

## **IDENTIFICAZIONE, DIAGNOSI E D ELEMENTI DI TRATTAMENTO PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

Valeria Zavan

*Servizio Alcolgia – SER.T. Az. U.L.S.S. n. 13 Dolo (Venezia)*

### **INTRODUZIONE**

Esistono premesse al razionale utilizzo e linee guida in tema di identificazione, diagnosi e trattamento dell'alcoldipendenza nel setting del Medico di Medicina Generale (MMG). La nascita del piano per la riduzione dei danni da alcol trova le sue radici sin dalle prime risoluzioni WHO/OMS (World Health Organization - Organization Mondiale de la Santé).

In particolare nel 1992 viene approvato il “Piano di Azione Europea sull’Alcol” (WHO/Europe EUR/RC42/8), in cui si esorta alla uniformazione, alla revisione ed al rafforzamento, secondo le indicazioni europee, delle politiche sull’alcol allo scopo di ridurre e prevenire i rischi per la salute ed i problemi socio economici da questo derivati, e il cui punto 2.3 consiglia esplicitamente di “sviluppare programmi e politiche globali per la prevenzione e la gestione dei problemi alcol correlati nel contesto delle cure primarie” (1).

Sempre nel '92 e sempre patrocinato dall’Ufficio Regionale del WHO, nell’ambito del processo di preparazione di una carta per la Medicina Generale in Europa, di cui si stanno delineando le funzioni, viene organizzato a Vienna un incontro internazionale sul “ruolo degli ambulatori di medicina generale nella prevenzione e trattamento dei danni da alcol”(Vienna, 19-22 ottobre 1992) (2).

L’ultima delle risoluzioni ufficiali per le politiche europee sull’alcol, è quella approvata a Parigi durante la Conferenza Europea del 12-14 Dicembre 1995.

La “Carta Europea sull’Alcol” enuncia le linee guida ed il piano di azione per gli stati membri per il triennio successivo (3).

I principi delineati valutano l’applicazione di una strategia globale di riduzione del danno da alcol secondo le due principali direttive:

- dell’azione e limitazione dei danni stessi;
- dello sviluppo di una politica generale di promozione della salute pubblica con forte rafforzamento della prevenzione primaria.

Il possibile ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) è visibile in tutti gli obiettivi enunciati, ed almeno in 5 delle dieci strategie consigliate.

Questo anche in relazione ad un indiscutibile ed un enorme costo socio economico dell’uso di alcol in generale, attribuibile a danni diretti ed indiretti dell’alcol (4). Questi implicano costi per il trattamento sanitario, per le assicurazioni relativamente ai periodi di malattia, per la previdenza, per la giustizia, per il lavoro dovuta a minor produzione ed assenteismo (5).

L’affermarsi del concetto della concordanza del consumo alcolico e dei problemi alcol correlati in un continuum, porta ad una forte critica alle più restrittive interpretazioni del concetto di malattia e a nuove definizioni. Nel '92 infatti il WHO riconosce un “consumo alcolico pericoloso” (un livello di consumo alcolico o modelli di bere che potrebbe esitare in un danno se persistesse) ed un “consumo dannoso” (un consumo che

causa danno psicologico o fisico all'individuo), nel contesto dell'ICD 10 quale sistema classificativo delle malattie, per altro uniformate ai criteri del DSM IV americano tramite una commissione mista (6,7).

Come dovunque segnalato, le strutture sanitarie di base e soprattutto la Medicina Generale è un punto privilegiato di osservazione e di intervento a tutti i livelli, primario, secondario e terziario (8).

L'obiettivo è la riduzione dei consumi in tutti i soggetti, in un'ottica di miglioramento generale della salute, con particolare attenzione ai bevitori eccessivi che è necessario identificare e riportare se non all'astinenza almeno ad una diminuzione sino ad un livello accettabile ("safe") di introito alcolico o ad un uso meno problematico. I soggetti che, nonostante ciò sviluppano ugualmente una dipendenza alcolica possono essere trattati, in loco se non complicati, in collaborazione con altre strutture più specialistiche o altre agenzie negli altri casi.

Il ruolo chiave è sostenuto dalle indicazioni internazionali ed europee sulla peculiarità e specificità dell'intervento della MMG nelle cure primarie e nel quadro generale della politica di miglioramento della qualità della vita dei cittadini.

