



Ambulatorio Protetto di Alcologia (U.O. Gastroenterologia ULSS 6 Vicenza).

dott. Maria Cristina Fanton (medico)

dott. Barbara Brilli (psicologo)

Caterina Piccolo (IP)

Direttore Responsabile f.f.

Alessandro D'Alessandro



Ambulatorio Protetto di Alcologia.



Perché Alcolologia in Ospedale?

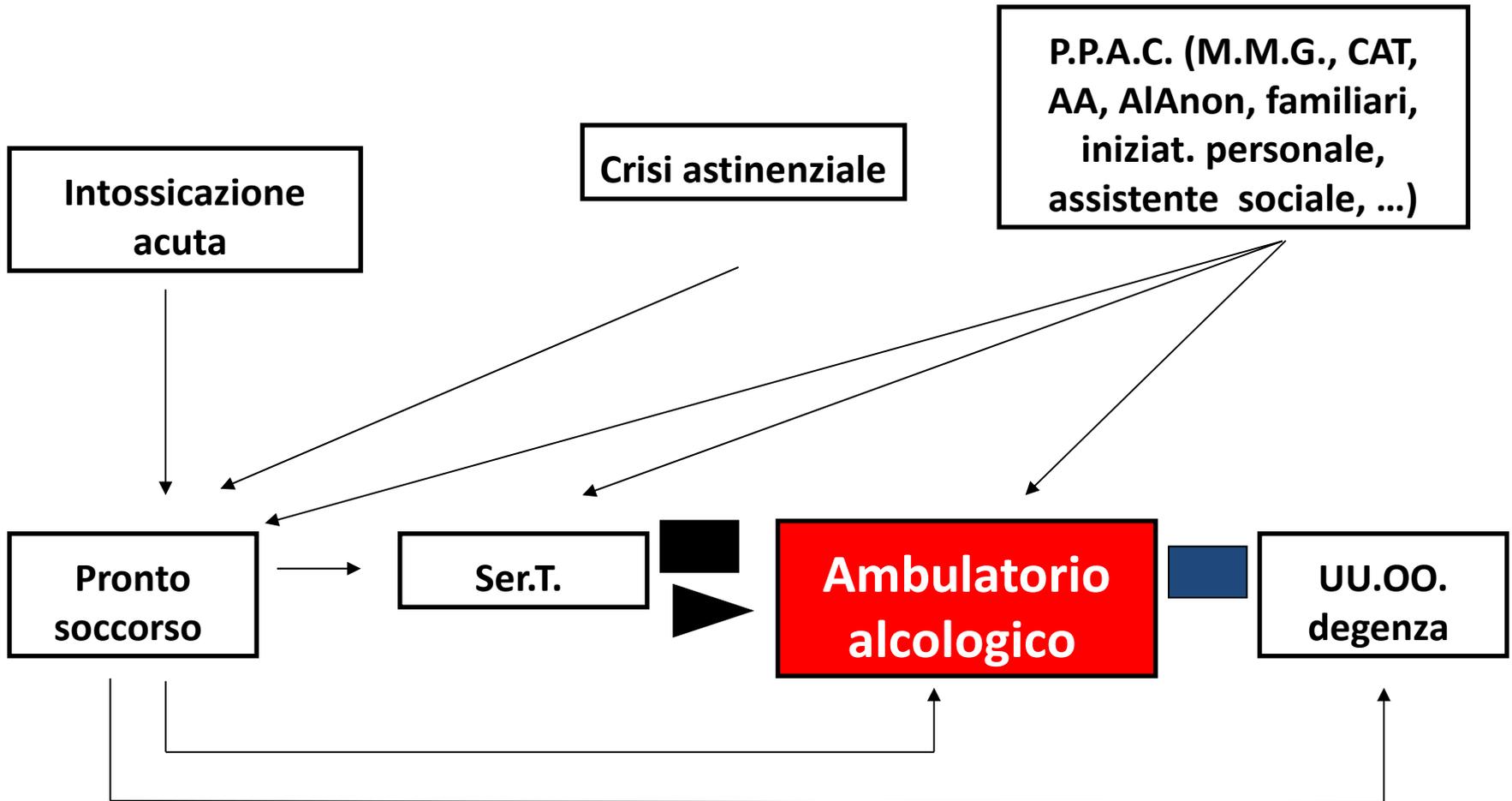
- Il soggetto con **Problemi e Patologie Alcol Correlate (P.P.A.C.)** viene con frequenza ricoverato per infortuni o malattie (**nell'area mediterranea l'alcol è il 3° F.R. per la salute!**).
- Generalmente viene curato per il sintomo (malattia) e non per il problema, dunque ... **ricoveri ripetuti!**
- Il **ricovero** potrebbe diventare **l'occasione per un aggancio al trattamento, altrimenti non ricercato** (45% dei pz inseriti in ciclo riabilitativo alcolico a Vicenza provengono dalle UU.OO. di degenza!).



**Chi è il paziente
con P.P.A.C.?**



Come ci si arriva?



Invii all'Ambulatorio Alcolologico nel 2013.

- Visite mediche: 726 (99 Prime visite).
- Visite psicologiche: 617 (128 Prime visite).
- Consulenze c/o le UU.OO. di Degenza: 52.
- Ciclo riabilitativo alcolologico: 95 pz (69 M, 31 F; M/F: 3/1).
- Invio al SerT: 5 pz (C.T.: 2; inserimento lavorativo: 3).
- Invio Villa Parco dei Tigli (Teolo - Padova) per trattamento prolungato: 15 pz.

