

Esperienze di clinica alcolologica

A. Falvo*, E. Battaglia*, R. Gallo*, F. Genco*, A. Rizzo**, M. Notaro**, R. Macrina**,
P. Lucchino***, A. Saladino****, M. Cevola****, A. Renda*****, G. Audino°

Introduzione

La UE ha il più alto consumo di alcol al mondo (1-4) e rappresenta la terza causa di morte prematura dopo l'ipertensione e il tabacco (5,6).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha precisato che l'uso dannoso dell'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute della popolazione a livello mondiale.

Il Ministero della Salute nel 2022 riporta che l'alcol è considerato il quinto fattore di rischio per il Global Burden of Disease nella UE e che nel 2016 le morti alcol-correlate hanno raggiunto il 5.5%, per un totale di 291.100 persone, in gran parte per patologie oncologiche (29% dei decessi) (7).

A questo si aggiunge il carico da addebitare all'alcol, in maniera diretta o indiretta per oltre 200 delle malattie e condizioni riportate dall'ICD-10.

La stima è che il 5,1% del carico di malattia e lesioni a livello mondiale sia attribuibile al consumo di alcol (dati 2016), equivalente a 132,6 milioni di anni persi per invalidità (Daily Adjusted Life Years, DALY) (3).

Oltre alle malattie croniche non trasmissibili, citate sopra, l'altra grande area di danni dovuti all'alcol riguarda le lesioni intenzionali e non intenzionali; ci si riferisce agli incidenti stradali dovuti all'assunzione di alcol, compreso l'omicidio stradale, le *overdose* alcoliche, gli atti di violenza dovuti all'alcol e, spesso, all'assunzione concomitante di altre sostanze psicoattive (poliassuntori) (8).

Nel panorama UE, l'Italia è stata particolarmente virtuosa negli anni 2002-2018 riuscendo a diminuire del 25% i consumi di alcol pro-capite (9), miglior risultato europeo.

Probabilmente questo effetto è stato innescato da un cambio di prospettiva nella narrazione dell'uso di alcol che dall'essere parte integrante dell'alimentazione italiana, capace di mediare anche dei benefici, oggi viene riportato come dannoso per la salute, realizzandosi quindi un cambiamento culturale, e

quindi comunicativo, anche in ambito medico, in gran parte conseguente all'affermazione del WHO's Agency for Research of Cancer, che ha riportato nel 2014 come l'unica vera prevenzione dei tumori alcol-correlati sia rappresentata dall'astensione completa dal bere (10).

Come ribadito dal Rapporto ISTISAN 24/3 "L'alcol è una bevanda cancerogena in grado di causare dipendenza" (1).

Inoltre, considerato che il rischio di malattia correla con l'aumento della quantità d'alcol consumata, se anche vengano riportate in letteratura associazioni protettive riguardo l'uso occasionale di alcol per le malattie coronariche, l'ictus ischemico e il diabete, sempre per l'OMS "gli effetti dannosi del consumo di alcol sulla salute sono ancora predominanti" (11,12).

Sebbene abbiamo visto, l'Italia sia stata la prima regione europea a raggiungere l'obiettivo stabilito di riduzione del consumo pro capite del 25%, negli ultimi anni il trend del consumo medio pro-capite è in ascesa, avvicinandosi ai livelli del 2008, con l'effetto di annullare le riduzioni dell'ultimo decennio (1).

Negli ultimi anni la vera emergenza sanitaria in termini di uso di alcol è rappresentata da 3 fenomeni in crescita.

La prima emergenza riguarda il cambiamento di abitudine di bere a digiuno piuttosto che ai pasti, e il fenomeno del *binge drinking*, ossia il consumo episodico eccessivo.

La seconda emergenza concerne, invece, il consumo a rischio.

Secondo l'ISS sono da considerarsi consumatori a rischio tutti i minori di 18 anni che hanno bevuto anche solo una bevanda alcolica, i giovani over 18 che hanno consumato più di 2 UA al giorno, gli anziani over 65 che hanno consumato più di 1 UA e, infine, tutte le persone che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno (7).

La terza emergenza è il Disturbo da Uso di alcol, ultima più grave categoria di modalità di consumo che causa danno fisico, psichico, relazionale e sociale.

Il DUA fa parte della più grande categoria dei Disturbi correlati a sostanze e di Addiction del DSM 5-TR (13) o dei Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol secondo l'ICD 10.

Il fenomeno è in gran parte sommerso, con scarso accesso ai servizi per le dipendenze e risulta inefficace

* Dirigente medico Ser.D. di Catanzaro.

** Dirigente psicologo Ser.D. di Catanzaro.

*** Coordinatore infermieristico Ser.D. di Catanzaro.

**** Infermiere Professionale Ser.D. di Catanzaro.

***** Assistente sociale Ser.D. di Catanzaro.

° Direttore f.f. s.c. Ser.D. di Catanzaro.

spesso la risposta che questi sono in grado di agire; mutuando il prof. Silvio Garattini, in un'espressione riferita al ricorso alle terapie psicologiche per ansia e depressione e che riteniamo utile anche per il nostro ambito d'intervento, lo scarso impatto sulla popolazione generale sarebbe dovuto "oltre che alla scarsa offerta di risposta anche alla scarsa domanda".