In tale contesto funzionale è quindi evidente che il MMG ha precipuo compito di:

- individuare attivamente e precocemente i casi di alcoldipendenza, i soggetti con problemi alcolcorrelati, e le eventuali patologie associate (compresa la co-diagnosi di altro disturbo mentale);
- di diagnosticare quando possibile e con gli strumenti propri della medicina ed assistenza primaria gli stessi;
- di valutare aree di compromissione della qualità della vita del soggetto;
- di trattare con tecniche specificamente applicabili al precipuo setting.
- di monitorare il trattamento, sia in termini di outcome che di compliance della eventuale terapia specialistica attuata.

## **INDIVIDUAZIONE, DIAGNOSI ED INTERVENTO SPECIFICI PER IL SETTING DEL MMG**

### **Modalità di approccio all'utente**

Lo sviluppo delle teorie di Prochaska e Di Clemente, relative agli stadi della motivazione al cambiamento e di Miller e Rollnick sulle tecniche di counselling motivazionale, hanno portato ulteriori contributi alla sperimentazione di nuovi approcci tesi ad aumentare la compliance e l'outcome di soggetti in trattamento per uso di sostanze (9).

Prochaska e Di Clemente teorizzano che ogni cambiamento comportamentale avvenga in modo definibile e generalizzabile attraverso delle fasi identificabili (10,11).

Il passaggio da una fase all'altra può essere catalizzato dal counselor attraverso una modalità di relazione empatica e non confrontazionale, ed utilizzando le tecniche proprie del colloquio motivazionale (10,12).

Lo scopo è di modificare i comportamenti accettando anche di perseguire obiettivi parziali, ma raggiungibili dal soggetto, identificandoli di volta in volta (10,12).

Tale approccio è ideale per operatori generici, non specialisti, come i MMG, che incontrano i soggetti con uso di sostanze in contesti aspecifici (13). In tal senso l'utilizzo

dell'intervento breve può essere estremamente utile per motivare al cambiamento soggetti arrivati all'osservazione soprattutto se in precontemplazione-contemplazione (12,13).

Il fatto che buona parte del lavoro del MMG consista in visite ripetute, non fa che rendere ancora più adatto tale approccio allo specifico setting per rafforzare il processo di cambiamento attraverso il counselling motivazionale (14).

E' pur vero che un profondo cambiamento è genericamente in atto nella riproposizione della relazione medico-paziente, che sta passando via via da una posizione tradizionalmente intesa, medicocentrica, ad una relazione centrata sul cliente, con una maggior attenzione nei confronti delle richieste del soggetto, con un utente maggiormente attivo e contrattuale ed i cui obiettivi e necessità hanno un peso ben maggiore nel trattamento rispetto al passato (10,12).

Inoltre le segnalazioni provenienti dai più disparati campi, dicono che, se i trattamenti specialistici hanno avuto in questi anni ed hanno tuttora una importante ragion d'essere, i danni alcolcorrelati sono sproporzionatamente ancora presenti e che tale costo non può essere giustificato solo da una malattia che ha una prevalenza media del 6-10% della popolazione (15).

Diviene quindi importante estendere il trattamento a fasce di popolazione che non risponde (e probabilmente non risponderà mai se non in parte) ad una diagnosi di dipendenza alcolica, ma che ha comunque dei modelli di bere altamente problematici, ovvero i "problem drinker" detti altresì bevitori eccessivi o problematici.

L'ottenere l'astensione a tutti i costi, a scapito della ritenzione in trattamento diventa obiettivo non proponibile per tutti.

Il concetto della riduzione del danno in alcologia propugnato da molti autori e dallo stesso WHO nella conferenza di Parigi del '95, si esprime quindi complessivamente, e non in antitesi col concetto di malattia, nel cercare di ottenere il miglior risultato possibile tenendo conto delle risorse e della volontà del soggetto, ritenendo successo anche il raggiungimento di obiettivi parziali come la diminuzione dell'introito alcolico e identificando nell'astinenza assoluta non il primo obiettivo, ma l'obiettivo ideale a cui si tende (14,16,17).

### **Medicina generale e identificazione precoce**

L'identificazione precoce del soggetto con problemi alcol correlati o bevitore problematico ("problem drinker") è stato nell'ultimo decennio ed è a tutt'oggi argomento di grande attualità.

