

ALCOL ED EPIDEMIOLOGIA

GRUPPO DI LAVORO

Coordinatore
G. CORRAO

Partecipanti

S. ARICO', G. BOZZA G. CAVALERI, A.D'AMICIS, A. QUARTINI, P. SPETTOLI

PRODUZIONE, CONSUMI E CONSUMATORI DI BEVANDE ALCOLICHE IN ITALIA

E' possibile affermare, sulla base delle stime fornite dalle fonti ufficiali nazionali ed internazionali, che l'Italia ha centrato l'obiettivo, fissato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), di una riduzione dei consumi medi di alcol pro capite del 25%? Si.

Nota: tuttavia l'Italia, rimanendo sempre nell'ambito delle stime ufficiali, uno dei paesi mondiali a più elevato consumo. In almeno nove regioni il consumo medio pro capite è ancora troppo elevato. Il dato appare più significativo se si considera che gli studi sui consumi regionali eseguiti dall'ISTAT mediante il metodo della spesa sono notoriamente sottostimati.

E' sufficiente una riduzione dei consumi medi di alcol pro capite affinché si riducano anche i bevitori eccessivi? E' controverso.

Nota: per quanto riguarda il contesto nazionale italiano, appare prematuro sposare integralmente l'ipotesi che il solo intervento sulla popolazione generale, mirato alla riduzione dei consumi medi pro capite di alcol, risulti complessivamente idoneo all'obiettivo di determinare anche un ridimensionamento dei bevitori eccessivi. Infatti tutti gli studi impostati in maniera metodologicamente corretta, con lo scopo di valutare dei confronti temporali con le statistiche ufficiali, non sembrano confermare in maniera esauriente tale ipotesi.

DISCUSSIONE

A. Allamani: l'OMS ha ampiamente discusso e fatto proprio nel piano d'azione europeo sull'alcol che i consumi di una popolazione sono indicatori dei problemi alcol-correlati, mentre nella tua esposizione (A. Quartini, n.d.c.) risulterebbe che i consumi alcolici della popolazione non sono necessariamente indicatori dei problemi alcol-correlati, quindi diminuire i consumi non servirebbe a diminuire i problemi.

A. Quartini: rispetto al piano di azione proposto dall'Ufficio Europeo dell'OMS, pubblicato sull'ultimo bollettino delle Tossicodipendenze ed alcolismo e sull'ultimo numero di *Alcologia*, c'è una discussione abbastanza approfondita da parte del Ministro della Sanità, che sostiene che il gruppo italiano ha anche proposto di non accogliere che l'uso moderato sia legato a problemi alcol-correlati nella società. Comunque in linea generale non necessariamente la riduzione dei consumi si accompagna ad una riduzione dei bevitori eccessivi. Questo è confermato da tutti gli studi del Gruppo Epidemiologico Società Italiana di Alcologia (GESIA).

T. Macchia: Tutti i discorsi che si possono fare sulla relazione tra consumo pro capite, rischio di patologie alcol-correlate etc., sono molto difficili perché effettivamente il consumo pro capite reale è

difficile da stabilire. Anche quando si hanno tabelle o dati che l'ISTAT o altre agenzie nazionali ed internazionali diffondono bisognerebbe corredare ogni colonna della caratterizzazione demografica. Ossia sapere quanti sono troppo giovani per bere o troppo anziani, perché non bevono più quanti sono astemi, quanti sono gli uomini e le donne, qual è la quota di astinenti; perché così concentriamo il bere e la dose pro capite/die si avvicina molto velocemente alla zona critica.

I consumi medi di alcol pro capite sono un valido indicatore per il monitoraggio temporale dei consumi globali di alcol in una popolazione? **Si**

Nota: il sì è una risposta però condizionata. Molti studi ad hoc mostrano, rispetto alle stime ufficiali, consumi medi pro capite sensibilmente diversi. Tuttavia è opportuno tenere presente che tali studi sono in primo luogo tra loro estremamente eterogenei (sia per quanto riguarda gli aspetti metodologici che per quanto riguarda il target d'utenza), inoltre, per lo più, sono svolti a livello locale e su gruppi selezionati di soggetti. I pochi studi eseguiti su popolazione generale, campionata in modo adeguato e di numerosità consistente, sembrano avvicinarsi molto, nelle stime sui consumi, alle stime da fonti ufficiali. A certe condizioni sarebbe fondamentale disaggregare per sesso, età e area geografica, bevitori di fermentati o di superalcolici. In sostanza, maggiore è la disaggregazione migliore sarà il risultato.

