



Mario G.L. De Rosa

Alcologia clinica

**L'esperienza di un Servizio
delle dipendenze**

*CLINICA DELLE DIPENDENZE
E DEI COMPORTAMENTI DI ABUSO/Quaderni*



FrancoAngeli



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



CLINICA DELLE DIPENDENZE E DEI COMPORTAMENTI DI ABUSO

L'esperienza clinica degli operatori delle dipendenze patologiche è ricca e articolata: spesso si parte da zero e si fatica a far conoscere e comprendere agli "esperti" e poi alla società il senso dell'operare quotidiano. Punto di partenza di questa Collana è un'ottica culturale di apertura a un pubblico più vasto. Una sezione riguarda i *Testi*: il tema della clinica è affrontato oltre la tradizionale differenziazione teoria – ricerca – esperienze; rilevante è l'origine delle pubblicazioni, che trovano linfa nell'ambito dell'attività o comunque sono collegate agli operatori del settore.

Tematiche quali la prevenzione, la riduzione dei rischi, la riabilitazione e gli aspetti organizzativi vengono affrontati valorizzando le applicazioni utili all'intervento clinico.

Una seconda sezione è quella dei *Quaderni*: saggi, lavori congressuali e raccolta di esperienze, compresi studi e ricerche sull'utilizzo di strumenti e farmaci.

Infine i *Manuali*: materiale didattico, con la definizione di criteri, metodologie, consensus e linee di intervento.

Direzione editoriale: Alfio Lucchini

Comitato di redazione: Cinzia Assi, Maria Luisa Buzzi, Felice Nava, Giovanni Strepparola

Comitato Scientifico: Adriano Baldoni (Ancona), Giorgio Barbarini (Pavia), Renato Bricolo (Verona), Italo Carta (Milano), Giorgio Cerizza (Cremona), Massimo Clerici (Milano), Alessandro Coacci (Grosseto), Maurizio Coletti (Roma), Augusto Consoli (Torino), Antonio D'Alessandro (Roma), Antonio d'Amore (Caserta), Riccardo De Facci (Milano), Pietro Fausto D'Egidio (Pescara), Guido Faillace (Trapani), Maurizio Fea (Pavia), Riccardo C. Gatti (Milano), Gilberto Gerra (Parma), Enzo Gori (Milano), Bernardo S. Grande (Catanzaro), Claudio Leonardi (Roma), Franco Lodi (Milano), Teodora Macchia (Roma), Vincenzo Marino (Varese), Antonio Mosti (Piacenza), Giovanni Nicoletti (Roma), Pier Paolo Pani (Cagliari), Norberto Pentiricci (Perugia), Edoardo Polidori (Forlì), Eugenio Rossi (Milano), Achille Saletti (Milano), Giorgio Serio (Palermo), Alessandro Tagliamonte (Siena), Enrico Tempesta (Roma), Laura Tidone (Bergamo), Marco Tosi (Milano), Andrea Vendramin (Padova), Silvia Zanone (Roma).

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.



Mario G.L. De Rosa

Alcologia clinica

**L'esperienza di un Servizio
delle dipendenze**

FrancoAngeli



Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2018 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it

A mia madre

Indice

Introduzione	pag.	9
1. Il primo colloquio: “quando la persona nega di avere un problema alcol-correlato”	»	13
2. Quando la persona è consapevole di avere un problema alcol-correlato	»	26
3. Gli alcolismi: clinica e terapia	»	45
4. Gli alcolismi: casi clinici	»	73
5. Il senso dell’abuso alcolico nelle nuove generazioni: aspetti sociologici, psicologici e clinici	»	81
Conclusioni	»	117
Bibliografia	»	119

Introduzione

L'idea di scrivere un testo di alcologia è originata dalla constatazione che, di norma, le peculiarità della patologia alcolica vengono delineate, nei trattati specialistici, in singoli settori e capitoli con una modalità che risulta, tuttavia, discontinua rispetto al reale operare clinico.

Lo scopo prefissato è di descrivere e fornire le basi essenziali e pratiche per effettuare una valutazione alcologica e il trattamento di patologie alcol-correlate, evidenziando, in maniera sintetica e quanto più chiara possibile, la “prassi alcologica” in una prospettiva processuale: come si lavora “in itinere”, sia nella valutazione che nella terapia del soggetto con problemi alcol-correlati. In quest’ottica comunico la modalità clinica che viene applicata nel Servizio in cui svolgo l’attività specialistica.

