



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**RUOLO DELL'INFERMIERE IN
PRONTO SOCCORSO NEL
RICONOSCIMENTO E GESTIONE
DELLA TOSSICODIPENDENZA**

Relatore:

Chiar.mo Prof.

Wladimiro Bonifazi

Tesi di Laurea di:

Nicola Seri

Matricola S1088424

A.A. 2020/2021

INDICE

1. INTRODUZIONE	1
2. PRIMA PARTE	3
2.1. Le dipendenze patologiche	3
2.2. Le dipendenze da sostanze stupefacenti	5
2.3. Tipi di consumatori	9
2.4. Tipi di sostanze, modalità di assunzione, segni e sintomi	10
2.4.1. Oppioidi	11
2.4.2. Stimolanti	12
2.4.3. Allucinogeni	15
2.4.4. Cannabis e derivati	16
2.5. Luoghi di assunzione	17
2.6. Ricerca bibliografica	19
2.6.1. Strategia di ricerca e criteri di selezione	19
2.6.2. Analisi della letteratura scientifica	20
2.6.3. Risultati della ricerca	21
3. SECONDA PARTE	22
3.1. Contesto	22
3.2. Cure pre-ospedaliere	22
3.3. Allerta del Pronto soccorso e ospedale di destinazione	24
3.4. Cure ospedaliere	24
3.5. Triage infermieristico	26
4. TERZA PARTE	30
4.1. Modalità di arrivo in Pronto soccorso	30
4.2. Modalità di presa in carico	31

4.3. Modalità di dimissione	33
5. OBIETTIVO	36
6. MATERIALI E METODI	36
7. DISCUSSIONE	37
8. CONCLUSIONI	40
9. BIBLIOGRAFIA	41
10. SITOGRAFIA	43
11. FILMOGRAFIA	43
12. RINGRAZIAMENTI	44

1. INTRODUZIONE

La tossicodipendenza è un disturbo mentale cronico e recidivante caratterizzato dalla ricerca compulsiva di droga nonostante gravi conseguenze negative. Generalmente, l'emergere di una condizione di tossicodipendenza si sviluppa nelle seguenti quattro fasi: uso occasionale, uso ricreativo, uso regolare e, infine, dipendenza.

Le diagnosi di disturbo da uso di sostanze risultano in continuo aumento e sono associate ad un aumento della morbilità, mortalità e a costi sanitari più elevati. L'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine (UNODC) stima che nel 2012 ci siano stati 183.000 decessi correlati alla droga in tutto il mondo, la maggior parte dei quali causata da overdose. Si consideri che la sola diagnosi di disturbo da uso di sostanze è stata associata a una riduzione media di 13,8 anni dell'aspettativa di vita.

Accanto al trattamento farmacologico, che costituisce una delle principali forme di intervento per il trattamento delle malattie umane, il trattamento della tossicodipendenza risulta rispondere positivamente all'applicazione di diverse strategie comportamentali. Ciò può essere compreso se si considera che, analogamente ad altri disturbi mentali, la tossicodipendenza rappresenta una condizione psicopatologica profondamente influenzata dalle emozioni, dalla coscienza e dalla cognizione. Va evidenziato, inoltre, che i trattamenti non farmacologici possono avere importanti vantaggi a livello terapeutico a causa dei loro limitati effetti collaterali.

Rispetto a pazienti con altre patologie, i pazienti ospedalizzati con disturbi da uso di sostanze hanno una maggiore probabilità di necessitare di interventi sanitari ad alta intensità di risorse e di costi e di uscire dalla struttura ospedaliera senza completare il trattamento, contro il parere medico. Generalmente, tuttavia, la presa in carico e l'inizio del trattamento dei pazienti con disturbo da uso di sostanze in Pronto Soccorso si dimostra efficace, ovvero capace di determinare un minore utilizzo dei servizi di emergenza nel tempo, una maggiore probabilità di completamento della terapia medica e il passaggio al trattamento ambulatoriale. Va evidenziata, dunque, l'importanza della presa in carico dei pazienti con tale disturbo in Pronto Soccorso. Senza un trattamento tempestivo per la tossicodipendenza infatti una grande maggioranza delle persone con un disturbo da uso di sostanze tornerà all'uso di sostanze dopo la dimissione da un ambiente ospedaliero.



“Che tu possa avere il vento in poppa, che il sole ti risplenda in viso e che il vento del destino ti porti in alto a danzare con le stelle...”

George Jacob Jung

Blow (Ted Demme 2001)

2. PRIMA PARTE

2.1 Le dipendenze patologiche

La dipendenza patologica costituisce un disturbo il cui emergere non risulta necessariamente legato all'assunzione di sostanze stupefacenti. I meccanismi alla base della tossicodipendenza, infatti, risultano i medesimi riscontrabili nelle dipendenze comportamentali.

Con il concetto di dipendenze comportamentali viene fatto riferimento a una condizione di dipendenza non riconducibile all'assunzione di sostanze ma alla messa in atto di determinati comportamenti. Un aspetto fondamentale che accomuna la dipendenza da uso di sostanze e la dipendenza comportamentale risulta la presenza di uno scarso controllo sul proprio comportamento da parte dell'individuo. Oltre all'ingestione di sostanze psicoattive, infatti, diversi comportamenti producono una ricompensa a breve termine che può generare comportamenti persistenti nonostante la conoscenza da parte dell'individuo delle conseguenze avverse (Grant et al., 2010).

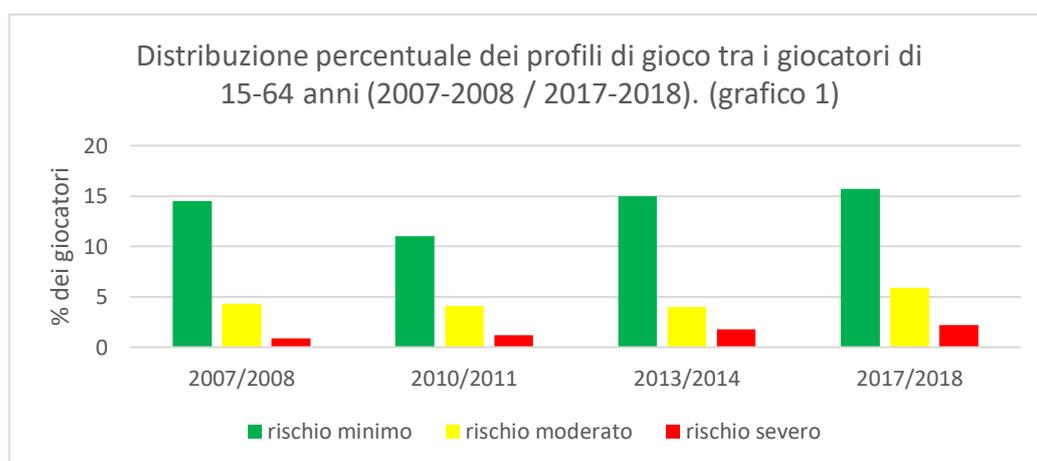
Nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali sono stati identificate diverse classi di dipendenze comportamentali tra le quali: gioco d'azzardo patologico, cleptomania, acquisto compulsivo, pizzicamento patologico della pelle, dipendenza sessuale, abbronzatura eccessiva, gioco con computer/videogiochi e dipendenza da Internet (APA, 2013).

La caratteristica essenziale delle dipendenze comportamentali è l'incapacità di resistere a un impulso, pulsione o tentazione di compiere un atto dannoso per la persona o per gli altri. Ogni dipendenza comportamentale è caratterizzata da un modello di comportamento ricorrente che ha questa caratteristica essenziale all'interno di un dominio specifico. L'impegno ripetitivo in questi comportamenti finisce per interferire con il funzionamento dell'individuo in altri domini. In questo senso, dunque, le dipendenze comportamentali assomigliano ai disturbi da uso di sostanze. Le dipendenze comportamentali e da sostanze hanno molte somiglianze nella loro evoluzione, nella fenomenologia e nelle conseguenze negative che determinano nell'individuo. Entrambe tali tipologie di disturbi hanno generalmente esordio nell'adolescenza e nella prima età adulta e per entrambe si riscontrano tassi di incidenza più elevati in individui appartenenti a questi gruppi di età piuttosto che in individui più adulti. Entrambe tali tipologie di

dipendenza hanno percorsi evolutivi che possono presentare schemi cronici e recidivanti, sebbene non è infrequente che le persone possano uscire dalla propria condizione di dipendenza senza un trattamento formale (il cosiddetto abbandono "spontaneo"). Le dipendenze comportamentali e da sostanze hanno somiglianze anche a livello fenomenologico. Molte persone con dipendenze comportamentali sperimentano uno stato di urgenza o forte desiderio che precedono la messa in atto del comportamento, così come si riscontra anche negli individui con disturbi da uso di sostanze prima che facciano uso della sostanza. Inoltre, questi comportamenti spesso riducono l'ansia e provocano uno stato d'animo positivo o "sballato", simile a quello sperimentato nella fase di intossicazione dalla sostanza. La disregolazione emotiva presente sia nelle dipendenze da sostanze che in quelle comportamentali può in entrambi i casi contribuire all'incremento del desiderio dell'individuo di assumere la sostanza o mettere in atto il comportamento patologico. Molte persone che presentano un disturbo da gioco d'azzardo patologico, cleptomania, comportamento sessuale compulsivo e acquisto compulsivo segnalano una diminuzione nel tempo dell'intensità degli stati affettivi positivi derivanti dalla messa in atto dei comportamenti o la necessità di aumentare l'intensità del comportamento per ottenere lo stesso effetto stato affettivo positivo, analoga alla tolleranza. Tuttavia, a differenza dell'astinenza da sostanze, non ci sono riscontrati stati di astinenza fisiologici importanti o gravi dal punto di vista medico riconducibili a dipendenze comportamentali. Così come in presenza di disturbi da uso di sostanze, anche nelle dipendenze comportamentali risultano molto comuni problemi finanziari e coniugali. Gli individui con dipendenze comportamentali, come quelli con dipendenze da sostanze, commettono spesso atti illegali, come furto, appropriazione indebita e scrittura di assegni non validi, per finanziare il loro comportamento di dipendenza o per far fronte alle conseguenze del proprio comportamento (Grant et al., 2010).

Un ampio corpus di letteratura evidenzia che molteplici sistemi di neurotrasmettitori (ad es. serotonergico, dopaminergico, noradrenergico, oppioidergico) risultano implicati nella fisiopatologia delle dipendenze comportamentali e dei disturbi da uso di sostanze. In particolare, la serotonina, che è coinvolta nell'inibizione del comportamento, e la dopamina, coinvolta nell'apprendimento, nella motivazione e nella salienza degli stimoli, comprese le ricompense, possono contribuire in modo significativo a entrambe le tipologie di dipendenza (Grant et al., 2010).

Tra le dipendenze comportamentali la più diffusa e documentata è il gioco d'azzardo. Nel grafico 1 per ogni biennio, in Italia, viene rappresentata la quota espressa in percentuale dei profili di gioco suddivisa in rischio minimo, moderato, severo. Il rischio è quello di poter sviluppare la dipendenza dal gioco d'azzardo. Da sottolineare il costante aumento dal 2007 dei giocatori a rischio severo. È stato fatto riferimento ai dati pubblicati dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (Cnr).



