanità, Roma

^oCentro di Alcolologia, U.O. di Gastroenterologia, A.O. Careggi, Università degli Studi di Firenze

Parole chiave: Alcol, Dipendenze, Medici di medicina generale, Prevenzione.

ABSTRACT. Nella popolazione che affluisce agli ambulatori dei medici di famiglia è risultato che oltre il 6% ha problemi (organici o non) con l'alcol, confermando così il grosso carico sociale che il consumo di bevande alcoliche comporta. Da ciò la conferma che il medico di medicina generale (MMG), che svolge un ruolo centrale nel sistema sociosanitario in Italia, potrebbe contribuire in modo determinante sia negli interventi brevi che, a livello di comunità locale, come nodo essenziale delle reti formali e informali. Al fine di promuovere la diagnosi precoce e il trattamento a livello di sanità primaria in collaborazione con il medico di famiglia è necessario approfondire e diffondere le conoscenze sulle strategie e gli strumenti più idonei per monitorare il consumo di alcol e counselling sui rischi correlati.

Key words. Alcohol, Addiction, General Practitioners, Primary Health Care.

ABSTRACT. More than 6% of the General Practitioners' (GP) patients has alcohol related problems (ARP), organic or not, confirming the great (social) impact of alcohol consumption in the society. Because of the central role of the GPs in the health care system in Italy, it is of the greatest importance to involve them as an essential junction of the formal and informal network for the early identification and brief intervention of ARP either in the Primary Health Care (PHC) setting and at a community level. In order to promote the early intervention of alcohol related problems at the primary health care level in collaboration of GPs, it is of great importance to know and spread the knowledge on the best strategies and instruments to be used to test alcohol consumption and to counsel on the related risks.

INTRODUZIONE

Le linee guida e le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in merito ai problemi alcolcorrelati e alla salute in genere hanno da tempo evidenziato la necessità di promuovere interventi preventivi rivolti alla popolazione generale a livello dell'assistenza sanitaria di base.

Il Documento Europeo per la Salute per Tutti¹ dedica un'attenzione particolare alla riduzione del consumo di alcol in tutta la popolazione dell'Unione Europea sottolineando al target che "entro l'an-

no 2015 gli effetti negativi per la salute derivanti dal consumo di sostanze che producono dipendenza come il tabacco, l'alcol e le droghe psicoattive dovrebbero subire una riduzione significativa degli Stati Membri". In Italia gli obiettivi fissati dal Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2000-2003² sono volti alla riduzione della prevalenza dei consumatori abituali, di coloro che consumano alcol fuori dai pasti, dei bevitori a rischio e dei bevitori nella fascia adolescenziale³.

Già nel 1995 la Carta Europea sull'alcol⁴ individuava cinque principi etici ed obiettivi e ben dieci

strategie per un'azione sull'alcol fra cui spiccano l'informazione e la promozione della salute fra la popolazione generale e nella comunità in genere⁵. In Italia la recente Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati⁶ riprende i principi della Carta Europea sull'alcol inserendoli come finalità all'Art. 2.

Il Medico di Medicina generale rappresenta un nodo cruciale per un'efficace strategia di intervento a carattere preventivo sull'alcol, sia per i contatti che ha con la comunità, stimati intorno all'80% della popolazione dei suoi assistiti nell'arco di un anno, sia per l'elevata incidenza dei problemi legati al consumo di alcol cosiddetto "a rischio" che riguarda circa il 20% della popolazione afferente agli ambulatori dei MMG.

Un programma di prevenzione sui problemi alcolcorrelati a livello di assistenza sanitaria di base potrebbe quindi influire in maniera considerevole nel ridurre i rischi legati al consumo di alcol nella popolazione generale e quindi ridurre anche i costi sociali e sanitari che i problemi alcolcorrelati comportano.

L'INTERVENTO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE SUL CONSUMO DI ALCOL

Numerosi studi e progetti^{7,8,9,10} hanno evidenziato negli ultimi anni la necessità di introdurre la consuetudine a controlli periodici finalizzati all'identificazione dei bevitori "a rischio" e, conseguentemente, alla realizzazione di un intervento breve di counselling. A tale riguardo il Progetto Drinkless^{11,12,13,14} uno studio collaborativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha focalizzato il proprio impegno nel costruire un programma di identificazione precoce e di intervento breve da realizzare negli ambulatori di medicina generale.

Risulta infatti importante sviluppare studi volti all'identificazione precoce e alla sperimentazione di strumenti di screening adeguati, efficaci e adattabili al contesto di intervento in cui opera il medico di medicina generale così come strategie di counselling realizzabili e caratterizzate come interventi brevi.

