

Progetto di Disassuefazione Alcolica

Aspetti organizzativi e clinici: dall'Ospedale al Territorio

Ruggero Merlini, Giuseppe Fiorentino*

Premesse

Nel mondo, l'alcol rappresenta uno dei fattori principali di rischio per la salute pubblica con 3.000.000 di decessi/anno di cui circa 1.000.000 nella sola Europa.

In Italia, l'alcol è responsabile del 20% dei ricoveri con un numero maggiore in alcune regioni come Friuli, Val d'Aosta e Trentino Alto Adige.

Il consumo a rischio di alcol e il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) rappresentano le principali cause di malattia epatica nelle sue diverse declinazioni di severità; la Sindrome da Astinenza (AWS) ne rappresenta un aspetto rilevante, quale possibile complicanza.

Per tale motivo, come suggerito anche dalle Linee Guida Internazionali, sono richiesti trattamenti integrati che possano includere interventi medici, farmacologici, psicologici e sociali.

Anche il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) fornisce un ampio capitolo di riforme ed interventi volti a rappresentare e sviluppare le reti e i presidi territoriali per una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari, utili anche per quanto trattato in questo articolo.

All'attualità, l'interruzione dell'uso di alcol e l'eventuale AWS conseguente, sono modulati unicamente attraverso un ricovero programmato ad eccezione di condizioni cliniche 'urgenti' (delirium tremens, agitazione psico-motoria, ecc.) per le quali i pazienti accedono direttamente in Pronto Soccorso (PS).

Alla luce di quanto esplicitato, il ricovero per disassuefazione potrebbe essere programmato in altri setting come Macroattività Ambulatoriale (MAC), Casa di Comunità (CDC), Ospedale di Comunità (ODC), spostando l'asse di cura dall'Ospedale al Territorio.

Obiettivi strategici

La proposta di progetto mira sia alla riduzione del rischio di recidiva di abuso alcolico che a limitare il numero di accessi in PS e le ospedalizzazioni, i cui costi elevati incidono sia sul paziente che sul Sistema Sanitario che, al contrario, potrebbero essere ridotti spostando l'asse di cura dall'Ospedale al Territorio.

Il progetto coinvolge quindi, oltre gli operatori sanitari, anche le diverse strutture territoriali del bacino di riferimento (ASST, CDC, ODC).

Metodologia

Al fine del raggiungimento degli obiettivi sopracitati, è stata effettuata un'analisi 'as is' e una valorizzazione del percorso, compreso quello alternativo, tramite l'Activity Based Costing, una SWOT analisi ed infine un'analisi economica di confronto comparando i diversi regimi di rimborsabilità.

Descrizione progetto

Sulla scorta di un'esperienza maturata presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna, che ha adottato un percorso di disassuefazione da alcol in regime MAC, in un contenitore Day-Hospital (DH) già presente e nel quale venivano erogati altri DRG, si è pensato di traslare questo approccio in un contesto territoriale comprensivo di CDC e ODC.

Il differente percorso proposto è legato alla selezioni 'a priori' del paziente (presenza/assenza di comorbidità psichiatriche, severità di malattia, compliance).

Analisi dei costi

I costi inerenti le Risorse Umane sono stati stimati sulla base del Contratto Collettivo Nazionale

* UOS Alcolologia, Servizio delle Dipendenze, DSMD, ASST Melegnano e Martesana, Milano.

(CCNL) considerando il tempo medio per il medico (anamnesi, visita, compilazione cartella...) e per l'infermiere (esecuzione etilometro, isolamento accesso venoso...).

Il costo del monitor multiparametrico è stato stimato partendo dal suo costo d'acquisto con un ammortamento in 10 anni.

Poi valutati i costi 'al dettaglio' per farmaci e materiali; i costi generali sono stati stimati pari al 20% del totale.

I costi invece della singola giornata di degenza, all'interno di un'area a media intensità di cura/complessità, sono, rispettivamente di 528,38€ e 174,00€ (Ospedale vs ODC).