Attività Ambulatoriale.

- **Visite mediche e psicologiche quotidiane** . (appuntamento «flessibile» ,concordato personalmente con l'interessato. **No CUP!!!**).
- **Consulenze per le UU.OO.** che ne fanno richiesta (entro 24-48 ore).
- **Ciclo riabilitativo alcolico.**
- **Monitoraggio medico e psicologico** a breve, medio e lungo termine.

Attività Ambulatorio Alcolologico 2013.

- Visite mediche: 726 (99 Prime visite).
- Visite psicologiche: 617 (128 Prime visite).
- Consulenze c/o le UU.OO. di Degenza: 52.
- Ciclo riabilitativo alcolologico: 95 pz (69 M, 31 F; M/F: 3/1).
- Invio al SerT: 5 pz (C.T.: 2; inserimento lavorativo: 3).
- **Invio** Villa Parco dei Tigli (Teolo - Padova) per trattamento prolungato: 15 pz.

Il ciclo riabilitativo alcolologico.

Trattamento psico - educativo con l'impiego di **più figure professionali** per ottenere un approccio multimodale, multifasico ed integrato.

(Alcol-dipendenza come disturbo bio-psico-sociale ... – Consensus Conference Società Italiana di Alcologia 1995).

Fasi del ciclo riabilitativo alcolologico.

- Accoglienza.
- Lezioni interattive (educatore, infermiere professionale, medico, psicologo).
- Attività varie (stesura del verbale, esercizio di lettura e scrittura, arte-terapia, visione filmati, tests: POMS, SAT-P, MAC-A, SCL90, MHQ, MMSE, MMPI, BDI ...);
- Incontri con i gruppi di Auto-Aiuto;
- Dimissione.

Le figure professionali coinvolte (1).

- **Educatore del SerT** (lezione interattiva: la strada della dipendenza come «continuum» a partire dal semplice consumo; la ricaduta e le strategie di prevenzione della ricaduta).
- **Infermiere** (accoglienza quotidiana; dati anagrafici; firma del contratto terapeutico; lezione interattiva su: igiene personale, dieta «analcolica», interazione alcol e farmaci).

Le figure professionali coinvolte (2).

- **Medico** (cartella clinica; iter diagnostico-terapeutico; monitoraggio clinico; aggiornamento sui referti; lezione interattiva su: farmacocinetica e dinamica dell'alcol, alcol e danni alla salute, come affrontare il «craving», lo stile di vita sano).
- **Psicologo** in equipe con tirocinanti psicologi (rilievo quotidiano dei bisogni; sostegno; stimolo alla partecipazione attiva; coinvolgimento del familiare; tests).

Il contratto terapeutico.

Io sottoscritto/a _____

accetto di sottopormi a **ciclo riabilitativo alcolico** come consigliato dal/la

dott./ssa _____

ho compreso e condivido gli obiettivi degli incontri a carattere psico-educazionale previsti dal programma, che mi sono stati esaurientemente spiegati;

mi impegno a :

- mantenere l'astinenza totale dalle bevande alcoliche
- partecipare a tutti i seminari e a tutte le attività di gruppo previsti dal programma
- rispettare gli orari di inizio e fine incontro
- avvisare in anticipo della mancata partecipazione ad un incontro o all'intera giornata (se programmata o legata ad improvvisi gravi motivi)
- spegnere il cellulare durante le attività
- non fumare all'interno dei locali ospedalieri
- sottopormi, quando richiesto dal personale, a test alcolimetrico mediante etilometro o prelievo ematico venoso
- garantire la presenza di un proprio familiare, o chi per esso, il mercoledì mattina, pena l'interruzione o il prolungamento (recupero) del trattamento riabilitativo
- nel caso in cui la frequenza al ciclo riabilitativo avvenga da ricoverato, mi impegno a non allontanarmi dai locali dell'Ambulatorio durante la pausa che ha luogo dalle 10.30 alle 11.00
- chiudere la porta di ingresso dell'Ambulatorio ogni qualvolta ho la necessità di uscire, in modo da garantire un certo grado di sicurezza e di riservatezza alle persone che frequentano i locali

- dichiaro, altresì, che il familiare che mi accompagnerà il mercoledì dalle 8.30 alle 12.00 per partecipare agli incontri previsti dal ciclo riabilitativo ed alle riunioni dei gruppi di autoaiuto (AA o CAT) è il/la sig./ra _____ in qualità di _____

Firma

Sindrome da Astinenza da Alcol: quando trattare?

S.A.A. lieve (CIWA-Ar <10): non necessaria terapia farmacologica, ma solo monitoraggio dei sintomi nelle prime 24 h nel caso di peggioramento.

S.A.A. moderata-grave (CIWA-Ar >10): il paziente va trattato tempestivamente con idonea terapia anti-astinenziale.

CIWA-Ar (10 parametri): nausea/vomito, tremori, ansia, stato di agitazione, sudorazioni parossistiche, orientamento ed obnubilamento del sensorio, disturbi tattili, disturbi uditivi, disturbi visivi, cefalea.

La gestione farmacologica della disintossicazione e dell'astinenza.