Esistono svariati studi che hanno valutato l'efficacia dell'intervento breve nei diversi setting^{15,16,17,18,19,20}. Tali studi hanno confermato l'efficacia dell'intervento breve nel ridurre i comporta-

menti a rischio legati al consumo di alcol.

Babor e Grant¹⁵ hanno verificato che un assessment di 20 minuti accompagnato da 5 minuti di counselling porta ad una riduzione dei consumi del 20% e che aggiungendo altri 15 minuti di counselling non si ottiene nessun incremento aggiuntivo nella riduzione dei consumi. Uno Studio di Wallace¹⁶ ha permesso di riscontrare differenze significative fra il gruppo sperimentale che riceveva un intervento minimo e il gruppo di controllo che non riceveva nessun intervento in quanto all'aumentare del numero di sessioni di intervento minimo aumentava anche la riduzione dei consumi a lungo termine (follow-up ad 1 anno). Lo stesso risultato sulla riduzione dei consumi ad un follow-up di 6 mesi risulta da un altro studio¹⁷, costruito per testare la metodologia in una situazione il più possibile vicina al reale, che sottolinea la necessità di verificare l'intensità e la frequenza ottimale con cui dovrebbe essere realizzato l'intervento breve per massimizzarne i risultati.

Gli studi di Fleming^{18,19} hanno evidenziato una riduzione dei consumi del 10-30% nel totale consumo di alcol testato nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo ed una riduzione significativa a breve termine nei giorni di ricovero e nelle visite di emergenza per episodi di "bere eccessivo". Israel²⁰ riporta infine cambiamenti significativi a fronte di un intervento breve nei problemi psicologici e sociali, fisici e nei valori delle GGT.

I fattori che hanno maggiormente contribuito al successo e alla diffusione dell'intervento breve sono legati ai costi e ai tempi decisamente inferiori rispetto ai tradizionali metodi di trattamento ma anche ad una politica sanitaria sempre più orientata alla prevenzione (primaria, secondaria) e al trattamento precoce in modo tale da evitare conseguenze pericolose per la salute e situazioni nelle quali risulta più difficile intervenire.

L'intervento breve comprende una serie di interventi che si possono rivolgere alla fascia di popolazione considerata "a rischio" di sviluppare problemi e patologie alcolcorrelate, in modo da poter intervenire precocemente con un intervento a carattere informativo e di counselling.

L'intervento breve si può quindi definire come un

¹ Il progetto Drinkless si sviluppa nel tempo in quattro fasi:

- FASE I (1983-1989): Sviluppo di uno strumento efficace per identificare i bevitori a rischio (AUDIT)
- FASE II (1985-1992): Studio controllato per valutare l'efficacia degli interventi brevi
- FASE III (1992-1998): Identificazione di fattori facilitanti ed inibenti l'attività preventiva nei MMG e in alcune figure chiave della comunità
- FASE IV (1998-): Progetto di Comunità per la diffusione di una strategia nazionale di intervento breve sull'alcol nei servizi socio-sanitari di base (PHC)

intervento di breve durata, di intensità e costi minori rispetto ai convenzionali interventi di trattamento, che comprende una famiglia di interventi che possono differire fra loro per numerosi fattori:

- Durata dell'intervento: da pochi minuti a qualche incontro
- Intensità: limitata complessità e profondità dell'intervento
- Struttura solitamente suddivisa in: identificazione, intervento e follow-up
- Target di popolazione: bevitori a "rischio", bevitori inadeguati, bevitori problematici, ecc.
- Personale responsabile: medico di medicina generale, operatori socio-sanitari, infermiere, ecc.
- Setting: ambulatorio, day hospital, ricovero, ecc.

Data tale variabilità, è importante adattare l'intervento breve che si vuole utilizzare al setting interessato, al tipo di problema e alla categoria target di popolazione, alla categoria professionale che eroga l'intervento.

A questo punto possiamo chiederci che tipo di intervento è possibile realizzare negli ambulatori di medicina generale e soprattutto a chi si rivolge un intervento breve sull'alcol fra gli assistiti di un medico di base. Come si può vedere dalla Figura 1, l'intervento breve si rivolge alla fascia di popolazione intermedia che presenta un consumo di alcol cosiddetto a "rischio" di sviluppare problemi alcolcorrelati sia relativi alla salute che ai propri comportamenti e stili di vita.

Il ruolo del Medico in questo ambito può essere quello di identificare precocemente i bevitori che sono a rischio di sviluppare problematiche alcolcorrelate e quindi di mettere in atto un intervento breve volto ad incoraggiare la riduzione dei consumi.

