

Rischio Alcolcorrelato ed Alcolismo: definizioni e valutazione.

M. Cibir, V. Zavan

Progetto speciale Alcologia – Regione del Veneto
SerT-Alcologia- Az. U.L.S.S. 13 – Dolo Venezia

La enorme diffusione del consumo di alcol a livello mondiale, sia nei paesi tradizionalmente consumatori, sia in zone diverse, la acquisizione di modelli di consumo non “tradizionali” in alcuni paesi (es. il passaggio a modelli nordici o anglosassoni da parte di molti consumatori “mediterranei”), la diffusa tolleranza per il bere, confortata dalla legalità dell’alcol stesso, rendono indispensabile per il medico la conoscenza di talune definizioni diagnostiche, quali quelle di Abuso e Dipendenza da alcol. Va tuttavia tenuto presente che la maggior parte dei problemi e delle patologie alcolcorrelate colpiscono bevitori non inquadrabili in una di queste diagnosi.

La epidemiologia dei problemi e delle patologie alcol correlate (PPAC) ci mostra il fenomeno in forma di iceberg: ad una piccola parte “emersa”, in cui vanno inclusi la maggior parte dei casi di Dipendenza, corrisponde un immenso “sommerso” costituito da bevitori occasionali, moderati, ricreazionali, o ancora da forti bevitori che non incorrono nella diagnosi, o ancora di alcolodipendenti con una funzionalità psichica, fisica e sociale ancora ben conservata, tali da non essere individuati come tali (1).

Per decenni la medicina si è sforzata di stabilire dei limiti “di sicurezza” all’uso di alcol: per lo più questi tentativi si sono basati sulla misura delle capacità metaboliche del fegato, o sulla capacità dello stesso organo di “non ammalarsi” per piccole dosi di alcol. E’ interessante osservare come tali dosi “sicure” siano andate progressivamente diminuendo, contestualmente all’affinarsi delle conoscenze. Nel contempo nasceva un modo diverso di affrontare il problema. Secondo questa concezione, che è quella adottata dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (2 - 3) non vi sono dosi sicure, ma persone che in diverse circostanze e per diverse dosi hanno un diverso grado di “rischio” legato all’uso di alcol.

Rischio Alcolcorrelato

Per valutare il rischio alcolcorrelato va in primo luogo considerato se la persona appartenga a categorie, o abbia abitudini tali, da rendere *qualunque* consumo alcolico assai rischioso. Nella Tabella 1 sono riportati alcuni esempi di tali situazioni.

TABELLA 1: Situazioni ad elevato rischio.

Età inf.a 18 anni e superiore a 60.
Gravidanza. Allattamento.
Guida di veicoli o comunque situazioni che richiedano attenzione
Malattie causate od aggravate dall’alcol
Recenti stress o eventi luttuosi
Disturbi Mentali in corso o pregressi..
Uso di farmaci ed in particolare di psicofarmaci.
Sovrappeso, Obesità
Alcolismo, o pregressi problemi alcolcorrelati
Familiarità per alcolismo

Il secondo fattore da considerare è il consumo di alcol stesso, valutato sia per la quantità, sia per le modalità d’uso. La quantità di alcol viene di solito valutata in unità alcoliche. Una Unità Alcolica equivale ad un bicchiere di vino, o a un bicchierino di superalcolici, o a ¼ di birra

(dunque circa 15 grammi di alcol anidro): l'imprecisione della misura viene compensata nella maggiore immediatezza valutativa. La Tabella 2 riporta il livello di rischio per differenti consumi ed ipotizza obiettivi differenziati di un intervento educativo o terapeutico.

Tabella 2

RISCHIO	COMSUMI SETTIMANALI Maschi	Femmine	OBIETTIVO INTERVENTO
Basso	< 21 unità alcol	<14 unità alcol	Riconoscimento situazioni a rischio. Astinenza in tali situazioni. Valutare la possibilità di astinenza completa.
Alto	> 21 unità alcol	>14 unità alcol	Ridurre i consumi.
Danno	> 50 unità alcol	> 35 unità alcol	Valutare proplemi e patologie alcolcorrelate o abuso o dipendenza da alcol. Trattamento.
Non consumo			Valorizzazione della scelta.