2.2 Le dipendenze da sostanze stupefacenti

L'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Associazione Psichiatrica Americana facevano ricorso, precedentemente, al termine "dipendenza da sostanze" o "abuso di droghe", piuttosto che al termine "tossicodipendenza", maggiormente utilizzato a partire dalla pubblicazione del DSM-V. La tossicodipendenza è uno stato di dipendenza psichica o fisica, o entrambe, da una droga, che insorge in una persona in seguito alla somministrazione di quella droga su base periodica o continua. La tossicodipendenza è caratterizzata da tolleranza e/o sintomi di astinenza che derivano dalla continua esposizione del sistema nervoso centrale a una sostanza. Tuttavia è importante precisare che la tolleranza e l'astinenza risultano dei concetti distinti dalla dipendenza, la quale è caratterizzata da un comportamento compulsivo di ricerca della sostanza (Zou et al., 2017).

Numerosi farmaci/sostanze possono favorire la dipendenza. Finora, gli scienziati hanno identificato alcune classi comuni di droghe/sostanze che creano dipendenza.

Secondo la quinta revisione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-V) e la decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie e Problemi di salute correlati (ICD-10), le droghe più comuni che creano dipendenza sono: alcool; caffeina; canapa; allucinogeni; inalanti; oppioidi; sedativi, ipnotici e ansiolitici; cocaina; tabacco e altre sostanze. Nel DSM-V, la tossicodipendenza è presentata nella sezione "disturbi da uso di sostanze", che descrive un gruppo di sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici che indicano che l'individuo continua a usare la sostanza nonostante significativi problemi legati quest'ultima. Una caratteristica importante dei disturbi da uso di sostanze è un cambiamento sottostante nei circuiti cerebrali che può persistere anche dopo la disintossicazione, in particolare negli individui con disturbi gravi. Gli effetti comportamentali di questi cambiamenti cerebrali si manifestano nelle ripetute ricadute e in un intenso craving per la sostanza quando gli individui vengono esposti a stimoli correlati a quel tipo di sostanza (Zou et al., 2017).

Nel complesso, la tossicodipendenza o il disturbo da uso di sostanze può essere diagnosticata dopo un'attenta valutazione da parte di uno psicologo clinico o uno psichiatra. Come riportato nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (APA, 2013) i criteri per la diagnosi sono:

“L'individuo può assumere la sostanza in quantitativi maggiori o per periodi più lunghi di quanto fosse nelle sue intenzioni (Criterio 1). L'individuo può esprimere un desiderio persistente di ridurre o regolare l'uso della sostanza e può riferire molteplici sforzi infruttuosi di diminuire o interromperne l'uso (Criterio 2). L'individuo può impiegare una grande quantità di tempo per procurarsi la sostanza, per usarla o per ristabilirsi dai suoi effetti (Criterio 3) [...] Il craving (Criterio 4) si manifesta con un desiderio intenso o irresistibile per la sostanza che può verificarsi in qualsiasi momento ma più probabilmente in un ambiente dove questa veniva procurata o usata in precedenza. [...] L'uso ricorrente della sostanza può causare il fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola o a casa (Criterio 5). L'individuo può continuare a usare la sostanza nonostante abbia persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza (Criterio 6). Importanti attività sociali, lavorative o ricreative possono essere abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza (Criterio 7). L'uso della sostanza può assumere la forma dell'uso ricorrente della sostanza in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso (Criterio 8).

L'individuo può continuare a usare la sostanza nonostante riconosca di avere problemi fisici o psicologici persistenti o ricorrenti, i quali, molto probabilmente, sono causati o esacerbati dalla sostanza stessa (Criterio 9). [...] La tolleranza (Criterio 10) è segnalata dall'aver bisogno di dosi marcatamente aumentate della sostanza per ottenere l'effetto desiderato o da un effetto marcatamente ridotto quando si consuma la dose abituale. Il grado in cui si sviluppa la tolleranza varia notevolmente tra individui, come pure tra sostanze, e può comportare una varietà di effetti sul sistema nervoso centrale. [...] La tolleranza deve essere anche distinta dalla variabilità individuale nella sensibilità iniziale agli effetti di sostanze particolari. Per esempio, alcuni bevitori principianti di alcol mostrano scarsa evidenza di intossicazione dopo 3-4 drink, mentre altri di pari peso e con abitudini di bevuta simili presentano eloquio inceppato e mancanza di coordinazione. L'astinenza (Criterio 11) è una sindrome che si verifica quando le concentrazioni di una sostanza nel sangue o nei tessuti declinano in un individuo che ha mantenuto un pesante e prolungato uso della sostanza stessa. Dopo avere sviluppato sintomi di astinenza, l'individuo tende a consumare la sostanza per attenuare i sintomi. I sintomi di astinenza variano notevolmente fra le classi di sostanze e sono previsti alcuni set di criteri separati per l'astinenza dalle diverse classi. Comunemente, si registrano marcati segni fisiologici di astinenza, in genere facilmente misurabili, con l'alcol, oppiacei e sedativi, ipnotici e ansiolitici. Spesso sono presenti segni e sintomi di astinenza con stimolanti (anfetamine e cocaina), come pure con tabacco e cannabis, anche se possono essere meno evidenti. Significativi sintomi di astinenza *non* sono stati documentati in esseri umani dopo ripetuto uso fenciclidina altri allucinogeni e inalanti; pertanto questo criterio non è compreso per queste sostanze" (APA, 2013, p.565).

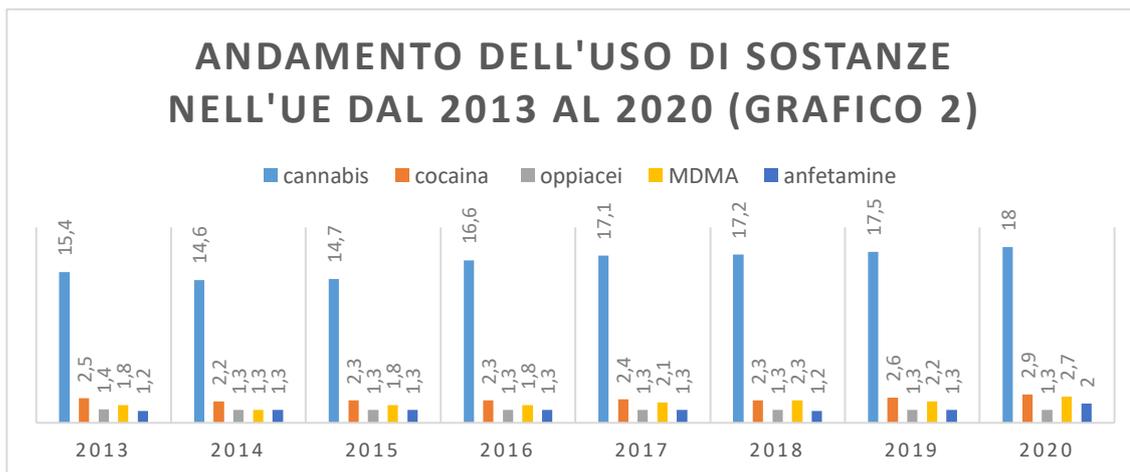
Alcol: Il consumo di alcol ha contribuito al 5,9% di tutti i decessi globali e al 5,1% del carico globale di malattie nel 2012. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito che nel 2014 il consumo di alcol ha contribuito a oltre 200 malattie e condizioni correlate agli infortuni. Il consumo di alcol è risultato essere il principale fattore di rischio di morte prematura e di disabilità tra le persone di età compresa tra 15 e 49 anni e ha contribuito al 25% dei decessi totali in tutto il mondo tra le persone di età compresa tra 20 e 39 anni (Bari et al., 2018).

Tabacco (nicotina): Il tabacco rappresenta il più grande fattore di rischio modificabile per la morte prematura in tutto il mondo. Secondo un rapporto del 2015

dell'OMS, il fumo di tabacco diretto è stato responsabile della morte di circa 5 milioni di persone in tutto il mondo, mentre si stima che il fumo di tabacco indiretto (di seconda mano) ne uccida altri 600.000. A livello globale, nel 2012 si stima che il 12% dei decessi tra gli adulti di età superiore ai 30 anni fosse attribuibile al tabacco (Bari et al., 2018).

Altre droghe d'abuso (cannabis, oppiacei, cocaina e altri psicostimolanti): Nel 2012, secondo L'Ufficio delle Nazioni Unite in materia di droga e criminalità (UNODC) circa 243 milioni di persone in tutto il mondo (o il 5,2% della popolazione mondiale di età compresa tra 15 e 64 anni) hanno utilizzato una sostanza illecita, definita come appartenente al gruppo di droghe psicostimolanti di tipo cannabis, oppioidi, cocaina o anfetamina. Uno studio che esamina l'onere globale della malattia da tossicodipendenza ha stimato che nel 2010 la tossicodipendenza illecita è stata responsabile di 20 milioni di anni di vita corretti per la disabilità, un aumento rispetto ai 13,1 milioni di anni calcolati per il 1990. Questo aumento è stato in gran parte attribuito all'uso di oppioidi, che ha visto un forte aumento in gran parte a causa dell'aumento dell'abuso di oppioidi da prescrizione. È possibile considerare, ad esempio, che i ricoveri ospedalieri correlati all'abuso di oppiacei sono aumentati del 5% annuo dal 1993 e che i decessi negli Stati Uniti per overdose di oppioidi da prescrizione sono più che quadruplicati tra il 1999 e il 2010 (Bari et al., 2018).

Il grafico 2 mostra l'andamento del consumo di cannabis, cocaina, oppiacei, MDMA e anfetamine dal 2013 al 2020 da parte di giovani adulti (15-34 anni) nell'Unione europea. Per ogni anno viene riportato il numero di giovani adulti (espresso in milioni) che ha fatto uso almeno una volta in un anno di ciascuna sostanza. È stato fatto riferimento ai dati pubblicati dall'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).



2.3 Tipi di consumatori

Una volta stabilito cosa sono le "droghe", o meglio cosa sono le sostanze "stupefacenti e psicotrope", il problema è definire quale tipologia di uso di queste sostanze costituisce la figura del "tossicodipendente". Un esame dell'uso di questo appellativo mostra che esso ha caratteristiche e intensità diverse. Nella letteratura e nella prassi si definiscono solitamente tre tipi di utenti delle droghe (Tucci, 2011).

