

# **PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) RIVOLTO AGLI UTENTI AFFETTI DA PROBLEMI DI DIPENDENZA DA ALCOOL E L'ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIOSANITARI.**

## **Premessa e principi generali**

I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA), sono uno strumento di gestione clinica per la definizione del migliore processo assistenziale finalizzato a rispondere a specifici bisogni di salute, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili sull'argomento, quali Studi Controllati Randomizzati (RCT quale Gold Standard), metanalisi sull'argomento, studi di coorte, studi osservazionali, *case report*, consenso di esperti e *abstract* a Congressi Nazionali, adattate al contesto locale, tenute presenti le risorse disponibili. Essi rappresentano all'interno della *Clinical Governance* degli strumenti concreti per la gestione integrata e multiprofessionale per diverse patologie e in particolare per i pazienti con Disturbo da Uso di Alcool (DUA), verificabile e misurabile, nei diversi *step* del percorso di cura, mediante indicatori di verifica correlati ai contributi delle differenti figure professionali secondo criteri di appropriatezza clinica e organizzativa con lo scopo di migliorare gli esiti di salute (Ministero della Salute, 2022).

L'ultima relazione annuale al Parlamento, come previsto dalla legge Quadro 125/2001, riporta le osservazioni della Comunità Scientifica Internazionale in tema di alcool della Comunità Europea. I dati riportano che circa il 4% di tutte i decessi e circa il 5% degli anni di vita persi per disabilità sono correlati all'abuso di alcool e quindi, suggerisce di adottare raccomandazioni sul consumo di bevande alcoliche volte alla prudenza sul versante preventivo. Nella relazione si legge che l'Italia ha, pertanto, recepito l'opportunità di divulgare raccomandazioni in tal senso mediante le "Linee Guida per una sana alimentazione - Revisione 2018", presentate dal Consiglio per la ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria – CREA. Queste definiscono "a basso rischio" per la salute un consumo giornaliero di 2 unità alcoliche per l'uomo adulto e 1 unità alcolica sia per le donne adulte, sia per gli anziani di entrambi i sessi, quantità che corrispondono rispettivamente a 24 e a 12 grammi di alcool, mentre per i minori e le donne in gravidanza zero unità alcoliche. Il quadro epidemiologico riferito all'anno 2021, rappresentato nella relazione, illustra diverse tipologie di dati provenienti da più fonti statistiche istituzionali con l'obiettivo di descrivere il fenomeno correlato all'abuso di alcool nella popolazione italiana. I dati ISTAT riferiti all'anno 2021 mostrano, rispetto all'anno precedente, un consumo stabile di alcool nell'anno di riferimento (66,4% nel 2020 e 66,3% nel 2021), mentre si riduce il consumo giornaliero (20,6% nel 2020 e 19,4% nel 2021) e il consumo fuori pasto (31,7% nel 2020 e 30,7% nel 2021); risulta, invece, in aumento il consumo occasionale (45,7% nel 2020 e 46,9% nel 2021). Negli ultimi dieci anni si continua a registrare la tendenza del progressivo incremento della quota di donne consumatrici di bevande alcoliche che, per il consumo occasionale, passano dal 38,4% al 45,1%, e per il consumo fuori pasto passano dal 16% al 21,7%. Nel 2021 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 63.490 soggetti. Il 24,0% dell'utenza complessiva è rappresentato da nuovi utenti; la quota restante, invece, indica i soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente (Ministero della Salute, 2022).

A livello regionale, con il DCA n. 86/2016, Piano d'Azione Regionale, si mira al potenziamento ed all'implementazione di azioni di contrasto alle Dipendenze Patologiche, compreso l'alcool, vengono

previste apposite azioni di Intervento nel Piano di Azione 1 al punto e (BURC n° 60, 12 settembre, 2022).

La strategia regionale di fondo, quindi, è quella di implementare e potenziare i Servizi Pubblici, e una modalità di intervento che privilegi la valutazione multidimensionale del bisogno con Percorsi Terapeutici Integrati Appropriati e Verificabili, raccordo sistematico intraaziendale e con le realtà del territorio nel rispetto di una logica di rete con la strutturazione di protocolli di presa in carico globale (Vignoli et al., 2022).

### **Situazione Nazionale e della Regione Campania - Piano del Percorso**

Quadro della nostra ASL

Dagli atti in possesso di questo Dipartimento i soggetti con diagnosi di alcolismo per l'anno 2022 trasmessi al Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA) e Ministero della Salute risultano essere:

Tabella 1

<b>ASL Napoli 3 Sud</b>		n° utenti con diagnosi di Disturbo da uso di Alcool*
Dipartimento Dipendenze		Femmine n° 56
		Maschi n° 229
Totale		n° 285

**\*Riferito all'anno 2025. Dati estrapolati dalla Piattaforma SIND Regionale**

#### **OBIETTIVI CLINICO-ORGANIZZATIVI- Priorità**

- ✓ favorire l'approccio precoce all'esordio del bere dannoso attraverso i MMGG per ridurre il tempo intercorrente tra rilevazione dell'esordio e sviluppo della dipendenza grazie ad incontri con i MMGG da parte delle equipe alcoliche sulla prevenzione;
- ✓ valorizzare gli interventi integrati superando una visione frammentata e segmentata per competenze, istituzioni o professionalità al fine anche di ridurre la difformità dei trattamenti;
- ✓ finalizzare gli interventi al recupero clinico, personale e sociale, alla *recovery* e all'*empowerment* dell'individuo;
- ✓ aumentare la *compliance* del paziente nei confronti di un intervento personalizzato, coerente e condiviso e basato su evidenze scientifiche;
- ✓ facilitare le comunicazioni tra i membri del *team* e i pazienti, le loro famiglie e altri *stakeholder*;
- ✓ coordinare il processo di assistenza tramite un approccio integrato tra più Servizi coinvolti (es. mammografia, protocollo di Intenti con la UOC Materno Infantile e Medicina di Genere), SFA-natalità ecc, traumatologia-ortopedia, gastroenterologia), coordinando i ruoli e l'attuazione consequenziale delle attività del *team* multidisciplinare di assistenza, dei pazienti e delle Loro famiglie;
- ✓ condividere il percorso di cura con i familiari e altri *care giver*
- ✓ monitorare con indicatori di esito, appropriatezza e di processo previamente individuati e condivisi con l'applicazione del PDTA per consentire una adeguata programmazione dei Servizi in termini di appropriatezza e di risorse necessarie;

## Obiettivi

Il consumo eccessivo di alcool è un fattore cancerogeno rilevante ma "ancora sottovalutato", soprattutto in relazione al tumore alla mammella che resta la forma di cancro più diffusa in Italia, con oltre 55.000 nuove diagnosi stimate prima dell'anno 2026. L'ultimo convegno nazionale "Focus sul carcinoma mammario", tenutosi a Udine il 19-20 febbraio 2026, ha ribadito che l'alcool è uno dei più rilevanti fattori di rischio del tumore al seno come documentato da numerosissime pubblicazioni scientifiche (Starek-Swiechowicz et al., 2023; Freudenheim et. Al., 2020).

