

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno XII, n. 48

MISSION n. 74

Board editoriale e Comitato scientifico: Giovanni Ad-dolorato, Roberta Agabio, Fabio Caputo, Giorgio Cerizza, Mauro Cibir, Giovanni Galimberti, Ina Hinnenthal, Ezio Manzato, Antonio Mosti, Felice Nava, Biagio Sanfilippo, Teo Vignoli, Valeria Zavan

Redazione: Ezio Manzato, Felice Nava, Liliana Praticò, Sara Rosa

Direttore: Alfio Lucchini

Responsabile scientifico: Ezio Manzato

Inviare richieste e contributi scientifici a:
missionredazione@gmail.com

Redazione Mission: CeRCO, Milano.

La riarchitettura dei servizi di alcologia nella rete territoriale del DM 77/22: modelli di stratificazione, skill mix e clinical governance

*Felice Alfonso Nava**

Introduzione

Il disturbo da uso di alcol (AUD - *Alcohol Use Disorder*) rappresenta una delle principali sfide di sanità pubblica a livello globale e nazionale, con un impatto epidemiologico ed economico asimmetrico sui sistemi sanitari. Storicamente, la risposta assistenziale all’alcologia in Italia è rimasta frammentata tra i Servizi per le Dipendenze (Se.D.), i centri alcologici e i reparti ospedalieri di gastroenterologia o medicina interna, generando fenomeni di *silos organizzativi* e percorsi di cura discontinui.

Il Decreto Ministeriale 77/22 (“Regolamento recante la definizione dei modelli e degli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”) impone un cambio di paradigma, superando la logica prestazionale a favore di una presa in carico proattiva, basata sulla prossimità e sulla stratificazione della popolazione. Le Case di Comunità (CdC), l’Infermiere di Famiglia e Comunità (IFoC) e le Centrali Operative Territoriali (COT) costituiscono le leve strutturali per ridisegnare la rete alcologica.

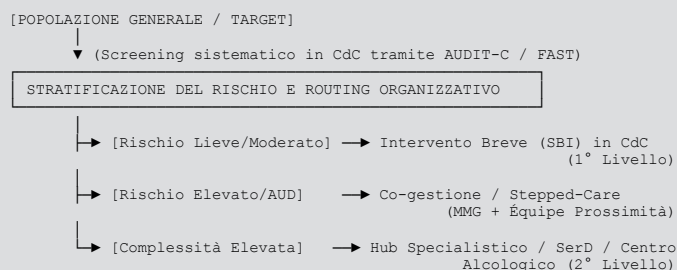
Dal punto di vista manageriale, l’obiettivo non è la mera de-localizzazione fisica degli alcologi sul territorio, bensì la costruzione di un ecosistema assistenziale capace di bilanciare l’efficienza allocativa delle risorse (risolvendo il cronico *mis-match* di personale medico e infermieristico) con la massima appropriatezza clinica.

* Direttore dei Servizi Sociosanitari Azienda ULSS 9 Scaligera Verona. Direttore del Comitato Scientifico Nazionale FeDerSerD.

La stratificazione della domanda: segmentazione del rischio e screening di popolazione

Un’efficace *governance* dell’alcologia territoriale richiede l’abbandono di un’offerta rigida e indifferenziata. Applicando i principi del *Population Health Management*, la popolazione afferente alla rete assistenziale deve essere stratificata in base al livello di rischio e alla complessità clinico-sociale del consumo.

L’integrazione dell’alcologia nelle Case di Comunità HUB e Spoke si basa sull’implementazione di sistemi di screening sistematici, condotti dai Medici di Medicina Generale (MMG), dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) e dagli IFoC.



L’obiettivo è di prevenire e ridurre le conseguenze del consumo di alcol nelle persone con forme di abuso alcolico nei setting di cure primarie (*Anderson et al., 2019*), utilizzando strumenti di screening validati e interventi brevi (*Babor et al., 2001; Heather, 2012; Kaner et al., 2018; Saitz, 2021; WHO, 2022*).