Pur essendo un buon metodo in sede di anamnesi, tuttavia non si deve cadere nell'errore di una valutazione solo quantitativa. Se ad esempio il consumo settimanale viene assunto tutto in una volta, con conseguente intossicazione, siamo già in una situazione a rischio, o, se la cosa si ripete, francamente patologica.

La combinazione della quantità e delle modalità del consumo con la situazione personale permette di valutare i livelli di rischio ed effettuare un intervento educativo (4). Tale intervento va calibrato sulle credenze e la disponibilità al cambiamento dell'utente, e va mirato sia al cambiamento delle abitudini alcoliche, sia sulla conoscenza delle circostanze che aumentano il rischio: ogni persona dovrebbe essere in grado di valutare il rischio a cui si espone per poter scegliere se il gioco vale la candela. Forse non è inutile ricordare che il medico, prima che sugli altri, dovrebbe compiere questo esercizio su sé stesso.

Le tecniche per la valutazione e l'intervento sono descritte in dettagli in un'altra sezione del presente volume.

Un'ultima considerazione dovrebbe improntare l'azione del medico: i rischi alcolcorrelati sono chiari ed evidenti, mentre i vantaggi nel bere piccole quantità di alcolici sono del tutto opinabili. Questo dovrebbe portarci, come in qualunque altra circostanza analoga, ad un atteggiamento prudentiale: atteggiamento ben espresso dallo slogan proposto dalla Organizzazione Mondiale della sanità: "less is better", ovvero "meno (si beve), meglio è" .

Alcolismo

Con questo termine, (come pure alcoldipendenza, dipendenza da alcol, dipendenza alcolica) si intende la condizione in cui l'alcol, avendo determinato alterazioni funzionali del SNC ed un sovvertimento dello stile di vita dell'individuo, è divenuto indispensabile al mantenimento di un sia pur precario equilibrio psicofisico.

Le definizioni diagnostiche attualmente in uso sono quelle della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) , decima edizione (5) , dell'O.M.S., o del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), quarta edizione (6) dell'Associazione Psichiatrica

Americana. In realtà le due classificazioni sono talmente simili da essere intercambiabili.

L'alcolismo viene collocato tra i Disturbi Mentali, nel capitolo dei Disturbi da Uso di Sostanze.

Le caratteristiche “nucleari” dell'alcolismo (peraltro uguali per tutte le Dipendenze) sono indicate nella Tabella 3.

TABELLA 3: Elementi costitutivi del Disturbo di Dipendenza

- **Astinenza:** comparsa di una specifica sintomatologia alla sospensione od alla brusca riduzione della sostanza.
- **Tolleranza:** l'effetto diminuisce con l'uso continuativo ovvero necessità di dosi più elevate per raggiungere l'effetto desiderato.
- **Perdita di controllo:** il soggetto non riesce a controllare l'uso della sostanza (es. fallisce in tentativi di limitarne l'uso, o la assume in circostanze pericolose, o per l'uso deve trascurare importanti attività sociali o lavorative).
- **Presenza di un danno psichico, fisico o sociale.**

Questi elementi costitutivi si traducono nella pratica in sette criteri, la positività di almeno tre è diagnostica (Tabella 2).

Tabella 4: Diagnosi e della Dipendenza da Sostanze:

Modalità nell'uso che conduce a danni o disagi clinicamente rilevanti, che ricorrono in un unico periodo di 12 mesi .

