

Società Italiana di Alcologia
Associazione Italiana Club Alcologici Territoriali
Eurocare ITALIA

DIAGNOSI, CURA E RIABILITAZIONE DEI DUA: LE BUONE PRATICHE, I GAP DA COLMARE, LA FORMAZIONE CHE MANCA

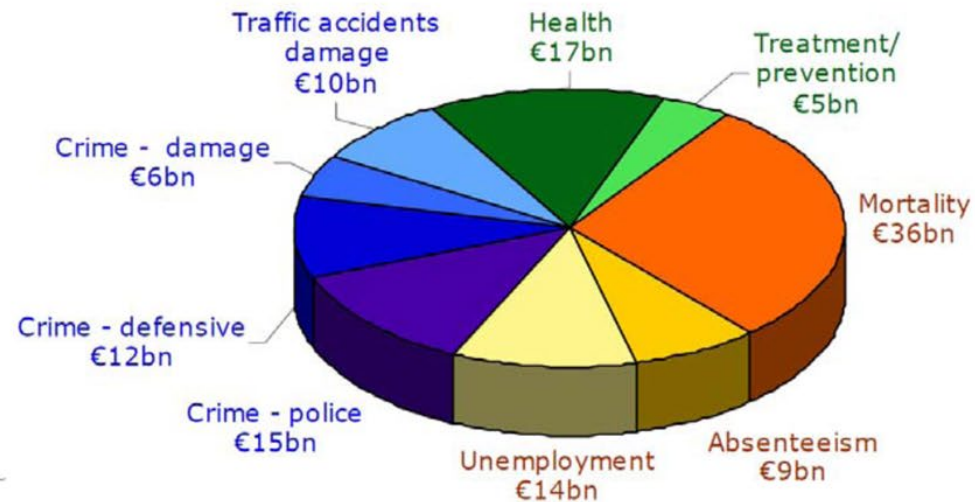
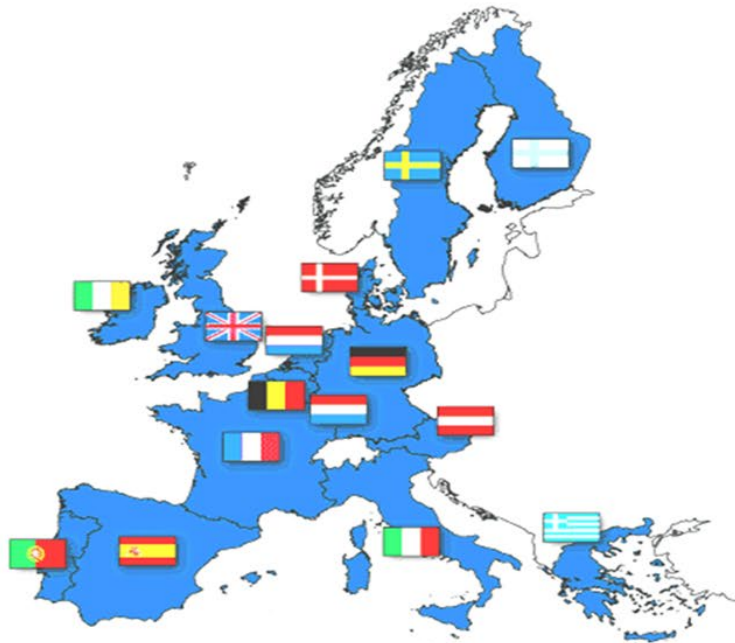
Giovanni Addolorato

UOC “Medicina Interna e Patologie Alcol-Correlate”

*Fondazione Policlinico Universitario Gemelli
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

Presidente SIA





124 miliardi di € / anno

costi tangibili

270 miliardi di € / anno

costi intangibili



3,5 % del PIL  53 miliardi di €/anno

- mortalità
- morbilità
- perdita di produttività
- assenteismo
- ospedalizzazione
- ecc.

30.000 morti /anno

prima causa di morte fino a 24 anni

OMS

ISS

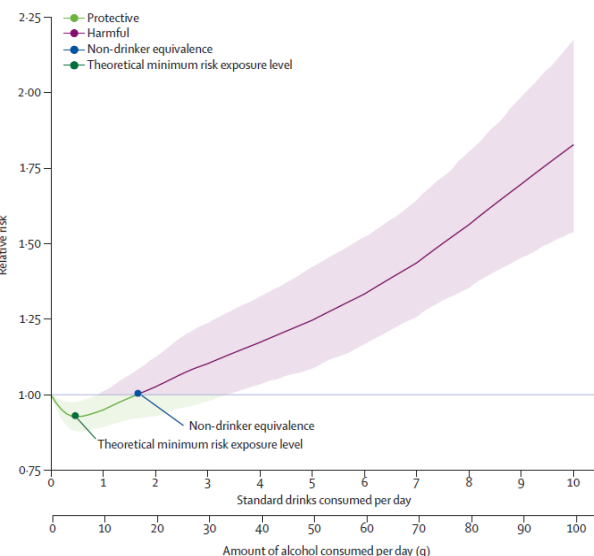
Lancet 2022; 400: 185–235

Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020



- Nel 2016, l'abuso di alcol ha causato **2.8 milioni di morti** (5.3% del totale dei decessi)
- Principale fattore di rischio per la morte prematura e la disabilità tra i soggetti di età compresa tra 20-49 anni (9% DALYs per gli uomini, 2% per le donne)
- Per avere un rischio zero, l'entità del consumo alcolico deve essere zero

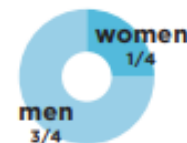
Dana Bryazka, Marissa B Reitsma, Max G Griswold, Kalkidan Hassen Abate, Cristiana Abbafati, Mohsen Abbasi-Kangevari, Zeinab Abbasi-Kangevari, Amir Abdoli, Mohammad Abdollahi, Abu Yousuf Md Abdullah, E S Abhilash, Eman Abu-Gharbieh, Juan Manuel Acuna, Giovanni Addolorato, Oladimeji M Adebayo, Victor Adekanmbi, Kishor Adhikari, Sangeet Adhikari, Qorinah Estiningtyas Sakilah Adnani, Saira Afzal, Wubetu Yimam Agegnehu, Manik Aggarwal, Bright Opoku Ahinkorah, Araz Ramazan Ahmad, Sajjad Ahmad, Tauseef Ahmad, Ali Ahmadi, Sepideh Ahmadi, Haroon Ahmed, Tarik Ahmed Rashid, Chisom Joyqueenet Akunna, Hanadi Al Hamad, Md Zakiul Alam, Dejene Tsegaye Alem, Kefyalew Addis Alene, Yousef Alimohamadi, Atiyeh Alizadeh, Kasim Allel, Jordi Alonso, Saba Alvand, Nelson Alvis-Guzman, Firehiwot Amare, Edward Kwabena Ameyaw, Sohrab Amiri, Robert Ancuceanu, Jason A Anderson, Catalina Liliana Andrei, Tudorel Andrei, Jalal Arabloo, Muhammad Arshad, Anton A Artamonov, Zahra Aryan, Malke Asaad, Mulusew A Asemahagn, Thomas Astell-Burt, Seyyed Shamsadin Athari, Desta Debalke Atnafu, Prince Atorkev, Alok Atreva, Floriane Ausloos.



