

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

**PERCORSO
DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE
DEL PAZIENTE CON DISTURBI ALCOLOGICI**



La grande onda di Kanagawa

(神奈川沖浪裏 *Kanagawa oki nami ura*) Katsushika Hokusai – 1930/1931

Dicembre 2016

Direzione Sociosanitaria
Direttore Dr.ssa Annamaria Indelicato

Composizione Gruppo di Lavoro

COMPONENTI ATS

Dott.ssa Maria Angela Abrami

Area Dipendenze

Dott. Paolo Zampiceni

Osservatorio – Area Dipendenze

COMPONENTI ALTRI ENTI

Prof. Antonio Vita

ASST Spedali Civili di Brescia

Dott. Fabio Roda

ASST Spedali Civili di Brescia

Dott. Marco Stilo

ASST Spedali Civili di Brescia

Dr.ssa Luigina Scaglia

Fondazione Richiedei – Presidio di Palazzolo S/O

INDICE

Premessa	Pag 4
Finalità del PDTA	Pag 4
Impatto del consumo dannoso di alcol sulla salute e il benessere	Pag 5
Sezione epidemiologica - diffusione del consumo e aspetti previsionali	Pag 6
Dati locali dei Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze	Pag 7
Sistema dell'offerta sul territorio di ATS Brescia	Pag 7
Rete integrata dei servizi per l'alcolologia	Pag 8
Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale	Pag 11
Inquadramento diagnostico	Pag 11
Ruolo dei Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze	Pag 12
Processo di presa in carico	Pag 12
Valutazione Multidimensionale del Bisogno	Pag 13
Principali prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione	Pag 15
Esami di laboratorio	Pag 16
Trattamento farmacologico	Pag 16
Attività dei Servizi Specialistici Ambulatoriali su invii in assenza di domanda di cura	Pag 19
Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)	Pag 20
Ruolo dei Presidi Ospedalieri	Pag 23
Ruolo del Dipartimento di Salute Mentale (DSM)	Pag 25
Ruolo della Riabilitazione Alcolologica	Pag 26
Principi guida della Riabilitazione Alcolologica	Pag 27
Ruolo dei Gruppi di Auto Aiuto	Pag 28
Sistema informativo delle dipendenze - Indicatori	Pag 29
Modalità di diffusione ed attuazione del PDTA	Pag 31
Bibliografia	Pag 32

PREMESSA

Il presente documento rappresenta la prima stesura del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del paziente con disturbi alcolici nell'ambito del territorio di ATS Brescia. Intende rispondere ai principi introdotti dalla L.R. 23/2015 di "Evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo", la quale definisce principi e percorsi che orientano l'erogazione delle funzioni di sistema rivolte non più solo alla cura, ma al "prendersi cura" della persona e della sua famiglia. L'evoluzione del Sistema Sociosanitario Regionale è incentrata sulla riorganizzazione, razionalizzazione e appropriatezza per ampliare le risposte ai bisogni che si modificano costantemente in un'ottica di sostenibilità del sistema. Per rispondere alla domanda di salute e ai bisogni della persona con Disturbi da Uso di Alcol e Patologie alcolcorrelate in una logica unitaria, è necessario integrare l'attuale separazione tra ambiti sanitari e sociosanitari, coinvolgendo molteplici discipline e figure professionali che, a vario titolo, si occupano di problemi e patologie alcolcorrelate sul territorio di ATS Brescia. Al fine di garantire la presa in carico del paziente, lungo l'intero percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, risulta necessario consolidare e valorizzare la rete alcolologica, già esistente sul territorio e operante da tempo, nell'ottica dell'integrazione per implementare risposte appropriate ad una domanda di cura complessa come quella espressa del paziente alcolico. Il PDTA intende rappresentare una descrizione dello stato dell'arte esistente sul territorio di ATS Brescia nell'ambito della individuazione e presa in cura delle persone con disturbi alcolici, la cui evoluzione ed applicazione prevede il coinvolgimento e la condivisione di tutti gli attori della rete.

Il presente documento viene condiviso con le ASST e, nel corso del 2017, verrà esteso agli erogatori privati.

FINALITÀ DEL PDTA

- ✓ Delineare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) condiviso dagli attori della rete, al fine di garantire interventi di qualità nel miglioramento del governo clinico rispetto ai bisogni dei pazienti e loro familiari.
- ✓ Migliorare la qualità e l'efficacia dell'approccio multidisciplinare alla persona con disturbi da uso di alcol, uso rischioso e dannoso.
- ✓ Integrare e rafforzare le partnership della rete alcolologica per un'azione concertata in termini di qualità e di efficacia.
- ✓ Affinare percorsi personalizzati e flessibili in relazione ai bisogni dei pazienti nelle varie fasi del percorso di cura e del livello di compromissione.
- ✓ Garantire uniformità di prassi, strumenti e linguaggi.
- ✓ Garantire appropriatezza, efficacia ed efficienza degli interventi.
- ✓ Monitorare il percorso Diagnostico, Terapeutico, Assistenziale.
- ✓ Implementare l'individuazione delle persone con uso rischioso e dannoso di alcol.

- ✓ Ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso e dei ricoveri non appropriati in un'ottica di razionalizzazione delle risorse.

IMPATTO DEL CONSUMO DANNOSO DI ALCOL SULLA SALUTE E IL BENESSERE

Il Piano d'Azione Europeo 2012-2020 per ridurre il consumo dannoso di alcol stabilisce che:

- ✓ l'alcol è uno dei tre problemi prioritari di salute pubblica del mondo, terza causa mondiale di malattie o morte prematura, dopo il basso peso alla nascita e il sesso non protetto e prima del tabacco. L'alcol danneggia il bevitore ma anche altre persone attraverso agiti di violenza sulle strade e violenza domestica: si stima che fino a tre persone su dieci possono avere a che fare nella loro vita con un bevitore pesante.
- ✓ I danni causati dall'alcol e i costi sociali del consumo sono notevolmente maggiori di quelli associati al fumo e all'utilizzo di droghe illegali, anche in termini di efficienza economica compromessa derivante dalla diminuzione della produttività dovuta all'alcol.
- ✓ Il rischio assoluto di morte per condizioni avverse connesse all'uso di alcol aumenta con la qualità totale di alcol consumato nel corso della vita. Per molte condizioni, tra cui i tumori correlati all'alcol, il rischio aumenta anche a bassi livelli di consumo.
- ✓ L'esposizione all'alcol durante la gravidanza può alterare lo sviluppo celebrale del feto ed è associata a deficit intellettuali che si manifestano più tardi, durante l'infanzia.
- ✓ Sul posto di lavoro il consumo dannoso e il bere pesante episodico aumentano il rischio di problemi come assenteismo, bassa produttività e comportamenti inappropriati.

A fronte di questi rilievi lo stesso documento individua cinque obiettivi prioritari:

- ✓ incrementare la consapevolezza sull'impatto e la natura dei costi sanitari sociali e sul peso economico causato dall'alcol, rafforzare e diffondere la base delle conoscenze,
- ✓ rafforzare la capacità di gestire e trattare i disturbi alcol-correlati,
- ✓ aumentare la mobilitazione delle risorse per azioni concordate,
- ✓ migliorare il monitoraggio e la tutela.

in riferimento a dieci aree di interesse:

- ✓ leadership, consapevolezza e impegno;
- ✓ risposta dei servizi sanitari;
- ✓ azione nella comunità e sui luoghi di lavoro;
- ✓ politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza;
- ✓ disponibilità dell'alcol;
- ✓ commercializzazione delle bevande alcoliche;
- ✓ politiche dei prezzi;
- ✓ ridurre le conseguenze negative dell'uso dell'alcol e dell'ubriachezza;

- ✓ ridurre l'impatto sulla salute pubblica della produzione illegale e informale di alcolici;
- ✓ monitoraggio e sorveglianza.

In particolare, per quanto riguarda la risposta dei servizi sanitari, il Piano d'Azione Europeo pone particolare attenzione al ruolo del Medico di Medicina Generale per il counseling, l'identificazione, l'intervento breve e il rinvio a servizi specialistici che, a loro volta, dovrebbero utilizzare trattamenti farmacologici e comportamentali basati sull'evidenza e offerti a tutti coloro per i quali si valuta che potrebbero trarne un beneficio. Nella gestione dei disturbi da uso di alcol, il passaggio dalla medicina generale alle cure specialistiche dovrebbe avvenire in stretta integrazione.

SEZIONE EPIDEMIOLOGICA

DIFFUSIONE DEL CONSUMO E ASPETTI PREVISIONALI

Tutte le ricerche disponibili evidenziano che il consumo di alcolici è un comportamento diffuso in tutte le classi sociali seppur con una netta polarizzazione di genere. In Lombardia nel 2015 hanno consumato alcolici il 55,7% delle donne e 78,5% dei maschi (fonte: ISTAT, report 2015). In assenza di ricerche locali, le analisi relative alla realtà locale derivano da dati estrapolati da ricerche nazionali o loro disaggregazione per aree geografiche. Complessivamente si rilevano scenari almeno apparentemente contrastanti; se infatti è stata confermata per il 2015 la tendenza in atto, in tutte le fasce di età, alla riduzione sia del numero di consumatori che dei consumi di alcolici (dati ISTAT indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" – anno 2015), la stessa ricerca evidenzia che tale riduzione è pressoché nulla nei giovani adulti (18-35 anni), in particolare maschi, con comportamenti a rischio (consumo che eccede 2 U.A. al giorno per l'uomo o 1 U.A. al giorno per la donna o *binge-drinking*). Differenze nella tipologia di consumo legate all'età riguardano l'abitudine a bere fuori pasto che risulta più frequente tra i maschi dai 18 ai 30 anni. Per quanto riguarda la prevalenza di comportamenti a rischio, nel 2015 la stima per la Lombardia riferita alla popolazione dagli 11 anni in su si attesta al 25,1% (ISTAT, 2015). Altre ricerche (es. HBSC 2014 - Health Behaviour in School- aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare - dati Lombardia) riportano comportamenti a rischio tra i giovanissimi come il "binge drinking" che interesserebbe il 12% dei maschi undicenni e il 6% delle femmine di pari età per salire nei quindicenni rispettivamente al 38% e al 31%. I dati rilevati dall'Osservatorio Territoriale sulle Dipendenze di ATS (peraltro in linea con i dati nazionali) indicano, inoltre, che non solo ci sono più consumatori di alcolici tra i maschi, ma che questi hanno anche più probabilità di sviluppare problemi alcol-correlati. Infatti, a fronte di un rapporto maschi-femmine di circa 3 a 2 tra i bevitori, tra le persone che afferiscono ai servizi si rileva un rapporto 4 a 1. Le differenze di genere sono più accentuate tra le persone più anziane. Nel complesso è possibile prevedere nel futuro prossimo che, anche a livello locale, la domanda di cura riguarderà in maniera marcata persone anziane di sesso maschile, spesso multiproblematiche e/o con altre patologie associate. Particolarmente difficile raggiungere il sottogruppo dei giovani consumatori, che rappresentano un'esigua minoranza dell'utenza dei

servizi, a cui si dovrebbe dedicare particolare attenzione attraverso azioni mirate di prevenzione e di educazione alla salute.

