



**XXII Congresso Società Italiana di
Alcologia**

**150 anni di Unità d'Italia:
storia e realtà del rapporto tra
italiani e alcol.**

Torino, 9-11 novembre 2011



La disassuefazione dall'alcol: il ricovero "breve".

**dott. Maria Cristina Fanton
prof. Mario Salvagnini**

U.O. Gastroenterologia U.L.S.S. n. 6 Vicenza

dott. Barbara Brilli (Psicologia Ospedaliera)



Introduzione (1)

Nell'Ospedale dell'U.L.S.S. n. 6 di Vicenza è operativo **l'Ambulatorio Protetto di Alcologia**, annesso all'U.O. di Gastroenterologia ed erede dell'attività alcolologica svolta a partire dal 1986 c/o la Divisione Medica dell'Ospedale di Sandrigo (VI), individuata nel 1994 fra i Centri Alcologici Multimodali di riferimento regionali per la sperimentazione di diversi modelli organizzativi di trattamento dell'alcolismo e della patologia alcol correlata (P.A.C.)



Introduzione (2)

La maggior parte dei soggetti ad esso afferenti affronta la fase iniziale di "disintossicazione" dalle bevande alcoliche mediante un trattamento ambulatoriale.

Qualora vi sia un elevato rischio di sintomi astinenziali maggiori o si renda necessario un allontanamento temporaneo dall'ambiente familiare o sociale è possibile, tuttavia, programmare un ricovero "**breve**", della durata media di 7 gg, c/o l'U.O. di Gastroenterologia.



Introduzione (3)

Il ricovero "breve" è reso possibile dalla contemporanea presa in carico del soggetto da parte dell'Ambulatorio Alcolologico stesso, presso il quale avviene la prosecuzione del trattamento dopo la dimissione, con l'inserimento in "ciclo riabilitativo alcolologico".

La successiva gestione è facilitata dal monitoraggio clinico quotidiano che rende possibili anche eventuali immediate modifiche terapeutiche personalizzate, sia farmacologiche che di percorso terapeutico.



Il ricovero “breve”: modalità di gestione.

Il ricovero “breve” è organizzato il lunedì o il venerdì pomeriggio, per un ottimale adeguamento alla programmazione dell'attività ambulatoriale alcolologica.

Il paziente viene accolto dal medico di guardia, visitato e trattato farmacologicamente secondo le esigenze del momento (rischio astinenziale, ansia, depressione, “craving”).



Nella fase astinenziale iniziale, secondo il grado di rischio, vengono utilizzati i seguenti farmaci:

- sedativi minori (diazepam, lorazepam, bromazepam)
 - sedativi maggiori (promazina, aloperidolo)
 - betabloccanti (atenololo)
 - anti-convulsivanti (carbamazepina)
 - vitamine (B1, B6, B12, ac. folico)
- per os o diluiti in liquidi e.v.



Se una diagnosi psichiatrica è già nota si prosegue al momento con la terapia in atto, programmando nel breve o medio termine una rivalutazione clinico-farmacologica specialistica:

- SSRI: fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram;
- agonisti della serotonina: buspirone;
- SNRI: venlafaxina.



- Nel frattempo vengono richiesti accertamenti per definire l'eventuale presenza di P.A.C. (che possono essere completati anche nel "post-ricovero", entro i 30 gg dalla dimissione):
- tests bioumorali: funzionalità epatica e renale, profilo glico-metabolico, transferrina desialata o CDT, emocromo con formula, urine standard, ecc ...;
 - indagini strumentali: ECG, ecografia addominale, ecc ...;
 - consulenze specialistiche.



In 4^a giornata di degenza il paziente, purchè stabilizzato dal punto di vista clinico ed in grado di lavorare in gruppo, viene accompagnato da un operatore socio-sanitario (O.S.S.) all'Ambulatorio Protetto di Alcologia, dove resta dalle 8.30 alle 12.00 tutti i giorni della settimana, eccetto il mercoledì, quando è anche richiesta la presenza di un familiare o persona di riferimento dalle 13.30 alle 17.00.



Il consenso all'inserimento nel ciclo riabilitativo, pur concordato prima del ricovero, viene rivalutato mediante breve "counseling motivazionale" in 3^a giornata di degenza.

In vista della futura dimissione, in 4^a giornata si inizia la riduzione "a scalare" dei farmaci sedativi, senza trascurare l'eventuale presenza di insonnia e, se indicato, si prescrive disulfiram", raccogliendo un consenso informato scritto.



Una volta verificato che "l'aggancio" terapeutico con l'Ambulatorio Protetto sia avvenuto e sia efficace (ciclo riabilitativo o monitoraggio ambulatoriale), il paziente viene dimesso dal reparto di degenza e può continuare la frequenza del ciclo riabilitativo da "esterno".

La dimissione viene programmata in 7^a giornata purchè il paziente sia anche stabilizzato dal punto di vista clinico ed in grado di gestire autonomamente o con l'aiuto di un familiare la terapia farmacologica se prescritta.



IL CICLO RIABILITATIVO ALCOLOGICO



Il ciclo riabilitativo alcolologico (1)

E' un trattamento psico-educazionale_(si basa sul concetto di **coping**), che si svolge con le modalità di un "day hospital", per un totale di 15 sedute (+ 5 facoltative).