Alcohol and health

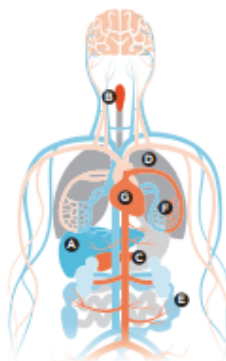


3 million **deaths**
6 deaths every minute
from harmful use of alcohol
every year



Harmful use of alcohol causes

- 100% of alcohol use disorders
- 18% of suicides
- 18% of interpersonal violence
- 27% of traffic injuries
- 13% of epilepsy



- A 48% of liver cirrhosis
- B 26% of mouth cancers
- C 26% of pancreatitis
- D 20% of tuberculosis
- E 11% of colorectal cancer
- F 5% of breast cancer
- G 7% of hypertensive heart disease

Reduce harmful use of alcohol

Best buy interventions

- Regulate alcohol distribution
- Restrict or ban advertising
- Increase prices

More key interventions



Raise awareness of alcohol-attributable health burden



Support community action to prevent and reduce the harmful use of alcohol



Provide consumer information on alcohol containers



Regulate informally produced alcohol

Prevent and treat alcohol use disorders



Implement drink-driving policies

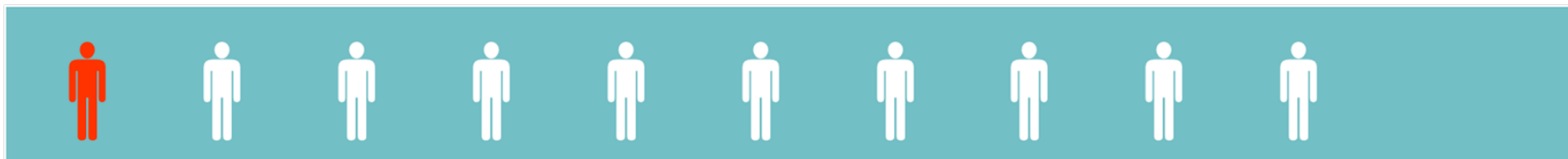


Develop surveillance systems for alcohol consumption, health consequences and policy



10% reduction in the harmful use of alcohol by 2025

Prevalenza della dipendenza da alcol nella popolazione generale



Ricoveri ospedalieri alcol-correlati



Chi deve gestire i pazienti affetti da AUD con patologie alcol-correlate?

- **Internista?**
- **Psichiatra?**
- **Psicologo? Assistenti Sociali?**

Chi deve gestire i pazienti affetti da AUD con patologie alcol-correlate?

- **Le PAC dovrebbero essere considerate una patologia «doppia», dato che include sia la malattia d'organo che la malattia definita AUD. Per questo motivo, i pazienti dovrebbero essere gestiti secondo un modello integrato (Addiction Team all'interno della Internal Medicine Unit)**
- **L'integrazione degli interventi per AUD con la gestione medica della patologia alcol-correlata aumenta la percentuale di pazienti disposti a tornare ai controlli medici per gestire il danno d'organo e che non accettano un re-invio unicamente per il trattamento della dipendenza**

Liver Transplantation in Alcoholic Patients: Impact of an Alcohol Addiction Unit Within a Liver Transplant Center

Giovanni Addolorato, Antonio Mirijello, Lorenzo Leggio, Anna Ferrulli, Cristina D'Angelo, Gabriele Vassallo, Anthony Cossari, Giovanni Gasbarrini, Raffaele Landolfi, Salvatore Agnes, Antonio Gasbarrini, and Gemelli OLT Group

Background: Many concerns about liver transplantation in alcoholic patients are related to the risk of alcohol recidivism. Starting from 2002, an Alcohol Addiction Unit (AAU) was formed within the liver transplant center for the management of alcoholic patients affected by end-stage liver disease and included in the waiting list for transplantation. We evaluated retrospectively the impact of the AAU on alcohol recidivism after transplantation. The relationship between alcohol recidivism and the duration of alcohol abstinence before transplant was evaluated as well.

Methods: Between 1995 and 2010, 92 cirrhotic alcoholic patients underwent liver transplantation. Clinical evaluation and management of alcohol use in these patients was provided by psychiatrists with expertise in addiction medicine not affiliated to the liver transplant center before 2002 ($n = 37$; group A), or by the clinical staff of the AAU within the liver transplant center starting from 2002 ($n = 55$; group B).

Results: Group B, as compared with group A, showed a significantly lower prevalence of alcohol recidivism (16.4 vs. 35.1%; $p = 0.038$) and a significantly lower mortality (14.5 vs. 37.8%; $p = 0.01$). Furthermore, an analysis of group B patients with either ≥ 6 or <6 months of alcohol abstinence before transplantation showed no difference in the rate of alcohol recidivism (21.1 vs. 15.4%; $p = \text{ns}$).

Conclusions: The presence of an AAU within a liver transplant center reduces the risk of alcohol recidivism after transplantation. A pretransplant abstinence period <6 months might be considered, at least in selected patients managed by an AAU.