DATI LOCALI DEI SERVIZI SPECIALISTICI AMBULATORIALI PER LE DIPENDENZE

Nel corso del 2015 i Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze hanno seguito 1.918 persone con problematiche alcol correlate; si segnalano inoltre 1593 soggetti inviati dalla Commissione Patenti per monitoraggio e certificazione (di cui 650 già noti o presi in carico a seguito dell'invio). I dati relativi all'utenza si colloca sostanzialmente in linea con quello riscontrato nel 2014 (n. 1953). La distribuzione per fasce d'età ricalca i dati degli anni precedenti con una prevalenza dei cittadini tra i 30 e i 49 anni, seguiti da persone con 50 e oltre. Sempre esigua la presenza di giovani. Sostanzialmente stabile la distribuzione per genere con una netta prevalenza dei maschi (81%). Per quanto riguarda la condizione lavorativa il 45% dell'utenza è occupato stabilmente, mentre la quota dei disoccupati è del 31%. Il dato sull'occupazione evidenzia un peggioramento nel corso del tempo con una perdita sugli occupati di circa il 12% nell'ultimo quinquennio (nel 2010 il 57% dell'utenza risultava occupato stabilmente) verosimilmente correlata anche all'attuale congiuntura economica. Presso i servizi erogatori la domanda di cura relativa alle fasce d'età inferiori ai 20 anni è pressoché assente rappresentando meno dell'1% dell'utenza totale. Tuttavia i dati delle ricerche sollecitano una particolare attenzione rispetto al consumo di alcolici tra le giovani generazioni evidenziando una diffusione importante di condotte come l'assunzione di alcolici fuori pasto, il "binge drinking" e gli episodi di abuso/ubriacatura.

SISTEMA DELL'OFFERTA SUL TERRITORIO DI ATS BRESCIA

Nel 2015 nel territorio dell'attuale ATS di Brescia erano attivi 8 servizi ambulatoriali per le problematiche alcolcorrelate; 4 NOA - Nuclei Operativi Alcolologia pubblici e 4 SMI- Servizi Multidisciplinari Integrati del privato sociale accreditato; a seguito dei cambiamenti introdotti dalla LR. 23/2015 i 4 NOA sono stati attribuiti alle ASST con NOA Brescia e NOA Sarezzo che fanno capo alla ASST Spedali Civili di Brescia e NOA Salò, NOA Leno che fanno capo alla ASST del Garda. Nell'ASST della Franciacorta dal 2016 l'attività alcolologica viene garantita dai Servizi per le Dipendenze di Orzinuovi e Rovato. Complessivamente i poli ambulatoriali dedicati totalmente o parzialmente alle problematiche alcolcorrelate risultano essere 10.

Servizi specialistici ambulatoriali
ASST Spedali Civili di Brescia
NOA Brescia, via Gheda, 4 - tel. 030.3839942
NOA Val Trompia – Sarezzo, Piazzale Europa, 16 - tel. 030.8915260
ASST Franciacorta
Sert Rovato, via Lombardia, 31/a - tel. 030.7007245

Sert Orzinuovi, viale Marconi, 27 - tel. 030.7007646
ASST Garda
NOA Garda – Salò, via Umberto I Loc. Campoverde - tel. 0365.296780
NOA Leno, Piazza Donatori di Sangue, 1 - tel. 030.9078451
Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI)
SMI Gli Acrobati – Concesio, via Europa 110/d - tel. 030.2060130
SMI Il Mago di Oz – Bagnolo Mella, via Gramsci, 176 - tel. 030.6822136
SMI Il Mago di Oz – Ospitaletto, via Padana Superiore, 161 - tel. 030.8360856
SMI Il Mago di Oz – Rezzato, via Garibaldi, 50 - tel. 030.2590761

RETE INTEGRATA DEI SERVIZI PER L'ALCOLOGIA

A supporto ed in integrazione all'attività dei servizi ambulatoriali, nel corso degli anni si è via via strutturata una rete di unità d'offerta con cui sono stati definiti specifici protocolli di collaborazione, attualmente in uso in alcuni ambiti e servizi del territorio, che necessitano di essere rivisti, condivisi ed estesi sull'intero territorio di ATS Brescia.

ATTORI	PRINCIPALI FUNZIONI	PROTOCOLLI	MONITORAGGIO - INDICATORI
Servizi della psichiatria	Gestione di situazioni multiproblematiche che presentano patologia delle dipendenze e patologia psichica (doppia diagnosi)	Protocollo tra ex ASL di Brescia, ex Az. Ospedaliera di Brescia, Chiari, Desenzano e Servizi Sociali dei Comuni, definito nel 2007	Prevista revisione con tutti gli attori della rete
Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e della Adolescenza	Gestione di situazioni multiproblematiche che presentano patologia delle dipendenze e patologia psichica (doppia diagnosi) in minori	Protocollo tra ATS Brescia, ASST Spedali Civili di Brescia, ASST Franciacorta, ASST Garda e Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI), approvato nel 2016	Monitoraggio previsto dal protocollo; predisposta scheda specifica per la rilevazione dei casi gestiti nell'ambito del protocollo
Reparti Ospedalieri – Pronto soccorso Ambulatori	Invio di pazienti con diagnosi di abuso o dipendenza da alcol o con patologie alcolcorrelate (es. epatopatie) Attenzione specifica alle donne con problemi e/o patologie alcol correlate	Protocolli relativi ad alcuni reparti e/o pronto soccorso delle ex-Az. Ospedaliera di Desenzano e ex-Az. Ospedaliera Spedali Civili – P.O. Gardone V. Trompia	Prevista revisione con tutti gli attori della rete

ATTORI	PRINCIPALI FUNZIONI	PROTOCOLLI	MONITORAGGIO - INDICATORI
U.O.di Riabilitazione Alcolica – Fondazione Richiedei Palazzolo	Offerta di percorsi con significativa componente sanitaria in regime di ricovero in collaborazione e sulla base del progetto terapeutico definito dai servizi invianti (NOA/SERT/SMI)		Monitoraggio andamento dei casi ricoverati in riferimento al PAI del paziente
Comunità Terapeutiche	Offerta di percorsi terapeutici in regime residenziale sulla base del progetto terapeutico definito dai servizi invianti (NOA/SERT/SMI)		Monitoraggio andamento dei casi inseriti in riferimento al PAI del paziente
Associazioni/Gruppi AMA (ACAT, CAT, AA)	Supporto e accompagnamento della persona nell'ambito di percorsi di auto mutuo aiuto secondo le modalità specifiche delle diverse realtà (Hudolin, 12 passi, ecc.). Invio di partecipanti ai servizi ambulatoriali rispetto a problematiche specifiche.	Protocollo operativo ATS, ASST, Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI), Associazioni aggiornato nel 2016	Monitoraggio previsto dal protocollo; n. casi inviati alle associazioni (sez. Trattamenti in MFP), n. casi inviati dalle associazioni (registrazione Canale di invio in MFP)
Medici di Medicina Generale	Individuazione dei pazienti con uso dannoso/rischioso di alcol (formazione protocollo IPIB) Invio ai servizi ambulatoriali		n. casi inviati da MMG (registrazione Canale di invio in MFP)

Altri attori con cui sono previste collaborazioni su situazioni specifiche:

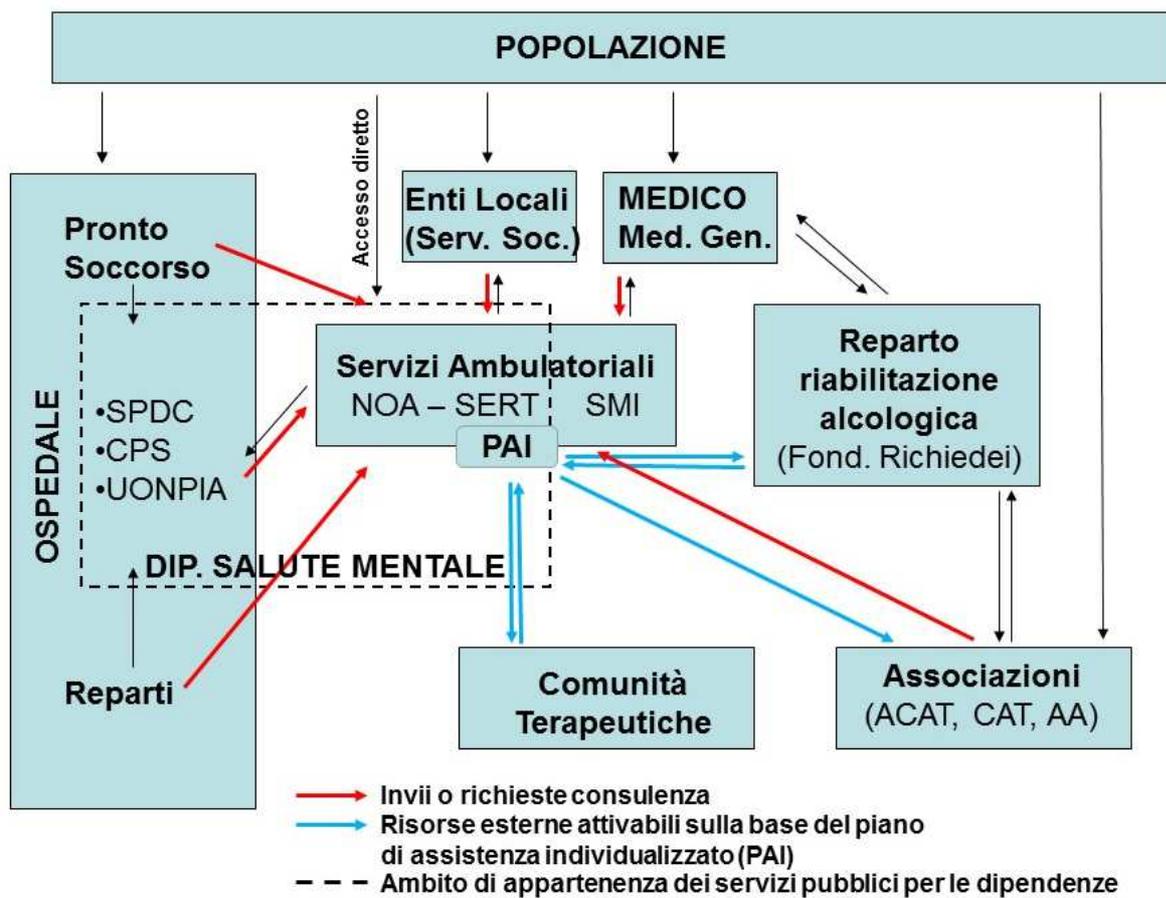
- ✓ Servizi di Medicina Legale afferenti alle ASST
- ✓ Istituti Penitenziari
- ✓ Servizi di Medicina del Lavoro e Medici Competenti
- ✓ Servizi Sociali degli Enti Locali
- ✓ Consultori familiari pubblici e privati e Servizi Tutela Minori
- ✓ Cooperative Sociali e di inserimento lavorativo

Funzionalità della rete alcolica territoriale

- ✓ Connessioni fra i nodi della rete attraverso la predisposizione di protocolli specifici e/o documenti tecnico-specialistici con implicazione di interazione e co-gestione operativa a vantaggio dell'orientamento del paziente nella rete territoriale assistenziale-alcolica.

- ✓ Identificazione di appropriati case-manager come referenti delle singole situazioni cliniche e sociali dei pazienti con target specifico.
- ✓ In ambito di ASST identificazione dei process owner, come indicato dagli orientamenti di Regione Lombardia nelle proposte di POAS aziendali, in qualità di coordinatori di tutte le azioni correlabili all'orientamento del paziente target specifico nella rete sociosanitaria ospedaliera e territoriale.

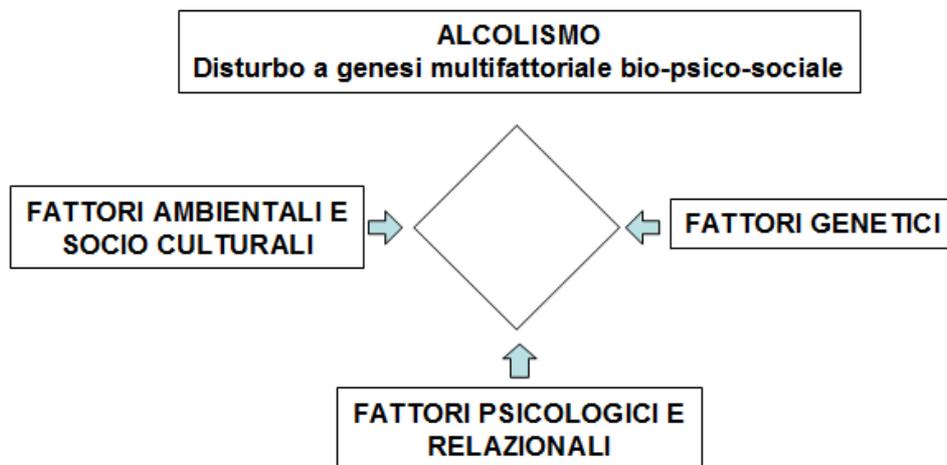
RETE INTEGRATA DEI SERVIZI PER L'ALCOLOGIA – DIAGRAMMA



IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE

INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

La definizione di alcolismo come un disturbo a genesi multifattoriale (Società Italiana di Alcologia, 1994) connette i fattori ambientali e socioculturali in cui la persona vive con le cause genetiche e le specificità psicologiche dell'individuo, associate alle dinamiche relazionali dell'ambiente familiare in cui il bevitore è cresciuto.



La valutazione clinica del disturbo da uso di alcol è complessa. Identificare correttamente il disturbo da uso di alcol può essere difficoltoso per alcuni aspetti (meccanismi di difesa che contraddistinguono le persone con disturbo da uso di alcol). La multidimensionalità è condizione essenziale nella diagnosi alcolica, derivante dalla genesi multifattoriale dei disturbi da uso di alcol.

Are di indagine per la valutazione diagnostica: Area fisica, Area socio relazionale, Area familiare, Area tossicologica, Area psichica, Area motivazionale.

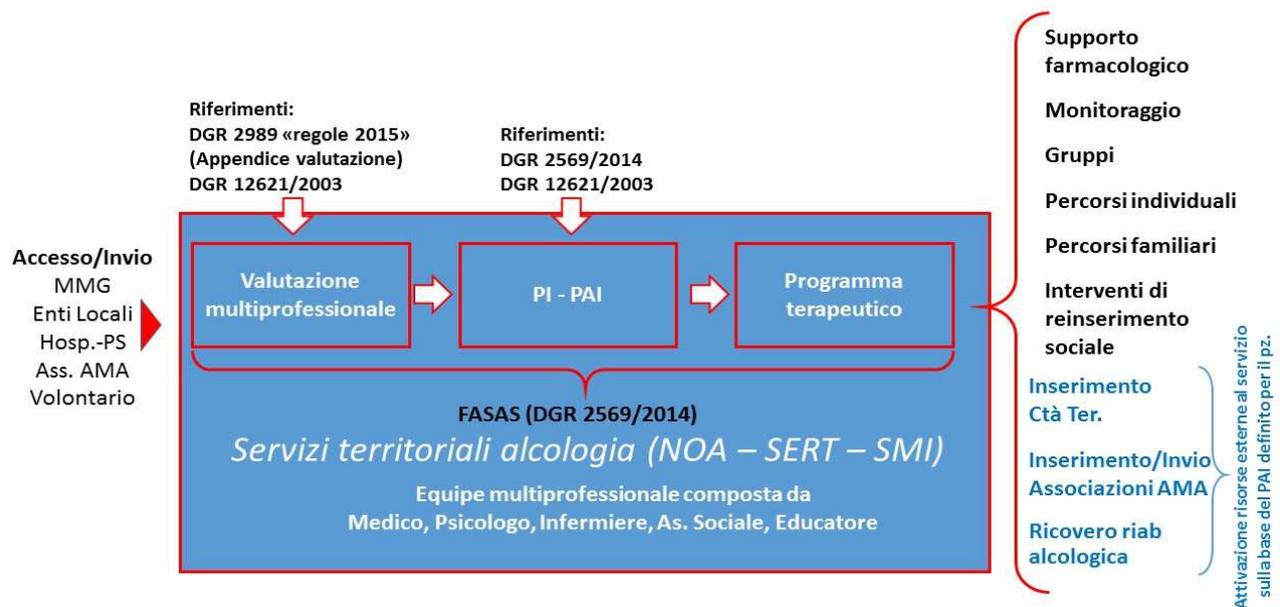
Strumenti: Incontri di valutazione: visita medica, valutazione psicologica, valutazione sociale e valutazione motivazionale, Anamnesi alcolica, Questionari specifici sul consumo di alcol (questionario CAGE, MAST, MALT, AUDIT), Indicatori biochimici e tossicologici del consumo di alcol, Strumenti di classificazione nosografica.

Strumenti di classificazione nosografica: i sistemi di classificazione nosografica più accreditati a livello internazionale rispetto all'alcolismo e ai disturbi ad esso connessi sono: ICD10 e il DSM IV TR, DSM-5. La classificazione ICD10 non prevede diagnosi di abuso di alcol, ma uso dannoso di alcol: chiara evidenza che l'uso della sostanza sia stato responsabile di un danno per la salute dell'utilizzatore, che può essere fisico o psichico.