Un primo aspetto che, a livello introduttivo, desidero definire è “cosa significa occuparsi di alcologia”.

L’alcologia è la disciplina specialistica che afferisce alle scienze mediche e psicologiche che tratta della clinica delle patologie e dei problemi alcol-correlati.

Non è una pratica antica come le altre specialistiche, si è definita in Italia solo a partire dagli anni '80, soprattutto con l’apertura dei Servizi per le dipendenze (Ser.T.) e la diffusione dei gruppi di auto-aiuto (*alcolisti anonimi* e *club degli alcolisti in trattamento*) sorti dalla necessità di dare una risposta competente alle persone con problemi di alcol e ai loro familiari.

La diagnosi e la cura alcologica ha iniziato, così, ad avvalersi di nuove evidenze derivanti, in particolare, da ricerche mutate dal mondo scientifico anglosassone, nelle quali si è approfondito il fenomeno dell’alcolismo in maniera metodica, superando concezioni che non avessero un fondamento obiettivo dimostrabile nella prospettiva medica e psicologica.

In precedenza erano la gastroenterologia, la neurologia, la psichiatria e la medicina interna le branche specialistiche che trattavano le patologie

indotte dall'alcol: l'"alcolista" veniva curato per il danno del distretto organico di cui s'interessava il singolo specialista derivandone una conoscenza riduttiva e limitativa della clinica alcologica.

Non avendo una visione onnicomprensiva del fenomeno-alcol e delle conseguenze disfunzionali che determina nella totalità della persona, l'eziopatogenesi dell'alcolismo era riferita spesso a processi degenerativi organici associati a comportamenti antisociali. L'origine era fatta risalire, comunemente, a una degenerazione esistenziale del soggetto senza ulteriori approfondimenti clinici. L'alcolista era concepito come un antisociale che si provocava danni fisici per una sua scelta scellerata. Prevaleva lo stigma "morale" come modello esplicativo dello stile auto ed etero-distruttivo di queste persone.

Negli ultimi due decenni del secolo scorso, all'interno dei Servizi specialistici che sono stati citati, ma anche e soprattutto nei Servizi delle dipendenze sono sorti i primi "moduli alcologici".

Visto l'interessamento pluri-organico dell'alcol, si è cercato, per quel che è stato possibile, che i Servizi di alcologia disponessero di figure professionali con competenze nelle varie specialistiche descritte o comunque in grado di provvedere con protocolli studiati "ad hoc" a consulenze mediche rispetto ai danni alcol-correlati.

La strutturazione di un'alcologia come branca specialistica ha determinato studi finalizzati a comprendere più esaustivamente sia l'eziopatogenesi dell'alcolismo che il suo trattamento e la prognosi.

Rispetto all'eziopatogenesi della problematica-alcol si deve constatare che non esiste a tutt'oggi una tesi unica sulle cause dell'alcolismo. Accanto a una teoria biologica si sono sviluppate considerazioni psicologiche e sociologiche. Definire le cause dell'alcolismo non è di poco conto perché in base all'eziopatogenesi s'individua il trattamento specifico.

In estrema sintesi, la teoresi biologica dell'alcolismo trae le sue considerazioni dall'evidenza di un funzionamento alterato del *reward system*, il sistema della gratificazione presente nel cervello di ogni essere umano, il cui ruolo è di incentivare comportamenti atti alla sopravvivenza della specie: mangiare, sessualità, relazioni d'accudimento genitoriali ecc.

Questo sistema si colloca nei circuiti neuronali del *cervello limbico*, soprattutto nell'amigdala e l'accumbens e risponde, con il senso della gratificazione, una volta che la persona riesce a soddisfare i bisogni primari.

Nell'alcolista, il *reward system* risulta "disregolato": scarica la dopamina, la "molecola del piacere", in maniera incongrua per cui la ricerca dell'alcol è dovuta al tentativo di modulare un livello gratificante che di base la persona non possiede, la cui modificazione consegue a una disposizione genetica aberrante che comporta una ridotta liberazione del neuro-mediatore.