Pertanto, tutte le donne prese in carico (dai 45 ai 69 anni) saranno sottoposte a *screening* mammario gratuito. Per le donne fuori da questo *range* di età è prevista la partecipazione della prestazione con un *ticket* da ripetersi ogni anno come da Protocollo d'Intenti firmato con l'UOC Materno Infantile e Medicina di Genere. **(Scheda di invio per Mammografia, Pap-test e/o HPV DNA TEST. Vedi Appendice 1)**

Esami programmabili:

§ 45-69 anni per lo screening mammella (mammografia ogni 2 anni)

§ 25-29 anni per il Pap-test (ogni 3 anni)

§ 30- 64 anni per HPV DNA TEST (ogni 5 anni)

Si rende necessario inoltre inserire nell'ambito degli esami programmabili:

§ 50-74 anni donne e uomini per lo screening colon-retto (ricerca sangue occulto feci – ogni due anni)

I Medici di Medicina Generale (MMMG), sono testimoni precoci del rischio connesso all'uso di bevande alcoliche e quindi possono sicuramente giocare un ruolo fondamentale nel prevenire la dipendenza da alcool. Infatti, il MMG rappresenta un nodo cruciale per un'efficace strategia di intervento a carattere preventivo sull'alcool, sia per i contatti che ha con la comunità, stimati intorno all'80% della popolazione dei suoi assistiti nell'arco di un anno, sia per l'elevata incidenza dei problemi legati al consumo di alcool cosiddetto "a rischio" che riguarda circa il 20% della popolazione afferente agli ambulatori dei MMGG **(Scheda di invio al Ser. D. Vedi Appendice 2)**. Un programma di prevenzione, sui problemi alcool-correlati a livello di assistenza sanitaria di base come riportato in letteratura influisce in maniera significativa (Fleming et al., 2002; Stella et al., 2016; Whitlock et al., 2004), nel ridurre i rischi legati al consumo di alcool, nella popolazione generale e conseguenzialmente ridurre anche i costi sociali e sanitari che essi comportano come riportato in letteratura (Bartoli et al., 2002; Cibin et al., 2001, 2013; Stella et al., 2016; Ockene et al., 1997). Infatti, numerosi dati in letteratura (Bartoli et al., 2002; Cuijpers et al., 2004; Ockene et al., 1997), indicano che un breve colloquio del MMG con un paziente al quale abbia diagnosticato un consumo eccessivo di alcool è già efficace nel ridurre tale consumo, evitando che esso possa evolvere *vs* una dipendenza da alcool. Riguardo la prevenzione per la formazione/informazione è previsto almeno un incontro - confronto annuale dell'équipe alcolica dei Ser. D. con i MMGG e per la stessa équipe, almeno un corso di aggiornamento annuale, entrambi organizzati dal coordinamento del PDTA in collaborazione con la Formazione Aziendale.

È ampiamente documentato (Pichini et al., 2010) che l'esposizione all'alcool della madre durante la gravidanza determina una serie di danni sul nascituro. Ciò è maggiormente evidente quando

l'esposizione avviene nelle prime settimane di gravidanza dove l'alcool assunto può provocare danni permanenti al feto. Pertanto, nessuna dose di alcool è considerata sicura durante la gravidanza.

Durante l'allattamento le cose non cambiano. L'alcool, infatti, passa attraverso il latte materno e può danneggiare il bambino quindi, bisogna astenersi dal bere. È lapalissiano che il consumo di alcool in gravidanza è uno dei più importanti fattori di rischio che può influire seriamente sullo sviluppo del bambino e causare danni permanenti. Inoltre, bere alcool in gravidanza aumenta il rischio di aborto spontaneo, parto prematuro e di un basso peso alla nascita. In aggiunta, può causare una condizione grave chiamata disturbo dello spettro alcolico fetale (FASD). Riassumendo, non c'è un livello sicuro di consumo di alcool durante la gravidanza; pertanto, è consigliabile evitare completamente di bere alcolici per evitare qualsiasi rischio per la salute del bambino.

Per la stesura del presente PDTA è stato costituito un tavolo tecnico che ha compreso tutti gli attori che nel territorio dell'ASL Napoli 3 Sud si occupano della problematica a vari livelli.

### **GRUPPO DI LAVORO**

Francesco Ambrosino	Direttore Dipartimento Dipendenze
Gennaro Giugliano	Psichiatra Ser. D. Torre Annunziata
Maria Redenta Vitelli	Farmacologa Ser. D. Nola
Anna Coppola	Dirigente Medico UOSD Osservatorio Dipendenze Pomigliano
Giovanna Basilicata	Dirigente medico Ser. D. Somma Vesuviana
Giovanni Senese	MMGG
Cira Esposito – Natalia Russa	Alcolisti Anonimi
Anna Romano	Laboratorio di Tossicologia
Carmine Dalia	Direttore UOC Medicina Interna Ospedale Santa Maria della Pietà
Patrizia Esposito	Direttore Ser. D. C/Mare di Stabia
Valeria Rinaldini	Psicologa Ser. D. Torre del Greco
Daniele Scarallo	Enti Accreditati CEARC
Aldo Iezza	Comunità "Il Camino"
Marilina Ambrosino	Coord. Educatori Professionali Dip.to – UOSD Osservatorio Dipendenze Pomigliano
Raffaelina Capasso	Coord. Infermieri Professionali Dip.to – Ser. D. Somma Vesuviana
Nicola Di Finizio	Coord. Assistenti Sociali Dip.to – Ser. D. Torre Annunziata
Antonio Alfieri	Assistente Sociale Ser. D. Somma Vesuviana
Nicola Raimo	Infermiere professionale Ser. D. Nola
Rita Guastafierro	Educatore Professionale Ser. D. Somma Vesuviana
Luigi Stella	Coordinatore del PDTA – Direttore Ser. D. di Torre del Greco -Farmacologo

## **Normative Nazionali e Regionali**

Il PDTA in linea con il DCA 32 del 25.03.2019 approvato dalla nostra Regione prevede un “Documento Tecnico di indirizzo sulla metodologia di stesura dei Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) e la normativa prevede che il responsabile Aziendale del PDTA di concerto con il Gruppo di Lavoro che definisce il Percorso, deve ogni anno valutare il piano di applicazione e verificare la sua attività con la più recente letteratura scientifica sull’argomento, intervenendo se necessario, con le opportune modifiche. Nel caso di non sostanziali modifiche, il percorso, deve comunque essere validato mediante la firma del Coordinatore Aziendale del PDTA con la data della validazione. La durata del PDTA è di cinque anni, dopodiché si procede alla stesura di un nuovo Percorso.

Pertanto, alla luce degli indirizzi Nazionali e della normativa Regionale sopracitata e delle più recenti pubblicazioni scientifiche in materia di *Addiction* sull’alcool (BURC n° 21 del 15/04/2019 - Linee Guida Nazionali ISS 2024-2025), il presente documento definisce una proposta operativa condivisa in ordine alle seguenti operatività:

- a) presa in carico globale e integrata entro 48 h dalla richiesta;
- b) diagnosi precoce;
- c) programmi di intervento;
- d) tipologia dei trattamenti;
- e) misure necessarie a garantire l’idoneità e la tempestività dei trattamenti.