Risultati: relapse post-OLT e sopravvivenza

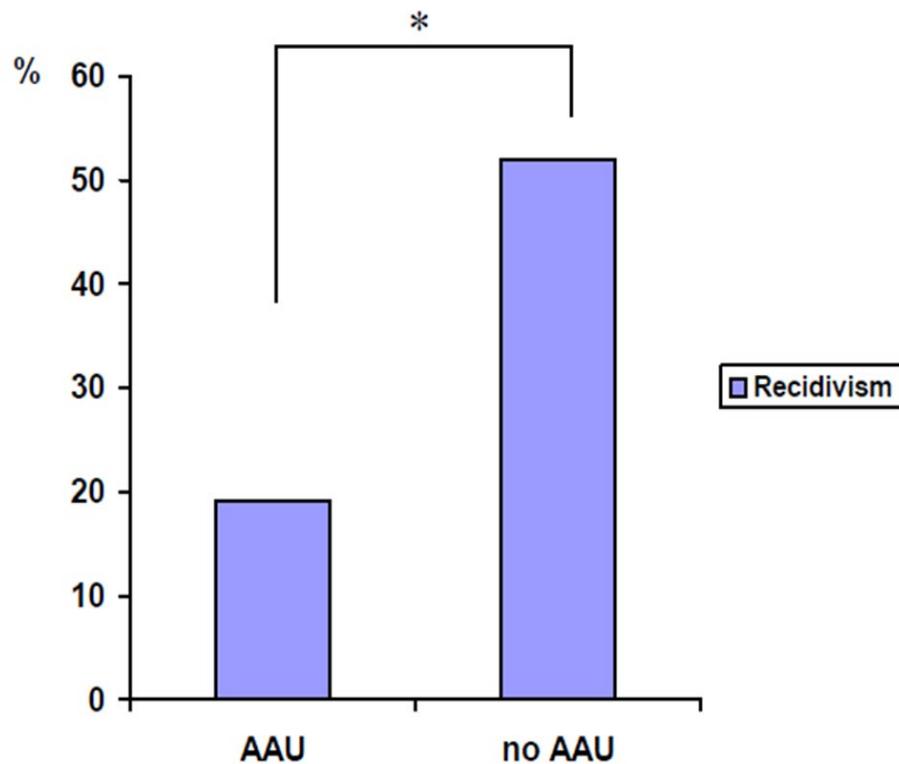
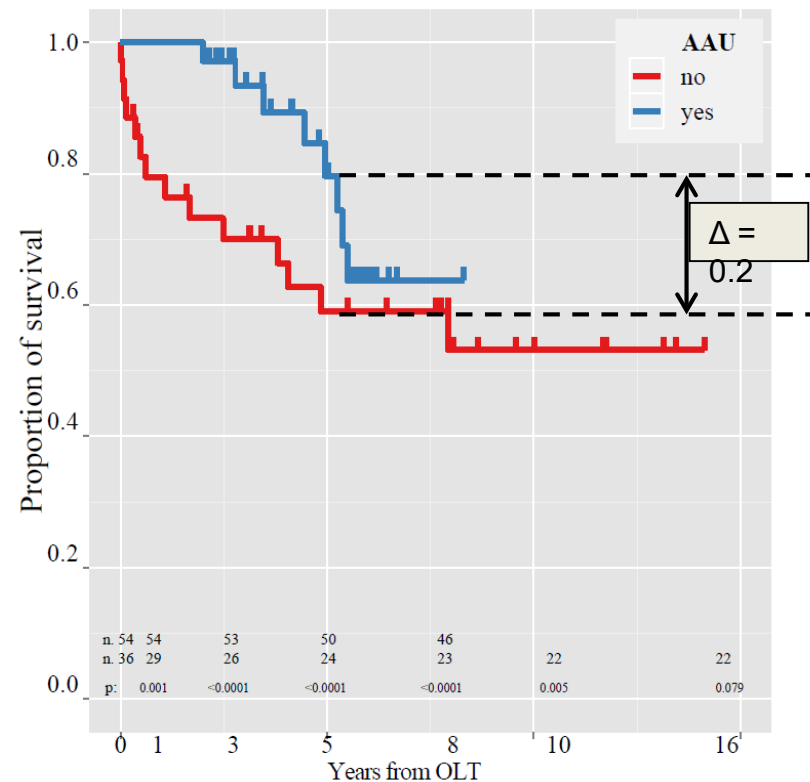


Fig. 2. Percentage of patients who showed recidivism after liver transplantation, and statistical comparison. * $p = 0.005$. AAU, Alcohol Addiction Unit.



Kaplan-Meier analysis. Estimated survival probability curves for patients followed and not followed at the AAU, together with p-values from log-rank tests at different times of observation ($p < 0.0001$ at 8yrs). Difference in the estimated survival probability for patients followed and not followed at the AAU, along with the related confidence bands. (95% CI: -0.09;-0.47; $p = 0.005$).

Il modello integrato: Addiction team dentro la Liver Unit

- **Riduce il tasso di ricaduta**

Addolorato et al ACER 2013; J. Hepatol 2016

Attilia et al, Clin Transplant 2018, Carrique et al, Gastroenterology 2021)

- **Migliora l'identificazione dei pazienti a rischio di ricaduta**

Donnadieu-Rigole et al, Liver Transplant 2019

- **Migliora l'identificazione della ripresa del consumo di alcol**

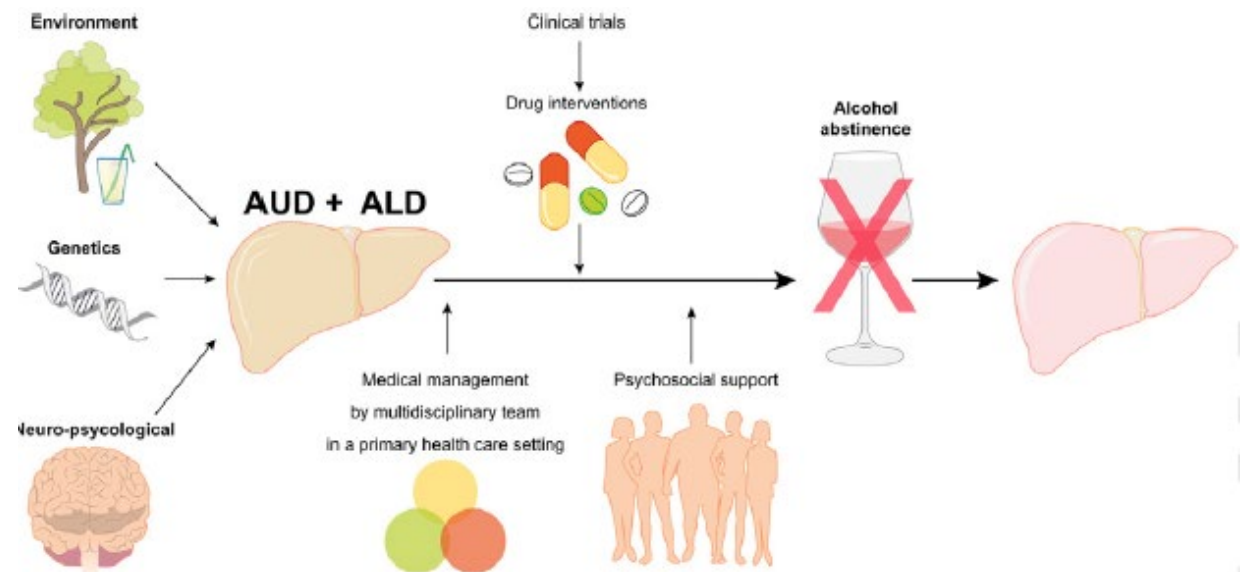
Magistri et al, Transplant Proceedings 2019