- sedativi (s. minori, s. maggiori, betabloccanti, alfa-adrenergici, anticonvulsivanti);
- antidepressivi (SSRI, SNRI, agonisti della serotonina);
- anti- «craving» (acamprosato, sodio oxibato, baclofen, nalmefene);
- avversivanti (disulfiram);
- liquidi per os o e.v. e vitamine per os o e.v.

Le attività dell'ambulatorio.



L'arte-terapia.

Le attività dell'ambulatorio.



Prodotto di una sessione di arte – terapia.

Quanto dura il ciclo riabilitativo?

Almeno 3 settimane di frequenza giornaliera (spesso 4), con 30 minuti di pausa dalle 10.30 alle 11.00, così distribuita:

- Lunedì 8.30 - 12.00
- Martedì 8.30 - 12.00
- **Mercoledì 8.30 - 12.00**
(riunione in plenaria con i familiari)
- Giovedì 8.30 - 12.00
- Venerdì 8.30 - 12.00

Di cosa si parla?

Si lavora su:

- Consapevolezza del problema;
- Motivazione al cambiamento dello stile di vita;
- Autostima;
- Emozioni;
- Cultura e alcol;
- Strategie di “coping” per gestire attivamente il desiderio di bere e prevenire le ricadute.

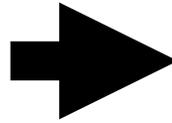
Quali sono gli obiettivi?

1. Astinenza.



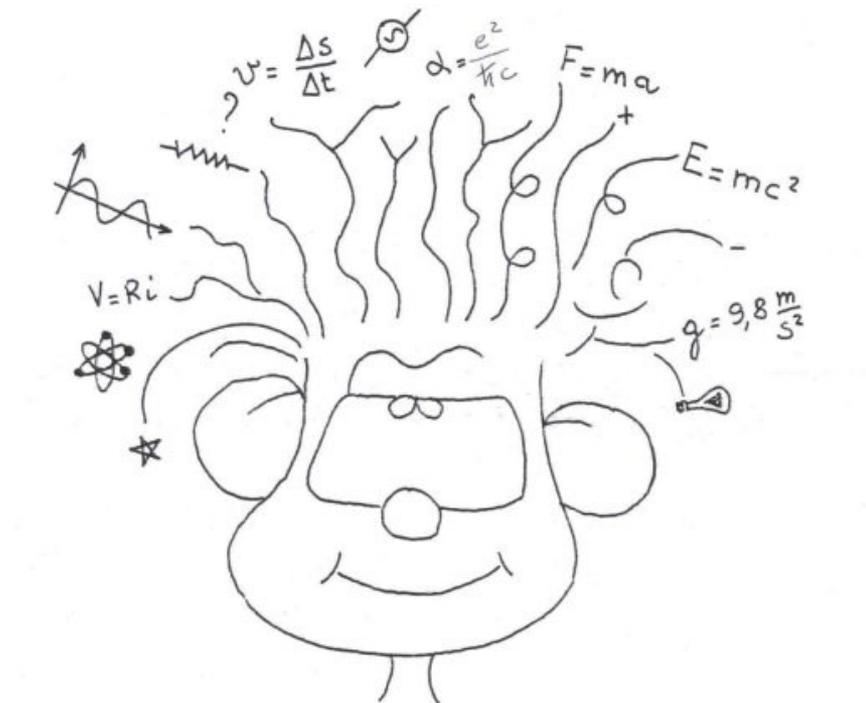
Quali sono gli obiettivi?

2. Miglioramento Area Fisica.



Quali sono gli obiettivi?

3. Miglioramento Area Psicologica.



Quali sono gli obiettivi?

4. Miglioramento area relazionale-sociale.



Il paziente ed il suo familiare.

È necessario il coinvolgimento di un familiare o persona vicina al paziente, per :

- migliorare la comunicazione;
- fornire informazioni e strategie utili nei momenti di “craving” (compulsione).



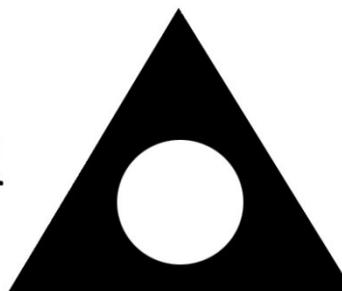
Gli incontri del mercoledì con i gruppi di autoaiuto.



a'icat

*Associazione italiana club
alcolologici territoriali*

**Gruppi
Familiari
Al-Anon**



La dimissione.

- Lettera stilata dal medico indirizzata al M.M.G. (diagnosi; referti accertamenti bioumorali, strumentali e visite specialistiche; grado di partecipazione, consapevolezza e motivazione; indicazioni terapeutiche).
- N.B. Frequenza dei gruppi di auto aiuto!
- Programmazione monitoraggio medico e psicologico (per almeno 24 mesi) e tests di controllo a 3 - 6 - 9 - 12 - 18 - 24 mesi.



Il ruolo del M.M.G. in alcologia.



Status report on alcohol and health in 35 European Countries 2013 (W.H.O.).

Clicca su Google: who report 2013 on
alcohol use! (documento in PDF di 178 pagine)

Background (1)

- **Alcohol consumption** has been identified as a **major risk factor for the burden of disease and for premature mortality**
- **globally**, and as a substantial problem **in the WHO European Region** (1–3).
- A recent report indicated that **in the EU, 1 in every 7 deaths in men and 1 in every 13 deaths in women in the group aged 15–64 years was due to alcohol consumption** (3).