Prevede una frequenza giornaliera (8.30-12.00) dal lunedì al venerdì, eccetto il mercoledì (13.30-17.00), per 3 settimane consecutive.

Coinvolge un massimo di 10 soggetti con relativa o relative persone di riferimento (familiare, amico, conoscente, componente dei gruppi di autoaiuto) che sono tenute a partecipare solo il mercoledì pomeriggio.



Il ciclo riabilitativo alcolologico (2)

L'ammissione è preceduta da una valutazione medica o psicologica finalizzata ad individuare il grado di consapevolezza, la fase di motivazione al cambiamento, il livello di collaborazione del soggetto e del familiare o persona di riferimento.

Tali variabili sono monitorate anche durante e dopo il percorso con tests psicometrici (MAC2-A, POMS, SCL90, SAT-P, MHQ).



Scopi del ciclo riabilitativo

Scopi del ciclo riabilitativo:

- 1) sostenere il paziente nella fase astinenziale iniziale;
- 2) stimolare ed aumentare la consapevolezza ed un atteggiamento di gestione attiva del problema legato all'uso di bevande alcoliche;
- 3) favorire la crescita della motivazione alla cura;
- 4) ottenere un miglioramento delle aree vitali (fisica, psicologica, relazionale e sociale).



Come si svolge il ciclo riabilitativo alcolologico (1)

Il processo di cura viene realizzato attraverso incontri di psicoterapia di gruppo, arte-terapia, attività di scrittura e lettura, lezioni psico-educazionali ed informative.

Sono impiegate più figure professionali (educatore del SerT, infermiere professionale, medico internista-gastroenterologo, psicologo psicoterapeuta coadiuvato da psicologi tirocinanti o volontari).



Come si svolge il ciclo riabilitativo alcolologico (2)

Durante la frequenza i pazienti sono invitati a mantenere l'astinenza totale dalle bevande alcoliche, a segnalare eventuali "ricadute", a presentarsi agli incontri con puntualità, a non fumare nei locali dell'Ambulatorio, a spegnere il cellulare, a garantire la presenza di una persona di riferimento il mercoledì pomeriggio (la firma del contratto terapeutico).



Come si svolge il ciclo riabilitativo alcolologico (3)

Il monitoraggio dell'astinenza avviene mediante:

- registrazione quotidiana dei giorni di astinenza da parte del soggetto stesso su un cartellone esposto nella sala riunioni;
- test alcolimetrico sul respiro con etilometro;
- prelievo ematico venoso.



Come si svolge il ciclo riabilitativo alcolologico (4)

3 delle 15 sedute, avvengono in plenaria con pazienti e familiari (o persone di riferimento), coordinati dallo psicologo del servizio.

Obiettivi:

- aumentare la comunicazione intrafamiliare;
- dare ai familiari informazioni e strategie utili in momenti di "craving".



Come si svolge il ciclo riabilitativo alcolologico (5)

Il mercoledì pomeriggio, a settimane alterne e successivamente all'incontro con lo psicologo, avviene quello con i portavoce dei gruppi di autoaiuto:

- A.A. (Alcolisti Anonimi) e Al-Anon (Familiari di Alcolisti);
- C.A.T. (Clubs Alcolologici Territoriali)



Collaborazione con il SerT

Le prestazioni si integrano con quelle svolte dall'équipe alcolologica del SerT, soprattutto per i soggetti con dipendenza da più sostanze e per coloro che hanno necessità di inserimento in Comunità Terapeutica o altre necessità di tipo lavorativo o sociale.



La dimissione dal ciclo riabilitativo

A conclusione delle 3 o 4 settimane di trattamento viene redatta una lettera di dimissioni indirizzata al curante:

- diagnosi clinico-biumorale e strumentale (+ eventuali accertamenti in corso);
- terapia farmacologica (se indicata);
- frequenza al gruppo scelto o consigliato;
- successivi appuntamenti (medico, psicologico, ripetizione dei tests).



Attività anni 2007-2010

Nell'ultimo quadriennio hanno effettuato il ciclo riabilitativo alcolologico i seguenti pazienti:

- 2007: 101 (22 F, 79 M) F/M 1/5
- 2008: 109 (31 F, 78 M) F/M 1/3
- 2009: 92 (22 F, 70 M) F/M 1/4
- 2010: 102 (32 F, 70 M) F/M 1/3



