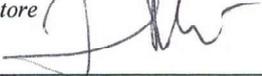
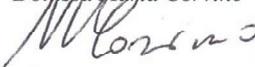
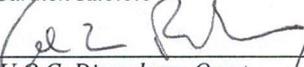
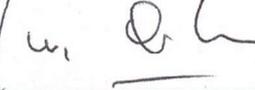
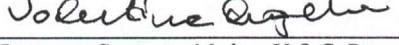
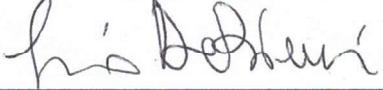
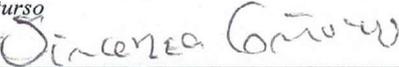
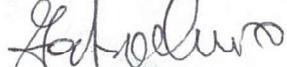
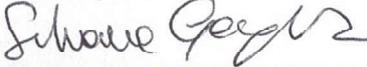
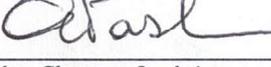
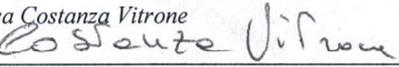
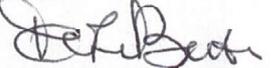
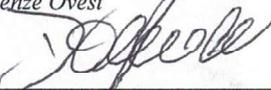
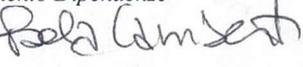


## Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

### PRESA IN CARICO E GESTIONE DEI PAZIENTI CON DISTURBO DA USO DI ALCOL (D.U.A.)

REV	DATA	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
0	Giugno 2025	Direttore Dipartimento delle Dipendenze Dott. Gennaro Pastore 	DIRETTORE SANITARIO Dott.ssa Maria Corvino 	DIRETTORE GENERALE Dott. Ing. Ciro Verdoliva 
		Direttore f.f. U.O.C. Gestione Rischio Clinico e Qualità Dott.ssa Carmen Ruotolo 		
		Direttore U.O.C. Dipendenze Ovest Dott. Giuseppe De Rosa 		
		Dirigente Medico – Staff Direzione Sanitaria Dott.ssa Valentina Angelini 		
		Dirigente Sanitario Medico U.O.C. Dipendenze Nord Ser.D. 27 Dott. Sergio De Rienzi 		
		Spec. Amb. Medico branca Igiene e Medicina Preventiva U.O.C. Dipendenze Est Ser.D. 32 Dott.ssa Vincenza Conturso 		
		Spec. Amb. Medico branca Igiene e Medicina Preventiva U.O.C. Dipendenze Ovest Ser.D. 25 Dott. Fabio Curcio 		
		Dirigente Sanitario Medico U.O.C. Dipendenze Est Ser.D. 33 Dott.ssa Silvana Gagliardi 		
		Dirigente Sanitario Psicologo U.O.C. Dipendenze Nord Ser.D. 27 Dott.ssa Anna Pastinese 		
		CPS U.O.C. Gestione Rischio Clinico e Qualità Dott.ssa Costanza Vitrone 		
		IOCR Infermiere Dipendenze Est Dott.ssa Tiziana Burzio 		
		IOCR Infermiere Dipendenze Ovest Dott. Diego Girasole 		
		IOST Servizio Sociale Dipartimento Dipendenze Dott.ssa Paola Lamberti 		



30/06/2024

## Sommario

<b>1. Premessa</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1 Il quadro epidemiologico</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2 I Principi Ispiratori</b> .....	<b>6</b>
<b>1.2.1 La riduzione del Danno - alcol</b> .....	<b>6</b>
<b>1.2.2 Principio di equità</b> .....	<b>6</b>
<b>1.2.3 Offerte alternative ad approcci incentrati sul prevenire o eliminare l'uso di bevande alcoliche</b> .....	<b>6</b>
<b>1.2.4 Sostegno alla prevenzione del consumo di sostanze basata su evidenze scientifiche</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Analisi del contesto aziendale</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1 Analisi del contesto dei residenti della ASL Napoli 1 Centro</b> .....	<b>12</b>
<b>2.2 Indici demografici (rif. Atto Aziendale ASL Napoli 1 Centro) (5)</b> .....	<b>12</b>
<b>3. Scopo e campo di applicazione</b> .....	<b>13</b>
<b>4. Acronimi</b> .....	<b>14</b>
<b>5. Riferimenti Normativi</b> .....	<b>16</b>
<b>6. Modalità operative</b> .....	<b>19</b>
<b>6.1 Fasi del Programma di intervento</b> .....	<b>19</b>
<b>6.1.1 Principi di valutazione diagnostica e presa in carico che definiscono le fasi del PDTA DUA</b>	<b>19</b>
<b>6.1.2 Attivazione del Percorso PDTA DUA</b> .....	<b>19</b>
<b>6.2 Descrizione delle Fasi operative</b> .....	<b>21</b>
<b>7. Matrice delle Responsabilità</b> .....	<b>32</b>
<b>8. Formazione</b> .....	<b>34</b>
<b>9. Diffusione</b> .....	<b>34</b>
<b>10. Monitoraggio e Valutazione</b> .....	<b>35</b>
<b>11. Revisione</b> .....	<b>36</b>
<b>12. Bibliografia</b> .....	<b>36</b>
<b>13. Allegati</b> .....	<b>39</b>

## **1. Premessa**

L'alcol accompagna la storia dell'uomo da millenni e nel corso dei secoli il suo utilizzo è diventato parte integrante di molte culture e religioni. Moltissime persone consumano alcol: soprattutto nel mondo occidentale esso è incluso nella dieta quotidiana ed il suo uso rappresenta un'attività piacevole nell'immaginario comune.

Tuttavia, l'alcol è in alcune condizioni d'uso una sostanza tossica, cancerogena, psicotropa, che può indurre dipendenza; non può essere considerato un nutriente (nonostante le sue 7 kcal per grammo). I livelli e i pattern di assunzione variano notevolmente nella popolazione, ma una percentuale significativa di persone abusa di alcol e ciò determina importanti problemi sia a livello individuale, sia a livello comunitario.

Proprio in relazione alla diffusione dell'utilizzo delle bevande alcoliche occorre sottolineare il concetto di Drug, Set e Setting. Facendo riferimento alle teorie di Norman Zinberg (50), secondo cui il contesto sociale e le disposizioni personali influenzano l'uso delle sostanze psicoattive, evidenziando come possano condizionare sia la modalità di dipendenza da sostanze che il recupero, si può comprendere come l'uso di sostanze con potenziale "addittogeno" non diventi necessariamente uso problematico o patologico. Le teorie di Zinberg spostano l'attenzione dalla visione tradizionale della dipendenza come malattia a una comprensione più complessa dei fattori coinvolti in chi utilizza sostanze psicoattive. Nel suo libro "Drug, Set, and Setting" afferma che l'esperienza dell'uso di sostanze psicoattive è influenzata da tre elementi interconnessi: 1. Drug: ossia le caratteristiche chimiche e gli effetti della sostanza utilizzata. 2. Set: che analizza l'atteggiamento, le aspettative e le esperienze pregresse dell'individuo riguardo alla droga. 3. Setting: ovvero la varietà e la qualità dell'ambiente fisico e sociale in cui si consuma la sostanza. L'autore sostiene che questi fattori determinano non solo l'effetto immediato delle sostanze psicoattive, ma anche il potenziale di sviluppo di comportamenti problematici.

Il disturbo da uso di alcol è considerato una patologia diffusa, che spesso determina importanti e gravi conseguenze; per meglio comprendere i livelli di utilizzo e conseguente gravità, si fa riferimento al concetto di unità alcolica.

Una unità alcolica (u.a.) standard corrisponde a 12 grammi di alcol puro ed equivale a:

- un bicchiere di vino (125 ml a 12 gradi), oppure
- una birra (330 ml a 4,5 gradi), oppure
- un aperitivo (80 ml a 38 gradi), oppure
- un bicchierino di superalcolico (40 ml a 40 gradi).

Un consumo superiore a quello definito a basso rischio si definisce "consumo eccedentario".

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) propone le seguenti definizioni:

**Consumo rischioso:** si intende un livello di consumo di alcol che può essere causa di rischio, a seguito del persistere di tali abitudini, che corrisponde ad un consumo giornaliero medio di oltre 20 g di alcol per le donne e di oltre 40 g per gli uomini. (49)

**Consumo dannoso:** viene definito come "modalità di consumo alcolico che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale". Per l'OMS ciò corrisponde ad un'assunzione media giornaliera di oltre 40 g di alcol per le donne e di oltre 60 g per gli uomini. (49)

**Consumo eccessivo episodico (binge drinking):** pattern di consumo di alcol nel quale il livello di concentrazione alcolica nel sangue raggiunge lo 0.08% (o 0.08 grammi/decilitro). Tipicamente, negli

adulti questo corrisponde ad un consumo di cinque o più drink per gli uomini e quattro o più drink per le donne, in un periodo di due ore.

#### **Altre conseguenze sulla salute.**

Esiste una relazione tra il consumo di alcol e il rischio di incidenti e lesioni mortali o non mortali, anche considerando che l'alcol altera la risposta al trattamento dei pazienti che hanno riportato ferite e può creare complicanze chirurgiche. (43) Nel 2022 su 56.284 incidenti con lesioni accaduti, in 4.979 casi (8,8%) il conducente era in stato di ebbrezza, mentre 1.672 (3%) sotto l'effetto di stupefacenti. L'uso problematico di alcol ha numerose conseguenze negative anche sulla vita sociale dei consumatori, che includono anche i danni arrecati a terzi: aumenta il rischio di danneggiare la vita familiare, le relazioni di coppia, il lavoro, gli studi, le amicizie o la vita sociale, l'essere coinvolti in episodi di violenza o maltrattamento ed avere una riduzione della capacità lavorativa che si può tradurre in assenteismo e aumento del tasso di disoccupazione. Pertanto, anche a livello economico, l'uso di alcol porta con sé un carico di spesa che si stima sia superiore all'1% del prodotto nazionale lordo nei paesi a medio ed elevato reddito.

Lo stato di ebbrezza, inoltre, aumenta di molto la pericolosità alla guida: con una concentrazione di alcol nel sangue pari a 0.5 g/litro il rischio di incidente è infatti maggiore del 38% e quasi cinque volte maggiore con una concentrazione di 1.0 g/litro. (8)

Il Global Status Report on Alcohol and Health pubblicato nel 2018 dall'OMS, ha determinato che nel 2016 l'uso di alcol abbia causato approssimativamente tre milioni di decessi, ossia il 5,3% di tutti i decessi avvenuti (più di quanti ne abbiano causati il diabete e l'ipertensione messi insieme); inoltre il 5,1% degli anni di vita persi a causa di malattia, disabilità o morte prematura sono attribuibili all'alcol. Questo è valso all'uso di alcol il settimo posto in classifica come fattore di rischio per morte prematura e disabilità.

Nonostante l'uso di alcol sia diminuito in alcune regioni, si prevede per i prossimi 10 anni un aumento mondiale di consumo pro capite, con un conseguente incremento del carico di malattia e dei suoi effetti dannosi per il singolo e per la società. (47)

In Italia è pubblicato il "Dossier scientifico delle Linee Guida per una sana alimentazione", curato dal Consiglio per la Ricerca in Agricoltura (CREA) che riporta per il consumo a basso rischio le quantità di bevande alcoliche da non superare per evitare di sconfinare in consumo ad alto rischio. Si precisa che non è corretto parlare di "qualità benefiche" delle bevande alcoliche in quanto le componenti salutari contenute (flavonoidi, resveratrolo, xantumolo) richiederebbero un'assunzione tale da risultare incompatibile con la vita.

### **1.1 Il quadro epidemiologico**

Nel mondo circa il 32,5% della popolazione generale consuma alcol, circa 2,4 miliardi di persone. (20). Tra gli adolescenti più di un quarto di tutti i ragazzi tra i 15 e i 19 anni (ovvero circa 155 milioni di adolescenti) consuma alcol. Sebbene questa percentuale si attesti a livelli inferiori rispetto a quella della popolazione generale, questa differenza diminuisce rapidamente con l'avanzare degli anni: i giovani adulti tra i 20 e i 24 anni hanno praticamente gli stessi tassi di prevalenza di consumo di alcol rispetto alla popolazione generale e in molte regioni mondiali ci sono più consumatori di alcol tra i giovani che tra gli adulti.

Inoltre, circa un quarto dei ragazzi e più di un quinto delle ragazze riferiscono di essersi ubriacati almeno un paio di volte prima di aver compiuto i 15 anni. (48)

L'abitudine al bere è un fattore di rischio prevenibile al 100%, che può causare morte prematura e oltre 200 malattie tra cui molti tipi di cancro, disturbi neuropsichiatrici, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica e diverse patologie infettive.

L'impatto dannoso inizia presto nel corso della vita. L'esposizione prenatale all'alcol porta a disturbi dello spettro alcolico fetale (FASD), un termine generico per una serie di difetti congeniti che includono disabilità fisiche, mentali, comportamentali e/o di apprendimento con possibili implicazioni per tutta la vita.

La Regione Europea dell'OMS ha la più alta percentuale di bevitori e il più alto consumo di alcol nel mondo. In questa area geografica l'alcol provoca quasi 1 milione di morti ogni anno, contribuendo in modo significativo a lesioni involontarie e non intenzionali. Inoltre, in Europa l'alcol è responsabile di 1 decesso su quattro nella fascia di età compresa tra i 20 e i 24 anni, influenzando non solo le tendenze demografiche ma essendo anche una delle principali cause di anni di vita lavorativa persi e quindi di perdite di sviluppo economico e produttività.

In Italia, tra gli adolescenti nel 2019 il 66,8% della popolazione a partire dall'età 11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno, mentre tra gli adulti nel 2020 la prevalenza dei consumatori a rischio era del 22,9% per gli uomini e del 9,4% per le donne. La fascia di popolazione più a rischio per entrambi i generi risulta essere quella dei 16-17enni (38).