In tale obiettivo il MMG di tutti i paesi europei trova una propria ottimale collocazione: alla luce del concetto "Less is Better" e della correlazione diretta tra consumo e problemi alcol correlati egli trova una specificità di indicazione professionale. In tale obiettivo, al MMG viene riconosciuta, come figura chiave nella promozione della salute e della prevenzione, un posizione chiave con un esplicito, insostituibile ed importante ruolo (14,19,21).

Con l'evoluzione del concetto di trattamento, che passa da trattamento del soggetto alcoldipendente a trattamento dei soggetti a rischio di sviluppo di problemi alcolcorrelati, il successo dello stesso è definito dalla dimostrazione della diminuzione significativa dell'introito alcolico dei soggetti identificati come "problem drinker".

Già prima della conferenza europea di Parigi, il ruolo del MMG nel trattamento è, secondo Anderson (1993): "...per i soggetti a basso rischio (di sviluppare patologie determinate dall'alcol, cioè per bassi consumi)...focalizzarsi sul provvedere all'educazione alla salute,.... per rischi superiori di provvedere all'identificazione, alla valutazione, di (fornire) consulenze brevi ed il follow-up. Per i soggetti ad alto rischio e con problemi alcol correlati severi... include l'identificazione, la valutazione, l'invio (a servizi specialistici) ed il follow up". Il focus viene incentrato quindi sul lieve e medio bevitore (19).

Questo perché il MMG vede nel corso di un anno il 70% di tutti i suoi assistiti per tutti i possibili motivi, e perché coloro che hanno problemi alcol correlati si riferiscono al MMG due volte più che gli altri (19).

Posto il ruolo è però necessario definire gli strumenti, le modalità di intervento e la loro efficacia.

Sempre Anderson identifica nell'intervento brevissimo "very brief intervention" :10 minuti di intervento accompagnato da materiale esplicativo), e nell'intervento breve "brief intervention", colloquio fondato sostanzialmente su tecniche di terapia cognitivo-comportamentale, uso di manuali di auto-aiuto associato a visite di controllo periodiche) delle modalità di approccio utili ed efficaci nel setting del MMG (19).

Il counselling semplice o che utilizza tecniche tipiche del colloquio motivazionale può essere utile anche nel trattamento dei bevitori problematici.

Il counselling negli interventi brevi si è dimostrato utile nel diminuire l'introito alcolico nella maggior parte degli studi effettuati tra i MMG.

L'intervento molto breve sui soggetti a maggior rischio rispetto alla popolazione generale, costituito da counselling semplice di 5 minuti in unica seduta associato o meno a materiale informativo, sembra efficace nel ridurre i consumi.

Per altro, nonostante la mole di materiale scientifico prodotto, l'intervento appare distribuito a macchia di leopardo sia in Europa che nel resto del mondo. Il coinvolgimento dei MMG nel trattamento dell'alcolismo sembra confinato a specifiche scuole di pensiero, riassumibili in quella britannico-australiana, quella canadese e quella statunitense.

Come strumenti di identificazione precoce sia dei soggetti a rischio di sviluppare problemi alcol correlati che dei bevitori problematici che degli alcolodipendenti, si sono dimostrati sicuramente utili ed utilizzati alcuni test come il CAGE ed il MAST, superiori nello screening anche all'osservazione clinica, ed alcuni ematochimici come la CDT.

Meno utili per l'identificazione precoce sono risultati i classici GGT e VCM, che identificano soggetti con compromissione fisica più elevata.

La valutazione generale si può avvalere di testate scale per l'astinenza fisica (SADQ, CSS, AUDIT...) e di

scale per la valutazione della gravità dei problemi alcol correlati.

Per il monitoraggio dell'astinenza viene inoltre utilizzato il grado di alcol presente nell'espriro come test rapidamente disponibile (20).

### **Diagnosi, diagnosi differenziale e doppia diagnosi nel setting del MMG**

Si ricorda come l'alcol possa mimare pressoché *qualsiasi* disturbo psichiatrico, con insorgenza sia in intossicazione che durante l'astinenza e come la doppia diagnosi sia frequente in soggetti con disturbi legati all'alcol (21).

Difatti i disturbi indotti da alcol, secondo DSM IV, oltre alla intossicazione, all'astinenza, alla demenza ed al disturbo amnestico persistente, sono classificabili in delirium e delirium tremens, disturbi psicotici con allucinazioni/deliri, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi del sonno, disturbi della funzione sessuale (22).

