



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**IL RUOLO DELL'INFERMIERE
NELLA GESTIONE DELL'ALCOLISMO**

Relatore: **Chiar.mo**
Prof. Galli Francesco

Tesi di laurea di:
Valverde Silvia

A.A. 2019/2020

ABSTRACT

Introduzione

L'Unione Europea è la nazione con il più alto consumo di alcol; esso è la terza causa di malattia e conseguente morte, subito dopo il fumo e l'ipertensione. Il suo consumo è considerato il quarto problema più importante in Europa, dopo l'infarto, la depressione e l'ictus. L'alcolismo comporta molti danni sociali; i più comuni sono il coinvolgimento in una rissa, il danneggiamento della vita familiare, del matrimonio, il lavoro, gli studi, le amicizie o la vita sociale, abuso su minori, guida in stato di ebbrezza, violenza e crimini. A livello medico dai dati rilevati in letteratura, si è dimostrato che l'utilizzo dell'alcol porta a contrarre più di 60 malattie (disordini psichiatrici, tumori, patologie del sistema immunitario, cardiovascolari, gastrointestinali, ossee e del sistema riproduttivo), considerando che il rischio aumenta con l'aumentare della dose assunta e con pericolo diverso a seconda del sesso. Spesso, proprio a causa delle patologie alcol-correlate, è possibile incontrare soggetti affetti da alcolismo nei vari *setting* di cura ospedalieri in base alla gravità della patologia; tale problematica determina una complessità tale da richiedere interventi diagnostici, terapeutici e assistenziali multiprofessionali e multidisciplinari, che coinvolge anche l'infermiere.

Obiettivo

Approfondire le conoscenze sulle problematiche correlate al consumo di alcolici e fornire indicazioni utili per una corretta pianificazione dell'assistenza nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione di soggetti con alcolismo.

Materiali e metodi

Sono stati consultati i documenti pubblicati dall'Istituto Superiore di Sanità, in particolare dall'Osservatorio Nazionale Alcol (CNESPS) e dal Centro Collaborazione OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problemi alcol-correlati, con lo scopo di reperire informazioni sul fenomeno dell'alcolismo e sulle problematiche ad esso correlate, di tipo sia clinico sia sociale. Sono stati consultati inoltre i manuali di Classificazione delle Diagnosi Infermieristiche (NANDA), di Classificazione dei

Risultati Infermieristici (NOC) e di Classificazione degli Interventi Infermieristici (NIC) per sistematizzare e classificare tutte le informazioni utili alla pianificazione assistenziale.

Risultati

Sulla base della sintomatologia più frequente presentata dal soggetto alcolista, si è proceduto ad eseguire un accertamento dei bisogni assistenziali secondo il modello di salute di Marjory Gordon dal quale è emerso che le aree più disfunzionali sono quelle relative alla Percezione e Gestione della salute, Nutrizionale e metabolico, Sonno e Riposo, Percezione e concetto di sé, Ruolo e relazioni, Sessualità e riproduzione, Adattamento e tolleranza allo stress. In riferimento a queste aree disfunzionali di salute sono state elaborate 11 diagnosi infermieristiche (NANDA) alle quali sono stati associati 13 obiettivi assistenziali (NOC) e individuati 18 interventi infermieristici (NIC).

Analisi, discussione e conclusioni

Questo lavoro di pianificazione assistenziale secondo la tassonomia NANDA - NOC - NIC può essere applicato in ogni *setting* di cura in cui si manifesti la necessità di assistenza al paziente alcolista. Poiché non è possibile elaborare una specifica pianificazione standardizzata dell'assistenza al soggetto alcolista, in linea generale è stato formulato un piano assistenziale, sulla base delle principali problematiche maggiormente riscontrate, utile nella pratica assistenziale.

INDICE

Introduzione	1
1. Aspetti generali dell'alcolismo	
1.1 Definizione.....	4
1.2 Epidemiologia.....	5
1.3 Consumo di alcol e danni sociali	6
1.4 Eziologia	10
1.5 Quadri clinici.	12
1.6 Patologie alcol-correlate	16
2. Percorso diagnostico-clinico-terapeutico-assistenziale dell'alcolista	
2.1 Prevenzione.....	21
2.2 Cura.....	23
2.3 Riabilitazione	27
2.4 Reinserimento sociale	32
3. Pianificazione assistenziale in relazione alle principali problematiche dell'alcolismo	
3.1 Le fasi della pianificazione assistenziale	35
3.2 Accertamento dei bisogni assistenziali	40
3.3 Diagnosi infermieristiche (NANDA).....	43
3.4 Obiettivi assistenziali (NOC).....	46
3.5 Interventi infermieristici (NIC)	50
3.6 Valutazione dei risultati	84
Conclusioni	93
Bibliografia e sitografia	95
Allegato 1. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)	104
Allegato 2. Test AUDIT C (versione ridotta dell'AUDIT)	107
Allegato 3. FAST (Fast Alcohol Screening Test)	108
Allegato 4. CAGE	110
Allegato 5. C.I.W.A. (Clinical Institute Withdrawal Assessment)	111

Introduzione

“La vera felicità non è in fondo a un bicchiere, non è dentro a una siringa: la trovi solo nel cuore di chi ti ama” così recita un coinvolgente aforisma del cantante James Douglas Morrison, un messaggio sociale per il grande pubblico.

Questa frase mi ha sempre fatto riflettere durante tutto il percorso di studi in Infermieristica, soprattutto in occasione del tirocinio clinico, e ha stimolato continuamente la mia curiosità di sperimentare la relazione interpersonale con soggetti affetti da alcolismo, forse perché comporta un approccio particolare con una visione assistenziale che va oltre la patologia in senso stretto e che necessita spesso il coinvolgimento anche della rete familiare, sociale e lavorativa.

Durante l’esperienza di tirocinio infatti ho constatato che spesso si incontrano soggetti con patologie alcol-correlate in diversi *setting* di cura e, quindi, la capacità di riconoscere la problematica e, utilizzando adeguate modalità comunicative, favorire una concreta presa di coscienza da parte dell’assistito che permetta un cambiamento dello stile di vita, rappresenta un momento assistenziale di fondamentale importanza per avviare un percorso terapeutico-riabilitativo efficace.

La cultura italiana ha sempre manifestato un atteggiamento favorevole nei confronti dell’alcol, al quale sono legati detti, leggende popolari, usi e costumi; il vino e gli altri alcolici hanno sempre avuto un ruolo importante nella vita delle persone, infatti sono tantissime le occasioni per consumare alcolici (in famiglia, con gli amici e in tutte le situazioni conviviali). Non bisogna dimenticare inoltre che l’antico nome della nostra penisola “Enotria”, significa letteralmente “terra del vino”.

Molte sono le convinzioni popolari che attribuiscono all’alcol numerosi benefici se usato moderatamente e molti tra l’altro mai dimostrati; si ritiene che esso abbia il potere di combattere molti malanni e disagi che affliggono l’uomo, sarebbe un antianemico, un afrodisiaco, un utile rimedio per sconfiggere la timidezza, una difesa dal freddo, un sonnifero, ecc...; tuttavia ancora maggiori sono gli effetti dannosi attribuiti al suo abuso, all’euforia subentra la depressione, alla buona digestione segue la gastrite, all’esaltazione della sessualità succede l’impotenza, alla socievolezza l’emarginazione e alla creatività la demenza. Questi effetti però non sono noti a tutti.

L'alcolismo è una condizione di vita che coinvolge i familiari (mogli, mariti, figli e parenti) e li vede convivere con una malattia sottovalutata e disprezzata, spesso nascosta con un forte senso di vergogna; talvolta dietro l'apparente normalità di una famiglia si nascondono problemi terribili di violenza domestica, nascosti per evitare la vergogna.

In Italia il problema dell'alcolismo resta fundamentalmente un problema sommerso, soltanto nel 1998, per la prima volta, il Piano Sanitario Nazionale inserisce l'uso di alcol come uno stile di vita che può indurre a condizione di morbosità e mortalità.

Nel marzo 2001 viene emanata, finalmente, la "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati" che contiene norme finalizzate alla prevenzione, alla cura ed al reinserimento sociale degli alcolodipendenti, favorendo l'informazione e l'educazione sulle conseguenze derivanti dal consumo di bevande alcoliche, ed all'art. 5 (modifiche degli ordinamenti didattici universitari) è previsto l'inserimento dello studio dell'alcolologia negli ordinamenti didattici dei corsi di laurea relativi alle professioni sanitarie, fra cui la Laurea in Infermieristica.

Questo sottolinea quanto l'alcolismo e le patologie ad esso correlate per la loro complessità richiedano l'intervento di più figure professionali, e tra queste l'infermiere. L'obiettivo di questa tesi infatti è quello di approfondire le conoscenze sulle problematiche correlate al consumo di alcolici e fornire strumenti utili per una corretta pianificazione dell'assistenza nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione di soggetti con alcolismo.

Questo lavoro di tesi cercherà di affrontare le problematiche dell'alcolismo, presentate nel primo capitolo, dove verranno trattati gli aspetti generali della patologia, la diffusione in Europa e in Italia, verranno analizzati i fattori di rischio, i principali quadri clinici e le patologie correlate al consumo di alcolici evidenziate in letteratura.

Nel secondo capitolo si vuole evidenziare le varie fasi del percorso diagnostico, clinico, terapeutico e assistenziale che il soggetto alcolista incontra nella varie fasi del suo percorso, dalla prevenzione, alla cura e riabilitazione fino al suo reinserimento sociale. Nella prima sezione di questo capitolo verranno presentati alcuni strumenti utili nella prevenzione del consumo di alcol, alcune scale di misura e test ematologici impiegati fino alle modalità operative di approccio tramite interventi brevi validi per una diagnosi precoce; nella sezione relativa alla cura si affronterà invece la principale terapia farmacologica utilizzata nella presa in carico del soggetto con problematiche legate

all'alcolismo; infine l'ultima parte del capitolo affronterà le caratteristiche e le specificità della riabilitazione e del reinserimento sociale.

Il terzo capitolo della tesi, invece, affronterà inizialmente la parte teorica del nursing e successivamente il processo di pianificazione assistenziale con tassonomia NANDA-NOC-NIC, dove si tenterà di costruire un percorso ipotetico di assistenza infermieristica standardizzato sulla base dei bisogni più rilevanti in modo da permettere una valutazione dei risultati conseguiti.

L'infermiere svolge in tutto il processo un ruolo fondamentale perché media il rapporto con il medico e con i familiari e assiste il paziente nelle varie fasi del percorso, supportandolo e motivandolo.

In conclusione, questa tesi è volta ad unire il concetto del processo di nursing e assistenza infermieristica in relazione alle problematiche conseguenti al consumo di sostanze alcoliche, con lo scopo di fornire una tipo di assistenza sempre più efficace e basata sulle evidenze scientifiche. Inoltre viene posta in risalto la figura dell'infermiere durante la fase preventiva dove lo stesso diventa educatore e promotore della salute del paziente. Importante è ricordare che l'infermiere non deve mai sostituirsi al paziente ma essere una figura di supporto in grado di sviluppare le competenze necessarie affinché l'assistito ritorni in salute e/o possa vivere la propria esistenza nel modo migliore possibili, a seconda delle sue condizioni di salute.

1. Aspetti generali dell'alcolismo

1.1 Definizione

L'OMS (Organizzazione Mondiale Sanità) definisce l'alcolismo come: *“Uno stato psichico e generalmente anche fisico caratterizzato dalla compulsione ad assumere alcol in modo continuo o periodico allo scopo di provare i suoi effetti psichici ed evitare il disagio della sua assenza.”*

Questo termine con il passare del tempo è stato sostituito da quello più preciso di “sindrome da alcoldipendenza”.

L'utilizzo di alcol può essere classificato in cinque tipi di condizioni differenti:

Consumo a rischio, l'utente beve costantemente una quantità di alcol tanto da non rendersi conto che può incorrere in un pericolo; non c'è una dose da considerarsi rischiosa rispetto ad un'altra perché ogni consumo può considerarsi tale in base alle caratteristiche di ogni individuo. In ogni caso, in uno studio gli autori hanno provato a classificare come consumo a rischio quello superiore di 20 grammi giornalieri di alcol puro per le donne e 40 grammi giornalieri per gli uomini (Rehm, J., et al. 2004).

Consumo dannoso, si esprime come “una modalità di consumo alcolico che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale”, (World Health Organization [WHO], 1992). È stato classificato con consumo medio regolare di oltre 40 grammi di alcol al giorno per le donne e di oltre 60 grammi gli uomini (Rehm, J., et al. 2004).

