

Un modello di medicina di prossimità per la presa in carico integrata dei pazienti con disturbo da uso di alcol e fragilità sociale nella ASL di Asti

S. Giunipero*, M. Canicatti*, S. Raffaelli*, L. Bussolino*, A. Romagnolo*, M. Rosato*, M.C. Turco*

Background

Il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) è una patologia cronica e recidivante, caratterizzata da un pattern disfunzionale di assunzione di alcol che comporta compromissione clinicamente significativa (1,2). La diagnosi si basa sui criteri del DSM-5, che includono craving, perdita di controllo, tolleranza, astinenza e conseguenze fisiche, psicologiche e sociali.

È caratterizzato dalla ricerca compulsiva di bevande alcoliche, assuefazione e tolleranza, con consumo di quantità sempre maggiori.

L'interruzione brusca dell'assunzione può causare una sindrome da astinenza con sintomi quali tachicardia, tremori, nausea, vomito, agitazione, allucinazioni e convulsioni, spesso richiedendo ospedalizzazione.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 2024 l'alcol ha causato circa 2,6 milioni di decessi a livello globale, rappresentando il 4,7% di tutte le morti, con una prevalenza tra gli uomini. Nella Regione Europea dell'OMS, il consumo medio annuo pro capite di alcol è di 9,5 litri di alcol puro, il più elevato a livello mondiale.

L'alcol è attualmente responsabile direttamente dell'8,8% delle morti totali nella Regione Europea e dell'insorgenza di oltre 200 patologie (5), incluse sette tipi di cancro, disturbi neuropsichiatrici, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica e alcune malattie infettive.

Le conseguenze comprendono sia malattie croniche non trasmissibili (NCD), come i tumori e le malattie metaboliche, sia eventi acuti violenti, tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali.

In Italia, nel 2021, si sono registrati oltre 1.348 decessi attribuibili all'alcol (14), tra la popolazione di età pari o superiore a 15 anni, con una prevalenza maschile dell'80% (1.072 uomini e 276 donne).

Le principali cause di morte alcol-correlate includono epatopatie alcoliche e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol.

Nel 2022, circa l'80% degli accessi al pronto soccorso con diagnosi alcol-correlata in Italia riguardava cittadini italiani.

Nel 2020, i servizi italiani hanno preso in carico 64.527 soggetti con DUA (14).

Il 22,9% erano nuovi utenti, mentre il restante era già in trattamento o rientrato dopo una sospensione. I trattamenti includevano interventi medico-farmacologici (32,0%), counseling (25,7%), gruppi di auto/mutuo aiuto (3,6%), trattamenti socio-riabilitativi (16,6%), inserimenti in comunità residenziali o semiresidenziali (3,0%) e psicoterapia (13,1%). Il ricovero ha riguardato il 3,2%.

Le attività relative al DUA hanno coinvolto 4.887 unità di personale sanitario, tra cui infermieri (27,4%), medici (22,4%) e psicologi (16,8%).

Tuttavia, va tenuto presente che solo circa il 10% dei pazienti con Disturbo da Uso di Alcol (DUA) in Italia è inserito in un percorso terapeutico.

La gestione del DUA richiede un approccio multidisciplinare che coinvolge livelli medico, farmacologico, assistenziale, psicoterapeutico, educativo e sociale.

Il percorso terapeutico comprende ricovero, disintossicazione, terapia farmacologica, riabilitazione alcolologica, psicoterapia, percorsi ambulatoriali, assistenza ed educazione sanitaria, assistenza sociale e accompagnamento educativo, conduzione o affiancamento a gruppi di mutuo auto aiuto, inserimenti in comunità terapeutiche o in programmi territoriali, programmi inviati dalla prefettura e tribunali, attivazione di progetti di rete con le diverse risorse del territorio, reinserimento e riabilitazione sociale con i servizi pubblici (14,15).