1. Tolleranza
 2. Astinenza
 3. La sostanza è assunta per quantità o tempi maggiori di quanto programmato dal soggetto.
 4. Desiderio di controllare l'uso della sostanza, con ripetuti fallimenti.
 5. Molto tempo viene impiegato nel reperire la sostanza, assumerla, riprendersi dagli effetti.
 6. Vengono interrotte o ridotte importanti attività sociali o lavorative.
 7. La sostanza viene usata nonostante l'evidenza di problemi di ordine fisico o psicologico causati o accentuati da tale uso.
-

Vengono anche indicate tre caratteristiche di gravità

- Lieve: ove la diagnosi viene posta con tre criteri;
- Grave: ove il quadro clinico comprenda sette criteri;
- Moderato nelle forme intermedie;

ed alcune caratteristiche del decorso:

- **Remissione iniziale completa:** Nessun criterio è rilevabile da più di un mese ma meno di dodici;
- **Remissione Iniziale Parziale:** Fino a due criteri sono rilevabili da più di un mese ma meno di dodici.;
- **Remissione Protratta Completa:** Nessun criterio è rilevabile da oltre 12 mesi.
- **Remissione Protratta Parziale:** Per oltre dodici mesi sono presenti non più di due criteri.
- In terapia agonista: Nessun criterio è presente per almeno un mese, il soggetto in terapia agonista o agonista parziale (nel caso della Dipendenza Alcolica il criterio non si applica, non essendovi una vera e propria terapia agonista per l'etanolo).
- **In ambiente controllato:** Nessun criterio, in soggetto in ambiente ove l'accesso ad alcolici è fortemente limitato (es. Comunità Terapeutica).
Infine una ulteriore specifica possibile è l'indicazione della presenza o meno di Dipendenza fisica (cioè di Tolleranza ed Astinenza).

Quest'ultima variante rende evidente la evoluzione del concetto di Dipendenza negli ultimi venti anni. Infatti ancora oggi in molti testi è proprio la evidenza di Dipendenza Fisica l'unico criterio definente la Dipendenza. Nella attuale concezione, al contrario, la Dipendenza è una sindrome complessa, in cui il fuoco è più sulle alterazioni comportamentali che su quelle neuropatologiche (tant'è vero che si può porre diagnosi in assenza di queste ultime). In questo senso la Dipendenza da Sostanze è cosa diversa dalla Dipendenza farmacologica, quale quella che si può instaurare in un soggetto trattato con morfina per motivi medici: questo paziente potrà presentare Astinenza e Tolleranza, ma abitualmente non presenta il pattern comportamentale proprio del Disturbo da Dipendenza.

Ricordiamo infine come le Classificazioni Internazionali citate siano comunque organizzate come Sistemi Multiassiali. Per una diagnosi completa dovrebbero essere indagati (DSM-IV):

- Asse 1: Disturbi Clinici e Altre condizioni rilevanti clinicamente;
- Asse 2: Disturbi di Personalità, Ritardo Mentale.
- Asse 3: Condizioni Mediche Generali potenzialmente rilevanti per la comprensione dei primi due assi.
- Asse 4: Problemi Psicosociali ed Ambientali;
- Asse 5: Valutazione Globale del Funzionamento.

Il sistema diagnostico illustrato ci permette dunque di codificare : la diagnosi di dipendenza, la gravità ed il decorso della stessa, la presenza di problemi neuropatologici. Il sistema consiglia l'ausilio di strumenti di laboratorio e di altre fonti di informazioni accessorie, ma non li ritiene necessari. Oltre a ciò, volendo applicare la classificazione multiassiale, ulteriori notizie possono essere aggiunte rispetto allo stato psichico, fisico e sociale del soggetto.

Il tutto è solo apparentemente complesso ed a tratti farraginoso: in realtà costituisce un sistema ritenuto dalla maggior parte dei clinici utile come primo inquadramento, ma troppo scarso per essere applicato da solo.