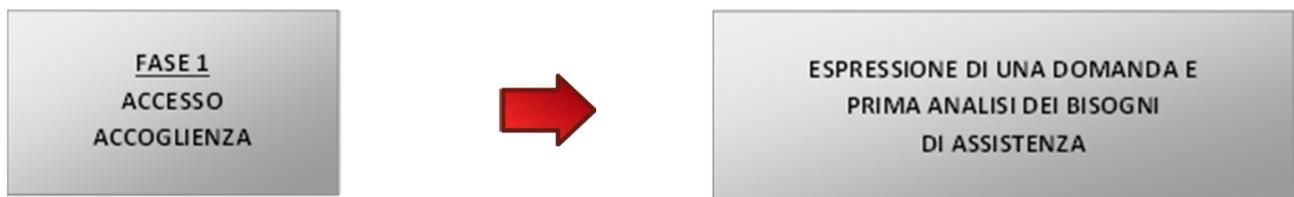
Le buone prassi per effettuare una diagnosi sono:

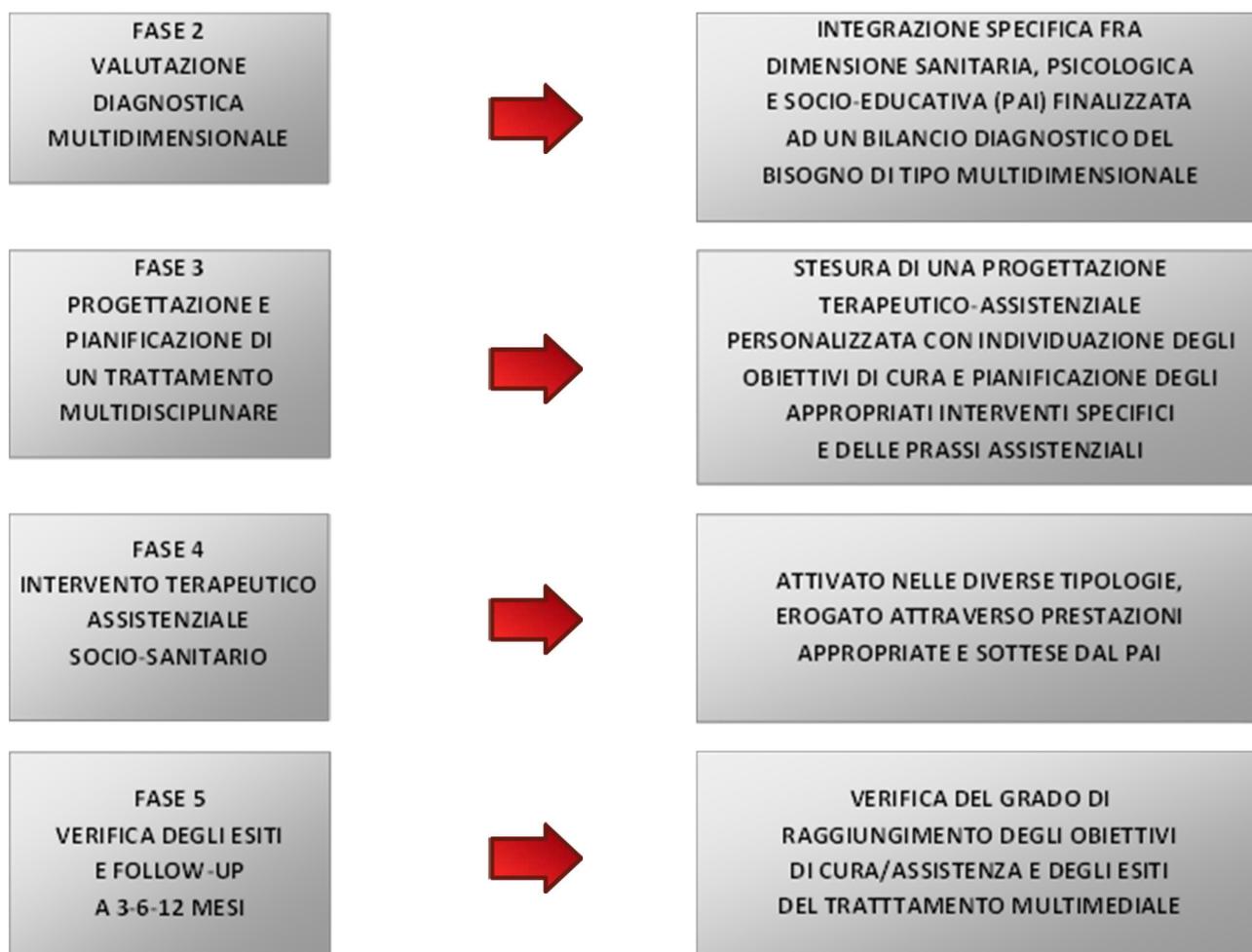
- Accuratezza nell'uso degli strumenti d'indagine e definizione dei tempi entro il quale la persona deve essere presa in carico.
- Diagnosi aperta a nuove acquisizioni e a possibili ridefinizioni.
- Mettere in gioco connessioni tra le competenze dei professionisti.
- Considerare l'individualità ed unicità della persona nella sua esperienza di vita e sofferenza patologica.
- Evitare il rischio di indagare la malattia ignorando la persona.
- Declinarsi sotto il criterio della responsabilità.

RUOLO DEI SERVIZI SPECIALISTICI AMBULATORIALI PER LE DIPENDENZE PROCESSO DI PRESA IN CARICO



L'intervento sociosanitario espletato nei Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze si configura come percorso terapeutico-assistenziale definibile in 5 fasi fondamentali:





VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL BISOGNO

La Valutazione Multidimensionale del Bisogno del paziente con problematiche di abuso o dipendenza da sostanze, intesa come fase precedente e necessaria alla definizione di un progetto terapeutico, è stato un elemento che ha caratterizzato l'attività dei Servizi per le Dipendenze fin dalla loro istituzione nella metà degli anni '70.

Con la DGR 2989 del 23/12/2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015" (Regole di Sistema 2015) Regione Lombardia ha ricondotto questa attività all'interno del modello generale definito dalla DGR 2569 del 31/10/2014 "Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo" che, fra altri aspetti, prevede l'effettuazione della valutazione con l'individuazione del/i bisogno/i, la definizione di un progetto individuale (PI) e la sua declinazione in obiettivi specifici, indicatori e prestazioni all'interno del piano assistenziale individuale (PAI). All'interno di questo modello generale, nell'area delle dipendenze permane una specificità rappresentata dalla "non-separazione" delle funzioni di valutazione e definizione del PI dalla funzione di definizione del PAI e conseguente erogazione delle prestazioni necessarie, che in altri ambiti sono ricondotte a soggetti diversi (separazione delle funzioni di valutazione

ed erogazione). Nell'ambito delle dipendenze è lo stesso soggetto valutatore che, salvo diversa scelta del paziente, prosegue nella gestione operativa del caso.

Fatta salva la possibilità che i servizi integrino quanto indicato da Regione Lombardia con ulteriori approfondimenti diagnostici, l'appendice alla citata DGR 2989 del 23/12/2014 (e modifiche successivamente intervenute) prevede che, a partire dagli utenti nuovi o riammessi dopo il 01/07/2015, la valutazione nelle dipendenze includa:

- ✓ Visita medica e diagnosi secondo DSM IV.
- ✓ Ricerca su matrice cheratinica e/o urinaria rispetto ai cataboliti delle sostanze d'abuso.
- ✓ Controllo esami ematochimici (emocromo con formula, glicemia, azotemia, trigliceridi, colesterolo, funzionalità epatica, virologici per HBV, HCV, HIV).
- ✓ Esame urine.
- ✓ VGF – DSM IV: scala di Valutazione Globale del Funzionamento.
- ✓ EuropASI (Addiction Severity Index – versione Europea), intervista strutturata che approfondisce le aree relative alla situazione medica, lavoro/sostentamento, uso di alcol, uso di sostanze psicotrope, situazione legale, storia familiare, relazioni familiari/sociali, situazione psichica attribuendo per ogni area un punteggio di gravità.

L'insieme di questi elementi, sulla base di un algoritmo specifico, genera punteggio che definisce il livello di gravità e risulta come esito della valutazione nel certificato che il servizio rilascia all'interessato. Tale certificato è valido 180 giorni dalla data di rilascio e consente all'utente di proseguire la presa in carico presso il servizio che ha effettuato la valutazione o di recarsi in uno dei servizi specialistici ambulatoriali per le dipendenze (Ser.T. o SMI) di Regione Lombardia, per avviare un Piano Terapeutico-Assistenziale.

Al momento tale attività è monitorata tramite la ricezione e verifica delle schede di sintesi della valutazione che riportano i tempi di effettuazione dei diversi step di valutazione (primo contatto, primo appuntamento, chiusura della valutazione) e gli esiti dei colloqui effettuata.

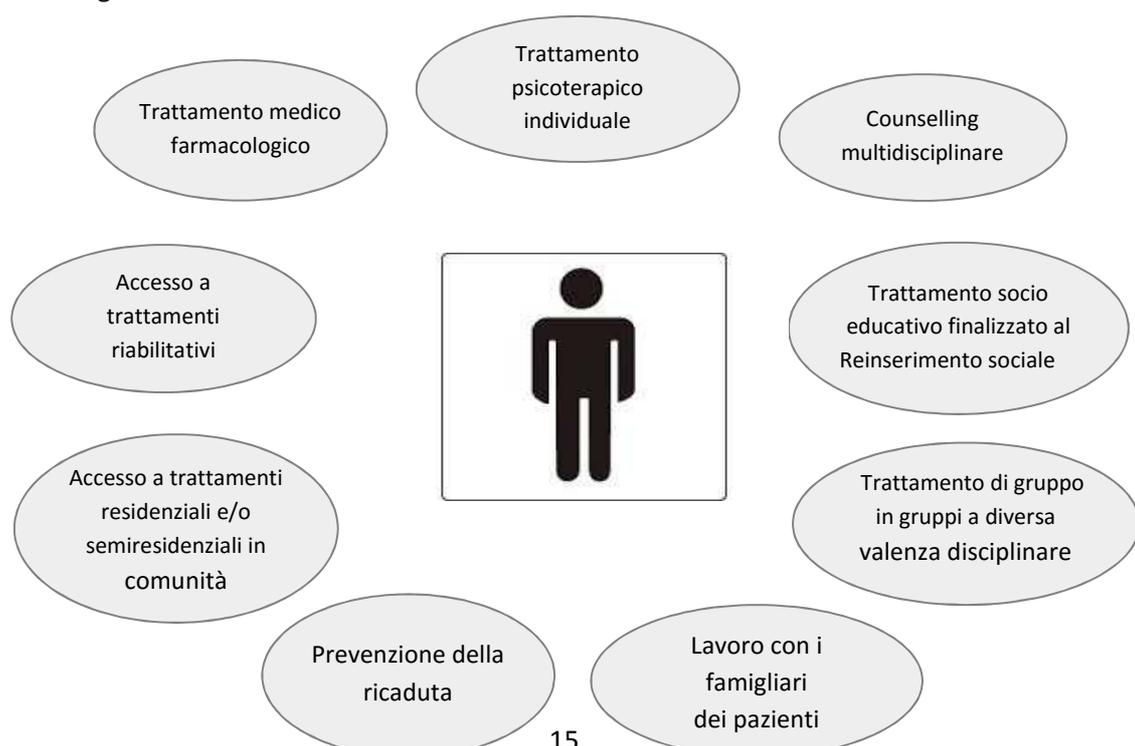
Strumenti della valutazione multidimensionale