Strumenti di Triage e Routing Assistenziale

- **Livello 0 (Prevenzione primaria e screening):** somministrazione di test rapidi e validati come l'AUDIT-C (*Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption*) o il FAST (*Fast Alcohol Screening Test*) durante gli accessi di routine nelle CdC o negli ambulatori dei MMG.
- **Livello 1 (Consumo a rischio / AUD lieve):** gestione all'interno della CdC mediante protocolli di **Screening and Brief Intervention (SBI)**. Interventi brevi (1-4 sessioni) focalizzati sul colloquio motivazionale, finalizzati a prevenire la transizione verso la dipendenza conclamata.
- **Livello 2 (AUD moderato/grave o complicanze):** invio protetto ed immediato all'Hub specialistico (Ser.D./Centro Alcológico di secondo livello) per trattamenti multidisciplinari integrati (farmacologici, psicoterapeutici e professionisti della riabilitazione).

Disegno organizzativo dell'équipe alcolologica territoriale: skill mix e sanità digitale

La scarsità di risorse umane impone l'adozione di modelli basati sulla *task-shifting* e sulla valorizzazione della *skill mix* professionale all'interno delle Case di Comunità. L'équipe alcolologica territoriale di primo livello non deve essere necessariamente guidata in presenza dal medico alcolologo, ma deve configurarsi come un nucleo multiprofessionale flessibile.

Composizione e Ruoli della Prossimità

- **Infermiere di Famiglia e Comunità (IFoC):** agisce come *case manager* territoriale, effettua lo screening primario, monitora l'aderenza terapeutica ai trattamenti per l'AUD e intercetta precocemente i segni di ricaduta nel contesto domiciliare.
- **Psicologo delle Cure Primarie / Psicoterapeuta:** eroga interventi di *Brief Motivational Interviewing (BMI)* e supporta la gestione dello stress e delle co-morbilità psicologiche lievi all'interno della CdC.
- **Educatore Professionale e Assistente Sociale:** coordinano il reinserimento socio-lavorativo, attivano le risorse formali e informali della comunità (es. associazionismo e gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto come gli Alcolisti Anonimi o i Club Alcolici Territoriali) e supportano i caregiver (familiari).

L'Abilitazione Digitale (Connected Care)

Il raccordo tra il primo livello (CdC - Spoke) e il secondo livello specialistico (SerD/Ospedale - Hub) è governato operativamente dalla **Centrale Operativa Territoriale (COT)** tramite piattaforme di Sanità Digitale:

1. **Teleconsulto e Teleconsulenza:** permettono all'équipe della CdC di confrontarsi in tempo reale con lo specialista alcolologo o gastroenterologo per l'aggiustamento delle terapie farmacologiche anticraving (es. sodio ossibatom acamprosat, naltrexone) o per la gestione del disassuefamento ambulatoriale protetto.
2. **Televisita e Telemonitoraggio:** utilizzati per il *follow-up* dei pazienti alcolologici stabilizzati, riducendo i tassi di *drop-out* (abbandono) e ottimizzando le agende degli specialisti, che vengono liberate per la gestione dei casi acuti e complessi.

Modelli di Clinical Governance: integrazione orizzontale e verticale

Per strutturare i flussi assistenziali alcolologici nella cornice del DM 77/22, le Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie possono implementare e combinare quattro modelli di *clinical governance*:

Il Modello *Stepped-Care* (Cure Graduali)

È il modello cardine per l'efficienza allocativa. Il paziente riceve inizialmente l'intervento clinicamente efficace meno intensivo e meno costoso (es. intervento breve nella CdC). Il monitoraggio dei parametri clinici è standardizzato. In caso di mancata risposta terapeutica (*clinical failure*), documentata da indicatori oggettivi (es. persistenza del *binge drinking*, alterazione dei biomarcatori ematici come GGT o CDT), la COT attiva lo *step-up* del paziente verso l'Hub specialistico. Una volta stabilizzato, il paziente viene ritrasferito (*step-down*) al monitoraggio della CdC.