- **Migliora la sopravvivenza**

Addolorato et al, J Hepatol 2016; Magistri et al Transplant Proceedings 2019

Giovanni Addolorato*, Antonio Mirijello, Pablo Barrio, Antoni Gual*

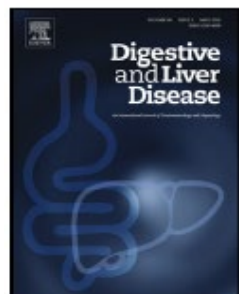
- **Nei pazienti con ALD, la persistente assunzione di alcol è associata ad incremento della mortalità, mentre l'interruzione del consume alcolico migliora la sopravvivenza improves survival**
- **Interventi medici e chirurgici sono fallimentari se il paziente continua a bere**
- **La strategia più efficace nei pazienti con ALD è il raggiungimento ed il mantenimento della totale astensione**



Guidelines

Alcohol associated liver disease 2020: A clinical practice guideline by the Italian Association for the Study of the Liver (AISF)

Giovanni Addolorato^{a,b,*}, Ludovico Abenavoli^c, Marcello Dallio^d, Alessandro Federico^d, Giacomo Germani^e, Stefano Gitto^f, Giocchino Leandro^g, Carmelina Loguercio^d, Fabio Marra^{f,h}, Elisa Stasi^g




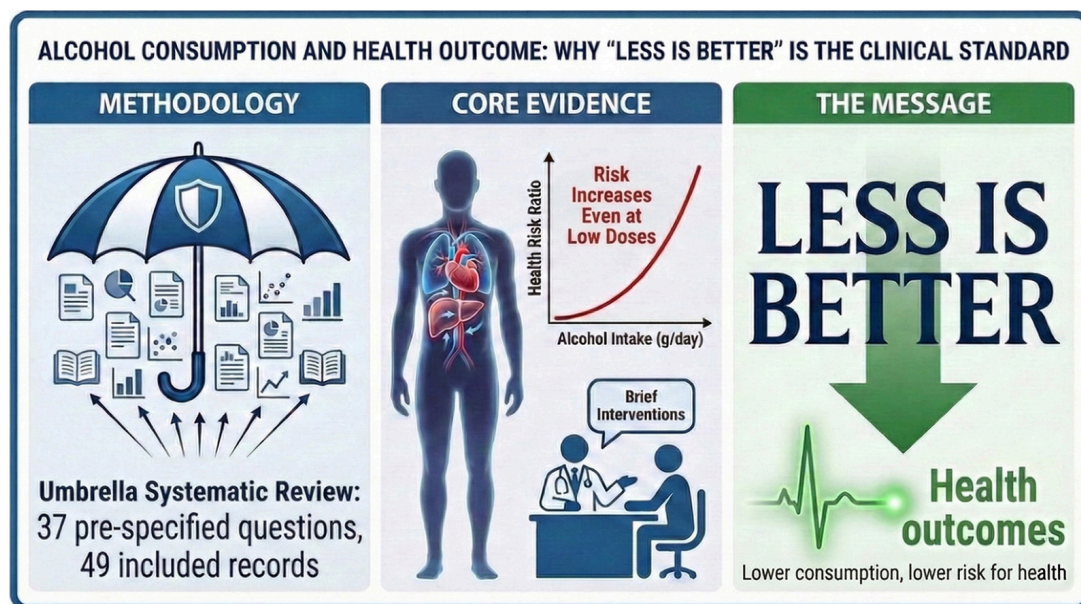
Digestive and Liver Disease 52 (2020) 374–391

Recommendations

- In AUD patients with liver disease total alcohol abstinence is recommended (**Grade A, Level 1**)
- AUD patients with advanced liver disease represent a special population and should be treated by a team of specialists, including hepatologist and providers (i.e. psychiatrist or psychologist) with a mandatory expertise in addiction medicine or, alternatively, by hepatologists with a mandatory expertise in addiction medicine (**Grade A, Level 1**). It would be advisable that each Liver Unit which manage AALD patients has the specialist in addiction medicine within the staff rather than to utilize external consultant (**Grade B, Level 2**)

Alcohol use: less is better. An umbrella systematic review of clinical interventions, policies, and dose–response health risks in adults

Tommaso Dionisi^{a,b}, Vittorio De Vita^c, Giovanna Di Sario^{a,b}, Antonio Gasbarrini^{b,d}, Giovanni Addolorato^{b,d,e,*} , on behalf of the “Alcohol Research” Group¹