TECNICHE TRADIZIONALI ED EMERGENTI PER LA MISURA DEL CONSUMO ALCOLICO

Esiste una tecnica di misura del consumo alcolico adeguata per ogni contesto epidemiologico e clinico? **No.**

Nota: una valutazione quantitativa del consumo di alcol è importante in almeno quattro contesti: screening della popolazione generale; studio clinico su singolo paziente; valutazione del rischio associato al consumo in studi sulla relazione tra dose di alcol e suo effetto patologico; valutazione del trattamento di una condizione patologica alcol-correlata. In questi quattro contesti si diversificano: la popolazione in studio; la finestra temporale di interesse sul consumo; la prevalenza del consumo; l'atteggiamento dell'intervistato e dell'intervistatore. Si deve quindi concludere che non esiste una tecnica di misura del consumo alcolico adeguata per ogni situazione epidemiologica e clinica

Esistono metodi adeguati per stimare la validità di tecniche per la misura del consumo alcolico? **No.**

Nota: la validità di un test è definibile come il grado di accordo fra il dato stimato dal test ed il dato vero. La stima della validità di un test richiede la disponibilità di un cosiddetto golden standard, ovvero di un testo di riferimento con sensibilità e specificità note. Poiché é impossibile conoscere la realtà del consumo alcolico nella popolazione in studio, si deve concludere che non sia possibile stimare la validità di una tecnica per la misura del consumo alcolico.

Esistono metodi adeguati per stimare la riproducibilità di tecniche per la misura del consumo alcolico? **Si.**

Nota: la riproducibilità determina il grado di accordo tra diverse tecniche o tra diverse modalità di utilizzo della stessa tecnica. Essa pertanto stima l'abilità di un test nel produrre lo stesso risultato se somministrato in più occasioni. Pertanto le tecniche biochimiche sono più facilmente controllabili, mentre per le tecniche verbali la riproducibilità dipende da numerosi e non facilmente controllabili fattori. Per ottimizzare la riproducibilità delle misure verbali, dovrebbe essere effettuato ogni sforzo

volto ad assicurare l'addestramento degli intervistatori.

DISCUSSIONE

A. Allamani: mi sembra che non sia chiaro (e questo riguarda poi tutti i nostri lavori sulla quantificazione per bicchiere) se il bicchiere (utilizzato nelle misurazioni, n. d. c.) sia 250 ml oppure 100 ml. Quali sono le quantità di un alcolico bevute quando vai in un bar oppure in un'osteria? Sarebbe importante valutare le unità di misura che vengono utilizzate nei bar, in casa o in altri luoghi per poter stimare correttamente i consumi alcolici.

S. Aricò: bisogna fare studi italiani, perché quel bicchiere da 13.6 g e il drink americano (il drink americano corrisponde ad una unità di bevanda che contiene circa la stessa quantità di alcol anidro espressa in grammi corrispondenti a: 330 ml di birra, 5% vol.; 100 ml di vino, 12% vol.; 40 ml di superalcolico, 40% vol., n. d. c.); ed effettivamente io non so quale sia la quantità di alcol contenuta in un bicchiere dei bar di Firenze o di Messina, ma dobbiamo secondo me applicare le cose utili di altre aree socio-culturali alla nostra realtà. L'alcolemia è certamente un esame attendibile, ma serve pochissimo all'alcolologo; perché ci dice se un incidente è legato all'alcol, ma non ci dice niente su tutti i processi, su tutte le patologie alcol-correlate croniche, che sono quelle più importanti da studiare; quello che ci interessa sapere, non tanto il consumo recente, ma la sommatoria di tutti i consumi.

Le tecniche verbali sono adeguate per le misure di consumo alcolico? Si.

Nota: in questo senso si intendono tutte le tecniche che indagano il consumo sul soggetto o sui collaterali anche se è necessario individuare di volta in volta la tecnica più adeguata rispetto al contesto. Esse presentano globalmente una buona flessibilità, una notevole semplicità d'uso ed un basso costo rispetto alle tecniche biochimiche.

Tecniche di misura del consumo alcolico messe a punto in altri contesti socio-culturali, ciò in paesi stranieri, sono applicabili in Italia? No.

Le tecniche biochimiche possono contribuire a rilevare un abuso di alcol? Si.