Background (2)

Alcohol is **causally relevant for more than 200 International Classification of Diseases (ICD)-10 three digit codes, including more than 30 codes where alcohol is a necessary cause** (that is, those that would completely disappear in the absence of alcohol) (2).

In the EU, **more than 90% of alcohol-attributable net deaths** (the number of deaths after subtracting the beneficial effects of alcohol on ischaemic heart disease and ischaemic stroke (6,7) and on diabetes (8)) **are due to three major causes: cancers, liver cirrhosis and injuries** (9).

References

1. Lim S. et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factors clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012, 380:2224-2260.
2. Rehm J et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. *Lancet*, 2009, 373: 2223-2233.
3. Shield KD et al. Societal burden of alcohol. In: Anderson P, Moller L, Galea G, eds. *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
9. Roerecke M, Rehm J. The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 2012, 107: 1246-1260.
7. Patra J et al. Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality from different strokes types – a systematic review and meta-analysis. *BMC public Health*, 2010, 10:258.
8. Baliunas D et al. Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes – a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*, 2009, 32: 2123-2132.
9. Rehm J et al. Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Toronto, Centre for Addiction and Mental Health, 2012.



REGIONE DEL VENETO
generale.

Progetto regionale



**Conoscere
per
Cambiare**

**“IL CITTADINO VENETO E I PROBLEMI
ALCOL E FUMO CORRELATI”**

a cura delle Direzioni Regionali Piani e Programmi Socio Sanitari, Prevenzione,
Servizi Sociali e del Centro Regionale di Riferimento per la Medicina
Convenzionata di Assistenza Primaria

Obiettivi:

Raccogliere informazioni su:

- Opinioni e comportamenti degli assistiti e dei MMG su fumo e consumo di alcol
- Alcuni problemi degli assistiti: famigliari, CAGE...
- Valutazioni dei MMG sul loro lavoro su fumo e alcol

Campione:

62.258 assistiti

2.269 MMG (63,6%)

Nel Veneto ce lo siamo chiesto e abbiamo fatto questo grosso lavoro dal titolo ambizioso “conoscere per cambiare”. Il titolo è un programma. Cercare di capire gli aspetti degli stili di vita per trovare gli strumenti professionali per migliorare la nostra efficacia.

Questo libro contiene presenta una delle più vaste ricerche europee sull'alcol in MG. E' stata fatta da 2.269 MMG veneti che hanno intervistato 62.258 loro assistiti.

E' una specie di fotografia, a volte un po' disincantata, di come i MMG si vedono o di come vorrebbero essere. E va letto anche con questo spirito.

La ricerca è basata su un questionario per i MMG e un questionario anonimo per i pazienti.

Il libro è stato pubblicato nel dic 2003 ed è stato distribuito a tutti i MMG. E' stato utilizzato nel corso di aggiornamento regionale sui FDR cardiovascolari del 2004-2005 per il corso sul fumo.

La rilevazione è stata condotta nella primavera del 2000, su cinque settimane di lavoro.

Sono stati invitati a partecipare tutti i MMG del Veneto convenzionati.

I cittadini intervistati sono stati scelti con un criterio casuale sui primi accessi della giornata.

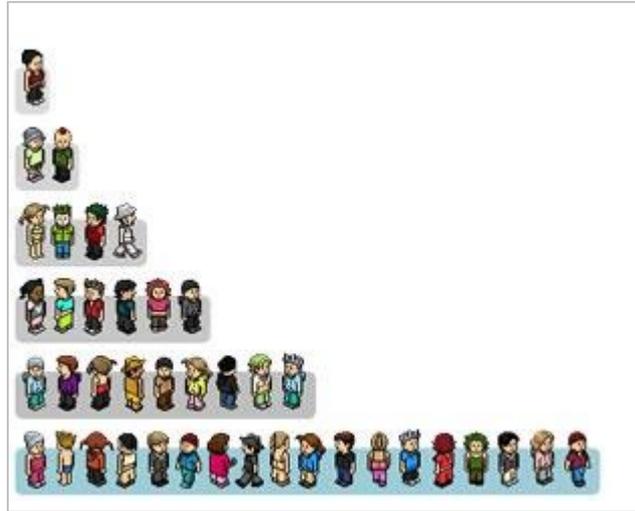
E' stato raggiunto l'obiettivo di reclutare circa il 2% degli utenti dei MMG partecipanti e l'obiettivo di coinvolgere almeno il 50% dei MMG convenzionati.

Il questionario dei pz è stato compilato anonimo e depositato in una cassetta in sala d'attesa.

Il questionario dei MMG era pure anonimo

Il campione rappresenta l'utenza del MMG ed è diverso dalla stratificazione della popolazione generale.