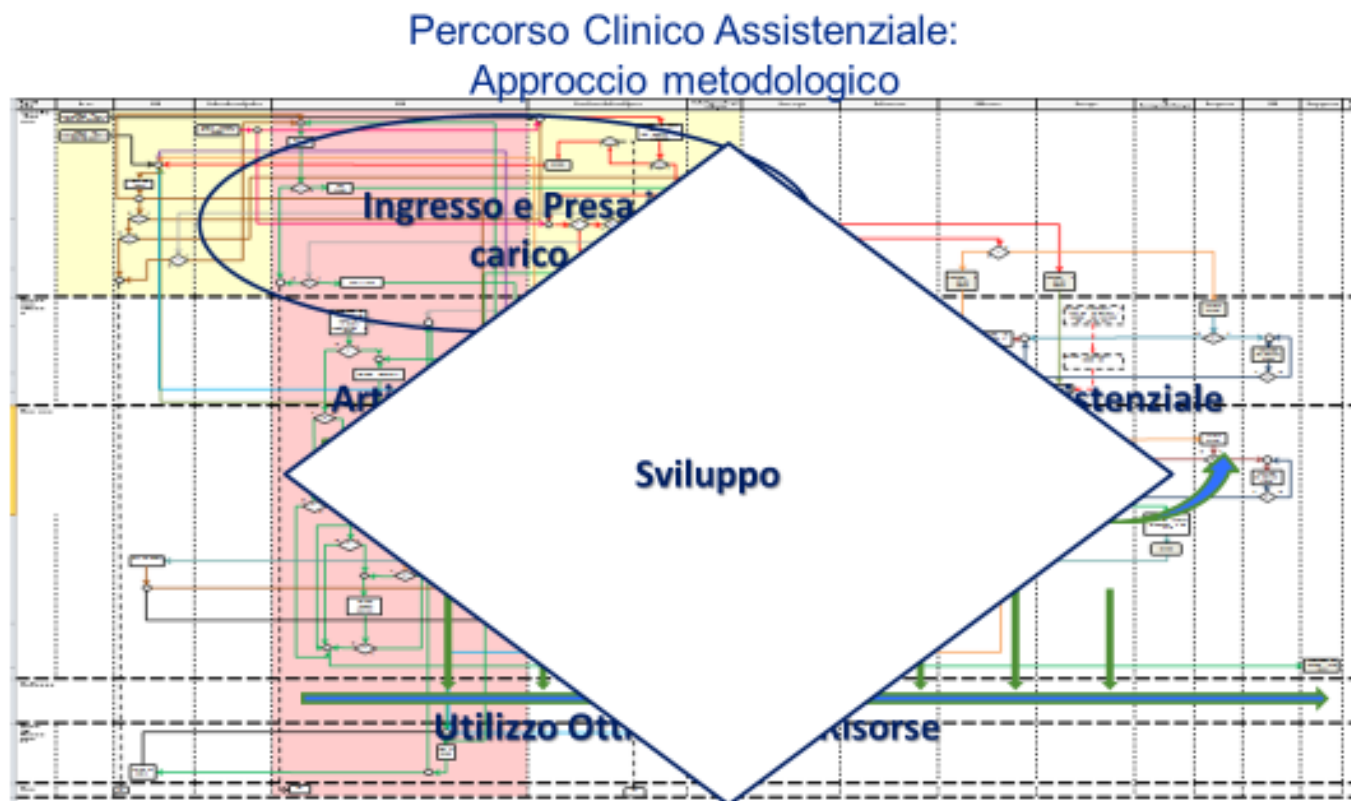


acute harms (injuries/trauma, road traffic outcomes, violence, acute intoxication/poisoning), major chronic outcomes (liver disease, cardiovascular disease, cancer, neurocognitive outcomes and mental health outcomes), overall and cause-specific mortality, and population health indicators (e.g., DALYs)

Circa 500 accessi al nostro Policlinico per problematiche alcol-correlate nel 2016; dati estrapolati dalla DS utilizzando i codici:

- **Intossicazione acuta da alcool (03.00; 303.01; 303.02; 303.03)**
- **Dipendenza da alcool (303.90; 303.91; 303.92; 303.93)**
- **Sindrome da astinenza da alcool (291.81; 291.0)**
- **Disturbo amnesico persistente indotto da alcool (291.1)**
- **Altre demenze persistenti indotte da alcool (291.2)**
- **Disturbo psicotico con deliri indotto da alcool (291.5)**
- **Disturbi del sonno indotti da alcool (291.82)**
- **Abuso di alcool (305.00; 305.01; 305.02; 305.03)**
- **Polineuropatia alcolica (357.5)**
- **Cardiomiopatia alcolica (425.5)**
- **Gastrite alcolica senza menzione di emorragia (535.30)**
- **Gastrite alcolica con emorragia (535.31)**
- **Epatite acuta alcolica (571.1)**
- **Cirrosi epatica alcolica (571.2)**
- **Steatosi epatica alcolica (571.0)**
- **Alcolemia elevata (790.3)**

Il 4 aprile 2017 presso il policlinico universitario «Agostino Gemelli» viene inaugurato il Percorso Clinico-Assistenziale del Paziente con AUD





2017

**UOSD (Unità Operativa Semplice Dipartimentale)
Medicina Interna e Patologie Alcol Correlate**

2020

**UOC (Unità Operativa Complessa)
Medicina Interna e Patologie Alcol Correlate**

Team

- Medici formati per la gestione delle PAC e dell'AUD

**M. Antonelli, A. Tosoni, C. Tarli, L. Sestito, F.A. Mancarella,
S. Mannucci, T. Dionisi, G. Di Sario, V. Maccauro**

- Psicologi (expertise in terapia Motivazionale)

D. Ferrarese, C. Petito, D. Belella, C. Petito

- Assistenti Sociali

D. Ferri, D. Longo, A. D'Ambrosio



UOC Medicina Interna e Patologie Alcol Correlate

Gestione Ospedaliera: ricovero su 27 letti dedicati

Accettazione urgente/Ricoveri da Pronto soccorso per PAC:

- **Sindrome d'astinenza alcolica di grado moderato-severa**
- **Intossicazione acuta alcolica**
- **Epatite acuta alcolica (Centro di riferimento)**
- **Cirrosi epatica scompensata (scompenso ascitico, encefalopatia)**
- **Encefalopatia di Wernicke**
- **Scompenso cardiaco da cardiomiopatia alcolica**
- **Ecc**



UOC Medicina Interna e Patologie Alcol Correlate

Gestione Ospedaliera: ricovero su 27 letti dedicati

Accettazione ordinaria: 6 letti dedicati

- **Disintossicazione da alcol programmata (pazienti senza fissa dimora/fragili/no accesso a cure primarie)**
- **Approfondimento diagnostico strumentale in pazienti con PAC (RM del cranio, TC dell'addome, Coronarografia....)**
- **Screening per invio in Comunità residenziali (ingresso alla dimissione dal reparto)**

UOC Medicina Interna e Patologie Alcol Correlate

Gestione Ospedaliera

Attività di consulenza

- **Consulenze al pronto soccorso**
- **Consulenze nei reparti ed eventuale trasferimento**
- **Valutazione alcolologica della candidabilità al trapianto di fegato:**
team integrato nel team trapianti

UOC Medicina Interna e Patologie Alcol Correlate

Gestione ambulatoriale (8-18; 50-60 visite settimanali)

- Inquadramento diagnostico e terapeutico, counselling**
- Psicoterapia Motivazionale (individuale o di gruppo – 8 pazienti)**
- Screening PAC**
 - Epatopatia alcolica (slot con Servizio di ecografia)**
 - Cardiomiopatia alcolica (slot con Servizio di cardiologia)**
 - Neuropatia alcolica (slot con Servizio di neurologia)**
 - Esami di laboratorio**

UOC Medicina Interna e Patologie Alcol Correlate

Gestione ambulatoriale

- Pazienti senza fissa dimora/fragili (no accesso alle cure primarie)**
- Pazienti della Comunità di Sant'Egidio e Caritas**
- Elemosineria del Vaticano (Cardinale Krajewski), Palazzo Migliori,**