La definizione di tossicodipendente in senso stretto, *drug-addict* definisce quei soggetti periodicamente o permanentemente intossicati a seguito dell'uso ripetuto di una sostanza psicotropa, naturale o sintetica che hanno sviluppato uno stato di dipendenza psichica o fisica dalla sostanza stessa. Il soggetto tossicodipendente è caratterizzato dal desiderio incontrollabile di continuare ad assumere la sostanza, con la conseguenza che il suo successivo uso comporta la tendenza ad aumentare le dosi per raggiungere l'effetto ricercato, quindi il suo bisogno aumenta in modo esponenziale, sviluppando dipendenza psichica e poi anche fisica in base al tipo di sostanza. La "crisi d'astinenza" viene manifestata quando il sistema nervoso centrale si è adattato all'assunzione della sostanza in questo modo la sua interruzione provoca sintomi psicofisici, specifici per ogni tipo di droga, che si dissolvono molto velocemente con una nuova assunzione. La dipendenza fisica, e quindi la "crisi d'astinenza", è provocata esclusivamente da sostanze il cui uso induce tolleranza nell'organismo, effetto che non hanno tutte le "droghe". La dipendenza fisica è facilmente accertabile perché il tossicodipendente mostra delle caratteristiche cliniche oggettive osservabili. Inoltre il grado dell'effetto bio-chimico che un'improvvisa interruzione dell'assunzione determina nell'assuntore è misurabile, entro alcuni limiti,

sulla base della cronicità della crisi d'astinenza. Alcuni degli effetti fisici della crisi di astinenza da alcune sostanze, come gli oppiacei, l'alcool etilico, psicofarmaci ed alcuni ipnotici, possono essere contrastati grazie all'assunzione di antagonisti dei narcotici (Tucci, 2011).

Ad un grado di compromissione meno grave rispetto al "tossicodipendente" è collocato il "consumatore abituale". Questa tipologia è stata definita dall'OMS nel 1957 come paziente caratterizzato da *drug-abituation*, ovvero chi ha il desiderio di assumere una sostanza per puro piacere, senza il bisogno di aumentare le dosi. Il soggetto è legato alla sostanza da una dipendenza solamente psicologica che non sfocia in quella fisica (Tucci, 2011)

Infine viene definito il "consumatore occasionale". Con questo termine si indica chi, assumendo la droga saltuariamente per gioco o sfida, in dosi innocue, è in grado di astenersi dall'uso senza che ciò scateni in lui alterazioni psichiche o fisiche, e di condurre una vita sociale totalmente normale senza sentire il bisogno di assumere la sostanza. Questa figura sembra non rientrare nella definizione di tossicodipendente. Un discorso diverso, ma complicato dal punto di vista tossicologico, potrebbe essere fatto se si mette l'accento sulla "tolleranza" che l'uso occasionale e ludico di sostanze stupefacenti e psicotrope provoca in lui (Tucci, 2011).

2.4 Tipi di sostanze, modalità di assunzione, segni e sintomi

Nella tabella 1 sono rappresentate le categorie di sostanze stupefacenti e i loro principali tipi.

Tabella 1			
OPPIOIDI	STIMOLANTI	ALLUCINOGENI	CANNABIS e derivati
Morfina	Cocaina	L.S.D	Marijuana
Eroina	Anfetamine	M.D.M.A o ecstasy	Hashish
	Crack	PCP	

2.4.1 Oppioidi

Il termine "oppioidi" comprende una classe di un gran numero di droghe, sia composti alcaloidi naturali derivati direttamente dalla resina del papavero da oppio (chiamati "oppiacei", tra cui morfina ed eroina) sia composti sintetici correlati (compresi ossicodone e idromorfone). Tutti i membri della classe dei farmaci oppioidi condividono caratteristiche farmacologiche comuni come agonisti del recettore *mu* degli oppioidi. Gli oppioidi creano una forte dipendenza, con una rapida progressione verso la dipendenza fisiologica con tolleranza e astinenza (Sharma et al., 2016).

Segni e sintomi: Coma, pupille puntiformi e depressione respiratoria sono la classica triade che caratterizza l'overdose di oppiacei. La depressione respiratoria può portare all'arresto respiratorio completo e alla morte. I giovani con disturbo da uso di oppiacei sono particolarmente vulnerabili all'overdose a seguito della perdita di tolleranza dovuta all'interruzione del consumo degli stessi. Quando riprendono l'uso della sostanza dopo un breve intervallo o a seguito di una ricaduta completa, è facile che gli individui possano calcolare male e utilizzare dosi che erano precedentemente tollerate e che sembrano familiari, ma che tuttavia risultano sovradosate per l'individuo a causa della perdita di tolleranza. L'intossicazione/sovradosaggio da oppiacei deve essere presa in considerazione in qualsiasi emergenza in cui un giovane presenti un ridotto livello di coscienza o presenti intorpidimento (Sharma et al., 2016).



Immagine 1



Immagine 2

Attraverso osservazioni oculari emerge che l'eroina (immagine 1) e gli oppioidi in generale, provocano un restringimento pupillare molto intenso (immagine 2). Le

“pupille a spillo” o miosi oculare costituiscono infatti un sintomo dell’intossicazione acuta.

In un contesto di sovradosaggio acuto, i pazienti possono aver bisogno di rianimazione di emergenza, compreso il supporto respiratorio. Se si sospetta un'intossicazione/sovradosaggio da oppiacei, la migliore risposta immediata è la somministrazione dell'antagonista degli oppiacei naloxone (Narcan). Il naloxone può essere somministrato attraverso più vie: intramuscolare, endovenosa, nasale, sottocutanea o endotracheale. Possono essere necessarie dosi multiple e/o continue di naloxone a seconda della dose e dell'emivita dell'oppioide assunto (Sharma et al., 2016).

Modalità di assunzione: L'inalazione può comprendere sia il fumo (riscaldamento dell'eroina in un foglio e l'inalazione del fumo) sia lo sniffare nasale (dell'eroina in polvere); nessuno dei due metodi risulta potente quanto l'iniezione, che massimizza la biodisponibilità (Sharma et al., 2016).

2.4.2 Stimolanti

Tra gli stimolanti troviamo la cocaina che viene estratta dalle foglie della pianta di coca immergendo le foglie in solventi organici per formare un denso sedimento di pasta. L'aggiunta di acido cloridrico alla pasta provoca la precipitazione della cocaina sale cloridrato. Questa forma idrosolubile di cocaina può essere iniettata per via endovenosa, sniffata per via intranasale o ingerita per via orale. Il sale cloridrato della cocaina viene convertito in una forma alcaloide che può essere fumata con l'aggiunta di una base, come il sodio bicarbonato. Questa forma di cocaina si indurisce in uno stato simile alla roccia noto come crack da cui ne deriva il nome dal rumore di cracking fatto quando la cocaina è riscaldata (Zimmerman, 2012).

Segni e sintomi: I consumatori di cocaina possono presentarsi per cure mediche con manifestazioni legate agli effetti simpaticomimetici acuti della cocaina o con manifestazioni legate a complicanze derivanti dal consumo di cocaina. L'intossicazione acuta si manifesta con tachicardia, ipertensione e agitazione. Ulteriori risultati dell'esame obiettivo spesso includono midriasi, diaforesi, ipertermia e tachipnea. L'ipovolemia e l'ipotensione sono spesso presenti come cause secondarie dovute a scarsa alimentazione

e idratazione combinata con attività fisica esagerata. Gli effetti sul SNC della cocaina includono agitazione, paranoia, mania e grave delirio (Zimmerman, 2012).



Immagine 3



Immagine 5



Immagine 4

Attraverso osservazione oculare emerge che la cocaina (Immagine 3), le anfetamine (Immagine 4) e gli stimolanti in generale provocano una dilatazione della pupilla o midriasi oculare (Immagine 5). La midriasi è causata dalla componente adrenergica (simpatico-mimetica) delle sostanze; va precisato, tuttavia, che la stessa attivazione del 'sistema adrenergico' è presente anche in altre condizioni; la dilatazione pupillare, dunque, può essere riscontrata anche in altre condizioni non correlate all'uso di sostanze, come in stati di stress estremo e paura.

Modalità di assunzione: Il decorso temporale degli effetti fisiologici della cocaina varia a seconda della via di consumo, dalla forma di cocaina utilizzata e l'uso concomitante di altre droghe. L'insorgenza degli effetti si verifica più rapidamente con l'inalazione di cocaina (3-5 secondi) seguita da iniezione endovenosa (10-60 secondi). L'insorgenza degli effetti è ritardata con l'uso intranasale (entro 5 minuti) a causa della

vasocostrizione topica. La breve durata dell'effetto con l'inalazione può portare a dosi ripetute per mantenere gli effetti desiderati (Zimmerman, 2012).

Tra le altre sostanze stimolanti troviamo il gruppo delle anfetamine di cui fa parte la sostanza più comunemente utilizzata che è la metanfetamina. Può essere prodotta da farmaci per il raffreddore facilmente reperibili da banco, come l'efedrina e la pseudoefedrina. La metanfetamina è un'ammina simpaticomimetica, con proprietà stimolanti, anoressiche, euforiche. È stata utilizzata per le sue proprietà stimolanti per migliorare la vigilanza e ridurre l'affaticamento (Park e Haning, 2016).

La metanfetamina è un potente stimolante del SNC che crea dipendenza e agisce aumentando i livelli di dopamina, noradrenalina e serotonina. Si pensa che l'intensa euforia sia prodotta dagli alti livelli di dopamina rilasciata. Essendo uno stimolante, gli effetti dell'uso di metanfetamine includono iperattività, aumento della vigilanza, insonnia e soppressione dell'appetito. Poiché la metanfetamina aumenta l'attività simpaticomimetica modificando la trasmissione noradrenergica, le manifestazioni cardiovascolari da uso acuto e cronico includono ipertensione, ischemia miocardica, tachicardia, ipertrofia miocardica e aritmie atriali e ventricolari. Paranoia, agitazione, disturbi dell'umore, comportamento violento e ansia sono alcuni dei cambiamenti cognitivi e di salute mentale osservati con l'uso di metanfetamina. Una revisione sistematica ha mostrato una relazione coerente tra l'uso di MA e un aumento del rischio di mortalità per suicidio e overdose, nonché altri esiti psicologici, tra cui depressione e psicosi (Teoh et al., 2019).

Modalità di assunzione: Esistono varie forme di somministrazione, poiché la metanfetamina può essere fumata, iniettata, "sniffata", assunta per via orale o iniettata per via endovenosa. 'Ice' o 'crystal', la forma a base libera di metanfetamina che di solito viene fumata, è la forma più popolare tra i consumatori. Il tempo per raggiungere il picco dell'effetto varia a seconda della via di somministrazione, con gli utenti che sperimentano un picco di euforia circa 30 minuti dopo la somministrazione respiratoria. La metanfetamina ha un'emivita relativamente lunga, con effetti della durata di circa 12-15 h, 10 volte più lunghi della durata d'azione della cocaina. (Teoh et al., 2019).

2.4.3 Allucinogeni

Gli allucinogeni classici comuni includono lisergico dietilamide acida (LSD), psilocibina (funghi o "funghetti") e mescalina/peyote. Esistono altre droghe popolari che producono effetti simili agli allucinogeni classici. Tra questi ci sono la fenciclidina (PCP) e la 3,4-metilendiossimetamfetamina (MDMA o ecstasy), una droga da strada che ha guadagnato popolarità tra i giovani di oggi ed è sempre più riconosciuta per le sue proprietà allucinogene (Hardaway et al., 2016).