Nota: le principali tecniche biochimiche per misurare il consumo alcolico sono: la gamma-glutamyl-transpeptidasi (γ GT); la transferrina povera di carboidrati (CDT); gli addotti proteici dell'acetaldeide (AA). Queste tecniche presentano globalmente una bassa flessibilità, una notevole credibilità, una scarsa semplicità d'uso ed un elevato costo rispetto alle tecniche verbali.

DISCUSSIONE

L. Capocaccia: L'utilità di avere dei marker per l'uso dell'alcol è indiscutibile, per ho sentito dall'aula dire che servirebbero per poter effettuare screening epidemiologici: permettetemi di dire che questo non è vero. Se facciamo un'indagine epidemiologica su popolazione aperta, facendo un prelievo, significa fallire nell'indagine epidemiologica e porterebbe a costi eccezionali.

E. Albano: sono perfettamente d'accordo: non si possono utilizzare i marker biochimici negli studi epidemiologici. La mia proposta era diretta a validare i marker biochimici nella realtà del consumo italiano.

Sono necessarie nuove tecniche biochimiche per la misura del consumo alcolico? Si.

DISCUSSIONE

T. Macchia: per quanto riguarda i marker biochimici, e la ricerca di marker che abbiano delle finestre temporali diverse che ci permettano di scorrere dalla fase precoce all'individuazione del danno che si

sta instaurando, che si è instaurato, che irreversibile o l'individuazione di indici prognostici, etc., mi sembra che ci si dimentichi della cosa più immediatamente fattibile che è l'alcolemia; è vero che ha una finestra molto breve, però è l'unico indicatore diretto di consumo recente, e forse varrebbe la pena di inserirlo.

E. Albano: per quanto riguarda i marker biochimici, hanno dei limiti di specificità (e di colleghi gastroenterologi sanno benissimo che le γ GT ed il volume corpuscolare medio sono quanto mai aspecifici) e rappresentano indici di danno e non di esposizione. Aggiungerei che, dal punto di vista del tossicologo, gli indicatori privilegiati dovrebbero essere quelli che prendono in considerazione i metaboliti o gli effetti dei metaboliti del tossico in questione, nel caso specifico l'alcol. Tuttavia attualmente questi indicatori, per vari motivi, non possono essere utilizzati. È possibile che nei prossimi anni saranno disponibili, attraverso metaboliti dell'etanolo più specifici, test adeguati. Ed è soprattutto necessario programmare studi su larga scala di questi indicatori per la loro validazione. Per quanto riguarda l'alcolemia essa è legata alla curva di scomparsa dell'alcol dal sangue, che è molto rapida, quindi è un parametro dinamico che non può essere utile come marker di consumo.

LA QUALITY ASSURANCE NELLA PREVENZIONE PRIMARIA DEI PROBLEMI ALCOL-CORRELATI

Può la metodologia della Verifica Ricerca Qualità (VRQ) essere applicata in campo alcolico? Si.

DISCUSSIONE

G. Palasciano: quando lo scarto tra la situazione attuale e quella ideale (che possiamo definire standard) è notevole, va trattato con la VRQ. Quali sono, se esistono, le gerarchizzazioni e le prioritizzazioni dei problemi da trattare? Quale trattare in primo, in secondo e in terzo luogo? In campo pedagogico, utilizziamo un criterio che va sotto il nome di PUIGE: prevalenza del problema; urgenza del problema; possibilità d'intervento e di trattamento; gravità del problema ed esemplarità, in un certo senso pedagogica, dello stesso e di come è stato affrontato.

G. Bozza: quando lo scarto è notevole tra lo standard e la situazione attuale, quando cioè lo standard è troppo lontano, diciamo, dalla realtà, si fa il miglioramento cosiddetto a piccoli passi; conviene stabilire uno standard molto più vicino a quella che è la prestazione piuttosto che cercare di raggiungere lo standard ideale.

A. Allamani: Bozza ha detto che la prevenzione primaria dovrebbe essere assegnata ai Servizi Tossicodipendenza (Ser.T.); credo che dovrebbero essere compresi anche i servizi alcolologici o comunque tutti gli operatori della prevenzione primaria, anche i non alcolologi, tipo assistenti sanitari o altre cose.