Nella pratica clinica è infatti necessario acquisire ulteriori elementi per raggiungere un completo inquadramento diagnostico su cui costruire un programma di trattamento personalizzato:

➤ Elementi utili per la INDIVIDUAZIONE

Assai frequentemente gli utenti con problemi legati all'uso dell'alcol e alcolismo tendono a negare o minimizzare il loro problema. Talora i familiari colludono con tale atteggiamento. In queste circostanze rivestono importanza elementi indicativi, a cui porre sempre attenzione nella pratica quotidiana, che ci permettano di comprendere la presenza di un problema pur senza porre di per sé una diagnosi. Tra questi elementi ricordiamo quelli tradizionali della pratica

medica, anamnesi ed esame obiettivo, la cosiddetta “anamnesi crociata”, l’ausilio di strumenti di laboratorio ed il CAGE “mascherato”. Di questi strumenti, tipici della pratica alcolica del Medico di Medicina Generale, si parla in altri capitoli del presente manuale.

➤ **Elementi utili per l’INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO**

I problemi alcolcorrelati e l’alcolismo investono tutte le aree della vita di un individuo, estendendosi progressivamente alla famiglia ed all’ambiente. E’ necessario dunque, una volta posta la diagnosi, procedere ad un inquadramento “per aree”, allo scopo di individuare i settori maggiormente deteriorati, quelli ancora funzionali, le potenziali “leve terapeutiche”. Le aree abitualmente considerate sono quelle elencate nella Tabella 5.

Tabella 5: Le “aree vitali”

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Area dell’uso di Sostanze▪ Area Organica▪ Area Psicopatologica▪ Area Motivazionale▪ Area Sociale▪ Area familiare |
|---|

Le aree possono essere indagate con diversi strumenti e differente livello di approfondimento. Recentemente sta riscuotendo consenso l’Addiction Severity Index (A.S.I.) (7). Tuttavia tale strumento appare troppo complesso ed indaginoso per il setting specifico del Medico di Medicina Generale; per quest’ultimo aspetto rimandiamo alla apposita sezione.

Abuso Alcolico

Con questo termine nel DSM IV si intende una categoria diagnostica utilizzabile ove vi sia una modalità patologica di uso di alcol dimostrata da ricorrenti e significative conseguenze avverse, ricorrenti nell’arco di un anno. Tali sintomi non devono soddisfare quelli diagnostici di Dipendenza. In particolare nell’ Abuso il focus è sui problemi sociali legati all’uso, mentre sono assenti i criteri della Astinenza, della Tolleranza, della perdita di controllo.

In realtà quella dell’Abuso è una categoria non chiaramente definita: inserita per “collocare” i bevitori problematici non alcolisti, nella pratica clinica degli Autori viene posta raramente, poiché spesso ad una indagine più accurata questi soggetti ricadono nella diagnosi di Dipendenza. Soggetti con un uso recente e non continuativo di alcol, spesso giovani con comportamenti a rischio, talora rientrano in questa categoria.

Dipendenza da più Sostanze

Questa terminologia diagnostica si dovrebbe applicare quando il soggetto utilizza ripetutamente, per oltre 12 mesi, almeno tre gruppi di sostanze (esclusa nicotina) senza preferenza per una singola categoria (es Alcol, oppiacei, sedativi...); in tale periodo non vengono soddisfatti i criteri di Dipendenza da nessuna delle sostanze usate. Nel caso vi sia

Abuso o Dipendenza da più di una sostanza, è opportuno riportare le singole diagnosi (es. Dipendenza da Alcol. Abuso di Cocaina).

Disturbi Mentali Indotti da Sostanze

Tale categorizzazione comprende una serie di Disturbi Mentali legati alla intossicazione. L'alcol è una delle sostanze che più frequentemente presenta tali complicanze, sia in corso di intossicazione acuta e cronica che di astinenza. La dizione "Disturbi Mentali Indotti da Sostanze" tende a sottolineare da un lato come queste siano manifestazioni psichiche patologiche a cui portare attenzione, spesso indistinguibili dalle corrispondenti manifestazioni "primitive", dall'altro sottolineare la necessità di rilevarne l'etiologia, perchè a questo spesso corrisponde una differenza nel trattamento e nella prognosi. Nella Tabella 6 sono indicati i Disturbi Mentali indotti dall'alcol. Al di là delle classificazioni, si tenga tuttavia presente che qualunque quadro psicopatologico può essere causato dall'alcol stesso, e che tali manifestazioni abitualmente scompaiono spontaneamente dopo alcune settimane dalla cessazione del potus.

