

La gestione del paziente con disturbi correlati all'uso di sostanze in regime di ricovero ospedaliero: il documento di indirizzo della Regione Veneto

Matteo Corradin*, Mauro Cibin**, Gerardo Favaretto***, Bruno Forti****, Carolina Prevaldi°, Lorenzo Rossetto°, Diego Saccon°°, Tommaso Maniscalco°°°, Francesco Bortolan^, Claudio Pilerci^^, Domenico Mantoan^^^

Secondo il "Rapporto Salute Mentale – Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)", relativo all'anno 2015 e pubblicato a dicembre 2016 a cura del Ministero della Salute, vi sono stati su tutto il territorio nazionale 585.000 accessi presso il Pronto Soccorso; di questi, 39.669 sono stati per "Alcolismo e Tossicomanie" ed hanno esitato in un ricovero in 3.750 casi (36,9% in Psichiatria, 35,6% in Medicina Generale, 3,8% in Pediatria, 1,9% in Neurologia, 0,6% in Chirurgia generale e 21,2 % in altri reparti).

L'urgenza legata all'uso di sostanze è dunque un aspetto importante della pratica clinica considerando come l'impegno necessario in queste situazioni sia superiore a quello evidenziato dal semplice dato numerico.

Spesso si tratta di situazioni di difficile gestione per le problematiche comportamentali e relazionali e per la difficoltà a dirimere quadri clinici in cui l'azione delle sostanze si somma ai disturbi mentali e di personalità e/o a situazioni organiche complesse.

* *Responsabile del Centro Regionale Sicurezza del Paziente – Regione Veneto.*

** *Dipartimento per le Dipendenze, Azienda ULSS 3 "Serenissima" – Regione Veneto.*

*** *Direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda ULSS n. 2 "Marca Trevigiana" – Regione Veneto.*

**** *Direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda ULSS n. 1 "Dolomiti" – Regione Veneto.*

° *Risk Manager dell'Azienda ULSS n. 4 "Veneto Orientale" – Regione Veneto.*

°° *Direttore del Dipartimento per le Dipendenze dell'Azienda ULSS n. 7 "Pedemontana" – Regione Veneto.*

°°° *Direttore ad interim del Servizio per le Dipendenze dell'Azienda ULSS SS n. 4 "Veneto Orientale" – Regione Veneto.*

°°°° *Direttore U.O. Salute Mentale e Sanità Penitenziaria – Regione Veneto.*

^ *Responsabile del Coordinamento Regionale Controlli Sanitari, Appropriatelyzza, Liste d'Attesa e Sicurezza del Paziente – Regione Veneto.*

^^ *Direttore Direzione Programmazione Sanitaria – Regione Veneto.*

^^^ *Direttore Generale Area Sanità e sociale - Regione Veneto.*

Nei reparti psichiatrici vi è la diffusa percezione di carenza di *know how* diagnostico terapeutico e gestionale in tema di uso di sostanze cui si somma la sensazione che l'intervento su questo tipo di pazienti non sia sintonico con la *mission* della psichiatria stessa e che sussista una scarsa collaborazione del personale sanitario dei Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) nella gestione dell'urgenza e del ricovero.

D'altro canto da parte dei Ser.D si sottolinea come l'attuale organizzazione sanitaria non preveda tra i compiti degli stessi la gestione dei ricoveri e dell'urgenza e che la valutazione di questi aspetti costituirebbe una deviazione dalla *mission* fortemente territoriale e riabilitativa di tali Servizi.

La problematica del ricovero in ospedale dei soggetti con disturbi correlati all'uso di sostanze si salda con quella del ricovero e della gestione in ospedale di pazienti con disturbi del comportamento essendo noto, infatti, come l'uso di sostanze sia spesso alla base della slatentizzazione di comportamenti violenti ed incongrui sia in soggetti con un concomitante disturbo mentale che in caso di intossicazione acuta.