Il setting del medico di medicina generale può rappresentare anche un luogo privilegiato per informazioni chiare e dettagliate come parte di una campa-

gna informativa di prevenzione primaria per quella fascia di popolazione che non presenta problemi legati al consumo di alcol ma che può beneficiare di una maggiore informazione e consapevolezza sui rischi che tale comportamento determina.

Per quanto riguarda invece il trattamento dei problemi alcolcorrelati più "gravi" e quindi dell'alcolista, si fa solitamente riferimento ai servizi specialistici sebbene il medico di medicina generale possa svolgere un ruolo importante di invio, collaborazione e follow-up.

Se il ruolo del Medico di medicina generale nella prevenzione delle problematiche alcolcorrelate può spaziare da un vertice all'altro della piramide, è necessario chiarire i confini dell'intervento breve sull'alcol da parte del MMG.

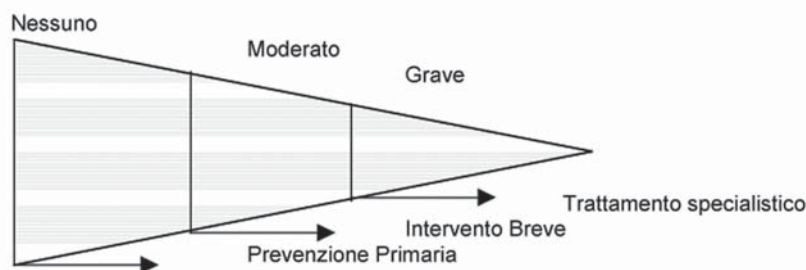
La Tabella 1 mette in relazione il "livello di rischio" legato al consumo di alcol con la tipologia di intervento richiesto ed il ruolo dell'operatore nel settore dell'assistenza sanitaria di base, ovvero prevalentemente il Medico di Medicina Generale.

È quindi necessario prima di tutto poter identificare la fascia di popolazione a cui destinare l'intervento breve. Questa fase di screening può essere realizzata con l'ausilio di strumenti adeguati per l'individuazione dei bevitori a rischio quali tests diagnostici e indicatori ematochimici. Successivamente il MMG può procedere ad una valutazione del caso e prevedere una consultazione breve qualora sia necessario ed adeguato; ed infine dovrebbe fissare un appuntamento per il follow-up.

GLI STRUMENTI PER L'IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI PROBLEMI ALCOLCORRELATI

Per poter mettere in atto un intervento breve efficace e mirato alla categoria di persone desiderata è necessario utilizzare strumenti diagnostici di screen-

FIGURA 1
Relazione fra la gravità dei problemi alcolcorrelati e il tipo di intervento necessario. (Institute of medicine, 1990)



TAB. 1
 Quadro di riferimento per gli interventi di assistenza sanitaria di base

Livello di rischio	Intervento	Ruolo dell'operatore
Basso	Prevenzione Primaria	Educazione alla salute Sostegno Modelli di ruolo
Accresciuto	Interventi brevi	Individuazione Valutazione Consultazione breve Follow-up
Elevato	Trattamenti specialistici	Individuazione Valutazione Invio Follow-up

ing per l'identificazione precoce dei problemi legati al consumo di alcol.

In particolare è indispensabile poter identificare, fra la popolazione afferente agli ambulatori di medicina generale, quella fascia che meglio può beneficiare di un intervento breve perché presenta già un bere a rischio ma non ha ancora manifestato problemi di dipendenza.

Lo strumento privilegiato per un approccio diagnostico rimane sempre il colloquio, con il soggetto o con i familiari, attraverso il quale è possibile ricavare numerose informazioni prima di tutto dalla fonte osservativa. Quindi i primi indicatori rilevabili sono quelli fisici che comprendono l'aspetto esteriore, l'abbigliamento, l'espressione, il comportamento non verbale, i quali possono dare utili indicazioni per la conoscenza del soggetto assieme ad un'anamnesi approfondita e accurata. Esistono poi indicatori fisici, ma anche psicologici, familiari e sociali che possono aiutare il medico nell'identificare la fascia di popolazione su cui attuare un intervento di prevenzione secondaria. Mentre i danni

fisici da alcol, come per esempio acne rosacea, alitosi alcolica, congiuntiva iniettata o "acquosa", si riscontrano dopo un consumo di alcol prolungato nel tempo, gli indicatori psicologici, familiari e sociali possono essere evidenti sin da fasi molto precoci per cui sono più indicati per l'identificazione dei bevitori a "rischio" (Tab. 2).

Fra i test diagnostici diffusi per l'identificazione dei problemi alcolcorrelati, l'AUDIT (Alcohol Use Disorder Test) è lo strumento studiato appositamente per l'individuazione dei bevitori a rischio mentre altri, come il MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) o il MALT (Munich Alcoholism Test), sono più orientati alla diagnosi dell'alcolismo.