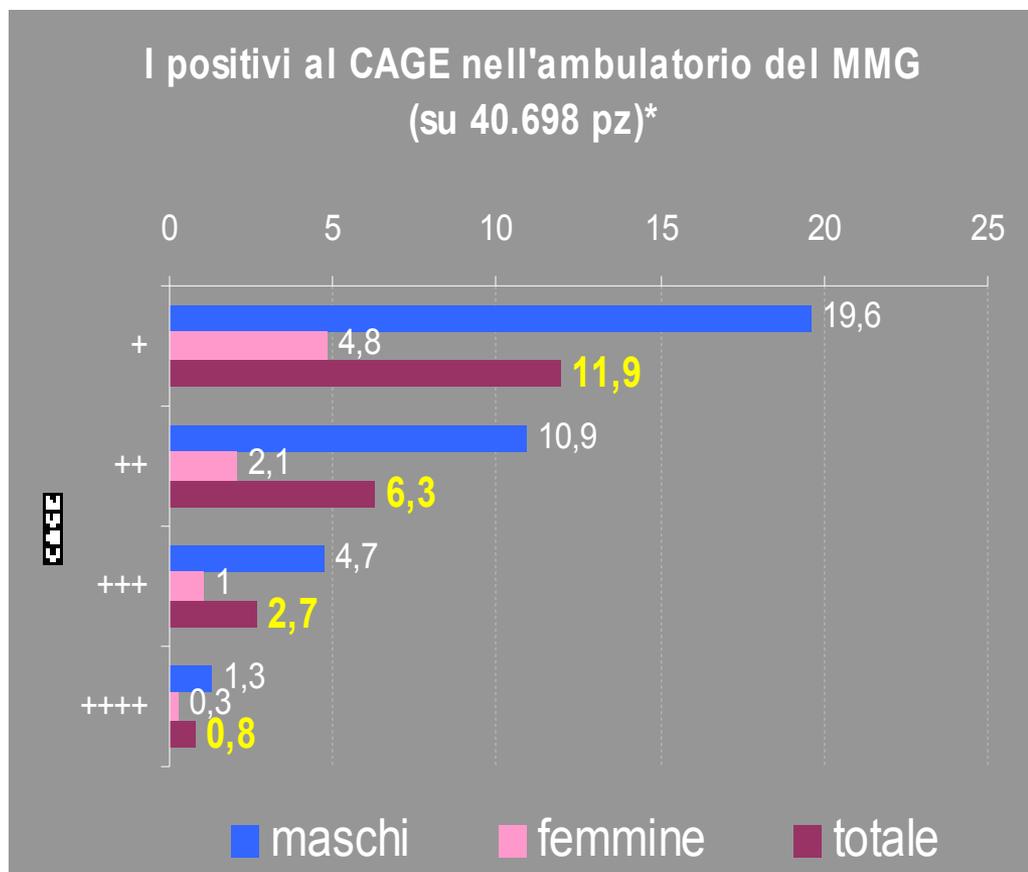
I dati di CpC non sono quindi riferibili alla popolazione generale.



Gli assistiti dal MMG e il
rischio da alcol:
Chi sono, quanti sono, come
sono

Assistiti con problemi e/o con dipendenza (1).

Bere problematico e dipendenza (CAGE)



*CONOSCERE PER CAMBIARE: il cittadino Veneto e i problemi alcol e fumo correlati” Regione del Veneto, PD, 2003

C.A.G.E.: 4 domande.

- 1- ha pensato di ridurre o smettere (Cut down)?
- 2- si è infastidito se qualcuno le ha detto di smettere (Annoyed)?
- 3- si è sentito a disagio per quanto beve (Guilty)?
- 4- si è mai svegliato con la voglia di bere (Eye opener)?

Attraverso il questionario CAGE (uno dei più diffusi in MG), completato da circa 40.000 assistiti:

- 12% ha qualche problema per le modalità di bere;
- 6,3% ha un legame fortemente problematico con l'alcol;
- circa il 3% ha un grado importante di dipendenza;
- circa l'1% han una grave dipendenza ;
- TOTALE 4% DIPENDENZA.

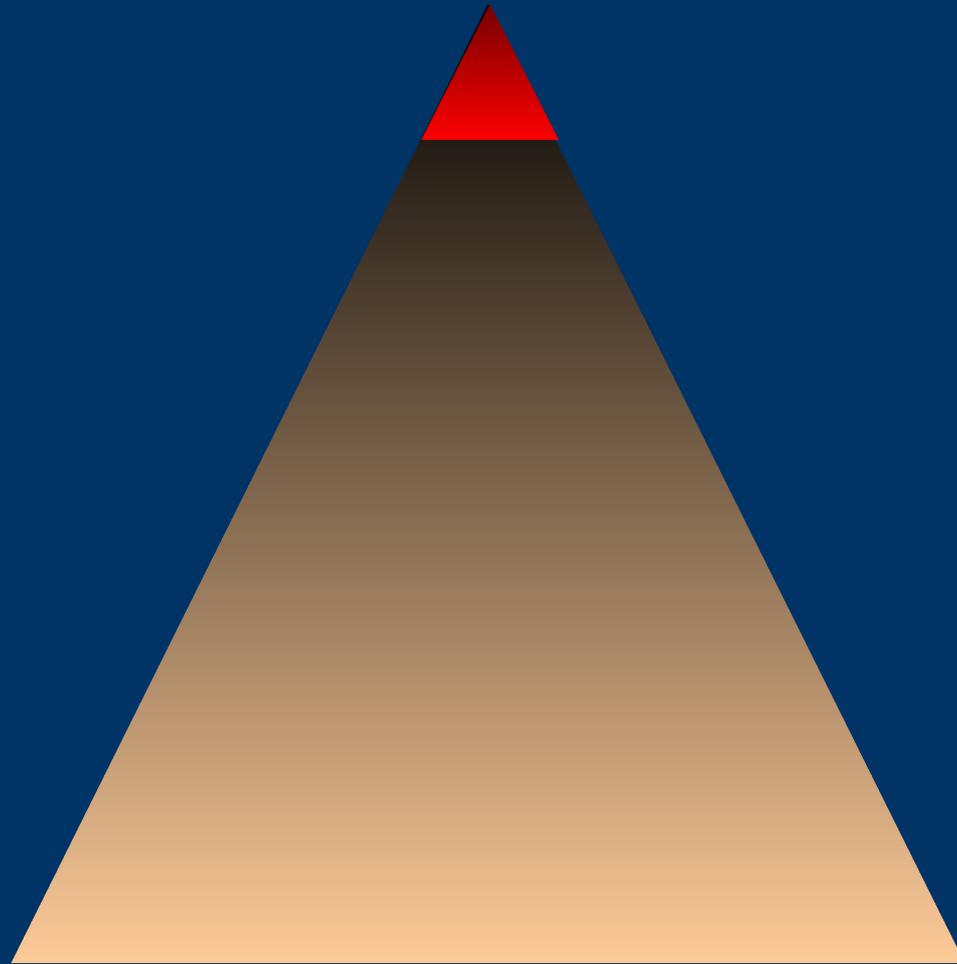
OGNI MMG VENETO
SU 1000 ASSISTITI POTREBBE AVERE