- ✓ accoglienza
- ✓ valutazione multiprofessionale
 - area tossicologica => anamnesi, esami di laboratorio su matrici organiche varie (urine, sangue, matrici cheratiniche, espirio) per rilevazione marcatori di esposizione e marcatori di effetto; test di screening (CAGE e AUDIT)
 - area medica => anamnesi; valutazione clinica; diagnosi clinica/strumentale di patologie organiche correlate o in co-diagnosi
 - area psicologica => anamnesi; valutazione clinica; testistica (VGF, Rorschach, MMPI 2 e altro)

- area psicopatologica => anamnesi; valutazione clinica; testistica (SCL-90 e altro)
- area giuridico-legale
- area socio-familiare => anamnesi; elaborazione ASI

Le principali prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione erogate dai Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze:

- ✓ Diagnosi multidisciplinare dell'abuso/dipendenza da alcol
- ✓ Terapie farmacologiche
- ✓ Prelievi ematochimici ed esami tossicologici
- ✓ Counseling sanitario
- ✓ Programmazione ricoveri ospedalieri
- ✓ Psicoterapie individuali, familiari e di gruppo a breve e lungo termine
- ✓ Gestione gruppi di supporto rivolti ad alcolodipendenti, coppie e familiari
- ✓ Consulenza psicologica
- ✓ Consulenza infermieristica ed educazione sanitaria per il paziente e la famiglia
- ✓ Interventi educativi individuali e familiari
- ✓ Consulenza per l'avviamento a strutture terapeutiche e/o riabilitative
- ✓ Diagnosi patologie alcol correlate
- ✓ Inquadramento del caso nel contesto familiare e sociale e lavorativo
- ✓ Segretariato sociale
- ✓ Certificazioni cliniche con valenza medico-legale su invii dall'autorità giudiziaria
- ✓ Colloqui psico-sociali
- ✓ Certificazioni per accesso ad interventi di assistenza sociale
- ✓ Accompagnamento all'inserimento in Comunità Terapeutiche ed in Centri di Pronta Accoglienza
- ✓ Interventi di promozione/sensibilizzazione diretti alla collettività
- ✓ Interventi di divulgazione scientifica
- ✓ Collaborazione con altri servizi specialistici, Gruppi di Auto Aiuto (ACAT, AA, AL-Anon) e con i medici di famiglia



ESAMI DI LABORATORIO

Ad oggi non esiste un biomarcatore ideale che garantisca sensibilità al 100% (nessun falso negativo) e specificità al 100% (nessun falso positivo) e pertanto per aumentare la probabilità di accuratezza diagnostica devono essere utilizzati pannelli comprendenti più biomarcatori.

Markers ematici utili all'identificazione di un consumo incongruo di alcol:

- ✓ **γ-glutamyl-transferasi (GGT):** test di primo livello nella diagnosi di consumo cronico di alcol (60-90 % di sensibilità).
- ✓ **Transaminasi (ALT e AST):** rapporto AST/ALT = 2 nelle patologie di origine alcolica.
- ✓ **Volume Corpuscolare Medio (MCV):** aumento (> 100 femto litri) secondario all'azione tossica diretta dell'acetaldeide sulla replicazione dei precursori degli eritrociti a livello midollare e sull'interferenza esercitata dall'etanolo sull'assorbimento dell'acido folico e vit B12. Specificità 70-94%.
- ✓ **CDT (Transferrina Carboidrato Deficitaria):** marker d'abuso più usato in ambito clinico/forense, specificità circa 100%, aumento se consumo di 60 g/die di alcol per 1/2 settimane. Utile per monitorare l'astinenza durante il trattamento ambulatoriale.
- ✓ **ETG (Etinilglicuronide):** marcatore sensibile e specifico dell'abuso alcolico nel breve (sangue), medio (urine) e lungo (capelli) termine. Specificità e sensibilità circa 90%.

Limiti: nella matrice cheratinica è necessario un consumo > a 4 u.a./die per valore considerato positivo per consumo dannoso. Procedure non standardizzate per prelievo ed estrazione della matrice.

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

La farmacoterapia del consumo patologico di alcol ha un ruolo fondamentale e può essere schematizzata in due approcci principali: da una parte si possono utilizzare farmaci in fase acuta per l'intossicazione e la sindrome da astinenza alcolica e dall'altra farmaci per il raggiungimento della riduzione o astensione dall'alcol.

Terapia dell'intossicazione alcolica acuta

Se il paziente è in fase euforica-eccitatoria si somministra metadoxina 300-900 mg/die e diazepam 5-20 mg/die fino alla remissione completa del sintomatologia clinica.

Se il paziente è in fase confusionale- depressiva si somministra metadoxina 300-900 mg, tiamina 300-600 mg, acido folico 50 mg e glutazione ridotto 400-1200 mg fino a completa remissione della sintomatologia clinica. In entrambi i casi si effettuano il controllo delle funzioni vitali.

Terapia della sindrome di astinenza alcolica

Il trattamento viene effettuato tenendo conto della gravità e per la sua valutazione ci si basa sulla CIWA-AR (clinical institute withdrawal assessment) e il trattamento farmacologico è indicato nel paziente con score maggiore di 10 punti.

Il trattamento oltre al supporto mediante soluzioni reidratanti con calcio, magnesio, fosforo e vitamine del gruppo B, tiamina 300-600 mg/ die, acido folico 25-50 mg, si avvale dell'utilizzo di benzodiazepine e /o sodio oxibato:

- **Benzodiazepine:** a lunga emivita, come clordiazepossido (50 mg x 4/die poi a scalare) o diazepam (10 mg 4/die poi a scalare), BDZ a breve emivita in pazienti epatopatici e BPCO (lorazepam 2 mg x 4/die poi a scalare)
- **Sale sodico dell'acido 4 idrossibutirrico**
50-100 mg/kg/die in 3-6 somministrazioni distanziate almeno 4 ore l'una dall'altra per 7-10 giorni.

Terapie farmacologiche di supporto:

Clonidina, Flumazenil, Betabloccanti, carbamazepina.

Trattamento farmacologico dei disturbi da uso di alcol:

La terapia farmacologica non deve essere utilizzata come unico trattamento, ma come parte integrante di un approccio comprendente il supporto sia psicologico che sociale (trattamento riabilitativo integrato) e utilizzata in maniera specifica a seconda della diversa situazione clinica (caratteristiche cliniche dell'individuo, motivazione, compliance, setting di trattamento,etc).

Farmaci ad azione aversivante

- **DISULFIRAM**

Pazienti con buona motivazione, buon supporto familiare utile per la gestione del farmaco., consenso informato.

Trattamento dopo 12 ore di non assunzione alcolica 400 mg/ die per la prima settimana con successiva diminuzione a 200 mg /die.

Controindicazioni: gravidanza, cardiopatie, seri eventi cerebrovascolari, epatopatie gravi, storia di neuropatia.

Durata del trattamento: 6-12 mesi.

Farmaci ad azione anticraving a seconda della tipologia di craving

- **Sodio oxibato (GHB)**

Indicazioni: sindrome da astinenza alcolica, reward craving e relief craving.

Posologia: 50-100.mg/kg/die suddivisi in tre /sei somministrazioni distanziate di almeno quattro ore. . Potenziale di abuso.

Per i pazienti "non responder" frazionamento in 6 somministrazioni giornaliere.

Controindicazioni: epilessia e/o trattamento con antiepilettici.

Durata del trattamento: 7-10 giorni nella sindrome d'astinenza da alcol, 60 giorni nel trattamento multimodale iniziale della dipendenza alcolica, oltre 60 giorni nel trattamento multimodale prolungato nella dipendenza alcolica.

- **Acamprosato**

Indicazioni: relief craving.

Posologia: 333 mg 2cp per 3 volte al giorno per pazienti con peso superiore ai 60 kg, 333 mg per 2 volte al giorno nei pazienti con peso minore di 60 kg.

Controindicazioni: insufficienza renale cronica.

Durata del trattamento: 12 mesi.

- **Naltrexone**

Indicazioni: reward craving.

Posologia: 50 mg/die.

Controindicazioni: epatite acuta e insufficienza epatica, obesità.

Durata del trattamento: almeno 3 mesi.

- **Nalmefene**

Indicazioni: reward craving.

Posologia: 18 mg/die.

Controindicazioni: trattamento con analgesici oppioidi o una dipendenza da oppioidi, compromissione epatica grave, compromissione renale grave e con sindrome d'astinenza da alcol.

Durata del trattamento: 6-12 mesi.

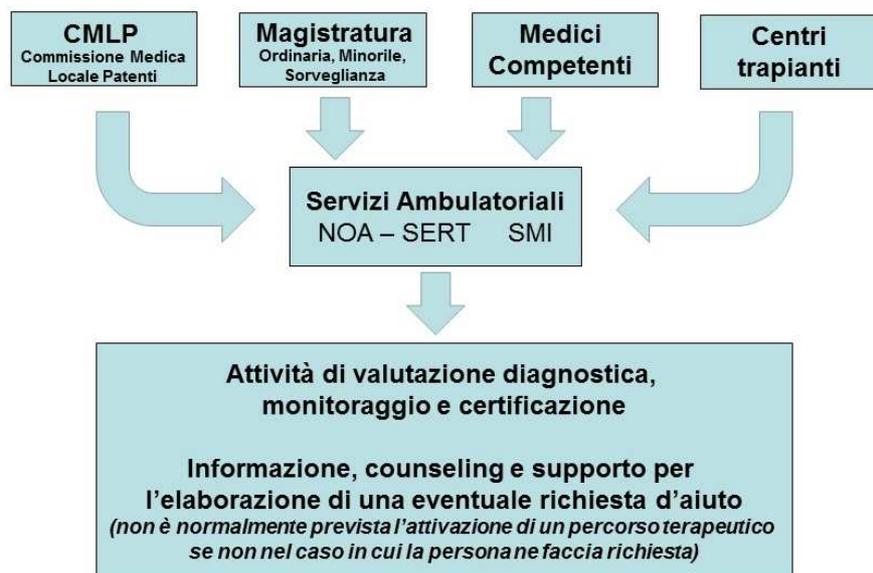
Altri farmaci:

- **SSRI:** fluoxetina (20-60 mg/die), il citalopram (20-40 mg/die), la sertralina (50-200 mg/die), la paroxetina (20-50 mg/die) ed anche la fluvoxamina (50-300 mg/die);
- **Ondansetrone:** 0.54 mg/die (max 48 mg frazionato in due dosi giornaliere per 6 settimane);
- **Buspirone:** 10-20 mg/die;
- **Baclofene:** 15-30 mg/die, nei primi 3 giorni la somministrazione di 5 mg x 3/die e successivamente 10 mg x 3/die per circa 4 settimane.
- **Topiramato:** 20 a 200 mg/die (non studi sufficienti).