Nel 2022 in Italia, gli over 65 che hanno tenuto un comportamento a rischio sono circa 2.550.000 persone.

Il modello italiano tradizionale di consumo quotidiano di bevande alcoliche sta cedendo il passo ad un modello tipico dei paesi del Nord Europa, dove si assiste a consumi elevati anche al di fuori dei pasti; infatti negli ultimi 10 anni meno persone bevono durante i pasti e più persone bevono occasionalmente ("binge").

Oltre ai dati che riguardano la popolazione generale, è importante fare un riferimento particolare ai giovani. In Italia, l'indagine HBSC (Health Behaviour in Schoolaged Children) ha rilevato che le prevalenze settimanali di consumo di alcol tra i ragazzi e le ragazze dagli 11 ai 15 anni sono del 17% per le ragazze e del 31% per i ragazzi, attestandosi tra le più elevate dei Paesi europei. (48)

In relazione alla quantità di alcol utilizzata in tutte le fasce di età, occorre rilevare che non esistono soglie di consumo di alcol considerate sicure per la salute: il rischio esiste a qualunque livello di consumo ed aumenta progressivamente con l'incremento delle quantità di bevande alcoliche consumate. Per questa ragione l'OMS, in merito al consumo di alcol, raccomanda "less is better", ovvero "meno è meglio".

Il Ministero della Salute definisce a basso rischio un consumo di due unità alcoliche al giorno per gli uomini, una unità alcolica al giorno per le donne e per le persone con più di 65 anni di età, mentre è zero unità alcoliche al giorno per i ragazzi minorenni e le donne gravide. (32)

In Campania tra gli adolescenti si riporta che in riferimento agli studenti delle terze medie inferiori (13 anni età mediana), la prevalenza dell'uso di alcol nella vita è del 55% (tra i maschi il 56% e tra le femmine il 46%). È interessante notare che nel confronto con gli studenti del gruppo del I anno di scuola media superiore (14 anni età mediana), i tredicenni presentano una prevalenza di utilizzo di bevande alcoliche maggiore. Ciò è spiegabile con la selezione che avviene tra gli studenti nella

iscrizione alle scuole superiori. Tra gli adolescenti l'incidenza nel corso negli ultimi dodici mesi viene rilevata del 51,0% (tra i maschi il 72,2% e tra le femmine il 40,0%). Infine, con riferimento agli ultimi trenta giorni l'incidenza dell'uso di bevande alcoliche è del 19% (tra i maschi l'incidenza è del 27,8% e tra le femmine del 14,3%). Nel complesso, il 65,1% dei giovanissimi attribuisce al bere una connotazione negativa (danni salute, stordimento, incapacità di smettere), mentre il 34,9% delle risposte riflettono opinioni positive (divertimento, felicità, atteggiamento amichevole) (14).

Dai dati dell'affluenza ai Servizi territoriali e/o ospedalieri su scala nazionale riportati nel corso della Conferenza Nazionale Alcol dello scorso aprile 2024, risulta preso in carico solo l'8,2% dei 770.000 consumatori dannosi adulti stimati (62.886 pazienti), ossia meno di 1 consumatore di alcol su 10 in necessità di trattamento, ai sensi della Legge 30.03.2001 n. 125 del 2021(21) (31)

Pertanto, si ritiene necessario implementare la offerta di presa in carico per il DUA attraverso la realizzazione di U.O. di Alcologia in Campania che possano rispondere ad una già esistente e prevalentemente sommersa problematica di salute attraverso la sensibilizzazione della comunità civile, degli operatori sanitari (MMG, PLS, associazioni) ed una più continua formazione degli operatori dedicati.

## **1.2 I Principi Ispiratori**

### **1.2.1 La riduzione del Danno - alcol**

Il termine "*riduzione del danno*" si riferisce a politiche, programmi e pratiche che mirano a minimizzare gli impatti negativi sulla salute, sociali e legali dell'uso di sostanze psicotrope.

La riduzione del danno è fondata sulla giustizia e i diritti umani. È incentrata sul cambiamento positivo e sulla presa in carico delle persone sospendendo il giudizio, evitando di forzare, discriminare, o imporre che gli utenti smettano di assumere alcol come preconditione per avere diritto al trattamento.

### **1.2.2 Principio di equità**

Il presente documento si ispira al principio di equità di accesso ed universalità delle cure al fine di affermare il diritto di ogni persona di aspirare al migliore stato di salute, in un sistema di garanzie fondato sull'eguaglianza dei diritti e dei doveri.

### **1.2.3 Offerte alternative ad approcci incentrati sul prevenire o eliminare l'uso di bevande alcoliche**

Per alcune persone è importante poter accedere a programmi di prevenzione, cura e trattamento di alta qualità e basati sulle evidenze scientifiche, inclusi approcci che prevedono la cessazione dell'uso di alcol. I percorsi di trattamento dovrebbero sempre essere iniziati a condizioni accettabili per la persona e mai forzati. Molte persone che fanno uso di bevande alcoliche non hanno bisogno di trattamento e altri che sperimentano problemi associati all'etilismo potrebbero non volere o non riuscire a sottoporsi a trattamenti basati sull'astinenza totale, per tanti motivi. L'astinenza potrebbe essere un obiettivo per alcune persone, ma è una scelta individuale e non dovrebbe essere imposta, o presentata come l'unica opzione possibile.

#### **1.2.4 Sostegno alla prevenzione del consumo di sostanze basata su evidenze scientifiche**

La prevenzione mira a fermare o ritardare l'età di approccio all'uso di bevande alcoliche. Inoltre, può aiutare coloro che hanno iniziato a consumare alcol a evitare lo sviluppo di disturbi correlati. Non tutti gli approcci adottati in questo settore si sono però rivelati sempre efficaci e l'interesse per l'individuazione e l'attuazione di programmi di prevenzione basati su evidenze scientifiche è in aumento. Il raggiungimento di questo obiettivo è ora supportato dalla creazione di registri dei programmi di prevenzione, da iniziative di formazione e dallo sviluppo di standard qualitativi. Il programma europeo di prevenzione (European Prevention Curriculum) è stato ideato per migliorare l'efficacia degli interventi di prevenzione. (50)

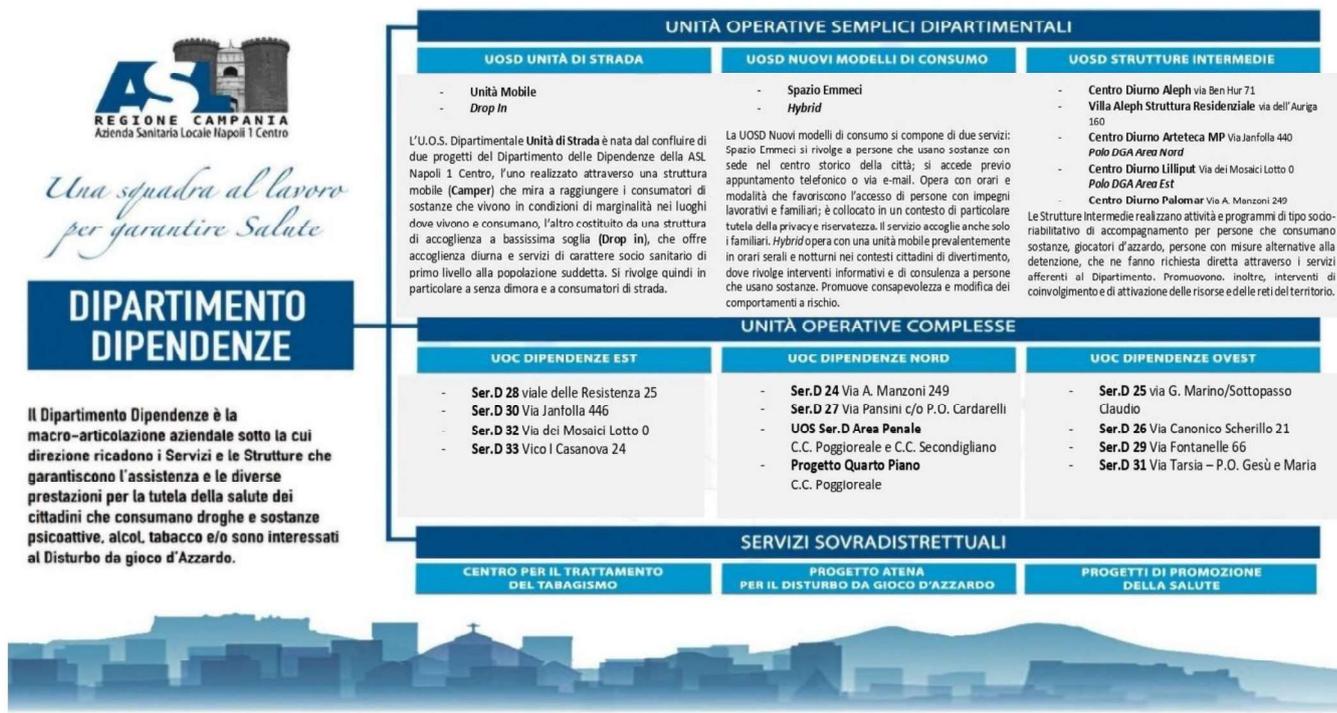
Più di 25 Stati membri dell'UE e paesi vicini ad esso dispongono di formatori nazionali del programma europeo di prevenzione. Il lavoro di prevenzione è sostenuto anche da Xchange, un registro europeo online di interventi di prevenzione valutati.

## **2. *Analisi del contesto aziendale***

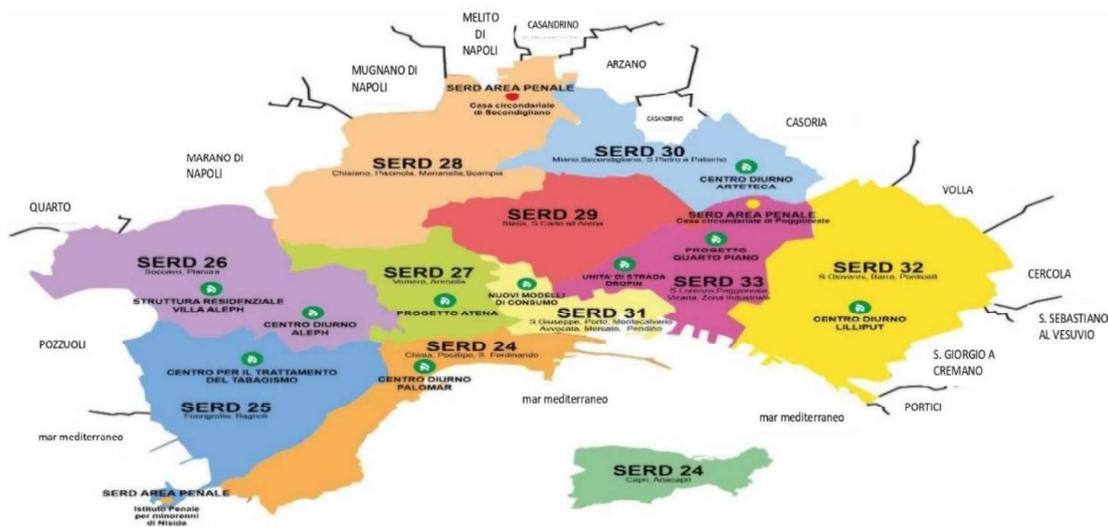
Nel Contesto Aziendale dell'ASL Napoli 1 centro, descritto nell'attuale Atto Aziendale del 2023 - Delibera n° 1308 del 13/07/2023 si inserisce il Dipartimento Dipendenze (precedentemente noto come O.P. "Leonardo Bianchi", situato in Calata Capodichino n. 230, con numeri telefonici 081/2547681-82-53 e indirizzi e-mail [dip.dipendenze@aslnapoli1centro.it](mailto:dip.dipendenze@aslnapoli1centro.it) e [farmacodipendenze@pec.aslnapoli1centro.it](mailto:farmacodipendenze@pec.aslnapoli1centro.it)).

Il Dipartimento si distingue per la sua organizzazione territoriale, articolata in numerose strutture come definito nell'Atto Aziendale del 2023 (Fig. 1 *Organizzazione Dipartimentale*; Fig. 2. *Organizzazione Territoriale*).