Un altro test particolarmente utile per la sua brevità se utilizzato in forma mascherata durante il colloquio è il CAGE (C = cut down; A = annoyed; G = guilty; E = eye opener), anch'esso comunque orientato piuttosto verso la valutazione di indicatori di un consumo già problematico.

I tests diagnostici possono essere integrati con esami emotochimici di laboratorio quali GGT (Gam-

TAB. 2
 Indicatori psicologici, familiari e sociali per la diagnosi precoce di problemi alcolcorrelati

INDICATORI	
Psicologici	Instabilità emotiva Irritabilità, ansia, insonnia, disattenzione Pensiero confuso, amnesie, difficoltà di concentrazione Alessitimia Gelosia patologica, idee di suicidio
Familiari	Liti fra coniugi, conflitti, gelosie Deterioramento del rapporto di coppia, frequenti o precoci separazioni Episodi di violenza, percosse, abuso su coniuge o figli Problemi finanziari Incidenti domestici
Sociali	Calo del rendimento lavorativo, assenze da lavoro, frequenti infortuni Instabilità lavorativa, perdita del posto di lavoro Guida in stato di ebbrezza, incidenti stradali Risse, oltraggi, maltrattamenti Scarsa rete sociale ed interpersonale

ma-Glutamil Transferasi), MCV (Volume Cellulare Medio), CDT (Transferrina Desialata).

La combinazione di GGT e MCV fornisce un'alta specificità (74-98%) e sensibilità (17-63%) per l'identificazione del consumo eccessivo di bevande alcoliche.

L'alcolemia e l'alcoluria invece sono più indicati come markers di assunzione di alcol per la verifica dello stato in corso dati i limiti determinati dalla rapida metabolizzazione dell'etanolo.

Esistono poi markers come l'AST (Aspartato Aminotransferasi) e l'ALT (Alanina Aminotransferasi) indicati per constatare un danno epatico piuttosto che un consumo di bevande alcoliche per cui non risultano efficaci per una diagnosi precoce.

Da una recente revisione della letteratura in questione^{21,22} risulta che gli strumenti di screening quali gli esami ematochimici sono alquanto inadeguati per l'identificazione dei problemi alcolcorrelati nel setting del MMG. Inoltre è stato dimostrato che solo 1/3 della popolazione afferente agli ambulatori del MMG identificata tramite intervista come bevitore inadeguato era già conosciuta dal medico sulla base degli esami ematochimici. Sembra quindi che attualmente non sia disponibile un singolo esame di laboratorio ideale con alta specificità e sensibilità per cui è sempre meglio associare più markers biologici per ottenere indicazioni più accurate ed inserirli all'interno di una strategia di identificazione completa che comprenda anche i dati rilevati dall'osservazione, dal colloquio e dai questionari.

In alcuni casi gli esami ematochimici possono comunque costituire un utile strumento di verifica e revisione del consumo di alcol perché pongono il MMG in allerta rispetto ad una possibile situazione a rischio e consentono al medico stesso di gestire meglio la fase successiva di intervento.

Per quanto riguarda gli strumenti testistici, negli ultimi anni sono stati condotti svariati studi per valutare l'applicabilità di simili strumenti diagnostici negli ambulatori del MMG. Da una comparazione fra cinque diversi questionari esistenti (CAGE, AUDIT, AUDIT-C, Five-shot questionnaire, AUDIT-PC) effettuata da Aertgeerts¹⁹ risulta che tutti funzionano meglio degli esami ematochimici e che l'AUDIT-C²³, composto di sole cinque domande, risulta essere particolarmente efficace in quanto coniuga brevità e alta performance. Nonostante questo, un uso sistematico di tale strumento da parte del MMG consente di identificare non più del 75% dei pazienti con PPAC¹⁸.

Un'altra modalità per la diagnosi del bevitore a

rischio è quella di inserire l'AUDIT all'interno di un questionario sulla salute in genere; alcuni studi²⁴ dimostrano che il nuovo strumento così costruito presenta buone caratteristiche psicometriche, per essere utilizzato nella pratica del MMG per l'identificazione precoce dei bevitori a rischio, ma che i risultati riscontrati ad un follow-up a 6 mesi possono dipendere da vari fattori, fra cui l'influenza del supporto fornito dalla condizione sperimentale.

Sembra complessivamente che sia ancora difficile definire quale strumento sia più adeguato alla pratica del MMG e consenta allo stesso tempo di identificare il più possibile la fascia di popolazione a rischio. È importante quindi sottolineare che, a parte la finalità prettamente diagnostica di questi strumenti, il loro utilizzo nell'ambito della visita al paziente può rivelarsi utile ad aprire la discussione sul consumo di alcol e portare ad un successivo e specifico intervento breve.