Associazione di più farmaci per il trattamento dell'alcoldipendenza

L'assenza di un gold standard farmacologico e l'efficacia globalmente modesta delle terapie attualmente approvate inducono a valutare l'ipotesi che l'associazione di più farmaci possa determinare un effetto di sommazione dell'efficacia delle monoterapie: **Sodio oxibato + naltrexone, Naltrexone+ acamprosato, Disulfiram + naltrexone, Disulfiram + acamprosato, Disulfiram + sodio oxibato.**

ATTIVITA' DEI SERVIZI SU INVII in assenza di domanda di cura



INVII DI TIPO GIURIDICO/LEGALE

Invio dalle Commissioni Medico Legali Patenti

- applicazione del protocollo di valutazione e sorveglianza alcolica in base alle seguenti modalità di invio da parte della CMLP:

- 1) persona non idonea alla guida
- 2) persona idonea per 6 mesi
- 3) persona idonea per 1 anno
- 4) persona idonea per 2 anni

- Colloquio di accoglienza, apertura consulenza.
- Prima visita medica (la persona dovrebbe presentarsi con copia degli esami valutati in CMLP).
- Esami ematochimici e tossicologici su matrice urinaria e/o cheratinica con frequenza a discrezione

del medico.

- Programma informativo-educativo individuale e/o partecipazione a gruppi informativi-educativi.
- Visite mediche periodiche e visita medica conclusiva.
- Se monitoraggio clinico –biologico negativo per abuso/dipendenza, rilascio della relazione medico tossicologica.
- Se monitoraggio clinico biologico positivo, offerta di programma multidimensionale (se non già avviato) e comunque rilascio di relazione conclusiva se richiesta dall'utente.

Invio da Tribunale Ordinario, di Sorveglianza e Ufficio Esecuzioni Penali Esterne (UEPE)

- applicazione del protocollo di valutazione, sorveglianza e monitoraggio tossicologico secondo finestre temporali concordate con gli invianti.

Invio dai Servizi di Medicina del Lavoro (PSAL) e da Medico Competente

- D.Lgs. 81/2008
- Art. 41 comma 4
- eventuale invio ai servizi di persone con rischi di consumo inappropriato di alcol

RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)

Le linee guida e le indicazioni dell'OMS relative alla salute in generale e ai problemi alcol correlati in particolare, indicano da tempo la necessità di sostenere interventi preventivi e di promozione della salute rivolti alla popolazione a livello delle cure primarie. Si intende sottolineare il ruolo del MMG quale snodo cruciale della rete alcolica e nell'ambito del PDTA, rappresentando spesso la prima figura professionale con cui il paziente con disturbi alcolici e/o suoi famigliari entrano in contatto. Il MMG rappresenta pertanto un professionista importante per una efficace strategia di intervento a carattere preventivo sull'alcol, per la frequenza dei contatti nel corso di un anno stimati intorno al 60-70% circa della popolazione di riferimento. I pazienti con disturbi da uso di alcol e patologie alcol correlate accedono frequentemente all'ambulatorio del MMG per varie problematiche di ordine fisico e comportamentale cui vanno incontro. Il MMG si trova quindi nella condizione ideale per operare uno screening e una diagnosi dei casi con bere problematico e patologie alcoliche.

Alla luce di questi elementi, nel corso del 2015 è stata programmata, da parte dell'ex-ASL di Brescia, una formazione specifica rivolta ai MMG sull'applicazione del protocollo IPiB (Identificazione Precoce e Intervento Breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care).

Gli elementi necessari per poter operare al meglio questa attività sono:

- ✓ Buona conoscenza dei disturbi alcolici, delle loro manifestazioni e delle complicanze mediche, psichiatriche e socio familiari.

- ✓ Inserimento nella valutazione routinaria dei pazienti di semplici strumenti di screening per la valutazione dell'uso di alcol.
- ✓ Conoscenza di elementari strumenti di intervento motivazionale (cd. Intervento breve) per poter informare e motivare il paziente.
- ✓ Disponibilità di una rete alcolologica cui inviare e dalla quale avere informazioni sull'evoluzione del percorso del proprio paziente.

Ruolo del MMG nell'ambito dei problemi alcolcorrelati:

- ✓ identificazione precoce delle persone con consumo di alcol "a rischio",
- ✓ intervento di counselling rivolto a queste persone per favorire una riduzione del consumo di alcol e un cambiamento degli stili di vita,
- ✓ gestione in parte diretta e in parte in collaborazione con le strutture specialistiche e ospedaliere e territoriali delle patologie alcol correlate.

Strumenti diagnostici:

- ✓ Anamnesi ed esame obiettivo associati al colloquio informale anche con i familiari.
- ✓ Esami di laboratorio (Incremento della gamma-GT, incremento delle transaminasi, alterato rapporto AST-ALT, aumento del MCV, incremento della CDT). Non sono particolarmente sensibili nell'identificare i pazienti con consumo alcolico a rischio o dannoso, tuttavia, sono necessari per un adeguato inquadramento del problema.
- ✓ Questionari Cutdown Annoyed Guilty eye opener (C.A.G.E) nelle visite di valutazione periodica o nella prima visita, previa formazione e sensibilizzazione, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT C) forma breve.

Indicatori di tipo sociale, familiare e psicologico possono orientare verso un uso a rischio o dannoso di alcol e quindi se presenti, utili a selezionare le persone da sottoporre a specifica valutazione.

Counseling

Il counseling è un'interazione professionale centrata sulla persona, all'interno di una relazione d'aiuto. L'identificazione delle persone con un consumo di alcol a rischio o dannoso è finalizzato ad un intervento di counseling volto ad una riduzione dei consumi e di conseguenza dei danni correlati. Un intervento di counseling svolto dal MMG si basa sul presupposto che interventi brevi condotti su un grande numero di persone sono in grado di modificare i comportamenti a rischio.

Gli obiettivi del counseling sono:

- ✓ Informare la persona sul fatto che il suo livello di consumo di bevande alcoliche la pone in una categoria a rischio di patologie alcolcorrelate.

- ✓ Comunicare il rischio dei pericoli connessi alla prosecuzione di quel tipo e quantità di consumo alcolico.
- ✓ Promuovere una motivazione al cambiamento.
- ✓ Aiutare ad individuare obiettivi concreti da perseguire al fine di modificare le proprie abitudini.
- ✓ Fornire consigli pratici al fine di ridurre la quantità assunta di alcol.
- ✓ Incoraggiare il paziente spiegando che il consumo a rischio non equivale alla dipendenza dall'alcol e che le proprie abitudini alcoliche possono essere modificate.

L'obiettivo è cercare di ottenere il miglior risultato possibile tenendo conto delle risorse e delle volontà del soggetto, ritenendo successo anche il perseguimento di obiettivi parziali e identificando nell'astinenza assoluta non il primo obiettivo ma l'obiettivo ideale a cui tendere. Un intervento di counselling può esaurirsi in un solo incontro, se le condizioni lo favoriscono è possibile programmare altri appuntamenti a distanza ravvicinata per la discussione del problema con il paziente.

Follow-up

Il monitoraggio successivo della persona da parte del MMG aumentano la sensibilità nel riconoscere segnali di eventuali ricadute o comunque difficoltà a mantenere l'astinenza. Se si verifica una "ricaduta" è fondamentale favorire il rientro del trattamento del paziente.

Invio ai Servizi Specialistici di particolari tipologie di pazienti

Persone con dipendenza da alcol, donne in gravidanza, patologia psichiatrica, professioni a rischio, patologie preesistenti in cui si valuti un bere rischioso o dannoso.

Modalità d'invio

L'invio ai servizi specialistici territoriali dovrebbe assumere forme di un accompagnamento con un atteggiamento empatico nei confronti delle categorie suddette, concretizzandosi anche con una comunicazione diretta con lettera o telefonata di presentazione.

Modalità di gestione congiunta

- ✓ Consulenza dei Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze in tutte le condizioni in cui il MMG lo ritiene necessario.
- ✓ Collaborazione attiva da parte del MMG con i servizi specialistici nel management del paziente.
- ✓ Gestione di presa in carico integrata.

Invio ai gruppi di auto-aiuto

È facoltà del MMG, ove ritenuto opportuno, orientare i pazienti verso i gruppi di auto-aiuto presenti sul territorio coinvolgendo l'intero nucleo familiare.