**Fig. 1 Organizzazione Dipartimentale**



**Fig. 2 Organizzazione Territoriale**



Fonte: Osservatorio Demetra, Dipartimento Dipendenze, ASL Napoli1 Centro

Si riportano di seguito le tabelle informative delle strutture dipartimentali per la presa in carico e la gestione dei pazienti con D.U.A.:

- **U.O.C Dipendenze NORD** - Tel.081/2547681-82-53

E-mail [dipendenze.nord@aslnapoli1centro.it](mailto:dipendenze.nord@aslnapoli1centro.it) - Pec [dipendenze.nord@pec.aslnapoli1centro.it](mailto:dipendenze.nord@pec.aslnapoli1centro.it)

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO	E-MAIL
UO Ser.D 24/73  (Chiaia Posillipo San Ferdinando Isola di Capri)	Via Manzoni, 249	Lun - Ven	8.00-15.30	0812547687-7652	sert24@aslnapoli1centro.it
UO Ser.D 27 - (Vomero Arenella)	Via Pansini c/o Ospedale Cardarelli	Lun - Ven	8.00-15.30	08125459773-9775	sert.27@aslnapoli1centro.it
UOS Ser.D Area Penale	C.C. Poggioreale  C.C. Secondigliano	7 giorni/7  7 giorni/7	8.00-15.30  8.00-15.30	0812542421/2417/9694  0812546492/6491/6360	serd.areapenale@aslnapoli1centro.it
Progetto IV Piano	C.C. Poggioreale	Lun - Ven	8.00-15.30		serd.areapenale@aslnapoli1centro.it

- **U.O.C Dipendenze EST** – Tel.081/2543917-27

E-mail [dipendenze.est@aslnapoli1centro.it](mailto:dipendenze.est@aslnapoli1centro.it) - Pec [dipendenze.est@pec.aslnapoli1centro.it](mailto:dipendenze.est@pec.aslnapoli1centro.it)

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO	E-MAIL
UO Ser.D 28  (Scampia Marianella Chiaiano Piscinola)	Viale della Resistenza, 25	Lun- Ven	8.00-15.30	0812546509- 6571	serd.ds28@aslnapoli1centro.it
UO Ser.D 30  (Miano Secondigliano San Pietro a Patierno)	Via Ianfolla, 446	Lun - Ven	8.00-15.30	0812546805-  6828-6824- 6812	uosert.ds30@aslnapoli1centro.it
UO Ser.D 32 (San Giovanni Barra Ponticelli)	Via dei Mosaici, lotto 0	Lun- Ven	8.00- 20.00	0812543917- 3921-3927	sert.ds32@aslnapoli1centro.it
UO Ser.D 33 (San Lorenzo Vicaria Poggioreale-ferrovia )	Vico I Casanova, 24	Lun - Ven	8.00-15.30	0812549256- 9244	sert.33@aslnapoli1centro.it

- **U.O.C Dipendenze OVEST** - Tel.081/2542418-07

E-mail [\\_ dipendenze.ovest@asnapoli1centro.it](mailto:dipendenze.ovest@asnapoli1centro.it) - Pec [dipendenze.ovest@pec.asnapoli1centro.it](mailto:dipendenze.ovest@pec.asnapoli1centro.it)

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO	E-MAIL
UO SerD 25 Fuorigrotta Bagnoli	Via Giambattista Marino/Sottopasso Claudio(complesso La Piramide)	Lun - Ven	8.00- 15.30	081/2548119- 05-18-06-07	serd.ds25@asnapoli1centro.it
UO SerD 26 Soccavo Pianura	Via Canonico Scherillo, 21	Lun - Ven	8.00- 15.30	0812548428- 8426-8425	sert.ds26@asnapoli1centro.it
UO SerD 29 Colli Aminei San Carlo All'Arena Stella -Sanità	Via Fontanelle, 66	Lun - Ven	8.00- 15.30	0812545114- 5737	serd.ds29@asnapoli1centro.it
UO SerD 31 Avvocata Montecalvario Mercato Pendino San Giuseppe Porto	Via Tarsia – Presidio Ospedaliero Gesù e Maria	Lun - Ven	8.00- 15.30	0812542407- 2418-2420- 2423	sert.ds31@asnapoli1centro.it

- **U.O.S.D. Strutture Intermedie** E-mail [strutture.intermedie@asnapoli1centro.it](mailto:strutture.intermedie@asnapoli1centro.it) PEC [farmacodipendenze@pec.asn1centro.it](mailto:farmacodipendenze@pec.asn1centro.it) via Janfolla n. 446 Napoli (NA) Tel. 081/2546828 -05

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFO NO	E-MAIL
Centro Diurno Arteteca	Via Janfolla n. 446 Napoli (NA) (U.O. SerD 30)	Lun - Ven	9.00- 17.00	0812546828 -05-12	silvana.caruso@asnapoli1centro.it
Centro Diurno Aleph	Via Ben Hur 71 Napoli	Lun - Ven	9.00- 17.00	0817677396	assunta.capriello@asnapoli1centro.it
Villa Aleph	Via dell'Auriga 160 –Soccavo- Napoli	Sempre su moduli programmati	H24	0815888534	assunta.capriello@asnapoli1centro.it
Centro Diurno Lilliput	Via dei Mosaici Lotto 0, Napoli (U.O. SerD 32)	Lun - Ven	9.00- 17.00	0812543921	luigia.cappuccio@asnapoli1centro.it
Centro Diurno Palomar	Via Alessandro Manzoni, 249, Napoli (U.O. SerD 24)	Lun - Ven	9.00- 17.00	0812547689 /85	biancamaria.greco@asnapoli1centro. it

- **U.O. S. D.- Nuovi Modelli di Consumo** - Telefono **081/2544671-4673-4674-4675**  
E-mail [modelli.diconsumo@aslnapoli1centro.it](mailto:modelli.diconsumo@aslnapoli1centro.it) PEC [uosd.nuovimodelli@pec.aslna1centro.it](mailto:uosd.nuovimodelli@pec.aslna1centro.it)

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO	E-MAIL
Spazio Emmeci	Sede in alta riservatezza si accede previo appuntamento telefonico o via e-mail	Lunedì - Venerdì	Mattina e pomeriggio orari flessibili	081/2544671-4673-4674-4675	<a href="mailto:modelli.diconsumo@aslnapoli1centro.it">modelli.diconsumo@aslnapoli1centro.it</a>
Unità Mobile Hybrid	Interventi territoriali di riduzione dei rischi nei contesti del divertimento	Sempre su programmazione	19.00 – 02.00		<a href="mailto:modelli.diconsumo@aslnapoli1centro.it">modelli.diconsumo@aslnapoli1centro.it</a>

- **U.O. S. D. – Unità di Strada** Tel. **081/2549307 – 081/2549304**

E-mail [unistradadipendenze@aslnapoli1centro.it](mailto:unistradadipendenze@aslnapoli1centro.it) PEC [unistradadipendenze@pec.aslna1centro.it](mailto:unistradadipendenze@pec.aslna1centro.it)  
Via Postica alla Maddalena, 42 Napoli

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO	E-Mail
Unità Mobile-UDS	itinerante	Lunedì - Venerdì	8.30- 15.00		
<b>Drop-In</b> Struttura a Bassa Soglia per persone che usano droghe in esclusione sociale	Via Postica alla Maddalena n. 42	Lunedì- Venerdì	8.30- 16.00	081/2549307-930404	<a href="mailto:unistradadipendenze@aslnapoli1centro.it">unistradadipendenze@aslnapoli1centro.it</a>

### Progetti di Promozione della Salute

PROGETTI	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO	E-Mail
Divertimento garantito 'O SPA' Marea Unplugged	c/o Dipartimento Dipendenze ex O.P. "Leonardo Bianchi" Calata Capodichino n.230	In base alle attività progettuali	In base alle attività progettuali	081/2547681-82-53	<a href="mailto:dip.dipendenze@aslnapoli1centro.it">dip.dipendenze@aslnapoli1centro.it</a>

## **2.1 Analisi del contesto dei residenti della ASL Napoli 1 Centro**

Si ritiene che il consumo di bevande alcoliche sia trasversale ai vari livelli socio-economici e culturali, anche se gli stili di consumo alcolico prevalgono variamente in relazione ad alcune differenze di genere e di status socio-economico. Pertanto, si riportano alcuni indici del territorio della ASL Napoli 1 Centro relativi all'analisi sociodemografica dei distretti della ASL.

**Genere.** Gli uomini hanno da sempre presentato tassi più elevati di consumo di alcol, di conseguenze correlate all'alcol e di disturbi da uso di alcol rispetto alle donne, sebbene questo divario di genere si stia notevolmente riducendo negli ultimi anni. (25)

**Status socioeconomico.** E' un fattore che influenza il consumo di alcol di una persona e i relativi esiti in termini di salute e sociali. Le persone con uno status socioeconomico più elevato spesso consumano quantità di alcol simili o maggiori rispetto alle persone con status socioeconomico inferiore, sebbene queste ultime sembra subiscano maggiormente la portata degli esiti e conseguenze negative legate all'uso di alcol stesso. (9)

## **2.2 Indici demografici (rif. Atto Aziendale ASL Napoli 1 Centro) (5)**

La popolazione residente nel territorio della ASL Napoli 1 Centro consta di circa 968.000 abitanti. La piramide demografica mostra la distribuzione dei residenti con stratificazione per sesso e classe di età. La forma della piramide identifica una popolazione in iniziale declino demografico con un'ampia rappresentazione della fascia di età compresa tra i 40 ed i 59 anni. Tale rappresentazione è molto eterogenea nei diversi quartieri: si evidenziano più o meno distintamente, piramidi con la caratteristica forma ogivale, indicativa di un lento declino demografico (Arenella, Avvocata, Bagnoli, Chiaia, Chiaiano, Fuorigrotta, Mercato, Montecalvario, Pendino, Porto, Posillipo, San Carlo, San Ferdinando, San Giuseppe, San Lorenzo, Soccavo, Stella, Vicaria, Vomero, Zona Industriale, Capri e Anacapri) e piramidi classiche con base larga e cima stretta, tipiche di popolazioni in lenta crescita (Barra, Miano, Pianura, Piscinola, Poggioreale, Ponticelli, San Giovanni a Teduccio, San Pietro a Patierno, Scampia, Secondigliano).

**Indice di vecchiaia.** Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione.

L'indice di vecchiaia dei residenti della ASL Napoli 1 Centro è del 170% ed è più basso rispetto all'analogo dato ISTAT italiano (187,6%).

A Napoli si evidenzia la maggiore rappresentazione delle classi di età più avanzate soprattutto in alcuni quartieri come Posillipo, Chiaia, Fuorigrotta, Vomero, Arenella e Porto. Altri quartieri, invece, hanno un'età media della popolazione residente molto più bassa. Tra questi spiccano Pianura, Stella, Miano, Scampia, San Pietro a Patierno, Ponticelli. L'isola di Capri si distingue per un indice di vecchiaia particolarmente elevato, raggiungendo il picco nel comune di Capri (304%) e uniformandosi, invece, al valore di alcuni quartieri della città di Napoli (Vomero e Arenella) nel il comune di Anacapri (216%).

**Indice di dipendenza anziani** è il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione attiva (15-64 anni). L'indice di dipendenza anziani dei residenti della ASL Napoli 1 Centro è pari a 33%, più basso rispetto al dato ISTAT italiano del 57,3%. Il quadro georeferenziato si presenta analogo al

precedente. Anche per l'isola di Capri i valori sono mediamente più alti con valori che si attestano sul 43% per il comune di Capri e 36% per Anacapri.

**Indice di deprivazione** è una misura multidimensionale di svantaggio relativo, sia materiale sia sociale, ed è solitamente calcolato a livello di aggregati geografici. Può essere usato per descrivere le caratteristiche sociali del contesto di vita ma è molto utile anche come proxy del livello di svantaggio sociale individuale, se pur con l'inevitabile potenziale bias ecologico. L'area metropolitana della ASL Napoli 1 Centro si caratterizza per l'inesistenza di quartieri con indice di deprivazione nel primo quintile "molto ricco". La maggior parte delle aree, infatti, rientra nel 4o e nel 5o quintile, delineando un quadro eterogeneo ma fortemente deprivato.

### **3. Scopo e campo di applicazione**

Lo scopo del PDTA D.U.A. è definire la presa in carico del paziente adulto con DUA e di garantire un'assistenza efficiente, coordinata e omogenea in tutto il territorio di competenza della ASL Napoli 1 Centro. Rendere omogenei i protocolli di intervento per il DUA facilitando il percorso diagnostico e terapeutico.

Gli **Obiettivi generali** sono:

- ✓ Garantire la riproducibilità delle azioni e l'uniformità delle prestazioni erogate.
- ✓ Assicurare la continuità, il coordinamento dell'assistenza, la riconciliazione terapeutica.
- ✓ Ridurre al minimo i rischi per i pazienti.
- ✓ Migliorare gli esiti delle cure.
- ✓ Eliminare il più possibile ritardi e sprechi.

#### **Garantire:**

- lo scambio di informazioni e la condivisione tra le Unità Operative coinvolte nel percorso.
- un costante adattamento alla realtà specifica attraverso il monitoraggio continuo degli obiettivi raggiunti, le risorse impiegate, le criticità rilevate e le implementazioni possibili.

Gli **Obiettivi specifici** sono:

- ✓ Promuovere e facilitare l'invio degli utenti da parte delle agenzie del territorio, presentando le attività dei Servizi attraverso materiale informativo e contatti divulgativi.
- ✓ Identificare criteri per la diagnosi precoce del consumo a rischio.
- ✓ Ottimizzare e standardizzare l'accoglienza dell'utente.
- ✓ Identificare e proporre il percorso diagnostico multidimensionale e terapeutico.
- ✓ Definire obiettivi negoziati con il paziente in base all'analisi della domanda (Controllo del consumo, Astinenza intesa come astensione completa, Gestione sindrome astinziale)
- ✓ Definire il Monitoraggio
- ✓ Definire la periodicità del follow-up
- ✓ Prevenire la ricaduta
- ✓ Nel caso di invio ad altre strutture, gestire i rapporti con queste ultime.

I destinatari principali di questo documento sono tutti gli operatori coinvolti nei processi di accoglienza, diagnosi, terapia e follow-up e case management:

- Ser.D. e U.O.S.D.
- Strutture intermedie, cliniche convenzionate e Comunità Terapeutiche per interventi a lungo termine

Altri soggetti potenzialmente interessati includono: amministratori pubblici, professionisti dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, istituzioni del territorio, gli Ordini Professionali e le Associazioni dei pazienti.