Segni e sintomi: Gli allucinogeni possono causare una varietà di effetti fisici e psicologici per l'utente. Questi effetti possono essere osservati nel sistema nervoso autonomo e a livello gastrointestinale. Segni e sintomi psicologici potrebbero includere cambiamento o intensificazione degli stati affettivi, disturbi percettivi, derealizzazione e depersonalizzazione, paranoia o persino ideazione suicidaria. Quando ingerito, l'MDMA aumenta i livelli di serotonina, noradrenalina e dopamina nel sistema nervoso centrale, portando a cambiamenti soggettivi dell'umore, euforia, e alterazioni della percezione del tempo. Altri sintomi comuni possono includere atassia, agitazione, bruxismo, tremori, incoordinazione motoria, midriasi e anomalie dei parametri vitali, come ipertensione, tachicardia, e ipertermia. Gli effetti avversi gravi sono rari, ma sono stati osservati in letteratura, tra cui epatotossicità, iponatriemia e sindrome serotoninergica. L'intossicazione da PCP può avere altri effetti oltre a quelli degli allucinogeni classici come: nistagmo oculare, ipoestesia, iperacusia, sudorazione o persino coma con quantità significative di ingestione. Sebbene gli effetti collaterali più lievi dovrebbero risolversi entro poche ore, gli effetti più gravi richiedono la gestione in emergenza seguendo il protocollo dell'avvelenamento acuto e successivo monitoraggio in regime ospedaliero (Hardaway et al., 2016).

Modalità di assunzione: La maggior parte degli allucinogeni è disponibile in preparazioni sotto forma di vapori, liquidi per via endovenosa, pillole o cartoncini imbevuti di sostanza. La durata dei loro effetti dipende dalla quantità della sostanza e dal tipo di sostanza assunta; generalmente può durare dalle 3 alle 13 ore, mentre la sua tossicità può durare per giorni (Hardaway et al., 2016).

2.4.4 Cannabis e derivati

Sono stati identificati più di 100 cannabinoidi diversi, ma il delta-9-tetraidrocannabinolo (THC) è il maggiore responsabile degli effetti psicoattivi dell'euforia e del rilassamento. Il THC è presente nei fiori e nelle foglie ed è associato agli effetti euforici della cannabis. Il cannabidiolo (CBD) è il principale cannabinoide della canapa ed è comunemente associato all'ansiolisi. Il CBD non ha le proprietà inebrianti del THC, è considerato non psicoattivo e ha un'affinità molto bassa per i recettori dei cannabinoidi (CB) nel cervello (CB1 e cannabanoide 2). La manipolazione genetica, la coltivazione e l'allevamento della cannabis per sviluppare una forma più potente di THC ha aumentato la potenza e il livello di THC nella marijuana negli ultimi anni. I livelli medi di THC nella marijuana erano del 4% nel 1995 e sono aumentati al 12% nel 2012 (Jett et al., 2018).

Segni e sintomi: Gli effetti fisiologici associati all'uso di cannabis includono sonnolenza, ridotta capacità di guida, dipendenza, episodi psicotici e iperemesi. Il rischio di dipendenza negli utenti a lungo termine è di circa il 9%, che è significativamente inferiore ai tassi di dipendenza da eroina, cocaina, alcol e nicotina. L'uso di cannabis è stato associato ad un aumento degli incidenti stradali. Allucinazioni, attacchi di panico ed episodi psicotici sono stati associati a livelli di THC molto alti. La sindrome da iperemesi è più comunemente osservata nei consumatori a lungo termine e che fanno un uso frequente di cannabis. La morte correlata a overdose da sola cannabis, senza altre polisostanze, è rara. I cannabinoidi di grado farmaceutico sono programmati in modo diverso e includono diversi farmaci a base di cannabinoidi approvati dalla Food and Drug Administration (FDA) statunitense, utilizzati per: stimolazione dell'appetito, effetti analgesici e antispastici, ed altro (Jett et al., 2018).



Immagine 6



Immagine 7

L'uso abituale di cannabis e derivati (Immagine 6) non modifica il diametro pupillare, tuttavia alcune varietà di cannabis con livelli di THC medi-elevati possono innescare un meccanismo di innalzamento e abbassamento della pressione sanguigna che può provocare l'arrossamento della sclera dell'occhio (Immagine 7).

Modalità di assunzione: I prodotti a base di cannabis possono essere fumati, vaporizzati, ingeriti (mangiando o bevendo) o assorbiti attraverso la pelle e le superfici delle mucose attraverso creme, cerotti o spray. La cannabis viene principalmente fumata, sebbene esistano numerosi metodi di inalazione. La cannabis fumata o vaporizzata può raggiungere il cervello entro 30 secondi o pochi minuti e il loro effetto si attenua in 1-3,5 ore. Gli effetti psicoattivi dei prodotti orali, come la cannabis in biscotti, brownies o altri prodotti alimentari, sono più difficili da titolare perché gli effetti si verificano da 30 minuti a 2 ore dopo l'ingestione e possono durare da 5 a 8 ore (Jett et al., 2018).

2.5 Luoghi di assunzione

Le droghe, molto frequentemente, sono legate alla cultura delle feste private, dei rave e delle discoteche. Questo genere di locali e feste si sono moltiplicati in maniera esponenziale dal 1990, con essi anche la problematica legata all'assunzione di sostanze stupefacenti. Queste sostanze sono rimaste, negli anni, una sfida per gli operatori della sanità pubblica, in particolare per la loro diffusione tra adolescenti e giovani adulti. Un numero crescente di ricerche internazionali evidenzia che l'uso di droghe da club può essere associato a gravi problemi di salute fisica e disturbi psichiatrici, comportamenti sessuali a rischio, violenza e criminalità. Le droghe sintetiche sono entrate solo di recente nel mercato europeo; sebbene il loro uso nella popolazione generale sia basso rispetto alle droghe più tradizionali come cocaina, eroina e cannabis, tali sostanze hanno il potenziale per penetrare in alcuni gruppi di popolazione, in particolare i giovani che frequentano particolari eventi sociali nella vita notturna (Biolcati e Mancini, 2018).

Infatti, studi epidemiologici hanno dimostrato che fattori associati alla vita notturna, come determinate preferenze musicali e la scelta di particolari luoghi di intrattenimento, sono importanti predittori del consumo illegale di droghe in diversi paesi europei. L'uso di psicofarmaci è diffuso soprattutto tra i clubber e i raver. Diversi

sondaggi hanno dimostrato che le persone prendono parte a tale tipologie di eventi hanno significativamente più familiarità con l'uso di droghe rispetto alla popolazione generale, con l'Inghilterra che segnala il 90% del consumo di droga tra i frequentatori di discoteche rispetto al 10% dei giovani nella popolazione generale. In particolare, alcuni autori hanno individuato una correlazione positiva tra l'uso di droghe sintetiche e stili musicali alternativi nello scenario della musica elettronica. Ad esempio, uno studio ha mostrato che gli individui che preferiscono la musica dance, rispetto a quelli che amano altri generi come il rock o il funk, corrono un rischio maggiore di usare droghe illegali (Biolcati e Mancini, 2018).

In Italia, l'uso di droghe da discoteca è stato osservato in un sondaggio su individui di età compresa tra i 18 e i 30 anni che frequentavano cinque locali notturni di Roma: dei partecipanti, il 78% aveva una storia di consumo di droghe nel corso della loro vita e il 39% aveva consumato una sostanza nelle 12 ore precedenti. Un'indagine italiana ha mostrato un aumento del consumo di ketamina dal 2010 al 2014, soprattutto nelle principali città del nord e centro Italia. Questi risultati suggeriscono, in linea con la relazione dell'OEDT (osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze), che un aumento generale del consumo di droghe sintetiche è correlato alla "vita notturna". Infatti, l'incremento dell'uso di MDMA nei fine settimana e la diminuzione dell'uso di tale sostanza nei giorni feriali suggerisce una relazione tra il "mondo oscuro" della vita notturna e il consumo di droghe sintetiche. Un altro fenomeno importante, comune a molti partecipanti della vita notturna, in particolare i ravers, è il poliuso di sostanze stupefacenti. Uno studio ha riportato che il 75% dei frequentatori di rave party usa una media di cinque droghe. La poliassunzione rappresenta una sfida per la salute pubblica a causa degli imprevedibili effetti farmacologici, tossicologici e psicopatologici dell'interazione tra diverse sostanze sugli individui più vulnerabili. La letteratura mostra diverse ragioni per le quali gli individui scelgono di fare ricorso all'uso di droghe come, ad esempio, il rilassamento, il miglioramento della socializzazione e l'attenuazione degli stati d'animo negativi, i quali sembrano risultare i motivi principali. L'uso di droghe sintetiche amplifica le sensazioni dell'ambiente dei rave e discoteche, come la luce e la musica; facilita la socializzazione creando il senso di "essere uniti". Per alcuni consumatori, la partecipazione all'esperienza rave può diventare un'esperienza spirituale, ricercata per provare un senso di appartenenza a particolari gruppi sociali (Biolcati e Mancini, 2018).

La motivazione principale alla base della scelta di un evento rave può essere correlata al tipo di musica proposta a queste feste, ad esempio goa, trance, techno e hardcore, nonché alla libera disponibilità e accessibilità di sostanze. Secondo la letteratura, la musica, la danza e l'uso di sostanze sono caratteristiche costitutive di un evento rave. La motivazione a “sentirsi in forma e più forte” potrebbe configurarsi come un bisogno di performance indotto dal tipo di contesto. Il ritmo, i suoni e le luci psichedeliche, eventualmente combinate con sostanze illegali, non solo aumentano le prestazioni, ma aumentano anche i livelli di serotonina e, allo stesso tempo, riducono la sensazione di affaticamento il che fa sì che l'individuo possa percepire di poter ballare tutta la notte. Poiché la musica techno comprende principalmente ritmi costanti e una melodia ripetitiva, in cui ogni momento musicale sembra uguale, o almeno molto simile, al precedente e al successivo, un ascoltatore può essere indotto in uno stato di trance. Ciò conduce l'ascoltatore sperimentarsi in una condizione di assenza di tempo, ovvero come se il tempo fosse congelato. Il termine Trance, oltre ad indicare un genere specifico di musica elettronica, si riferisce a uno stato di coscienza modificato (Biolcati e Mancini, 2018).

Per le ragioni sopra esposte, è di particolare interesse in termini di salute pubblica aumentare le conoscenze sugli stili di consumo di alcune fasce di popolazione dei consumatori di droghe ed esaminarne le caratteristiche demografiche per poter comprenderne le motivazioni e i contesti di utilizzo, esplorarne le caratteristiche sociodemografiche e gli stili di consumo (Biolcati e Mancini, 2018).

2.6 Ricerca bibliografica

2.6.1 Strategia di ricerca e criteri di selezione

Sono state utilizzate le seguenti parole chiave: tossicodipendenza, tossicodipendente, dipendenza, infermiere, triage, pronto soccorso (Tabella 2).

Tabella 2	
Inglese	Italiano
Drug addiction	Tossicodipendenza
Drug addict	Tossicodipendente
Addiction	Dipendenza
Nurse	Infermiere
Triage	Triage
Emergency room	Pronto soccorso

2.6.2 Analisi della letteratura scientifica

Sono state interrogate le seguenti banche dati elettroniche: PubMed, ILISI, Google Scholar, Cochrane Library (Tabella 3).