Spesso i pazienti che giungono al ricovero ospedaliero per disturbi correlati all'uso di sostanze non sono conosciuti ai Servizi territoriali e non sono seguiti per lo specifico problema.

In molti casi si tratta di soggetti in cui la consapevolezza di malattia e la motivazione al trattamento sono assenti o assai labili ed il ricovero ospedaliero può essere pertanto un momento di aggancio ed avvio ai programmi di trattamento e riabilitazione.

In conclusione, la degenza del paziente affetto da disturbi correlati all'uso di sostanze è spesso fonte di criticità sia di tipo diagnostico-terapeutico che di tipo organizzativo-gestionale e tale tipologia di pazienti è più a rischio di essere vittima o di generare eventi avversi rispetto ad altre.

Per tale motivo, al fine di aumentare ulteriormente la sicurezza e la qualità delle cure delle strutture sanitarie e di garantire la continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione Ospedale-Territorio, è stato redatto un documento di indirizzo regionale relativo alla "Gestione del paziente con disturbi correlati all'uso di sostanze in regime di ricovero ospedaliero" che viene di seguito riportato.

1. PREMESSA

Il tema dei disturbi correlati all'uso di sostanze¹ è diventato negli anni sempre più articolato e multiforme interessando una fascia di popolazione che va dall'età pediatrica a quella geriatrica oltretutto situazioni particolarmente delicate quali la gravidanza ed il puerperio, rendendo necessario un approccio specialistico multidisciplinare in grado di approntare, a livello aziendale, un'organizzazione adatta alla sua complessità.

Il trattamento terapeutico-riabilitativo dei disturbi correlati all'uso di sostanze avviene di norma in ambito territoriale tramite la presa in carico del paziente da parte del Dipartimento per le Dipendenze.

Per quanto riguarda il ricovero ospedaliero, dati di letteratura internazionale^{2,3} indicano che lo stesso sia un'evenienza frequente nel paziente con disturbi correlati all'uso di sostanze.

Nel panorama nazionale, in riferimento al periodo 2009-2011, i dati di letteratura⁴ evidenziano che le dimissioni ospedaliere con almeno una diagnosi in cui siano citate "uso di droghe" o "intossicazioni" sono state 45.379 e le diagnosi erano associate alle seguenti condizioni morbose:

- ✓ disturbi mentali tra i quali disturbi di personalità (19,4%), dipendenza da alcol (8,3%), psicosi affettive (10,7%), disturbi nevrotici (7,7%) e schizofrenia (4,9%);
- ✓ malattie infettive tra le quali disturbi HIV correlati (7,8%) ed epatite virale (11,4%);
- ✓ avvelenamenti da xenobiotici tra i quali analgesici-antipiretici-antireumatici (2,3%) e agenti psicotropi (1,4%);
- ✓ altre condizioni tra le quali emicrania (12,8%), cirrosi ed altre malattie croniche del fegato (6,3%), epilessia (1,7%), bronchite cronica ed altre malattie polmonari (4%) ed ipertensione arteriosa (3,1%).

¹ Nel presente documento la dizione "uso di sostanze" include anche l'uso di alcol. Si precisa che a livello governativo sono prodotte due distinte relazioni: la "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" e la "Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia" redatta dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

² Walley AY et al. Acute care hospital utilization among medical inpatients discharged with a substance use disorder diagnosis. J Addict Med. 2012 Mar;6(1):50-6.

³ Reynolds T et al. Problem based review: alcohol-use disorders on the Acute Medical Unit. Acute Med. 2012;11(2):101-6. Review.

⁴ Burgio A, Grippo F, Pappagallo M, Crialesi R Hospitalization for drug-related disorders in Italy: trends and comorbidity Epidemiology Biostatistics and Public Health - 2015, Volume 12, Issue 1 - Suppl 1.