#### **4. Acronimi**

<b>A.A.</b>	Alcolisti Anonimi
<b>AMA</b>	Auto Mutuo Aiuto
<b>A.O.U.</b>	Azienda Ospedaliera Universitaria
<b>A.O.R.N.</b>	Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
<b>ASL</b>	Azienda Sanitaria Locale
<b>AUDIT</b>	Alcohol Use Disorders Identification Test
<b>CAGE</b>	Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener
<b>CAT</b>	Club Alcologici Territoriali
<b>CREA</b>	Consiglio per la ricerca in agricoltura e l'economia in agraria
<b>CTD</b>	Carbohydrate-Deficient Transferrin - transferrina desialata
<b>CTQ</b>	Craving Typology Questionnaire
<b>CUP</b>	Centro Unico di Prenotazione
<b>CT</b>	Comunità Terapeutiche
<b>COD</b>	Centro di Osservazione e Diagnosi
<b>DUA</b>	Disturbo da uso di Alcol
<b>DSM V</b>	Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali- revisione 5
<b>ECA</b>	Epidemiological Catchment Area
<b>ECG</b>	Elettrocardiogramma
<b>EMCDDA</b>	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
<b>EBM</b>	Evidence Based Medicine
<b>EBHC</b>	Evidence Based Health Care
<b>ESPAD</b>	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
<b>FASD</b>	Fetal alcoholic spectrum disorder

<b>GAF</b>	Global Assessment of Functioning
<b>GRC</b>	Gestione Rischio Clinico
<b>HBSC</b>	Health Behaviour in Schoolaged Children
<b>ICD10</b>	Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati
<b>ICD 11</b>	International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death
<b>IOCR</b>	Incarico organizzativo Coordinamento di Reparto
<b>IOST</b>	Incarico organizzativo Servizi Territoriali
<b>ISTAT</b>	Istituto Nazionale di Statistica
<b>LDH</b>	Lifetime Drinking History
<b>MAC 2 A</b>	Questionario per la valutazione della motivazione al cambiamento, versione alcol
<b>MMG</b>	Medico di Medicina Generale
<b>MMPI</b>	Minnesota Multifasic Personality Inventory
<b>MMSE</b>	Mini Mental State Examination
<b>NCS</b>	National Comorbidity Survey
<b>NPS</b>	Nuove Sostanze Psicoattive
<b>OR</b>	Odds Ratio
<b>OEDT</b>	Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Dipendenze
<b>OMS</b>	Organizzazione Mondiale della Sanità
<b>P.AU.Se'</b>	Progetto di Autogestione del Se'
<b>PLS</b>	Pediatri di Libera Scelta
<b>PDTA</b>	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
<b>PNLD</b>	Piano Nazionale Lotta alla Droga
<b>PTI</b>	Percorso Terapeutico Individualizzato
<b>PTRI</b>	Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato
<b>SADQ</b>	Severity Alcohol Dependence Questionnaire
<b>SCID-5 CV</b>	Structured Clinical Interview for DSM-5- Clinical Version
<b>Ser.D.</b>	Servizio Dipendenze
<b>ScA 1</b>	Scheda Accoglienza (Allegato 1)
<b>u.a.</b>	Unità Alcolica
<b>UDS</b>	Unità Mobile – Unità di Strada

<b>U.O.C.</b>	Unità Operativa Complessa
<b>UNODC</b>	United Nations Office on Drugs and Crime
<b>U.O.S.</b>	Unità Operativa Semplice
<b>U.O.S.D.</b>	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
<b>UOSSTP</b>	Unità Operativa Semplice Stranieri Temporaneamente Presenti
<b>VAS</b>	Visual Analogic Scale
<b>VGF</b>	Scala di Valutazione Globale del Funzionamento
<b>WHO-QOL</b>	World Health Organization-Quality of Life

## ***5. Riferimenti Normativi***

Gli atti di seguito indicati sono specifici in materia di Dipendenze e riguardano aspetti diversificati quali la prevenzione, la riorganizzazione e l'articolazione dei servizi, il fabbisogno assistenziale e il sistema di riduzione del danno.

### **Normativa Europea**

- 05/06/2001 - Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea n. 458
- Piano d'azione Europeo 2012-2020 per ridurre il consumo dannoso di alcol.
- Rapporto europeo sulla droga 2024: tendenze e sviluppi
- Normativa Nazionale
- il T.U. 309/90 Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.
- Decreto Ministeriale 30 novembre 1990, n. 444
- Legge 162/90 - Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della Legge 22 dicembre 1975, n. 685, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.
- Atto d'Intesa 9 Febbraio 1993 - Approvazione dello schema di atto di intesa tra Stato e regioni per la definizione di criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti negli albi di cui all'art. 116 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (pubbl. sulla G.U. n. 55 dell'8 marzo 1993, suppl. ord. n. 25)
- il D.M. 19 febbraio 1993 Approvazione dello schema tipo di convenzione tra Unità sanitarie Locali ed enti, società, cooperative o associazioni che gestiscono strutture per la riabilitazione dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope.
- La Conferenza Unificata Stato Regione - Provvedimento 21 gennaio 1999 (pubbl. sulla G.U. n. 61 del 15 marzo 1999). Accordo Stato - regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti".
- La Conferenza Unificata Stato Regione - Provvedimento 5 agosto 1999 (pubbl. sulla G.U. n. 231 del 1° ottobre 1999) Schema di atto di intesa Stato - regioni su proposta dei Ministri della sanità

e per la solidarietà sociale, recante: "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso".

- Relazione del ministro della salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati"
- Raccomandazione del Consiglio del 5 giugno 2001 sul consumo di bevande alcoliche da parte di giovani, in particolare bambini e adolescenti
- D.M. 14 giugno 2002 - Disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle aziende Unità Sanitarie Locali - Ser.T, di cui al decreto ministeriale 30 novembre 1990, n. 444. (GU Serie Generale n.147 del 25-06-2002)
- Decreto Ministeriale n. 147 del 25/06/2002.
- 14/04/2003 Decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali Istituzione della Consulta nazionale sull'alcol e sui problemi alcol correlati di cui all'art. 4 della Legge n. 125 del 2001
- 03/06/2004 Decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 199 Regolamento recante il funzionamento e l'organizzazione della Consulta nazionale sull'alcol e sui problemi alcol-correlati, ai sensi dell'articolo 4, comma 4, della legge 30 marzo 2001, n. 125
- 30/07/2008 Decreto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Disposizioni urgenti modificative del codice della strada per incrementare i livelli di sicurezza nella circolazione
- 29/07/2010 LEGGE n. 120 Disposizioni in materia di sicurezza stradale
- Decreto n.94/2012 - Determinazione dei nuovi livelli assistenziali per l'ospitalità dei soggetti tossicodipendenti in carico alle Comunità e delle relative tariffe pro die
- Legge 79/2014 – Disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza
- Conferenza Stato-Regioni del 15.09.2016: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art.5, comma 21, dell'Intesa n.82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. Accordo ai sensi dell'articolo 4, comma I, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 – Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
- Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia 2022
- VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze – novembre 2021
- Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia 2023
- Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia 2024

### **Normativa Regionale**

- DGRC 5743 del 28/11/00 che recepisce l'accordo stato regioni del 21/11/99 riservandosi di emanare le linee di indirizzo regionale AASSLL ed agli EEAA
- DGRC N.3958 DEL 7 AGOSTO 2001 Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio delle attività sanitarie

e socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private della Regione Campania — Approvazione delle procedure di autorizzazione.

- la DGRC n. 7301/01; Definizione dei requisiti strutturali
- la L. R. n. 7/2002 e la L.R. n.2/2008;
- il Regolamento n. 1 del 22/06/07 del Consiglio Regionale della Campania;
- il Piano Sanitario Regionale 2011-2013 approvato con DCA n. 22 del 22 marzo 2011;
- il DCA n. 53 del 9 maggio 2012 “Approvazione Programmi Operativi 2011-2012. Adeguamento per l’anno 2012;
- il parere espresso dal Comitato Tecnico Scientifico nella seduta del 14 maggio 2012.
- Decreto n.94 del 10.08.2012 - Legge Regionale n. 1 del 7/1/1988 Interventi in materia di tossicodipendenze e di alcolismo.
- Decreto Commissario ad Acta n.86 del 08.08.2016: Piano di Azione Regionale di contrasto alle Dipendenze Patologiche.
- DCA n. 134 del 28.10.2016 oggetto: Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell’art. 1, commi 34 e 34 bis, della Legge 662/96. Recepimento dell’Accordo ai sensi dell’art. 4 del decreto Legislativo 28 agosto 1997, n.281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee progettuali per l’utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l’anno 2014. Ritiro del DCA n. 22/20.16
- Decreto n. 86/2016 – Piano di Azione Regionale di contrasto alle Dipendenze Patologiche
- Decreto n. 76/2017 – Comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali per cittadini con dipendenza patologica. DGRC 7301/2001 all. C. Modifiche ed integrazioni
- Decreto Commissario ad Acta n. 99/2018 “Piano Triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del servizio sanitario campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191” riconosce nei PDTA lo strumento di innovazione e governance di patologie acute e croniche.
- Decreto Commissario ad Acta n.32 del 25.03.2019: Approvazione del “Documento tecnico di indirizzo sulla metodologia di stesura dei PDTA in Regione Campania”.
- Decreto n. 54 del 4/7/2019 – Approvazione Accordo di riconversione posti letto in eccesso strutture residenziali per cittadini con dipendenza da sostanze
- Piano Triennale 2019-2021 di Sviluppo e Riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191
- Decreto n. 6 del 17/01/2020 oggetto: Approvazione del “Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, 191 “Modifiche ed integrazioni al Piano già approvato con Decreto Commissariale n. 94 del 21 novembre 2019.
- Rapporto STATUS QUO 2.0 – 2021

## **6. Modalità operative**

Le modalità operative che seguiranno, rappresentate successivamente anche graficamente tramite dei diagrammi di flusso (*flow chart*, vedi pag.45), derivano dall'esperienza consolidata nei nostri Servizi e dalla riflessione, supportata anche dall'approccio *Evidence Based*, che evidenzia l'importanza di garantire risposte tempestive ai bisogni complessi di cura degli utenti, garantendo al contempo un'organizzazione dei Servizi efficiente e conforme agli standard. Questo approccio non solo assicura un'assistenza di qualità, ma diventa anche un catalizzatore di cambiamento, fiducia e cura per gli utenti.

### **6.1 Fasi del Programma di intervento**

Si premette che l'accoglienza, la valutazione diagnostica e l'intervento terapeutico sono effettuate presso ciascun Ser.D. afferente alle tre U.O.C. incardinate nel Dipartimento Dipendenze nel rispetto della competenza territoriale. Queste saranno svolte, secondo le modalità operative nel rispetto di linee guida e di Evidence Based Medicine (EBM), che vanno a costituire il PDTA DUA, a garanzia di accrescere nell'utente le opportunità di salute, ottimizzandone le risorse personali unitamente a quelle istituzionali.

#### **6.1.1 Principi di valutazione diagnostica e presa in carico che definiscono le fasi del PDTA DUA**

Le modalità operative descritte di seguito e successivamente illustrate graficamente (*flow chart*), sostenute dall'EBM, derivano dalla convinzione che è necessario permettere agli utenti di avere una risposta tempestiva ai bisogni complessi di cura che essi stessi presentano e garantire loro un'efficace e conforme organizzazione della risposta dei Servizi.

#### **6.1.2 Attivazione del Percorso PDTA DUA**

Si attiverà il percorso in fasi ogni qual volta che il Ser.D., attraverso la équipe multiprofessionale, individuerà segni e sintomi riferibili ai criteri diagnostici per il Disturbo da Uso di bevande alcoliche come specificato nel DSM-5tr (2) e nell'ICD-11, ossia una modalità d'uso che conduce a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle condizioni seguenti, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

**Gli 11 Criteri diagnostici per il disturbo da uso di alcol indicati nel DSM-5 sono:**

1. L'alcol è spesso assunto in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;
2. Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso di alcol;
3. Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi alcol, usare alcol o recuperare dai suoi effetti;
4. Craving o forte desiderio o spinta all'uso di alcol;
5. Uso ricorrente di alcol che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa;
6. Uso continuativo di alcol nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali

o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti dell'alcol;

7. Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso di alcol;

8. Uso ricorrente di alcol in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso;

9. Uso continuativo di alcol nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dall'alcol;

10. Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti: a) il bisogno di dosi notevolmente più elevate di alcol per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato; b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità di alcol;

11. Astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti: a) la caratteristica sindrome di astinenza da alcol (riferirsi ai Criteri A e B dei set di criteri per Astinenza dalle sostanze specifiche); b) l'alcol (o una sostanza strettamente correlata) è assunto per attenuare o evitare i sintomi di astinenza.

#### **Gravità:**

- Lieve: 2-3 criteri soddisfatti
- Moderata: 4-5 criteri soddisfatti
- Grave: 6 o più criteri soddisfatti

*Si riportano inoltre i criteri dell'ICD-11*, anch'essi indicazione per l'accettazione e l'intervento terapeutico.

Rispetto alla sua versione precedente, anche nell'ICD-11 (World Health Organization, 2019) sono state introdotte modifiche significative nella sezione relativa ai disturbi da uso di sostanze, fra cui l'introduzione di una nuova sezione "Disturbi dovuti all'uso di sostanze e comportamenti di dipendenza", che include sia i "disturbi da uso di sostanze" (tra le quali l'alcol), sia i "disturbi dovuti a comportamenti di dipendenza". Per quanto riguarda i disturbi da uso di sostanze, che includono quindi anche i disturbi da uso di alcol, sono stati introdotti i singoli episodi di uso di sostanze, nuovi modelli di consumo (il consumo dannoso di uso di sostanze) e gli indici di gravità per l'intossicazione da sostanze.

Infatti, nell'ICD-11 la sezione "disturbi da uso di alcol" (6C40) è a sua volta suddivisa in numerose sottosezioni, tra le quali troviamo:

#### ***6C40.0 – Episode of harmful use of alcohol (episodio di consumo dannoso di alcol)***

Descrizione – Episodio di consumo di alcol che ha causato danni alla salute fisica o psichica di una persona o ha dato luogo a comportamenti dannosi per la salute di altri. Il danno alla salute dell'individuo si verifica a causa di uno o più dei seguenti: (1) comportamento correlato all'intossicazione; (2) effetti tossici diretti o secondari su organi e sistemi del corpo; (3) una via di somministrazione dannosa. Il danno alla salute altrui comprende qualsiasi forma di danno fisico, inclusi i traumi, o disturbo mentale che sia direttamente attribuibile al comportamento dovuto all'intossicazione da alcol da parte della persona a cui si applica la diagnosi di singolo episodio di

uso dannoso. Questa diagnosi non dovrebbe essere fatta se il danno è attribuito a un modello noto di consumo di alcol.