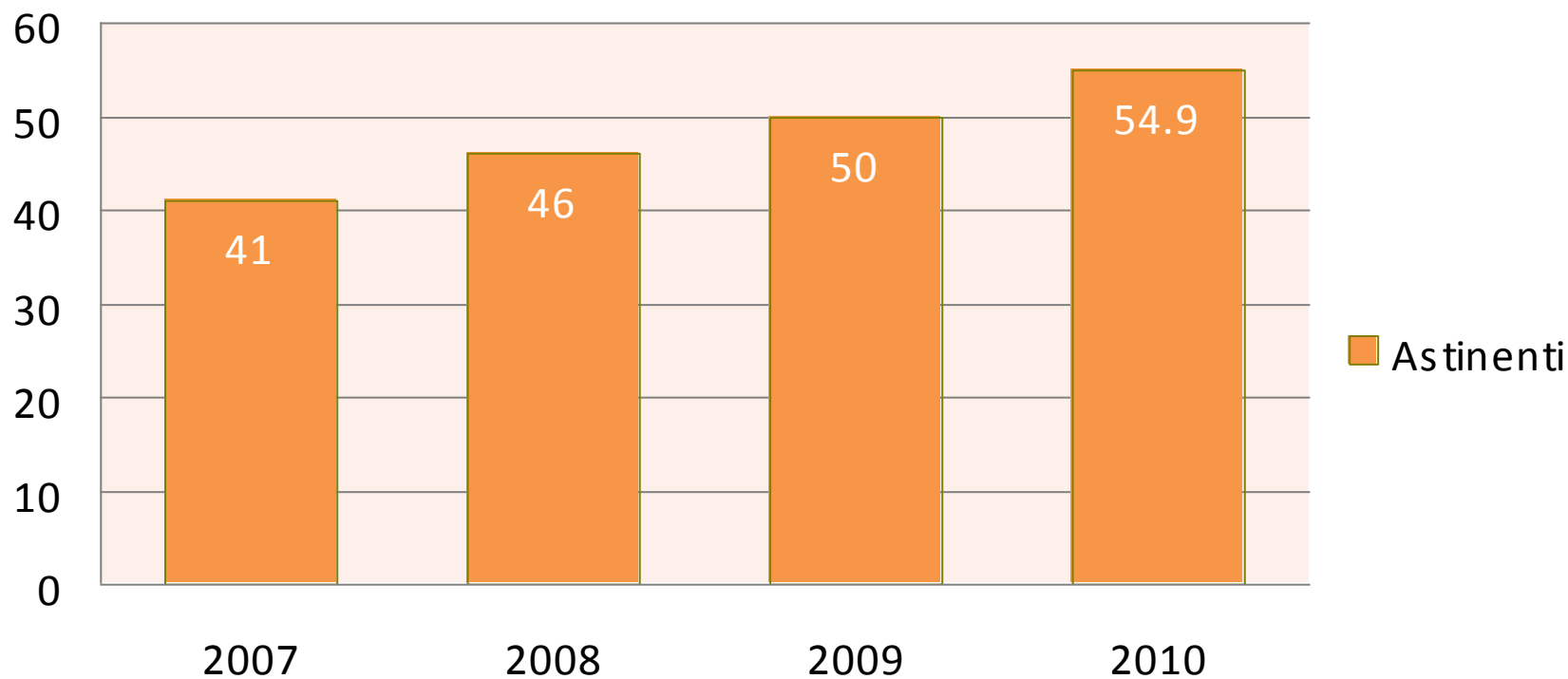
Astinenza a 12 mesi anni 2007-2010 (1)

Nel quadriennio esaminato si è osservata una percentuale di astinenza così distribuita :

- 2007: 41% (non astinenti 14%)
- 2008: 46% (non astinenti 16%)
- 2009: 50% (non astinenti 14%)
- 2010: 54.9% (non astinenti 21.6%) ...

CICLO RIABILITATIVO E ASTINENZA

% astinenti a 12 mesi anni 2007-2010





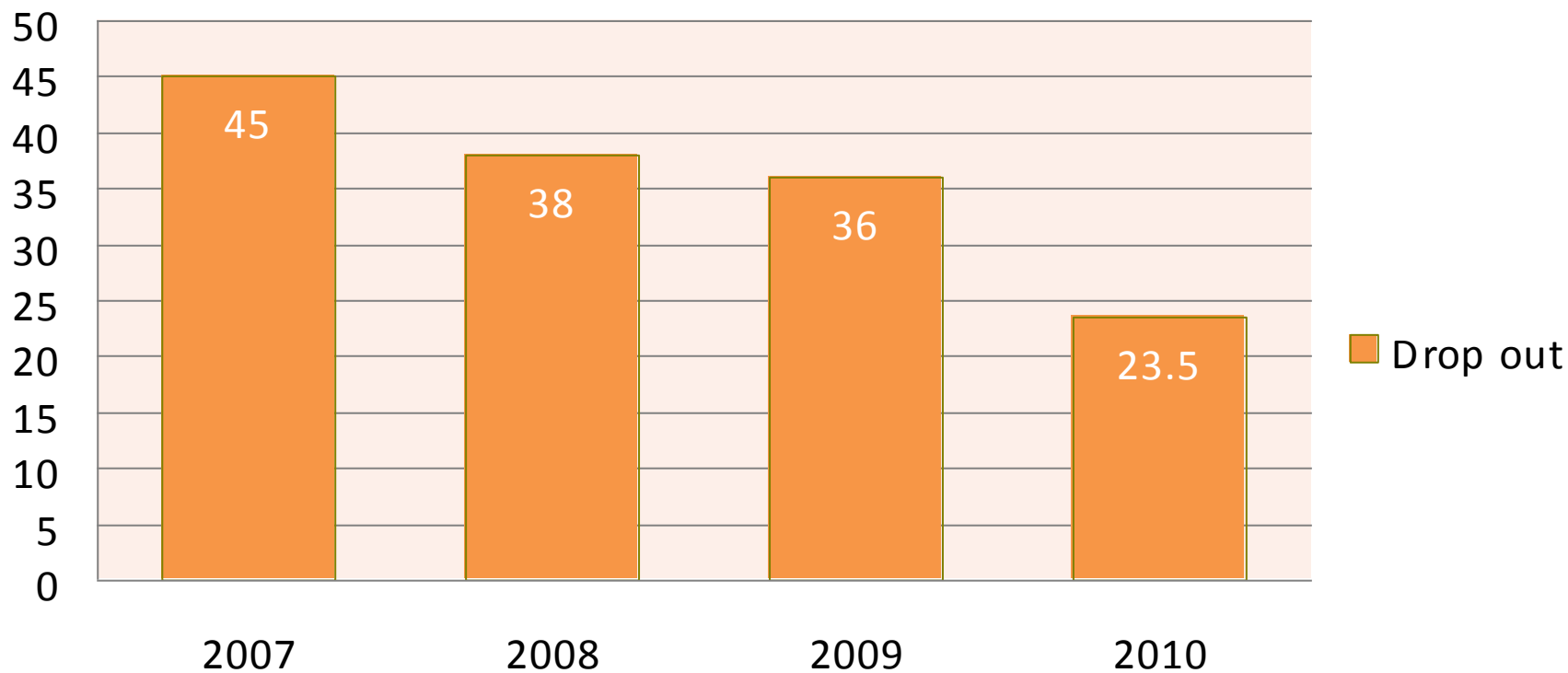
Astinenza a 12 mesi anni 2007-2010 (2)

