

I medici di base e i problemi alcolcorrelati (PAC)

Adriano Schiavi*

Riassunto

Viene riportata una ricerca condotta su un campione di Medici di Base, che aveva lo scopo di valutare i loro atteggiamenti e le loro conoscenze in merito ai problemi alcolcorrelati (pac).

Parole chiave: Medico di base, Assunzione di alcol, Problemi alcolcorrelati

Abstract

General practitioners and alcohol-related problems

This research, conducted on a sample of general practitioners, aimed at evaluating their knowledge of and attitudes towards alcohol-related problems.

Keywords: General practitioners, Alcohol addiction, Alcohol-related problems

Premessa

Dal suo nascere, nel 1990, il Servizio di Alcologia di Leno (BS) ha ravvisato la necessità di operare per la costruzione di reti territoriali che rendessero massimamente proficui gli interventi in Alcologia (Schiavi, 1997).

Questa convinzione si è rafforzata grazie all'esperienza, nostra e condivisa da chiunque si occupi di addiction, che questi comportamenti presentano molte recidive anche dopo programmi molto prolungati nel tempo, e che la maggiore efficacia si ha con programmi strutturati in modo da "accompagnare" la persona con pac e la sua famiglia per un tempo indefinito, tentando anche di produrre in loro e nella loro comunità locale dei mutamenti culturali e comportamentali che supportino il nuovo stile di vita (Hudolin, 1991).

Questi obiettivi ci sono parsi raggiungibili attraverso la costituzione di reti territoriali di cui i Medici di Base sono nodi fondamentali, poichè in virtù delle loro competenze sono gli operatori sanitari più a contatto con la popolazione e possono essere i primi a diagnosticare precocemente una situazione di rischio alcolcorrelato o di danno già in atto, contribuendo alla riduzione delle patologie e dei ricoveri ospedalieri (Schiavi et al., 1999; Noventa, 1992; Zorzi, 1995).

Si è pensato di valutare i loro atteggiamenti e i loro bi-

sogni formativi in alcologia per, eventualmente, proporre loro un aggiornamento sulle problematiche e le patologie alcolcorrelate.

Come campione rappresentativo si sono scelti i Medici di Base di due distretti sociosanitari della nostra USSL, utilizzando come strumento un'intervista semistrutturata effettuata da due psicologhe che stavano svolgendo il loro tirocinio post lauream presso il Servizio (1).

Quattordici medici sui venti contattati hanno accettato l'intervista, che è durata mediamente 60-70 minuti e consisteva di 76 items raggruppati in quattro parti:

1. anagrafica sul medico e sulle caratteristiche dell'utenza;
2. formazione ricevuta e percezione del proprio ruolo;
3. conoscenze alcolologiche e aspettative rispetto agli interventi;
4. abitudini di vita del medico.

1. Parte anagrafica e caratteristiche dell'utenza

I 14 medici intervistati sono dodici maschi e due femmine, con età media di 44 anni e 4 mesi e con una gamma che va dai 33 ai 63 anni; dodici sono coniugati (tra cui un vedovo) e due celibi. Dei coniugati, nove hanno figli e tre no.

* Psicologo Psicoterapeuta Ser.T. e Alcologia, Leno (BS). Corrispondenza: Via Massarotti 59, 26100 Cremona, tel. 030/9037227.

Si sono laureati mediamente a 26 anni di età e hanno atteso circa 2 anni e 8 mesi dalla laurea prima di iniziare l'attività di medico di base (con una gamma da 1 a 5 anni).

In riferimento all'utenza, i tre medici più anziani vanno oltre il massimale di assistiti (e non svolgono attività privata), 5 medici raggiungono il massimale e gli altri hanno tra i mille e i 1500 assistiti; nonostante la figura del pediatra di base sia molto rara nella nostra zona, tutti i medici dichiarano di avere pochissimi pazienti minori di età.

Al medico di base si rivolgono di preferenza le donne, avanzando richiesta di intervento non solo per sé ma anche per i mariti.

Il 67% delle richieste sono di ordine strettamente sanitario, mentre il restante 33% è costituito da richieste di intervento per manifestazioni psicosomatiche o sono relative ad un disagio psicologico individuale (ansia e/o depressione), familiare o sociale.

Tutti i medici indicano, a fianco delle richieste esplicitate dai pazienti, tutta una serie di richieste e di bisogni non esplicitati ma comunque presenti. Le motivazioni che riportano per spiegare ciò vanno dalla sottovalutazione o mancata percezione dei sintomi da parte dei pazienti alla loro mancata denuncia per una sorta di timidezza, vergogna, scarsa confidenza col medico, o incapacità degli assistiti a collegare il disagio psicologico ed esistenziale con la manifestazione somatica.