Sebbene la presa in carico comprenda idealmente anche i caregiver, molti pazienti, dopo anni di trattamenti, si ritrovano in situazioni di isolamento sociale e familiare a causa dei comportamenti distruttivi dovuti all'alcol, con ripercussioni negative sull'aderenza terapeutica.

Per affrontare queste sfide, è stata progettato un intervento che prevede la stretta collaborazione tra i Servizi per le Dipendenze e i servizi territoriali (es.: Case della Salute) per garantire l'aderenza alla terapia e il controllo delle condizioni cliniche in pazienti privi di caregiver e non autotomuniti.

Una raccolta preliminare di dati ha indicato un potenziale miglioramento dell'aderenza terapeutica nei pazienti sottoposti a monitoraggio ravvicinato.

Tuttavia, è necessaria un'analisi rigorosa e prolungata nel tempo per confermare tali evidenze e valutare le ricadute sul carico assistenziale e sulla soddisfazione percepita da parte di pazienti e operatori sanitari.

* ASL AT, Asti.

Obiettivi

Lo studio ETHYLFREE prende in considerazione pazienti con DUA, che risiedono sul territorio astigiano, senza care-giver, non automuniti che devono essere monitorati rispetto all'aderenza terapeutica ed essere sottoposti a stretto monitoraggio delle condizioni cliniche sul territorio.

Il paziente con DUA, in regime di autogestione domiciliare, incorre principalmente nel rischio di craving ossia il desiderio impulsivo di bere alcolici che sostiene il comportamento "addittivo" e la compulsione, finalizzati ad arrivare al soddisfacimento del desiderio.

Il craving può essere scatenato da fattori, situazioni, persone associate al bere, elementi che svolgono il ruolo "trigger", cioè "grilletto", innescando un meccanismo compulsivo (7,9).

Lo studio ETHYLFREE si propone di verificare l'efficacia e la fattibilità di un modello di presa in carico territoriale e integrata per verificarne l'efficacia, le ricadute sui pazienti in termini di presa in carico, qualità di vita, aderenza terapeutica e le ricadute sui carichi di lavoro per gli operatori, confrontando pazienti Senza Care Giver-SCG (Gruppo A) supportati dagli infermieri del territorio versus pazienti con Care Giver-CG (Gruppo B).

Medicina di prossimità e rete dei servizi

Il modello ETHYLFREE si fonda sul concetto di "medicina di prossimità", un approccio che mira ad avvicinare il sistema sanitario al cittadino, superando le barriere logistiche, relazionali e culturali (2,10,11,14).

Nella provincia di Asti, dove molti pazienti vivono in piccoli centri o in condizioni di isolamento, questo approccio si concretizza attraverso l'utilizzo delle Case della Salute, presidi territoriali che integrano assistenza infermieristica, medica e specialistica in un contesto di collaborazione multidisciplinare.

La presa in carico condivisa tra il Ser.D. e le Case della Salute rappresenta un elemento chiave del protocollo.

Ogni paziente è sostenuto da una rete di professionisti che condividono informazioni cliniche, pianificano interventi mirati e monitorano l'andamento terapeutico attraverso strumenti condivisi.

L'arruolamento, iniziato il 01/08/2023 previsto per almeno 48 mesi ed è di tipo consecutivo (1:1) e pianificato presso il Ser.D.

Ad ogni paziente viene attribuito un codice identificativo (SCG1, CG1, ecc.) e tutti i dati raccolti sono completamente anonimizzati per tutelare la privacy.

Metodi

L'intervento è rivolto a pazienti affetti da Disturbo da Uso di Alcol (DUA) in terapia con Disulfiram, e Baclofene. Il Sodio Oxibato, pur utilizzato nella casistica evidenziata in allegato, in questa prima fase non è stato incluso nella procedura progettuale per la necessaria interazione da definire con gli infermieri territoriali (tema della registrazione tabellare).

Gruppo A: Pazienti senza care giver e non automuniti (SCG)

La prima somministrazione del farmaco avviene presso il servizio Ser.D. mentre le seguenti nella Casa della Salute competente per territorio.