... e la seguente percentuale di abbandono del monitoraggio (drop-out) da parte del paziente:

- 2007: 45% (45 su 101)
- 2008: 38% (41 su 109)
- 2009: 36% (33 su 92)
- 2010: 23.5% (24 su 102)

CICLO RIABILITATIVO E DROP OUT

% drop out a 12 mesi anni 2007-2010





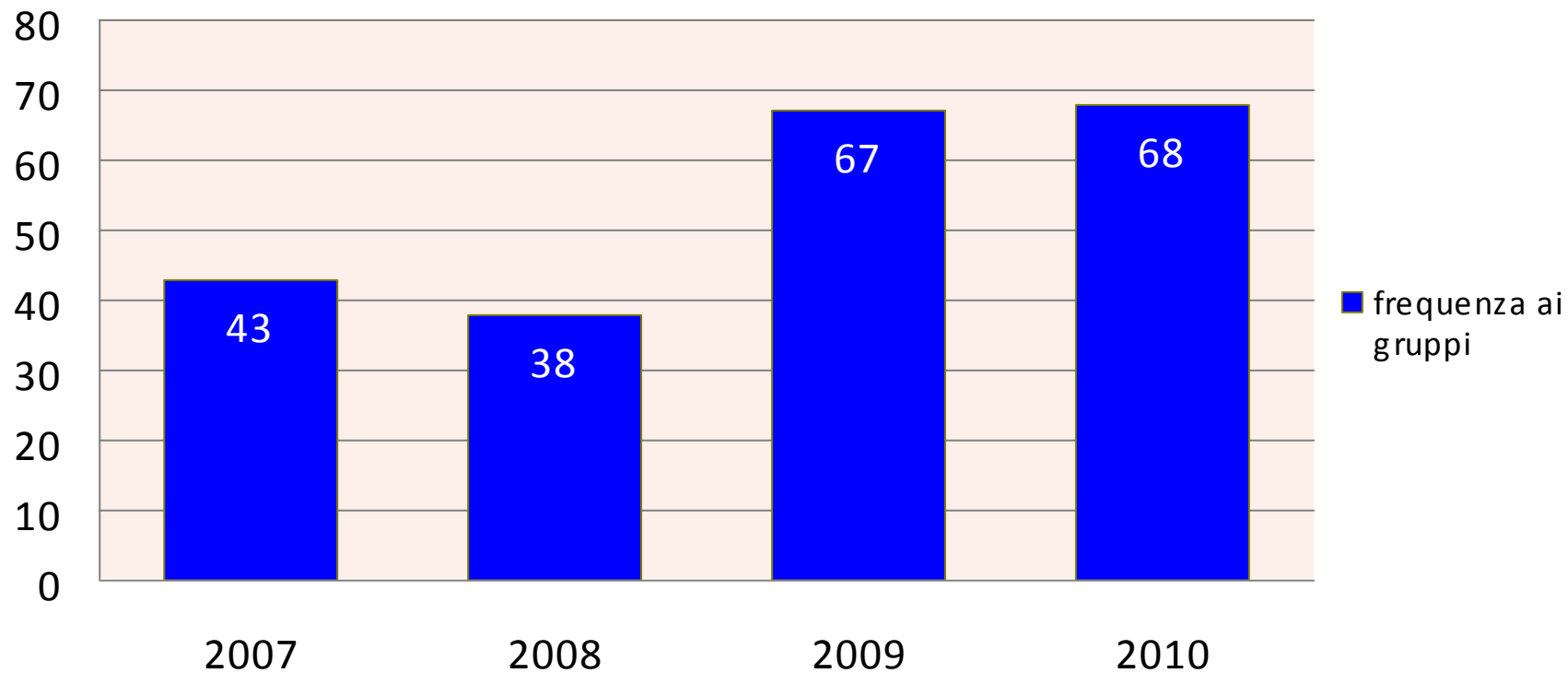
Freuenza ai gruppi a 12 mesi anni 2007-2010

La percentuale di pazienti che frequentava regolarmente i gruppi è risultata la seguente:

- 2007: 43% (63 su 101)
- 2008: 38% (41 su 109)
- 2009: 67% (62 su 92)
- 2010: 68% (70 su 102)

CICLO RIABILITATIVO E FREQUENZA AI GRUPPI DI AUTOAIUTO

% frequenza a 12 mesi anni 2007-2010





Aumento progressivo % di astinenza a 12 mesi (anni 2007-2010)

Ipotesi:

- continua implementazione del programma;
- aumento della capacità di "ritenzione" del paziente (vedi riduzione drop-out);
- maggiore adesione dei soggetti alla frequenza ai gruppi di auto-mutuo-aiuto.