Risultati attesi

Dalla valutazione comparativa di costi e spese tra MAC, CDC, ODC e Ospedale si può evidenziare un risparmio evidente per i pazienti avviati al percorso MAC/CDC, peranco nei pazienti ricoverati in ODC.

Secondo questo progetto territoriale, va considerato che tutti i pazienti attualmente ospedalizzati, verrebbero avviati a percorsi 'tailored' con lo scopo (la finalità del progetto) di ridurre le ricadute e mantenere l'astensione nel tempo.

Infatti, a fronte di studi in letteratura che riportano un alto rischio di ricaduta (tassi variabili dal 40 fino all'80%), nello specifico, la percentuale di successo di disassuefazione da alcol non dovrebbe variare al diverso percorso di ricovero proposto.

Riteniamo inoltre, sulla scorta dell'esperienza maturata presso l'ospedale bolognese precedentemente citato, che la gestione 'sul territorio' potrebbe contribuire ad una migliore qualità di vita (QOL) e compliance del paziente.

Sodio Oxibato

Il progetto prevede l'utilizzo privilegiato di un farmaco di uso consolidato, il Sodio Oxibato, che oltre a ridurre il craving (predittore del risultato del trattamento), può raggiungere un trend più rapido sia nella riduzione dei sintomi in acuto che nella riduzione della frequenza delle ricadute.

Per tale motivo, un primo indicatore utile a misurare l'efficientamento ottenuto dalla riorganizzazione e dal cambio di setting di cura è proprio la 'riduzione delle ricadute'.

Conclusioni

In Italia, la spesa per 'danni da alcol' si aggira sui 22.000.000.000 di € e il 20% dei ricoveri nei Reparti di Cura è correlata al DUA.

La proposta di un'allocazione territoriale basata sulle caratteristiche cliniche del paziente (gravità del DUA e comorbidità psichiatriche), rappresenterebbe una soluzione vantaggiosa sia per il paziente (miglior compliance, miglior QOL) che per il Sistema Sanitario nel suo complesso (abbassamento dei costi rispetto alle modalità di ricovero attuali, riduzione delle liste di attesa, riduzione dei ricoveri ospedalieri).

Riferimenti bibliografici

- Addolorato G., Abenavoli L., Dallio M. *et al.* (2020). Alcohol associated liver disease 2020: a clinical practice Guideline by the Italian Association for the Study of Liver (AISF). *Dig Liver Dis*, 52: 374-391.
- Brambilla R., Vigna-Taglianti F. *et al.* (2012.) *Riv Psichiat*, 47(4): 269-280.
- De Bruijn C. *et al.* (2005). The craving withdrawal model for alcoholism: towards the DSM-V. Improving the discriminant validity of alcohol use disorder diagnosis. *Alcohol and Alcoholism*, July/August, 40(4): 314-322.
- European Association for the Study of the Liver (2018). EASL Clinical Practice Guidelines: management of alcohol-related liver disease. *J Hepatol*, 69: 154-181.
- Gallus S., Lugo A., Borroni E. *et al.* (2023). Symptoms of Protracted Alcohol Withdrawal in Patients with Alcohol Use Disorder: A comprehensive Systematic Review. *Current Neuropharmacology*, 21(2).
- Heilig M., Egli M., Crabbe J.C., Becker H.C. (2010). *Addict Biol*, 15(2): 169-184.
- Reus V.I., Fochtman L.I. *et al.* (2018). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients with Alcohol Use Disorder. *Am J Psychiatry*, 175: 86-90.
- WHO Regional Office for Europe (2020). Making the WHO European Region SAFER: developments in alcohol control policies across the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Sitografia

www.pmi.it/economia/lavoro/367124/ccnl-commercio-calcolo-stipendio-netto-livello.html.

Riferimenti normativi

Legge Regionale Lombardia 14 dicembre 2021 n. 22 e DM 77/2022.