Il personale infermieristico della Casa della Salute viene informato la settimana precedente la presa in carico attraverso una breve relazione che descrive le caratteristiche cliniche e sociali del paziente.

È previsto che gli infermieri della Casa della Salute informino i colleghi del Ser.D. anche della mancata presentazione del paziente.

Sono programmati inoltre reports la prima settimana e in seguito mensili tramite e-mail che riportano gli accessi effettuati ed eventuali criticità.

Il lunedì (dopo autogestione della terapia a domicilio nel fine settimana) l'infermiere della casa della salute compila un breve scheda di Triage che permette di raccogliere dati sulle condizioni psicofisiche del paziente e sulla compliance al momento della consegna della dose di farmaco. Allegato A

Il lunedì il paziente compila il self report sulla sua percezione di qualità di vita PANAS-SF e sulla presenza di craving (post autogestione farmacologica). Allegato B

L'ultimo venerdì del mese sia l'infermiere che il paziente compilano il questionario di qualità assistenziale percepita (paziente) Allegato C - qualità assistenziale erogata/relazione paziente (infermiere) Allegato D.

Gruppo B (gruppo controllo): Pazienti con caregiver (CG)

Terapia consegnata al care giver che verifica l'assunzione terapia.

Il lunedì il paziente compila il self report sulla sua percezione di qualità di vita PANAS-SF e sulla presenza di craving che consegnerà al personale del SerD al ritiro della successiva terapia. Allegato B.

Il questionario Self Report PANAS-SF (Watson *et al.*, 1988) è uno degli strumenti validati più utilizzati per valutare l'autopercezione di benessere delle persone (6).

Il PANAS misura due dimensioni distinte e indipendenti: percepito positivo e percepito negativo.

Il soggetto deve valutare quanto si sente generalmente nel modo descritto dall'aggettivo, rispondendo su una scala Likert a 5 punti (1 = per nulla, 2 = poco, 3 = moderatamente, 4 = abbastanza, 5 = molto). Esempi di aggettivi sono "interessato", "entusiasta", "deciso", "angosciato", "ostile" e "nervoso".

La versione originale è stata sviluppata e validata da Watson, Clark e Tellegen nel 1988 e possiede proprietà psicometriche eccellenti: il coefficiente di consistenza interna della sottoscala PA varia da .86 a .90 e quello della sottoscala NA varia da .84 a .87.

Il questionario è composto da 20 aggettivi, 10 per la scala di percepito positivo (PA) e 10 per la scala di percepito negativo (NA).

Raccolta dati

La raccolta dati è integrata nella documentazione clinico-assistenziale e comprende:

- Dati anagrafici e codice identificativo del paziente.
- Diagnosi e terapia farmacologica.
- Indicatori di compliance (frequenza, autovalutazioni, compilazione corretta dei questionari).
- Eventuali ricadute (mancata assunzione, ripresa del consumo di alcol).

Tali informazioni vengono organizzate in schede cliniche dedicate e utilizzate ai fini dell'analisi qualitativa e quantitativa del progetto.

Analisi dei dati raccolti

Sono stati finora arruolati 6 pazienti (3 per gruppo), con età compresa tra 39 e 57 anni.

Il campione è composto da cittadini italiani e stranieri, con storie di DUA di lunga durata (oltre 10 anni).

Alcuni pazienti presentano anche comorbidità psichiatriche o dipendenze multiple (gioco d'azzardo). Inizio raccolta dati 30/10/2023 termine 03/06/2024.

Questionari compilati (20 settimane di osservazione)

Nel gruppo A, i pazienti hanno mostrato un elevato grado di partecipazione:

- Paziente SCG1: 13 PANAS-SF, 16 schede infermieristiche.
- Paziente SCG2: 16 PANAS-SF, 16 schede infermieristiche.
- Paziente SCG3: 31 PANAS-SF, 30 schede infermieristiche.

Totale gruppo A: 60 PANAS-SF e 62 schede infermieristiche.