La proposta operativa tiene conto dei seguenti criteri:

- modalità di erogazione delle prestazioni per i pazienti affetti da dipendenza da alcool, garantendo appropriatezza, continuità e qualità dell’assistenza come previsto dal DM del 12 Marzo 2019, operativo dal primo gennaio 2020 che definisce il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per misurare equità, efficacia e appropriatezza delle prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) (Ministero della Salute, 7 gennaio 2023). Inoltre, il NSG è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul SID o in generale il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell’equità, dell’efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei LEA:
- qualità ed efficacia del programma terapeutico-riabilitativo;
- Coordinare gli specialisti delle varie discipline specialistiche al fine di creare sinergie;
- offerta omogenea nel territorio ASL Napoli 3 Sud, rivolta alle persone affette sia da dipendenza da alcool che da abuso di alcool (secondo l’ICD-11) e al nucleo familiare;
- strutturazione di una rete di Servizi di diverso livello (Privato Accreditato, Servizi Sociosanitari specifici quali per esempio Alcolisti Anonimi (AA), Club Alcologici Territoriali (CAT), Punti di Primo Accesso), coordinati ed integrati efficacemente tra loro e con il territorio, facilmente accessibili e rispondenti a criteri di efficacia clinica ed organizzativa.

## **Strumenti diagnostici**

In linea con le sue diverse attività internazionali, l’Osservatorio Nazionale Alcol (ONA), ha analizzato e contestualizzato le innovazioni e le differenze nei capitoli dell’undicesima versione dell’ICD-11 (entrata in vigore il primo gennaio 2022), dedicati ai disturbi da uso di alcool e sostanze psicotrope illegali. Il risultato di questo lavoro di approfondimento e analisi, è stato riportato nell’articolo “Alcohol and Substance Use Disorders Diagnostic Criteria Changes and Innovations in

ICD-11: An Overview” pubblicato il 15 dicembre 2022 sulla rivista internazionale *Clinical psychology in Europe*.

Con la sua nuova versione, l'ICD11 sottolinea la necessità di un riscontro da parte della sanità pubblica e delle politiche che promuovano la gestione multiprofessionale e multidisciplinare del trattamento del Disturbo da Uso di Alcool, fornendo nuove possibilità di intervento e cura, anche verso il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite. In particolare, l'ICD-11 rappresenta una nuova opportunità per identificare tempestivamente diversi comportamenti dannosi per coloro che necessitano di cure, colmando il *gap* terapeutico esistente e aumentando la copertura dei disturbi da uso di alcool (Saunders et al., 2019).

Di seguito è riportato un elenco di categorie diagnostiche specifiche che si applicano all'alcool:

- 6C40.0 Uso dannoso episodico di alcool
- 6C40.1 Consumo dannoso di alcool
- 6C40.2 Dipendenza da alcool
- 6C40.3 Intossicazione da alcool
- 6C40.4 Sindrome di astinenza da alcool

Le prime tre diagnosi sopra elencate descrivono il modello di consumo di alcool. Una di queste tre diagnosi, o Disturbo Dovuto all'Uso di Alcool, non Specificato, per i casi in cui il modello di consumo non è noto al momento della valutazione, è considerato la diagnosi primaria. Cioè, una di queste cinque diagnosi dovrebbe essere assegnata quando si effettua una diagnosi di Disturbo dovuto all'Uso inadeguato di Alcool.

Le restanti diagnosi riflettono l'impatto del modello di consumo di alcool e sono quindi considerate associate a una delle diagnosi del modello di consumo primario. Queste diagnosi dovrebbero quindi essere assegnate insieme alla relativa diagnosi primaria. Ad esempio, 6C40.1/6C40.5 è Modello dannoso di consumo di alcool associato a Disturbo psicotico indotto da alcool, 6C40.2/6C40.70 è Dipendenza da alcool associata a Disturbo dell'umore indotto da alcool, 6C4Z/6C40.3 è Disturbi Dovuto all'uso di sostanze non specificate associato a intossicazione da alcool (ovvero, il modello di consumo in quest'ultimo caso è sconosciuto).

Per ciò che attiene alla gestione dell'astinenza alcolica si prevede la classificazione della gravità secondo la Scala CIWA-Ar per la valutazione dei sintomi e segni della crisi d'astinenza da alcool (CIWA-Ar Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Attilia et al., 2018) e se lieve o moderata, se ci sono indicazioni, si valuterà un programma farmacologico ambulatoriale e in caso di astinenza grave in regime nosocomiale presso la UOC Medicina Interna P.O. Santa Maria della Pietà (Nola) come previsto dal Protocollo di Intenti firmato con il Dipartimento Dipendenze, nelle more dell'atteso ampliamento del numero di posti letto da 12 a 20, con riserva di due posti per il ricovero di utenti in astinenza grave (**Scheda di invio per ricovero. Vedi Appendice 3**).

Il programma ambulatoriale prevede la prescrizione di benzodiazepine *long acting* con metaboliti attivi (diazepam) (Gold standard) (Pribek et al., 2021) con attenzione a fenomeni di accumulo + Vitamina B e complesso B con acido folico+ metadoxina. Previa valutazione accurata è possibile utilizzare il sodio oxibato in alternativa alle BDZ che, come riportato in letteratura, è altrettanto efficace (Kamal et al., 2016, Stella et al., 2008).

## **IL PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE**

Premesso che tutti i trattamenti sono volontari, il paziente deve essere adeguatamente informato su quello che il Servizio ritiene necessario attivare per fronteggiare la complessità della patologia (Ceccanti et al., 2018).

Il PDTA prevede il coinvolgimento della famiglia, che secondo la più recente letteratura (McCrary et al., 2021) è di aiuto nel lungo termine per mantenere un legame corretto con il Servizio.

Contestualmente all'avvio del trattamento farmacologico il paziente ha in programma una serie di incontri con lo psicologo che procederà ai colloqui conoscitivi e proporrà l'esecuzione di test psicodiagnostici (vedi avanti). Nella fase di restituzione dell'esito del test al paziente, lo psicologo rileva il grado di consapevolezza della malattia, l'adesione al trattamento e la motivazione al cambiamento. La valutazione finale del processo porterà alla definizione del percorso di approfondimento psicologico successivo (colloqui psicologici, psicoterapia individuale, familiare e di gruppo, gruppi di sostegno e di auto-aiuto secondo la tipologia degli Alcolisti Anonimi (Volenik, 2021) come previsto dal protocollo di Intenti con gli AA o secondo l'Approccio Ecologico Sociale Metodo Hudolin applicato dai CAT (Club Alcolici Territoriali, Comunità multifamiliari di 10-12 famiglie che si incontrano ogni settimana per circa un'ora e mezza, per affrontare i problemi legati al disagio causato dal consumo di alcol e da altri comportamenti a rischio - droghe, azzardo, altre addiction - e maturare il cambiamento del proprio stile di vita.

Il Club individua nella famiglia la risorsa principale per la realizzazione del processo di crescita delle persone e promuove la cultura della responsabilità).

Nel territorio aziendale (Pomigliano, Somma Vesuviana) sono attivi al momento tre CAT, con previsione a breve di ulteriori aperture su Somma Vesuviana e Nola.

In relazione ai bisogni rilevati vengono coinvolte le altre figure dell'équipe per affrontare eventuali disagi di tipo sociale o relazionale che porteranno ad approntare un progetto che integri il trattamento con proposte riabilitative (ricerca di un lavoro, di una casa, valutazione delle abilità residue). Quando la valutazione di ciascuna figura professionale coinvolta è definita, viene pianificata una riunione di équipe per la discussione del caso. In questa sede, si tracciano le proposte per il Piano Terapeutico Individuale. Al paziente viene assegnato una figura di riferimento (Case Manager) che proporrà e promuoverà quando necessario la riunione di équipe dedicata al caso.