Intossicazione, cioè uno stato di deficit fisico e psicologico di durata breve causato dalla presenza di alcol nel corpo.

Consumo eccessivo episodico o nel linguaggio più comune *binge drinking* viene definito come l'assunzione in un'unica dose di almeno 60 grammi di alcol puro (World Health Organization [WHO], 2004).

Alcoldipendenza è la condizione per cui, l'individuo mette da parte le proprie attività, la propria vita sociale e relazionale per dare sempre più spazio all'uso di alcol che diventa la massima priorità. L'ICD- 10 – *Classification of Mental and Behavioural disorders* redatta dall'OMS nel 1992, suggerisce la seguente

definizione di alcoldipendenza “insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui il consumo di alcol riveste per l’individuo una priorità crescente, rispetto ad abitudini che in precedenza erano più importanti”.

Il punto cardine che conclude la definizione è il desiderio (spesso molto forte, a volte percepito come insopportabile) di bere. I criteri diagnostici che stabiliscono la diagnosi di alcoldipendenza in un periodo di 12 mesi sono rappresentati da tre o più dei seguenti presupposti:

- Forte desiderio o spinta compulsiva ad assumere alcol.
- Difficoltà a controllarsi per quanto concerne inizio, fine o livello di assunzione alcolica.
- Stato di astinenza quando si smette di bere o si riduce la quantità o bere per evitare sintomi di astinenza.
- Aumento della tolleranza tanto da dover aumentare le dosi.
- Aumento del tempo dedicato a procurarsi la sostanza e conseguente abbandono di altre attività o piaceri.
- Utilizzo dell’alcol nonostante la consapevolezza di avere un problema e dei danni che esso causa.

Consumo a rischio, consumo dannoso, intossicazione, *binge drinking* e alcoldipendenza non sono condizioni stabili cioè l’individuo può passare da uno stato ad un altro, avanti o indietro, migliorando o peggiorando la propria situazione.

1.2 Epidemiologia

L’Unione Europea è la nazione con il più alto consumo di alcol, (World Health Organization [WHO], 2002); esso è la terza causa di malattia e conseguente morte, subito dopo il fumo e l’ipertensione. Il suo consumo è considerato il quarto problema più importante in Europa, dopo l’infarto, la depressione e l’ictus.

Secondo alcuni dati epidemiologici, ogni anno 23 milioni di persone sono dedite all’alcol (Anderson P., Baumberg B. & Mc Neill A. 2005).

Circa il 55% della popolazione europea ha problemi con l'etanolo: il 15% ha una modalità di consumo rischiosa, il 6% ha una modalità di consumo dannoso. 118 milioni di persone hanno almeno un episodio di *binge drinking* al mese (all'incirca un adulto su 3), il 5% degli uomini adulti e l'1% delle donne adulte sono alcolodipendenti.

Inoltre è opportuno ricordare il danno economico: in Europa 125 miliardi di euro per danni diretti e oltre 156 miliardi di euro per danni indiretti (Anderson P. & Blaug B., 2006). In Italia l'alcol si conferma come terzo fattore di morte e disabilità. Si trova al primo posto invece per rischio di morte al di sotto dei 24 anni (Scafato E., Gandin C. & Patussi V., 2010 e Scafato E., Gandin C., Galluzzo L. et al., 2015). Secondo i dati ISTAT rilevati nel 2010 i decessi in Italia sono stati 18000. Gli alcol dipendenti sono 700000 e 8300000 sono gli Italiani a rischio di sviluppare problematiche psico-fisiche. Nonostante vi sia il divieto di somministrare e vendere bevande alcoliche al di sotto dei 18 anni, i dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e ISTAT nel 2015 indicano come siano a rischio il 12,4% e il 51,1% dei maschi rispettivamente fra 11-15 anni e 16-17 anni. Uno studio ha dimostrato che sono a rischio, invece, il 10% e il 34,8% delle femmine rispettivamente fra 11-15 anni e 16-17 anni (Scafato E. et al., 2015).

1.3 Consumo di alcol e danni sociali

L'impiego di alcol si può calcolare in termini di grammi di alcol ingerito o di bicchieri standard (equivalente a 10-12 grammi di alcol puro in Europa), (Turner, C. 1990). A livello scientifico, si preferisce utilizzare l'unità di misura grammi di alcol puro mentre a livello di assistenza sanitaria di base si utilizza la bevanda standard. Il concetto di bevanda standard sembra essere piuttosto relativo perché il contenuto alcolico delle bevande può variare dall'1% ad oltre il 45% (da 1° a oltre 45° di gradazione) e i recipienti utilizzati per le bevande possono avere una misura differente. In Italia, ad esempio, un bicchiere standard contiene 12 grammi di alcol puro o Unità Alcolica che corrispondono a:

- 330 ml di birra al 4.5% (4.5 gradi alcolici);
- 125 ml di vino al 12 % (12 gradi alcolici);
- 80 ml di aperitivo o cocktail al 18% (18 gradi alcolici);

- 40 ml di liquore al 36% (36 gradi alcolici).

La bevanda alcolica è ormai presente nella vita quotidiana delle persone, durante il raggiungimento di importanti traguardi o durante una semplice uscita tra amici, favorendo la partecipazione e lo svago.

Il suo consumo riduce lo stress, migliora l'umore, aumenta la socievolezza e stimola il rilassamento, (Hull, J.G. & Bond, C.F., 1986; Baum- Baicker, C. 1987), soprattutto se si beve in compagnia. Anche il solo fatto di pensare di aver bevuto quando realmente non lo si è fatto porta le persone ad essere più disponibili (Darkess, J. & Goldman, M.S. 1993). Per contro, bere eccessivamente fino ad ubriacarsi comporta molti danni sociali. I più comuni sono il coinvolgimento in una rissa, il danneggiamento della vita familiare, del matrimonio, il lavoro, gli studi, le amicizie o la vita sociale, abuso su minori, guida in stato di ebbrezza, violenza e crimini. Un dato interessante è che, anche chi subisce violenza, spesso si trova sotto l'effetto dell'alcol e tende proprio a seguito dei maltrattamenti a sviluppare alcoldipendenza (Darves-Bornoz, J., Lepine, J., Choquet, M., Berger, C., Degiovanni, A., & Gaillard, P. 1998). L'alcol agisce intaccando la personalità dell'individuo, soprattutto l'area dell'istintività. Un suo elevato consumo può causare disoccupazione e l'intossicazione alcolica aumenta il rischio di assenteismo sul lavoro determinando minore produttività del lavoratore. Nella seguente tabella si elencano i principali danni alcol-correlati a terzi.

Tabella 1. Principali danni alcol-correlati arrecati a terzi.

PROBLEMA	Riepilogo dei dati rilevati
Conseguenze sociali negative	Il danno sociale alcol-correlato nei confronti di terzi è più comune per quanto riguarda le conseguenze meno gravi (come i rumori molesti di notte) che per quelle più gravi come il timore di fronte a persone ubriache nei luoghi pubblici), (Rossow, I.,

	<p>& Hauge, R. (2004). Le conseguenze sociali negative a danno di terzi presentano un'incidenza sulla popolazione più alta rispetto alle conseguenze sociali a danno del bevitore stesso.</p>
<p>Violenza e crimini</p>	<p>Esiste una relazione tra il consumo di alcol e il rischio di coinvolgimento in episodi di violenza (compreso l'omicidio) maggiore per l'intossicazione rispetto ad altre modalità di consumo (Rossow I., 2000; Wells, S., Graham, K. & West, P. 2000). Alcuni studi affermano che esistono inoltre relazioni tra un elevato consumo di alcol e violenza sessuale (particolarmente quella rivolta a estranei) e domestica (sebbene questa relazione si attenui se si prendono in considerazione altri fattori), (Mirrlees-Black, C., 1999; Abbey, A., Zawacki, T., Buck, P.O., Clinton, A. & McAuslan, P., 2001; Caetano R., Schafer, J. & Cunradi, C.B. 2001; Brecklin, L.R. e Ullman, S.E. 2002; White, H.R. & Chen, P-H 2002; Lipsey, M. W., Wilson, D.B., Cohen, M.A., & Derzon J.H. 1997; Greenfield, L.A. 1998). La violenza è tanto più grave, quanto maggiore è il consumo di alcol (Gerson, L. & Preston, D. 1979; Martin S.E. & Bachman, R. 1997; Sharps, P.W., Campbell, J., Campbell, D., Gary, F. & Webster, D. 2001).</p>
<p>Dissidi coniugali</p>	<p>Esiste un'associazione significativa tra il forte consumo di alcol e le separazioni</p>

	coniugali; alcune ricerche hanno dimostrato un'associazione statisticamente significativa tra il consumo dannoso e il rischio di separazione coniugale (Leonard, K.E. & Rothbard, J.C., 1999).
Abuso sui minori	Un gran numero di ricerche non sempre metodologicamente corrette, rilevano una maggiore prevalenza di tutta una serie di problemi infantili tra i bambini di forti bevitori rispetto ad altri. Alcuni studi hanno ricevuto critiche metodologiche (Miller, B.A., Maguin, E. & Downs, W.R., 1997; Rossow, I., 2000; Widom, C.S. & Hiller-Sturmhofel, S., 2001).
Danni sul lavoro	Un elevato consumo di alcol si riflette in una diminuzione della produttività e nell'aumento dell'incidenza di danni a terzi.
Guida in stato di ebbrezza	Il rischio alcol-correlato di incidenti e di danni a terzi aumenta sia con la quantità di alcol assunta che con la frequenza delle occasioni di consumo eccessivo episodico (Midanik, L.T., Tam, T.W., Greenfield, T.K. & Caetano, R. 1996).
Problemi prenatali	L'alcol influisce negativamente sulla funzione riproduttiva. L'esposizione prenatale all'alcol può essere associata a deficit intellettivi che si manifesteranno successivamente nell'infanzia. Sebbene possa verificarsi anche per assunzioni di piccole quantità di alcol, il consumo di più

	<p>unità in un'unica occasione durante la gravidanza può aumentare il rischio di aborto spontaneo, di basso peso corporeo alla nascita, di nascita prematura e di un ritardo nella crescita intrauterina, e può ridurre la produzione di latte nelle madri che allattano al seno.</p>
--	---

1.4 Eziologia

Fino a molti anni fa si pensava che l'alcolismo fosse un vizio, cioè un comportamento volontario negativo e quindi moralmente riprovevole; negli ultimi anni, invece, appare sempre più evidente, in seguito al progresso delle conoscenze scientifiche sull'argomento, che la dipendenza da alcol è dovuta non tanto alla mancanza di volontà del soggetto, ma ad una serie di fattori:

FATTORI GENETICI o BIOLOGICI

Uno studio ha considerato i figli di persone alcodipendenti, separati nei primi mesi di vita dai genitori, in seguito adottati, e li ha rapportati con i bambini di persone non dedite all'alcol. Il risultato è stato che i primi, in età adulta, hanno presentato un rischio superiore di alcolismo rispetto ai figli di non etilisti.

Altri studi sono stati condotti su campioni di età adulta che avevano avuto il padre alcolista e sono stati confermati i risultati, cioè che i figli di genitori alcolisti possono sviluppare più facilmente e più precocemente varie forme di alcolismo.

Ad oggi non è ancora possibile dimostrare con certezza una predisposizione genetica nei confronti dell'alcolismo, ma si può affermare che esiste una certa familiarità nei confronti dell'abuso di alcol.

FATTORI PSICOLOGICI

Alcuni disturbi di natura psicologica provocano sofferenza e facilitano la ricerca dell'alcol come conforto per superare tali momenti e comprendono:

- Depressione: spesso è la conseguenza dell'alcolismo, ma in molti casi rappresenta la causa dell'insorgenza dell'alcolismo.
- Tristezza: l'alcol diventa il mezzo euforizzante o lo strumento di autodistruzione e di punizione.
- Nevrosi fobica: la paura e l'ansia, il continuo stato di allarme, diventano i fattori che scatenano l'abuso di alcol per il suo dubbio effetto ansiolitico, perciò il bere fino allo stordimento diventa un efficace palliativo.
- Ansia: l'alcolismo probabilmente è la principale conseguenza del disturbo da ansia generalizzata, situazione caratterizzata da una sensazione di allarme continua, come se dovesse accadere qualcosa da un momento all'altro, da tremori, contratture muscolari, da irrequietezza motoria, da formicolii, da battito cardiaco accelerato, da una sensazione di soffocamento.
- Attacchi di panico: si verificano improvvisamente crisi di terrore non scatenate da alcuna particolare situazione e l'alcol, in questi casi, funge da calmante, procurando un temporaneo sollievo.
- Disturbo antisociale: le persone che hanno un comportamento irresponsabile e antisociale, che non accettano le regole, anzi tendono volutamente ad infrangerle, assumono spesso l'alcol e ne abusano, proprio per identificarsi in un modello di vita antisociale con comportamenti rissosi.
- Timidezza: in alcuni soggetti giovani la timidezza, il timore di un giudizio negativo, il disagio sociale, le insicurezze sono punti di partenza per l'abuso di alcol, che ha per loro una funzione di conforto. A questa categoria appartengono quegli alcolisti chiusi e introversi, che trovano nell'alcol il coraggio per esprimersi, per farsi valere, per manifestare quanto è represso, per partecipare alla vita rimanendo comunque in disparte.