Il Modello Collaborativo (*Collaborative Care*)

Ideale per superare la dicotomia tra medicina generale e specialistica (Kates *et al.*, 2011). Prevede la **co-localizzazione fisica** periodica di alcolologi e psicologi del SerD all'interno degli ambulatori delle CdC, a stretto contatto con le Medicine di Gruppo Integrate e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). Le decisioni cliniche sono condivise tramite una cartella clinica elettronica integrata. Questo modello abbatta drasticamente le barriere d'accesso e lo stigma sociale che spesso allontana il paziente alcolologico dai servizi dedicati alle dipendenze.

Il Modello *Consultation-Liaison* (Alcologia di Collegamento)

Trova applicazione sia nel raccordo CdC-Rete Sociale, sia nel transito Ospedale-Territorio. L'équipe alcolologica territoriale funge da consulente per i reparti per acuti (in particolare per la gestione delle sindromi da astinenza alcolica e delle epatopatie) e, contemporaneamente, supporta gli attori sociali della CdC nella promozione di stili di vita sani a livello comunitario.

Integrazione dei Percorsi Clinico-Assistenziali: Orizzontale vs Verticale

È l'intervento più efficace all'interno dei contesti di primary care (Rombouts *et al.*, 2020) e si può sviluppare attraverso due direttrici: un approccio verticale basato sulla gestione della malattia e un approccio orizzontale sul miglioramento degli esiti sull'intera popolazione.

Il primo approccio di *disease management* è basato sulla **gestione della malattia (Disease Management)** finalizzato a migliorare gli esiti clinici attraverso l'integrazione di cure basate sull'evidenza, educazione del paziente, supporto all'autogestione, monitoraggio e coordinamento tra diversi professionisti sanitari anche in diversi setting. Gli elementi principali dell'approccio di *disease management* includono:

- **coordinamento dell'assistenza:** integrazione tra medicina di base, specialisti, servizi territoriali e altri operatori sanitari;
- **linee guida basate sull'evidenza:** utilizzo di protocolli standardizzati per garantire cure efficaci e appropriate;
- **supporto all'autogestione del paziente:** aiutare la persona a comprendere la propria condizione, seguire il piano terapeutico, controllare i sintomi e adottare comportamenti salutari;

- **monitoraggio e follow-up regolari:** controllo dell'andamento della malattia, dell'aderenza alle terapie e delle possibili complicanze;
- **stratificazione del rischio:** individuazione dei pazienti con maggior rischio di peggioramento che necessitano di interventi più intensivi;
- **lavoro multidisciplinare:** collaborazione tra medici, infermieri, farmacisti, psicologi e altri professionisti.

Il secondo approccio di **Population Health** è un approccio che si concentra sul miglioramento degli esiti di salute di un'intera popolazione, considerando non solo le cure sanitarie individuali, ma anche i fattori sociali, ambientali, economici e comportamentali che influenzano la salute.

Gli elementi principali della **Population Health** includono:

- **analisi dei bisogni della popolazione:** identificare problemi di salute prevalenti, gruppi a rischio e disuguaglianze sanitarie;

- **prevenzione e promozione della salute:** interventi mirati a ridurre l'insorgenza delle malattie e favorire stili di vita sani;
- **gestione delle disuguaglianze:** affrontare differenze negli esiti di salute legate a condizioni sociali, economiche o ambientali;
- **uso dei dati sanitari:** utilizzare informazioni epidemiologiche e cliniche per programmare interventi efficaci;
- **integrazione dei servizi:** collegare assistenza primaria, servizi specialistici, comunità e interventi di sanità pubblica;
- **approccio basato sul valore (value-based care):** migliorare qualità ed efficacia delle cure contenendo sprechi e costi evitabili.

Nel contesto dei disturbi da uso di alcol, la **Population Health** considera il problema non solo come una condizione individuale, ma come una questione che coinvolge comunità e sistemi sanitari. Gli interventi possono includere prevenzione, diagnosi precoce, accesso ai trattamenti, riduzione del danno e integrazione tra servizi sanitari e sociali.