Il PTRI, si può chiudere con dimissioni dopo un adeguato tempo di *follow-up*, valutata la raggiunta stabilizzazione delle condizioni generali del paziente, la Sua motivazione e la Sua volontà a mantenere uno stato astinenza dal *potus*.

In caso di interruzione non concordata del PTRI, se il paziente si ripresenta entro sei mesi viene riformulato il progetto terapeutico valutando le motivazioni e gli eventuali aggiustamenti per superare il momento di crisi. Se il paziente si ripresenta dopo sei mesi, si valuta la richiesta di una nuova presa in carico e si riattiva il percorso di osservazione e diagnosi per una nuova riformulazione del PTRI.

La proposta e le successive variazioni del PTRI sono concordate e sottoscritte dal paziente.

Per la gestione dei diversi aspetti dell'alcoldipendenza, che si estrinsecano nelle manifestazioni cliniche e negli aspetti sociali degli alcolodipendenti e dei loro familiari, è necessario un trattamento alcolologico, strutturato come programma stadiale con diverse fasi (Accoglienza-Diagnosi, Stabilizzazione- Disintossicazione, Riabilitazione, Prevenzione della Ricaduta, Follow-up e Fine programma). Nei casi che necessitano un programma diverso, gli stessi, dopo l'accoglienza e la Stabilizzazione- Disintossicazione, valutati in équipe possono essere inviati a Strutture Semi- o Residenziali.

## **EQUIPE MULTIDISCIPLINARE E PROGRAMMA INDIVIDUALIZZATO**

I dati in letteratura dimostrano che nelle dipendenze il lavoro di *équipe* è il *Gold Standard* dei trattamenti. Quindi la presa in carico integrata e il programma individualizzato sono la regola e vengono attuati dell'*équipe* multiprofessionale specificatamente formata e costituita dalle seguenti professionalità: Medico, Psicologo-psicoterapeuta, Infermiere, Assistente Sociale ed Educatore Professionale e tecnico per la Riabilitazione Psichiatrica come recentemente previsto dalla **Delibera Regione Campania n° 190 del 19.04.2023**).

### **Assessment**

L'*assessment* fornisce una base per lo sviluppo di un'alleanza con il paziente, per la comprensione del problema di dipendenza ed abuso di alcool, un tracciato per la pianificazione del trattamento, e un punto di riferimento per il monitoraggio del trattamento e *follow-up*.

L'*assessment* è un concetto ampio che comprende lo *screening*, la valutazione e attività diagnostiche, è multidimensionale si basa su una valutazione multidisciplinare integrata coinvolgendo le diverse professionalità dell'*équipe*, comprendendo il colloquio individuale e altri strumenti di valutazione. Si ritiene l'*assessment* multidimensionale e multidisciplinare integrato un aspetto fondamentale, in quanto una porzione significativa dei pazienti con dipendenza da alcool presenta un'ampia gamma di problematiche.

L'*assessment* è finalizzato alla raccolta di dati rilevanti per l'inquadramento del caso, per il riconoscimento di eventuali comorbidità e per una valutazione di gravità che consenta di indirizzare il pz verso la forma di trattamento più idonea mediante:

- l'anamnesi generale, mirata alle problematiche specifiche della dipendenza da alcool e dell'eventuale associazione con abuso di altre sostanze;
- l'analisi dei fattori di vulnerabilità e di resilienza;
- la ricostruzione della storia del comportamento, delle esperienze e delle condotte;
- diagnosi medica della dipendenza o abuso di alcool;
- diagnosi educativa)
- diagnosi psicologica;
- la verifica dell'impatto della patologia sul funzionamento individuale, interpersonale e sociale;
- l'analisi del comportamento attuale e relativo indice di gravità con l'ausilio di specifici strumenti di *screening* e di valutazione;
- - la valutazione del funzionamento del sistema familiare e delle risorse di rete;
- la rilevazione della presenza di eventuali eventi traumatici e di comportamenti violenti. In questi casi gli Assistenti Sociali dell'*équipe* e il Case Manager si attivano per il contatto con i Centri Antiviolenza (CAV) attraverso i Comuni di appartenenza. I CAV possono contare sulla rete territoriale e sono in grado di fornire più risposte alle donne per reagire alla situazione di violenza e avviare un percorso di uscita. In particolare, questo vale per il servizio di pronto intervento, servizio di orientamento e accompagnamento ad altri servizi della rete territoriale, supporto e consulenza alloggiativa, supporto all'autonomia, orientamento lavorativo, supporto per i figli minorenni e sostegno alla genitorialità, per la mediazione linguistica-culturale e per gli altri servizi rivolti a donne straniere, rifugiate e richiedenti asilo.
- la realizzazione di interventi a supporto di processi di acquisizione di abilità e risorse nelle aree relative alle dimensioni della vita.
- l'analisi delle abilità socio-lavorative e della situazione economica, debitoria e legale;
- la valutazione di eventuale presenza di comorbidità.

È altresì opportuno consigliare l'uso di un colloquio clinico strutturato per un *assessment* completo e per promuovere un modo di lavoro unico e standardizzato tra servizi e categorie professionali. L'esito dell'*assessment* sarà la definizione in équipe della valutazione multidisciplinare, la nomina del case manager e la successiva restituzione all'utente e al sistema familiare.

### **Interventi specifici**

A termine del percorso di valutazione multidisciplinare, nell'ambito delle attività dell'équipe viene definito il programma terapeutico integrato e personalizzato rivolto all'alcolista e ai suoi familiari. Il programma terapeutico viene presentato e condiviso con il paziente e i familiari di riferimento, formalizzato tramite la compilazione e la firma della scheda prevista dalla cartella informatizzata (consenso informato). Nello specifico, il trattamento si articola in una serie di interventi integrati:

Primo colloquio di orientamento e registrazione dei dati socio demografici;

- colloqui motivazionali individuali;
- valutazione psicopatologica ed inquadramento diagnostico con strumenti validati per la diagnosi (CAGE, AUDIT- AUDIT C);
- valutazione di trattamenti farmacologici;
- valutazione di trattamenti psicoterapeutici e riabilitativi;
- percorsi psico-educazionali individuali e/o di gruppo;
- *counseling* ai familiari;
- attivazione di programmi terapeutici semiresidenziali e residenziali.

L'approccio clinico avviene mediante visita medica completa e compilazione della CC, che rappresenta il momento della prima fase del processo diagnostico seguito poi dall'eventuale trattamento farmacologico. Sia il momento diagnostico che quello di monitoraggio si avvarrà degli esami clinico strumentali c/o strutture dell'Azienda.

Visita medica e di inquadramento per la rilevazione del quadro nosografico:

- a) Grado di *potus* misurato attraverso i test di cui sopra
- b) Rilevazione di eventuale astinenza mediante scale di valutazione (CIWA-Ar), come precedentemente riportato. Per la valutazione completa, nel caso di impossibilità per la gravità della dipendenza di disintossicare il paziente a livello ambulatoriale-domiciliare, la possibilità di inviarlo c/o l'UOC Medicina Interna Ospedale Santa Maria della Pietà di Nola come previsto dalla L. 125/2001.

Gli esami ematochimici principali da praticare per il sospetto diagnostico risultano:

Transaminasi (GOT, GPT e  $\gamma$ GT), Emocromo, CDT, amilasi, e lipasi.