Giorni dedicati, Lunedì e Mercoledì: 15-20 visite/settimana

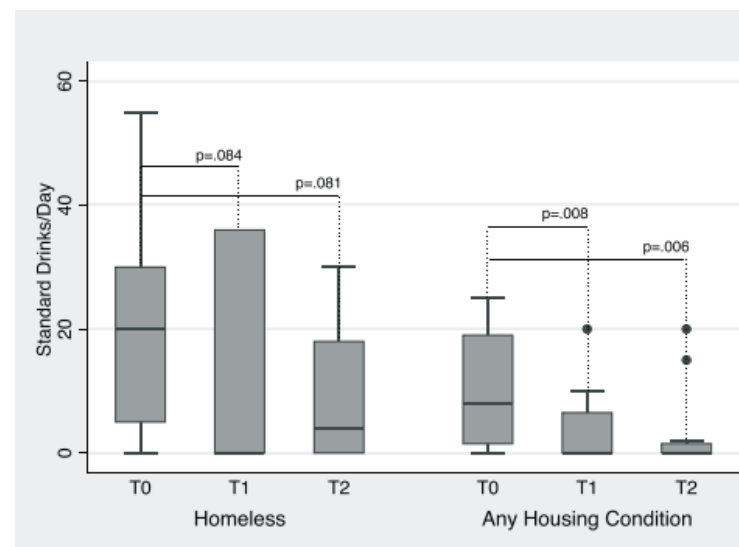
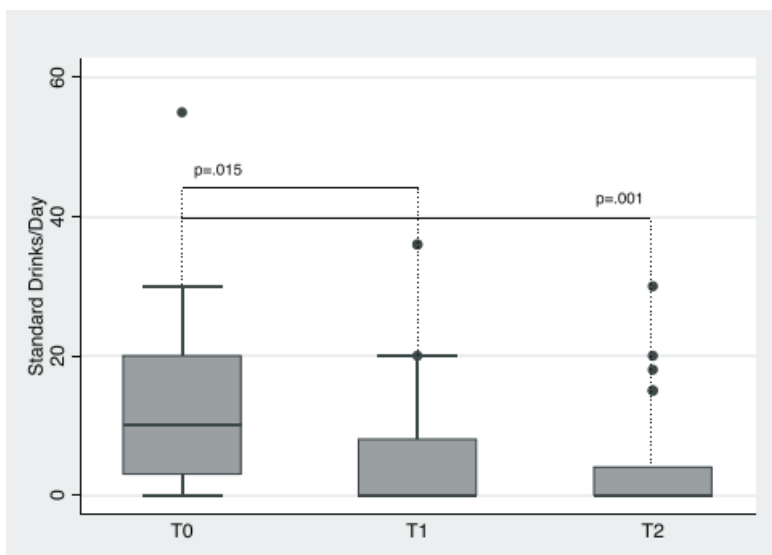
Villetta della Misericordia: centro di accoglienza notturna situato nel Campus dell'Università Cattolica; fornisce il pasto, un letto e supporto nei percorsi di cura, diagnosi, reinserimento sociale (pratiche amministrative)

Accesso alle cure primarie, disassuefazione da alcol e reinserimento sociale per le persone senza fissa dimora

- **Povertà, esclusione sociale, disoccupazione** e carenza di risorse contribuiscono a problemi di salute, inclusa la dipendenza da alcol e le sue comorbilità
- Continui accessi al PS/SSN non preparato a rispondere alle esigenze della popolazione più vulnerabile, causa di frequente esclusione dalle cure primarie
- Dal 2016, percorso di cura (Medicina Interna e Patologie Alcol-Correlate Gemelli CIC) per **garantire le cure primarie a persone che vivono senza un tetto o in condizioni di estrema povertà**
- **Preso in carico** e gestione problemi di salute e psicologici e **accesso a servizi diagnostico-clinici** e trattamento adeguato

Make Mission Impossible Feasible: The Experience of a Multidisciplinary Team Providing Treatment for Alcohol Use Disorder to Homeless Individuals

Tommaso Dionisi¹, Carolina Mosoni¹, Giovanna Di Sario¹, Claudia Tarli¹,
Mariangela Antonelli¹, Luisa Sestito¹, Stefano D'Addio¹, Alberto Tosoni¹,
Daniele Ferrarese¹, Giovanna Iasilli^{2,3}, Gabriele A. Vassallo⁴,
Antonio Mirijello⁵, Leonardo Emberti Gialloreti^{3,6}, Daniela Di Giuda^{2,7},
Antonio Gasbarrini^{8,9} and Giovanni Addolorato^{1,9,*}



Significativa riduzione dell'intake di alcol nel 70 % di tali pazienti

Attualmente.....

- **312 persone con fragilità sociali seguite con 2769 visite ambulatoriali erogate dal 2016**
- **La maggior parte dei pazienti ha migliorato le proprie condizioni di salute e la propria qualità di vita**
 - **78% ha ridotto significativamente l'assunzione di alcol**
 - **34% ha raggiunto la totale astensione**
 - **35% ha un alloggio stabile**
 - **35% ha nuovamente un lavoro ed è reintegrato socialmente.**

Alcohol and Alcoholism, 55:547-553, 2020

- **Formazione di studenti, medici, psicologi e infermieri dedicati**



Legge 125/2001:

Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati

Articolo 5, comma 1

«Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, gli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario relativi alle professioni sanitarie o a quelle ad indirizzo sociale e psicologico nonché del corso di laurea in medicina e chirurgia possono essere modificati allo scopo di assicurare, quale corso di studio, l'apprendimento dell'alcolologia»

Ottobre 2023

Attivazione della Scuola di Specializzazione Medicina di Comunità e delle Cure Primarie

UN ARTICOLO DI

Federica Mancinelli

Federica Mancinelli

NEWS | ROMA

Una nuova Scuola di Specializzazione per la Medicina di comunità



Secondo Tempo
Le parole di domani le scriviamo insieme

Newsletter



Formare medici specialisti del territorio, dediti alle esigenze sociali e comunitarie emergenti, in uno scenario come quello attuale in cui il crescente numero delle vittime della povertà, dei "senza fissa dimora", dei migranti e conseguentemente delle patologie dell'abuso di sostanze psicotrope (in particolare alcol) e della cronicità richiedono risposte organizzate e integrate a livello di comunità e di territorio.

È questo l'obiettivo della nuova **Scuola di Specializzazione in Medicina di comunità e delle cure primarie** della **Facoltà di Medicina e chirurgia**, attiva nel campus di Roma dell'Università Cattolica dal prossimo mese di novembre e diretta dal professor **Giovanni Addolorato** (foto a



La **attività** del corso di specializzazione si delineano su un percorso formativo ben strutturato e articolato in reti integrate tra università, ospedale e territorio, con specifica attenzione nei confronti della medicina sociale di comunità, in collaborazione con l'Elemosineria Apostolica della Santa Sede, la ASL Roma 1, l'ospedale Fatebenefratelli Gemelli Isola Tiberina e la Comunità di S. Egidio.

In un periodo dedicato, negli ultimi mesi del corso di formazione, sarà inoltre possibile vivere un'esperienza formativa all'estero, negli Stati del mondo più bisognosi, in collaborazione con le associazioni umanitarie italiane che offrono sul territorio cure mediche gratuite alle vittime della povertà, promuovendo attivamente i valori di pace, solidarietà e rispetto dei diritti umani.