#### ***6C40.1 – Harmful pattern of use of alcohol (modello di consumo dannoso di alcol)***

Descrizione – Un modello di consumo di alcol che ha causato danni alla salute fisica o mentale di una persona o ha portato a comportamenti dannosi per la salute di altri. Il modello di consumo di alcol è evidente per un periodo di almeno 12 mesi se il consumo di alcol è episodico o di almeno un mese se il consumo è continuo. Il danno alla salute dell'individuo si verifica a causa di uno o più dei seguenti: (1) comportamento correlato all'intossicazione; (2) effetti tossici diretti o secondari su organi e sistemi del corpo; (3) una via di somministrazione dannosa. Il danno alla salute altrui include qualsiasi forma di danno fisico, inclusi traumi o disturbi mentali direttamente attribuibile al comportamento correlato all'intossicazione da alcol da parte della persona a cui si applica la diagnosi di modello di consumo dannoso di alcol.

#### ***6C40.2 – Alcohol dependence (dipendenza da alcol).***

### **6.2 Descrizione delle Fasi operative**

L'accesso al Ser.D. avviene per richiesta personale, oppure attraverso il Medico di Medicina Generale, il Pediatra di Libera Scelta, un Medico specialista, un Presidio Ospedaliero, Istituzioni di Area Giudiziaria; Unità di strada/Drop in, gruppi di auto mutuo aiuto, associazioni del territorio. L'accesso è diretto, gratuito e senza impegnativa del medico di MMG così come previsto dal DPR.309/1990

#### **Fase 1 – Accoglienza**

L'Accoglienza è a cura dell'operatore disponibile per la compilazione dell'allegato 1 (Scheda di Accoglienza) contenente il consenso informato e l'autocertificazione di residenza. Nella prima giornata di compilazione dell'allegato 1 si valuta la richiesta dell'utente e si programma la prima visita del percorso multiprofessionale.

Nel caso si presenti una condizione per la quale sia necessario un intervento precoce sullo stato di salute dell'utente, si provvede a eventuale tempestivo e contestuale intervento volto alla stabilizzazione e/o al collegamento con altre strutture specialistiche del Territorio. Nel caso in cui il soggetto afferente sia di altra lingua e/o cultura si provvede all'attivazione mediazione linguistico culturale a chiamata ("Mod MLC 1 richiesta intervento" – allegato 3).

La scheda di accoglienza (Allegato 1), compilata con l'utente sarà valutata nella apposita riunione di mini-équipe convocata dal Dirigente Referente Ser.D. In quella sede sarà assegnato il carico di lavoro clinico e, per ogni nuovo utente, i vari professionisti che costituiscono la mini équipe del paziente stabiliranno le date e gli orari per i successivi incontri che dovranno essere svolti nell'arco del mese successivo, per la valutazione multidisciplinare e multidimensionale. La mini équipe, così costituita, individuerà al suo interno un operatore case manager che avrà il compito di monitorare l'andamento del percorso dell'utente fino al completamento della Fase 2 – Diagnosi multidimensionale D.U.A.

Il case-manager può essere qualunque delle figure professionali Ser.D. e viene scelto in base al risultato della valutazione multiprofessionale e in base quindi al "problema prevalente"; ha funzione

di coordinamento e contatto (oltre alla propria funzione tecnica) sia all' interno che all' esterno del Ser.D. Nel caso si dovesse presentare in accoglienza un familiare per un congiunto che non ha avuto ancora accesso al Ser.D. questi sarà accolto per ricevere le necessarie informazioni nel pieno rispetto della Privacy.

Tabella riassuntiva primo mese – prestazioni comuni per tutti gli assistiti al fine di effettuare l'assessment del soggetto (primo mese).

**Livello di impegno – Tutti gli utenti**

	<b>lieve</b>	<b>moderato</b>	<b>grave</b>
<b>Prestazioni Comuni</b>	<b>Impegno 3 ore/primo mese</b> 1) accoglienza e orientamento 2) 1° riunione d'equipe 3) riunioni successive	<b>Impegno 3 ore/primo mese</b> 1) accoglienza e orientamento 2) 1° riunione d'equipe 3) riunioni successive	<b>Impegno 3 ore/primo mese</b> 1) accoglienza e orientamento 2) 1° riunione d'equipe 3) riunioni successive

**Fase 2 – Percorso Diagnostico Multiprofessionale**

Si realizza attraverso le iniziali valutazioni clinico-sociali. Entro tre mesi dall'inizio del percorso le valutazioni condurranno alla presenza o assenza di diagnosi da Disturbo da Uso di Alcol (DUA) Lieve, Moderato o Grave così come da DSM-5tr (1). Inoltre, si porrà attenzione anche al fenomeno di “binge drinking”. Si specifica che l'elaborazione e la formulazione della diagnosi di DUA necessita di un'osservazione continuativa secondo tempi e modalità individuate dalla mini equipe di riferimento.

L'operatore che per primo incontra l'utente aprirà la Cartella Clinica e dopo aver effettuato il “primo colloquio” (Allegato 2) presenterà il caso agli altri operatori. Inoltre, comunica al paziente gli appuntamenti successivi.

Viene costituita quindi la mini-equipe di riferimento con gli operatori coinvolti, che adatteranno i seguenti strumenti per la valutazione multidimensionale, indicati per area.

Occorre meglio specificare che l'anamnesi deve rispettare tutti i criteri richiesti per il DUA, andando ad indagare l'anamnesi familiare per DUA, indicando il grado di parentela e specificando la linea (materna o paterna), l'anamnesi alcolologica, indicando il primo contatto con l'alcol, gli anni di consumo a rischio e suddividendo per periodi di consumi la vita del paziente, al fine di ottenere informazioni dettagliate sulle abitudini alcolologiche, sui precedenti tentativi di disintossicazione, sulle ricadute dopo periodi di astinenza e sulle terapie farmacologiche adottate in tali occasioni.

**Area medico/infermieristica** – Anamnesi ed Esame Obiettivo; esami di laboratorio: esami tossicologici su prelievo di urine; prelievo ematico di routine, con particolare riferimento a emocromo, chimica clinica, CDT, ETG, marcatori di infezioni virali o batteriche. Eventuali esami strumentali: ECG e esame ecografico, da effettuarsi come indagini di II livello presso ambulatori specialistici e/o all'interno dei Ser.D stessi, laddove presenti le figure mediche idonee. In caso di necessità ci si può ricollegare ad altre strutture ambulatoriali specialistiche individuate nel corso

dell'accoglienza (gastroenterologia, neurologia, psichiatria, endocrinologia, dermatologia, neurologia, oncologia).

Biomarcatori indiretti: rappresentano l'effetto tossico dell'etanolo su organi e tessuti o l'effetto dei suoi prodotti del metabolismo.

**GGT:** aumenta per un meccanismo di induzione enzimatica indipendentemente dalla presenza o meno di danno epatico alcol correlato. L'emivita è compresa tra 14 e 26 giorni e il livello si regolarizza dopo 4-5 settimane di astensione dall'uso di bevande alcoliche. È sensibile ma poco specifico.

**AST e ALT:** tali enzimi vanno ad identificare il danno epatico piuttosto che il consumo di bevande alcoliche. Un maggiore incremento delle AST rispetto alle ALT fa propendere per un danno epatico alcol correlato. Sensibili ma poco specifiche.

**MCV:** l'aumento dell'MCV è dovuto sia all'azione tossica diretta dell'acetaldeide sulla replicazione dei precursori eritrocitari, sia all'interferenza dell'etanolo sull'assorbimento intestinale di acido folico e vit. B12. L'aumento dell'MCV può essere riscontrato per circa 3 mesi dopo la completa astensione dalle bevande alcoliche. La sensibilità è del 40-50% nell'alcolismo cronico, la specificità è del 95%. (28)

**CDT(10):** rappresenta un gruppo di isoforme minori di transferrina sierica che tendono ad aumentare per consumi alcolici superiori ai 50-80 grammi di etanolo al giorno per almeno una settimana. La sua emivita è di circa 15 giorni dopo l'astensione dalle bevande alcoliche. La sensibilità diagnostica è legata ad alcuni fattori come l'età, la massa corporea, il sesso ed il fumo; essa varia dal 70% al 90% nel confronto tra pazienti con Disturbo da Uso di Alcol all'inizio del trattamento e bevitori occasionali. Non viene influenzata dall'utilizzo di farmaci. La sua applicazione è diffusa anche in ambito forense. Se individuata con il metodo cromatografico (tecnica sensibile e specifica), il suo cut-off si aggira intorno all'1,8%.

**Biomarcatori diretti:** prodotti del metabolismo dell'etanolo. In particolare, l'Etilglucuronide: metabolita minore dell'alcol, essendo un prodotto di coniugazione dell'etanolo che si forma per reazione con l'acido glucuronico attivato. Essa è presente nei vari fluidi biologici, nei tessuti e nei capelli. Nelle urine si ritrova fino a 40-60 ore dopo l'assunzione di alcol, nel sangue rimane per circa 14 ore. La determinazione dell'etilglucuronide nel capello trova invece applicazione nei casi di rilevanza amministrativo-forense. Per quanto riguarda il cut-off, il valore soglia urinario è considerato di 0,5 mg/L. La sensibilità varia dall'83 al 91%, la specificità dal 68 al 76% (28).

Eventuali esami strumentali: ECG e esame ecografico, da effettuarsi come indagini di II livello presso ambulatori specialistici e/o all'interno dei Ser.D stessi, laddove presenti le figure mediche idonee. In caso di necessità ci si può ricollegare ad altre strutture ambulatoriali specialistiche individuate nel corso dell'accoglienza (gastroenterologia, neurologia, psichiatria, endocrinologia, dermatologia, neurologia).

**Area psicologica** - Durante il primo mese di osservazione i colloqui clinici sono finalizzati alla costruzione dell'alleanza terapeutica e all'assessment su: modalità attuale dell'abuso di alcol, storia del

consumo, valutazione motivazionale (30) valutazione psicodiagnostica, definizione degli obiettivi terapeutico-riabilitativi negoziati con l'utente durante e al termine dell'assessment attraverso i seguenti strumenti: AUDIT-C; CAGE; Diario alcolico; Lifetime Drinking History(42); Craving Typology Questionnaire(41); Visual Analogic Scale (VAS); craving scale; Mini Mental State Examination (26); MMPI(11); MAC-2A (44); la scelta dei quali da valutare in base alla condizione clinica dell'utente. L'utilizzo dei test può contribuire a valutare le risorse disponibili e potenziali, le fragilità, gli aspetti adattivi e non adattivi dell'utente ossia di fornire ulteriori elementi per meglio comprendere il funzionamento globale dell'individuo consentendo di individuare il trattamento più adeguato.

### **Fase 3 – Intervento Terapeutico**

**Area medico/infermieristica** - In linea generale, i farmaci specifici utilizzati nel trattamento del DUA tendono a diminuire gli effetti rinforzanti dell'alcol, agendo sui neurotrasmettitori coinvolti nei circuiti del reward, in particolare la dopamina, gli oppioidi endogeni, la serotonina, l'acido Gamma-Amminobutirrico (GABA) ed il glutammato. Inizialmente l'utilizzo di alcol causa un aumento di dopamina, stimolando i recettori oppioidi nel sistema meso-limbico, con effetti di rinforzo positivo e gratificazione. L'utilizzo cronico invece determina una attenuazione della risposta dopaminergica, pertanto per ottenere l'effetto gratificante desiderato l'individuo deve aumentare l'intake alcolico (fenomeno noto come tolleranza).

Nello stesso tempo, l'alcol determina un aumento degli effetti GABA-mediati, e provoca l'inibizione della trasmissione glutammatergica. Con l'utilizzo cronico si viene a creare una down-regolazione del sistema gabaergico ed una up-regolazione del sistema glutammatergico, che costituiscono in parte le basi neurobiologiche dei sintomi astinenziali e del craving, che insorgono alla sospensione dell'assunzione di alcolici. (28)

Poche sono le molecole approvate dall'AIFA per il trattamento del DUA e per l'abuso alcolico: Acamprosato, Naltrexone e Nalmefene tra i farmaci anti-craving, il Disulfiram tra gli avversivanti (28); in Italia e in Austria viene approvato il sodio oxibato. Altri, off label, sono utilizzati e scelti su base individuale (terapia "tailorizzata").

Il trattamento farmacologico è da intendersi, comunque, nell'ambito di un trattamento integrato.