Tabella 3		
Fonte	Parola chiave	Filtri
Pubmed	drug addiction AND drug addict AND addiction AND nurse AND triage AND emergency room.	English language Full text Publication date 10 years
Google Scholar	drug addiction AND drug addict AND addiction AND nurse AND triage AND emergency room.	Dal 2000 al 2020
LISI	tossicodipendenti AND pronto soccorso	Full text Publication date 10 years
Cochrane Library	drug addiction AND drug addict AND addiction AND nurse AND triage AND emergency room.	English language Full text

2.6.3 Risultati della ricerca

Nella ricerca bibliografica della letteratura scientifica, sono stati trovati 143 articoli. I lavori ritenuti non pertinenti, sono stati 137 mentre erano 5 quelli di doppia pubblicazione. Le produzioni scientifiche incluse sono state 17 (Tabella 4).

Tabella 4				
Fonte	Trovati	Non pertinenti	Doppi	Inclusi
Pubmed	73	68	2	9
Google Scholar	>		3	7
ILISI	66	65		1
Cochrane Library	4	4		
TOTALE	143	137	5	17

3. SECONDA PARTE

3.1 Contesto

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) fornisce assistenza sanitaria gratis, o con un piccolo contributo per tutti i cittadini italiani. Tale assistenza comprende farmaci, test di laboratorio, esami diagnostici (tra cui radiografia, TC e RM) e tutti i trattamenti terapeutici, esclusi alcuni specifici, quali cure odontoiatriche e chirurgia estetica. Tutti gli ospedali pubblici devono fornire questo servizio. Alcuni ospedali privati, grazie a un'intesa con il SSN, erogano lo stesso servizio gratuito a tutti i cittadini. Tutti i servizi necessari per la diagnosi, la cura, l'ospedalizzazione e l'eventuale intervento chirurgico, sono completamente gratuiti, indipendentemente dalla condizione del paziente, reddito e provenienza. Il Ministero della Salute a volte impone un piccolo addebito (chiamato "ticket") per alcuni servizi, come una visita medica specialistica, una radiografia o una prescrizione. Il pagamento richiesto di una piccola somma per un consulto medico aumenta inevitabilmente il numero di pazienti che accendono al Pronto Soccorso, dove i servizi sono gratuiti e immediati (Pace, 2003).

3.2 Cure pre-ospedaliere

In Italia, alla fine degli anni '80, le emergenze erano principalmente coperte da varie associazioni o enti, in gran parte appartenenti al settore del volontariato (Croce Rossa Italia, altre "Crocì" locali, ecc.), che agivano spesso in modo inadeguato. Dopo aver ricevuto la segnalazione le ambulanze, quasi del tutto prive di coordinamento, trasportavano i pazienti feriti all'ospedale più vicino nel più breve tempo possibile, indipendentemente dalla disponibilità di posti letto o dalle competenze e attrezzature necessarie per un adeguato trattamento. Di conseguenza, l'ospedale più vicino poteva costituire solo un punto di transito (con una pericolosa perdita di tempo) o una tappa per eseguire gli esami diagnostici necessari, prima di inviare il paziente in un ospedale diverso e meglio attrezzato. Il personale dell'ambulanza non era sempre ben preparato professionalmente per far fronte a emergenze (Pace, 2003).

All'inizio degli anni '90, il Ministero della Salute prese l'iniziativa di riorganizzare il processo extra-ospedaliero delle emergenze mediche, inclusi traumi. Nel 1992 il modello organizzativo per l'emergenza sanitaria è stato ratificato con un'ordinanza che istituisce il numero telefonico di emergenza 118. La disponibilità del 118 ha da allora contribuito notevolmente al coordinamento, razionalizzazione e miglioramento dei servizi di emergenza, e si è rapidamente ampliato per coprire aree di intervento sempre più estese. Al 31 marzo 1999, la maggior parte delle regioni italiane era coperta da questo numero di emergenza. L'obiettivo del sistema 118 è quello di fornire una risposta in maniera rapida ma soprattutto accurata a chiunque sia coinvolto in una situazione di emergenza. Questo numero di emergenza gratuito funge da centro di coordinazione per le risorse presenti in un determinato territorio in modo tale da offrire il servizio più adeguato all'emergenza. Tutte le chiamate vengono ricevute da un centralino operativo che coordina e gestisce l'intero sistema 118, agendo come un insieme coordinato e integrato che comprende varie componenti (veicoli, gruppi di personale volontario, professionisti del sistema sanitario pubblico tra cui medici, infermieri, tecnici ecc). Anche il Ministero della Salute ha avviato corsi di formazione sulla gestione delle emergenze sia per i medici che per infermieri e per i volontari. Oggi i mezzi di Primo Soccorso sono attrezzati per due diversi livelli di servizio (oltre al semplice trasporto del paziente): BLS (supporto vitale di base) e supporto vitale avanzato (ALS). In questo modo viene potenziata la qualità del trattamento pre-ospedaliero al fine di migliorare significativamente la cura del paziente prima di raggiungere Ospedale. La centrale operativa assicura i collegamenti con le ambulanze e i vari mezzi di Pronto Soccorso, nonché con tutti i servizi di emergenza sanitaria in un determinato territorio. I collegamenti sono forniti da radiotelefoni operanti su frequenze esclusive del SSN. Il cuore del sistema del 118 è la centrale operativa che svolge i seguenti compiti:

- Centralizzazione di tutte le chiamate di Pronto Soccorso a livello provinciale, tramite il numero 118.
- Coordinamento di tutte le risorse disponibili (personale e mezzi).
- Scelta del veicolo più idoneo, evitando così il invio di più veicoli del necessario allo stesso incidente.

- Collegamento diretto con le centrali operative di altre sistemi di emergenza (vigili del fuoco, polizia, carabinieri, ecc.).
- Collegamento diretto con i Pronto Soccorso, terapia intensiva e rianimazione, unità coronariche, centri per i grandi ustionati e unità iperbariche della provincia o regione.
- Attivazione di tutte le risorse nelle grandi emergenze (Pace, 2003).

3.3 Allerta del Pronto Soccorso e ospedale di destinazione

Un'ulteriore, cruciale funzione del centralino operativo del 118 è quello di allertare i servizi di Pronto Soccorso e gli ospedali più vicini e più adatti a ricevere il paziente. La centrale operativa deve ricevere, in tempo reale, dati sulla disponibilità di posti letto nell'area critica di cui il sistema di emergenza fa parte. Il servizio di Primo Soccorso rappresenta l'interfaccia tra il territorio e l'ospedale. È il primo posto in cui vengono eseguiti gli esami primari, indispensabili per accertare la diagnosi e per capire quale sarà il trattamento migliore per il paziente, in modo che possa essere indirizzato all'ospedale più idoneo. Grande importanza è attribuita alle comunicazioni tra operatori extra-ospedalieri e l'ospedale stesso, attraverso la centrale operativa. Ottimo coordinamento e scambio di informazioni tra questi due anelli della catena dell'emergenza è ovviamente indispensabile per guadagnare tempo, che è fondamentale nel trattamento dei pazienti traumatizzati (Pace, 2003).

3.4 Cure ospedaliere

Solo dopo la normativa nazionale in materia di emergenza/urgenza (DPR 27 marzo 1992) e le successive linee guida (14 aprile 1996) è stato possibile riorganizzare le strutture esistenti, per soddisfare i requisiti di un adeguato centro traumatologico, sia dal punto di vista organizzativo che funzionale. Questa attività è ora svolta dai Dipartimenti di Urgenza ed Emergenza (DEA); in particolare, il DEA di secondo livello rappresenta il sito della risposta più completa all'emergenza/urgenza in un determinato territorio. I vari tipi di risposta previsti in caso di emergenza sono:

- Punti di primo intervento;
- Pronto soccorso;
- DEA di primo livello;
- DEA di secondo livello.

I punti di primo intervento, sono dedicati alla visita e al trattamento delle patologie urgenti a bassa gravità. Per i casi più gravi sono attrezzati unicamente con dotazioni tecnologiche atte alla stabilizzazione e al trasporto dei pazienti presso il Pronto Soccorso più idoneo. Questi punti di primo intervento possono essere fissi o mobili (Pace, 2003). Le strutture di Pronto Soccorso sono strutture mediche in cui è possibile effettuare le prime operazioni diagnostiche, strumentali e esami di laboratorio, per controllare le funzioni vitali e per intraprendere quegli interventi che sono necessari per stabilizzare il paziente. Qui è possibile svolgere anche quelle attività diagnostiche e terapeutiche compatibili con le specialità disponibili, nonché per fornire il trasporto assistito, se richiesto. Le strutture di pronto soccorso devono essere adeguatamente dislocate in tutta la regione (Pace, 2003).

Quando il Pronto Soccorso è all'interno di un ospedale attrezzato con adeguate prestazioni di base e specialistiche, si definisce DEA di primo livello. Un DEA è un'aggregazione funzionale di diverse unità operative che, grazie alla collaborazione tra varie discipline e all'integrazione di competenze, professionalità, capacità e risorse, mira a fornire in maniera rapida le risposte mediche più appropriate alle richieste in emergenza/urgenza. In un DEA, i pazienti in arrivo, invece di essere inviati al reparto "competente", sono immediatamente assistiti da medici formati per eseguire tutte le manovre di emergenza e sono sottoposti anche a tutti gli esami diagnostici necessari, anche i più sofisticati come TC e RM, senza dover attendere uno specialista (Pace, 2003).

Un DEA di I livello garantisce, oltre alle prestazioni fornite dagli ospedali sede di Pronto soccorso, anche le funzioni di osservazione e breve degenza, di rianimazione e, contemporaneamente, deve assicurare interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC (Unità di Terapia Intensiva Coronarica). Sono inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di

analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini e trasfusionali (Pace, 2003).

Un DEA di II livello assicura, oltre alle prestazioni fornite dal DEA I livello, le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza, tra cui la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica, secondo le indicazioni stabilite dalla programmazione regionale. Altre componenti di particolare qualificazione, quali le unità per grandi ustionati, le unità spinali ove rientranti nella programmazione regionale, sono collocati nei DEA di II livello, garantendone in tal modo un'equilibrata distribuzione sul territorio nazionale ed una stretta interrelazione con le centrali operative delle regioni (Pace, 2003).

3.5 Triage infermieristico

Il triage infermieristico è quel processo che viene utilizzato per identificare le persone che necessitano di cure immediate garantendone il tempestivo avvio al trattamento. Tale processo comporta la messa in atto delle procedure corrette per far fronte a situazioni di criticità in attesa dell'intervento medico, in modo tale da diminuire il tempo libero da trattamento per tutti i tipi di patologie tempo sensibili. Nel corso di tale processo viene attribuito a tutti i pazienti un codice di priorità di accesso alle cure in base alla criticità delle loro condizioni cliniche e al possibile rischio evolutivo. Il triage infermieristico risulta importante per varie funzioni: contribuisce al miglioramento del processo di cura del paziente anche mediante la messa in atto di un percorso di valutazione e trattamento adeguato; offre un monitoraggio dei pazienti in attesa e una periodica rivalutazione delle condizioni; mantiene l'adeguata e costante presa in carico dei pazienti in attesa e dei loro accompagnatori, fornendo informazioni ed assistenza (Ministero della salute).