GLI STRUMENTI PER L'INTERVENTO BREVE

Uno dei principali riferimenti teorici per l'intervento di counselling è dato dalla teoria dagli stadi di cambiamento di Prochaska J. O. & Di Clemente C. C.²⁵. Secondo tale teoria, le persone passano attraverso simili stadi ed usano processi simili quando affrontano il cambiamento in modo significativo.

Le fasi descritte dagli autori (Tab. 3) descrivono un processo ciclico che può essere ripetuto più volte prima di ottenere il cambiamento desiderato. Le implicazioni pratiche di questo modello suggeriscono all'operatore che fornisce il counselling di variare le proprie modalità di intervento a seconda della posizione che occupa il paziente nel ciclo descritto.

Uno degli apporti più significativi all'intervento breve di counselling è dato dall'esperienza di Miller W. R. & Rollnick S.²⁶ che ha loro consentito di mettere a punto il cosiddetto colloquio motivazionale il cui scopo principale è aumentare la disponibilità del soggetto al cambiamento.

Steve Rollnick ha fornito utili contributi di studio e di ricerca a questo argomento^{27,28,29} attribuendo primaria importanza al modello centrato sul paziente e sottolineando il rilievo che svolgono tre principali fattori sulla motivazione al cambiamento: la confidenza ("Come posso fare?"), la prontezza ("Mi sento pronto e capace") e l'importanza attribuita al cambiamento ("Perché dovrei farlo?").

Il counselling motivazionale breve si può applicare nelle diverse fasi del processo di cambiamento:

TAB. 3

Il modello degli stadi di cambiamento di Prochaska J. O. & Di Clemente C. C.

Stadio del paziente	Compiti dell'operatore	
Pre contemplazione	La persona non sospetta di avere un problema e non contempla l'idea di cambiare il proprio comportamento	Rafforzare la relazione ed accrescere la percezione del paziente dei rischi e dei problemi legati al suo comportamento
Contemplazione	Fase di ambivalenza di fronte al cambiamento	Esaminare i vantaggi e gli svantaggi del consumo di alcol
Determinazione	Viene ricercata attivamente una soluzione al problema	Esaminare un "piano d'azione" possibile
Azione	La persona si impegna in azioni concrete volte a cambiare il comportamento	Identificare diverse strategie per cambiare; Analizzare e rinforzare i cambiamenti
Mantenimento	Consolidamento del cambiamento	Valutare la motivazione iniziale, i successi raggiunti, le situazioni a rischio e le alternative all'uso di alcol
Ricaduta	Indica che è in corso un processo di cambiamento	"Normalizzare" la ricaduta come parte del processo

- All'inizio del processo di cambiamento, per stimolarlo;
- Nella fase di contemplazione quando il paziente vive l'ambivalenza di fronte al cambiamento;
- Nelle fasi di mantenimento ed azione come precursore dell'apprendimento duraturo.

Il ruolo del medico in questo contesto è quello di fornire feedback e consigli attraverso un atteggiamento attivo e piuttosto direttivo inserito all'interno di un rapporto di fiducia. È fondamentale all'inizio evitare le contrapposizioni, aggirare ed utilizzare le resistenze al cambiamento piuttosto che metterle in discussione. Altri due obiettivi che il medico si può prefiggere durante un intervento breve sono quelli di:

1. ampliare le fratture interiori definite come la percezione delle contraddizioni esistenti tra la propria attuale condizione di salute percepita e l'attuale stile di vita e le mete ideali da raggiungere attraverso il cambiamento;
2. sostenere l'auto-efficacia ovvero la fiducia dell'individuo nelle proprie capacità di attuare un comportamento prestabilito.

Una delle strategie consigliate per affrontare l'argomento del consumo di alcol è utilizzare i risultati ai test diagnostici o agli eventuali esami ematochimici richiesti. Questo consente di valutare insieme al paziente l'auto-percezione del rischio alcolcorrelato e il suo riconoscimento del legame fra il consumo di alcol e i problemi che questo comporta. Prima di procedere con l'intervento vero e proprio è necessario valutare la motivazione del paziente a modificare i consumi di alcol; ciò consente di individuare lo stadio in cui si situa il singolo soggetto

lungo il percorso di cambiamento e quindi aiuta ad identificare l'intervento più efficace.

L'intervento breve può esaurirsi quindi in un solo incontro o richiedere altri 2-3 appuntamenti a distanza ravvicinata per la discussione del problema con il paziente o con altri familiari.