<b>Trattamento Farmacologico</b>	
<b>Sodio oxibato</b>	<p>È un amminoacido a catena corta, simile al neurotrasmettitore acido gamma amino butirrico (GABA); è un agonista dei recettori GABA B ad azione alcol-mimetica. Modula altri sistemi recettoriali, della serotonina (5-idrossitriptamina), della acetilcolina ed è antagonista dei recettori oppioidi. Anti-craving, risulta superiore rispetto al placebo nel mantenimento dell'astinenza e nella prevenzione delle ricadute.</p> <p>L'efficacia è aumentata se il farmaco viene associato con la psicoterapia.</p> <p>Il dosaggio per la <b>sindrome di astinenza alcolica</b> è di <b>50-100 mg/kg/die</b>; il dosaggio per l'<b>effetto anti-craving</b> è di <b>50 mg/kg/die</b>.</p> <p><b>Viene suddiviso in tre o più somministrazioni/die.</b></p>

<p><b>Naltrexone</b></p>	<p>Blocca i recettori oppioidi, diminuendo quindi il senso di gratificazione legato all'assunzione di alcol. L'efficacia è associata alla riduzione del numero dei "giorni di consumo elevato di alcol" e del numero totale di UA assunte in un singolo episodio.</p> <p>Risulta superiore rispetto al placebo nel mantenimento dell'astinenza e nella prevenzione delle ricadute.</p> <p>L'efficacia è aumentata se il farmaco viene associato con la psicoterapia (22).</p> <p><b>Il dosaggio iniziale è di 25 mg per tre giorni e quindi 50 mg die.</b></p> <p><b>La dose può essere aumentata fino a 100 o 150 mg.</b></p> <p>Il Naltrexone vede aumentare la propria efficacia nel sottogruppo dei pazienti con familiarità positiva per alcolismo, in quelli con esordio precoce di malattia e comportamento antisociale.</p> <p>L'utilizzo è controindicato nei pazienti con scompenso epatico, e deve essere utilizzato con cautela nei pazienti con disfunzioni epatiche anche di grado lieve.</p> <p>È assolutamente controindicato in pazienti che utilizzano oppioidi, per il trattamento del dolore o come terapia sostitutiva per un altro DUS.</p> <p>Gli effetti indesiderati più comuni sono: cefalea, nausea, vertigini, che in genere si risolvono dopo i primi giorni di assunzione.</p>
<p><b>Acamprosato</b></p>	<p>L'azione neuromodulatrice sui recettori glutamatergici NMDA (N-Methyl-D-Aspartate) è alla base dell'utilizzo di tale farmaco.</p> <p>È utilizzato in Europa soprattutto per il mantenimento dell'astinenza, presumibilmente riducendo il craving, dopo la disintossicazione, anche se alcuni studi suggeriscono che l'Acamprosato impedisca le ricadute, non agendo sul craving, ma piuttosto riducendo l'ipereccitabilità del sistema nervoso centrale.</p> <p>La sua tollerabilità ed il profilo di sicurezza ne fanno un farmaco di estrema maneggevolezza clinica.</p> <p>L'Acamprosato viene <b>somministrato alla dose di 666 mg tre volte al giorno</b>.</p> <p>Riduzioni del dosaggio devono avvenire nei pazienti al di sotto dei 60 kg di peso corporeo, ed in caso di ridotta funzionalità renale.</p> <p>In caso di insufficienza renale di grave entità (clearance della creatinina inferiore a 30 ml/min) il farmaco è controindicato essendo questa la sua via di eliminazione.</p> <p>Può essere utilizzato, invece, nei pazienti con grave epatopatia in quanto prevale l'escrezione renale che gli consente di evitare il metabolismo epatico. Non sono presenti studi in gravidanza sugli esseri umani e nei cirrotici con classe di Child-Pugh C (39).</p>
<p><b>Nalmefene</b></p>	<p>È un antagonista dei recettori oppioidi <math>\mu</math> e <math>\delta</math> e agonista parziale dei recettori <math>\kappa</math>.</p> <p>Riduce gli effetti di rinforzo dell'alcol, aiutando a ridurre il consumo, attraverso una modulazione del sistema oppioide: è la prima molecola approvata in Europa per la riduzione dei consumi di alcol nei pazienti con diagnosi di dipendenza considerati "forti assuntori di alcol" (22).</p>

	<p>È considerato un farmaco da assumere <b>“al bisogno”, preferibilmente 1-2 ore prima dell’orario previsto per il consumo di alcol</b>, ogni giorno in cui il paziente percepisce il rischio di consumare alcolici.</p> <p>La <b>dose massima è di una compressa da 18 mg al giorno</b>.</p> <p>Non deve essere somministrato nei pazienti con storia recente di abuso di oppiacei o utilizzo di farmaci oppioidi.</p>
<p><b>Disulfiram</b></p>	<p>Farmaco appartenente alla categoria degli avversivanti, inibisce la conversione dell’acetaldeide in acido acetico attraverso il blocco dell’enzima aldeide-deidrogenasi, con conseguente accumulo di acetaldeide.</p> <p>In caso di contemporanea assunzione di bevande alcoliche, i livelli di acetaldeide risultanti provocano reazioni avverse caratterizzate da tachicardia, eritemi cutanei, soprattutto del volto, nausea, vomito, ipotensione fino al collasso cardiovascolare in alcuni casi (23).</p> <p>Risulta controindicato in pazienti con disfunzione epatica, malattie cardiache, psicosi o deficit cognitivo, e in pazienti in gravidanza o che abbiano intenzione di avere figli.</p> <p>I pazienti devono essere astinenti per diversi giorni prima della terapia ed adeguatamente informati previo consenso.</p> <p>La somministrazione prevede un <b>dosaggio variabile da 200 a 400 mg al giorno</b> ed è consigliata sotto la supervisione di un familiare o figura di riferimento e all’interno di un programma integrato.</p> <p>Il Disulfiram è considerato un farmaco di seconda linea, raccomandato quando i trattamenti di prima linea (Naltrexone e Acamprosato) non sono risultati efficaci o sono controindicati.</p>

#### Farmaci Off Label

Nella pratica clinica sono comunemente utilizzati altri farmaci, che pur non avendo l’indicazione riconosciuta in scheda tecnica per il trattamento del DUA, hanno mostrato efficacia nel ridurre il consumo di alcolici e/o il craving per l’alcol.

<p><b>Baclofene</b></p>	<p>ha un’attività agonista sui recettori GABA B. La sua indicazione in scheda tecnica è la spasticità, viene dunque usato come farmaco miorilassante. Approvato in Francia per il trattamento del DUA, ha mostrato efficacia nel ridurre il craving, nel diminuire gli heavy-drinking days e aumentare i giorni di astinenza (19).</p> <p>Viene somministrato al <b>dosaggio di 30-90 mg/die</b>.</p> <p>È controindicato in pazienti affetti da disturbo da uso di oppiacei attivo o pregresso, in pazienti in gravidanza o con compromissione della funzionalità renale. Tra gli effetti collaterali più comuni si annoverano un rischio di overdose e di sedazione.</p>
<p><b>Gabapentin</b></p>	<p>ha come indicazione originale il trattamento dell’epilessia e del dolore neuropatico. Il suo meccanismo d’azione è mediato dai canali del calcio voltaggio-dipendenti, ed ha anche una azione pro- gabaergica aspecifica.</p>

	<p>Sembra promuovere l'astinenza e favorire la prevenzione delle ricadute, in combinazione con il Naltrexone ha mostrato effetti additivi rispetto al Naltrexone in monoterapia (4).</p> <p>Tende a normalizzare sintomi disforici ed a regolarizzare il ritmo sonno-veglia. Dal punto di vista farmacocinetico viene eliminato principalmente attraverso l'escrezione renale e pertanto è necessario il monitoraggio della funzionalità renale.</p> <p><b>Il dosaggio varia da 300 a 1200 mg/die.</b></p>
<b>Pregabalin</b>	<p>ha struttura chimica ed efficacia clinica paragonabili al Gabapentin, oltre ad avere l'indicazione in scheda tecnica per il trattamento del Disturbo d'ansia generalizzata (GAD) e del dolore neuropatico.</p> <p>Utile in soggetti con DUA associato a temperamento ipertimico/ciclotimico (1). Può essere <b>prescritto per os a un dosaggio iniziale di 150 mg/die, per poi aumentare nel tempo fino a 300 mg/die.</b></p> <p>A dosaggi superiori a 450 mg/die il pregabalin presenta un potenziale di abuso.</p>
<b>Topiramato</b>	<p>il meccanismo di azione si esplica attraverso un aumento dell'attività inibitoria dei recettori GABA A, con un effetto antagonista sui recettori del Glutammato e con modulazione dei canali ionici.</p> <p>Ha indicazione riconosciuta per il trattamento dell'epilessia e dell'emigrania e ha mostrato <b>efficacia nel ridurre il craving per l'alcol a dosaggi medio-bassi (fino a 200 mg/die) (37).</b></p>

**Area psicologica** - per ottimizzare gli interventi occorre distinguere tra:

**Uso rischioso - intervento breve:** interventi di informazione e psicoeducativi finalizzati alla promozione di una maggiore consapevolezza dei rischi/danni dell'abuso di alcol e al recupero di modalità comportamentali basate sul controllo e la gestione del bere.

**Uso dannoso** – per interventi integrati, oltre ai farmaci descritti in “area medica”, sono raccomandati interventi psicoeducativi finalizzati alla consapevolezza del comportamento di abuso e alla funzione che l'alcol svolge nell'economia psicofisica dell'utente nonché dei vantaggi e svantaggi sul piano psicosociale che il consumo di alcol svolge per l'utente. Inoltre, si cita un intervento breve di tipo cognitivo-comportamentale per la gestione della ricaduta e per il recupero del controllo del bere attraverso l'acquisizione di strategie per la gestione del craving e di stili di coping nuovi per la gestione delle emozioni negative e lo stress. Segue il monitoraggio con follow up per un periodo di almeno 12 mesi, anche telefonico. Si fa riferimento all'intervento breve denominato P.A.U.Sè validato attraverso lo studio multicentrico coordinato dal prof. M. Ceccanti in partnership tra il Centro di Riferimento Alcolologico del Lazio e il Policlinico di Roma (16) (17).

**Abuso-Dipendenza** – anche in questo caso, oltre ai farmaci descritti in “area medica”, si raccomandano interventi psicologici in trattamento integrato da effettuare in base alla valutazione clinica (disturbo lieve, moderato, grave, doppia diagnosi) che comprendono: trattamento breve cognitivo-comportamentale, orientato alla gestione della ricaduta (Progetto P.AU.Sè), psicoterapia a medio/lungo termine, individuale, di coppia, familiare, intervento di sostegno ai familiari a carattere esplicativo/informativo sul abuso di alcol e finalizzato all'approfondimento dell'analisi degli stili di

coping del familiare e la loro funzione nella gestione del disturbo (34) (35); si sottolinea che l'intervento psicoterapeutico più appropriato in base alla valutazione diagnostica può essere scelto tra i seguenti:

- ✓ CBT (individuale, di coppia e di gruppo);
- ✓ Terapia psicodinamica
- ✓ Terapia psicodinamica breve
- ✓ Terapia interpersonale
- ✓ Terapia familiare
- ✓ DBT (Dialectical Behavioural Therapy)
- ✓ MBRP (Mindfulness Based Relapse Prevention)

Oltre a interventi terapeutico-riabilitativi presso strutture semi-residenziali o residenziali per programmi integrati e reinserimento nel contesto di vita.

In caso di individuazione di problematiche di natura psichiatrica l'intervento seguirà il percorso PDTA già in essere con il Servizio di Salute Mentale - Delibera 1288 del 12/07/2022 - Adozione P.D.T.A. "*Gestione del Paziente con Doppia Diagnosi (Comorbilità tra Disturbo da Uso di Sostanze e Disturbi della Salute)*".

In tutti i casi di presa in carico, l'intervento può essere rivolto anche solo ai familiari con programmi di sostegno di carattere esplicativo/informativo sul consumo/abuso di alcol, sull'approfondimento dell'analisi degli stili di coping del familiare e la loro funzione nella gestione/conservazione del disturbo. In particolare citiamo l'intervento di Copello, Orford e colleghi che fa riferimento al modello Stress-Strain-Coping-Support (24). L'intervento consta di un numero di incontri, da 5 a 7, che vertono su specifiche tematiche quali 1) descrizione della situazione problematica da parte del familiare; 2) incontro di informazione su vari aspetti legati all'alcol in quanto sostanza e suoi effetti; 3) stili di coping del familiare e loro trasformazione; 4) valutazione e promozione del supporto sociale; 5) orientamento ad un eventuale ulteriore intervento specialistico (Intervento dei 5 passi) (36) (6). Questo tipo di intervento potrebbe essere svolto da tutti gli operatori dell'equipe multidisciplinare formati all'applicazione dello stesso.

Per completezza si citano altri interventi psico-sociali quali:

- Motivational Interview o Motivational Enhancement Therapy
- Psicoeducazione
- Behavioural Self-Control Training
- Social Skill Training
- Coping Skill Training
- Cue Exposure
- Social Network Therapy
- Gruppi AMA (incluso approccio ecologico-sociale)

**Area sociale** - Ricognizione delle risorse personali (relazioni familiari, condizione economica), e della storia dei precedenti eventi sanitari, giudiziari e sociali. Utilizzo di test delle abilità sociali e WHO-QOL breve (34). Verifica dei bisogni e accompagnamento (attivazione di un mediatore culturale, identificazione di un dormitorio, invio presso centri anti-violenza). Attivazione delle risorse personali o "empowerment" (indirizzo verso una borsa lavoro o verso il conseguimento di un titolo scolastico, sostegno alle pratiche per sussidi sociali tipo ADI o pensione di invalidità). Attivazione o costruzione di una rete di supporto. Azione di orientamento e invio presso strutture semi-residenziali o residenziali. Invio e collegamenti con i gruppi di auto mutuo-aiuto presenti sul territorio come Alcolisti Anonimi (A.A), Club Alcolisti in Trattamento (C.A.T.).