Per quanto riguarda i disturbi correlati all'uso di alcol⁵ il numero delle dimissioni ospedaliere che presentano diagnosi, totalmente alcol attribuibili, come diagnosi principale di ricovero o come diagnosi secondarie ammonta, nel 2013, a 63.666.

Le tipologie diagnostiche prevalenti sono le epatopatie alcoliche (46,3%), dipendenza o abuso di alcol (39,3%), cirrosi epatica alcolica (39,6%) e sindromi psicotiche indotte dall'alcol (4,9%).

Inoltre, evidenze di letteratura^{6,7,8,9,10} dimostrano che patologie croniche di tipo infettivo, metabolico e degenerativo affliggono tale tipologia di pazienti con frequenza superiore rispetto alla popolazione generale.

I ricoveri in caso di intossicazione, astinenza ed altre situazioni direttamente correlate all'uso di sostanze avvengono principalmente in ambito chirurgico, internistico e psichiatrico a differenti livelli di intensità di cura.

Il presente documento di indirizzo, pur essendo specificatamente rivolto all'ambito ospedaliero, può essere un utile riferimento, in base ai singoli contesti organizzativi, anche per le strutture extra-ospedaliere delle "Aziende Sanitarie", intendendo con tale definizione le Aziende sanitarie pubbliche e le strutture sanitarie private accreditate.

2. INTRODUZIONE

La Relazione al Parlamento "*Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenza in Italia - 2014*",¹¹ a cura del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, evidenzia che il 64% dei soggetti con necessità di cura per disturbi correlati all'uso di sostanze non è mai entrato in contatto con strutture sociosanitarie dedicate al trattamento di tale condizione. Analogamente, la "*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 alcolcorrelati*" (2014)" del

⁵ 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" anno 2014.

⁶ Mathers BM et al for the 2007 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use www.thelancet.com Published online September 24, 2008 DOI:10.1016/S0140-6736(08)61311-2.

⁷ Nelson P et al. The epidemiology of viral hepatitis among people who inject drugs: Results of global systematic reviews. *Lancet*. 2011 August 13; 378(9791): 571–583.

⁸ Crews FT et al. Alcohol-induced neurodegeneration: When, where and why? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 28(2):350–364, 2004.

⁹ Jarvis CM et al. Cardiovascular risk factors and metabolic syndrome in alcohol and nicotine-dependent men and women. *J Cardiovasc Nurs*. 2007 Nov-Dec;22(6):429-35.

¹⁰ Virmani A et al. Metabolic Syndrome in drug addiction, *Ann N Y Acad Sci* 2007 Dec; Vol. 1122, pp. 50-68.

¹¹ <http://www.politicheantidroga.gov.it/attivita/pubblicazioni/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2014/presentazione.aspx>.

14.12.2012 riporta che il numero di soggetti con disturbi correlati all'uso di alcol seguiti da servizi specifici è circa un decimo rispetto al potenziale fabbisogno e che, in molti casi, tali soggetti non sono noti alle strutture sanitarie⁵ evidenziando, pertanto, la necessità di un coinvolgimento del Dipartimento per le Dipendenze al fine di garantire la continuità terapeutica sia dei pazienti già seguiti, sia di quelli individuati durante il ricovero.

Gli errori diagnostici nell'ambito del "*drug reaction and overdose*" sono stimati attorno al 4,6% di tutti gli errori diagnostici e sono fra i più rappresentati in campo medico.¹²

Inoltre, la degenza del paziente affetto da disturbi correlati all'uso di sostanze è spesso fonte di criticità sia di tipo diagnostico-terapeutico che di tipo organizzativo-gestionale¹³ e, pertanto, tale tipologia di pazienti è più a rischio di essere vittima o di generare eventi avversi rispetto ad altre.

Premesso quanto sopra, è opportuno che le Aziende sanitarie affrontino, nella loro organizzazione, gli aspetti peculiari e specifici relativamente alla gestione del rischio e alla sicurezza in tale tipologia di pazienti.