Il triage si divide principalmente in 4 fasi distinte: 1) Valutazione immediata o "sulla porta": in questa fase è fondamentale l'esperienza del personale, in quanto si osserva il paziente in maniera rapida cercando di individuare le principali problematiche che necessitano di una assistenza immediata; 2) In questa fase viene effettuata la valutazione oggettiva e soggettiva del paziente. Quella soggettiva consiste nell'intervista (anamnesi mirata), quella oggettiva viene effettuata tramite la rilevazione dei parametri

vitali, segni clinici e l'eventuale documentazione clinica se disponibile; 3) Nella terza fase viene assegnato il codice di priorità\codice colore, attuando gli eventuali provvedimenti assistenziali o percorsi diagnostico terapeutici adeguati; 4) Ultima, ma non meno importante, è la fase della rivalutazione in cui si rivalutano le condizioni del paziente in attesa in modo tale da riconfermare\augmentare il codice di priorità assegnato (Ministero della salute).

In questo momento nei pronto soccorsi italiani il sistema di codifica attualmente usato prevede l'utilizzo principalmente di 4 codici colore: Rosso, emergenza; Arancione, urgenza; Verde, urgenza minore; Bianco, non urgenza. Dopo l'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 in materia di "Riorganizzazione del Sistema di Emergenza urgenza in rapporto alla Continuità assistenziale" è emerso, in linea con le attuali evidenze scientifiche internazionali, l'importanza di differenziare ulteriormente il sistema di codifica passando da 4 a 5, con valori da 1 a 5; dove 1 indica il massimo livello di gravità (Ministero della salute).

Come succede tuttora, le regioni possono associare il codice colore al codice numerico, come mostra la Tabella 5. Questo nuovo sistema permette di concentrare l'attenzione nelle condizioni cliniche che fanno riferimento all'urgenza differibile. "Per ognuno dei 5 codici, si indica anche il tempo massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento, che va dall'accesso immediato per l'emergenza all'accesso entro 240 minuti per le situazioni di non urgenza. Nella tabella che segue sono riportati i cinque livelli, la loro denominazione, la loro definizione" (Ministero della salute).

(Tabella.5) TRIAGE: nuova codifica di priorità			
Codice		DENOMINAZIONE	DEFINIZIONE
Numero	Colore		
1	ROSSO	EMERGENZA	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali
2	ARANCIONE	URGENZA	Rischio di compromissione delle funzioni vitali condizione con rischio evolutivo o dolore severo
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse
4	VERDE	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici mono-specialistiche
5	BIANCO	NON URGENZA	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica

I tempi massimi di attesa per l'accesso alle aree di trattamento sono: Rosso: accesso immediato; Arancione: accesso entro 15 minuti; Azzurro: accesso entro 60 minuti; Verde: accesso entro 120 minuti; Bianco: accesso entro 240 minuti (Ministero della salute).

La fase della rivalutazione è una fase fondamentale dell'intero processo di triage. In questa fase l'attività professionale infermieristica è volta al monitoraggio clinico in maniera periodica dei pazienti in attesa, ovvero dei loro parametri oggettivi e soggettivi,

in modo tale da cogliere tempestivamente variazioni delle condizioni cliniche del paziente (Ministero della salute).

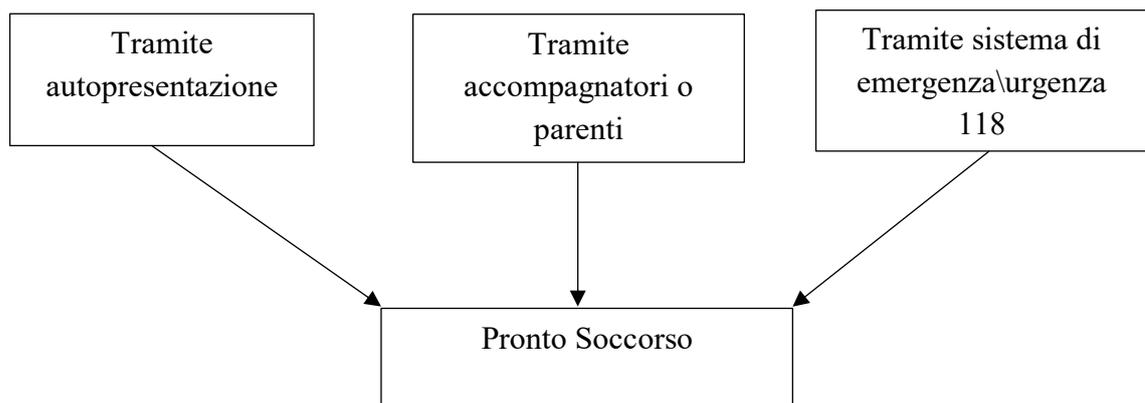
“Modalità di rivalutazione: Rosso: accesso immediato alle aree di trattamento, nessuna rivalutazione; Arancione: osservazione diretta o video mediata con monitoraggio costante delle condizioni; Azzurro, Verde e Bianco: ripetizione di parte o di tutte le fasi di valutazione secondo il giudizio dell’infermiere di triage, a richiesta del paziente o una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato” (Ministero della salute).

4. TERZA PARTE

4.1 Modalità di arrivo in pronto soccorso

Il paziente con disturbo da abuso\dipendenza da sostanze può presentarsi in pronto soccorso in varie modalità: autopresentazione (e quindi in stato di coscienza), tramite accompagnatori\parenti o, nei casi più gravi, tramite il sistema di emergenza\urgenza del 118. Generalmente nelle ultime due modalità di arrivo il paziente giunge all'osservazione dei sanitari in stato di coma, impossibilitato pertanto a collaborare. In questo caso, come riportato da Palsciano e collaboratori (1992) “Bisogna rivolgersi agli accompagnatori o ai parenti per conoscere le circostanze in cui è avvenuta l'intossicazione. Sarà utile adottare uno schema comportamentale di questo tipo:

- Chiedere se sono stati trovati preparati farmacologici nelle vicinanze del paziente o se egli stesso ne faceva abitualmente uso;
- Informarsi sulla modalità di insorgenza dei sintomi (se sono comparsi bruscamente o se si sono presentati con andamento progressivo);
- Raccogliere, ove possibile ogni residuo masticato o vomitato della sostanza sospetta;
- Esaminare attentamente gli abiti e la cavità orale del paziente per ricercare eventuali tracce di sostanza;” [...]
- “Cercare sugli arti (soprattutto quelli superiori) segni di iniezioni endovenose.” [...]
- “Annusare il cavo orale del paziente: spesso si ricaveranno notizie preziose circa la sostanza ingerita, in particolare se si tratta di alcool, ammoniacca ecc.”



In ogni caso è di competenza infermieristica reperire e assicurare il mantenimento di una via endovenosa per l'infusione di eventuali farmaci e controllare i parametri vitali, ovvero: pressione arteriosa, frequenza respiratoria, frequenza cardiaca, temperatura corporea e dolore (Palsciano et al.,1992).

Uno studio svolto dalla National Household Survey on Drug Abuse 1994 sull'uso cronico di droghe illecite e l'utilizzo del pronto soccorso stima che le donne e uomini che fanno uso cronico di droghe aumentino la probabilità di accedere ad un pronto soccorso di oltre il 30% rispetto alle agli uomini o alle donne che fanno un uso occasionale di sostanze stupefacenti o che non sono tossicodipendenti. Pertanto, i responsabili delle politiche e i fornitori di servizi sanitari possono prendere in considerazione la progettazione di programmi per introdurre servizi di assistenza primaria e prevenzione nelle strutture in cui è più probabile che i tossicodipendenti cerchino l'accesso alle cure, come all'interno di un ambiente di pronto soccorso (McGeary & French 2000).

4.2 Modalità di presa in carico

La presa in carico dei pazienti con disturbo da abuso/dipendenza da sostanze è una sfida molto impegnativa e importante per il personale infermieristico. Uno studio fenomenologico per esplorare le esperienze degli infermieri che lavorano in un'unità di abuso di sostanze, dimostra che alcuni infermieri hanno riferito un senso di futilità nel fornire assistenza ai pazienti con problematiche di abuso\ dipendenza. Questi risultati sono coerenti con una revisione sistematica della letteratura la quale dimostra, in generale, che il personale sanitario possiede atteggiamenti negativi verso i pazienti con problemi di abuso/dipendenza da sostanze a causa della percezione di questi pazienti come manipolatori, maleducati, aggressivi e inaffidabili. Sebbene la manipolazione, definita come l'insieme dei comportamenti attraverso i quali il paziente tenta di influenzare o controllare gli altri per ottenere un proprio guadagno egoistico, sia stata spesso citata dagli infermieri in questo studio, è emerso che gli infermieri risultano comunque capaci di fornire un'assistenza compassionevole e professionale, la quale risulta guidata dal riconoscimento del dovere etico di assistenza che contraddistingue il loro lavoro. Gli infermieri del campione hanno infatti riferito di sentirsi in dovere di fornire un'assistenza obiettiva e non giudicante (Neville e Roan, 2014).

Un tema particolarmente importante emerso nello studio era l'incongruenza nella valutazione del dolore e della sua gestione. Gli infermieri hanno identificato una disparità tra la loro valutazione professionale dei bisogni del paziente, rispetto alla prescrizione medica e alle richieste del paziente. Questo conflitto può contribuire al disagio morale nell'assistenza infermieristica e alla compromissione della cura del paziente. I dilemmi nella cura del paziente con un problema di abuso/dipendenza possono essere visti dagli infermieri come un "navigare nell'area grigia dell'etica della pratica" e esprimersi in stati di incertezza nelle situazioni di cura del paziente. Gli infermieri di questo studio hanno identificato la necessità di un'ulteriore formazione nella conoscenza e nei servizi di supporto nella fornitura di un'assistenza completa e olistica a questa tipologia di pazienti. In questo studio viene evidenziato che la sola formazione non è sufficiente a migliorare l'assistenza degli infermieri verso i pazienti con abuso/dipendenza da sostanze. Oltre alla formazione, è essenziale che gli infermieri abbiano accanto persone competenti e di supporto con le quali collaborare e dalle quali acquisire esperienza nella pratica. Sia la collaborazione che il supporto con infermieri e colleghi interprofessionali aiuterà gli infermieri a gestire le sfide nell'assistenza e, possibilmente, a mitigare le incertezze nella cura di questa sempre più comune tipologia di pazienti (Neville e Roan, 2014).