LIVELLO DI RISCHIO	CRITERI (unità alcoliche giornaliere)	INTERVENTI	RUOLO DELL' ASSISTENZA PRIMARIA
Basso	- 2 unità uomini (24 gr) - 1 unità donne (12gr) - 1 unità più di 65 anni - zero unità sotto i 18 anni - Audit 0-8	Prevenzione primaria, <u>INTERVENTO MINIMO</u>	Educazione sanitaria, supporto
A maggior rischio	- 2 unità donne (24 gr) - 3/ 4 unità uomini (40 gr circa) - donne i gravidanza, ragazzi sotto i 18 anni, persone con patologie - Audit 9-15	Consigli e <u>INTERVENTO BREVE</u>	Identificazione, Valutazione, Breve avvertimento
Dannoso	- 5/6 unità alcoliche , 60 gr in un'unica volta indipendentemente dal sesso (Binge drinking) - Audit da 15 a 19	Consigli accompagnati da counselling <u>BREVE</u> e monitoraggio continuo	Identificazione, Valutazione, Breve avvertimento, follow-up
Alto (Alcol dipendenza)	Criteria ICD-10 Audit superiore a 20	<u>INTERVENTO SPECIALISTICO</u>	Identificazione, valutazione, invio a servizi specialistici

RUOLO DEI PRESIDI OSPEDALIERI

Nell'ambito di una fattiva collaborazione tra Territorio ed Ospedale storicamente sono stati sottoscritti Protocolli d'Intesa per:

- ✓ "L'invio di soggetti con diagnosi di abuso o dipendenza da alcol"
- ✓ "L'invio di donne con problemi e/o patologie alcol correlate"

tra Servizi Specialistici Territoriali (Nuclei Operativi Alcologia) e Servizi di Pronto Soccorso, U.O. di Medicina Interna ed Ambulatori. Alla luce della L.R. 23/2015 che ha modificato assetti e competenze istituendo le Agenzie di Tutela della Salute e le Aziende Socio Sanitarie Territoriali è opportuno favorire l'estensione, su tutto il territorio di ATS Brescia, di buone prassi attraverso l'implementazione delle sinergie con gli attori della rete attuabile attraverso la definizione di percorsi specifici di continuità di cura e assistenza.

I Protocolli d'Intesa sopra citati prevedevano i seguenti obiettivi:

- ✓ favorire l'accesso di persone entrate in contatto con il Pronto Soccorso, U.O. di Medicina Interna e Ambulatori che abbiano avuto diagnosi di intossicazione acuta, o dipendenza da alcol, o patologie o problemi alcol correlati e necessitano, a fronte di una valutazione clinica, di una presa in carico da parte dei Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze;
- ✓ ridurre gli accessi impropri e/o reiterati in pronto Pronto Soccorso, U.O. di Medicina Interna e Ambulatori di soggetti con diagnosi di intossicazione acuta, o dipendenza da alcol, o patologie o problemi alcol correlati.

Modalità operativa dei Servizi di Pronto Soccorso

Il PS è l'Unità Operativa a cui accedono soggetti con intossicazione acuta, dipendenza o abuso da alcol che possono essere intercettati dal personale sanitario proponendo loro (ove possibile) o al familiare, l'invio al Servizio Specialistico Ambulatoriale per le Dipendenze.

Il medico del PS, a seguito di valutazione clinico-anamnestica, se di fronte ad un paziente con:

- ✓ problematiche alcol correlate;
- ✓ recidivo rispetto all'accesso al PS per motivi correlati all'assunzione di alcolici,
- ✓ in grado di comprendere il significato della proposta terapeutica,
- ✓ per minorenni o incapaci, in presenza degli esercenti potestà genitoriale o tutelare.

Si avvale dell'infermiere per:

- ✓ Somministrare il test C.A.G.E al paziente, qualora sia possibile ed accetti di essere sottoposto al test.
- ✓ Compilare il modulo di invio al Servizio Specialistico Ambulatoriale per le Dipendenze indicando il nome del paziente in sigla, data di nascita, recapiti telefonici, diagnosi, consenso del paziente e inviarlo via mail al Servizio Specialistico Ambulatoriale, oppure, se il paziente è consenziente, fissare telefonicamente un appuntamento con il Servizio Specialistico Ambulatoriale.
- ✓ Consegnare l'informativa relativa al Servizio Specialistico Ambulatoriale a cui il paziente è stato inviato.
- ✓ Consegnare una copia del modulo di invio al paziente o al familiare e conservarne copia.

Modalità operativa delle UO di Medicina Interna e degli Ambulatori

La UO di Medicina Interna e gli Ambulatori rappresentano le sedi che per loro specificità sono più facilmente a contatto con persone che presentano patologia e problemi alcol correlati. Il medico della UO di Medicina Interna e degli Ambulatori a seguito di valutazione clinico-anamnestica se di fronte ad un paziente con :

- ✓ problematiche alcol correlate,
- ✓ recidivo rispetto all'accesso alla UO di Medicina Interna e Ambulatori per motivi correlati all'assunzione di alcolici,
- ✓ in grado di comprendere il significato della proposta terapeutica,
- ✓ per minorenni o incapaci, in presenza degli esercenti potestà genitoriale o tutelare.

Si avvale dell'infermiere per:

- ✓ Somministrare il test C.A.G.E al paziente, qualora sia possibile ed accetti di essere sottoposto al test.

- ✓ Compilare il modulo di invio al Servizio Specialistico indicando il nome del paziente in sigla, data di nascita, recapiti telefonici, diagnosi, consenso del paziente e inviarlo via mail al Servizio Specialistico Ambulatoriale, oppure, se il paziente è consenziente, fissare telefonicamente un appuntamento con il Servizio Specialistico Ambulatoriale per le Dipendenze.
- ✓ Consegnare l'informativa relativa al Servizio Specialistico Ambulatoriale a cui il paziente è stato inviato.
- ✓ Consegnare una copia del modulo di invio al paziente o al familiare e conservarne copia.

Modalità operative dei Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze

Accogliere le segnalazioni pervenute e fissare colloqui di accoglienza, inviare al Presidio Ospedaliero materiale informativo relativo al proprio servizio.

Monitoraggio

A cadenza semestrale gli operatori dei Presidi Ospedalieri e dei Servizi Specialistici Territoriali effettueranno la verifica in merito al numero di persone con diagnosi di intossicazione acuta, dipendenza o abuso di alcol inviati e il numero di persone che effettivamente hanno avuto accesso a Servizi Specialistici Ambulatoriali. I Servizi Specialistici Ambulatoriali raccolgono i dati ed elaborano statistiche in merito all'applicazione del protocollo.

RUOLO DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE (DSM)

Il DSM fornisce consulenza ai Presidi Ospedalieri nei casi di Disturbo da Uso di Alcol associati a disturbi psichiatrici o comportamentali. A seguito di valutazione, da parte del DSM, del paziente alcolico, ove indicato per sospetto o evidenza di Disturbo da Uso di Alcol su base clinico-anamnestica eventualmente integrata da esami di laboratorio, è previsto l'invio al Servizio Specialistico Ambulatoriale per le Dipendenze per la presa in carico. Qualora il paziente sia ricoverato in SPDC è possibile una eventuale richiesta di consulenza ai Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze. Se paziente in carico presso CPS è previsto l'invio per consulenza ai Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze. Nei casi di comorbilità o doppia diagnosi (con presenza di disturbi correlati all'uso di alcol o di ogni altra diagnosi psichiatrica) si attiva una presa in carico congiunta. A seguito delle modifiche introdotte della L.R. n.15/2016 "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche ai Titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" è prevista l'afferenza all'area della salute mentale degli ambiti delle dipendenze, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della psichiatria, della psicologia e della disabilità psichica. La neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza può afferire funzionalmente all'area materno-infantile. Nell'ambito di una fattiva collaborazione tra Territorio ed Ospedale, storicamente è stato sottoscritto un Protocollo d'Intesa per la "Gestione di situazioni

multiproblematiche: doppia diagnosi – dipendenze patologiche e patologia psichica” tra Servizi Territoriali per le Dipendenze, Aziende Ospedaliere e Comuni.

Il Protocollo d’intesa prevede:

- ✓ la gestione di situazioni multiproblematiche che presentano patologia delle dipendenze e patologia psichica (doppia diagnosi),
- ✓ gestione di soggetti particolarmente fragili che necessitano di interventi multispecialistici e multidisciplinari,
- ✓ l’integrazione tra interventi propriamente sanitari e interventi di rilevanza social.

Alla luce dei nuovi assetti e competenze introdotti dalla L.R. 23/2015 ad ATS è attribuito il ruolo programmatico, di indirizzo e governo del Sistema Sanitario e Sociosanitario e il raccordo con quello sociale, con particolare attenzione al governo di domanda/offerta ed alla gestione dei paziente fragili. In tale contesto l’obiettivo dell’Agenzia è di promuovere la revisione del protocollo “Gestione di situazioni multiproblematiche: doppia diagnosi – dipendenze patologiche e patologia psichica” attraverso il coinvolgimento di tutti gli attori della rete.

RUOLO DELLA RIABILITAZIONE ALCOLOGICA

“L’alcol è uno dei più importanti fattori di rischio per la salute dell’uomo e rappresenta una delle principali cause di mortalità e morbilità; tuttavia oggi in Italia solo un decimo delle persone con disturbi da uso di alcol (DUA) afferisce a interventi terapeutici e riabilitativi specifici. Una evidente criticità è dunque quella della accessibilità dei trattamenti (...) e della loro appropriatezza. (...) Un’importante elemento di appropriatezza è la corretta allocazione del paziente nelle diverse situazioni di intervento, strutturate abitualmente in tre “luoghi”:

- ✓ L’ambulatorio
- ✓ La residenzialità
- ✓ I gruppi di auto aiuto (AA, CAT, ACAT)

Per lungo tempo questi interventi sono stati visti come separati se non contrapposti: la visione attualmente prevalente è invece quella del Continuum care, cioè della sinergia dei diversi approcci nel costruire un percorso coerente, accessibile ed efficace.” (M. Cibin, in “Alcol: capire e orientare i consumi, diagnosticare e curare abuso e dipendenza” -CLAD 2014). In questa ottica di “rete” la Riabilitazione Alcolica permette la presa in carico globale e integrata della persona-paziente complesso:

- ✓ è uno strumento a “servizio dei Servizi Territoriali” con cui lavora in sinergia,
- ✓ non accoglie pazienti direttamente dai reparti ospedalieri né dal pronto soccorso, né dal medico di medicina generale (salvo accordi con i servizi territoriali); infatti accoglie persone con problemi alcol-correlati presentati esclusivamente dai Servizi Specialistici Ambulatoriali per le Dipendenze è un servizio residenziale che può ospitare moduli di 12/15 persone maggiorenni,

- ✓ prevede un colloquio preliminare all'ingresso condotto con l'alcolista e la sua famiglia in cui vengono spiegate obiettivi strumenti modalità e tempi della terapia riabilitativa: solo una comprensione del trattamento e una motivazione adeguata permettono di accedere al ricovero,
- ✓ prevede una durata del ricovero di quattro settimane,
- ✓ segue per ciascun ospite un programma condiviso con gli obiettivi del Servizio inviante (PAI) e prepara la dimissione verso il progetto che tale Servizio ha previsto (After-care).