La tesi sociologica considera, altresì, il ruolo decisivo di determinanti relate a problematiche di ruolo della persona nel suo ambiente di vita: lavorativo, familiare, nelle relazioni amicali e sentimentali che vengono frustrate a livello esistenziale.

Riguardo alla teoria psicologica, la psicoanalisi rileva nell'alcolista una "personalità orale" con un desiderio indifferenziato di tipo narcisistico, mentre il cognitivismo-comportamentismo considera l'alcolismo la conseguenza di una cognizione di sé e del mondo mal adattiva rispetto alla realtà in cui il soggetto vive: tale convinzione problematica deriverebbe da stimoli esterni che sono stati erroneamente processati dalla mente della persona, derivandone una concezione disfunzionale di sé, per cui l'alcolomania costituirebbe uno stile acquisito all'interno di tale condizione cognitiva.

Al di là delle varie teorie, di fatto, quando ci troviamo di fronte a una persona che ha un problema con l'alcol dobbiamo valutare quale livello di compromissione esistenziale presenta e i danni indotti nell'organismo. Pertanto, lo scopo del testo è di descrivere in maniera sintetica le modalità con cui si definiscono il colloquio clinico e gli accertamenti diagnostici necessari per giungere a una diagnosi e successivamente a un trattamento adeguato della patologia alcolica.

Un ringraziamento va a tutta l'equipe del Servizio dipendenze patologiche di Civitanova Marche, un riconoscimento particolare alla dott.ssa Giuseppina Sanza per la sua collaborazione nella stesura del 4° e 5° capitolo.

Recanati, 1/10/2017

1. Il primo colloquio: “quando la persona nega di avere un problema alcol-correlato”

Prima di iniziare il primo colloquio è necessario accertarsi di avere a disposizione almeno 45 minuti da dedicare all'utente senza essere interrotti da interferenze esterne.

Questo aspetto è essenziale perché lavorando in un Servizio pubblico non sempre è così scontata la possibilità di effettuare un colloquio senza che si verifichino delle interruzioni per motivi che non riguardano la seduta.

È necessario, infatti, che lo specialista possa effettuare il colloquio con la massima attenzione comunicando alla persona che ha di fronte una sincera disponibilità all'ascolto.

In generale, quando parliamo di specialista alcolologo, consideriamo sia la figura professionale dello psicologo sia del medico, tenendo presente che la prescrizione dei farmaci e degli esami ematici e strumentali sono comunque di competenza medica.

Il primo colloquio può essere effettuato, pertanto, sia dal medico sia dallo psicologo con l'accortezza di rispettare i propri ruoli. Ad esempio, una volta che il medico ha completato il primo colloquio, è importante che si confronti con lo psicologo rispetto alla modalità del funzionamento psichico alcol-correlato che ha individuato nel paziente. Lo psicologo verificherà e approfondirà, tramite il suo metodo di esame, gli elementi psichici emergenti nel soggetto.

L'atteggiamento dello specialista deve essere caratterizzato sempre dalla disponibilità al colloquio, improntato all'ascolto riflessivo, all'empatia e all'assenza di giudizio, soprattutto morale. Ciò si concretizza, almeno inizialmente, con il lasciare che la persona si accomodi tranquillamente sulla poltrona e inizi a parlare senza che il terapeuta la bersagli di domande. Si può chiedere semplicemente: “cosa sta succedendo?” e concedere un tempo affinché si esprima spontaneamente.

L'introduzione del colloquio con una domanda aperta lascia al soggetto la possibilità di comunicare senza fretta e liberamente: è importante non fare domande "chiuse" per dare modo alla persona di esprimere ciò che sente!

Dopo che ha riferito rispetto al problema per cui è afferita al Servizio, si aprono due possibili scenari:

- 1. La persona nega di avere un problema relativo all'alcol, affermando che è venuta a visita spinta da altri motivi.**
- 2. La persona ammette di avere un problema con l'alcol e desidera curarsi.**

Quando nega o minimizza il consumo di alcol e soprattutto di avere un problema correlato alla sostanza, ciò si verifica, in genere, per i seguenti motivi:

1. è giunta all'osservazione non per una sua volontà ma per cause giuridiche che richiedono una valutazione clinica sul suo presunto stato di dipendenza, oppure è stata "costretta" dai Servizi sociali del comune di appartenenza che necessitano di garanzie sull'assenza di un abuso alcolico per iniziare o continuare un inserimento lavorativo o per elargire un contributo economico;
2. è afferita al Servizio a seguito di una consulenza effettuata presso reparti ospedalieri specialistici una volta evidenziati, dal personale medico, segni e/o sintomi di abuso d'alcol. La persona, per non coinvolgersi in cure e valutazioni rispetto al suo stile alcolico problematico, non avendo nessuna motivazione al cambiamento, tende a minimizzare e a omettere il suo coinvolgimento con l'alcol;
3. viene segnalata da un familiare, al sospetto o nella certezza che abbia un problema con l'alcol, perciò i parenti la convincono, ma più spesso la "costringono", a recarsi al Servizio per curarsi.

Mentre si effettua il colloquio è importante che l'operatore valuti se il soggetto presenta **segni compatibili con una compromissione alcolica**, tra i quali ricordiamo, in particolare: tremori delle mani, nistagmo, flapping, ecchimosi, sudorazione, ansia-agitazione, iperattività, cambiamenti rapidi dell'umore, congiuntiva iniettata o acquosa, edema peri-orbitale, teleangectasie facciali, rubeosi e spider nevi del volto, rinfima, addome globoso, alito alcolico (spesso mangiano caramelle per stemperare l'alito alcolico, soprattutto alla menta), scarsa cura della persona, dissonanza tra età anagrafica e quella percepibile, estrema obesità o all'opposto magrezza eccessiva, eritema palmare, aspetto trasandato, incuria nel vestire.

Lo specialista, ovviamente, non deve chiedere conto immediatamente al paziente di quanto rileva nella sua "facies" o nel suo atteggiamento, memorizza altresì il dato osservato per integrarlo con altri elementi che nel corso

del colloquio e di ulteriori approfondimenti diagnostici acquisisce, così da poter definire un quadro clinico completo.

La *restituzione della valutazione* va effettuata, infatti, al termine dei diversi esami e test diagnostici, in genere al terzo-quarto incontro. A questo punto si possono fare domande al paziente per avere ulteriori informazioni su quanto osservato e giungere, in questo modo, a una diagnosi.

È da sottolineare, comunque, che la presenza di “segni visibili” non depone in maniera assoluta per un abuso/dipendenza da alcol, ma apre al sospetto di un *rischio alcolico* soprattutto se risultano associati ad altre evidenze laboratoristiche, cliniche e psicodiagnostiche che descriveremo in seguito.

Al contempo il colloquio alcologico deve indagare specifici aspetti della sfera bio-psico-sociale del soggetto col fine di far emergere altri elementi che possano deporre per una problematica alcol-correlata: 1) soffre di disturbi gastrointestinali, neurologici, psichiatrici per i quali ha già effettuato visite specialistiche; 2) ha frequenti assenze dal lavoro; 3) manifesta un incremento/calò del peso corporeo non spiegabile; 4) ha avuto incidenti stradali o traumi; 5) è stato coinvolto in litigi, aggressioni anche in famiglia; 6) è stato sottoposto a ritiro di patente per abuso alcolico; 7) ha effettuato ripetuti accessi al Pronto Soccorso per stati di ebbrezza alcolica, di agitazione, di aggressività.

L'anamnesi viene acquisita, durante il colloquio, senza esprimere nessun giudizio morale, in maniera empatica, per non incutere il senso della minaccia o far sentire il soggetto un “indagato”, un “colpevole”.

Sulla base dei disturbi fisici che riferisce, si può proporre, in prima seduta, un **esame ematochimico** che permette di acquisire ulteriori elementi rispetto alla sua condizione organica alcol-correlata.

È importante valutare i “parametri ematici alcol-sensibili” (vedi Tab. 1). Anche riguardo a questo tipo di analisi, si deve precisare che non esiste nessuna alterazione che possa definire una diagnosi certa di abuso alcolico. Di fatto, gli indicatori ematici, se alterati, non hanno mai una sensibilità e una specificità del 100%, in grado quindi da confermare in maniera assoluta un abuso o una dipendenza da alcol.

Ad esempio: una volta rilevato un parametro ematico che non risulta nel “range” della normalità, se ha una sensibilità diagnostica del 80% significa che c'è la possibilità del 20% che la persona non abusa di alcol: più è alta la percentuale di sensibilità più si escludono i falsi negativi.