**Tutti gli utenti – Tempo di effettuazione/mese**

**Livello di impegno**

<b>Area</b>	<b>lieve</b>	<b>moderato</b>	<b>grave</b>
<b>area sociale</b>	<p><b>Totali 100 minuti</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) valutazione delle risorse sociali</li> <li>2) valutazione risorse familiari</li> <li>3) test valutazione delle abilità sociali</li> <li>4) valutazione risultati</li> </ol>	<p><b>totali 140 minuti</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) valutazione delle risorse sociali</li> <li>2) valutazione risorse familiari</li> <li>3) test valutazione delle abilità sociali</li> <li>4) valutazione risultati</li> <li>5) counseling risorse per riabilitazione</li> <li>6) acquisizione informazioni titoli scolastici</li> </ol>	<p><b>totali 170 minuti</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) valutazione delle risorse sociali</li> <li>2) valutazione risorse familiari</li> <li>3) test valutazione delle abilità sociali</li> <li>4) valutazione risultati</li> <li>5) counseling risorse per riabilitazione</li> <li>6) reinserimento lavorativo (andamento)</li> <li>7) acquisizione informazioni titoli scolastici</li> </ol>
<b>area psicologica</b>	<p><b>Totali 130 minuti</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) colloquio orientamento e valutazione MAC</li> <li>2) appuntamenti successivi</li> <li>3) test individuati</li> <li>4) elaborazione test</li> </ol>	<p><b>Totali 220 minuti</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) colloquio orientamento e valutazione MAC</li> <li>2) appuntamenti successivi</li> <li>3) test individuati screening</li> <li>4) elaborazione test</li> <li>5) test di conferma</li> <li>6) valutazione del test</li> <li>7) colloqui individuali successivi</li> </ol>	<p><b>Totali 285 minuti</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) colloquio orientamento e valutazione MA</li> <li>2) appuntamenti successivi</li> <li>3) test individuati screening</li> <li>4) elaborazione test</li> <li>5) test di conferma</li> <li>6) valutazione del test</li> <li>7) colloqui individuali successivi</li> <li>8) richiesta consulenza psichiatrica</li> </ol>
<b>area medica</b>	<p><b>Totali 160 minuti</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) visita medica</li> <li>2) appuntamenti per esami di laboratorio</li> <li>3) commento esami diagnostici</li> <li>4) valutazione es. tossicologico</li> <li>5) valutazione terapia farmacologica</li> <li>6) monitoraggio dipendenza visite successive</li> </ol>	<p><b>Totali 160 minuti</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) visita medica</li> <li>2) appuntamenti per esami di laboratorio</li> <li>3) commento esami diagnostici</li> <li>4) valutazione esame tossicologico</li> <li>5) valutazione terapia farmacologica</li> <li>6) monitoraggio dipendenza visite successive</li> </ol>	<p><b>Totali 180 minuti</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) visita medica</li> <li>2) appuntamenti per esami di laboratorio</li> <li>3) commento esami diagnostici</li> <li>4) valutazione esame tossicologico</li> <li>5) valutazione terapia farmacologica</li> <li>6) management relazioni sanitarie</li> <li>7) visite di monitoraggio dipendenza</li> </ol>
<b>area infermieristica</b>	<p><b>Totali 60 minuti</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) raccolta urinaria per test tossicologici</li> <li>2) prelievo ematico</li> <li>3) erogazione farmaco agonista (prima)</li> <li>4) valutazione posologia</li> <li>5) erogazione farmaco agonista (successive)</li> </ol>	<p><b>Totali 60 minuti</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) raccolta urinaria per test tossicologici</li> <li>2) prelievo ematico</li> <li>3) erogazione farmaco agonista (prima)</li> <li>4) valutazione posologia</li> <li>5) erogazione farmaco agonista (successive)</li> </ol>	<p><b>Totali 80 minuti</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) raccolta urinaria per test tossicologici</li> <li>2) prelievo ematico</li> <li>3) erogazione farmaco agonista (prima)</li> <li>4) valutazione posologia</li> <li>5) erogazione farmaco agonista (successive)</li> <li>6) medicazione lesioni</li> </ol>

#### **Fase 4 - Riunione dell'equipe multiprofessionale**

Confermata la Diagnosi DUA secondo i criteri sopra descritti, presso il Ser.D. competente per territorio di residenza del paziente, si svolge la riunione dell'equipe multiprofessionale di riferimento. In questa riunione, le diverse valutazioni multiprofessionali effettuate si compongono ad effettuare il programma individualizzato, che prevede trattamenti ambulatoriali di competenza Ser.D. (di durata in linea con i bisogni di cura dell'utente) e/o l'eventuale invio nei Centri Diurni o Residenziali afferenti alla UOSD Strutture Intermedie del Dipartimento Dipendenze e se necessario, in percorsi residenziali in strutture accreditate con il S.S.N. sul territorio nazionale (C.T./altre strutture sanitarie).

In questa Fase IV è centrale l'azione di elaborazione del programma individualizzato che consiste nel prevedere per/con il paziente uno dei possibili percorsi terapeutici seguenti, in integrazione o in sequenza:

1. presa in carico ambulatoriale: monitoraggio dello stato di salute, terapia farmacologica, interventi psicologici, seguimiento socio-riabilitativo-assistenziale (vedi "fase 2").
2. Invio in strutture Residenziali o Semi-Residenziali (Centri Diurni).
3. Progetti di formazione-lavoro ai fini dell'inclusione sociale.

#### **Fase 5 - Restituzione del Piano Terapeutico Individualizzato (PTI) all'utente**

Il case manager, individuato nell'equipe multidisciplinare di riferimento, incontra il paziente e lo informa sul PTI elaborato dal Servizio, ne ottiene la firma che rappresenta il suo consenso al trattamento o eventualmente il suo rifiuto.

La funzione svolta in questa fase dagli operatori che costituiscono l'equipe di riferimento del paziente è quella di accompagnamento ai percorsi di cura con particolare attenzione alla appropriatezza degli interventi proposti e concordati con il paziente e quando possibile con la sua famiglia o caregiver. In questa fase, più propriamente di trattamento e/o di lavoro clinico per prevenire le ricadute, sono necessarie riunioni regolari di intervizione al fine di implementare o modificare il PTI.



## 7. Matrice delle Responsabilità

Di seguito sono riportate in dettaglio le attività e i soggetti coinvolti attivamente nel percorso PDTA DUA

Responsabilità / Attività	INFERMIERE	MEDICO	PSICOLOGO/ PSICOTERAPEUTA	ASSISTENTE SOCIALE	REFERENTE SER.D.	CASE MANAGER DI RIFERIMENTO
Accoglienza e prima valutazione del paziente <b>Scheda Accoglienza - Allegato 1</b>	R	R	R	R		
Convocazione riunione periodica di équipe Ser.D.					R	
Presentazione e discussione in équipe Ser.D. degli All. 1 compilati con i nuovi pazienti in <b>Fase di accoglienza</b>	R	R	R	R	C	C
Formazione dell'èquipe multiprofessionale di riferimento del paziente e programmazione Appuntamenti per <b>l'inizio della Fase 2</b>	C	R	R	R		C
Comunicazione al paziente del primo appuntamento programmato						R
Durante il primo colloquio programmato con l'utente compilazione dell'allegato 2 e raccolta del consenso informato - Prima Registrazione in anagrafica SID	R	R	R	R		
Comunicazione degli appuntamenti successivi al primo						R
Registrazione su altre piattaforme informatiche utili ai dati relativi al monitoraggio dello stato di salute dell'utente Win Simet, Wirgilio-new	R	R	R			
Esecuzione prelievi per esami diagnostici laboratoristici e tossicologici su prelievo di urine/sangue	R	R				
Trattamento integrato	R	R	R	R	R	R
Programmazione della Riunione di équipe multiprofessionale di riferimento del paziente da stabilire ogni 15 giorni fino alla <b>fine della Fase 2</b>						R

Stesura del verbale delle riunioni della equipe multiprofessionale di Riferimento del paziente						<b>R</b>
Formulazione Diagnosi DUA	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
Programmazione successivo incontro della equipe multiprofessionale di riferimento per la Formulazione prima ipotesi del PTI						<b>R</b>
Formulazione prima ipotesi del percorso di cura del paziente PTI	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>R</b>	
Restituzione PTI	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>R</b>
Programmazione e incontro dell'equipe multiprofessionale a un mese dall'attivazione del percorso PDTA - DUA						<b>R</b>

*Legenda:*

**R:** responsabile   **C:** collabora   **I:** informato

<b>RESPONSABILITÀ</b>  <b>ATTIVITÀ</b>	<b>Direttore Dipartimento Dipendenze</b>	<b>Direttore U.O.C.: Dip. Nord Dip. Est Dip. Ovest</b>	<b>Referente Responsabile U.O. Ser.D</b>	<b>IOCR Infermiere UU.OO. Ser.D</b>	<b>Sociologo UU.OO. Ser.D</b>	<b>U.O.C. G.R.C.</b>
Diffusione PDTA DUA	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>R</b>			
Vigilanza sulla corretta applicazione del PDTA DUA		<b>R</b>	<b>R</b>			
Organizzazione Percorsi Formativi/Informativi	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>			<b>I</b>
Raccolta e analisi dei dati semestrali e trasmissione al dipartimento	<b>I</b>	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>R</b>	
Monitoraggio e valutazione percorso	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	
Elaborazione annuale del report	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	

*Legenda:*

**R:** responsabile   **C:** collabora   **I:** informato

## **8. Formazione**

La presentazione a tutti gli operatori interessati del “PDTA Gestione del Paziente con Disturbo da Uso di alcol” è a cura del gruppo di lavoro che ha redatto il documento.

L’organizzazione di percorsi formativi/informativi del “PDTA Gestione del Paziente con Disturbo da Uso di alcol” è a cura del Direttore del Dipartimento Dipendenze.

**Obiettivi:** la massima condivisione di tutti gli operatori per il raggiungimento della standardizzazione delle procedure degli interventi, intesa come buona pratica, la formulazione e l’applicazione di linee guida e inoltre la previsione di incontri periodici di aggiornamento delle attività.

**Destinatari:** gli operatori del Dipartimento Dipendenze.

## **9. Diffusione**

Il presente documento, unitamente alla delibera di adozione, è disponibile sul portale aziendale nella sezione **Intranet**, alla pagina dedicata alla “**Gestione del Rischio Clinico**”- **“PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI”**

- **Regione Campania**, Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Servizio Sanitario Regionale
- **Direttore del Dipartimento Dipendenze**, che provvederà a diffondere il documento ai Direttori/Responsabili delle **UU.OO.** coinvolte nell’applicazione del percorso, assicurando una diffusione capillare tra gli operatori
- **Direttore del Dipartimento Attività Ospedaliera**, che, a sua volta, invierà il documento ai Direttori/Responsabili delle **UU.OO.** pertinenti, garantendo una distribuzione capillare tra gli operatori
- **Direttore Dipartimento Salute Mentale** e per suo tramite ai Direttori/Responsabili delle **UU.OO.** interessate all’applicazione del percorso con diffusione capillare agli operatori
- **Direttore UOC Attività Assistenza Primaria**, che provvederà alla diffusione del documento alle strutture coinvolte nell’applicazione del percorso e alla condivisione con i **Medici di Medicina Generale (MMG)**, i **Pediatrati di Libera Scelta (PLS)** e gli specialisti ambulatoriali, nell’ambito del comitato ex art. 13
- **Al Direttore UOC Coordinamento attività Socio sanitarie** per la diffusione capillare agli operatori
- **Direzione Generale A.O.U. Federico II**
- **Direzione Generale A.O.R.N. Santobono-Pausilipon**
- **Al Direttore U.O.C. Flussi Informativi, Analisi e monitoraggio LEA e P.N.E., CUP e Liste d'attesa**
- **Associazioni dei familiari e/o caregiver dei pazienti**

## ***10. Monitoraggio e Valutazione***

Come illustrato nella matrice delle Responsabilità il Sociologo del Servizio, in collaborazione con il coordinatore infermieristico, è responsabile della raccolta dei dati afferenti alla U.O. Ser.D.

Il Direttore del Dipartimento Dipendenze è responsabile del monitoraggio periodico del percorso e dell'elaborazione del report annuale; i Direttori delle UU.OO.CC. e i Referenti Dirigenti dei Ser.D sono responsabili di vigilare la corretta applicazione del presente PDTA DUA.

Per verificare l'appropriatezza del percorso, evidenziare eventuali aree di miglioramento e apportare gli adeguamenti necessari, sono stati definiti gli indicatori – di processo e di esito- di seguito riportati. Questi permetteranno di valutare l'efficienza e la riproducibilità dell'attivazione del PDTA-DUA nei servizi:

<b>Indicatori di PROCESSO:</b>	<b>FONTE del DATO</b>
N° di riunioni di (micro)équipe multiprofessionali PDTA DUA effettuate per ciascun paziente ogni 6 mesi/N° totale di riunioni programmate di Servizio	Verbale Equipe Multiprofessionali
N° di pazienti arruolati nel percorso dall'équipe multiprofessionale / N° totale di pazienti valutati con sospetto DUA	Allegato 1 - Scheda Accoglienza Allegato 2- Cartella Clinica/SID

<b>Indicatori di PROCESSO:</b>	<b>FONTE del DATO</b>
N° di esami strumentali/diagnostici PDTA DUA effettuati per ciascun paziente ogni 12 mesi/N° totale di pazienti valutati con sospetto DUA	Allegato 2- Cartella Clinica/SID
N° di pazienti aderenti al trattamento ogni 6 mesi/ N° totale di pazienti valutati con sospetto DUA	Allegato 2- Cartella Clinica/SID

<b>Indicatori di ESITO:</b>	<b>FONTE del DATO</b>
N° di eventi critici (ricadute/ricoveri/accesso PP.SS./morte) nel corso di 6 mesi dalla presa in carico nel percorso PDTA DUA/ N° totale di pazienti inseriti nel percorso PDTA DUA	Allegato 2- Cartella clinica/SID
N° di pazienti che abbandona il PTI a 6 mesi/ N° totale di pazienti inseriti nel percorso PDTA DUA	Allegato 2- Cartella Clinica/SID

<b>Indicatori di ESITO:</b>	<b>FONTE del DATO</b>
N° di soggetti in astensione/remissione nel corso di 6 mesi dalla presa in carico nel percorso PDTA DUA/ N° totale di pazienti inseriti nel percorso PDTA DUA	Allegato 2- Cartella clinica/SID
N° di soggetti con evento critico pregresso che rientrano nel percorso PDTA DUA/ N° totale di pazienti con evento critico in precedenza inseriti nel percorso PDTA DUA	Allegato 2- Cartella clinica/SID