2. Formazione ricevuta e percezione del proprio ruolo

Sette (50% del campione) hanno almeno una specialità (le più disparate, dalla pediatria alla psichiatria, dalla medicina interna alla medicina del lavoro) e otto svolgono anche attività specialistica libero professionale, generalmente attinente alla specialità posseduta.

Per quanto concerne le problematiche e le patologie alcolcorrelate, un solo medico ha avuto qualche tipo di formazione (corso di aggiornamento dell'USSL), mentre gli altri tredici non hanno avuto alcuna formazione.

I motivi di ciò sono da ricercarsi nel fatto che non sono state offerte loro occasioni specifiche di aggiornamento; uno di loro dice anche di non essere interessato alla problematica.

Sei medici ritengono comunque buona la loro preparazione alcolologica, mentre otto la ritengono scarsa o scarsissima.

Dieci medici sentono l'esigenza di approfondimenti in alcolologia, in particolare vorrebbero che venissero trattate le problematiche relative a come affrontare le dipendenze, a come motivare le persone ad un programma di disintossicazione/riabilitazione, come diagnosticare precocemente, ecc.

Due medici non sono interessati ad alcun tipo di aggiornamento in alcolologia e altri due non rispondono.

Per quanto riguarda il proprio ruolo professionale, sette medici su quattordici si sentono "Medico di famiglia" per-

ché questa dicitura esprime una intenzionale umanizzazione del loro essere medico e dei loro atti tecnici e la consapevolezza che la cura dell'assistito non può essere acontestualizzata dal suo ambiente; inoltre c'è l'abitudine ad avere in carico interi nuclei familiari. Degli altri sette medici, tre si sentono "Medico di medicina generale", sottolineando con questo che si interessano della totalità dei problemi sanitari, e gli altri quattro ritengono di applicare a sé entrambe le etichette, condensando le motivazioni già riportate.

Il termine "Medico di base" non sembra gradito o ritenuto significativo.

Quattro medici esprimono interesse solo per le problematiche somatiche, mentre gli altri dieci sembrano avere un approccio più olistico alle problematiche dei loro assistiti.

Tutti quanti ritengono loro compito occuparsi anche degli aspetti preventivi, non solo di quelli terapeutici; tuttavia solo il 20% riesce a farlo. Tra i motivi, l'organizzazione del lavoro (poco tempo e scarse collaborazioni) e la mancanza di capacità personali.

3. Conoscenze alcolologiche e aspettative rispetto agli interventi

In rapporto all'alcol:

- l'85% dei medici lo ritiene positivo se assunto con moderazione e dannoso solo in quantità elevate, mentre il 15% lo ritiene sempre dannoso;

- nonostante pongano apparentemente il limite tra effetti positivi e danno in relazione alla quantità, in realtà il campione accetta il bere durante i pasti in funzione di "complemento alimentare", mentre è guardata con sospetto l'assunzione di bevande alcoliche al di fuori dei pasti, indipendentemente dalla quantità;

- per i medici che bevono più o meno abitualmente, la quantità giudicata accettabile è quella che il medico stesso utilizza;

- l'assunzione di alcol sembra diventare un rischio quando:

a) si supera il limite soglia (stabilito soggettivamente dal medico, con un range molto ampio che va dai 150 ai 1000 cc.),

b) si beve al di fuori dei pasti,

c) sono presenti situazioni di disagio o di sofferenza psicosociale,

d) sono presenti problemi fisici che sconsigliano l'uso di alcol.

Tutti i medici sottolineano la multifattorialità dei pac, ma poi - in concreto - solo la metà di essi li vede in termini di problematica psicofisica e sociale: l'altra metà, sul piano operativo, si centra solo sugli aspetti di patologia somatica.

In merito al termine PAC, esso è pochissimo conosciuto e usato dai medici intervistati, benché ormai da anni utilizzato nei documenti ufficiali della Regione Lombardia.

Tutti i medici rilevano, nella loro pratica ambulatoriale,

la presenza di problemi alcol-correlati, anche se li sottostimano.

I pac sono rilevati essenzialmente nei maschi in età adulta; nei più anziani sono poco rilevati o perchè messi in secondo piano rispetto ad altre patologie o perchè i pazienti sono istituzionalizzati e quindi non più in carico al medico di base.

La collaborazione dei familiari è auspicata da tutti i medici, anche perchè spesso si coglie la reticenza o negazione del problema da parte della sfera familiare; in un caso c'è il dichiarato timore, da parte del medico, che un proprio intervento possa far sorgere la sensazione di intrusione nella privacy della famiglia.