Controlli tossicologici su matrice urinaria mediante EtG per verificare l'andamento clinico-terapeutico per controllare il *potus*. EtG su matrice cheratinica, importante anche per la parte diagnostica con possibili risvolti medico legali. Per tale esame diagnostico, che attualmente non è eseguito dalla nostra ASL, urge la necessità di implementare tale pratica diagnostica da parte del Laboratorio di Tossicologia vista la sua rilevante importanza.

In acuto per rilevare il tasso alcolemico, utilizzo dell'Alcolimetro che è in dotazione ad alcuni Ser. D. Aziendali e con la previsione di poter disporre di tale strumento per tutti i Ser. D. Aziendali.

Il trattamento farmacologico avverrà secondo le linee di indirizzo rigorosamente in accordo alle evidenze scientifiche.

- Sodio oxibato (Alcover Sol. Os.) (Bahji et al., 2022; Stella et al., 2008; Kamal et al., 2016).
- Acamprosato (campral cpr) (Rösner et al., 2010; Bahji et al., 2022).
- Naltrexone (Nalorex cpr, Naltrexone Accord Healthcare cpr, Antaxone sol. os (Anton, 2008; Avery 2023; Stella et al., 2008) e nalmefene - (Selincro Cpr) (Burnette et al., 2022).
- Disulfiram (Antabuse Dipsergettes cpr, Etiltox cpr) (Jørgensen et al. 2011).
- Metadoxina (Ayares et al., 2022; Bahji et al., 2022).
- Benzodiazepine (Cohen, 2022)
- Topiramato, baclofen, ecc (off-label) (Kranzler, 2023), secondo la normativa (Legge 94/98 o Legge di Bella).

Inoltre, un argomento fondamentale nel presente documento è il *relapse* durante il trattamento del DUA che è molto comune e ad alto rischio. Il *relapse* per numerosissimi autori è considerato parte del trattamento (Maillard et al., 2022), quindi un evento che fa parte del percorso e assolutamente non deve essere vissuto come un fallimento. Infatti, esso è considerato un processo transitorio, una serie di eventi che si dispiegano nel tempo. (Larimer et al., 1999). Per intraprendere interventi di prevenzione della ricaduta è necessario dunque procedere in primo luogo ad una diagnosi motivazionale, valutando su cosa il paziente è effettivamente disposto ad impegnarsi al fine di evitare la ricaduta (Cibin et al., 2001). Laddove si renda necessario un presidio farmacologico è appropriato intervenire da questo punto di vista con i farmaci sopra riportati secondo il modello di *Verheul* et al., 1999 per il controllo del *craving*.

Nei pazienti *non responder* all'uso singolo dei farmaci soprariportati è consigliabile associare alcuni di essi come riportato in letteratura (Stella et al. 2008; Keating, 2014)

Per i pazienti alcolisti con Doppia diagnosi bisogna fare riferimento al PDTA Aziendale del 29.07.2021 n° 759.

### **Interventi Motivazionali**

I trattamenti *Evidence Based*, rivolti a pazienti con Disturbo da Uso di Alcool secondo la più recente letteratura (Clay et al., 2008; Marcovitz et al. 2020) prediligono strategie per aumentare la motivazione (ad esempio, il counselling motivazionale, la riduzione della resistenza al cambiamento), sono gli interventi terapeutici brevi volti a ridurre la resistenza e migliorare la motivazione al cambiamento.

Gli interventi motivazionali aumentano la motivazione del paziente migliorando l'alleanza terapeutica. Questo si ottiene riconoscendo che i pazienti sono, nella migliore delle ipotesi, ambivalenti nello sperimentare il cambiamento personale (Gray et al., 2021; Miller & Rollnick, 1991, Miller et al., 1995).

Con il miglioramento della relazione terapeutica, i pazienti sono più disposti a prendere in considerazione ed esplorare la loro ambivalenza. Miller e Rollnick (1991) hanno osservato che l'ambivalenza è al centro del trattamento per i disturbi da dipendenza. *Shaffer e Howard* (1992), contemporaneamente hanno ipotizzato che l'ambivalenza dolorosa è responsabile per stimolare la negazione e la comparsa di intrattabilità tra le persone che lottano con disturbi da dipendenza.

La letteratura prende in considerazione alcuni interventi di *counselling* motivazionale:

*Motivational interviewing* (MI) *counselling* centrato sul paziente che mira ad assistere i pazienti ad esplorare e risolvere l'ambivalenza relativa al cambiamento comportamentale. L'obiettivo di questo tipo di intervento è chiarire gradualmente l'ambivalenza legata al cambiamento comportamentale e

far emergere un discorso collegato al cambiamento utilizzando tecniche informative con opzioni di scelta, ascolto attivo, formulazione di domande aperte ed esplorative. L'intervento è fondato sulla collaborazione tra professionista e paziente, rispettando il diritto, ma anche la capacità del paziente di fare scelte in modo informato, ascoltandolo con empatia.

*Motivational Enhancement Therapy* (MET) è basato su interventi specifici, sviluppati dall'approccio MI, che si svolgono in 4/5 sedute. I risultati di alcune *review* (Kumar et al., 2021), indicano che gli interventi sono efficaci nel ridurre sia la gravità del *potus* e, in alcuni casi, anche il disagio psicologico legato all'*Addiction*.

La terapia cognitivo comportamentale (CBT), risulta la più efficace come documentato da numerosissime evidenze scientifiche. Essa propone interventi mirati a gestire e modificare stili di pensiero disfunzionali, che possono aumentare il rischio del *potus*. Interventi volti al miglioramento delle abilità sociali e all'acquisizione di strategie del *Problem Solving* risultano efficaci per il *management* dei sintomi psicotici persistenti, di sintomi negativi (che a loro volta incidono negativamente sui rapporti sociali), del *craving* vs l'alcool, delle pressioni sociali che stimolano l'assunzione di alcool. Interventi di psicoterapia individuale e familiare, così come la terapia di gruppo, possono trovare indicazione in casi specifici con l'obiettivo di migliorare il funzionamento psichico, le capacità riflessive e le relazioni interpersonali.

FRAMES (Feedback, Responsibility, Advice, Menu for change, Empathy, and Self-Efficacy), confronta il modello di consumo del partecipante con modelli di consumo non rischiosi, sottolinea che la responsabilità di apportare un cambiamento spetta al soggetto;

*Skill training*, un approccio terapeutico che aiuta le persone a sviluppare le competenze necessarie per affrontare le problematiche più invalidanti come per esempio ridurre o interrompere l'uso di sostanze; l'intervento aiuta le persone a sviluppare strategie di *coping* come: evitare o allontanarsi da situazioni ad alto rischio, aumentare le attività divertenti che non implicano l'uso di sostanze e ottenere supporto da altri per cambiare l'uso di sostanze. Si usa principalmente in un formato individuale in 4-9 sessioni.

Modello Transteorico del Cambiamento di *Prochaska e Di Clemente* (1982), che si focalizza sulla necessità di individuare lo stato di disponibilità al cambiamento del paziente rispetto a un dato problema, per proporre interventi comprensibili e accettabili.