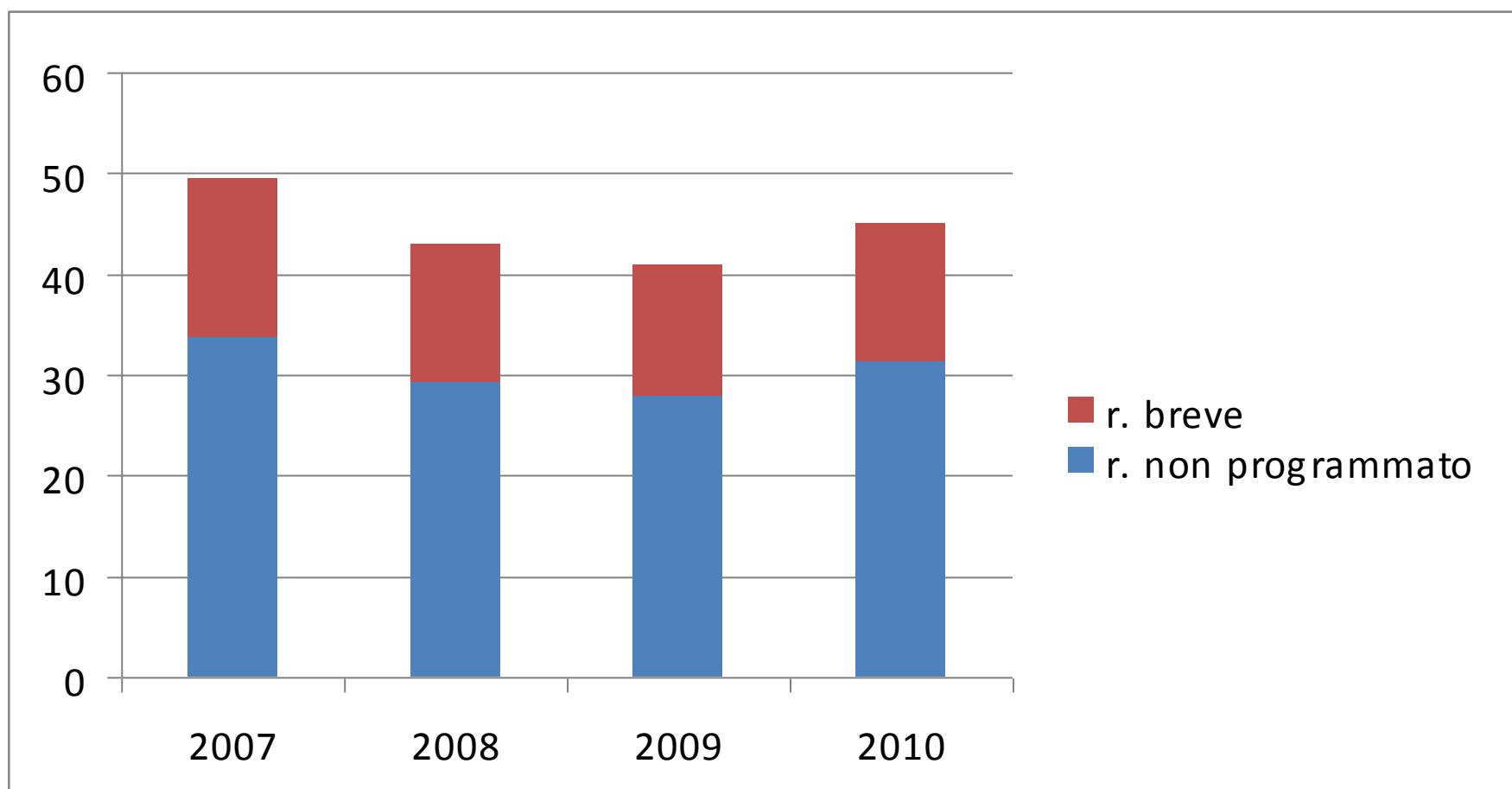
% di soggetti reclutati dai ricoveri per P.A.C. anni 2007-2010

La percentuale di soggetti inviati al ciclo riabilitativo dalle varie U.U.O.O. di degenza è risultata la seguente:

- 2007: 49.5% (15.8% ricovero breve)
- 2008: 43.0% (13.7% ricovero breve)
- 2009: 41.0% (13% ricovero breve)
- 2010: 45.1% (13.7% ricovero breve)

RICOVERI C/O LE VARIE U.U.O.O. INSERITI IN CICLO RIABILITATIVO

% ricoveri (brevi e non programmati) anni 2007-2010





% costante di soggetti reclutati dai ricoveri per P.A.C.