G. Bozza: ho parlato dei Ser.T, perché la legge 51 dell'agosto 1993, che stabilisce la necessità di istituire i Centri Alcolologici Integrati (CAI) ed i Gruppi Operativi Alcolologici (GOA) con i relativi compiti in campo alcolologico, non è stata ancora attivata: pertanto i compiti stabiliti dalla normativa sono ancora attribuiti alle USL attraverso i Ser.T; per questo ritengo opportuno formare anche gli operatori dei Ser.T nella prevenzione alcolologica.

Può il medico di medicina generale applicare la VRQ per valutare e migliorare la propria competenza in campo alcolico? Si.

Nota: in particolare nella individuazione dei bevitori a rischio.

Può la VRQ essere applicata nel settore della prevenzione primaria in alcologia? Si.

Nota: la VRQ trae molte delle sue modalità da quelle della formazione permanente. Ciò, come nell'ambito formativo si tratta di scegliere degli obiettivi educativi in base alla priorità dei compiti degli operatori, così, nell'ambito di questi, si tratta di scegliere, in campo alcologico, quali sono gli aspetti più delicati, più critici, più importanti e su quali dirigere maggiormente l'attenzione. Purtroppo, fino ad oggi, in campo alcologico non c'è assolutamente quasi niente. Ci sono solo le ricerche estremamente limitate che riguardano alcune metodologie: per esempio, quella per la determinazione dell'alcolemia; ecco, sono ricerche molto settoriali, mentre invece non ci sono assolutamente ricerche in campo preventivo.

EFFICACIA DEGLI INTERVENTI COERCITIVI ED EDUCATIVI

Il limite previsto dal codice della strada è adeguato a prevenire gli incidenti legati all'abuso alcolico? No.

DISCUSSIONE

T. Macchia: la normativa stessa dice che non è stato fissato perché era quello più idoneo ma, sulla base della conoscenza delle stime delle curve di rischio, perché era quello che aveva più senso al momento. Inoltre gli 80mg fissati dalla nostra legge sono quelli già utilizzati dalla maggioranza dei paesi europei che hanno 30 anni di esperienza in questo campo.

U. Avico: in Italia veniva applicato per la prima volta questo limite, pertanto tenerlo troppo basso (secondo gli stretti criteri medici) significava bloccare la magistratura con un numero enorme di processi inutili. Infatti il decreto prevede che dovrà essere modificato in seguito alle indagini epidemiologiche successivamente svolte su questo limite stesso.

G. Cavaleri: sarebbe auspicabile poter valutare l'alcolemia in tutti i soggetti ricoverati per incidenti stradali, col dovuto riserbo legato ai problemi medico-legali, ampliando così le ristrette indicazioni del codice della strada.

Le variazioni di costo, orari di vendita ed et minima di acquisto possono ridurre il consumo di alcolici? No.

Nota: in realtà sulla base delle esperienze italiane non possiamo dare una risposta a questa domanda in quanto esse sono talmente limitate da non poterci consentire una valutazione utile.

I programmi pubblicitari ed educativi sono efficaci nel prevenire i problemi e le patologie alcol-correlate? Si.

Nota: tutti concordano sul fatto che manca in maniera assoluta il controllo sulla pubblicità diretta ed indiretta degli alcolici. Pertanto sarebbero innanzi tutto necessarie una maggiore vigilanza sull'uso e la correttezza dei messaggi pubblicitari. Ai fini pedagogici sarebbe straordinario riuscire a realizzare programmi educativi fin dai primi anni scolastici sulla base delle esperienze positive, sebbene di breve durata, di altri paesi.

DISCUSSIONE

A. Allamani: io non sono esperto su questo settore della pubblicità, per si legge che non sia così

remunerativa, in termini di vendita, per coloro che producono gli alcolici. Dunque non è del tutto chiaro.

F. Pacini: sulla pubblicità, io non sono d'accordo con il mio amico Allamani, credo che vendano di più. Credo anche che la pubblicità indiretta sia la più importante. Anche fumare in televisione ha un significato. Credo che i messaggi indiretti siano della più grande importanza, è una mia vecchia idea. Per esempio il divieto di vendere alcolici sull'autostrada, non perché questo ridurrebbe i consumi, ma perché è un messaggio di politica sociale forte, è un messaggio pubblicitario secondo me valido.