Riguardo alla specificità, se il parametro è alterato e ha una specificità dell'80%, significa che c'è la possibilità del 20% che non individui comunque l'abuso alcolico.

Nella prescrizione dell'esame del sangue è fondamentale richiedere anche la bilirubina, la fosfatasi alcalina, il fibrinogeno, la protrombina e l'e-

lettroforesi siero-proteica che segnalano possibili disfunzionalità epatiche suggestive di un abuso di alcol.

In particolare, l'*insufficienza epatica* si caratterizza per una riduzione dell'albumina, del fibrinogeno, della protrombina e un aumento delle gamma globuline e della bilirubina: un quadro del genere può essere compatibile con una grave epatopatia o una cirrosi del fegato.

Tab. 1 - Esame ematochimico: parametri alcolsensibili

1. *Emocromo: aumento del MCV* (volume corpuscolare medio del globulo rosso). Ha una sensibilità del 34-89% e una specificità del 25-91%. L'aumento del volume dei globuli rossi deriva sia dall'azione tossica dell'acetaldeide (metabolita dell'alcol) sulla replicazione dei globuli rossi nel midollo osseo, sia per l'interferenza dell'alcol sull'assorbimento intestinale di acido folico e vitamina B12. I globuli rossi impiegano circa 120 giorni per ricostituirsi per cui il valore può rimanere alto anche se la persona ha ridotto o sospeso il bere. Tra i falsi positivi ricordiamo la carenza di folati, di vitamina B12, patologie epatiche non alcol-correlate, ipotiroidismo, tabagismo.
2. *Gamma-glutamil transferasi (GGT)*. L'aumento della GGT è dovuto a un meccanismo d'induzione diretta sul fegato ad opera dell'alcol. Sono necessarie 4-5 settimane di astensione alcolica affinché la GGT torni normale. Il valore della GGT ha una sensibilità del 34-85% e una specificità del 11-85%. Tra i falsi positivi più frequenti ricordiamo la presenza concomitante di una pancreatite, di obesità, diabete, consumo di farmaci barbiturici, antiepilettici e anticoagulanti.
3. *GGT + MCV*: l'incremento di entrambi i valori determina una sensibilità e una specificità maggiori rispetto al singolo esame, rispettivamente del 17-63% e del 74-98%.
4. *Glutammato-aspartato transaminasi (GOT)*, ovvero aspartato amino transferasi (AST): la sensibilità è del 15-69% mentre la specificità è bassa. Un aumento maggiore delle GOT rispetto alle GPT fa ipotizzare un danno epatico alcol-correlato, in particolare se il rapporto è di 2:1, se invece il rapporto è 1:1 si può escludere quasi certamente l'alcol tra le cause dell'incremento delle transaminasi.
5. *Glutammato-alanina transaminasi (GPT)*, ovvero alanina amino transferasi (ALT): la sensibilità è del 26-58%, la specificità è bassa.
6. *Transferrina desialata (CDT)*: l'aumento del CDT è dovuto all'azione inibitoria dell'alcol e dell'acetaldeide sulla glicosilazione proteica per cui la transferrina viene meno catabolizzata. I valori del CDT incrementano dopo 7 giorni di assunzione di alcol a una quantità compresa tra 50-80 grammi al giorno e si mantengono elevati per almeno 15-20 giorni. Per questo motivo il monitoraggio, al sospetto di un abuso alcolico, deve effettuarsi ogni 2 settimane. Il CDT ha una sensibilità per i maschi del 60% e una specificità del 92%, mentre nelle femmine ha una sensibilità del 29% e una specificità del 92%. L'incremento del CDT è correlato soprattutto a un bere problematico.
7. *Etil-glucuronide (ETG)*: è un metabolita dell'alcol. La determinazione nelle urine evidenzia se c'è stato un abuso alcolico circa 80 ore prima del prelievo: il cut off è di 500 ng/ml. La ricerca dell'ETG nel capello risulterebbe più specifica e sensibile del CDT, il cut off è di 30 pg/mg, un valore superiore indica un consumo abituale di alcol pari o superiore a 4 U.A. al giorno (circa 60 gr/die), fino a 3 mesi prima dell'esame.