3. IL RUOLO DELLA DIREZIONE AZIENDALE

La direzione aziendale, con affidamento dell'attività organizzativa al Responsabile delle Funzioni per la Sicurezza del Paziente (RFSP) ex DGR 1831 del 1.7.2008, promuove gli obiettivi di seguito elencati.

- ✓ Definisce le risorse per l'attuazione degli interventi di prevenzione ed identifica i responsabili dell'attuazione di una procedura aziendale relativa al presente documento di indirizzo.
- ✓ Prevede iniziative di sensibilizzazione alla segnalazione dell'evento avverso occorso in regime di ricovero ospedaliero di paziente con disturbi correlati all'uso di sostanze.
- ✓ Prevede la formazione specifica per il personale più a contatto con il paziente a rischio.
- ✓ Realizza un sistema di rilevazione dei casi con disturbi correlati all'uso di sostanze dimessi dai reparti di degenza, realizzando, se del caso, un report annuale sulle azioni di miglioramento effettuate e i risultati raggiunti con riferimento alla gestione della sicurezza in relazione agli eventuali eventi avversi occorsi in tale tipologia di pazienti.

¹² Schiff GD et al. Diagnostic error in medicine: analysis of 583 physician-reported errors. Arch Intern Med. 2009 Nov 9;169(20):1881-7.

¹³ Haber PS, Demirkol A, Lange K, Murnion B. Management of injecting drug users admitted to hospital. Lancet. 2009 Oct 10;374(9697):1284-93. Review

4. CONTENUTI DELLA PROCEDURA AZIENDALE

Si riportano di seguito i requisiti ritenuti indispensabili per la redazione di una procedura aziendale circa la gestione di pazienti con disturbi correlati all'uso di sostanze.

4.1 *Ambiti di applicazione*

All'interno dell'Azienda sanitaria la procedura aziendale è adottata con priorità per le aree considerate a più alto rischio potenziale individuate nel contesto di ogni Azienda sanitaria a seguito di analisi specifica.

4.2 *Azioni volte alla valutazione e prevenzione del rischio*

Ai fini della valutazione e della prevenzione del rischio nei pazienti con disturbi correlati all'uso di sostanze in regime di ricovero ospedaliero sono considerate le diverse fasi nelle quali il paziente si trova nel percorso di diagnosi e cura, con specifico riferimento alla fase di accoglienza, alla fase di degenza e alla fase di dimissione, di seguito discusse in relazione alle singole peculiarità e agli interventi preventivi da porre in essere in ognuna di esse. Vi è, infatti, la necessità di assicurare interventi efficaci nell'ambito della continuità assistenziale prima, durante e dopo il ricovero ospedaliero, garantendo la continuità terapeutica e la sicurezza dei trattamenti.

Dati di letteratura¹⁴ indicano che il personale sanitario frequentemente non riconosce il paziente con disturbi correlati all'uso di sostanze e questo può portare a conseguenze rilevanti e può rappresentare una perdita di opportunità di trattamento o di una adeguata valutazione dei rischi.

Le abilità necessarie al coinvolgimento dei pazienti con disturbi correlati all'uso di sostanze richiedono la comunicazione empatica, l'approccio non giudicante, un'attitudine collaborativa, il mantenimento della confidenzialità, tutti aspetti che migliorano i risultati nell'ambito del trattamento.¹⁵

Inoltre, secondo dati di letteratura,¹³ la qualità dell'alleanza terapeutica è ostacolata anche da pregiudizi stigmatizzanti del personale sanitario.

Per questo, ad esempio, la raccolta dell'anamnesi per essere efficace deve essere svolta in ambiente che rispetti i criteri di privacy.

¹⁴ Miller NS et al. Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol- and drug-related disorders. *Acad Med.* 2001 May;76(5):410-8. Review.