FATTORI SOCIO-AMBIENTALI

Il fenomeno dell'alcolismo è sicuramente influenzato da fattori ambientali, professionali, culturali ed economici. Esiste una correlazione tra l'ambiente in cui si vive e il bere, per esempio nelle zone a produzione vinicola il consumo di alcol è principalmente a base di vino, nelle zone urbanizzate, invece, si beve prevalentemente birra e distillati.

Inoltre alcune professioni possono indurre più di altre all'abuso alcolico; ad esempio il lavoro contadino, che per tradizione attribuisce all'alcol qualità energetiche, stimola facilmente il consumo eccessivo, come accade anche ai produttori di bevande alcoliche, ai viticoltori che spesso la pronta disponibilità della sostanza può indurre al consumo eccessivo.

Infine la nostra società considera il bere come valore positivo e l'uso di alcol è per tradizione culturale una prerogativa maschile; perfino la tipologia di bevanda consumata si associa al ceto sociale, diminuisce il consumo di vino che viene collegato al ceto contadino e aumenta l'uso dei superalcolici per evidenziare il distacco generazionale tra il padre ed il figlio, che beve liquori in discoteca o al bar.

Al gesto del bere si collegano i valori socializzanti, per cui i luoghi di consumo di bevande alcoliche sono visti come luoghi di incontro nei quali è possibile sviluppare e mantenere solidarietà tra le persone.

Tutti questi principi culturali accompagnano il bere e fanno di questo un uso comunemente accettato dalla società.

1.5 Quadri clinici

Prima di analizzare le varie fasi del soggetto alcolista è importante spiegare le differenze tra uso, abuso e dipendenza dalla sostanza alcolica. Esse sono varie anche se nel linguaggio comune questi termini vengono utilizzati quasi in maniera indistinta. Nel *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali DSM* dell'*American Psychiatric Association* IV edizione si distingue l'abuso come una fase lieve o precoce e, di dipendenza come grave manifestazione di un quadro dalle caratteristiche simili. L'abuso di alcool crea un quadro clinico molto simile alla dipendenza, pur non rispettandone i criteri: si può parlare di "problemi legati al bere". Il DSM-5 unisce le categorie di uso e dipendenza in un unico disturbo chiamato disturbo da uso di sostanze, come evidenziato in tabella 2.

Tabella 2. Criteri dettati dall'*American Society of Psychiatry* per porre diagnosi di Disordine da Uso di Sostanze (SUD).

	DSM-IV Abuso da sostanze (1 o più condizioni presenti)	DSM-IV Dipendenza da sostanze (3 o più condizioni presenti)	DSM-V Disturbo da uso di sostanze (2 o più condizioni presenti)
Uso pericoloso/rischio infettivo	X		X
Problemi sociali/familiari da abuso	X		X
Problemi legali da abuso	X		
Tolleranza		X	X
Astinenza		X	X
Uso quantità superiori alle prescritte		X	X
Tentativi falliti di ridurre l'uso		X	X
Conoscenza problemi fisici/mentali derivanti dall'uso		X	X
Molte ore giornaliere dedicate alla sostanza		X	X
Perdita attività sociali/lavorative		X	X

<i>Craving</i> (forte e irresistibile bisogno di assumere una sostanza. Se questo desiderio non può essere soddisfatto si avverte sofferenza psicologica e fisica (ansia, insonnia, aggressività e sintomi depressivi).			X
---	--	--	---

Il disturbo da uso di sostanze, in questo caso da alcolici, si riflette in tre stati:

INTOSSICAZIONE ALCOLICA

Condizione benigna caratterizzata da una grande ingestione di alcol e definita dai seguenti sintomi: pronuncia confusa, movimenti scoordinati, marcia instabile, nistagmo (movimento oscillatorio degli occhi), deficit di attenzione/memoria e stupor ovvero insensibilità al dolore o coma.

SINDROME ASTINENZIALE DA ALCOL

Insorge, generalmente, dopo un periodo di parziale o totale astensione dall'alcool. La durata dell'abitudine al bere e la quantità di alcool richiesti per provocare sintomi di astinenza variano notevolmente da individuo a individuo. I sintomi principali sono: tremore, ansia, incubi e insonnia, anoressia, nausea, tachicardia e sudorazione. L'epilessia alcoolica è un sintomo che si manifesta con convulsioni motorie generalizzate senza che vi sia un disturbo epilettico sottostante e si presenta dopo 12-48 ore dalla cessazione

dell'assunzione di alcool. Normalmente il quadro completo della sindrome varia da una iniziale o media sindrome di astinenza, ad un delirio da astinenza (*delirium tremens*). Il *Delirium Tremens* si verifica entro 24-72 ore dall'astinenza e nel 90% dei pazienti entro 7 giorni. Si manifesta di notte ed è caratterizzata da disturbi della coscienza quale il delirio occupazionale che consiste nel ricreare i luoghi di lavoro, zoopsie ovvero dare realtà fisica ad oggetti inesistenti e disturbi del corpo quali il tremore a scosse ampie, la sudorazione e l'ipertermia fino ad arrivare alle crisi epilettiche e al collasso cardiocircolatorio.

SINDROME PSICHIATRICA INDOTTA DALL'ALCOL

L'uso di alcol può causare patologie psichiatriche o disturbi neurocognitivi che persistono anche dopo l'uso dello stesso.

L'alcolismo si manifesta in una successione di tre fasi ben precisa:

Fase iniziale o prealcolica: caratterizzata dall'assunzione di alcol sempre crescente, si hanno le prime amnesie, si beve il più delle volte in compagnia e le manifestazioni di intossicazione non sono gravi e spesso limitate alle ore serali o in occasione di feste o nel week-end. In questa fase il bere generalmente non è smodato e non ha causato ancora gravi alterazioni a livello sociale e familiare.

Fase acuta o cruciale: caratterizzata dal progressivo instaurarsi della dipendenza, aumenta la tolleranza, comincia la perdita del controllo, aggressività, inutili tentativi di smettere di bere, cambiamento delle abitudini, si cominciano a perdere gli amici, la situazione familiare si complica, iniziano i primi ricoveri ospedalieri, si comincia a bere al mattino. In questa fase le intossicazioni sono frequenti e l'individuo perde la "libertà" di bere. Si attua un sistema di difesa con scuse ed alibi per nascondere il proprio problema ed un sistema di isolamento per cui l'individuo si ritrae dagli amici diventando un bevitore solitario.

Fase cronica: caratterizzata dalla presenza di decadimento morale, sintomi psichici (ansia, incubi), ma anche i disturbi fisici in cui l'unico alimento diventa l'alcol e si determina un deficit nutrizionale accompagnato da una serie di patologie alcol-correlate. In quest'ultima fase l'alcolista comincia a bere per neutralizzare i sintomi stessi del bere, la tolleranza all'alcol diminuisce sempre di più ed anche piccole quantità di alcol provocano effetti rilevanti. L'alcolista assume un aspetto tipico, caratterizzato da una

mimica rallentata, parola impastata e tremori diffusi; progressivamente si instaura la demenza alcolica.

1.6 Patologie alcol-correlate

A livello medico dai dati rilevati in letteratura, si è dimostrato che l'utilizzo dell'alcol porta a contrarre più di 60 malattie, considerando che il rischio aumenta con l'aumentare della dose assunta e con pericolo diverso a seconda del sesso (Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. & Arico, S. 1999; Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. & La Vecchia C. 2004). Le Patologie e Problemi Alcol-Correlati (PPAC) si definiscono come l'insieme dei fenomeni bio-psico-sociali causati dall'abuso di alcol e richiedono un trattamento specifico di tipo "integrato" (medico, psicologico e riabilitativo). Nella tabella seguente si elencano le principali patologie alcol-correlate (Tab.3).

Tabella 3. Principali patologie alcol-correlate.

PATOLOGIE NEUROPSICHIATRICHE	Suicidio	L'intossicazione rappresenta la modalità di consumo a più alto rischio di suicidio (Rossow, I. 1996).
	Ansia e disturbi del sonno	Il consumo di alcol sembra migliorare il sonno in un primo momento per poi avere l'effetto opposto dopo alcune ore dall'assunzione (Castaneda, R., Sussman, N., Levy, O., Malley. M., Westreich, L. 1998).
	Depressione	Il consumo di alcol in base alla quantità assunta rappresenta un fattore di rischio.

	Alcoldipendenza	Il rischio aumenta con l'assunzione di ingenti quantità di alcol in un'unica dose.
	Neuropatia periferica	Danni al sistema nervoso: danneggiamento dei sensi e ridotto o assente movimento in particolare nella parte inferiore del corpo.
	Declino cognitivo, demenza e danni cerebrali	È stato rilevato che chi consuma dai 140 grammi di alcol al giorno in su subisce gli stessi danni cognitivi delle persone alcol dipendenti. Negli adolescenti il consumo di alcol può portare a modifiche dell'ippocampo, la zona del cervello deputata all'apprendimento (De Bellis M.D., Clark D.B. Beers S.R. et al. 2000).
	Sindrome di Wernicke-Korsakoff (deficit di vitamina B1)	È la malattia neurologica più grave riscontrata per le persone alcol dipendenti da lungo tempo, caratterizzata da confusione, difficoltà nella deambulazione, diplopia e deficit della memoria recente.
	Schizofrenia	Il consumo rischioso di alcol è più comune tra persone con diagnosi di schizofrenia. Livelli anche bassi di consumo di alcol possono peggiorare i sintomi e interferire con l'efficacia dei trattamenti.
PATOLOGIE GASTROINTESTINALI	Cirrosi epatica	L'alcol porta alla distruzione del tessuto epatico che prima si cicatrizza fino all'atrofia del tessuto stesso. Si è notato che nonostante il consumo di alcol giornaliero, nel tempo solo il

		<p>20% sviluppa questo stato patologico.</p> <p>Le donne hanno un rischio più elevato di sviluppare questa patologia rispetto agli uomini.</p>
PATOLOGIE TUMORALI	Tumori alla bocca, all'esofago, alla laringe, al fegato e alla mammella	<p>Il consumo di bevande alcoliche aumenta il rischio di contrarre tumori principalmente nel tratto gastroesofageo. Ci sono dati molto significativi per quello che concerne il tumore al seno: si pensa che il tumore possa formarsi a seguito di un aumento dei livelli di ormoni sessuali perché il fegato non metabolizza più gli ormoni circolanti.</p> <p>Secondo l'<i>European Chemicals Bureau</i> (1999) della Commissione Europea si crede che l'alcol possa causare cambiamenti nella conformazione cellulare e che quindi possa essere ritenuto come sostanza mutagena di categoria 2 e cioè una sostanza che potrebbe essere considerata mutagena per l'uomo.</p>
PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI	Ipertensione arteriosa	L'alcol agisce stimolando il sistema nervoso simpatico che causa un aumento della frequenza cardiaca e di conseguenza un incremento pressorio.
	Ictus ischemico (trombo o embolo che impedisce al sangue di arrivare al cervello) e ictus emorragico (rottura di un vaso sanguigno con emorragia che si	<p>L'ictus specialmente quello emorragico è una conseguenza dell'ipertensione che può appunto causare la rottura di un vaso.</p> <p>L'intossicazione alcolica causa ictus specialmente nei giovani e negli adolescenti.</p>

	espande nei tessuti circostanti)	
	Aritmie cardiache	Tra le aritmie cardiache, la forma più frequente causata dal consumo di etanolo è la fibrillazione atriale.
PATOLOGIE DEL SISTEMA IMMUNITARIO	Polmonite, HIV, tubercolosi	Uno studio afferma che l'alcol può indebolire il sistema immunitario, rendendolo più suscettibile alle infezioni (US Department of Health and Human Services, 2000).
PATOLOGIE OSSEE	Fratture	Si evidenzia un aumento delle fratture a seguito di fragilità ossea, specialmente negli uomini.
PATOLOGIE DEL SISTEMA RIPRODUTTIVO	Riduzione dei livelli di testosterone e della fertilità	Il consumo di alcol può ridurre la fertilità attraverso disfunzioni sessuali e diminuita produzione spermatica (Emanuele, M.A. & Emanuele, N.V. 2001).
PATOLOGIE PRENATALI o FASD (disordini fetali alcol correlati)	Riduzione della produzione di latte dal seno	Si rileva nelle madri che hanno consumato alcol durante la gravidanza (Mennella, J. 2001 e Gunzerath, L., Faden, V., Zakhari, S. & Warren, K. 2004).
	Aborto spontaneo, basso peso corporeo alla nascita, ritardo nella crescita intrauterina e nascita prematura	Diversi studi affermano questi rischi (Abel, E.L.1997; Bradley, K.A., Badrinath, S., Bush, K., Boyd-Wickizier, J., & Anawalt, B. 1998; Windham, G.C., Von Berhen, J., Fenster, L. et al. 1997; Albertsen, A., Andersen, A.M., Olsen, J. & Grønbaek, M. 2004; Rehm, J., et al. 2004).
	Riduzione delle funzioni e delle	Si manifestano generalmente dopo la nascita, durante l'infanzia.