Esiste un imperativo etico per fornire una gestione del dolore sicura ed efficace ai pazienti con disturbi da uso di sostanze. Gli operatori sanitari non devono permettere che lo stigma e le idee sbagliate siano ostacoli alla fornitura di un'assistenza compassionevole ed efficace incentrata sul paziente. L'utilizzo di conoscenze e risorse accurate per la gestione del dolore nei pazienti con coesistenti disturbi da uso di sostanze è fondamentale. Mentre la dipendenza è un problema significativo per la salute pubblica, lo è anche il sotto trattamento del dolore. Esistono prove sufficienti per dimostrare che lo stress da dolore mal trattato può innescare una ricaduta o esacerbare una dipendenza esistente. I pazienti con disturbi da uso di sostanze possono e devono essere trattati con dignità e rispetto e ricevere la stessa qualità di valutazione e gestione del dolore di tutti gli altri pazienti. L'incapacità di identificare e trattare la condizione concomitante di dolore e disturbi da uso di sostanze comprometterà la capacità di trattare efficacemente entrambe le condizioni (Oliver et al., 2012).

4.3 Modalità di dimissione

La dimissione ospedaliera è un momento di vulnerabilità per le persone con disturbo da uso di sostanze; il rischio maggiore è dato dalla possibile overdose a causa di un sovradosaggio a seguito di una ricaduta. In uno studio condotto in America pazienti con questa tipologia di disturbo sono stati assistiti da un team multidisciplinare composto da uno psichiatra, un gruppo rotante di internisti con esperienza in materia di dipendenze, infermieri, tre assistenti sociali clinici, un coach per il recupero e uno specialista delle risorse. Il team fornisce a ciascun paziente una diagnosi e un piano di trattamento longitudinale, che viene avviato in ospedale. Il piano di trattamento include una valutazione del livello di cura ideale, l'adeguatezza dell'inizio della farmacoterapia, i bisogni psicosociali, i bisogni di riduzione del danno, la disponibilità e le preferenze del paziente. Inoltre vengono offerti una gamma di servizi: la fornitura di supporto motivazionale, l'aiuto con le esigenze dei servizi legali o sociali e il collegamento dei pazienti ad altri supporti della comunità. Gli assistenti sociali e lo specialista delle risorse identificano le risorse terapeutiche disponibili e si impegnano per collegare direttamente i pazienti ai diversi sistemi di cura presenti nella comunità dopo la dimissione. Ai pazienti senza un piano di dimissione concreto viene offerta assistenza attraverso una clinica post-dimissione che fornisce un trattamento transitorio della dipendenza, inclusa la farmacoterapia. I partecipanti a questo studio sono stati valutati al momento dell'iscrizione e a 30 e 90 giorni dopo la dimissione. I risultati dimostrano che grazie a questo servizio di consulenza e alla cooperazione delle diverse figure presenti nel team multidisciplinare viene ridotta significativamente la gravità della dipendenza per l'uso di alcol e droghe e che si verifica un incremento del numero di giorni di astinenza nel primo mese dopo la dimissione dall'ospedale. È emerso inoltre che l'aumento dei giorni di astinenza e la riduzione della gravità del consumo di alcol sono rimasti significativamente maggiori a 3 mesi dopo la dimissione. Tale modalità di trattamento è risultata infine associata a un ridotto numero di rientri in ospedale e in pronto soccorso per problemi legati all'uso di sostanze (Trowbridge et al., 2017).

In Italia i servizi pubblici che si occupano dei problemi legati alle dipendenze da sostanze e dipendenze comportamentali sono articolazioni del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Questi servizi vengono svolti in particolare dal Dipartimento delle

dipendenze il quale è formato da strutture pubbliche e private che si occupano di dipendenze. Alcune di queste funzioni sono:

- Programmare e coordinare le unità operative locali
- Registrazione e archiviazione dei dati
- Formazione e aggiornamento per gli operatori
- Attuazione di progetti collaborando con prefetture, scuole, enti locali ecc

Oltre a questa tipologia di servizi, il Dipartimento a livello locale articola altri servizi operativi più specifici: NOA (nuclei operativi alcologia), SerD (Servizi per le dipendenze), SerT (Servizi per le tossicodipendenze). In base alle caratteristiche geografiche e della popolazione del territorio il numero di questi servizi variano; a volte il SerD racchiude al suo interno anche i servizi del SerT e NOA. Per l'erogazione di questi servizi operano équipe multidisciplinari composte da medici, psicologi, infermieri, educatori e assistenti sociali. Le attività svolte possono essere schematizzate in 4 aree.

- Area sanitaria: in cui viene fatta diagnosi tossicologica, trattamenti di disintossicazione, trattamenti farmacologici ed educazione sanitaria.
- Area psicologica: dove vengono svolte psicoterapie individuali, familiari, o di gruppo.
- Area socio-educativa: dove vengono proposti inserimenti lavorativi, interventi per la continuità terapeutica ecc.
- Area preventiva: in questa area viene svolta prevenzione primaria negli istituti scolastici, nei luoghi di lavoro e di divertimento.

Il SerT, coordinando insieme al Dipartimento, rende disponibile i principali trattamenti riguardanti la cura e la riabilitazione dall'uso di sostanze e garantisce la libertà di scelta da parte del cittadino o della sua famiglia\ tutore se minorenne di attuare i programmi terapeutico-riabilitativi presso le strutture abilitate. Si occupa inoltre della prevenzione e cura delle patologie correlate alla dipendenza da sostanze. Provvede inoltre alla presa in carico del paziente predisponendo un programma terapeutico-riabilitativo dopo una valutazione da parte del team multidisciplinare, monitorando periodicamente la condizione di salute fisica e psichica, la qualità della vita, l'integrazione sociale, l'eventuale terapia farmacologica e il suo stato di dipendenza. Se è presente la prescrizione di una terapia farmacologica, i controlli e il supporto si intensificano maggiormente (colloqui settimanali, gruppi di discussione, appoggio alle famiglie).

Un'altra attività fondamentale svolta dal Sert è lo svolgimento di attività informazione, educazione e soprattutto di prevenzione riguardo al tema dell'uso di sostanze, delle principali cause di morte e di inabilità (malattie infettive, overdose ecc.) associate all'uso delle sostanze. Questa tipologia di attività è di fondamentale importanza non solo per il paziente già affetto da disturbo da uso di sostanze ma anche per i soggetti che sono a rischio e per quelli appena usciti da un programma di disintossicazione. Da sottolineare che i serT sono stati istituiti formalmente solo nel 1990 e che fino al 1975 la tossicodipendenza non era neppure presa in considerazione nei servizi sociali e sanitari (Ranieri & Corradini, 2019).

Alcolisti Anonimi/Narcotici Anonimi (AA/NA) è ora considerato un'efficace aggiunta al trattamento per-post ospedaliero per l'abuso di sostanze tra gli adulti e gli adolescenti, in particolare se il coinvolgimento del paziente inizia relativamente presto nel trattamento. AA è diventato uno dei gruppi di trattamento di auto-aiuto più ampiamente diffusi (si stima che i membri siano più di 2 milioni). AA ha avviato più di 100 altri programmi basati sulla struttura (12 fasi) e sui principi di AA (ad es. NA—Narcotici Anonimi, MA—Marijuana Anonimo, CA—Cocaina Anonima, ecc.). Tutti i programmi volti alla condizione di sobrietà in 12 fasi sono basati su un modello di dipendenza dalla malattia e richiedono l'astinenza completa dalle droghe. Una componente essenziale dei programmi in 12 fasi è che gli alcolisti o gli altri tossicodipendenti si aiutino a vicenda a rimanere puliti e sobri. Questi programmi si basano sul principio che un alcolista o un tossicodipendente in via di guarigione può aiutare altruisticamente ed efficacemente un altro individuo alcolizzato o tossicodipendente a guadagnare o mantenere la condizione di sobrietà. I membri parlano apertamente delle loro lotte e dei loro successi e sviluppano insieme capacità di risoluzione dei problemi, nonché amicizie gli uni con gli altri, confortati dalla consapevolezza di non essere soli (Sussman, 2010).

5. OBIETTIVO

Lo scopo di questo elaborato è quello di approfondire la gestione e il trattamento della tossicodipendenza al fine di facilitare il processo di assistenza infermieristica e la presa in carico globale del soggetto tossico dipendente in Pronto soccorso (dal momento del suo ingresso fino alla sua dimissione ed, eventualmente, il successivo percorso di disintossicazione). Tale approfondimento risulta importante alla luce delle difficoltà tuttora riscontrabili nella valutazione e nel trattamento di pazienti tossicodipendenti. In primo luogo, risulta necessaria una conoscenza approfondita dei meccanismi alla base della dipendenza patologica. Similmente, risulta di fondamentale importanza tenersi aggiornati in materia di sostanze stupefacenti, conoscere le principali tipologie di tali sostanze, riconoscere i loro segni e sintomi, essere a conoscenza delle diverse tipologie di consumatori e dei luoghi di assunzione per affrontare in maniera corretta eventuali situazioni di emergenza\urgenza evitando possibili esiti infausti. Inoltre, è altrettanto importante che il processo di assistenza infermieristica e la presa in carico globale del paziente risultino libere dall'influenza di stereotipi e pregiudizi riguardanti pazienti che presentano disturbo da uso di sostanze.

6. MATERIALI E METODI

La letteratura scientifica evidenzia che le conoscenze attuali e gli strumenti disponibili nell'ambiente di emergenza\urgenza come il Pronto soccorso non risultano completamente sufficienti per una corretta presa in carico dei pazienti con disturbo\ dipendenza da sostanze. L'assistenza a pazienti tossicodipendenti risulta complessa; è comune, infatti, che gli infermieri sperimentino un senso di incertezza e di inutilità nell'assistere tale tipologia di pazienti. Anche il trattamento, la valutazione e la gestione del dolore costituiscono temi fortemente discussi alla luce della difficoltà sperimentate dagli infermieri nel far fronte ai bisogni del paziente. Tali aspetti risultano particolarmente rilevanti; il dolore mal trattato può infatti aumentare la gravità della dipendenza in atto o addirittura innescare una ricaduta; tali conseguenze richiedono una revisione del percorso terapeutico assistenziale del paziente e possono sfociare, nel peggiore dei casi, in una situazione di emergenza\urgenza al pronto soccorso a causa di un overdose.

7. DISCUSSIONE

Numerosi studi testimoniano come gli stessi infermieri identificano la necessità di una formazione più specifica, oltre a quella di base, volta a favorire una maggiore conoscenza del disturbo da uso di sostanze e, dunque, a facilitare il processo di assistenza dei pazienti che presentano tale disturbo. Accanto ad una più specifica formazione, è essenziale che gli infermieri possano collaborare con professionisti competenti in modo da poter acquisire una crescente consapevolezza ed esperienza anche nella gestione pratica dell'assistenza a tali pazienti. Come dimostrato da uno studio fenomenologico indagante le esperienze degli infermieri in un'unità di abuso di sostanze, alcuni infermieri riferiscono un senso di inadeguatezza e inutilità nel fornire assistenza ai pazienti con problematiche di abuso\ dipendenza anche a causa della loro non sufficiente formazione. Questi risultati sono coerenti con una revisione sistematica della letteratura dalla quale emerge che il personale sanitario presenta atteggiamenti negativi verso i pazienti con problemi di abuso/dipendenza da sostanze a causa della percezione di questi pazienti come manipolatori, maleducati, aggressivi e inaffidabili. Nonostante tale percezione, tuttavia, è emerso che gli infermieri risultano in grado di fornire un'assistenza compassionevole e professionale; questi, infatti, riconoscono la necessità, a livello etico e professionale, di fornire un'assistenza obiettiva e non giudicante (Neville e Roan, 2014).