In ogni caso è consigliato fornire un appuntamento di follow-up a distanza attraverso la prescrizione di esami ematochimici e la valutazione dei consumi di alcol e degli stili di vita legati al bere per monitorare il percorso di cambiamento del paziente.

Per comprendere meglio i fattori che aumentano l'efficacia dell'intervento breve sono stati condotti diversi studi. In particolare Bien³⁰ prende in considerazione i principali studi condotti nel settore fino al 1993 evidenziandone i principali risultati: gli interventi brevi sono solitamente più efficaci di nessun intervento, mostrano comunemente un impatto simile a quello di interventi più lunghi e possono consentire l'efficacia di successivi trattamenti.

Inoltre le caratteristiche comuni che sembrano legate all'efficacia sono date da sei elementi: Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-Efficacy (FRAMES) ovvero l'intervento breve dovrebbe includere una qualche forma di ritorno dell'assessment al paziente, sottolineare l'enfasi sulla responsabilità individuale al cambiamento, fornire chiare indicazioni per motivare al cambiamento, discutere un menù di alternative al bere, prevedere uno stile di counselling empatico, sviluppare l'auto-efficacia del paziente.

In aggiunta a questi elementi i vari studi includevano anche un appuntamento di follow-up per valutare l'andamento del cambiamento e sostenere la motivazione del paziente.

Sull'efficacia dell'intervento breve rispetto alla riduzione dei consumi di alcol nella popolazione afferente gli ambulatori del MMG risulta esserci una

risposta positiva di circa il 40%¹⁸. Nonostante questo, una percentuale elevata, il restante 60%, non risponde in alcun modo all'intervento del MMG. Risulta quindi necessario sviluppare studi che analizzino le motivazioni dei fallimenti riscontrati ed i possibili incentivi da utilizzare per incrementare sia la percentuale di identificazione dei bevitori a rischio che l'efficacia dell'intervento breve nella modificazione dei consumi di alcol e nello stile di vita, soprattutto per quanto riguarda la pratica ambulatoriale del MMG e la persistenza del cambiamento nel paziente a lungo termine.

I risultati della Fase III del Progetto Drinkless condotto in Italia¹³ mostrano che i MMG tendono ad identificare fra le barriere più significative alla realizzazione dell'identificazione precoce e dell'intervento breve la disponibilità di supporti adeguati, legati alle politiche sanitarie, e la disponibilità di appropriati programmi di formazione mentre i possibili incentivi maggiormente votati sono legati a politiche di governo e schemi prefissati di rimborso finanziario; costrizioni di tempo e carico di lavoro; fattori riguardanti le conoscenze e le competenze, accesso a materiale adeguato, attitudini e convinzioni.

Da questi risultati emerge che la collaborazione del MMG nell'aumentare gli interventi di counselling nella popolazione al fine di prevenire le PPAC sono legate alla disponibilità di una rete territoriale con servizi specialistici, le Associazioni di Volontariato, i gruppi di auto-mutuo-aiuto (C.A.T. e A.A.); alla disponibilità di materiali di screening che consentano di riconoscere abbastanza semplicemente, tra gli assistiti, i bevitori a rischio e coloro che possono presentare una patologia alcol correlata iniziale; a programmi di formazione specifici ed anche alla capacità dei pazienti di far presente il proprio problema.

Per concludere è importante chiedersi quali devono essere le informazioni da dare ai pazienti nell'ambito di un servizio di assistenza sanitaria di base come è quello dell'ambulatorio del MMG.

Senza entrare nel merito delle strategie specifiche di intervento breve, è importante che il medico fornisca informazioni corrette a tutti i suoi assistiti in modo omogeneo e che queste siano supportate dall'eventuale intervento breve per i bevitori a rischio e dal trattamento per i soggetti alcolisti.

Queste informazioni sono conformi alle linee guida sulle raccomandazioni relative al consumo di alcol condivise da diverse comunità scientifiche a livello

internazionale e dalla Società Italiana di Alcolologia (Tab. 4).

CONCLUSIONI

L'approccio preventivo e di popolazione svolto dal medico di medicina generale può influire in modo determinante nel modificare le conoscenze, le abitudini ed i comportamenti della popolazione rispetto agli stili di vita legati alla salute.

Il Medico di Medicina Generale può svolgere un ruolo fondamentale per la prevenzione secondaria dei problemi alcolcorrelati attraverso l'identificazione precoce dei cosiddetti "bevitori a rischio", cioè coloro che presentano un consumo di alcol che per quantità, frequenza, modalità di assunzione può comportare un rischio per la loro e altrui salute, e per la successiva realizzazione di un intervento breve con caratteristiche di counselling motivazionale per incoraggiare la modificazione dei consumi e più in generale degli stili di vita.