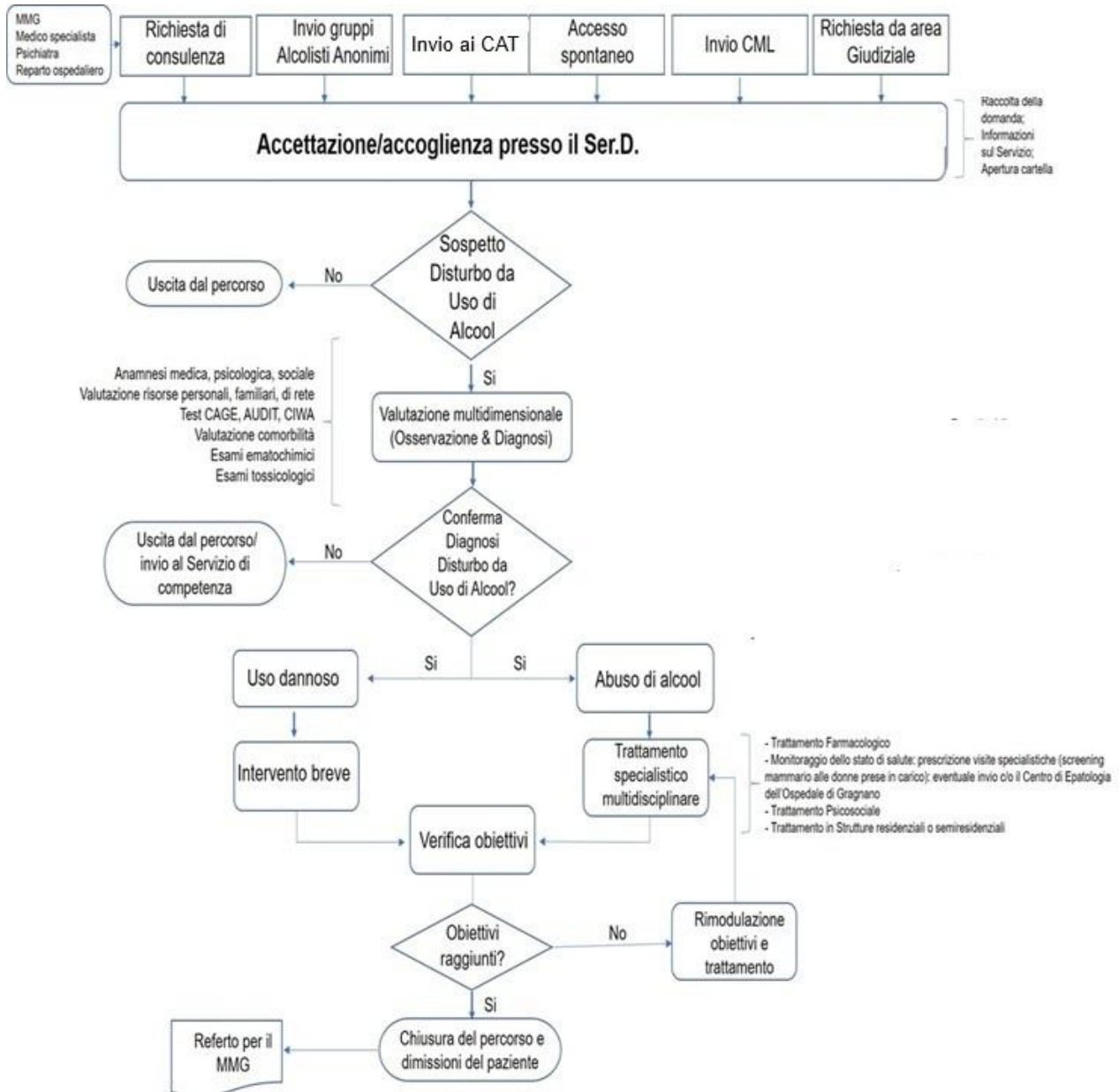
### **Il ruolo della famiglia e psicoterapia della famiglia**

Diversi studi riportano (Vaishnavi et al., 2017) che in tutte le forme di dipendenza, è importante favorire la collaborazione con le famiglie, del *caregiver*, del paziente affetto da dipendenza, coinvolgendole nella presa in carico e nella gestione del programma terapeutico, incrementando la loro sensibilizzazione mediante interventi psicoeducativi e/o psicoterapeutici di gruppo o individuali. Parallelamente è previsto un coinvolgimento della rete sociale, formale e informale, sensibilizzandola a collaborare alla realizzazione del progetto terapeutico. La letteratura scientifica di riferimento (Bowen e Twemlow, 1978) evidenzia la forte indicazione della terapia familiare nel trattamento delle dipendenze. Per quanto riguarda l'alcool, numerose ricerche hanno evidenziato come i genitori e il gruppo dei pari forniscano indicazioni rilevanti per quanto riguarda la rappresentazione, il significato e le motivazioni che spingono a bere (Reifman et al., 1998; Wilks, et al., 1989). L'uso dell'alcool da parte del gruppo dei pari o dei propri genitori è spesso associato a comportamenti di abuso alcolico.

## TRATTAMENTI IN STRUTTURE RESIDENZIALI O SEMIRESIDENZIALI

Nella costruzione della rete del PDTA, le Comunità Terapeutiche per il Disturbo da Uso da Alcool rappresentano un punto imprescindibile, qualora si ritenga appropriato l'inserimento del paziente in struttura residenziale o semiresidenziale con rilevazione attraverso scheda quadrimestrale e resoconto annuale degli utenti inviati c/o strutture semi e residenziali mediate scheda *ad hoc* (vedi appendice).

### Flow-chart



## INDICATORI DI RISULTATO

Gli indicatori sono delle variabili ad alto contenuto informativo e misurabili, atte a descrivere sinteticamente la qualità dell'assistenza resa e l'impatto dell'applicazione del presente PDTA e rappresentano uno strumento utilizzato di monitoraggio.

Requisito di qualità	Indicatore	Standard	Processo	Fonte Flusso	Periodicità verifica
Appropriatezza	n° di pazienti alcolisti con programma individualizzato (progetto terapeutico) /n° pazienti in carico	> 70%	Presa in carico con progetto individualizzato	Cartella informatizzata S.I.D.	semestrale
Appropriatezza	N° pazienti alcolisti in carico da almeno 1 anno con obiettivi verificati almeno 1 volta nell'anno/n° pazienti in carico da almeno 1 anno	> 70%	Presa in carico con progetto individualizzato	Cartella informatizzata S.I.D.	annuale
Efficacia	n° pazienti alcolisti nuovi o reingressi che sono ancora in carico dopo 12 mesi/ n° pazienti alcolisti nuovi o reingressi	> 50%	Ritenzione in trattamento	Cartella informatizzata S.I.D.	annuale
Efficienza organizzativa	n° consulenze alcolologiche effettuate entro 48 ore dalla richiesta/n° consulenze alcolologiche richieste	100 %	Interfaccia con Azienda Ospedaliera	Registrazione manuale	annuale
Efficienza organizzativa	N° dimissioni da CT con relazioni finali inviate dalla CT ai Ser. D. entro 15 gg dall'uscita del soggetto/ n° di dimissioni dalla CT	100%	Interfaccia con Privato Sociale	Registrazione manuale	annuale
Efficienza organizzativa	N° utenti alcolisti nuovi o reingressi inviati ai gruppi AA e CAT tramite primo contatto presso il Ser. D./ n° alcolisti nuovi o reingressi	> 40%	Interfaccia con i gruppi Auto Mutuo Aiuto Territoriali: AA e CAT	Registrazione manuale	annuale

### Impatto economico e revisione

Il PDTA prevede l'utilizzo del personale del Dipartimento Dipendenze che già si occupano di pazienti dipendenti da sostanze e comportamentali. Quindi l'impatto economico è a costo-zero.