Tabella 6: Disturbi Mentali Indotti dall'Alcol

- Delirium da intossicazione e da astinenza
- Demenza Persistente
- Disturbo Amnestico Persistente
- Disturbo Psicotico
- Disturbo dell'Umore
- Disturbo d'Ansia
- Disfunzione Sessuale
- Disturbo del sonno

Conclusioni

Il presente capitolo illustra le principali indicazioni diagnostiche contenute nei sistemi classificativi più accreditati (I.D.C.-10 e D.S.M. III) rispetto all'alcolismo ed ai disturbi ad esso connessi. La presenza di due sistemi classificativi chiari, accettati internazionalmente, praticamente sovrapponibili almeno per questo settore ha nell'ultimo decennio notevolmente contribuito a rendere più chiara la diagnostica dei Disturbi Mentali, e tra questi dei Disturbi da Uso di sostanze. Questo fatto ha notevolmente favorito la comunicazioni su questi temi, sia nel campo della ricerca, permettendo ad esempio il confronto tra indagine condotte in luoghi diversi, sia nella pratica clinica. Va tuttavia rilevato come i sistemi classificatori presentano alcuni importanti limiti, per cui la diagnostica alcologica non può basarsi solo su di essi:

- Sia DSM che ICD sono sistemi essenzialmente descrittivi e categoriali. In altri termini il loro scopo principale è individuare quei cluster di sintomi psichici e comportamentali tali che messi insieme possono costruire un quadro clinico definito (disturbo mentale) e definire il livello di gravità (cut off) sopra del quale il disturbo ha rilevanza clinica. Tutto ciò che è sotto il cut off non viene rilevato dai sistemi diagnostici. Abbiamo già sottolineato come sia assai importante prestare attenzione al bere dei nostri utenti sempre, sia a scopo diagnostico e curativo, sia a scopo educativo e preventivo. In altri termini il bere, specie in setting di primo livello, va visto come un fenomeno dimensionale, caratterizzato da un continuum dall'astinenza, a differenti livelli di rischio, alla comparsa di problemi conclamati . alla dipendenza propriamente detta.

- Il DSM, con la valutazione multiassiale e la definizione di gravità e decorso fornisce alcuni strumenti che vanno oltre la semplice definizione diagnostica. Questi sono tuttavia insufficienti per l'individuazione di soggetti con negazione o resistenza al trattamento, ed ad un completo inquadramento diagnostico. E' necessario dunque affiancare ai sistemi classificativi strumenti diversi, quali la Diagnosi per Aree..

Bibliografia

1. Cibir M., Zavan V., Nardo M., Alcol: consumi, mortalità, modelli di comportamento. "Alcologia, Prevenzione, Progettualità Regionale", a cura di M. Cibir, D. Orlandini, L. Rampazzo, Regione Veneto, Assessorato alle Politiche Sociali, Padova, 2000, pp.65-73
2. O.M.S., Carta Europea sull'alcol, Parigi, 1995
3. Rampazzo L., Agostinetti A., L'alcolologia in Europa ed in Italia. Obiettivi e Strategie per la Programmazione degli interventi. "Alcologia, Prevenzione, Progettualità Regionale", a cura di M. Cibir, D. Orlandini, A. Agostinetti, Regione Veneto, Assessorato alle Politiche Sociali, Padova, 2000, pp. 309-312.
4. O. Brignoli, M. Cibir, N. Gentile, I. Vantini (a cura di), Alcol e Medico di Famiglia, Centro Scientifico Editore, Torino, 1998.
5. Organizzazione Mondiale della Sanità, Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10), ed. Italiana, Masson, Milano, 1996
6. American Psychiatric Association, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, IV edizione (DSM IV), edizione italiana, Masson, Milano, 1996.
7. EUROPASI. Adattamento europeo Prima Edizione Europea adattata alla 5° edizione americana. Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo, XVIII, 2, 7-41, 1995.