¹⁵ Simpson DD et al. Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug Alcohol Depend.* 1997 Sep 25;47(3):227-35.

Vi sono infine robuste evidenze di letteratura che interventi di *counseling* breve possono essere efficaci nel ridurre il consumo di sostanze psicoattive ed i comportamenti violenti correlati.^{16,17,18}

4.2.1 Fase di accoglienza, diagnosi e inquadramento

In tutti i casi di pazienti con il sospetto diagnostico di disturbi correlati all'uso di sostanze vanno effettuati:

- ✓ valutazione e inquadramento del paziente, inclusi esami ematochimici, tossicologici ed alcolemia; ove si riscontrino quadri sintomatologici atipici è opportuno richiedere una consulenza ad un centro di secondo livello secondo i protocolli aziendali vigenti;
- ✓ verifica anamnestica e/o documentale di pregressi contatti con il Dipartimento per le Dipendenze;
- ✓ una valutazione di una concomitante patologia psichiatrica con la ricerca di eventuali pregressi contatti con il Dipartimento di Salute Mentale.

Tali informazioni potranno essere raccolte dal paziente stesso nonché dal Dipartimento per le Dipendenze, ivi comprese le Comunità Terapeutiche accreditate.

In ogni caso va attivata contemporaneamente alla procedura diagnostica la richiesta di consulenza al Dipartimento per le Dipendenze, la cui risposta sarà fornita entro massimo due giorni lavorativi.

Gestione degli effetti personali

Ai fini di una corretta gestione del ricovero, il paziente, ed eventualmente i familiari, vanno informati delle regole correlate alla degenza in un reparto ospedaliero e alla detenzione di oggetti potenzialmente pericolosi e/o illegali. Nella redazione della procedura aziendale relativa al presente documento di indirizzo, le Aziende sanitarie avranno cura di ben delineare le modalità di gestione e di controllo degli effetti personali del paziente degente.

¹⁶ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse Treatment Improvement Protocol (TIP) Series – 2012.

¹⁷ Walton MA et al. Effects of a brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents: a randomized controlled trial. JAMA. 2010 Aug 4;304(5):527-35.

¹⁸ McQueen J et al. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Aug 10;(8):CD005191. doi: 10.1002/14651858.CD005191.pub3. Review.

Esame obiettivo, neurologico e psichico

Sarà opportuno eseguire un esame obiettivo completo del paziente ponendo particolare attenzione all'esame neurologico e psichico.

Consulenza psichiatrica

Qualora il paziente sia ricoverato in un reparto internistico o chirurgico, potrà essere espletata una consulenza psichiatrica mirata a:

- ✓ valutare la presenza di disturbi psichici e la loro eventuale correlazione con l'uso di sostanze;
- ✓ definire una terapia psicofarmacologica;
- ✓ nel caso di emergenza di bisogni terapeutici significativi dal punto di vista psichiatrico da trattare in regime di ricovero, valutare l'indicazione al trasferimento presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC).

L'intervento psichiatrico in ogni caso è presupposto di un approfondimento diagnostico che permetta la presa in carico territoriale più adeguata alle problematiche cliniche presentate e favorisca il passaggio ai servizi territoriali del Dipartimento per le Dipendenze e di quello di Salute Mentale.

4.2.2 Fase della degenza

La durata del ricovero è finalizzata al superamento della situazione di acuzie e non si configura come alternativa al programma terapeutico-riabilitativo sul territorio.

Scopo primario della collaborazione tra il Dipartimento per le Dipendenze e quello di Salute Mentale è di garantire il benessere del paziente attraverso la continuità delle cure e del programma terapeutico, favorendo una migliore gestione clinica ospedaliera ed una migliore integrazione delle modalità operative tra i due Dipartimenti.