Nel gruppo B:

- Paziente CG1: 20 PANAS-SF.
- Paziente CG2: 11 PANAS-SF.
- Paziente CG3: 7 PANAS-SF.

Totale gruppo B: 38 PANAS-SF.

Totale complessivo: 98 PANAS-SF e 62 schede infermieristiche, per un totale di 160 strumenti compilati.

Analisi del craving e degli stati affettivi

Nei pazienti del gruppo A si è osservata una riduzione del craving, accompagnata da un aumento degli stati affettivi positivi (entusiasmo, determinazione) e una diminuzione di quelli negativi (irritabilità, ansia).

I pazienti del gruppo sperimentale infatti hanno descritto la presa in carico come più protettiva, vicina e rassicurante, sentendosi maggiormente seguiti e sostenuti.

Nel gruppo B, l'andamento è risultato più irregolare.

In particolare, una paziente ha presentato due ricadute nel corso dell'anno, associate a fluttuazioni degli indici PANAS. Gli infermieri coinvolti hanno valutato il protocollo come fattibile, utile e organizzativamente sostenibile, sottolineando il rafforzamento del lavoro di rete tra Ser.D. e Case della Salute.

Nel contesto della presa in carico integrata dei pazienti affetti da DUA, l'infermiere riveste un ruolo cruciale nella valutazione precoce e sistematica del craving, parametro fondamentale per orientare le decisioni terapeutiche.

Attraverso strumenti pertinenti e una relazione costante con l'utente, l'infermiere è in grado di rilevare tempestivamente l'intensità del desiderio compulsivo di bere e di monitorarne l'andamento nel tempo. Questa competenza si traduce in un contributo determinante nella pianificazione di un progetto assistenziale condiviso tra il Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) e il servizio territoriale (es. Casa della Salute), promuovendo continuità, aderenza terapeutica e personalizzazione dell'intervento.

I risultati del progetto pilota hanno evidenziato un'ottima fattibilità operativa e un'elevata

compilazione delle schede di monitoraggio richieste per lo studio, grazie alla presenza costante dell'infermiere nel percorso assistenziale.

Da segnalare anche che i pazienti appartenenti al gruppo senza caregiver hanno compilato un numero significativamente maggiore di schede PANAS rispetto al gruppo di confronto, suggerendo che l'interazione più presente con gli infermieri abbiano stimolato la partecipazione.

Il ruolo infermieristico e le implicazioni assistenziali

Nel contesto dello studio ETHYLFREE, l'intervento infermieristico ha rappresentato uno degli elementi fondanti e innovativi della presa in carico dei pazienti affetti da Disturbo da DUA, in particolare nel braccio sperimentale (Gruppo A) in cui i pazienti, privi di caregiver, sono stati supportati direttamente dagli infermieri delle Case della Salute.

L'assistenza infermieristica si è articolata in attività regolari, pianificate e condivise con il Ser.D., finalizzate non solo alla somministrazione dei farmaci ma soprattutto alla valutazione continuativa delle condizioni psico-fisiche, alla motivazione terapeutica e all'educazione sanitaria del paziente.

Ogni lunedì, all'atto della consegna della terapia, l'infermiere eseguiva un triage infermieristico semistrutturato, basato su una scheda di osservazione clinica, che monitorava parametri chiave della condizione del paziente, tra cui:

- stato igienico e cura personale (vestizione adeguata, igiene generale);
- comportamento collaborativo e contatto visivo;
- presenza di alito etilico o aromatico (suggerivo possibile ricaduta);
- verbalizzazione di eventuali effetti collaterali o disagio;
- compliance farmacologica (verifica assunzione dosi precedenti).

Tali dati, registrati in forma standardizzata, hanno permesso una tracciabilità settimanale dell'evoluzione clinica e hanno facilitato l'identificazione precoce di criticità o rischi di ricaduta.

L'infermiere ha inoltre svolto un ruolo attivo nella relazione educativa e motivazionale, promuovendo:

- counseling individuale in ogni incontro;
- rafforzamento della consapevolezza sui rischi del craving;
- supporto all'autoefficacia del paziente nel mantenere l'astinenza;
- rinforzo positivo dell'impegno e dei miglioramenti osservati.