Al sospetto di un danno organico, si può prescrivere un'ecografia epato-splenica per valutare se è presente, in particolare, un ingrossamento del fegato (steatosi) indicativo di un abuso di alcol: questa condizione segnala una compromissione organica iniziale che deve indurre il soggetto ad un'astensione completa dall'alcol onde evitare l'insorgenza di danni più gravi e spesso irreversibili (cirrosi).

Viene richiesta, inoltre, una consulenza gastroenterologica per maggiori approfondimenti clinici.

L'ecografia può essere effettuata anche se gli esami ematici sono normali, permette, infatti, di evidenziare e quindi di comunicare al soggetto una disfunzionalità organica alcol-correlata stabilendo, in questo modo, una relazione terapeutica e una ritenzione in trattamento.

Il paziente deve essere informato dell'importanza di non bere al fine di evitare ulteriori problemi organici. Il terapeuta, tuttavia, è bene che non dia seguito a perniciose discussioni sul fatto che abusi o meno di bevande alcoliche.

Di fatto, si mette la persona "in guardia" rispetto al suo stile alcolico, facilitando l'acquisizione di una consapevolezza e l'assunzione di una responsabilità personale rispetto, soprattutto, alla sua salute fisica, non giudicandolo "sic et simpliciter" come una persona che abusa di alcol o addirittura di essere un alcolista.

L'esame ematochimico e l'ecografia epatica, in genere, sono accettati dall'utente anche se nega un abuso alcolico, soprattutto se sono proposti come accertamenti in grado di confermare la sua tesi di non avere problemi con l'alcol.

Nel caso si dimostri la presenza di alterazioni ematochimiche o organiche alcol-sensibili, per non rendersi minacciosi verso la tesi dell'utente, soprattutto quando questi è particolarmente oppositivo nel considerare una sua problematica alcol-correlata, si può avvalorare, inizialmente, l'ipotesi di una sua ipersensibilità organica anche a minime dosi di alcol, per cui deve comunque cercare di cambiare stile alcolico per evitare gravi conseguenze sanitarie.

In queste persone è fondamentale, inoltre, stimare il consumo di alcol tramite il calcolo delle unità alcoliche (U.A.) giornaliere e settimanali considerando l'equivalenza dei grammi di alcol assunti con i "bicchieri standard" corrispondenti e i limiti di U.A. giornaliere. È essenziale ricordare che un "bicchiere standard" contiene 1 unità alcolica (U.A.) che corrisponde a circa 12 grammi di alcol ed è presente in 330 ml di birra con 5° alcolici, in un bicchiere di vino con 12° alcolici, in 80 ml di aperitivo con 18° alcolici e in 40 ml di cocktail con 36° alcolici.

In genere, chi non conosce i principi dell'alcolologia non ha un'idea di quanto alcol può consumare al giorno senza essere definito un abusatore

o un alcolista, per cui facilmente si può avere un quadro realistico del suo stile alcolico e inquadrarlo all'interno dei limiti stabiliti dall'Istituto Superiore di Sanità dal momento che non è capace di valutare se il suo bere, di fatto, è patologico o meno.

Descriviamo, ora, come si procede nella prassi clinica.

Nel corso della prima visita, si somministra il test AUDIT ideato da un gruppo di esperti incaricati dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità)¹.

Le prime 3 domande del test costituiscono l'AUDIT-C.

Se il soggetto è di sesso maschile e ha ottenuto un punteggio uguale o superiore a 5 o la quantità di alcol assunta nel corso della settimana è di 280 grammi o più, lo si invita a terminare le 10 domande dell'AUDIT. Vale la stessa modalità se il soggetto è di sesso femminile e ha ottenuto un punteggio uguale o superiore a 4 o la quantità settimanale di alcol assunta è uguale o superiore a 140 grammi.

A questo punto, una volta calcolate le unità alcoliche giornaliere e settimanali, considerando anche il punteggio dell'AUDIT possiamo definire se il soggetto è “non a rischio”, “a rischio” oppure presenta un “bere dannoso-problematico” o ancor più si sospetta una dipendenza da alcol.