Un eventuale trasferimento in SPDC va comunque stabilito dopo consulenza psichiatrica. In tutti i casi di ricovero presso l'SPDC in cui si riscontri un uso di sostanze, il Dipartimento per le Dipendenze garantisce una tempestiva consulenza nei tempi sopra descritti e una condivisione del programma di presa in carico territoriale.

Particolare attenzione è data alla gestione del rischio suicidario secondo quanto segue.

- ✓ Fare riferimento a quanto indicato nel “*documento di indirizzo per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale*”, trasmesso con nota prot. n. 526215 del 28.12.2015 del Responsabile del Coordinamento Controlli Sanitari, Appropriatelyzza, Liste d’attesa e Sicurezza del paziente.
- ✓ Tener conto di farmaci e/o sostanze psicoattive che il paziente può aver portato con sé o accumulato nel corso della degenza in seguito a mancata assunzione facendo anche riferimento alla verifica degli oggetti personali all’ingresso o durante la degenza, per il possibile utilizzo a scopo suicidario.
- ✓ Oltre ai fattori di rischio generali, vanno considerati lo stato di astinenza e il vissuto di disperazione per eventi di vita negativi.
- ✓ Va tenuto in considerazione che nel caso di comorbidità, il rischio suicidario è maggiore di quello relativo alla singola patologia e può essere ulteriormente aggravato dallo sviluppo di una malattia fisica invalidante e a pericolo per la vita.
- ✓ Particolare attenzione va posta alla presenza di una sindrome cerebrale organica e di sintomi quali insonnia grave, irrequietezza, agitazione psicomotoria e repentine oscillazioni del tono dell’umore.
- ✓ Qualora vi sia motivo di ritenere la sussistenza di un rischio suicidario, va condotto un colloquio sulla traccia di modelli come quello della raccomandazione ministeriale n. 4 del 2008 “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”.
- ✓ In caso di esito positivo, è opportuno richiedere una consulenza psichiatrica.
- ✓ In ogni caso, vanno messe in atto le opportune misure di sicurezza ambientali e un’osservazione attenta del paziente, anche attraverso un’adeguata comunicazione tra gli operatori.

4.2.3 Fase della dimissione

Alla dimissione è necessario garantire la continuità della presa in carico sul territorio sia per quanto riguarda pazienti già seguiti dai servizi territoriali, sia per quanto riguarda quelli non conosciuti e per i quali sia stata evidenziata la necessità di una presa in carico. È opportuno fissare direttamente in fase di dimissione un appuntamento presso i servizi territoriali del Dipartimento per le Dipendenze e/o di quello di Salute Mentale.

4.3 Segnalazione e monitoraggio degli eventi avversi

La segnalazione ed il monitoraggio degli eventi avversi relativi a pazienti con disturbi correlati all'uso di sostanze in regime di ricovero ospedaliero sarà espletata secondo le indicazioni regionali sulla gestione degli eventi avversi e, qualora un evento avverso abbia le caratteristiche per essere definito "sentinella", secondo quanto previsto dal Decreto Ministeriale dell'11 dicembre 2009.

4.4 Formazione del personale

La formazione ha la finalità di mantenere elevato il livello di attenzione del personale sanitario alle problematiche relative alla gestione del paziente con disturbi correlati all'uso di sostanze ricoverato in ospedale e di aggiornare i partecipanti sull'utilizzo di ragionamenti e comportamenti che permettano loro di identificare e monitorare il paziente a rischio nonché di realizzare un adeguato presidio della sicurezza ambientale; è inoltre opportuno che il personale ospedaliero sia formato sulle tecniche di *counseling* breve.

Tramite l'ausilio del RFSP l'attività formativa potrà essere espletata anche attraverso l'esposizione di scenari clinici (derivanti dall'analisi di eventi avversi e/o richieste di risarcimento), secondo un approccio *ex ante*, ossia mettendo gli operatori di fronte allo scenario come se si trovassero in reparto, fornendo loro raccomandazioni sulle condotte adeguate da tenere.