Ipotesi:

- posizione intra-ospedaliera dell'Ambulatorio Protetto di Alcologia;
- sensibilizzazione da parte del personale sanitario sulla necessità di una presa in carico specialistica della sindrome da dipendenza alcolica (seminario di alcologia al 3° anno del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche).



Caratteristiche dei soggetti trattati nel 2010 (1)

Rapporto F/M: 1/3.

Età media: 52 anni (range 25-82).

Scolarità prevalente: 3[^] media (48%).

Stato occupazionale: 41% occupati, 29.4% pensionati, 20.6% disoccupati, 9% casalinghe.

Occupazione prevalente indipendentemente dallo stato occupazionale: operaio (38.2%) (impiegato 13.7%, artigiano 9.9%).

Valore d'uso: psicofarmacologico 40.2%, alimentare 38.2%, tossico-ricreativo 21.6%.



Caratteristiche dei soggetti trattati nel 2010 (2)

Valore d'uso e genere:

- psicofarmacologico: nelle F (71.9%);
- alimentare: nei M (48.6%);
- tossico-ricreativo: doppio nei M (25.7%) rispetto alle F (12.5%).

Nei M prevalenza uso psicofarmacologico = tossico-ricreativo (25.7%).

Comorbidity psichiatrica: prevalenza 40.2% (ansia 53.7%, depressione 24.4%, disturbo di personalità 19.5%).



Caratteristiche dei soggetti trattati nel 2010 (3)

Doppia dipendenza:

- droga, farmaci, gioco: 25.5% del totale, età media 30 anni (cocaina + eroina 30.8%, cocaina 19.2%, psicofarmaci 19.2%, cannabis 15.4%, eroina 11.6%, gioco 3.8%).
- fumo: 55.9% dei pazienti fumatore (46.9% delle F, 60% dei M).

Farmaci: 53 soggetti (51.9%) assumevano farmaci (34% benzodiazepine, 30.2% benzodiazepine + anti-depressivi, 26.4% anti-depressivi, 5.6% disulfiram, 3.8% disulfiram + anti-depressivi (F = M)).



Valutazione dell'astinenza: aspetti più significativi

Astinenza totale: a 12 mesi 56 pazienti risultavano astinenti (54.9%).

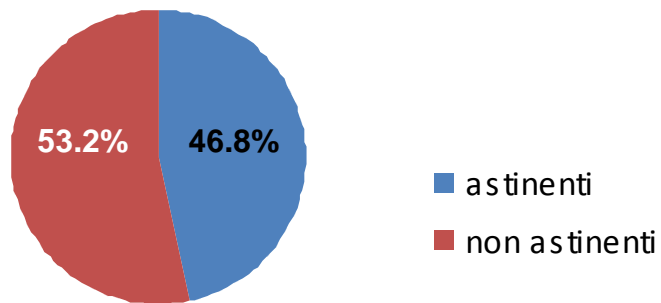
Genere: a 12 mesi risultava astinente il 46.8% delle F ed il 58.5% dei M.

Frequenza ai gruppi: 86.5% degli astinenti a 12 mesi era ancora inserito nei gruppi (29% AA, 71% CAT).

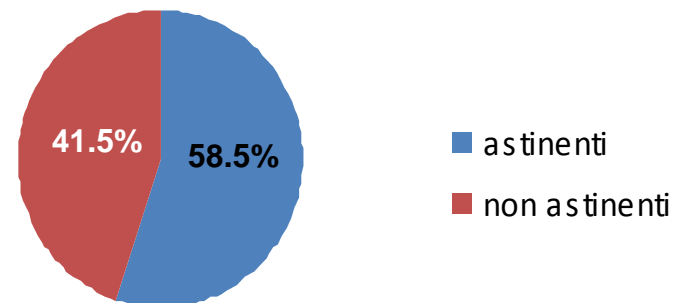
Valore d'uso: astinente il 66% dei soggetti con uso psicofarmacologico, il 54% alimentare, il 36.4% tossico/ricreativo.

ASTINENZA A 12 MESI E GENERE ANNO 2010

Femmine

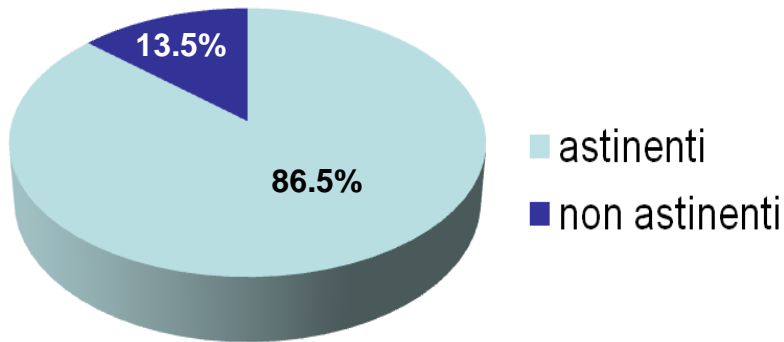


Maschi

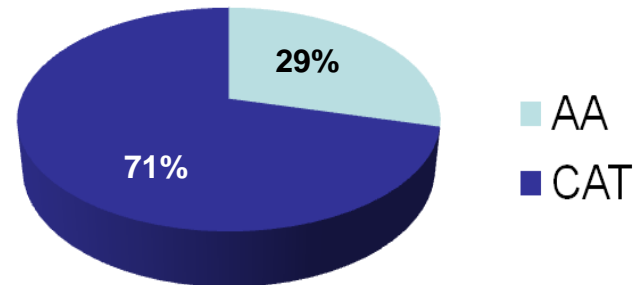


ASTINENZA A 12 MESI E FREQUENZA AI GRUPPI (ANNO 2010)