1. La persona presenta un **livello di rischio basso** quando il punteggio AUDIT è inferiore o uguale a 7, con un punteggio all'AUDIT-C inferiore a 5 nell'uomo e inferiore a 4 nella donna, con un consumo inferiore a 280 gr/sett. nell'uomo e inferiore a 140 gr/sett. nella donna.
2. La persona è **a rischio** quando il punteggio AUDIT si colloca nel range maggiore o uguale a 8 e inferiore o uguale a 15, l'AUDIT-C è maggiore o uguale a 5 nell'uomo e maggiore o uguale a 4 nella donna, inoltre il consumo di alcol si colloca nel range: maggiore o uguale a 280 gr/sett. e minore di 350 gr/sett. nell'uomo e maggiore o uguale a 140 gr/sett. e minore a 210 gr/sett. nella donna.

In generale siamo di fronte a un “bere a rischio” se un soggetto di sesso femminile consuma più di 20 grammi di alcol/die (1-2 U.A./die), mentre se è un maschio il limite da non superare è di 40 grammi di alcol/die (2-3 U.A./die).

3. La persona ha un consumo di alcol **dannoso-problematico** quando il punteggio AUDIT si colloca nel range maggiore o uguale a 16 e minore o uguale a 19, con un consumo alcolico maggiore o uguale a 350 gr/sett. nell'uomo e maggiore o uguale a 210 gr/sett. nella donna.

1. Cfr. T.F. Babor, J.C. Higgins-Biddle, J.B. Saunders, M.G. Monteiro, *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): guidelines for use in primary care*, seconda edizione, WHO, Ginevra 2001.

4. La persona ha una **dipendenza da alcol** quando il punteggio dell'AUDIT è maggiore o uguale a 20.

Un'ulteriore riflessione.

La persona che non ammette l'abuso alcolico è in grado, comunque, di camuffare i dati delle unità alcoliche e le risposte alle domande dell'AUDIT. È fondamentale, quindi, al sospetto, effettuare anche l'esame ematochimico per rilevare se sono presenti indicatori alcol-sensibili con un valore superiore al range della normalità.

L'alterazione degli indicatori ematici alcol-sensibili permette allo specialista di "agganciare" il soggetto relativamente all'obiettivo di non bere per normalizzare i valori risultati alterati. In ogni caso è importante enfatizzare l'informazione sul rischio di patologie alcol-correlate anche se tutti gli esami sono nel "range fisiologico", permanendo il sospetto di un "bere a rischio o problematico".

Nel caso che la persona sia d'accordo, si possono prescrivere farmaci disintossicanti con moderata azione anti-*craving* come la S-adenosilmetionina: 1 fiala i.m./die da 400 mg x 15 giorni e a seguire 1 cpr. da 400 mg x 2 volte al giorno per 1 mese che associa anche un effetto antidepressivo e la metadoxina: 1 cpr. da 500 mg x 2 volte al giorno per 10 giorni.

Di fatto, questi individui non risultano né consapevoli del danno alcol-correlato né motivati a cambiare il loro stile alcolico. Secondo il "modello degli stadi del cambiamento"^{2,3} (vedi Fig. 1) risultano ancora nella fase della *precontemplazione*: "non concepiscono nessun tipo di cambiamento né cercano aiuto"!

Per meglio definire a quale "stadio del cambiamento" si trova la persona in esame si può somministrare il questionario **MAC2-A**⁴.

Il questionario, composto da 36 domande, indica il livello di "disponibilità che la persona ha di essere aiutata", il suo grado di "autoefficacia" cioè la fiducia che ha nelle proprie capacità di farcela a cambiare e la "frattura interiore", ovvero la percezione dolorosa delle contraddizioni tra la situazione reale che vive e ciò che vorrebbe essere.

Nella pratica clinica conoscere lo "stadio del cambiamento" e le risorse di cui il soggetto dispone per intraprendere un percorso riabilitativo, permettono di definire quale trattamento sia più adeguato in relazione alla condizione psicologica che il soggetto presenta in quel momento.

2. Cfr. J. Prochaska, C. DiClemente, "Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change", *Psychotherapy, theory, research and practice*, 1982.

3. Cfr. J. Prochaska, C. DiClemente, "Toward a comprehensive transtheoretical model of change", in W. Miller W., N. Heather (eds.), *Treating Addictive Behaviours*, Plenum Press, New York 1998.

4. Cfr. V. Spiller, V. Zavan., G.P. Guelfi, "Assessing motivation for change in subjects with alcohol problems: the MAC2-A questionnaire", *Alcohol Alcoholism*, 2006.