Quasi tutti i medici affermano di avere ricevuto la segnalazione del caso da parte dei familiari, facendo così registrare un'incongruenza con quanto affermato in precedenza. Forse la spiegazione di ciò potrebbe essere che le segnalazioni da parte dei familiari arrivano solo in situazioni di emergenza e di crisi e in casi tanto evidenti da non poter essere ulteriormente nascosti, per cui la segnalazione non ha alcuna utilità diagnostica.

Tutti individuano in tratti comportamentali (aggressività, incongruenze e inadeguatezze, difficoltà relazionali) parte dei segni che permettono di riconoscere anticipatamente i pac, rimandando comunque ad un'auspicabile maggiore conoscenza delle dinamiche familiari.

Tra le difficoltà riscontrate a proporre un intervento viene sottolineato il fatto che, mentre la totalità dei familiari che dichiara la presenza di pac in famiglia chiede che l'alcolista venga aiutato a smettere di bere, solo il 20% degli alcolisti chiede la stessa cosa, mentre l'80% vuole solo un aiuto per risolvere le patologie fisiche alcolcorrelate.

Oltre a ciò, secondo gli intervistati è difficile affrontare questo problema perchè è molto complesso e richiede che loro vi dedichino parecchio tempo, che ritengono di non avere poichè di solito sono oppressi dalla eccessiva burocratizzazione del lavoro e perchè mancano collaborazioni interprofessionali indispensabili per la multifattorialità della problematica.

Anche la mancanza di risultati apprezzabili risulta essere fra gli elementi di difficoltà, perchè fa diminuire la motivazione del medico ad occuparsi dei pac.

Tra le alternative terapeutiche, ai propri assistiti i medici propongono l'astinenza (il 20% dei medici) o l'invio a gruppi di autoaiuto o a strutture specifiche: solo un medico su tre ritiene che questi suggerimenti vengano poi realmente seguiti, mentre i due terzi dei medici ritiene che le proposte avanzate non vengano mai o quasi mai accolte.

Tutti concordano che la difficoltà di risoluzione dei pac è dovuta a:

- a) la natura di dipendenza dei pac, che rende poco agevole il cambiamento;
- b) al senso di impotenza e di fatalismo che spesso hanno gli alcolisti;
- c) al bere come unica possibilità di gratificazione;
- d) scarse risorse terapeutiche che si possono mettere in campo.

4. Abitudini di vita del medico

Per quanto riguarda le abitudini di vita (Wallace, 1994) dei medici intervistati, ci siamo limitati a chiedere le loro abitudini in relazione al fumo, all'uso di alcol, all'attività fisica e all'alimentazione, chiedendo infine se ritenevano che il loro stile di vita potesse in qualche modo influenzare i loro assistiti.

Tranne che in riferimento al fumo abbiamo avuto delle risposte abbastanza distribuite.

Uno solo dei 14 medici intervistati dichiara di fumare dalle 8 alle 10 sigarette al dì; 10 non fumano e tre hanno smesso da tempo.

In rapporto all'assunzione di bevande alcoliche i comportamenti sono così descritti: 4 medici non bevono mai, 4 lo fanno solo a pasto ed altri sei bevono a pasto ma non abitualmente, bensì in occasioni particolari: cene, feste, ecc.

Anche l'abitudine all'attività fisica è abbastanza distribuita: tre non ne fanno mai, sei dichiarano di farne ma troppo poco rispetto all'ottimale, cinque ne fanno regolarmente. È curioso notare che tra questi cinque ci sono i medici più anziani.

Sembra presente una certa attenzione anche all'alimentazione, anche se tra i professionisti della salute ci saremmo forse aspettati qualcosa di più: nove medici dicono di stare attenti a ciò che mangiano, mentre gli altri cinque sembrano lasciarsi guidare più dal palato che dalle cognizioni professionali.

Le proporzioni si invertono, infine, relativamente a come ritengono influenzabili i loro assistiti: mentre cinque pensano che i pazienti possano essere influenzati dai loro comportamenti di autotutela della salute, gli altri nove non ritengono che i loro comportamenti possano incidere sui comportamenti dei pazienti.

Conclusioni

Pur nell'esiguità del campione intervistato, alcuni dati sembrano interessanti.