- 150-200 persone con PAC (12% + 6.3%)
- 30-60 persone con dipendenza da alcol di vario grado (3% + 1%)

Assistiti con problemi e/o con dipendenza (2).

- Il MMG vede molte persone con problemi non gravi, solo pochi utenti hanno un livello elevato di dipendenza.
- Tuttavia è dal grande numero di consumatori “moderati” o di forti consumatori occasionali (che non hanno una dipendenza) che vengono il maggior numero di incidenti stradali gravi, i maggiori costi sociali e sanitari e il maggior carico sui servizi sanitari e sociali. ..

Gli assistiti del MMG con 1.500 scelte



PAC gravi /SDA 10 – 40 pz

**Alto rischio per consumi
elevati o con PAC
200 - 250**

**A basso rischio
500 – 1000
(bassi consumi)**

Non bevitori 350-650 pz

TIPI DI CONSUMO (W.H.O.).



Consumo «a basso rischio»: consumo inferiore a 20 gr di alcol (1 o 2 unità alcoliche) al giorno per le donne e 40 gr (2 o 3 unità alcoliche) al giorno per gli uomini adulti.

Consumo «a rischio» (medio, elevato, molto elevato): livello di consumo che supera i 20 e 40 gr/die e modalità del bere che possono causare un danno alla salute a livello fisico, mentale o a livello sociale.

Sei a rischio per la salute

se il consumo giornaliero è superiore a :

0 Unità
fino ai 16 anni



1 Unità
tra i 18 e i 20 anni
ed oltre i 65 anni



1-2 Unità
per le donne



2-3 Unità
per gli uomini



UNITA' ALCOLICA (U.A.) IN ITALIA:

circa 12 grammi di alcol che corrispondono a:

- Una lattina di birra da 330 ml (5°)
- Un bicchiere di vino da 125 ml (12°)
- Un aperitivo da 80 ml (18°)
- Un superalcolico da 40 ml (36°)



oppure

birra

bicchiere 330 ml

5°



oppure

vino

bicchiere 125 ml

12°



oppure

aperitivo

bicchiere 80 ml

18°



cocktail alcolico

bicchiere 40 ml

36°

un bicchiere di una qualunque bevanda alcolica contiene circa 12 grammi di alcol

1 unità = 12 grammi di alcol

STIMA SOCIETA' ITALIANA DI ALCOLOGIA (S.I.A.) 2013:

- Italia:
 - 20% astemi
 - 80% bevitori: - 70% a rischio
 - 10% alcol-dipendenti.

(dott. Emanuele Scafato

XXIII Congresso Nazionale Società Italiana di
Alcologia

- Roma 18 settembre 2013)

PROIETTIAMO SUL TERRITORIO VENETO:

- Veneto (ISTAT 01/01/2013 4.881.756 abitanti):
70%: 3.417.229 bevitori «a rischio» a qualsiasi livello;
10%: 341.722 alcol-dipendenti.
- MMG con 1.500 mutuati:
70%: 1.050 bevitori «a rischio»;
10%: 150 alcolodipendenti.

STUDIO P.A.S.S.I. 2011 (Progressi Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) :

Popolazione generale (indagine telefonica 148.800 persone circa):

- Solo il 15% degli operatori della salute in Italia si informa sul consumo di bevande alcoliche di un utente (in Veneto solo il 9%) e solo il 6% di essi da indicazione alla riduzione del consumo!

COSA PUO'
FARE IL
MEDICO DI
MEDICINA
GENERALE?



COSA PUO' FARE IL M.M.G.:

Il M.M.G. può educare alla salute la popolazione «a rischio» (70% dei bevitori)!

Soggetto «a rischio»: intervento «breve», successivo appuntamento con il coinvolgimento di familiare o persona di riferimento (verifica).

Soggetto alcol-dipendente: invio alle strutture «specialistiche» (pronto soccorso, ambulatorio alcologico, SerT, ...).

INTERVENTO BREVE:

La letteratura internazionale ha dimostrato che con l'intervento breve il M.M.G. è in grado di modificare le abitudini degli assistiti in relazione al consumo di bevande alcoliche fino ad almeno il 30% dei casi.

«Intervento breve»: valutazione del consumo, informazione sui rischi e sui danni di un consumo problematico o dannoso e suggerimento preciso rivolto all'assistito.