Non volendo entrare nel merito di come implementare la domanda, si propone una disamina dell'offerta terrioriale di trattamento delle problematiche correlate all'uso di alcol, maturata nell'anno 2024 nelle S.S. dei Ser.D. di Soverato e Lamezia Terme, facenti parte della S.C. del Ser.D. di Catanzaro.

Esperienza nella clinica alcologica delle S.S. di Soverato e Lamezia Terme (nell'ambito della S.C. del Ser.D. di Catanzaro)

Abbiamo voluto riportare in questo contributo, l'esperienza nella clinica alcologica per il 2024 di due strutture semplici, che svolgono in maniera differente l'approccio al paziente con problematiche correlate all'uso di alcol.

Il Ser.D. di Soverato presenta una memoria storica diversa, è più conosciuto sul territorio di afferenza ed ha una realtà maggiormente strutturata.

L'attuale Ser.D. di Lamezia per organico e composizione, si trova in una fase di riorganizzazione e presenta quindi una realtà per certi versi differente.

Entrambi i servizi offrono nell'immediato del primo accesso adeguata accoglienza ed inquadramento diagnostico attraverso anamnesi medica e tossicologica, esame obiettivo generale ed orientato, emocromo ed esami ematochimici di routine, valutazione virologica (per HCV, HBV, HIV 1 e 2), dosaggio della transferina desializzata su campioni ematici, esami tossicologici urinari seriati all'inizio e nel corso del trattamento.

L'approccio è multidisciplinare, integrato, e laddove possibile, teso ad una presa in carico immediata.

Presso il Ser.D. di Soverato, all'inizio del trattamento viene effettuato wash-out recettoriale attraverso fleboclisi con glutazione, tiamina per un periodo che va dai 2 ai 3 giorni con la sola sospensione notturna, presso un ambulatorio dedicato all'interno del servizio stesso, sotto controllo medico.

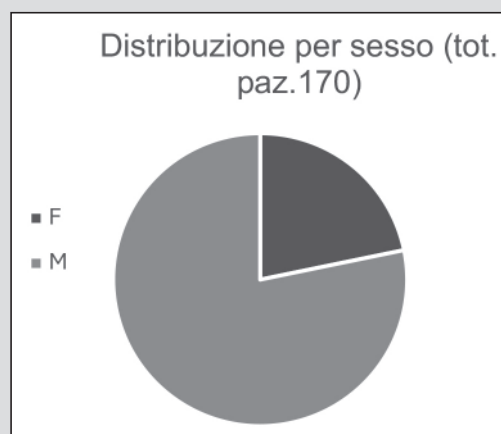
Nel corso del wash out recettoriale, viene poi iniziata terapia con GHB, con graduale titolazione.

Nel corso di questa procedura il paziente è accompagnato da un familiare; questa procedura solleva il paziente dal rischio di astinenza e favorisce l'alleanza terapeutica tra il paziente, il caregiver e il personale.

Presso il Ser.D. di Lamezia, a causa di limiti di organico e strutturali, la presa in carico globale del paziente considera la messa in atto di trattamenti con GHB già dai primi ingressi, con graduale titolazione, senza passare attraverso la procedura di wash-out recettoriale ma considerando da subito il coinvolgimento di un familiare specie per le pratiche di affido del farmaco e per facilitare l'alleanza terapeutica.

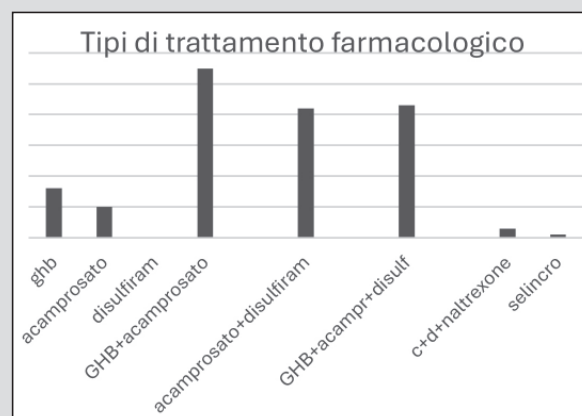
Nei due servizi sono afferiti nel 2024, 170 pazienti, con un'età media di 49,93 anni, di cui 37 femmine (21% del totale) e 133 maschi (79% del totale), come visualizzabile in Figura 1.

Fig. 1 - Distribuzione per sesso pazienti 2024



Del totale dei pazienti presi in carico, sedici sono stati trattati solo con GHB, dieci solo con acamprosato, nessuno solo con terapia antagonista, cinquantacinque hanno ricevuto trattamento prima con GHB seguito da 6-12 mesi di acamprosato, quarantadue hanno assunto acamprosato e disulfiram, quarantatre hanno assunto GHB, poi acamprosato e disulfiram a mantenimento; nel Ser.D. di Soverato, inoltre un paziente è stato trattato con nalmefene, ed altri tre hanno ricevuto trattamento combinato con acamprosato, disulfiram e naltrexone (Figura 2).