	capacità intellettive, Difficoltà nell'apprendimento verbale, nella memoria spaziale e nel ragionamento, lentezza di riflessi e problemi di equilibrio (stress ossidativo)	
--	--	--

Si è osservato che minori quantità di alcol (consumo medio di 10 grammi al giorno) riducono le patologie coronariche ma che un consumo superiore a 20 grammi giornalieri aumenta il rischio. Inoltre il consumo episodico di quantità elevate di alcol aumenta il rischio di aritmie cardiache e morte coronarica improvvisa anche in chi non ha mai avuto patologie preesistenti (Robinette, C.D., Hrubec, Z. & Fraumeni, J.F. 1979; Suhonen, O., Arooma, A., Reunanen, A., e Knekt, P. 1987; Wannamethee, G. e Shaper, A.G. 1992). Le HDL (lipoproteine ad alta densità), sono lipoproteine deputate alla rimozione dei depositi di grasso nei vasi sanguigni che in eccesso causerebbero aterosclerosi cioè indurimento della parete dei vasi a causa di questi depositi. Con il tempo si formerebbero delle ostruzioni dovute a queste placche aterosclerotiche con la minaccia di infarto e ictus. L'alcol a dosi moderate aumenta il colesterolo buono cioè le HDL. La sua azione protettiva vale specialmente per gli uomini rispetto alle donne, per gli infarti non fatali rispetto a quelli fatali e per la popolazione del Mediterraneo rispetto ad altre popolazioni studiate. Se invece il consumo supera i due bicchieri al giorno, il rischio aumenta. In aggiunta, piccole quantità di alcol impediscono la coagulazione del sangue e quindi la formazione di trombi con un ulteriore effetto benefico per l'organismo. Si è rivelato di fondamentale importanza il fatto che la cessazione di qualsiasi consumo d'alcol si rifletta in un repentino cambiamento dei rischi acuti che diventato completamente reversibili.

2. Percorso diagnostico-clinico-terapeutico-assistenziale dell'alcolista

2.1 Prevenzione

La prevenzione è finalizzata ad anticipare la comparsa della malattia e/o riguarda misure volte ad arrestare l'evoluzione dello stato patologico già insorto, e a ridurne le conseguenze. Si distingue in:

Primaria: esecuzione di interventi e comportamenti contro l'insorgenza di malattie. L'informazione è la principale forma di trasmissione attraverso la quale si realizza la promozione della salute e il benessere sociale. La prevenzione primaria è la prima azione che si attua per evitare che si vada incontro alla patologia;

Secondaria: fondamentale è la precocità di intervento cioè la diagnosi precoce quando una malattia ha già fatto la sua comparsa. Questo non elimina la malattia ma può evitare che essa progredisca. Lo strumento cardine è lo *screening*.

Terziaria: non si tratta di una vera e propria salvaguardia perché in questo caso la malattia è già in atto. Serve per evitare complicanze, recidive e la morte stessa.

RUOLO DELL'INFERMIERE

Gli infermieri e il personale sanitario che lavorano nel settore dell'alcolismo hanno il compito di educare, informare e dare istruzioni su come l'alcol può con il tempo causare problemi legati al suo consumo. Compito dell'infermiere è quello di somministrare i test per monitorare il consumo pericoloso e/o nocivo di alcol. Le scale di misura più utilizzate sono:

- **AUDIT** (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) riconosciuto come un test per l'identificazione del consumo problematico di alcol (Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. 2001), (Allegato 1).
- **AUDIT C**, la versione ridotta dell'AUDIT (Bush, K., Kivlahan, D.R., McDonell, M.S., Fihn, S.D. & Bradley, K.A. 1998), (Allegato 2).
- **FAST** (*Fast Alcohol Screening Test*), un test rapido di screening sull'alcol (Allegato 3).

- **CAGE** (Mayfield, D., McLeod, G. & Hall, P. 1974), (Allegato 4).

L'AUDIT è composto da dieci domande suddivise in tre campi: le prime tre riguardano il consumo rischioso di alcol, dalla quarta alla sesta i sintomi di dipendenza, e dalla settima alla decima il consumo dannoso di alcol. Questa scala di valutazione è stata elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità; calcolare il suo punteggio è facile: a seconda della risposta data c'è un risultato che va da zero a quattro. Per ottenere il punteggio totale basta sommare i punteggi di tutte le domande. Secondo alcuni studi questo tipo di questionario si è rivelato molto efficace e più accurato come strumento di screening rispetto ad altri.

L'AUDIT C è un test più semplificato che comprende le prime tre domande dell'AUDIT sul consumo di alcol. Il questionario si è scoperto più efficace rispetto all'AUDIT completo e al CAGE nell'identificazione dei bevitori a rischio ma solo per la popolazione maschile. Concentrandosi sull'alcoldipendenza, l'AUDIT-C si è rivelato di minore efficacia rispetto all'AUDIT completo sulle pazienti donne.

Il FAST, elaborato in Inghilterra è costituito da quattro domande, due riguardanti il consumo di alcol e due i danni alcol-correlati.

In sintesi, si pensa che lo strumento più affidabile sia l'AUDIT-C perché rappresenta il giusto compromesso tra l'AUDIT che è lungo e oneroso e gli altri strumenti di identificazione. Sicuramente esistono delle sostanziali differenze tra il test che viene compilato in autonomia che è indubbiamente più facile da gestire, le cui risposte vengono solamente trascritte al computer e tra l'intervista che invece consente di avere chiarimenti rispetto alle domande che vengono fornite e anche di dare consigli ed iniziare la terapia sotto forma di interventi. Gli infermieri e il personale medico in genere, giocano un ruolo fondamentale nel riconoscere e trattare i pazienti tramite i questionari e un approccio empatico, senza giudizio alcuno. Diversi studi segnalati hanno mostrato che molti pazienti con consumo rischioso e/o dannoso non dichiarano la propria situazione. La soluzione ideale sarebbe sottoporre tutte le persone a *screening*. Vista l'impossibilità di tale azione, un'opzione sarebbe di effettuarlo alle fasce più a rischio, ad esempio ai maschi giovani e di mezza età e con delle patologie riconducibili al consumo di alcol.

Un altro importante compito infermieristico è quello di eseguire gli esami ematochimici. Tra le analisi biochimiche, utilizzate per riconoscere il consumo di alcol e monitorare nel tempo i risultati degli interventi terapeutici, si ritrovano: gli enzimi epatici (gamma-glutamilttransferasi o GGT), la transferrina desialata o CDT, il volume corpuscolare medio o MCV, un alterato rapporto AST/ALT e dosaggio dell'etilglucuronide nel capello. I livelli di GGT aumentano in risposta all'assunzione di una notevole quantità d'alcol. Al contrario si abbassano già dalla prima settimana di cessazione del consumo. I livelli di CDT aumentano in una settimana per un consumo di 50-80 grammi di alcol al giorno (Stibler, H. 1991) mentre si normalizzano dopo quindici giorni dalla cessazione del consumo di alcol (Stibler, H. 1991; Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, J.B. & Sillanaukee, P. 2001). La CDT si utilizza in particolare per i soggetti alcodipendenti. Il MCV rappresenta il volume medio dei globuli rossi; esso aumenta con il consumo di alcol (Wu, A., Chanarin, I. & Levi A.J. 1974). È importante sottolineare che un globulo rosso vive in media centoventi giorni quindi i risultati di un consumo d'alcol non si vedono all'istante ma deve passare qualche mese. Nonostante l'utilizzo di questi marcatori biochimici, non è noto nessun marcatore che possa dare efficaci risultati nello *screening* sul consumo alcolico, specialmente nei giovani che spesso hanno un consumo sporadico. Però è bene mettersi sull'attenti se questi esami biochimici di routine sono elevati perché la possibilità di essere di fronte ad una diagnosi di consumo alcolico dannoso o di alcodipendenza è alta.

2.2 Cura

L'obiettivo della cura è quello di portare i singoli soggetti all'astensione dell'uso di alcol e di contrastarne lo stato di dipendenza; ma anche quello di eliminare e/o diminuire i rischi, complicazioni e danni, in quei soggetti che non sono in condizione di astenersi completamente dall'uso o dall'abuso di sostanze.

L'intossicazione alcolica e l'astinenza lieve e moderata vengono trattate ambulatorialmente o a livello di Pronto Soccorso.

L'astinenza grave o sindrome da astinenza alcolica conseguente alla dipendenza da alcol viene analizzata e trattata a livello ospedaliero con la degenza in strutture dedicate per la detossificazione e per agevolare l'inserimento dei pazienti in programmi terapeutici riabilitativi.

Il modello assistenziale integrato di detossificazione è composto da infermiere, medico specialista, psicologo, assistente sociale, educatore e istruttore professionale. Il ricovero avviene dopo lo *screening* al Pronto Soccorso, previa accettazione da parte del medico dell'Unità di Degenza oppure tramite richiesta del servizio inviante. Sei sono le fasi che caratterizzano il ricovero:

Fase preliminare: in questo stadio viene effettuata una valutazione iniziale del paziente tramite colloquio circa la sua situazione. Si stabilisce il giorno d'ingresso in reparto e avviene la valutazione dello stato tossicologico che può essere più o meno difficile a seconda di come il paziente si presenta all'attenzione del personale ospedaliero: ci può essere uno stato di intossicazione acuta (CT), uno stato di intossicazione acuta e grave (STA) o uno stato di cronica intossicazione alcolica complicata (STC).

Fase di accettazione: si stabilisce un progetto di degenza e si passa all'incontro con il medico, l'infermiere, l'assistente sociale e l'OSS cioè tutte quelle figure che rappresentano l'assistenza al paziente alcolista.

Fase di degenza: prima di passare allo stadio di disintossicazione dalla sostanza si eseguono le varie visite con gli specialisti, l'elettrocardiogramma, gli esami ematici di controllo inclusi esame chimico fisico urine, test di gravidanza, esami virologici.

Fase di disassuefazione: processo farmacologico e psicologico che mira a liberare il soggetto da ogni tipo di dipendenza da alcol. La disassuefazione ospedaliera consente di interrompere l'uso di sostanze psicoattive ed agevolare l'inserimento nei programmi terapeutici riabilitativi. Rappresenta l'eliminazione dell'alcol dall'organismo cioè la stabilizzazione del paziente finché non rimpiazza la sostanza con terapie sostitutive (alcover).