In una logica di progetto assistenziale condiviso, l'infermiere si è fatto ponte tra territorio e Ser.D, comunicando settimanalmente gli esiti del triage e degli incontri, consentendo al team multidisciplinare di aggiornare costantemente il piano di cura.

Questa sinergia ha garantito una presa in carico protettiva, flessibile e personalizzata, anche in assenza di un caregiver familiare.

L'intervento ha inoltre rappresentato una valorizzazione concreta del ruolo professionale dell'infermiere, come figura chiave nella continuità terapeutica, nella prevenzione delle ricadute e nel rafforzamento dell'alleanza terapeutica.

Conclusioni

Il progetto ETHYLFREE ha dimostrato, anche se solo in una fase preliminare, la fattibilità e l'efficacia di un modello integrato basato sulla medicina di prossimità.

L'elevata aderenza dei pazienti, la stabilità clinica osservata e il miglioramento degli stati affettivi nei pazienti più fragili confermano che una rete territoriale attiva e solidale può supplire all'assenza di un caregiver, garantendo continuità terapeutica e protezione.

La collaborazione tra servizi e il monitoraggio infermieristico territoriale si configurano come elementi chiave per garantire aderenza terapeutica, protezione e dignità a questi pazienti.

Alla luce dell'esiguità del campione arruolato, va tuttavia sottolineata la rilevanza del periodo di osservazione, pari a >30 settimane, che conferisce solidità temporale ai dati raccolti e consente una valutazione più significativa della tenuta assistenziale nel tempo.

L'ampliamento del campione permetterà di consolidare l'efficacia del modello ETHYLFREE e, si auspica, di promuoverne l'adozione in altri contesti territoriali, contribuendo alla costruzione di un sistema sanitario più vicino, equo e centrato sulla persona.

Allegati:

1_RACCOLTA DATI

2_DATI ETHIL FREE_2

3_TRIAGE

4_PANAS

5_SCHEDE SODDISFAZIONE INFERMIERI

6_SCHEDE SODDISFAZIONE PAZIENTI

DATI ETHIL FREE pazienti con care giver									
SCG= senza care giver	età	sex	nazionalità	Tempo dipendenza alcol	Da quanto seguito dal servizio	diagnosi	terapia	compliance	ricaduta
Paz 1 SCG	40	M	straniero	11 anni gioco d'azzardo poi alcol	2016	Gap + alcol	etiltox	Ok non beve ma gioca. Comunità 07/05/2025	no
Paz 2 SCG	56	M	italiano	12 anni	2005	dua	Largactyl, aripiprazolo 5, lyrica 75, ethiltox poi sostituito da baclofene per ricovero in RSA per frattura	Ok, non beve	no
Paz 3 SCG	57	M	italiano	24 anni	2021	dua	Etiltox + ghb	Ok non beve	no

DATI ETHIL FREE pazienti senza care giver										
CG= con care giver	età	Care giver	sesso	nazionalità	Tempo dipendenza alcol	Da quanto seguito dal servizio	diagnosi	terapia	compliance	ricaduta
Paz 1 CG	52	marito	F	straniera	14 anni	2022	dua	etiltox	no	Ricaduta 2023 e ricaduta 2024
Paz 2 CG	39	madre	M	italiana	14 anni	2023	dua	etiltox+ghb	ok	no
Paz 3 CG	57	figlio	F	italiana	> 30 anni	2011	dua	etiltox	ok	no

Gruppo	Paziente	Questionari PANAS-SF	Schede Infermieristiche
A	SCG1	13	16
A	SCG2	16	16
A	SCG3	31	30
	Totale Gruppo A	60	62
B	CG1	20	-
B	CG2	11	-
B	CG3	7	-
	Totale Gruppo B	38	-
	Totale complessivo	98	62