Per approfondimenti e ulteriori informazioni si può consultare la **[pagina dedicata](#)** nel sito Internet dell'Ateneo.

<https://offertaformativa.unicatt.it/sds-lista-scuole-di-specializzazione-medicina-di-comunita-e-delle-cure-primarie>

Scuola di Specializzazione Medicina di Comunità e delle Cure Primarie Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma



- **Percorso formativo-professionalizzante di durata quadriennale**
- **L'obiettivo primario è quello di formare medici specialisti nel settore professionale dell'assistenza sanitaria primaria, acquisendo specifiche competenze negli interventi di promozione della salute e prevenzione, nella gestione di malattie acute e croniche e nella presa in carico globale del paziente in tutte le fasi della malattia, con particolare attenzione verso le classi sociali più deboli e fragili**

Scuola di Specializzazione Medicina della Comunità e delle Cure Primarie Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma



- **Percorso formativo ben strutturato ed articolato in reti integrate tra università, ospedale e territorio, con specifica dedizione nei confronti della medicina sociale di Comunità e della gestione delle PAC**
- **Frequenza di numerose sedi di lavoro (ambulatori territoriali dei mmg, Ser.T ASL RM1, ambulatori Comunità Sant'Egidio e Caritas, luoghi di accoglienza di soggetti senza fissa dimora e dei migranti)**

Attivazione della prima Cattedra Universitaria Medicina Interna, patologie Alcolcorrelate e Fragilità Sociali:

- **Team e Docenti**

*Medici, Psicologi e Assistenti Sociali formati per la gestione delle
PAC, dell'AUD e delle Fragilità sociali*

**M. Antonelli, A. Tosoni, C. Tarli, F.A. Mancarella, T. Dionisi, G. Di
Sario, G. Spagnolo, D. Ferri**

- **Specializzandi di Medicina Interna: turnazioni trimestrali**
- **Specializzandi di Medicina Di Comunità**

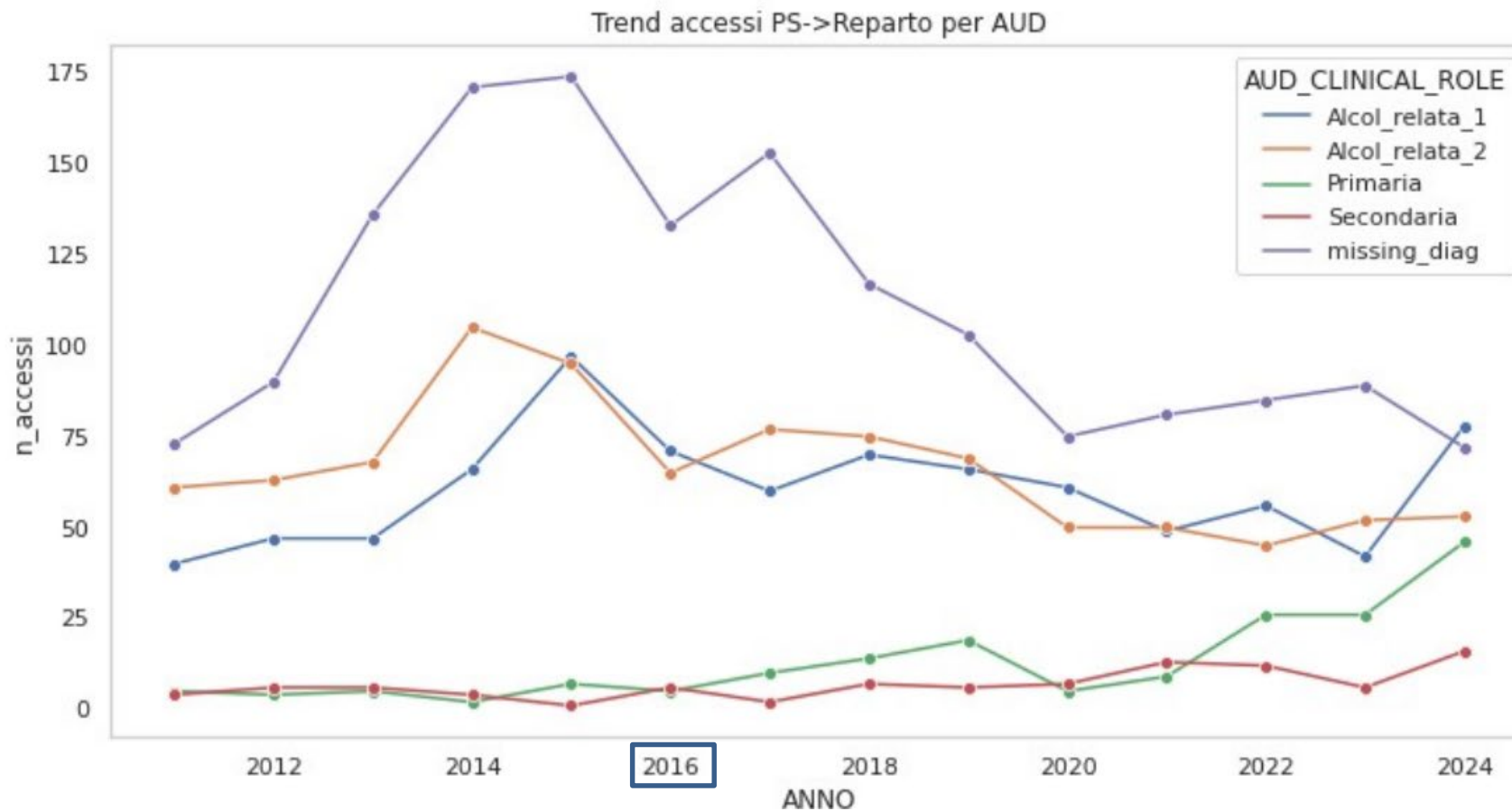
Education and Training in Alcoholology in Italy

Roberta Agabio^a Marco Domenicali^{b,c} Valeria Zavan^d
Giovanni Addolorato^{e,f}

After more than 20 years, it is evident that the main pitfall in the Italian law (Legge 125, 2001) is related to the incorrect use of the verb “may” instead of “must.” The law establishes that teaching programs may be modified to introduce alcoholology while it would have been more appropriate to mention that teaching programs must be modified to introduce alcoholology. Words are important.

At present, graduate courses devoted to students only offer non-mandatory “optional courses,” which of course represents a limit of these courses. Indeed, students are led to maintain that it is not a requirement for all physicians to know how to deal with alcohol-related medical consequences or diagnose and treat AUD. Indeed, mandatory education and training in alcoholology in Italy are fragmented across a series of disciplines including internal medicine, psychiatry, and gastroenterology, where different issues are addressed in the absence of an overarching perspective.