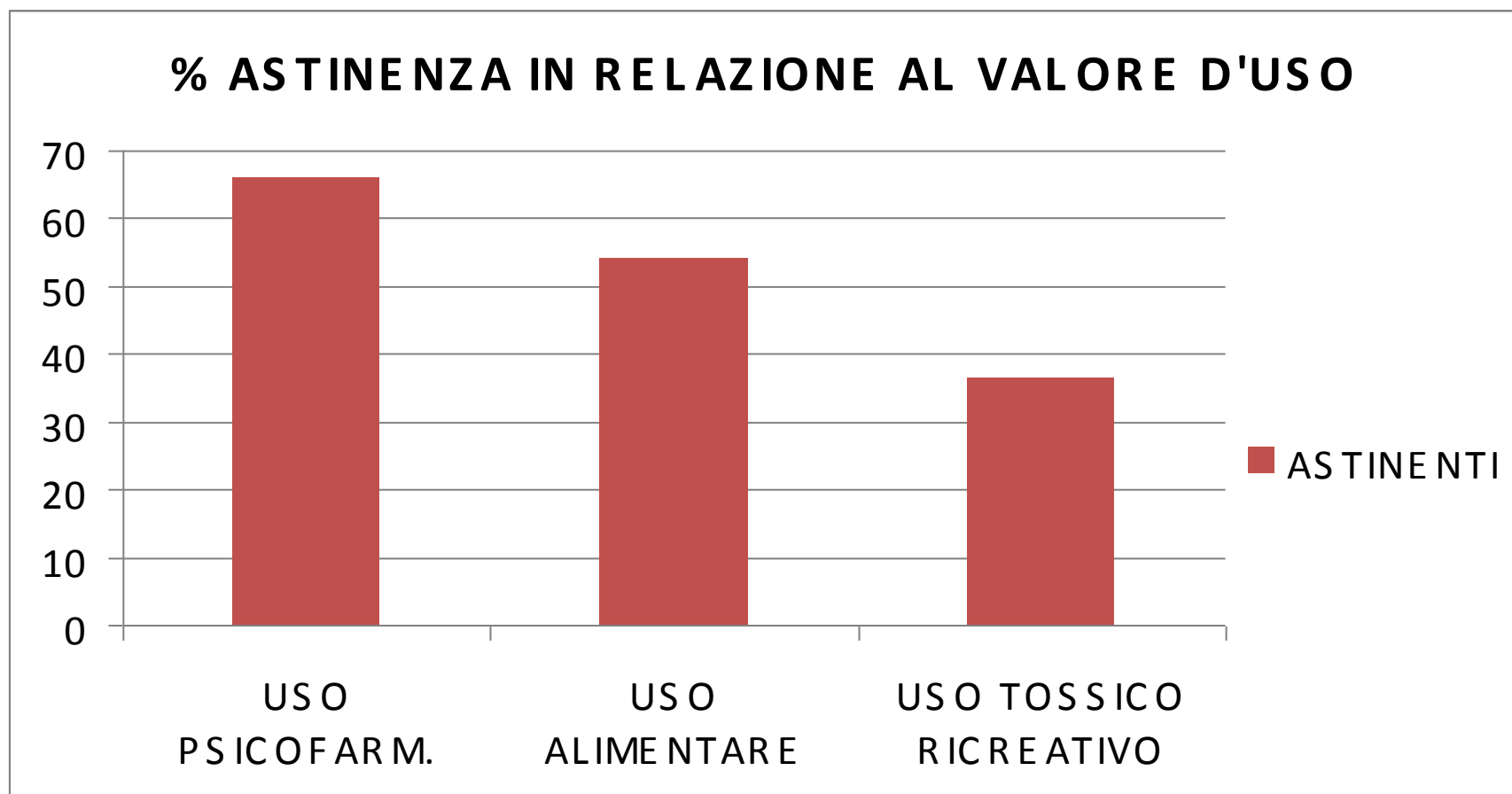
frequenza ai gruppi



tipo di gruppo di
autoaiuto



ASTINENZA A 12 MESI E VALORE D'USO (ANNO 2010)





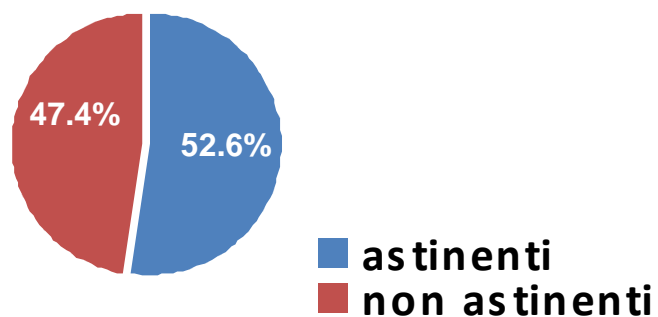
Alcol e fumo

La prevalenza dell'abitudine al fumo nei pazienti alcolisti è più elevata rispetto alla popolazione generale (60-80% - Hughes J.R., NIDA Research Monograph, 1995).