A. Cottino: con questa domanda tocchiamo un problema centrale dell'informazione e delle scienze sociali: diamo delle informazioni ed abbiamo delle modifiche di comportamento. Ma tali sono le variabili e le difficoltà di spiegare questo nesso che sarebbe senz'altro necessario approfondire questi studi. Sarebbe comunque un risultato straordinario (che però io non conosco) questa correlazione che sembrerebbe esserci tra messaggi televisivi dissuasivi o educativi e prevenzione di patologie.

G. Cavaleri: ci sono degli studi nordamericani in questo senso, però (e questo si ricollega alla affermazione sulla pubblicità di Allamani) viene riportata una divisione tra pubblicità sui giornali, generica e aspecifica, che non darebbe alcun risultato, e pubblicità televisiva diretta, con il coinvolgimento della persona: questa darebbe buoni risultati. Per non sappiamo se ciò sia applicabile agli italiani che non si lasciano molto colpire dall'indice puntato.

G. Bozza: L'esperienza nelle scuole è positiva? Direi che è positiva potenzialmente, più che nei risultati. Sono positivi quelli a breve termine per ciò che riguarda l'acquisizione delle conoscenze. Il maggior difetto di quasi tutti i programmi educativi nelle scuole è quello di prevedere poco, soprattutto per quanto riguarda la valutazione nel medio/lungo termine. Quindi si sa veramente poco di quel che succede. C'è qualche studio interessante che tratta l'attività di prevenzione nelle scuole elementari, ed i risultati si vedono a partire dai 14 mesi successivi alla fine dell'intervento. Quindi è importante soprattutto seguire nel corso degli anni quello che sta succedendo.

STUDI EPIDEMIOLOGICI E STIMA DEL RISCHIO ALCOL-CORRELATO

Esiste la necessità di studi epidemiologici rivolti alla stima della funzione di rischio, in particolare all'individuazione della dose soglia? Si.

Nota: il messaggio è quello di stimolare altri studi epidemiologici. Molto spesso, da un'osservazione clinica si ricavano delle inferenze sui rapporti causali. E quanto di più sbagliato si possa fare. Purtroppo la maggior parte delle nostre conoscenze deriva proprio da questo. Comunque, in determinati contesti, lo studio di corte è sì più costoso ma anche più adeguato; è chiaro che bisogna usare un pò di buon senso.

DISCUSSIONE

C. Surrenti: mi sembra di capire che il suggerimento che voi date per gli studi di epidemiologia è quello di tipo caso-controllo; questi per sono studi utilizzabili per convalidare un'ipotesi già nota, utili quindi per valutare la funzione di rischio. Ma se si volesse valutare un'ipotesi non nota, oppure un'ipotesi nuova (come per esempio che il vino non ha una funzione di rischio ma una funzione protettiva), lo studio caso-controllo non è idoneo ad affrontare una problematica di questo tipo. Secondo me è stato liquidato in maniera molto rapida il rapporto tra consumo di vino e patologia cardiovascolare; anche a livello internazionale si mette in correlazione l'uso moderato con una bassa

mortalità cardiovascolare.

Il modello di osservazione retrospettiva può fornire un adeguato contributo alla stima della funzione di rischio? Si.

Nota: ma a condizione che: i casi siano rappresentativi dei pazienti al primo esordio o, più pragmaticamente, alla prima diagnosi della malattia in esame; i controlli siano un campione rappresentativo della popolazione che ha originato i casi (controlli di popolazione) o dei pazienti ricoverati nello stesso ospedale (controlli ospedalieri) purché affetti da patologie alcol-indipendenti; le informazioni riguardanti, non solo il determinante in studio, ma anche quelle relative ad altri fattori potenzialmente implicati nell'etiopatogenesi della malattia in esame, vengano rilevate in riferimento all'intera vita di ogni caso e di ogni controllo.

Esistono le condizioni per istituire una nuova fase del Gruppo Epidemiologico della Società Italiana di Alcolologia (GESIA 2) con specifici compiti di: effettuare una sistematica sorveglianza epidemiologica dei consumi e delle patologie alcol-correlate e promuovere e coordinare studi multicentrici, eziologici e valutativi? Si.

Nota: il GESIA opera per mandato del Comitato Nazionale (CDN) della Società Italiana di Alcolologia (SIA), in ottemperanza allo statuto della Società. Le attività di servizio, di ricerca e di consulenza del gruppo costituiscono la risposta multidisciplinare della SIA alle necessità di competenze e di conoscenze epidemiologiche alcolologiche da parte dei soci, della comunità scientifica e dell'opinione pubblica nazionale.

[<back](#)