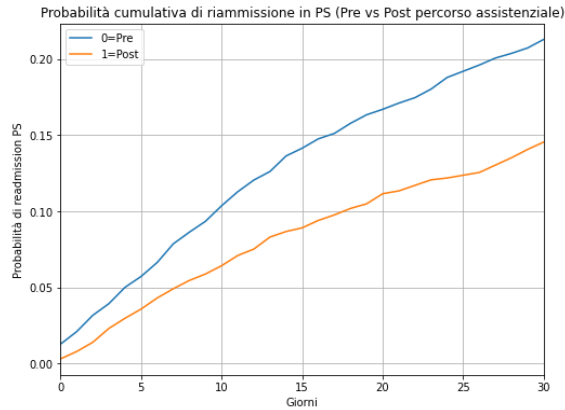
Trend accessi PS→Reparto negli anni



Il carico assistenziale resta elevato nel tempo, con progressiva emersione delle diagnosi primarie alcol-correlate negli anni più recenti.

Beneficio precoce e mantenuto del percorso clinico-assistenziale

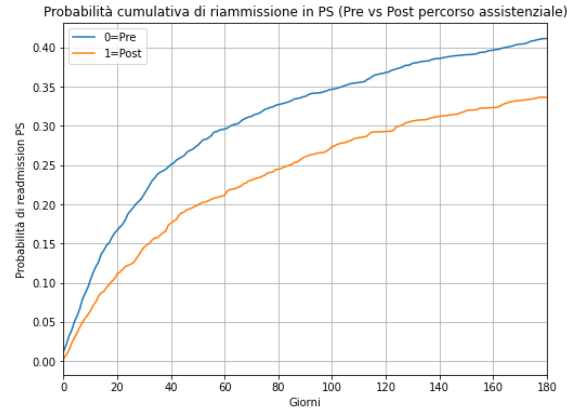
Ri-accesso in Pronto Soccorso entro 30 giorni



HR 0,65

-35% rischio di ri-accesso
log-rank $p < 0.005$
Effetto già evidente nel primo mese

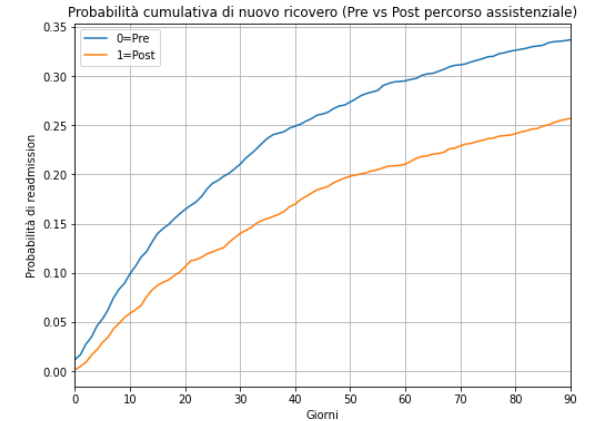
Ri-accesso in Pronto Soccorso entro 180 giorni



HR 0,65

-35% rischio di ri-accesso
log-rank $p < 0.005$
Vantaggio mantenuto fino al follow-up

Nuovo ricovero in reparto entro 180 giorni



HR 0,70

-30% rischio di nuovo ricovero
log-rank $p < 0.005$
Beneficio clinico mantenuto a 180 giorni

Coorte: 3.609 dimissioni analizzate (1.959 pre; 1.650 post). Il vantaggio del gruppo post è già visibile a 30 giorni e si mantiene a 180 giorni

Chi beneficia di più e dove si osserva la riammissione

Per i ri-accessi in PS, il segnale più netto emerge in due sottogruppi

- **Missing diagnosis: HR 0,807 (IC 95% 0,698–0,934)**
- **Diagnosi alcol-relata primaria: HR 0,778 (IC 95% 0,624–0,970)**
- **Negli altri sottogruppi il trend resta favorevole, ma non raggiunge la significatività statistica**
- **Per il nuovo ricovero in reparto il segnale globale resta favorevole (HR 0,70), ma le analisi per sottogruppo appaiono verosimilmente sotto-potenti**

Dove avviene la riammissione entro 180 giorni (%)

Reparto	7 gg	30 gg	90 gg	180 gg
CHIRURGICA	15,25	39,00	62,36	70,85
MED	5,63	18,25	30,77	38,67
SPECIALISTICHE	4,50	12,43	22,22	29,10
SPEC_AUD	2,17	7,00	14,73	24,40

A 180 giorni, il setting specialistico dedicato mostra tassi di riammissione inferiori rispetto a Medicina e Chirurgia; dato descrittivo sul setting di riammissione, non causale.

Impatto organizzativo ed economico del percorso

Indicatore	Pre	Post	Δ Post vs Pre
DRG cumulativo (€)	7.159.455	5.720.785	-20,1%
Giorni cumulativi in reparto	19.745	14.106	-28,6%
Giorni cumulativi reparto + PS	21.008	16.284	-22,5%
DRG/giorno in reparto	362,60	405,56	+11,8%
DRG/giorno reparto + PS	340,80	351,31	+3,1%

DRG cumulativo

7,16 M€ pre
5,72 M€ post
-20,1%

Giornate in reparto

19.745 pre
14.106 post
-28,6%

DRG/giorno

340,80 pre
351,31 post
stabile, differenza non significativa

Nel post-percorso si osserva una riduzione del consumo complessivo di risorse ospedaliere (DRG cumulativo e giornate di degenza), mentre il valore economico medio per giornata resta sostanzialmente stabile; non emerge una differenza statisticamente significativa del DRG/giorno tra pre e post.

Conclusioni

- **Il disturbo da uso di alcol e le patologie alcol-correlate hanno un'importante impatto sociale, oltre la mortalità e la disabilità**
- **Il disturbo da uso di alcol ed i sintomi/segni clinici di una patologia alcol-correlata sono frequente causa di accesso in ospedale, oltre che nei servizi territoriali per le dipendenze**
- **L'unità operativa ospedaliera ed universitaria dedicata è indispensabile per corrette diagnosi, ricovero e cure del disturbo da uso di alcol e delle patologie alcol-correlate, e per la formazione corretta degli operatori**



**G. Vassallo, MD; C. Tarli, MD; M. Antonelli, MD;
A.M. Carnicelli, MD; A. Mirijello, MD; L. Sestito, MD;
C. Mosoni, MD; M. Leo, MD**

Grazie per l'attenzione



**M. Antonelli, MD; C. Tarli, MD; A. Tosoni, MD; L.
Sestito, MD; C. Mosoni, MD; M. Rando, MD; T.
Dionisi, MD; S. D'Addio, M.D.; D. Ferrarese, PsyD;
C. Petito, PsyD**