Un ruolo altrettanto importante di informazione e prevenzione primaria è quello che può essere svolto dal MMG nei confronti della fascia di popolazione il cui consumo di alcol non è a rischio ma che può beneficiare di una maggiore informazione e consapevolezza sui rischi che tale comportamento determina.

Infine una maggiore collaborazione con i Servizi Specialistici che si occupano di alcol, le associazioni di volontariato e le risorse della comunità può consentire una migliore cura dei casi di alcolismo. È chiaro che al fine di ottenere modificazioni durature a livello di comportamento nella popolazione generale è necessario che l'incremento dell'azione preventiva e di intervento "breve" da parte dei Medici di medicina generale sia accompagnato da un'azione di comunità parallela che preveda campagne informative e di intervento anche in altri ambiti e mirate sia per fasce di popolazione (giovani, anziani, casalinghe, studenti, ecc.) che per comportamenti specifici (guida di veicoli, uso di macchinari, luoghi di lavoro, attività sportiva, ecc.).

Una sinergia di forze e di interventi diventa indispensabile quando si parla di problemi legati al consumo di bevande alcoliche, in quanto tali comportamenti sono talmente radicati nella tradizione culturale e sociale da richiedere la collaborazione di più soggetti, istituzioni, operatori socio-sanitari e della salute in genere, figure chiave appartenenti alla comunità, per ottenere risultati significativi e cambiamenti duraturi.

TAB. 4
Le raccomandazioni sull'uso di alcol

- Le bevande alcoliche non sono alimenti; forniscono calorie ma non forniscono nutrienti utili o indispensabili all'organismo tali da raccomandarne il consumo;
- L'alcol rappresenta un importante fattore di rischio per la salute pubblica, secondo soltanto all'uso di tabacco, e a livello individuale non esiste una ricetta d'uso delle bevande alcoliche;
- Gli individui che non bevono non possono e non devono essere sollecitati a modificare il proprio atteggiamento poiché non esistono allo stato attuale evidenze di un vantaggio legato a tale modificazione. Ciò riguarda anche la riduzione del rischio di mortalità per patologie cardiovascolari rilevata per i bevitori moderati rispetto agli astemi che può essere raggiunta attraverso altre vie quali l'astensione dal fumo, incremento dell'attività fisica, riduzione dell'apporto di grasso con l'alimentazione, ecc.
- Gli individui che bevono devono essere consapevoli dei possibili effetti negativi legati ad un consumo di bevande alcoliche ed incoraggiati a 'bere meno'.
- Vi sono situazioni in cui è raccomandata l'astensione assoluta dal consumo di bevande alcoliche:
 - Se ti senti solo e depresso
 - Se ti devi mettere alla guida di un veicolo o usare un macchinario
 - Prima e durante l'attività lavorativa
 - Se sei a digiuno
 - Se sei in gravidanza
 - Se hai programmato una gravidanza e se stai allattando
 - Se prendi farmaci
 - Se hai malattie acute o croniche
 - Se hai un'età inferiore ai 15 anni