Fig. 2 - Tipi di trattamento farmacologico



Accanto alla terapia farmacologica, tutti i pazienti hanno ricevuto supporto psicologico, individuale o di gruppo.

I tempi medi di assunzione del GHB sono stati di circa due mesi, con una media di un mese presso il Ser.D. di Soverato e tempi più lunghi nei trattamenti seguiti presso il servizio di Lamezia Terme; qui è stato valutato il craving in corso di trattamento attraverso lo strumento della scala VAS per il craving-intensità, motivando tempi medi più lunghi di trattamento.

I tempi di trattamento con GHB sono da riferirsi a complessivi delle fasi di titolazione, mantenimento e décalage. nei pazienti non responders talvolta si opta per il frazionamento del dosaggio giornaliero (14).

Conclusioni

Dalla nostra esperienza clinica, emerge che l'uso di GHB, in associazione ad acamprosato nei modi e tempi congrui, a terapia antagonista e ad adeguato supporto psicologico, consente la migliore riuscita in termini di riduzione del danno, di continuità all'accesso al servizio e di mantenimento della condotta astinenziale da alcol.

Buoni risultati si ottengono con acamprosato associato a supporto psicologico specie in pazienti che utilizzano alcol e cocaina.

L'uso di GHB nella disassuefazione da alcol risulta una pratica ormai consolidata.

L'intervento precoce farmacologico con sodio oxibato consente di agganciare il paziente al servizio, in quanto questi immediatamente, sentendosi sollevato dai sintomi astinenziali, trae beneficio dal trattamento, acquista fiducia nella possibilità di stare meglio e nel servizio stesso.

Il controllo della sintomatologia astinenziale fin dalle prime fasi consente altresì di lavorare precocemente attraverso il supporto psicologico e rinfranca anche i familiari, da tempo gravati dalle conseguenze del disturbo da uso di alcol del proprio congiunto.

Criticità sono state riscontrate nel trattare con GHB i pazienti con doppia diagnosi accertata, nei pazienti poliabusatori, principalmente usatori di cocaina insieme all'alcol e pazienti senza fissa dimora o extracomunitari senza adeguata rete di supporto.

Questi pazienti sono in genere trattati con acamprosato, sebbene i risultati non siano sempre incoraggianti, data anche la difficoltà in queste categorie di effettuare una buona terapia psicologica di supporto al farmaco (come peraltro indicato in scheda tecnica quale elemento imprescindibile).

La sempre più crescente domanda che si sta riscontrando in queste categorie, rappresenta una ulteriore

sfida nel fronteggiare la criticità di un fenomeno sempre più in espansione.

Riferimenti bibliografici

1. Istisan R., Scafato E., Ghirini S., Gandin C., Matone A., Manno V. (2024). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute e de IPiano Nazionale della Prevenzione Rapporto 2024*. Published online 2024.
2. WHO TEAM (2019). *Status Report on Alcohol Consumption, Harm and Policy Responses in 30 European Countries 2019 Data Sources and Methods*. -- www.euro.who.int/pubrequest.
3. WHO TEAM (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Published online 2018.
4. DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA (2001). *Ministero Della Salute "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati"*.
5. *Ministero Della Salute*, 2020.
6. WHO TEAM (2010). *Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*. World Health Organization.
7. Gruppo Redazionale per il Tavolo Tecnico di lavoro sull'Alcol (2022). *LIBRO BIANCO "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana"*. Published online 2022.
8. Presidenza del Consiglio dei Ministri DPA (2022). *Relazione Annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia*.
9. Scafato E. (2005). A country-based strategy for the implementation and integration of early detection and brief intervention in the daily activities of GPs in Italy. PHEPA (Primary Heal Care Eur Proj Alcohol) Integr Heal Promot Interv Hazard harmful alcohol Consum intoPrim Heal care Prof Dly Work Annex IV Ctry Strateg. Published online: 191-222.
10. Broholm K., Montonen M., Mäkelä P. *et al.* (2016). *Good Practice Principles for Low Risk Drinking Guidelines*. <http://urn.fi/>.
11. Ng M., Fleming T., Robinson M. *et al.* (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384(9945): 766-781. Doi: 10.1016/S0140-6736(14)60460-8.
12. Shield K.D., Parry C., Rehm J. (2013). Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res.*, 35(2): 155-173.
13. American Psychiatric Association (2015). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – Quinta Edizione. DSM-5*. Tr. it., Raffaello Cortina.
14. Addolorato G., Cibirin M., Caputo F., Capristo E., Gessa G.L., Stefanini G.F., Gasbarrini (1998). Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcoholism: dosage fractioning utility in non-responder alcoholic patients. *G. Drug Alcohol Depend.*, Dec 1, 53(1): 7-10. Doi: 10.1016/s0376-8716(98)00094-5.