ALLEGATO A



SCHEMA TRIAGE



ALLEGATO A

STUDIO ETHILFREE

Unità Territoriale di _____ Cod Paziente _____ Data _____

FISICO	CURA DELLA PERSONA	si ☐	no ☐	na ☐
	Pulito/a	si ☐	no ☐	na ☐
COGNITIVO	ABBIGLIAMENTO	si ☐	no ☐	na ☐
	Coerente	si ☐	no ☐	na ☐
COMPORTAMENTALE	Pulito	si ☐	no ☐	na ☐
	Eloquio chiaro e fluente	si ☐	no ☐	na ☐
SEGNISINTOMI	Orientato nel tempo e nello spazio	si ☐	no ☐	na ☐
	Movimenti coordinati	si ☐	no ☐	na ☐
	Disponibile	si ☐	no ☐	na ☐
	Collaborativo	si ☐	no ☐	na ☐
	Aggressivo	si ☐	no ☐	na ☐
	Polemico	si ☐	no ☐	na ☐
	Tremori	si ☐	no ☐	na ☐
	Agitazione	si ☐	no ☐	na ☐
	Disorientamento/confusione	si ☐	no ☐	na ☐
	Alito aromatico	si ☐	no ☐	na ☐

Da chiedere al paziente prima di consegnare i farmaci:

Assunzione Alcol nelle ultime 24 H si ☐ no ☐

ALLEGATO B

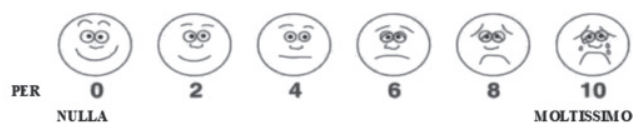
QUESTIONARIO PANAS-SF

Utente _____

data _____

Indica quanto ti sei sentito/a in questo modo nell'ultima settimana		PER NULLA	POCO	IN MODO MODERATO	ABBASTANZA	MOLTO
PANAS 1	CURIOSA/INTERESSATO/A					
PANAS 2	STRESSATO/A					
PANAS 3	ECCITATO/A					
PANAS 4	ANGOSCIATO/A					
PANAS 5	FORTE					
PANAS 6	COLPEVOLE					
PANAS 7	SPAVENTATO/A					
PANAS 8	OSTILE					
PANAS 9	ENTUSIASTA					
PANAS 10	ORGOGLIOSO/A					
PANAS 11	IRRITABILE					
PANAS 12	INALLERTA					
PANAS 13	HAI PROVATO VERGOGNA					
PANAS 14	ISPIRATO/A					
PANAS 15	NERVOSO/A					
PANAS 16	DETERMINATO/A					
PANAS 17	CONCENTRATO/A					
PANAS 18	AGITATO/A					
PANAS 19	ATTIVO/A					
PANAS 20	IMPAURITO/A					

INDICA QUANTO BISOGNO HAI PERCEPITO DI BERE ALCOLICI



studio ETHILFREE

ALLEGATO C

SCHEDA SODDISFAZIONE DELL'INFERMIERE

Unità territoriale di _____ Data _____

L'utente si presenta agli appuntamenti?








Moltissimo _____ Per nulla _____

E' collaborativo per la raccolta delle informazioni?








Moltissimo _____ Per nulla _____

E' collaborativo per l'assunzione della terapia?








Moltissimo _____ Per nulla _____

Il paziente è educato ed assertivo nei confronti degli operatori?








Moltissimo _____ Per nulla _____

studio ETHYLFREE

ALLEGATO D

SCHEDA SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____ Data _____

E' stato facile accedere alla struttura?








Moltissimo _____ Per nulla _____

Il personale infermieristico è stato gentile e disponibile?








Moltissimo _____ Per nulla _____

Gli infermieri hanno fornito informazioni chiare?








Moltissimo _____ Per nulla _____

E' stata tutelata la riservatezza e la privacy?








Moltissimo _____ Per nulla _____

studio ETHYLFREE

Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico C.T. per il supporto alla realizzazione della newsletter.