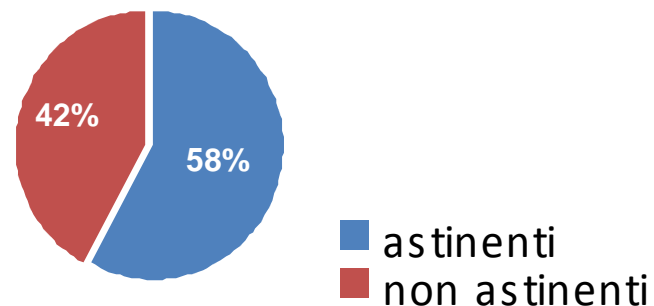
Secondo alcuni studi i soggetti alcolisti che continuano a fumare presentano un maggior rischio di recidiva (Taylor et al., Prevention Science, 2000).

ASTINENZA A 12 MESI E FUMO ANNO 2010

pazienti fumatori



pazienti non fumatori



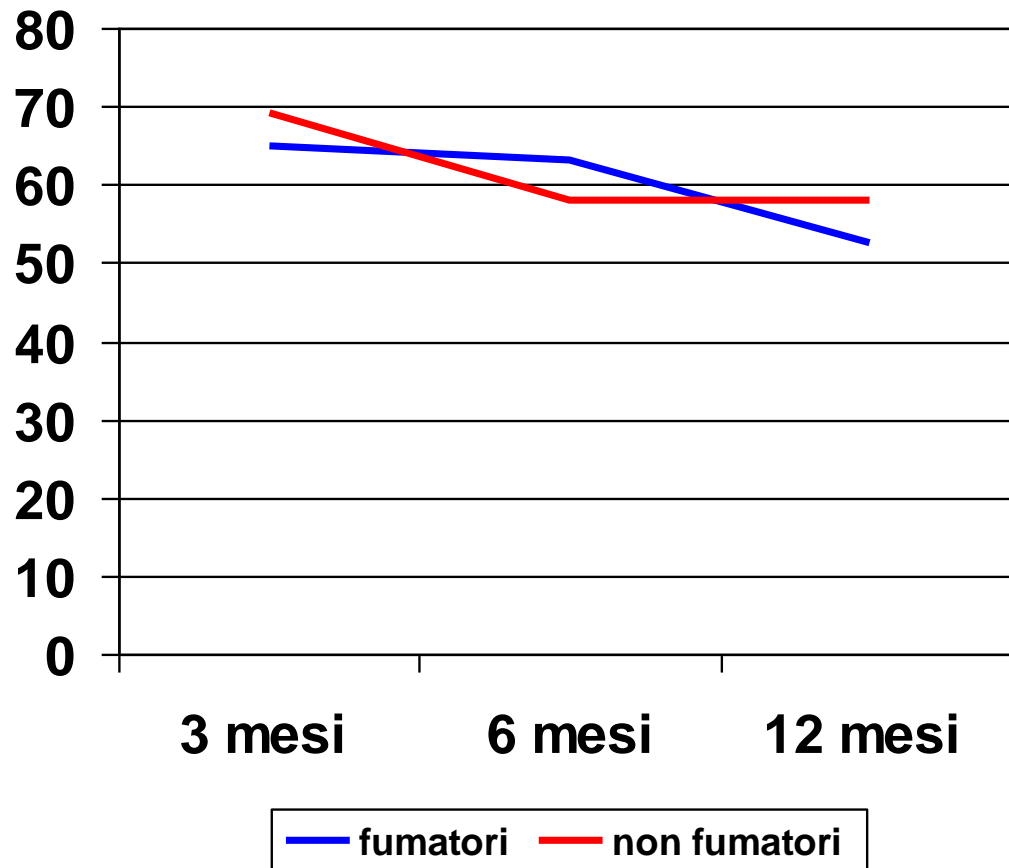


Astinenza a 6 e a 12 mesi e fumo (anno 2010)

Dalla valutazione della prevalenza dell'astinenza nel gruppo di pazienti fumatori rispetto ai non fumatori è emerso quanto segue:

- **a 6 e a 12 mesi la % di astinenti nel gruppo dei non fumatori è costante** (26 soggetti su 45: 58%),
- mentre **quella dei fumatori si riduce ulteriormente del 16.6%** (- 6 pazienti) (36 soggetti su 57 a 6 mesi: 63.1%; 30 su 57: 52.6% a 12 mesi).

MANTENIMENTO DELL'ASTINENZA E ABITUDINE AL FUMO (ANNO 2010)





L'alcolista deve anche smettere di fumare?

“Falsi miti”:

- il fumatore alcolista non è interessato a smettere di fumare
- la sospensione del fumo di sigaretta compromette il risultato di una terapia riabilitativa per alcolismo

“Smoking Cessation and Alcohol Abstinence:
What Do the Data Tell Us?”,
Suzy Bird Gulliver et al 2009, N.I.A.A.A. Publications



Gracie

A chi ha collaborato:

Sara Corbetti (psicologa borsista)

Laura Lizza (psicologa tirocinante)

Caterina Piccolo (infermiera professionale)



Grazie per l'attenzione!