COSA POSSIAMO FARE PER CAMBIARE? (1)

- Essere consapevoli della diffusa e radicata cultura del «bere» nel nostro Paese (forte promozione e forte pressione sociale).
- Se assumiamo bevande alcoliche chiediamoci che «livello di rischio» mettiamo noi stessi (solo così siamo in grado di valutare obiettivamente il rischio del nostro paziente).

COSA POSSIAMO FARE PER CAMBIARE?

(2)

- **Abituiamoci ad indagare sempre sul consumo di alcol!**

(attività fisica; fumo; allergie;
abitudini alimentari; farmaci assunti;
sostanze d'abuso);

RICORDA! (W.H.O. Report 2013)

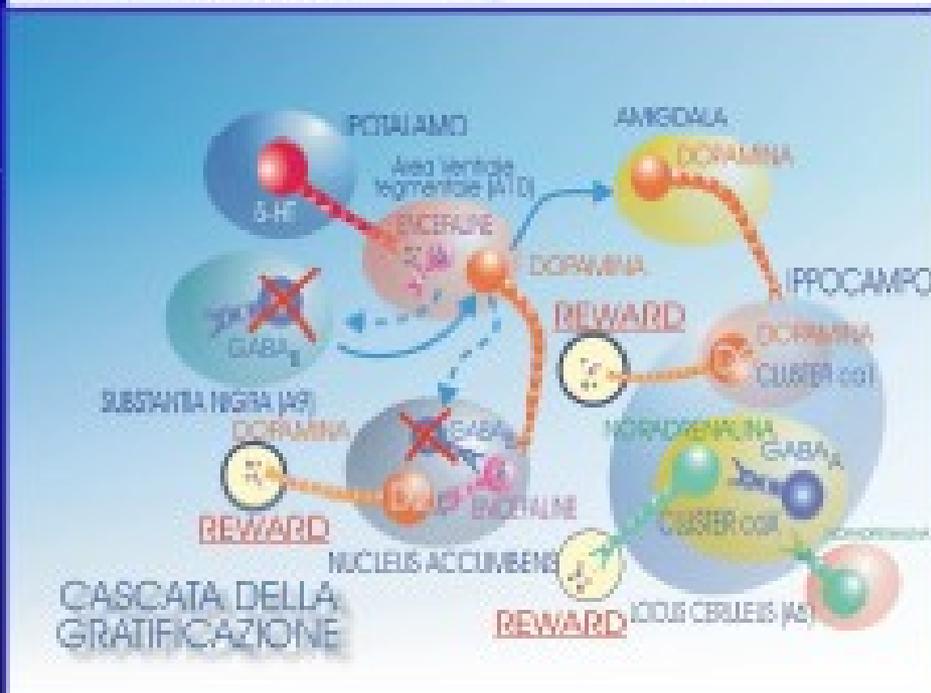
- NON E' NOTA UNA DOSE DI ALCOL «SICURA» PER LA SALUTE.
- QUALSIASI CONSUMO DI ALCOL E' DA CONSIDERARSI «A RISCHIO» PER LA SALUTE.
- UN MEDICO NON PUO' CONSIGLIARE L'ASSUNZIONE DI BEVANDE ALCOLICHE A SCOPO «PREVENTIVO».

Grazie per l'attenzione!

alcologia.gastro@ulssvicenza.it - cristina.fanton@ulssvicenza.it

SISTEMI NEUROCEREBRALI DEL CRAVING

- *dopaminergico*
- *GABAergico*
- *glutammatergico*
- *serotoninergico*
- *opioidergico*



W.H.O. Report 2013 (1):

- Regione Europea: maggior consumo di bevande alcoliche rispetto al resto del mondo (in media 11 litri di alcol puro pro capite /anno - 2 volte e mezzo superiore alla media mondiale).
- Alcol: 3° fattore di rischio per la salute (dopo fumo di tabacco e ipertensione arteriosa) nell'area mediterranea.

W.H.O. Report 2013 (2):

- Popolazione generale : l'uso di alcol anche a dosi «moderate» ha un evidente impatto sullo sviluppo di cancro (mammella, prime vie aeree, esofago ...), patologie vascolari, patologie epatiche.
- Nei giovani: l'alcol è correlato agli incidenti stradali (1^a causa di morte nella fascia di età 15-34 aa), ai suicidi ed alle violenze.

W.H.O. Report 2013 (3):

- *Italia*: tra i paesi a minor consumo medio/annuo in Europa (nel 2010: 6.8 litri; *terz'ultimo posto* insieme all'Islanda, preceduta dalla Turchia e seguita da Macedonia e paesi dell'ex-Jugoslavia) .
(Target W.H.O. per il 2015: consumo medio pro capite /anno= 6 litri di alcol puro).

W.H.O. Report 2013 (4):

MA IN ITALIA:

- Iniziazione più precoce (11.2 anni vs 14 anni).
- Maggior frequenza di consumo (prevalenza 25% tutti i gg, superata solo dal Portogallo con 43%).
- Prevalenza «binge drinking» più elevata della media europea (30% in Italia ,vs 29% del resto d'Europa).