Un altro punto fondamentale emerso è l'importanza della gestione del dolore. Infatti, al fine di assistere efficacemente pazienti con disturbo da uso di sostanze, risulta fondamentale per gli infermieri acquisire delle competenze che permettano loro di valutare accuratamente e di gestire il dolore di tali pazienti. Esiste un imperativo etico per fornire una gestione del dolore sicura ed efficace ai pazienti con disturbi da uso di sostanze. Gli operatori sanitari devono impedire che lo stigma e i pregiudizi ostacolino un'assistenza efficace e compassionevole. L'utilizzo di conoscenze e risorse accurate per la gestione del dolore nei pazienti con coesistenti disturbi da uso di sostanze è fondamentale. È stato riscontrato infatti che un inadeguato trattamento del dolore e lo stress che ne può derivare possono innescare una ricaduta o esacerbare la gravità della dipendenza presente. Ciò, chiaramente, comporta delle conseguenze più o meno gravi sul paziente e, allo stesso tempo, può condurre a una generale demoralizzazione del personale sanitario. I pazienti con disturbi da uso di sostanze devono essere trattati con dignità e

rispetto e la valutazione e la gestione del loro dolore deve essere di pari qualità rispetto a quella fornita a tutti gli altri pazienti. Va precisato, inoltre, che un'inadeguata identificazione e trattamento del dolore del paziente con disturbo da uso di sostanze comprometterà la capacità di trattare efficacemente sia la condizione di dipendenza patologica che il dolore del paziente (Oliver et al., 2012).

Un ulteriore aspetto emerso è riscontrabile nell'importanza di un adeguato riconoscimento dei segni e dei sintomi associati alle diverse sostanze. Infatti, per un'ottimale presa in carico infermieristica, è importante che durante l'assistenza al paziente con disturbo da uso da sostanze vengano riconosciuti i principali segni e sintomi associati alle diverse tipologie di sostanze; ad esempio, già attraverso l'osservazione dello stato della pupilla e dell'occhio in generale è possibile ottenere informazioni essenziali indicative del tipo di sostanza utilizzata dal paziente. Inoltre, anche la determinate variazioni dei parametri vitali del paziente risultano informative del tipo di sostanza assunta. La considerazione di tali aspetti da parte degli infermieri permette di agire in maniera più mirata per quanto riguarda l'assistenza e la presa in carico in generale del paziente.

Un'ultima considerazione è stata rivolta all'analisi della differenza tra il percorso tradizionale che pazienti con disturbo da uso di sostanze affrontano in Italia e un percorso di trattamento sperimentale in America. In Italia un paziente tipo che viene trattato in pronto soccorso per abuso di sostanze (come ad esempio overdose) viene dimesso senza presa in carico post dimissione una volta terminata la fase acuta. Quindi spetta al paziente rivolgersi eventualmente al serT o comunità di recupero private per cercare di risolvere la propria problematica. Solo quanto viene commesso un illecito come ad esempio la guida sotto effetto di sostanze viene guidato in un percorso riabilitativo da seguire (Ranieri & Corradini, 2019). Differente è il percorso di trattamento di pazienti con disturbo da uso di sostanze previsto in uno studio sperimentale condotto in America. Nello studio i pazienti sono stati assistiti da un team multidisciplinare composto da uno psichiatra, un gruppo di internisti con esperienza in materia di dipendenze, infermieri, tre assistenti sociali clinici, un coach per il recupero e uno specialista delle risorse. Il team fornisce a ciascun paziente una diagnosi e un piano di trattamento longitudinale, che viene avviato in ospedale. Il piano di trattamento include una valutazione del livello di cura ideale, l'adeguatezza dell'inizio della farmacoterapia, i bisogni psicosociali, i bisogni di

riduzione del danno e la disponibilità e le preferenze del paziente. Inoltre vengono offerti una gamma di servizi: la fornitura di supporto motivazionale, l'aiuto con le esigenze dei servizi legali o sociali e il collegamento dei pazienti ad altri supporti della comunità. Gli assistenti sociali e lo specialista delle risorse identificano le risorse terapeutiche disponibili e si impegnano per collegare direttamente i pazienti ai diversi sistemi di cura presenti nella comunità dopo la dimissione. Ai pazienti senza un piano di dimissione concreto viene offerta assistenza attraverso una clinica post-dimissione che fornisce un trattamento transitorio della dipendenza, inclusa la farmacoterapia. I partecipanti a questo studio sono stati valutati al momento dell'iscrizione e a 30 e 90 giorni dopo la dimissione. I risultati dimostrano che grazie a questo servizio di consulenza e alla cooperazione delle diverse figure presenti nel team multidisciplinare viene ridotta significativamente la gravità della dipendenza per l'uso di alcol e droghe e che si verifica un incremento del numero di giorni di astinenza nel primo mese dopo la dimissione dall'ospedale. È emerso inoltre che l'aumento dei giorni di astinenza e la riduzione della gravità del consumo di alcol sono rimasti significativamente maggiori a 3 mesi dopo la dimissione. Tale modalità di trattamento è risultata infine associata a un ridotto numero di rientri in ospedale e in pronto soccorso per problemi legati all'uso di sostanze (Trowbridge et al., 2017).

8. CONCLUSIONI

Studi sperimentali evidenziano che la presenza di un team multidisciplinare contribuisce a ridurre significativamente la gravità della dipendenza da uso di alcol e droghe; è inoltre emerso che pazienti con disturbo da uso di sostanze che vengono assistiti da un team multidisciplinare presentano periodi significativamente più estesi di astinenza dopo la dimissione dall'ospedale. Una più approfondita conoscenza in materia di abuso di sostanze, il riconoscimento precoce di segni e sintomi propri di una condizione di disturbo da uso di sostanze e un intervento sostenuto da un team multidisciplinare potrebbero contribuire in futuro a migliorare notevolmente l'assistenza e la presa in carico del paziente tossicodipendente.

Alla luce della crescente incidenza del disturbo da uso di sostanze, del notevole incremento della diffusione delle diverse sostanze utilizzate e della complessità della presa in carico e del percorso di assistenza dei pazienti con disturbo da uso di sostanze, si ritiene auspicabile lo sviluppo di percorsi di studio approfonditi che, accanto alla formazione di base, permettano agli infermieri l'acquisizione di conoscenze e competenze specifiche finalizzate ad una più efficace gestione di questa tipologia di paziente.

9. BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (5°ed.) Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- Bari, A., DiCesare, J., Babayan, D., Runcie, M., Sparks, H., & Wilson, B. (2018). Neuromodulation for substance addiction in human subjects. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.*, Volume 95, Pages 33-43.
- Biolcati, R., & Mancini, G. (2018). Club drugs e rave party: uno studio pilota sugli stili di consumo di droghe sintetiche in un campione di giovani raver italiani. *L'Open Public Health Journal*, 11 (1), 474-484.
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 233-241.
- Hardaway, R., Schweitzer, J., Suzuki, J. (2016) Hallucinogen Use Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.*25(3):489-96.
- Jett J., Stone E., Warren G., Cummings KM. (2018) Cannabis Use, Lung Cancer, and Related Issues. *J Thorac Oncol.* 13(4):480-487.
- McGeary, K. A., & French, M. T. (2000). Illicit drug use and emergency room utilization. *Health services research*, 35(1 Pt 1), 153.
- Neville, K., Roan, N. (2014). Challenges in nursing practice: Nurses' perceptions in caring for hospitalized medical-surgical patients with substance abuse/dependence. *JONA: The Journal of Nursing Administration* , 44 (6), 339-346.

- Oliver, J., Coggins, C., Compton, P., Hagan, S., Matteliano, D., Stanton, M., St Marie, B., Strobbe, S., & Turner, H. N. (2012) American Society for Pain Management nursing position statement: pain management in patients with substance use disorders. *Pain Manag Nurs.* 13(3):169-83.
- Pace, A. (2003). Trauma care systems in Italy. *Injury, International journal of the care of the injured*, 34 (9), 693-698.
- Palsciano, G., Palmieri, V. O., Altomare, E. (1992). *Medicina Pratica*. UTET, Torino.
- Park TM, Haning WF 3rd. (2016) Stimulant Use Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 25(3):461-71.
- Ranieri, M. L., & Corradini, F. (2019). Linee Guida e Procedure Di Servizio Sociale. (3°ed). Italia: Erickson.
- Sharma, B., Bruner, A., Barnett, G., & Fishman, M. (2016). Opioid Use Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.*, 25(3), 473-87.
- Sussman, S. (2010). A review of Alcoholics Anonymous/Narcotics Anonymous programs for teens. *Evaluation & the health professions*, 33(1), 26-55.
- Teoh, L., Moses, G., McCullough MJ. (2019) Oral manifestations of illicit drug use. *Aust Dent J.* 64(3):213-222.
- Trowbridge, P., Weinstein, Z. M., Kerensky, T., Roy, P., Regan, D., Samet, J. H., & Walley, A. Y. (2017). Addiction consultation services—Linking hospitalized patients to outpatient addiction treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 79, 1-5.

- Tucci, R. (2011). *L'esecuzione della pena detentiva nei confronti dei soggetti tossicodipendenti*.
- Zimmerman J.L. (2012). Cocaine intoxication. *Crit Care Clin.*, 28(4):517-26.
- Zou, Z., Wang, H., Uquillas, F. D. O., Wang, X., Ding, J., & Chen, H. (2017). Definition of substance and non-substance addiction. *Substance and Non-substance Addiction*, 21-41.

10. SITOGRAFIA

- Ministero della Salute (2019). Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3849_listaFile_itemName_1_file.pdf
- EMCDDA. European Drug Report. Trends and Developments. https://www.emcdda.europa.eu/publications-database_en?search_api_views_fulltext=european+drug&sort_bef_combine=field_publication_date+ASC
- Cnr. Consiglio Nazionale delle Ricerche. Consumi d'azzardo 2017. <https://www.avvisopubblico.it/home/wp-content/uploads/2018/06/Consumi-dazzardo-2017.pdf>

11. FILMOGRAFIA

- *Blow* (Ted Demme 2001)

12. RINGRAZIAMENTI

Il presente lavoro di tesi rappresenta per me il risultato di un percorso impegnativo e allo stesso tempo estremamente stimolante e gratificante sia dal punto di vista accademico che personale. In questo percorso sono stata accompagnata da importanti persone che, in modo diverso, hanno contribuito alla realizzazione di questo mio elaborato e che vorrei brevemente ringraziare. In primo luogo, vorrei ringraziare il mio relatore, il Prof. Wladimiro Bonifazi, per aver saputo comprendere fin da subito i miei interessi e avermi sostenuto e orientato con entusiasmo nella strutturazione del lavoro, per le preziose indicazioni e suggerimenti fornitimi e per la grande disponibilità e fiducia che mi ha concesso lungo questo percorso. Ringrazio anche i docenti e i tutor del CdL in infermieristica di Pesaro, per la loro grandissima disponibilità e competenza.