La Riabilitazione Alcolologica offre:

- ✓ inquadramento diagnostico
- ✓ trattamento delle patologie alcol correlate
- ✓ messa a punto della farmacoterapia
- ✓ interventi di motivazione al cambiamento e prevenzione della ricaduta
- ✓ attività formativa ed informativa
- ✓ contatto con i gruppi di auto aiuto
- ✓ messa a punto del programma After-care.

La Riabilitazione Alcolologica utilizza i seguenti strumenti:

- ✓ l'inquadramento clinico, psichiatrico e psicologico (secondo PAI)
- ✓ gruppi informativi sulle patologie alcol-correlate
- ✓ la vita in comunità
- ✓ colloqui psicologici individuali
- ✓ colloqui educativi individuali
- ✓ consulenze mediche individuali
- ✓ incontri con i singoli nuclei familiari
- ✓ gruppi multifamiliari
- ✓ attività motoria\riabilitativa collettiva ed individuale.

La Riabilitazione Alcolologica si avvale delle seguenti figure professionali che lavorano in équipe secondo una logica multidisciplinare ed alcolologica: medico, psicologo, educatore, terapeuta della riabilitazione, Infermiere professionale, Operatore Socio Sanitario.

PRINCIPI GUIDA DELLA RIABILITAZIONE ALCOLOGICA

La Riabilitazione Alcolologica intende far sperimentare ad ogni ospite un periodo di tempo caratterizzato da:

- ✓ Libertà dall'alcol.
- ✓ Riappropriazione\riscoperta\consapevolezza della propria corporeità (con risorse e limiti).
- ✓ Recupero della capacità di sentire le sensazioni, emozioni, e di pensare, di ordinare i pensieri (formulare ipotesi, produrre dati sulle situazioni, affrontare i problemi).

- ✓ Possibilità di maggior consapevolezza di sé e eventuale ripensamento rispetto alla propria identità nell'incontro con l'altro.
- ✓ Sperimentazione di relazioni interpersonali sane e orientate a obiettivi edificanti.
- ✓ Acquisizione di maggior capacità di lettura e complessificazione delle situazioni e sviluppo di comportamenti maggiormente congrui in relazione agli altri, all'ambiente, alle cose.

La Riabilitazione ha pertanto una forte finalità psico-educativa che ha come obiettivo quello di realizzare una condizione di elaborazione rispetto alla situazione di relazione con l'alcol, affettiva e lavorativa. L'alcolista cioè è messo nelle condizioni di stare "il meglio possibile" e di ripensare alla propria vita ed alle proprie scelte con l'obiettivo di rivedere la propria relazione con l'alcol e di realizzare il benessere realisticamente sostenibile nella propria condizione. Non bere alcolici diviene non il fine ma lo strumento per la realizzazione del benessere. In questa ottica di cambiamento di uno stile di vita, l'alcolista non può cambiare da solo e di conseguenza la sua rete relazionale oltre ad essere coinvolta dovrà affrontare essa stessa un cambiamento. Se il passato non può essere cambiato può mutare il significato che ad esso viene dato. Il presente (il tempo del ricovero) costituisce un allenamento iniziale, una base che deve permettere all'alcolista conoscenza dei propri meccanismi di funzionamento (se possibile) e di progettare un cambiamento per imparare ad "usarsi meglio". La conclusione della riabilitazione è caratterizzata dalla definizione di progetti che l'alcolista affronterà con le capacità acquisite e attraverso il riaffidamento al Servizio Territoriale che resta il punto di riferimento per la terapia dell'alcolista e della sua famiglia. Il percorso innovativo della Riabilitazione Alcolologica è rappresentato dalla presa in carico integrata del paziente e della sua famiglia. L'esperienza dimostra, infatti, come la presa in carico della famiglia nel percorso riabilitativo possa determinare un inizio di cambiamento. Riaffidare il paziente al Servizio Territoriale inviando con l'inquadramento delle relazioni familiari determina scelte diversificate, personalizzate e mirate al fine di mantenere l'astensione non solo dalla sostanza, ma anche da dinamiche relazionali "tossiche". Diviene importante, a tal proposito, l'osservazione delle dinamiche familiari nei momenti "informali" e l'attivazione di percorsi nell'after care di tipo consultoriale, come terapia di coppia, presa in carico psicologica dei figli, inserimento in gruppi specifici.

RUOLO DEI GRUPPI DI AUTO AIUTO

I gruppi di Auto Aiuto restano, dopo il sistema familiare e amicale, il principale sistema di sostegno territoriale agli utenti, prima dopo o durante un trattamento, costituendo a volte l'unica via possibile per persone che non vogliono o non hanno beneficio dai trattamenti specialistici tradizionali. Sul territorio di ATS Brescia sono presenti le seguenti associazioni: CAT; ACAT; AA;ALA-NON con i quali è stato sottoscritto un "Protocollo d'Intesa tra ATS Brescia e i Servizi per le Dipendenze della ASST Spedali Civili di Brescia, ASST Garda, ASST Franciacorta, Servizi Multidisciplinari Integrati e Associazioni per l'invio e la gestione congiunta dei pazienti con disturbo da uso di alcol e patologie alcolcorrelate e loro famiglie". I gruppi di auto aiuto

rappresentano uno snodo cruciale della rete alcolologica con funzioni di supporto alle persone con problemi e patologia alcolcorrelate e loro famigliari e fonte di sinergia congiunta, nel rispetto delle reciproche competenze, con tutti gli attori della rete.

SISTEMA INFORMATIVO DELLE DIPENDENZE – INDICATORI

Dal 2007 l'allora Dipartimento per le Dipendenze si è dotato di un sistema informativo, basato sul software MFP, in cui confluiscono i dati di tutte le unità operative NOA-Sert; lo stesso software è stato adottato anche dagli SMI seppur con una gestione separata su servers propri.

MFP è sostanzialmente una interfaccia grafica che nel corso del tempo ha subito diverse evoluzioni fino all'attuale versione WEB in HTML5, dedicata al caricamento, gestione e estrazione dati in/da un database SQL.

Per i servizi MFP è un gestionale-clinico in quanto permette di registrare i dati anagrafici dell'utenza, l'anamnesi tossicologica, gli esami di laboratorio, i trattamenti terapeutici con una sezione specifica per la gestione dei trattamenti farmacologici, le prestazioni erogate, gli esiti ecc. configurandosi quindi come una cartella clinica informatizzata.

Per l'ex-Dipartimento delle Dipendenze ha rappresentato la base dati necessaria sia per alimentare l'Osservatorio Territoriale delle Dipendenze per stesura della reportistica annuale disponibile sul sito aziendale, che per rispondere ai debiti informativi (regionali, ministeriali, ecc.) delle alcol-tossico dipendenze.

Al momento attuale, per quanto riguarda i Sert/NOA, nonostante lo spostamento dei servizi erogativi alle ASST, si è valutata l'opportunità/utilità di mantenere l'unitarietà del sistema sul piano informatico; è stata quindi mantenuta l'installazione su server ATS e a tutt'oggi viene utilizzato sia dalle unità operative che, nell'ambito della Direzione Socio Sanitaria ATS Brescia – Area Dipendenze, per le estrazioni dati necessarie alla gestione flussi e per le attività relative alla funzione Osservatorio.

La base dati raccolta tramite MFP, oltre a permettere l'analisi delle caratteristiche complessive dell'utenza (sesso, classi d'età, scolarità, occupazione, stato civile, distribuzione geografica, ecc.) si presta anche alla definizione di indicatori utili per leggere quanto viene fatto dal sistema dei servizi delle alcol-tossicodipendenze; in particolare, per quanto riguarda lo specifico di questo PDTA, si segnala:

- ✓ Esiti
 - ➔ utenza in carico
 - ➔ abbandoni
 - ➔ decessi
 - ➔ trattamenti completati
- ✓ Trattamenti
 - ➔ invio in Comunità Terapeutiche per le Dipendenze

- invio ad associazioni di auto aiuto
- ricoveri in riabilitazione alcolica

✓ Canale di invio

- Invio da MMG,
- Invio da reparti ospedalieri
- Invio da associazioni auto aiuto
- Presentazione spontanea

MODALITA' DI DIFFUSIONE ED ATTUAZIONE DEL PDTA

Il PDTA è inviato a:

- ✓ Articolazioni ATS
- ✓ Articolazioni ASST
- ✓ Articolazioni Erogatori Privati (in attesa di condivisione nel corso del 2017)
- ✓ Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI)
- ✓ U.O Riabilitazione Alcolologica – Fondazione Richiedei
- ✓ Comunità Terapeutiche per le Dipendenze
- ✓ Associazioni: CAT, ACAT, AA, AL-NON

IL PDTA viene ratificato dal Comitato Aziendale della Medicina Generale ed inviato a:

- ✓ Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia
- ✓ Medici di Continuità Assistenziale

Il PDTA viene adottato con Decreto ATS e pubblicato sul sito web aziendale.

BIBLIOGRAFIA

- Legge n.125/2001: Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati.
- Piano d'azione Europeo 2012-2020 per ridurre il consumo dannoso di alcol.
- M. Cibirin, in "Alcol: capire e orientare i consumi, diagnosticare e curare abuso e dipendenza" - CLAD 2014.
- Manuale di Alcologia; a cura di Carmelo Scarcella e Fabio Roda - ASL Brescia 2015.
- DGR 12621/2003: Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL.
- DGR 2569/2014: Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitaria e linee operative per le attività di vigilanza e controllo.
- DGR 2989/2014: Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015 (Regole di sistema 2015).
- L.R. n.23 11/08/2015; Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità).
- L.R. n.15 29/06/2016; Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai Titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità).
- Delibera n°X/5954 del 05/12/2016 Determinazione in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2017.