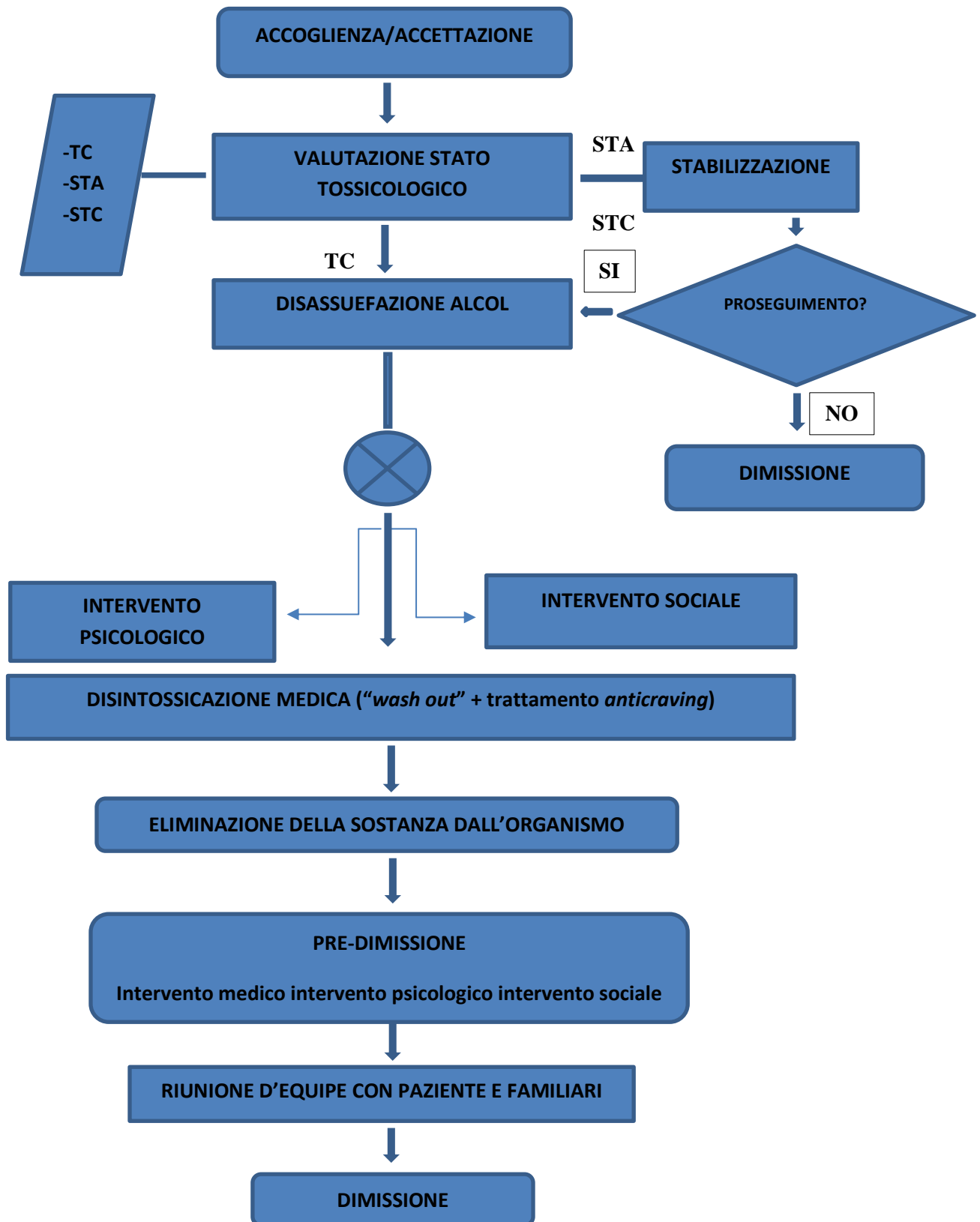
Fase di disintossicazione: essa permette che la malattia del paziente non evolva in forme più gravi e si arrivi alla depressione respiratoria (che costituisce la causa più frequente di morte nei pazienti alcolisti). Inoltre si agisce per fare in modo che non insorga la sindrome

da astinenza alcolica. Questa fase è prettamente medica. È il contrario dell'intossicazione cioè è un processo che elimina le tossine dell'alcol dal corpo. È suddivisa in due fasi: la prima denominata "wash out" è rappresentata dall'eliminazione della sostanza dall'organismo in 72 ore circa tramite l'emodiluizione, con soluzione fisiologica 500 ml e glutazione ridotto 600 mg unita all'idratazione con glucosata. Importante è il monitoraggio delle funzioni vitali visto che il paziente è anche sedato: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione periferica dell'ossigeno e temperatura corporea. In seguito si passa al trattamento *anticraving* utilizzando gammaidrossibutirrato con dosaggio a scalare, somministrazione di tiamina o vitamina B1, B6, B12 (per prevenire patologie quali l'encefalopatia di Wernicke) e uso di benzodiazepine. Le benzodiazepine agiscono stimolando i recettori GABA e causando una diminuzione dell'attività neuronale e relativa sedazione. Secondo alcuni studi ma non è comprovato che siano migliori, (Barrons R., Roberts N. 2010; Hillbom M., Tokola R., Kuusela V., Kärkkäinen P., Källi-Lemma L., Pilke A., Kaste M. 1989), gli anticonvulsivanti, carbamazepina e valproato, sono un'alternativa alle benzodiazepine. In caso di iperpiressia, si utilizzano antipiretici e si controlla lo stato di disidratazione del paziente. Il supporto nutrizionale è molto importante visto che gli assistiti si presentano spesso malnutriti e con un abbassamento dei liquidi corporei che devono essere appunto rimpiazzati. Ulteriormente, passata la fase critica il paziente va orientato verso la realtà, cioè occorre ricordare al paziente l'ora del giorno, la data e tutto quello che lo circonda. Il luogo dove il paziente riposa deve essere tranquillo, ben illuminato e a contatto con i familiari.

Fase di dimissione: si eseguono gli ultimi colloqui con l'*équipe* medica, psicologica e sociale per definire delle regole da rispettare dopo il ricovero circa la terapia e le motivazioni del paziente a rimanere sobrio. Passata la fase critica e al momento della fine del ricovero, l'infermiere svolge un ruolo centrale nell'accompagnare la persona verso una dimissione protetta e un proseguo delle cure e dei servizi che devono continuare ad essere erogati anche al di fuori dei *setting* ospedalieri.

Il grafico seguente riassume le fasi principale della detossificazione ospedaliera che dura all'incirca due settimane (Grafico 1).

Grafico 1. Flow-chart delle principali fasi di detossificazione ospedaliera.



RUOLO DELL'INFERMIERE

L'infermiere è parte integrante del gruppo multidisciplinare con il dovere di svolgere le proprie attività di competenza entro gli ambiti specifici di legge ed il diritto di interagire con le altre figure esperte che compongono l'*équipe* al fine di offrire servizi efficaci, efficienti e con un elevato contenuto umano e relazionale. L'importanza infatti di un lavoro multiprofessionale in cui i diversi attori del *team* lavorano in sinergia portando le proprie competenze specifiche nei diversi ambiti e nelle diverse fasi dell'intervento è forse uno dei meccanismi più importanti per fare in modo che il paziente raggiunga i risultati desiderati e mantenga la sobrietà il più a lungo possibile. L'infermiere nella fase di cura rileva principalmente i segni e i sintomi e somministra la terapia in base alle prescrizioni mediche e alla fase del modello di detossificazione ospedaliera in cui il paziente viene a trovarsi.

2.3 Riabilitazione

La riabilitazione costituisce il terzo pilastro del sistema sanitario, accanto alla prevenzione e alla cura, per il completamento delle attività volte a tutelare la salute dei cittadini. Il Ministero della Salute ha dichiarato che la riabilitazione non è altro che un processo nel corso del quale si porta una persona con disabilità a raggiungere il miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale, con la minor restrizione delle sue scelte operative, pur nei limiti della sua menomazione. Essa ha un lungo sviluppo ed è caratterizzata da un percorso che si attua in base alle caratteristiche e alle condizioni del paziente. La Comunità Terapeutica è forse il trattamento di elezione per la riabilitazione dei pazienti alcolisti: essa si concepisce come luogo di cura, una struttura sanitaria che fa parte delle cure intermedie tra casa e ospedale, rappresentata da un gruppo di persone come microcosmo cioè un piccolo contesto dove si rinsegna al paziente a vivere in una piccola realtà per prepararlo poi al reinserimento nella società. La prima comunità terapeutica fu creata nel 1952, in Inghilterra, dallo psichiatra Maxwell Jones mentre in Italia fu attivata da Franco Basaglia nei primi anni sessanta nell'ospedale psichiatrico di Gorizia. L'inserimento nelle Comunità Terapeutiche ha inizio attraverso una condivisione della situazione tra lo

psichiatra inviante, il Responsabile della Comunità, la persona interessata ed il nucleo familiare. Le Comunità prevedono che il paziente venga ospitato per periodi piuttosto lunghi tipo due-tre anni.

RUOLO DELL'INFERMIERE

L'infermiere nella riabilitazione svolge un ruolo fondamentale nella Comunità terapeutica dove è a contatto con l'ospite tutto il giorno; per questo è importante che si instauri una buona relazione terapeutica fondata sulla fiducia reciproca. Il suo ruolo è prevalentemente terapeutico, l'infermiere deve sapere (riguarda la conoscenza teorica, il quadro di riferimento in cui inserire il proprio operare), saper fare (pratica) e sapere essere (esserci nella relazione) in quanto si inserisce all'interno dell'equipe riabilitativa multidisciplinare. Egli oltre al compito di somministrare la terapia, osserva attraverso l'utilizzo delle diagnosi infermieristiche e inquadra il paziente, integrando l'anamnesi medica in modo che il gruppo possa formulare un progetto terapeutico individualizzato. Il paziente deve poter contare sull'infermiere che lo ascolta e comprende le sue sofferenze. La Comunità Terapeutica e in generale la riabilitazione serve per prevenire la cronicizzazione e favorire il reinserimento nel contesto socio-ambientale. Il paziente vive in un ambiente come quello comunitario dove può allenare le proprie capacità e sperimentare il successo nel portare a termine positivamente le attività programmate. Egli ha la possibilità di recuperare la stima di sé e valorizzare le sue qualità; sperimenta modalità comunicative più appropriate e nuove esperienze lavorative. L'ospite può quindi passare da una comunità a dei centri dove la sua permanenza sarà sempre minore perché acquisisce consapevolezza di sé e delle proprie capacità. Inoltre l'infermiere e il gruppo multidisciplinare propongono al paziente l'applicazione contemporanea e/o sequenziale di diverse metodologie (farmaci, psicoterapia, *counselling*, interventi sociali) in modo da personalizzare l'intervento fino al raggiungimento di obiettivi specifici e condivisi. L'aspetto centrale del sistema è rappresentato da interventi che possono favorire la crescita autonoma e responsabile della persona, prevenire e ridurre la domanda di alcol, ridurre lo sviluppo delle patologie alcol-correlate ed il numero di decessi. Tra gli interventi che l'infermiere propone si individuano quelli *brevi occasionali* o *opportunistici*, progettati per e testati su, individui che non stanno cercando aiuto per problemi alcol-correlati e vengono identificati da uno screening occasionale nelle strutture sanitarie di base. Queste persone spesso hanno problemi alcol-correlati meno

gravi e sono poco motivati a cambiare abitudini. Gli interventi brevi si distinguono in molto brevi o minimi che consistono in poco più che semplici ma strutturati consigli al bevitore impiegando pochi minuti (massimo cinque minuti). Essi possono essere anche nominati ‘consigli in forma breve’ e interventi brevi più intensi (massimo 20-30 minuti) che comprendono oltre alla comunicazione del rischio ed il fornire informazioni e avvertenze in forma breve, la definizione di obiettivi e includono generalmente anche assistenza e follow-up a distanza. Uno studio ha valutato che gli interventi brevi sono i primi nell’elenco dei metodi di trattamento basati sulle evidenze. Ma qual è l’efficacia degli interventi brevi? È necessario fornire consigli a otto pazienti affinché uno ne tragga beneficio. Gli interventi brevi possono salvare la vita. In media, in un anno, è necessario trattare mediante intervento breve 282 pazienti per prevenire una morte. Il loro effetto si mantiene costante nel tempo per un anno circa. Risulta fondamentale sapere che gli interventi efficaci seguono tutti una linea comune: hanno cioè tre punti chiave, quali:

1. La comunicazione del rischio (*feedback*)
2. L’avvertenza in forma breve (*brief advice*)
3. La definizione degli obiettivi da raggiungere (*goal setting*)