E' perciò importante disintossicare il soggetto, e non solo dall'alcol se presente una polidipendenza, ed attendere un minimo periodo di tempo (in genere qualche settimana) prima di procedere ad una diagnostica di comorbidità.

Data la frequente difficoltà a raggiungere tale obiettivo ed in ogni caso quando si presenta all'osservazione un abusatore/alcolodipendente, di ausilio può essere una accurata anamnesi relativa a presenza/assenza di:

- gravi malattie organiche compromettenti le funzioni psichiche (sd. Di Korsakoff, demenze...);
- familiarità per disturbi mentali, in particolare alcolodipendenza e disturbi dell'umore;
- insorgenza di sintomi precedentemente all'instaurarsi del disturbo da uso di alcol;
- pregressi periodi di non uso e stato mentale in tali periodi .

Per converso l'anamnesi assume importanza anche nel caso di abuso/dipendenza da alcol in soggetto con pregressa diagnosi psichiatrica.

Il grado della dimensione ansiosa, del tono dell'umore, della organizzazione del pensiero, dimensione impulsiva che, anche se non raggiungono dignità diagnostica, possono pesantemente influire sull'impostazione terapeutica di un programma personalizzato.

Si potrebbe anche dire, riassumendo le principali ipotesi attuali che:

- il problema psichico potrebbe essere indotto dall'alcol (scomparsa con la sospensione)
- il disturbo psichico potrebbe essere complicato da una susseguente uso di alcol (pazienti "psichiatrici" con bere problematico)
- il problema mentale potrebbe essere coesistente dall'uso di alcol (doppia diagnosi);
- l'alcol potrebbe slatentizzare o inserirsi in un quadro psicopatologico sotteso (persistenza del quadro alla sospensione dell'uso).

L'anamnesi, la considerazione dello sviluppo temporale e la valutazione delle caratteristiche di maggiore o minore gestibilità della sintomatologia possono essere utili al MMG per ipotizzare un intervento compatibile col setting specifico, ovvero di scelta di disintossicazione ambulatoriale piuttosto che in un setting maggiormente contenitivo e specialistico come l'ambito ospedaliero. Tale problema non si pone ovviamente in caso di necessità di far fronte ad una sintomatologia acuta non gestibile in ambito territoriale.

E' quindi estremamente importante effettuare una valutazione almeno grossolana delle principali dimensioni associate all'uso di alcol anche se di rilevanza subclinica.

## **Il trattamento ed il monitoraggio nel setting del MMG**

Il ruolo del medico di medicina generale è considerato un ruolo chiave nel trattamento, dove per trattamento si intende quello:

- dell'alcoldipendenza, (nelle sue varie fasi di identificazione trattamento farmacologico, mantenimento dello stato di astinenza protratto e della riabilitazione socio-relazionale);
- dei bevitori problematici;
- della diminuzione del fattore di rischio in soggetti non problematici (24).

Tali aspetti possono configurarsi come prevenzione terziaria, secondaria e primaria dei problemi alcol correlati.

Relativamente al trattamento di soggetti alcoldipendenti sono risultati efficaci i trattamenti di disintossicazione ambulatoriali o in casa su supervisione, tramite semplici presidi farmacologici, di soggetti con astinenze non complicate e con buone risorse personali e relazionali (24).

Il monitoraggio dell'astinenza o della diminuzione dell'introito alcolico in tali soggetti, vede il MMG in posizione favorevole a causa del maggior numero di contatti, sia per la gestione degli aspetti farmacologici (es. disulfiram, altre terapie per patologie associate) che come coordinamento tra varie agenzie.

Il monitoraggio può altresì includere funzioni di invio alle altre strutture specialistiche o territoriali (Gruppi di auto-aiuto) ed il supporto o miglioramento della motivazione tramite il counselling (8).

## **CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE**

La nuova cultura della salute e lo spostamento della visione dalla patologia conclamata alla identificazione precoce, della valutazione dei problemi alcol correlati e dei consumi individuali in un continuum, se da una parte migliora e semplifica la pratica clinica in quanto elimina il problema della diagnosi ed enfatizza l'approccio relazionale, dall'altra potrebbe indurre alcuni rischi.