Il presente documento dovrà essere oggetto di eventuale revisione, ogni 12 mesi per possibili integrazioni per aggiornarlo alle nuove evidenze o individuazioni di criticità. Particolare attenzione dovrà essere data al rilevamento dei dati quali: caratteristiche socio-demografiche dei pz, efficacia delle prestazioni, *follow-up*, verifica del raggiungimento degli indicatori, il tutto che poter permettere la pubblicazione dei dati e possibilmente consegnarli alla letteratura, nazionale o internazionale.

## Bibliografia

1. Alcohol and Substance Use Disorders Diagnostic Criteria Changes and Innovations in ICD-11: An Overview” Clinical psychology in Europe, 2022.
2. Alcohol-use disorders. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence National Clinical Practice Guideline 115 – NHS, 2011.
3. Anton, RF. Naltrexone for the Management of Alcohol Dependence. N Engl J Med., 359(7): 715–721, 2008.
4. Attilia F, Percibally R, Rotondo C, Capriglione I, Iannuzzi S, Attilia ML, Coriale G, Vitali M, Cereatti F, Fiore M, Ceccanti M. Interdisciplinary Study Group CRARL-SITAC-SIPaD-SITD-SIP. Dip. Alcohol withdrawal syndrome: diagnostic and therapeutic methods. Riv Psichiatri; 53(3): 118-22, 2018.
5. Avery J. Naltrexone and Alcohol Use. Am J Psychiatry. 1;179(12):886-887, 2022.
6. Ayares G., Idalsoaga F., Díaz L.A., Arnold J., Arab J. P. Current Medical Treatment for Alcohol-Associated Liver Disease.; J Clin Exp Hepatol 12 (5):1333-1348, 2022.
7. Bahji A., Bach P., Danilewitz M., Crockford D., Devoe D. J., El-Guebaly N., Saitz R. Pharmacotherapies for Adults With Alcohol Use Disorders: A Systematic Review and Network Meta-analysis. J Addict Med.; 16(6):630-638, 2022.
8. Bartoli G., Scafato E., Patussi V., Russo R. Il ruolo del Medico di Medicina Generale nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati. Gli strumenti per l’identificazione precoce e l’intervento breve nei confronti del bere a rischio. ALCOLOGIA, 14 (2-3), 109-117, 2002.
9. Bollettino Ufficiale Regione Campania n. 21 del 15 aprile 2019. Decreto N. 32 del 25/03/2019: Approvazione del “Documento tecnico di Indirizzo sulla Metodologia di Stesura dei PDTA in Regione Campania”.
10. Bollettino Ufficiale Regione Campania n° 60, 12 settembre, 2022
11. Bollettino Ufficiale Regione Campania n. 60 del 12 settembre 2016. Decreto n. 86 del 08.08.2016. Piano d’azione regionale di contrasto alle Dipendenze patologiche.
12. Bowen W. T., Twemlow S. W. Locus of Control and Treatment Dropout in an Alcoholic Population British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs. 73: 1, 51-54, 1978.
13. Burnette E.M., Nieto S.J., Grodin E.N., Meredith L.R., Hurley B., Miotto K., Gillis A.J., Ray L.A. Novel Agents for the Pharmacological Treatment of Alcohol Use Disorder. Drugs. 82 (3):251-274, 2022.
14. Ceccanti M., Iannitelli A, Fiore M. Italian Guidelines for the treatment of alcohol dependence. Rivista di Psichiatria. 53(3):105-106, 2018.
15. Cibir, I. Hinnenthal, E. Levarta, E. Manera, M. Nardo, V. Zavan, Boll. Farmacodip. e Alcoolis., XXIV (1), 9-15, 2001  
Cochrane Database Syst Rev. 2020; (3): CD012880, 2020.
16. Clay S. W, Allen J., Parran T. A review of addiction. Postgrad Med. 31;120(2): E01-7, 2008.
17. Cohen S. M., Alexander R. S., Holt S. R.. The Spectrum of Alcohol Use: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. Med Clin North Am.; 106 (1):43-60, 2022.
18. Cuijpers P., Riper H., Lemmers L. The effect on mortality of brief interventions for problem drinking: A meta-analysis. Addiction, 99: 839-845, 2004
19. European Medicines Agency (EMA), (2010) *Guideline on the development of medicinal*
20. Fleming M. F., Mundt M. P., French M. T. Brief physician for problem drinkers: Long-term efficacy and benefit-cost analysis. Alcoholism: Clinical and experimental research. 26 (1): 36-43, 2002.
21. Freudenheim JL., Alcohol's Effects on Breast Cancer in Women. Alcohol Res. 18;40(2): 11, 2020.
22. Fuschillo A., Cepparulo S., Fuschillo C., Bianco S., Sannino A., Stella L. L’escitalopram nella depressione in soggetti con abuso alcolico. 11° Congresso SIPB Società Italiana di Psichiatria Biologica Neuroscienze Sociali in Psichiatria, Napoli, 261, 2013.

23. Gray H. M, Rhiannon C, Wiley C., Williams P. M., Shaffer H. J. A Scoping Review of "Responsible Drinking" Interventions. *Health Commun.* 36(2):236-256, 2021.
24. Jørgensen CH, Pedersen B, Tønnesen H. The efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol use disorder. *Alcohol Clin Exp Res.*;35(10):1749-58, 2011.
25. Kamal RM, van Noorden MS, Franzek E. The neurobiological mechanisms of gamma-hydroxybutyrate dependence and withdrawal and their clinical relevance: a review. *Neuropsychobiology*; 73:65-80, 2016.
26. Keating GM. Sodium oxybate: a review of its use in alcohol withdrawal syndrome and in the maintenance of abstinence in alcohol dependence. *Clin Drug Investig.* 34(1):63-80, 2014.
27. Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Monitoring Editor: Cochrane Drugs and Alcohol Group, Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017(11), 2017.
28. Koek W, France CP. Cataleptic effects of gammahydroxybutyrate (GHB) and baclofen in mice: Mediation by GABA(b) receptors, but differential enhancement by Nmethyl-d-aspartate (NMDA) receptor antagonists. *Psychopharmacology (Berl)* 2008;199:191-8.
29. Kranzler H. R. Overview of Alcohol Use Disorder. *Am J Psychiatry.* 1;180(8):565-572; 2023.
30. Kranzler H.R. & Soyka M., Diagnosis and Pharmacotherapy of Alcohol Use Disorder: A Review, *JAMA*, 28; 320 (8): 815, 2018.
31. Kumar S., Srivastava M., Yadav J.S., Prakash S. Effect of Motivational Enhancement Therapy (MET) on the self efficacy of individuals of Alcohol dependence. *J Family Med Prim Care* 2021; 10(1): 367-72.
32. Larimer M. E., Palmer R. S., Marlatt G. A. Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Res Health.*; 23(2):151-60, 1999.
33. Maillard A., Laniepce A., Segobin S., Lahbairi N., Boudehent C., Vabret F., Cabé N., Pitel A. L. Prognostic factors for low-risk drinking and relapse in alcohol use disorder: A multimodal analysis. *Addict Biol.* ;27(6): e13243, 2022.
34. Marcovitz D. E., Sidelnik S. A., Smith M. P. ,Suzuki J: Motivational Interviewing on an Addiction Consult Service: Pearls, Perils, and Educational Opportunities. *cad Psychiatry* 44(3):352-355, 2020.
35. McCrady BS, Flanagan JC. The Role of the Family in Alcohol Use Disorder Recovery for Adults. *Alcohol Res*; 41(1):06, 2021.
36. Miller W. R., Brown, J. M., Simpson, T. L., Handmaker, N. S., Bein, T. H., Luckie, L. F., Montgomery, HA., Hester, RK., & Tonigan, JS. What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives* (Second ed., pp. 12-44). Boston: Allyn and Bacon, 1995.
37. Miller, W. R., & Rollnick, S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.*The Guilford Press, 1991.
38. Ministero della Salute D.M. 12 marzo 2019. Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale*, n. 138 del 14 giugno 2019.
39. Ministero della Salute Direzione Generale della programmazione sanitaria Anno 2022 Periodo di riferimento 2020. Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia. Metodologia e risultati dell'anno 2020. Data di pubblicazione 7 gennaio 2023.
40. Ministero della Salute. Libro Bianco "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcologia italiana", 2022.
41. Ockene J. K., Wheeler E. V., Adams A., Hurley T. G., Hebert J. Provider training for patient-centered alcohol counseling in a primary care setting. *Arch Intern Med.* 10;157(20):2334-41, 1997.
42. Pichini S. Guida alla diagnosi dello spettro dei disordini feto-alcologici 2010 Istituto Superiore di Sanità.