Inoltre gli interventi più efficaci sono quelli che prevedono più sedute e programmi di *follow-up* rispetto ad una singola seduta. L’US Preventive Services Task Force 2004 ha individuato degli interventi brevi comportamentali che includono le “5 A” dall’inglese *Ask/Assess, Advice, Agree, Assist, Arrange*, cioè: utilizzare uno strumento di *screening* per valutare l’effettivo consumo di alcol ed eventuale valutazione clinica, dare consigli ed avvertenze per limitarne il consumo, concordare degli obiettivi da raggiungere, facilitare i pazienti nell’individuazione di motivazioni per il cambiamento delle proprie abitudini, organizzazione del *follow-up* e/o di successive sedute. Anche il ***colloquio motivazionale*** apporta assistenza nell’efficacia degli interventi brevi. Da uno studio si definisce come un modello di *counselling* direttivo, centrato sul cliente, un tempo sviluppato per aumentare la motivazione intrinseca al cambiamento comportamentale rispetto alla dipendenza da sostanze (Miller, W.R. 1983). Esso aiuta l’operatore sanitario a raggiungere un rapporto di fiducia reciproca e di sintonia con il paziente; allo stesso tempo il cliente elabora dentro di sé nuovi modi di consapevolezza sulla bevanda alcolica e di cambiamento di prospettiva verso di essa. Il paziente deve portare avanti un cambiamento nello stile di vita, ossia dei propri comportamenti. Gli ***interventi***

specialistici invece sono il *gold-standard* per gli individui che hanno grossi problemi legati all'alcol e cercano aiuto e terapia per la loro situazione. Essi sono effettuati da specialisti e sono nati per valutare l'andamento dei trattamenti tradizionali. Sono di norma più lunghi, più strutturati e dotati di fondamento teorico. L'infermiere nella riabilitazione applica una scala di misura chiamata CIWA (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol) in uso per la valutazione delle crisi di astinenza da alcol (Allegato 5); essa tocca i principali sintomi e segni della ricaduta nell'alcolismo. Si applica in seguito alla detossificazione: se il punteggio è minore di otto il paziente deve stare in osservazione, se il punteggio è tra otto e quindici è necessario il trattamento ambulatoriale mentre se il punteggio è maggiore di quindici il paziente necessita di ospedalizzazione. Per di più sono stati scoperti alcuni farmaci che aiutano nel prevenire le ricadute nell'alcol. Durante i primi sei mesi della disintossicazione se ne hanno molte. Le ricadute sono tipiche dell'alcolismo come di tutte le altre dipendenze e non devono essere motivo di rabbia o di pessimismo. Si elencano i principali farmaci utilizzati:

- Disulfiram: questa terapia non influenza propriamente la motivazione di bere ma la scoraggia causando una spiacevole reazione psicologica quando l'alcol è consumato; esso agisce attraverso un blocco dell'enzima acetaldeide-deidrogenasi, causando così l'accumulo dell'acetaldeide che si forma per ossidazione dell'etanolo. La principale sintomatologia include mal di testa, dispnea, ipotensione, vampate di calore, palpitazioni, nausea e vomito. Il Disulfiram può causare epatite, per cui è consigliabile eseguire controlli degli enzimi di epatocitonecrosi (GOT, GPT) almeno ogni quattro mesi. Uno studio riporta un alto tasso di astinenza (54% *versus* 15%) e una maggiore durata della stessa (69 *vs* 30). Al contrario, due altri studi, non evidenziano la superiorità del disulfiram rispetto al trattamento placebo.
- Gammaidrossibutirrato (GHB): ha un'azione alcolmimetica, è perciò assimilabile ad un "sostitutivo" dell'alcol. E' efficace sia nel contrastare i sintomi di astinenza sia nel ridurre il craving per l'alcol.
- Naltrexone: è capace di ridurre il rinforzo positivo (effetti piacevoli) dell'alcol, tramite un'attività antagonista sui recettori mu degli oppioidi. La terapia con naltrexone riduce il craving per l'alcol ed il numero delle ricadute gravi; esso induce una significativa riduzione della frequenza ed entità dell'assunzione di

alcol, mentre non sembra avere significativo effetto sul mantenimento di una completa astinenza dall'alcol. Esso esiste in due formulazioni: orale e intramuscolare. Le preparazioni a lento rilascio migliorano l'aderenza riducendo la frequenza delle cure da giornaliera a mensili (Garbutt J.C., Kranzler H.R., O'Malley S.S., Gastfriend D.R., Pettinati H.M., Silverman B.L., Loewy J.W., Ehrich E.W.2005). Gli effetti collaterali principali sono nausea, mal di testa, vertigini e aumento degli enzimi epatici. L'efficacia del naltrexone è dimostrata da uno studio del 2010 con 7.793 pazienti alcolodipendenti che riducono il tasso di ricaduta nell'alcol dell'83% paragonati ai gruppi che utilizzano solo trattamenti placebo.

- Baclofene: farmaco con effetto miorilassante, agisce da agonista dei recettori GABA_B. E' consigliato a dosaggi di 10 mg x 3/ die, sarebbe in grado di ridurre il craving, il quantitativo di alcol consumato ed i pensieri ossessivi associati all'alcol.
- Acamprosato: agisce come modulatore del sistema recettoriale glutammatergico. Gli effetti avversi includono diarrea, nervosismo e stanchezza. In uno studio con 6.915 pazienti alcolodipendenti hanno dimostrato che l'acamprosato riduce il rischio di ricadute nell'alcol dell'86% rispetto ai gruppi placebo (Rösner S., Hackl-Herrwerth A., Leucht S., Vecchi S., Srisurapanont M. & Soyka M. 2010).
- Nalmefene: è un antagonista degli oppioidi con grossi effetti collaterali. Comunque, tutti gli studi fatti riportano una riduzione del bere (Gual A., He Y., Torup L., van den Brink W., Mann K. 2013; Mann K., Bladström A., Torup L., Gual A., van den Brink W. 2013; Karhuvaara S., Simojoki K., Virta A., Rosberg M., Löyttyniemi E., Nurminen T., Kallio A., Mäkelä R. 2007).
- Levetiracetam: un antiepilettico di seconda generazione, è stato valutato nella dipendenza da alcol. Due studi non hanno dato differenze tra questo farmaco e gruppi placebo rispetto al tasso di ricadute (Richter C., et al 2012; Fertig J.B. et al. 2012).
- Topiramato, un'anticonvulsivante che agisce sul sistema gabaergico. Esso si è dimostrato efficace nella riduzione del craving, nella riduzione della quantità di alcol assunta giornalmente, nella riduzione del numero dei giorni nei quali i

soggetti assumono quantità elevate di alcol, con un miglioramento del senso di benessere e della qualità della vita dei pazienti alcolisti.

- Tiapride: neurolettico antagonista selettivo dei recettori D2.
- Benzodiazepine: si sono dimostrate utili nel trattamento della sindrome astinenziale acuta da alcol, ma non se ne raccomanda l'uso a lungo termine nel trattamento dei soggetti alcolisti. Prevengono le convulsioni e il delirium tremens.
- SSRI: agiscono tramite una inibizione della reuptake della serotonina e sarebbero in grado di ridurre in modo generico il consumo di alcol.

2.4 Reinserimento sociale

Nel caso dell'alcolismo, la fase del reinserimento sociale si basa principalmente sull'approccio psicologico individuale e/o collettivo e consiste nel trattamento delle comorbidità e prevenzione delle recidive. Interventi di promozione della formazione professionale, della formazione/lavoro, di inserimenti lavorativi, di progetti di vita quotidiana, di progetti di reinserimento all'interno del nucleo familiare, sono ritenuti di fondamentale importanza nella prevenzione di ricadute. Realizzare una rete territoriale in grado di favorire l'integrazione sociale e mantenere lo stato di salute della persona, attraverso momenti di sensibilizzazione, informazione e confronto tra le diverse istituzioni, rappresenta strategicamente un obiettivo volto al miglioramento del servizio reso ai cittadini in termini di efficacia ed efficienza. Il passaggio a seguire delle Comunità Terapeutiche è rappresentato da due alternative: gli Alcolisti Anonimi (A.A.) e il Club degli Alcolisti in Trattamento (C.A.T.). Il gruppo degli Alcolisti Anonimi è una sorta di gruppo di auto mutuo aiuto, nato nel 1935 negli Stati Uniti d'America quando un agente di borsa di Wall Street ed un medico chirurgo di Akron (Ohio), entrambi alcolisti, si incontrano e comprendono che parlare della propria dolorosa esperienza sull'alcolismo li aiuta e li fa sentire meno soli, si identificano e si infondono fiducia reciprocamente. In Italia nasce nel 1972 a Roma quando un alcolista italiano si iscrive al gruppo romano in lingua inglese, per poi diffondersi in tutta la Nazione. Secondo i Servizi Generali di A.A. italiana nel 1980 esistono 55 Gruppi, mentre tra il 1980 e il 1990 ne sono aperti altri 285. Negli anni Novanta l'espansione è continuata con una crescita media di venti gruppi

l'anno, fino a totalizzarne circa 500 alla fine del 1997. Per l'anonimato e la libertà che i partecipanti hanno di frequentare o meno più riunioni settimanali, non si hanno attualmente statistiche di quanti partecipano ai gruppi e con che frequenza. Tuttavia si stima che A.A. in Italia sia oggi frequentata da almeno diecimila alcolisti. La diffusione dei gruppi, ciascun dei quali di solito si incontra due volte la settimana, è maggiore nel nord e nel centro Italia. Nel sud e nelle isole i gruppi distano anche centinaia di chilometri l'uno dall'altro e questo rende difficile la partecipazione degli alcolisti. A.A. è un'associazione autonoma e autofinanziantesi che rifiuta contributi economici esterni e il cui unico requisito per partecipare è quello di voler smettere di bere. Una prima inchiesta nazionale compiuta nel 1996 dai Servizi Generali di A.A. su 1.813 partecipanti ai gruppi che hanno risposto a un questionario postale anonimo, ha dato informazioni sufficienti per tracciare un primo profilo di chi partecipa ad A.A.:

- Le donne sono poco meno della metà degli uomini;
- L'età media è 40 anni;
- Il 71% è coniugato o convivente, il 10% separato o divorziato;
- Il 61% è occupato, il 10% è disoccupato;
- La maggioranza ha licenza elementare o media.

Il cammino all'interno degli Alcolisti Anonimi è rappresentato dalla partecipazione alle riunioni di gruppo scandite dai **12 passi**, un percorso di conquista di consapevolezza, di testimonianze, autoanalisi e confronto, che porta ad un'approfondita conoscenza di se stessi, fino all'accettazione della propria condizione. I 12 passi sono il nucleo del programma di recupero individuale. Si sviluppano dal primo passo, in cui si ammette la propria impotenza di fronte all'alcol, fino a giungere al dodicesimo, in cui si porta la propria testimonianza a un altro alcolista in fase attiva. Il modello ha un'impostazione spirituale, ci si affida ad una potenza superiore spirituale che ama, protegge, corregge i difetti del carattere. Gli A.A. (Alcolisti Anonimi) non sono da subito accettati dalle istituzioni sanitarie, a causa dello scetticismo dei medici nei confronti delle metodologie utilizzate da questi gruppi. Comunque, un aumento della consapevolezza e la conoscenza del lavoro eseguito dagli A.A. per far fronte alle drammaticità dell'alcolismo ha fatto sì che ad oggi vengono sempre più accettati come gruppi di riabilitazione, sostegno e condivisione. È appurato che la degenza ospedaliera o comunque l'aiuto di specialisti associato all'incontro con i gruppi A.A. sia più terapeutico rispetto ad uno solo dei due

trattamenti e anzi, determina un terapia più efficace delle diverse tipologie di pazienti. Un'altra tipologia di gruppo auto-mutuo-aiuto è il C.A.T. (Club degli Alcolisti in Trattamento) che considera l'alcolismo non una malattia ma uno stile di vita molto condizionato dalla natura sociale del bere. L'idea è che esiste una cultura positiva che è quella dell'astinenza completa dall'alcol, che deve sostituire la cultura sbagliata, della dipendenza. Il compito dell'alcolista quindi non è solo di cambiare se stesso (come in AA) ma di cambiare la società e la sua cultura del bere. Viene consigliata dal CAT la partecipazione al gruppo di tutta la famiglia, non solo del soggetto alcolodipendente. Purtroppo non esistono indicatori certi per la scelta del tipo di gruppo al quale inviare il soggetto; entrambi questi modelli sono validi in determinate situazioni, ma nessuno utile in modo assoluto per tutte le situazioni.

RUOLO DELL'INFERMIERE

L'infermiere in questa fase collabora con l'*equipe* permettendo il completamento del progetto globale di cura al fine di ridurre il rischio di ricaduta e facilitare la piena acquisizione di autonomia. In aggiunta, in caso di ricaduta, egli riduce il rischio che l'evento negativo ponga le basi per una cronicizzazione e quindi il deterioramento delle capacità e degli apprendimenti acquisiti nel percorso precedente. L'infermiere così come tutto il gruppo di sostegno al paziente (medici, psicologi, assistenti sociali) gioca un ruolo educativo. Egli somministra i farmaci, ne valuta l'efficacia, monitora gli effetti collaterali.