IL CONSUMO «A RISCHIO»:

- A rischio per quantità (adulto):
 - basso (M <40g o 2-3 U.A./die, F <20g o 1-2 U.A./die);
 - medio (M 40-60g o 4-6 U.A./die, F 20-40g o 2-3 U.A. /die);
 - elevato (M 60-100 g o 6-8 U.A./die, F 40-60g o 4-6 U.A./die);

STUDIO P.A.S.S.I. 2011 (Progressi Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) (1):

Popolazione generale (indagine telefonica 148.800 persone circa):

- Italia: beve il 81% M, il 56.9% F (**Veneto: 82.8% M, 64.7% F** , al 3° posto dopo Trentino A. Adige e Friuli Venezia Giulia).
- Fuori pasto: Italia 36.4% M, 15.3% F (**Veneto : 47.7% M, 21.4% F**).
- Binge drinking: Italia 12.4% M, 3.1% F (**Veneto: 17.5% M, 4.3% F**).

STUDIO P.A.S.S.I. 2011 (Progressi Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) (2):

Giovani:

- **11-15 anni:** 18.5% M, 15.5% F (% bevitori = % a rischio).
Binge: 1.4% M, **2.1% F!**
- **a 15 anni:** 47% M, 30% F!
- **21-25 anni:** 81.3% M, 63% F (= media nazionale!)
- **11-25 anni:** 58.6% M, 44.4% F

(M fuori pasto e binge = media nazionale!)

F fuori pasto: 3 x media nazionale e

F binge: 2 x media nazionale!)

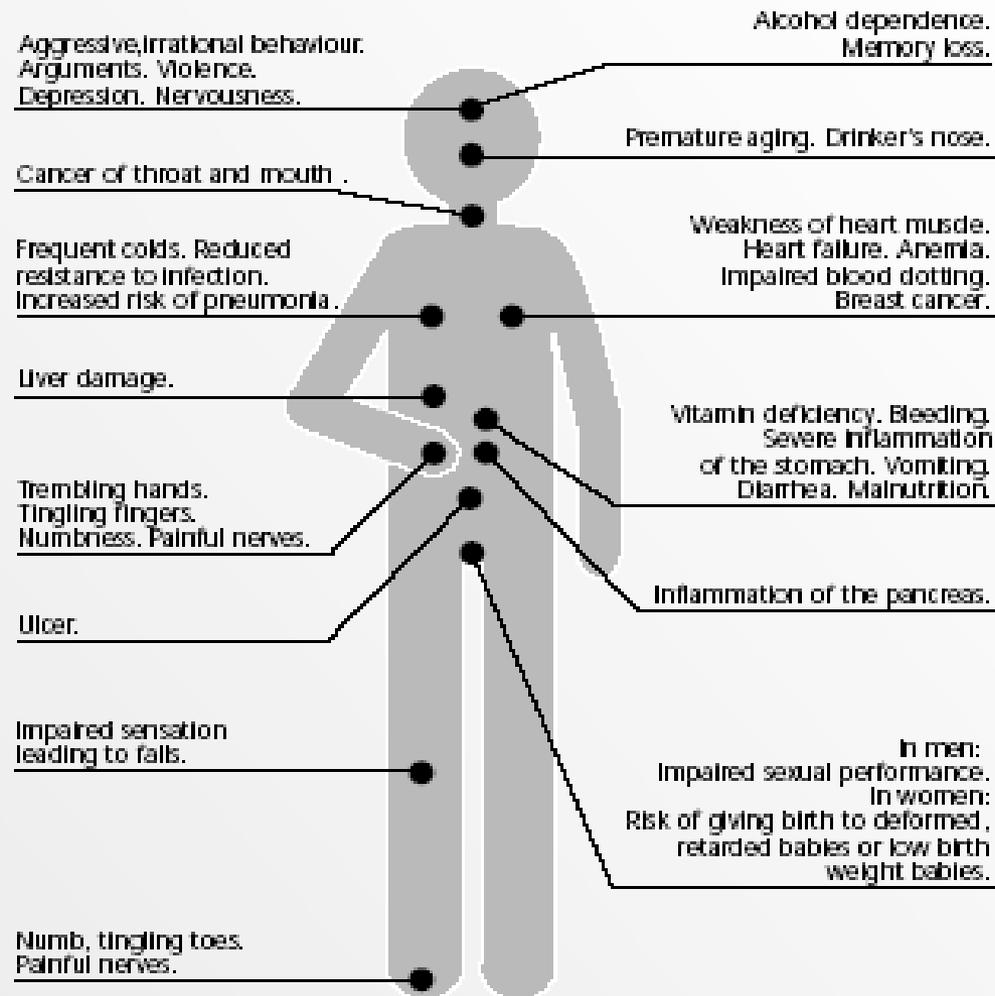
STUDIO P.A.S.S.I. 2011 (Progressi Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) (3):

Anziani:

- **>65 anni: 81.7% M** (82.8% Italia), 50.5% F (64.7% in Italia). (82.8% Italia 44.7% M (25% Italia), 11.3% F (7.3% in Italia)).
- **65-74 anni: 85.9% M** (82.8% Italia), 53.9% F. **A rischio** 47.7% M, 41.9% F.
- 75-84 anni: 77.6% M, 48.4% F. **A rischio** 41.9% M, 9.1% F).
- **>85 anni: 68.7% M**, 43.9% F. **A rischio** 35.3% M, 6.7% F).

Figure 1

Effects of High-Risk Drinking



High-risk drinking may lead to social, legal, medical, domestic, job and financial problems. It may also cut your lifespan and lead to accidents and death from drunk-en driving.