Dimensione Strategica	Approccio Verticale (Disease Management)	Approccio Orizzontale (Population Health)
Focus Principale	Appropriatezza clinica dell'AUD severo e delle complicanze d'organo (epatopatie, cardiomiopatie).	Intercettazione precoce, riduzione dei consumi a rischio nella popolazione generale.
Architettura di Rete	Flussi codificati tra Ospedale (Gastroenterologia/PS), Ser.D. e strutture residenziali.	Integrazione forte nella CdC tra MMG, IFoC, consultori e servizi sociali territoriali.
Indicatore di Outcome	Riduzione delle riammissioni ospedaliere per complicanze alcol-correlate e tassi di astinenza.	Riduzione della prevalenza del consumo a rischio; incremento degli screening eseguiti in CdC.

Le Direzioni strategiche delle Aziende ULSS devono implementare una **governance integrata**: l'approccio orizzontale garantisce la sostenibilità del sistema intercettando la domanda prima che diventi costosa e complessa, mentre l'approccio verticale assicura la continuità assistenziale per i pazienti ad alta complessità (*frequent flyers* dei Pronti Soccorso).

Indicatori di Performance Gestionale (KPI) per il Monitoraggio della Rete

Per valutare l'efficacia del nuovo assetto organizzativo dell'alcolologia ai sensi del DM 77/22, si propone un cruscotto di indicatori direzionali:

1. **KPI di Processo/Accessibilità:** percentuale di assistiti della CdC sottoposti a screening alcologico annuale (AUDIT-C/FAST) sul totale degli accessi.
2. **KPI di Integrazione:** tempo medio tra la segnalazione del MMG/CdC e la presa in carico specialistica per i casi classificati come *high-risk*.
3. **KPI di Efficacia Clinico-Organizzativa:** riduzione percentuale degli accessi impropri in Pronto Soccorso per intossicazione acuta da alcol da parte di pazienti già noti o residenti nel distretto della CdC.
4. **KPI di Sostenibilità:** tasso di ritenzione in trattamento a 6 e 12 mesi nei programmi assistenziali di primo livello erogati all'interno della CdC.

Conclusioni

La riorganizzazione dell'alcolologia all'interno della rete disegnata dal DM 77/22 non è un mero adempimento normativo, ma rappresenta una scelta strategica di *operations management* sanitario. Spostando il baricentro dell'intercettazione e del trattamento iniziale del disturbo da uso di alcol nelle Case di Comunità, è possibile strutturare una rete resiliente, capace

di superare lo stigma, di ottimizzare la risorsa del personale sociosanitario e di offrire risposte graduate e appropriate alla reale complessità del bisogno. Il successo di questa transizione risiede nella capacità delle Direzioni strategiche delle Aziende Sanitarie di investire nella formazione interprofessionale della *skill mix* territoriale e di abilitare i processi clinici tramite piattaforme di telemedicina integrate ed efficienti.

Riferimenti bibliografici

- Anderson P., Chisholm D., & Fuhr D.C. (2019). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*, 388(10050): 1255-1261.
- Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B., & Monteiro M.G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. World Health Organization.
- Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, n. 144.
- Heather N. (2012). Can screening and brief intervention (SBI) for alcohol consumption in primary care settings have a population-level impact?. *Addiction*, 107(11): 1900-1907.
- Kaner E.F., Beyer F.R., Muirhead C. *et al.* (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD004148.
- Kates N., Mazowita G., Lemire F. *et al.* (2011). The evolution of collaborative mental health care in Canada: a shared vision for the future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5): 1-10.
- Rombouts S.A., Conigrave J.H., Saitz R., Louie E., Haber P., & Morley K.C. (2020). Evidence-based models of care for the treatment of alcohol use disorder in primary health care settings: a systematic review. *BMC Family Practice*, 21(2): 260.
- Saitz R. (2021). Screening and brief intervention for unhealthy substance use: little progress after decades of research. *Frontiers in Psychiatry*, 12: 654520.
- World Health Organization (2022). *The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels to reduce alcohol-related harms*. Geneva, WHO.