3. Pianificazione assistenziale in relazione alle principali problematiche dell'alcolismo

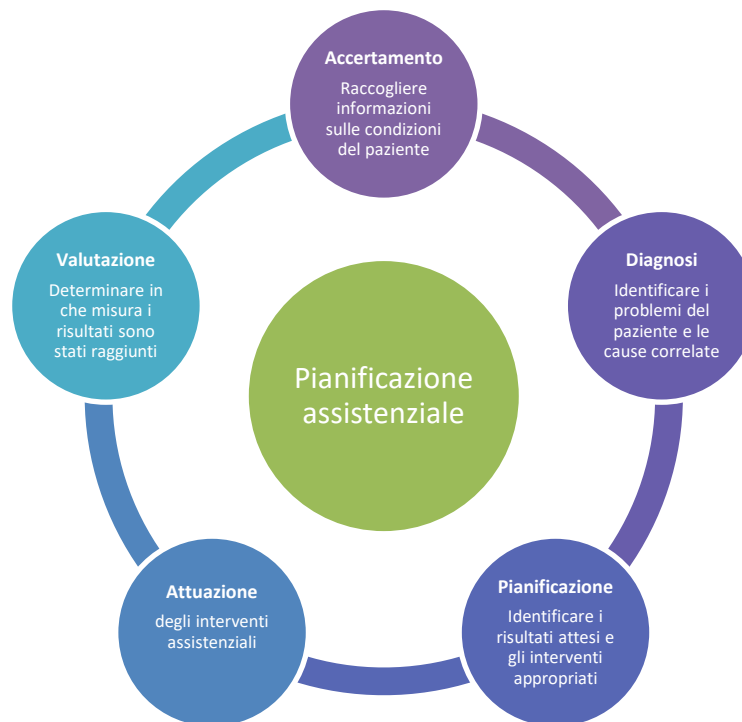
3.1 Le fasi della pianificazione assistenziale

La pianificazione dell'assistenza è un processo, un modo particolare di pensare ed agire; risulta un approccio sistematico e creativo usato per identificare, prevenire e trattare problemi di salute reali o potenziali, per identificare i punti di forza dell'assistito e promuoverne il benessere. Lo scopo del processo di pianificazione dell'assistenza è quello di fornire un quadro concettuale che consenta agli infermieri di identificare lo stato di salute delle persone e di aiutarle a soddisfare i propri bisogni di salute. Esso costituisce una guida predefinita ma flessibile per pianificare, attuare e valutare un'assistenza infermieristica efficace e personalizzata. È dinamico e malleabile e questo consente di poter rivalutare l'assistenza infermieristica e ripianificarla, se necessario. L'infermiere che usa questo processo ascolta innanzitutto la storia dell'assistito (raccoglie l'anamnesi) rispondendo ad una serie di domande:

- Qual è lo stato di salute attuale della persona?
- Qual è lo stato di salute atteso dalla persona?
- Come posso aiutare questa persona?
- Quale effetto ha prodotto il mio intervento?

Attorno a queste domande si articolano le fasi del processo infermieristico come rappresentato dal grafico seguente (Grafico 2).

Grafico 2. Le fasi della pianificazione assistenziale.



Partendo dall'accertamento, esso comprende la raccolta l'organizzazione, la validazione e la registrazione dei dati sullo stato di salute attuale della persona. Si raccolgono i dati esaminando l'assistito, parlando con lui e con i suoi familiari e consultando la documentazione clinica. L'obiettivo è quello di acquisire un quadro complessivo delle sue condizioni e di come sarà possibile aiutarlo. I dati che si raccolgono possono essere soggettivi cioè i sintomi e/o oggettivi cioè i segni, quest'ultimi raccolti mediante l'osservazione e l'esame obiettivo del paziente. La diagnosi infermieristica è un giudizio clinico riguardante le risposte delle persone, famiglia o comunità, a problemi di salute/processi vitali, attuali o potenziali. Essa si ottiene tramite il ragionamento diagnostico che non è altro che un'attività intellettuale in cui gli infermieri utilizzano capacità di pensiero critico per identificare comportamenti e trarre conclusioni sui dati raccolti. Il ragionamento diagnostico può essere suddiviso in tre fasi principali:

1. Interpretazione dei dati
2. Verifica della diagnosi
3. Enunciazione (e registrazione) della diagnosi.

Le diagnosi infermieristiche sono identificate in base ad un sistema di classificazione o tassonomia. NANDA, NIC e NOC sono i tre modelli rispettivamente utilizzati per diagnosi, interventi e obiettivi. Ogni diagnosi NANDA ha quattro componenti: titolo, definizione, caratteristiche definenti (dati soggettivi e oggettivi) in forma PES (problema, eziologia, sintomi) e fattori correlati. Le diagnosi si distinguono in: reali, potenziali, possibili, di benessere e problema collaborativo (secondario). La pianificazione si distingue in pianificazione degli obiettivi e degli interventi. Nella pianificazione si deve elaborare un piano di assistenza che può essere personalizzato o standard. Nella pianificazione degli obiettivi, si discute con l'assistito per stabilire gli obiettivi da raggiungere, ossia decidere come, e in quanto tempo, il suo stato di salute dovrà modificarsi. Un obiettivo rappresenta una risposta che l'assistito raggiunge grazie all'intervento infermieristico. L'enunciazione degli obiettivi/risultati può riflettere la promozione, il mantenimento o il ripristino della salute, a seconda del tipo di diagnosi. Gli obiettivi possono essere a breve termine o a lungo termine. I primi sono raggiunti entro pochi giorni o poche ore e la loro acquisizione fornisce all'assistito un rinforzo positivo che lo incoraggia a mantenere il proprio impegno per superare il problema. I secondi, invece garantiscono il loro conseguimento in un periodo più lungo, di solito una settimana o più. Ogni enunciazione di obiettivo dovrebbe contenere un soggetto, un verbo d'azione, dei criteri di risultato e un tempo entro il quale l'obiettivo deve essere raggiunto. Ogni obiettivo NOC ha un titolo, una definizione, un elenco di indicatori e una scala di misura. Gli indicatori sono condizioni e comportamenti concreti o osservabili che possono essere utilizzati per valutare la condizione di salute dell'assistito. Una scala di misura permette di valutare lo stato dell'assistito relativamente a ogni indicatore. Di solito è composta da cinque punti. Nella pianificazione degli interventi si stabiliscono esattamente gli interventi idonei a promuovere il benessere o a prevenire, curare o ridurre i problemi di salute. Un intervento infermieristico è definito come "qualsiasi trattamento basato sul giudizio clinico e sulle conoscenze cliniche che un infermiere mette in atto per migliorare i risultati prodotti dall'assistito/utente". Esistono tre tipi di interventi: autonomi cioè quelli che gli infermieri sono autorizzati a prescrivere, effettuare o delegare in base alle loro conoscenze o capacità, dipendenti sono prescritti dal medico e messi in atto dall'infermiere e interdipendenti che vengono attuati in collaborazione con altri professionisti sanitari: fisioterapisti, assistenti sociali, dietisti e medici. Gli interventi

infermieristici vengono personalizzati sulla base dell'eziologia (seconda parte) di una diagnosi infermieristica. Dopo aver selezionato gli interventi infermieristici adeguati, questi vanno riportati sul piano di assistenza sotto forma di prescrizioni infermieristiche. Le prescrizioni infermieristiche sono istruzioni scritte e dettagliate per l'attuazione degli interventi rivolti ai pazienti; indicano le attività e i comportamenti da mettere in atto per modificare le risposte dell'assistito nelle risultati attesi. Ogni intervento NIC ha un titolo, una definizione e un elenco di attività che sintetizzano le azioni chiave che gli infermieri compiono per portare a termine l'intervento. L'attuazione non è altro che l'esecuzione degli interventi tramite la creazione di un piano assistenziale. Essa rappresenta la fase in cui l'infermiere svolge o delega le attività necessarie al conseguimento degli obiettivi dell'assistito. A grandi linee, le attività di questa fase sono: fare, delegare e registrare. Questa fase termina quando le azioni infermieristiche e le conseguenti risposte dell'assistito sono state registrate nella cartella clinica. Prima di procedere all'attuazione è utile rivedere sempre il piano di assistenza e quindi se l'intervento risulta ancora necessario. È indispensabile inoltre, valutare che l'assistito sia pronto per l'intervento. Per quanto riguarda il delegare un compito, la delega rappresenta il trasferimento da una persona a un'altra della responsabilità di svolgere un compito o un'attività, senza che debba rispondere dei risultati da essa determinati. Quando l'infermiere delega lo svolgimento di un compito a un operatore di supporto garantisce essenzialmente che quella persona è motivata ed è in grado di portare a termine il compito. Ciò significa necessariamente conoscere la preparazione, l'esperienza, le conoscenze, le capacità, i punti di forza del collaboratore, nonché la sua area di competenza giuridicamente definita. L'infermiere completa poi la fase di attuazione registrando gli interventi infermieristici e le risposte dell'assistito nella cartella clinica. La cartella clinica è un documento permanente, comprensivo di tutte le informazioni riguardanti l'assistito e l'assistenza sanitaria erogata. Durante la registrazione è importante osservare alcune regole: riportare i fatti senza utilizzare termini negativi o pregiudiziali e registrare appena possibile l'intervento infermieristico o la risposta dell'assistito. Nella valutazione si determina se gli obiettivi prefissati sono stati raggiunti, si valuta quali interventi hanno funzionato e se non si sono raggiunti gli obiettivi, si modifica la procedura. La valutazione rappresenta un'attività pianificata, intenzionale e continua nella quale l'assistito, i familiari, l'infermiere e altri professionisti sanitari stabiliscono l'andamento del paziente verso il

raggiungimento dei risultati e l'efficacia del piano di assistenza infermieristica. Nella valutazione, per fare in modo che essa sia valida, si utilizzano gli standard che descrivono l'assistenza infermieristica di qualità. Gli stessi sono usati come termine di paragone per valutare l'esecuzione di una prestazione professionale. Invece i criteri, cioè quelle qualità misurabili e/o osservabili descrivono specifici comportamenti, atteggiamenti, capacità e conoscenze. Importante è distinguere criteri che siano validi e attendibili. Un criterio è valido se misura effettivamente ciò che intende misurare. Un criterio è attendibile quando fornisce gli stessi risultati ogni volta che viene applicato, indipendentemente da chi lo applica. La frequenza della valutazione dipende dalla frequenza delle interazioni, che a sua volta è determinata dalle condizioni dell'assistito o dal disturbo valutato. La valutazione può essere continua e in questo caso si svolge durante o subito dopo l'attuazione di un intervento, permettendo di apportare modifiche in tempo reale. La valutazione discontinua invece, viene effettuata in momenti specifici ed evidenzia il livello di evoluzione rispetto al conseguimento degli obiettivi. Essa consente di correggere eventuali insufficienze nell'assistenza erogata alla persona e di modificare il piano di assistenza infermieristica secondo il bisogno. Sebbene rappresenti l'ultima fase del processo infermieristico, la valutazione non conclude il processo; le informazioni che essa produce sono usate per dare inizio ad un altro ciclo. Dopo aver messo in atto il piano di assistenza, l'infermiere confronta le risposte dell'assistito con i risultati previsti e quindi usa queste informazioni per riesaminare il piano di assistenza e ogni singola fase del processo infermieristico. Durante la valutazione è necessario riesaminare sempre i risultati attesi, raccogliere i dati di valutazione, confrontare le condizioni dell'assistito con i risultati attesi e trarre una conclusione, redigere l'enunciazione di valutazione e mettere in relazione gli interventi infermieristici con i risultati. I risultati possono essere raggiunti, parzialmente raggiunti o non raggiunti. Le competenze cognitive usate in queste fasi comprendono la capacità di prendere decisioni o *decision making*, di attivare il *problem-solving*, cioè "il processo utilizzato quando si percepisce una discrepanza tra ciò che sta accadendo e ciò che dovrebbe accadere", ed infine il pensiero critico ovvero una riflessione attenta, orientata al raggiungimento di un obiettivo, costruttiva e che implica capacità mentali.

3.2 Accertamento dei bisogni assistenziali

Durante l'accertamento è importante soffermarsi sulle caratteristiche definenti ovvero le manifestazioni oggettive e soggettive (segni e sintomi) intervistando l'assistito, osservandolo e tramite l'esame fisico. L'osservazione richiede qualcosa di più della capacità di «guardare». Usando le sue conoscenze sull'assistenza infermieristica, l'esame fisico, le scienze di base, le scienze sociali e la fisiopatologia, l'infermiere osserva i pazienti in modo specifico. Organizzando i segni e i sintomi che il paziente espone si può identificare il modello non funzionale o più problematico e confermare la diagnosi. In questo caso, per effettuare l'accertamento si utilizza la scheda dei bisogni di assistenza infermieristica secondo il modello Gordon.