<b>Indicatori di valutazione dei percorsi formativi:</b>	<b>FONTE del DATO</b>
N° di personale formato afferente al Dipartimento Dipendenze sul PDTA DUA /Tot. personale da formare per anno	Test valutazione dell'apprendimento Questionari di gradimento

## ***11. Revisione***

Il presente PDTA DUA sarà oggetto di revisione periodica a seguito di aggiornamento delle evidenze scientifiche emerse, di linee guida, a modifiche normative, a riorganizzazione aziendale ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

## ***12. Bibliografia***

1. Alessandro Emiliano Vento e Giuseppe Ducci. Manuale Pratico per Il Trattamento Dei Disturbi Psicici Da Uso Di Sostanze. II Edizione.; 2022.
2. American Psychiatric Association. “Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5”. Raffaello Cortina Editore 201
3. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia;2005. Adattamento alla versione italiana: Scafato E, Gandin C, Patussi V., gruppo di lavoro IPIB. L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. 2010.
4. Anton RF, Latham P, Voronin K, et al. Efficacy of Gabapentin for the Treatment of Alcohol Use Disorder in Patients With Alcohol Withdrawal Symptoms. JAMA Intern Med. 2020;180(5):728. doi:10.1001/jamainternmed.2020.0249
5. Atto Aziendale ASL Napoli 1 Centro.
6. Arcidiacono, Velleman et al. 2009. “Famiglie sotto stress. Con-vivere con chi abusa di alcol o droghe”. Unicopli
7. Bianchi, Paolo S. B. (2018). Psicologia delle Droghe. Milano: Franco Angeli. Un'analisi delle interazioni tra mente, ambiente e sostanze psicoattive.
8. Blomberg RD, Peck RC, Moskowitz H, Burns M, Fiorentino D. 2002. Crash Risk of Alcohol Involved Driving. National Highway Traffic Safety Administration. Washington, D.C.
9. Bonfiglio NS, Renati R, Agus M, Penna MP. 2021. Validation of a substance craving questionnaire (SCQ) in Italian population [published correction appears in Addict Behav Rep. Jan 21;13:100334]. Addict Behav Rep. 2019; 9:100172.

10. Bortolotti F, Sorio D, Bertaso A, Tagliaro F. Analytical and diagnostic aspects of carbohydrate deficient transferrin (CDT): A critical review over years 2007–2017. *J Pharm Biomed Anal.* 2018;147:2-12. doi:10.1016/j.jpba.2017.09.006
11. Butcher et al. 1995 MMPI-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Adattamento italiano di P. Pancheri e S. Sirigatti
12. Collins SE. 2016. Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol Outcomes. *Alcohol Res.*;38(1):83-94.
13. Coriale G, Fiorentino D, De Rosa F, et al. 2018. Treatment of alcohol use disorder from a psychological point of view. Trattamento del disturbo da uso di alcol da un punto di vista psicologico. *Riv. Psichiatr.*; 53(3): 141-148.
14. Curcio F, Capraro C, D'Ascoli G, Focaccio F, Gaveglia M, Longobardo A, Losasso C, Masucci S, Parente M, Petti M, Plenzik M, Villano G, Veneruso C, Molinaro S, Siciliano V, De Rosa G. 2013. "A SCHOOL FOR LIFE" Monitoring of a multidisciplinary prevention intervention experience in 4 Neapolitan Scholastic Institutes". *Heroin Addict Relat Clin Probl*; 15(1): 21-28.
15. Curcio F, Vanni M, Baldassarre C, D'Amore A. e gruppo acamprosato Federserd Campania – 2013. V Congresso Nazionale FeDerSerD "La Società Dipendente. Il Sistema di competenze e responsabilità per comprendere, decidere e agire", 22-25 ottobre 2013. Roma – "Monitoraggio della terapia con acamprosato in soggetti assistiti da ser.t. campani".
16. De Rosa, Coriale e al. 2013. Trattamento cognitivo-comportamentale nella dipendenza da alcol. Un progetto nazionale multicentrico. Razionale e riflessioni preliminari. In "Dal Fare al Dire", Rivista Italiana di informazione e confronto sulle patologie della dipendenza. Vol. 1
17. De Rosa, Coriale e al. 2013. Trattamento cognitivo-comportamentale nella dipendenza da alcol. Un progetto multicentrico. Razionale e risultati della ricerca. In "Dal Dire al Fare". Rivista Italiana di informazione e confronto sulle patologie della dipendenza. Trattamento cognitivo-comportamentale nella dipendenza da alcol Vol. 2
18. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR - 1975. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.*;12(3):189-198.
19. Garbutt JC, Kampov-Polevoy AB, Pedersen C, et al. Efficacy and tolerability of baclofen in a U.S. community population with alcohol use disorder: a dose-response, randomized, controlled trial. *Neuropsychopharmacology.* 2021;46(13):2250-2256. doi:10.1038/s41386-021-01055-w
20. GBD 2016 Alcohol Collaborators. 2018. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.*;392(10152): 1015-1035
21. Ingall GB. Alcohol Biomarkers. *Clin Lab Med.* 2012;32(3):391-406. doi:10.1016/j.cll.2012.06.003
22. Keyes KM, Jager J, Mal-Sarkar T, Patrick ME, Rutherford C, Hasin D. 2019. Is There a Recent Epidemic of Women's Drinking? A Critical Review of National Studies. *Alcohol Clin Exp Res.*;43(7):1344-1359.
23. Jarosz J, Miernik K, Wąchal M, Walczak J, Kruppl G. Naltrexone (50 mg) Plus Psychotherapy in Alcohol-Dependent Patients: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2013;39(3):144-160. doi:10.3109/00952990.2013.796961
24. Jørgensen CH, Pedersen B, Tønnesen H. The Efficacy of Disulfiram for the Treatment of Alcohol Use Disorder. *Alcohol Clin Exp Res.* 2011;35(10):1749-1758. doi:10.1111/j.1530-0277.2011.01523.x
25. Keating GM. Nalmefene: A Review of Its Use in the Treatment of Alcohol Dependence. *CNS Drugs.* 2013;27(9):761-772. doi:10.1007/s40263-013-0101-y
26. Keyes KM, Jager J, Mal-Sarkar T, Patrick ME, Rutherford C, Hasin D. 2019. Is There A Recent Epidemic of Women's Drinking? A Critical Review of National Studies. *Alcohol Clin Exp Res.*; 43(7):1344-1359.
27. Koenig L., Jacob T., Haber J.R., 2009. Validità della storia del consumo di alcol nel corso della vita: un confronto tra misure di quantità-frequenza retrospettive e prospettive, in *J Stud Alcohol and Drugs.* marzo; 70(2): 296-303
28. Linee Guida Cliniche per l'Identificazione e l'Intervento Breve. A cura di E.Scafato e C.Gandin (ISS) e V.Patussi del Centro Alcolologico della Toscana. 2005. Traduzione e adattamento del testo "Alcohol and primary healthcare: clinical guidelines on identification and brief intervention.

28. Linee Guida Trattamento Disturbo Da uso di Alcol DUA. Linee Guida pubblicate nel Sistema Nazionale Linee Guida. Roma 20 Novembre 2024. Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità. CRARL Centro di Riferimento Alcolologico Regione Lazio, Dipartimento Salute Mentale ASL ROMA 1 in Collaborazione con Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale – Regione Lazio ASL ROMA 1
29. Martinotti G, Di Nicola M, Tedeschi D, et al. 2013. Craving Typology Questionnaire (CTQ): a scale for alcohol craving in normal controls and alcoholics. *Compr Psychiatry*.;54(7):925-932.
30. Miller W R., Rollnick S. 1991. “Il colloquio di motivazione. Tecniche di counseling per problemi di alcol e altre dipendenze” Erickson
31. Ministero Della Salute “LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E PROBLEMI ALCOL CORRELATI” ANNO 2021
32. Ministero della Salute. 2022. Libro Bianco "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana”.
33. Ordine degli Psicologi della Lombardia, 2023. Psicologia e Disturbo da uso di Alcol. Progetto Psicologia delle Dipendenze
34. Orford J, Copello A, Velleman R et al. 2000. “A treatment package to improve primary care services for the relatives of people with alcohol and drug problems. *Addict Res. b*; 8:471-484
35. Orford J, Copello A, Velleman R et al. 2000. “Methods for reducing alcohol and drug related family harm in non-specialist setting” *I Mental Health*;9:319-333
36. Orford J, Natera G, Copello A, et al. 2005. Coping with alcohol and drug problems: the experiences of family members in three contrasting cultures. London: Taylor & Francis.
37. Pennington DL, Bielenberg J, Lasher B, et al. A randomized pilot trial of topiramate for alcohol use disorder in veterans with traumatic brain injury: Effects on alcohol use, cognition, and post-concussive symptoms. *Drug Alcohol Depend.* 2020;214:108149. doi:10.1016/j.drugalcdep.2020.108149
38. Rapporto ESPAD 2019
39. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Lehert P, Vecchi S, Soyka M. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane database* doi:10.1002/14651858.CD004332.pub2
40. Sica C., Magni C, et al. 2008. “Coping Orientation to Problems Experienced- Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misurazione degli stili di coping
41. Sibia L., Ceccanti M., Deiana L., Coriale G., Picozzi R. 2001. Maintenance of abstinence from Alcohol. *Lancet*, 358(9287); 1103-1104
42. Skinner H.A., Sheu W.J. 1982. “Reliability of alcohol use indices: The lifetime Drinking History and the MAST” *J Stud Alcohol* 43:1157-1170,
43. Smith GS, Branas CC, Miller TR. 1999. Fatal nontraffic injuries involving alcohol: A metaanalysis. *Ann Emerg Med.*;33(6):659-668.
44. Spiller V, Zavan V. and Guelfi G.P. 2006. Assessing Motivation for Change in Subjects With Alcohol Problems: The MAC 2-A Questionnaire in Alcohol and Alcoholism. 41(6): 616-623
45. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019
46. The World Health Organization Quality of Life assessment (WOQOL): position paper of the WHO. *Soc Sci Med* 41(10), 1403-9, 1995
47. World health Organization (ed) Rheim J et al. 2004. “Comparative quantification of health risk: Global and Regional burden of disease due to selected major risk factor. Geneva:WHO.
48. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018.
49. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018b.
50. Zinberg N. E. (2019) “Droga, set e setting Le basi del consumo controllato di sostanze psicoattive” Traduzione di S. Ronconi EGA-Edizioni Gruppo Abele
51. Sito internet EUPC - [https://www.euda.europa.eu/publications/manuals/european-prevention-curriculum\\_en](https://www.euda.europa.eu/publications/manuals/european-prevention-curriculum_en)

### ***13. Allegati***

- ✓ Allegato 1: Scheda di Accoglienza D.U.S/D.U.A.
- ✓ Allegato 2: Cartella Clinica Ser.D.
- ✓ Allegato 3: Mod MLC 1 richiesta intervento

**Allegato 1:** Scheda di Accoglienza PDTA – D.U.S./D.U.A.



Regione Campania  
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro  
Dipartimento Dipendenze  
Direttore: Dott. Gemaro Pastore

**Allegato 1 PDTA-D.U.S.**

**Scheda di Accoglienza**    Data di compilazione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Operatore che svolge l'accoglienza ..... U.O. Ser.D. dsb n.....

**DATI UTENTE**

COGNOME ..... NOME .....

Data di nascita ...../...../.....    Luogo .....

Indirizzo di residenza .....    Città .....

n. telefono.....    E-Mail.....

**MODALITA' DI ACCESSO**

---

- SPONTANEA
- LEGALE
- - SU INVIO DI: .....

**Problema Riferito dall'utente:**

---

**Note Rilevanti:**

---

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

La/Il sottoscritto/a ..... C.F. .... Doc. Id. ....

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

- Di essere nato a ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Di essere residente a ..... in via ..... n. ....

*Si allega copia del documento di riconoscimento*

**IL DICHIARANTE:**

---

Riunione di Assegnazione in équipe di U.O. Ser.D. del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Formazione équipe Multidisciplinare di riferimento per il percorso Diagnostico-Terapeutico

- CPSI ..... Front Office
- Medico ..... Appuntamento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore .....
- Psicologo ..... Appuntamento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore .....
- Assistente Sociale ..... Appuntamento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ore .....
- Case Manager .....

**Allegato 2: Cartella Clinica** già in uso nel Dipartimentale Dipendenze (clicca 2 volte click sull'immagine sotto per aprire il relativo file .pdf).



## CARTELLA CLINICA

U.O.C \_\_\_\_\_

U.O. Ser.D \_\_\_\_\_

Cognome _____	Nome _____
Luogo e data di Nascita _____	

Cartella n° _____	Data apertura _____
-------------------	---------------------

**Allegato 3: RICHIESTA INTERVENTO MEDIAZIONE LINGUISTICO CULTURALE -  
Mod. MLC 1**

A U.O. Coordinamento Assistenza Migranti

A	UTENTE (iniziali nome e cognome):
B	Sesso: M F
C	Data di nascita:
D	Nazionalità
E	Documento di riconoscimento: Si No
F	Titolo di soggiorno: Si No
G	Lingua dell'utente :
H	Sede dell'intervento: (se P.O. specificare Reparto)
I	Motivo dell'intervento di Mediazione
L	Note dell'operatore che ha richiesto l'intervento
M	Operatore del presidio con il quale il mediatore si deve rapportare: Nominativo e qualifica (stampatello)  Recapito telefonico: (obbligatorio)

Firma e Timbro

---

Inviare tramite mail a “ [assistenza.migranti@aslnapoli1centro.it](mailto:assistenza.migranti@aslnapoli1centro.it)”