BIBLIOGRAFIA

1. WHO Regional Office for Europe. *Health 21. European Alcohol Action Plan 2000-2005*
2. MINISTERO DELLA SANITÀ. *Piano Sanitario Nazionale 2000-2003*.
3. SCAFATO E., ZUCCARO P., RUSSO R., BARTOLI G.: *Alcohol, health and policy: the italian perspective*. *Alcologia* 13 (1), p. 21-25, 2001
4. *EUROPEAN CHARTER on Alcohol Adopted at the European Conference on Health, Society and Alcohol Paris, 12-14 Dicembre 1995*. WHO Regional Office for Europe. Versione italiana del Ministero della Sanità, edita dalla Fondazione Istituto A. Devoto.
5. PATUSSI V., BARTOLI G., RAGAZZO E., FOCARDI F., POLVANI S.: *Progetto di Comunità per la prevenzione delle problematiche alcolcorrelate e la promozione della salute*. Abstract in *Alcologia Suppl.* Vol. XI, n. 2 maggio – agosto, pp. 106-7, 1999.
6. *Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati*. Testo approvato dal Senato della Repubblica il 7 marzo 2001, non ancora promulgato o pubblicato nella Gazzetta Ufficiale.
7. ANDERSON P.: *Effectiveness of general practice interventions for patients with harmful alcohol consumption*. *Brit. J. Gen. Pract.* 43: 386-89, 1993.
8. PATUSSI V., BARTOLI G., POLVANI S., ENGELMAN K.: *Public services and the Community Resources for Alcohol Related Problems in Italy*. *Alcoholism. Journal on alcoholism and related addictions*. Vol. XXXVI, No. 2, Zagreb, pp. 139-151, 2000.
9. RICHMOND R. et al.: *Controlled evaluation of a general practice based brief intervention for excessive drinking*. *Addiction* 90: 119-32, 1995.
10. ROLLNICK S, MASON P, BUTLER C.: *Health Behaviour Change: A Guide for Practitioners*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1999.
11. BARTOLI G., PATUSSI V. ROSSI A., SCAFATO E.: *Abuso di alcol e prevenzione: la ricerca Drinkless*. *SIMG Rivista di politica professionale della medicina generale*. n. 4, pp. 9-12, 2001.
12. BARTOLI G., FOCARDI F., RAGAZZO E., MUSCAS F., PATUSSI V.: *L'intervento breve sui rischi legati al consumo di alcol da parte del MMG: l'esperienza del progetto Drinkless*. Abstract in *Alcologia Suppl.* Vol. XIII n. 2 maggio-agosto, pp.175, 2001.
13. BARTOLI G., POLVANI S., PATUSSI V. et al.: *La prevenzione delle Problematiche Alcolcorrelate e il Medico di Medicina Generale: il Progetto Drinkless*. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo*, Vol 1, anno XXIII, pp 75-82. 2000.
14. BARTOLI G., POLVANI S., PATUSSI V., BARTOLI U., MARCOMINI F.: *Risultati della Ricerca Drinkless*. Abstract in *Alcologia Suppl.* Vol. XII, n. 2 maggio – agosto, pp. 131-3, 2000.
15. BABOR T. & GRANT M., World Health Organization (WHO): *Project on identification and management of alcohol related problems. Report on Phase II: a randomized controlled trial of brief interventions in Primary health care*. Geneva, WHO, 1992.
16. WALLACE P. J., Medical Research Council (MRC): *Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption*. *Brit. Med. J.* 297: 663-68, 1988.
17. OCKENE J.K., ADAMS A., HURLEY T.G., WHEELER E. V., HERBERT J. R.: *Brief Physician - and nurse practitioner - delivered counselling for high risk drinkers. Does it Work?* *Arc. Intern. Med.*, Vol 159, Oct 11, pp. 2198-2205, 1999.
18. FLEMING M.F., MANWELL L.B., BARRY K.L., ADAMS W., STAUFFACHER E.A.: *Brief Physician Advice for alcohol Problems in Older Adults. A randomized controlled community-based trial*. *The journal of family Practice*, Vol 48, n 5 (May), pp 378-384, 1999.
19. Fleming M.F., BARRY K.L., MANWELL L.B., JOHNSON K.,

- LONDON R.: *Brief Physician Advice for Problems alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices.* JAMA, 277, pp 1039-45, 1997.
20. ISRAEL Y., HOLLANDER O., SANCHEZ-CRAIG M., et al.: *Screening for problem drinking and counselling by the primary care physician-nurse team.* Alcohol Clin Exp Res, 20, pp. 1443-50, 1996
 21. WALLACE P.: *Patients with alcohol problems - simple questioning is the key to effective identification and management.* Br J of GP, 172-173, March 2001.
 22. AERTGEERTS B., BUNTINX F., ANSOOMS S., FEVERY J.: *Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population.* Br J of Gen Pra, 51, pp 206-217, March 2001
 23. BUSH K., KIVLAHAN D.R., MCDONNELL M.B., et al.: *The AUDT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking.* Arch. Intern. Med.;16: 1789-95, 1998.
 24. DAEPPEM JB., YERSIN B., LANDRY U., PÉCOUD A., DECREY H.: *Reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDI) Imbedded within a general health risk screening questionnaire: results of a survey in 332 primary care patients.* Alcohol Clin Esp. Res., Vol 24,n. 5, pp. 659-665, 2000.
 25. PROCHASKA J. O. & DI CLEMENTE C. C.: *The transtheoretical approach.* Homewood, IL, Dow Jones-Irwin, 1984.
 26. MILLER W. R. & ROLLNICK S.: *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour.* New York, Guilford Press, 1991.
 27. ROLLNICK S.: *Readiness, Importance and Confidence: critical conditions of change in treatment.* In MILLER W.R., HEATHER N.: *Treating addictive behaviours.* 2nd ed. New York, Plenum, 1998.
 28. MILLER W.R., HEATHER N.: *Treating addictive behaviours.* 2nd ed. New York, Plenum, 1998.
 29. ROLLNICK S., MASON P., BUTLER C.: *Health behaviour change: a guide for practitioners.* Edinburgh, Churchill Livingstone, 1999.
 30. BIEN T. H. et al.: *Brief interventions for alcohol problems: a review.* Addiction 88:315-336, 1993.