La confusione relativa alle quantità considerate "safe", potrebbe da un lato dar origine a filosofie assolutistiche rispetto ai consumi, dall'altra potrebbe indurre difficoltà di trattamento dovute a proposizione di strumenti incongrui, ad es. potrebbe indurre a pensare che l'efficacia del counselling si traduca in un semplice assistere il bevitore problematico in un autonomo scalare personale di alcol sino a quantità da ritenersi soddisfacenti. Potrebbero in altri termini essere sottostimate e sottotrattate fasce di utenti che nella tradizionale visione patologica, sarebbero chiaramente identificate come alcolisti.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. *World Health Organization, About WHO: Health for All, sito ufficiale WHO, URL: <http://www.who/>, p.1, 5.12.98.*
2. *World Health Organization, WHO 50th - Health for All, sito ufficiale WHO, URL: <http://www.who/>, pp. 1-3, 5.12.98.*
3. *WHO Regional Office for Europe, European Charter on Alcohol, sito ufficiale WHO, URL: [www.who.dk/policy/alcohol.htm](http://www.who.dk/policy/alcohol.htm), pp.1-5, 5.12.98.*

4. Godfrey C., *Lost productivity and costs to society*, *Addiction*, 92, (Suppl. 1), 49-54, 1997.
5. Letho J., *The economics of alcohol*, *Addiction*, 92,(Suppl. 1), 55-9, 1997.
6. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>th</sup> edition, Washington D.C., 1994.
7. World Health Organization, *International Classification of Diseases*, 10<sup>th</sup> revision, Geneva, 1992.
8. Murtag J. *Professione: Medico Generale*, trad. italiana a cura di A. Pagni, C. Cricelli, McGraw Hill Libri Italia, 1995.
9. Prochaska J.O., Di Clemente C.C. *The trans-theoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy*, Homewood, IL, Dow Jons Irwin, 1984.
10. AA.VV., *British Journal of Addiction, Editorials and Commentaries*, 87, 6, 821-35, 1992.
11. Di Clemente C.C., Hughes S.L. *Stage of change in outpatient alcohol treatment*, *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-35, 1990.
12. Miller, S. Rollnick, *Il colloquio di motivazione*, trad. it. Erickson, 1994.
13. Rollnick S., Bell A. *Interventi brevi a uso dei non specialisti*, W. Miller, S. Rollnick (eds.), *Il colloquio di motivazione*, trad. it. Erickson, 245-257, 1994.
14. Anderson P., *Health, Society and Alcohol*, *Addiction*, 92,(Suppl. 1), 3-6, 1997.
15. Trachtemberg A.I., Fleming M.F. *Diagnosis and treatment of drug abuse in family practice*, [www.nida.gov/Diagnosis-Treatment/Diagnosis.html](http://www.nida.gov/Diagnosis-Treatment/Diagnosis.html), pp.22, rilev. 10.12.98.
16. Anderson P (ed.), *European Conference on Health, Society and Alcohol*, Paris, December 1995, *Addiction*, 92, Suppl.1, March 1997.
17. Marlatt G.A., Larimer M.E., Baer J.S., Quigley L.A. *Harm reduction for alcohol problems: moving beyond the controlled drinking controversy*, *Behaviours Therapy*, 24, 461-504, 1993.
18. *Framework for Professional and Administrative Development of General Practice/Family Medicine in Europe - Trad. M. Pucci, M.D. Medicinae Doctor*, V, 24, 98.
19. Anderson P., *Management of alcohol problems: the role of the general practitioner*, *Alcohol and Alcoholism*, 28, 3, 263-72, 1993.
20. AA.VV. *Guida utile all'identificazione e alla diagnosi dei problemi alcolcorrelati*, SIA, 1999.
21. Kessler R.C., Crum R.M., Lynn A.W., et al., *Lifetime co-occurrence of DSM-III R Alcohol Abuse and Dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey*, *Archives of General Psychiatry*, 54, 313-321, 1997.
22. American Psichiatric Association APA, *DSM IV, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Masson, Milano, 1996.
23. NIDA, *Treatment of drug-dependent individuals with comorbid mental disorders*, Onken L.S., Blaine J.D., Genser S., Mc Neill Horton A. eds.), *NIDA Research Monograph* 172, 1997.
24. Bennie C. *A comparison of home detoxification and minimal intevention straregies for problem drinkers*, *Alcohol and Alcoholism*, 33, 2, 157-63, 1998.