43. Pribék I.K., Kovács I, Kádár B.K., Kovács CS, Richman MJ, Janka Z, Andó B, Lázár B.A.. Evaluation of the course and treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome with the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol - Revised: A systematic review-based meta-analysis *Drug Alcohol Depend.* 1:220:108536, 2021.
44. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *American Journal of Health Promotion*, 12, (1): 11-12.
45. Reifman A., Barnes G. M., Dintcheff B.A., Farrell M.P., Uhteg L. Parental and peer influences on the onset of heavier drinking among adolescents. *J Stud Alcohol*; 59(3): 311-7, 1998.
46. Rösner S., Hackl-Herrwerth A., Leucht S., Lehert P., Vecchi S., Soyka M. Acamprosate for alcohol dependence (Review) *The Cochrane Library*, Issue 9, 2010.
47. Saunders JB, Degenhard L, Reed GM, Poznyak V. Alcohol use disorders in ICD11: Past, Present, and future. *Alcohol Clin Exp Res* 2019; 43(8): 1617-31.
48. Scafato E., Allamani A., Patussi V. et al.: Who Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol Related Problems in Primary Health Care. Project on Identification and Country-wide Strategies for Implementing Early Identification and Brief Intervention in Primary Health Care, ed. Heather N., WHO Press, 145-171, 2006.
49. Shaffer, H. J. Treatment, training, and credentials: An editorial on the fabric of addiction care. *Psychology of Addictive Behaviors*, 6 (1), 3–4, 1992.
50. Stella L, Addolorato G, Rinaldi B, Capuano A, Berrino L, Rossi F, Maione S. An open randomized study of the treatment of escitalopram alone and combined with  $\gamma$ -hydroxybutyric acid and naltrexone in alcoholic patients. *Pharmacological Research.* 57(4): 312-317, 2008.
51. Stella L., Armenante C., Di Donato L., D'Ambra A., Loffreda A., Papilio C, Rinaldini V., Guarino G., Leone A., Scala G., Guida F., Marabese I., De cicco D., Sorrentino M.G., Montesano F., de Novellis V. Collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) nel trattamento del disturbo da uso di alcool. *Medicina delle Dipendenze – Italian Journal of the Addictions (MDD)*, 24, 40, 2016.
52. Vaishnavi R., Karthik M. S., Balakrishnan R., Sathianathan R. Caregiver Burden in Alcohol Dependence Syndrome. *J Addict.* 21:89, 34, 2017.
53. Volenik A *Spiritual Principles of Alcoholics Anonymous.* *Psychiatr Danub.* 33(Suppl 4):974-980, 2021.
54. Vignoli T., Zavan V., Cozzolino E., Addolorato G., Amendola M. F., Caputo F., Cibin M., Lucchini A., Nava F. A., Pellicano R., Faillace G., Stella L., Testino G. Proposal for the enhancement of alcoholology (prevention, treatment and rehabilitation of alcohol problems): the position of Società Italiana di Alcolologia (SIA), Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD) and Società Italiana Tossicodipendenze (SITD). *Panminerva Medica*; 64 (3): 311-3, 2022.
55. Verheul R, W van den Brink W., P Geerlings P. A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol.* 34(2):197-222, 1999.
56. Whitlock E. P., Polen M. R., Green C. A., Siu A., C., Orleans C. T. Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Risky/Harmful Alcohol Use [Internet]. *Annals of Internal Medicine*, 140 (7): 557-568, 2004.
57. Wilks J., Callan v.J., Austin D.A. Parent, peer and personal determinants of adolescent drinking. *Br J Addict.*; 84(6): 619-30, 1989.

**Appendice 1**

**Al Responsabile dell'U.O.C. Servizio Materno-Infantile  
e Medicina di Genere**

**Scheda di invio per Mammografia, Pap-test e/o HPV DNA TEST**

Cognome .....

Nome.....

data di nascita ..... Luogo di nascita .....

Comune di residenza ..... Provincia.....

Via/piazza ..... N° ..... Tel. ....

**Si richiede:**

- 45-69 anni screening mammella
- 25-29 anni Pap-test (ogni 3 anni)
- 30- 64 anni per HPV DNA TEST (ogni 5 anni)
- Pap-test

Eventuali terapie in corso

.....

.....

.....

.....

....

Altro

.....

.....

.....

.....

Data,

Firma del Dirigente Medico Ser. D.

**Appendice 2**

**SCHEDA DI INVIO AL SER. D. DA PARTE DEL MEDICO DI BASE**

Al Dirigente dell'U.O.C. Ser. D. di .....

Medico di base Dr. ....

tel ..... cell. .... e-mail .....

**si invia**

il/la Sig/ra.....

data di nascita ..... luogo di nascita .....

Comune di residenza ..... Provincia.....

Via/piazza ..... N° ..... Tel. ....

Anamnesi tossicologica:

.....  
.....  
.....

Anamnesi clinica:

.....  
.....  
.....

Si allegano gli eventuali esiti dei seguenti esami ematochimici e/o strumentali:

.....  
.....  
.....

Data,

Firma del Medico di Medicina Generale

**Appendice 3**

**All'UOC Medicina Interna  
Ospedale Santa Maria della Pietà di Nola**

**SCHEDA DI INVIO SER. D. PER RICHIESTA PER RICOVERO**

Il/la Sig/ra.....

data di nascita ..... luogo di nascita .....

Comune di residenza ..... Provincia .....

Via/piazza ..... N° ..... Tel. ....

Anamnesi tossicologica:

.....  
.....  
.....

Anamnesi clinica:

.....  
.....  
.....

**Motivo della richiesta:**

.....  
.....  
.....

**Si allegano gli esiti dei seguenti esami ematochimici e/o strumentali:**

.....  
.....  
.....  
.....

Data,

Firma del Dirigente Medico Ser. D.