Al di là delle differenze che ci si poteva naturalmente aspettare, si è evidenziata una certa concordanza tra i medici intervistati in rapporto soprattutto al modo di percepire il proprio ruolo e il proprio operare. In più occasioni è emersa una sorta di impotente frustrazione del medico che si sente non più al servizio della persona ma obbligato ad una forte burocratizzazione del suo agire, che gli toglie tempo utile e prezioso per interagire adeguatamente col paziente. Anche la sensazione di isolamento, di mancanza di collaborazioni intra e interprofessionali si è fatta molto sentire: il medico di famiglia si vede limitato nel suo intervento anche dalla impossibilità di uno scambio con colleghi della stessa e di altre professionalità, e in questo modo sente di non poter adeguatamente rispondere ai bisogni dei suoi assistiti.

In merito alla problematiche alcolologiche specifiche so-

no emersi alcuni punti e alcuni nodi critici abbastanza condivisi da tutti i medici intervistati:

- consapevolezza di un rapporto stretto alcol/problemi familiari e necessità di intervenire;
- tendenza a concentrarsi soprattutto sulle patologie d'organo più che sulle problematiche, pur nella consapevolezza che i problemi alcolcorrelati sono multicausati;
- presenza di un'immagine stereotipata dell'alcolista come di colui che
 - a) tende a negare il problema,
 - b) ne sottostima la gravità,
 - c) non abbandona l'uso perchè l'alcol è una "autocura" e non è quindi motivato a smettere,
 - d) proietta sugli altri le proprie responsabilità e delega le soluzioni;
- consapevolezza che sono problemi altamente impegnativi sia dal punto di vista operativo (richiede molto tempo e molto lavoro) che emotivo (problematiche psicologiche e sociali coinvolgenti, poche gratificazioni);
- diffusa demotivazione perchè ci sono apparentemente pochi risultati utili;
- visione un po' "datata" dell'alcol e dei pac, con una differenziazione tra accettabilità e danno legata alla quantità assunta (stabilita soggettivamente dal medico con un'ampia variabilità tra gli intervistati) e alle occasioni di assunzione ("buona" ai pasti, "cattiva" al di fuori di essi);
- scarsità di occasioni di formazione e aggiornamento, che determinano in parte una sensazione di inadeguatezza ad affrontare il problema.

Due altri fatti, inoltre, sembrano di particolare rilevanza:

- centrando l'attenzione sulle patologie d'organo necessariamente si tende ad intervenire quando il problema alcolcorrelato è presente da tempo ed ha assunto una certa gravità, sia dal punto di vista medico che sul versante relazionale e della qualità della vita familiare;
- ritenendo che il proprio stile di vita non incida sui comportamenti dei pazienti, i medici di famiglia rinunciano ad un compito che dovrebbe essere per loro prioritario, cioè favorire la protezione e la promozione del livello di

salute dei propri assistiti, perchè è ovvio che risulterà quanto meno non credibile un medico che stimola comportamenti che lui stesso non adotta.

In considerazione di ciò, ci sembra importante ipotizzare dei momenti di formazione e aggiornamento in alcologia per i medici del territorio, cosa del resto richiesta abbastanza esplicitamente dal campione intervistato.

Sarebbe però anche estremamente importante riuscire ad approfondire ulteriormente il senso di disagio e di malessere legato alle modalità con le quali si svolge il lavoro del medico territoriale (malessere dichiarato ma al quale i professionisti non sembrano per ora in grado di trovare soluzioni), visto il ruolo primario e insostituibile per la salute pubblica rivestito dai medici di base.

Nota

- (1) Le due tirocinanti che hanno effettuato le interviste sono le Dr.sse Daniela Bonfadelli e Roberta Anselmi.

Bibliografia

- 1) Schiavi A. (1997): Nascita e sviluppo dei programmi per i problemi alcolcorrelati e complessi nel bresciano. Pagg 49-59 In: Merigo G., Schiavi A., Cecchi S., Monesi G.: "Ricominciare insieme. I programmi alcologici nel bresciano". Brescia, ed. Ce.A.Bs. Centro Alcologico Bresciano
- 2) Hudolin V. (1991): Manuale di Alcologia. Trento ed. Erickson
- 3) Schiavi A., Cecchi S., Monesi G. (1999): Indagine sulle abitudini di vita dei ricoverati. *Alcolismi & Comunità*, 1, pagg.29-34
- 4) Noventa A., Meroli M. (1992): Felice di non bere. La prevenzione nell'ambulatorio del Medico di medicina generale. Bergamo ed. USL 29
- 5) Zorzi C. (1995): Alcol e problemi alcolcorrelati. Una guida per il medico di famiglia. Trento ed. CSDPA
- 6) Wallace P. (1994): Promozione della salute nella comunità locale e problemi alcolcorrelati: il ruolo della Primary Health Care. Atti Convegno "Promozione della salute e problemi alcolcorrelati" Bergamo, 26 febbraio 1994