Sulla base della teoria di Marjory Gordon, per semplificare la valutazione delle varie sfere personali di un individuo, M. Gordon applica un approccio olistico nel trattamento infermieristico del paziente proponendo una suddivisione in undici modelli funzionali. Questo permette all'infermiere di identificare i modelli che sono adeguati (punti di forza del cliente) e quelli che sono disfunzionali (diagnosi infermieristiche).

Quali modelli disfunzionali originano un prioritario interesse terapeutico da parte dell'infermiere?

Il modello funzionale di salute secondo Gordon riconosce un problema come comportamento disfunzionale alla salute, ossia come un insieme di segni e sintomi correlati che non rientrano fra quelli attesi normalmente. Le diagnosi NANDA sono suddivise in domini e rapportate ai modelli funzionali di Gordon per un totale di undici. Il sistema di M. Gordon può essere classificato secondo lo schema bio-psico-sociale. Esso consiste in una tipologia di approccio al disagio psichico che considera i metodi di trattamento e riabilitazione come appartenenti ad un insieme di elementi che devono essere studiati nel loro complesso e non in maniera settoriale. Il rapporto tra i tre fattori è "circolare", quindi caratterizzato da influenzamento reciproco. Le sostanze di abuso colpiscono l'individuo nella sua interezza e pertanto costituiscono un disturbo "bio-psico-sociale". Il turbamento creato dall'alcool si ripercuote, infatti, oltre che sul soggetto colpito, anche sulla famiglia e sulla società, con evidente danno per tutto l'ecosistema in cui l'uomo vive. L'immediata conseguenza di ciò, è che soggetti della riabilitazione non

sono solo gli alcoolisti, ma anche tutto il suo sistema relazionale a partire dal nucleo familiare, inserito attivamente nel trattamento (Tab. 4).

Tabella 4. I modelli funzionali di M. Gordon e la loro relazione con il modello bio-psico-sociale.

Titolo	Descrizione	Modello bio-psico-sociale
1. Modello di percezione e gestione della salute	Descrive il modello di salute e di benessere percepito dalla persona e le modalità di gestione della salute.	SFERA PSICHICA
2. Modello nutrizionale e metabolico	Descrive il modello di assunzione di cibo e di liquidi correlato agli indicatori del fabbisogno metabolico nei vari distretti dell'organismo.	SFERA FISICA
3. Modello di eliminazione	Descrive i modelli della funzione escretoria (intestino, vescica e cute).	SFERA FISICA
4. Modello di attività e di esercizio fisico	Descrive i modelli dell'esercizio fisico, di altre attività, del tempo libero e delle attività ricreative.	SFERA FISICA
6. Modello di riposo e di sonno	Descrive i modelli di sonno, riposo e rilassamento.	SFERA PSICHICA
5. Modello cognitivo e percettivo	Descrive i modelli sensoriale-percettivo e cognitivo.	SFERA FISICA
7. Modello di percezione di sé e di concetto di sé	Descrive il modello del concetto di sé e delle percezioni di sé della persona (per esempio, concetto di sé/valore, immagine corporea, stato delle emozioni).	SFERA PSICHICA
8. Modello di ruoli e di relazioni	Descrive il modello delle relazioni e delle responsabilità correlate al ruolo della persona	SFERA SOCIALE
9. Modello di sessualità e di riproduzione	Descrive i modelli di soddisfazione e insoddisfazione della persona correlati alla sfera della sessualità; descrive il modello riproduttivo.	SFERA SOCIALE
10. Modello di coping e di tolleranza allo stress	Descrive il modello generale di coping della persona e l'efficacia del modello in termini di tolleranza allo stress.	SFERA SOCIALE

11. Modello di valori e di convinzioni	Descrive i modelli dei valori, delle convinzioni (comprese quelle spirituali) e gli obiettivi che orientano le scelte o le decisioni della persona.	SFERA SOCIALE

Nella fase di accertamento dei bisogni è possibile classificare una lista di problemi di salute di un soggetto alcolista sulla base di questi modelli funzionali di salute (Tab. 5).

Tabella 5. Esempio di scheda di accertamento dei problemi prioritari di un utente alcolista.

Modelli funzionali di salute (M. GORDON)	Problemi di salute della persona
1. PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE	Scarse informazioni relative alla propria condizione
2. NUTRIZIONE E METABOLISMO	Anoressia dovuta alla sola assunzione di alcol Vomito/diarrea
3. ELIMINAZIONE	
4. ATTIVITA' ED ESERCIZIO FISICO	
5. SONNO E RIPOSO	Irritabilità, tremori e incubi
6. COGNITIVO - PERCETTIVO	
7. PERCEZIONE DI SE' - CONCETTO DI SE'	Ansia da perdita del controllo, perdita della memoria e paura dell'astinenza
8. RUOLI E RELAZIONI	Immaturità emotiva, irritabilità, ansia elevata, comportamento impulsivo o aggressivo
9. SESSUALITA' E RIPRODUZIONE	Impotenza/perdita della libido

10. ADATTAMENTO E TOLLERANZA ALLO STRESS	Disorientamento, tremori o compromessa capacità di giudizio che causano lesioni alla persona Difficoltà nei rapporti familiari
11. VALORI E CONVINZIONI	

3.3 Diagnosi infermieristiche (NANDA)

A seguito dei segni e sintomi rilevati durante l'accertamento e sulla base della scheda di rilevazione dei problemi principali, sono state selezionate un gruppo di diagnosi infermieristiche NANDA (Lynda Juall Carpenito-Moyet 2011) e organizzate secondo i modelli della Gordon. A questo punto, è stato possibile riferirsi al libro delle diagnosi infermieristiche per controllare il significato delle diagnosi e verificare se queste siano state adatte o meno al caso, come rappresentato nella tabella seguente (Tab. 6).

Tabella 6. Principali diagnosi infermieristiche (NANDA) e loro significato in relazione ai modelli funzionali di salute di M. Gordon.

Modelli funzionali di salute (M. GORDON)	Diagnosi NANDA	Codice	Definizione
1. PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE	Rischio di inefficace autogestione della salute, correlato a insufficiente conoscenza della condizione, dei trattamenti disponibili, delle situazioni ad alto rischio e delle risorse della comunità.	00099 - Inefficace mantenimento della Salute	Incapacità di identificare, gestire e/o cercare aiuto per il mantenimento della propria salute.
2. NUTRIZIONE E METABOLISMO	Nutrizione inferiore al fabbisogno, correlata ad anoressia.	00002 – Nutrizione inferiore al fabbisogno	Assunzione di nutrienti insufficiente a soddisfare il fabbisogno metabolico.

	Rischio di insufficiente volume di liquidi, correlato a perdita anormale secondaria a vomito e diarrea.	00028 – Rischio di insufficiente volume di Liquidi	A rischio di disidratazione vascolare, cellulare o intracellulare.
3. ELIMINAZIONE			
4. ATTIVITA' ED ESERCIZIO FISICO			
5. SONNO E RIPOSO	Disturbo del modello di sonno, correlato a irritabilità, tremori e incubi.	00095 – Disturbo del modello di Sonno	Alterazione limitata nel tempo della durata e della qualità del sonno (sospensione della coscienza naturale e periodica).
6. COGNITIVO – PERCETTIVO			
7. PERCEZIONE DI SE' – CONCETTO DI SE'	Ansia, correlata a perdita del controllo, perdita della memoria e paura dell'astinenza.	00146 – Ansia	Vago senso di disagio o di timore accompagnato da risposte autonome, la cui fonte spesso non è specifica o è sconosciuta alla persona; senso di apprensione causato dalla previsione di un pericolo. Rappresenta un segnale che avverte dell'imminenza di un pericolo e permette alla persona di adottare misure idonee ad

			affrontare la minaccia.
8. RUOLI E RELAZIONI	Compromissione delle interazioni sociali, correlata a comportamenti problematici dovuta all'alcool con immaturità emotiva, irritabilità, ansia elevata, comportamento impulsivo o aggressivo.	00052 – Compromissione delle Interazioni sociali	Quantità insufficiente o eccessiva, o qualità inefficace, degli scambi sociali.
9. SESSUALITA' E RIPRODUZIONE	Inefficace modello di sessualità, correlato a impotenza/perdita della libido secondaria ad alterato concetto di sé e abuso di sostanze.	00065 - Inefficace modello di Sessualità	Espressioni di preoccupazioni riguardo alla propria sessualità.
10. ADATTAMENTO E TOLLERANZA ALLO STRESS	Rischio di lesione, correlato a disorientamento, tremori o compromessa capacità di giudizio.	00035 – Rischio di Lesione	A rischio di lesione a causa di condizioni ambientali che interagiscono con le risorse adattive e difensive della persona.
	<i>Coping</i> inadeguato della famiglia, correlato agli effetti distruttivi sul funzionamento della famiglia e su ciascun suo componente causati dal familiare con problemi di alcolismo.	00073 – <i>Coping</i> inadeguato della famiglia	Comportamento di una persona significativa (membro della famiglia o altra persona) che diminuisce le capacità sue e del cliente di affrontare efficacemente i compiti essenziali per l'adattamento di entrambi a una situazione che

			rappresenta una sfida alla salute.
	<i>Coping</i> inefficace, correlato ad incapacità di gestire in maniera costruttiva gli agenti stressanti senza ricorrere a droghe/alcool.	00069 – <i>Coping</i> inefficace	Incapacità di fare un'ideale valutazione degli agenti stressanti, inadeguatezza nella scelta di risposte pratiche e/o incapacità di utilizzare le risorse disponibili.
	Rischio di violenza, correlato ad astinenza dalle sostanze chimiche con comportamento impulsivo, disorientamento, tremori o compromessa capacità di giudizio.	00138 – Rischio di Violenza rivolta ad altri	A rischio di comportamenti con i quali la persona dimostra di poter essere fisicamente, emotivamente e/o sessualmente dannosa agli altri.
11. VALORI E CONVINZIONI			

3.4 Obiettivi assistenziali (NOC)

In seguito sono stati cercati gli obiettivi consigliati NOC (Classificazione NOC dei risultati infermieristici, Casa Editrice Ambrosiana Iowa Outcomes Project) per ogni diagnosi.

Tabella 7. Principali obiettivi assistenziali (NOC) e loro significato in relazione alle diagnosi infermieristiche selezionate.

Modelli funzionali di salute (M. GORDON)	Diagnosi infermieristica (NANDA)	Obiettivo assistenziale (NOC)	Definizione
--	----------------------------------	-------------------------------	-------------

1. PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE	00099 - Inefficace mantenimento della Salute	1812 - Conoscenze: controllo dell'uso di sostanze.	Livello di conoscenza manifestato riguardo il controllo dell'uso di droghe, tabacco e alcol.
2. NUTRIZIONE E METABOLISMO	00002 – Nutrizione inferiore al fabbisogno	1004 - Stato nutrizionale	Grado di disponibilità degli elementi nutritivi per soddisfare i bisogni metabolici.
	00028 – Rischio di insufficiente volume di Liquidi	0601 – Bilancio Idrico	Bilancio dell'acqua nei compartimenti corporei intra – ed extracellulari.
3. ELIMINAZIONE			
4. ATTIVITA' ED ESERCIZIO FISICO			
5. SONNO E RIPOSO	00095 – Disturbo del modello di Sonno	0004 – Sonno	Modello naturale periodico di sospensione della coscienza durante il quale il corpo recupera le proprie energie.

6. COGNITIVO – PERCETTIVO			
7. PERCEZIONE DI SE' – CONCETTO DI SE'	00146 – Ansia	1211 - Livello di ansia	Gravità delle manifestazioni di apprensione, tensione o inquietudine che derivano da una causa non identificabile.
8. RUOLI E RELAZIONI	00052 – Compromissione delle Interazioni sociali	1604 – Partecipazione ad Attività di svago	Uso di attività riposanti o divertenti necessarie per favorire il benessere.
		1407 – Conseguenze della Dipendenza da sostanze	Compromissione della salute fisica e della funzionalità sociale causata dall'uso di sostanze.
9. SESSUALITA' E RIPRODUZIONE	00065 - Inefficace modello di Sessualità	1205 – Autostima	Giudizio personale di considerazione e di autostima.
10. ADATTAMENTO E TOLLERANZA ALLO STRESS	00035 – Rischio di Lesione	1912 - Frequenza delle Cadute	Numero di cadute negli (nelle) ultimi (e)_____ (definire il periodo di tempo).

	00073 – <i>Coping</i> inadeguato della famiglia	2600 – <i>Coping</i> della Famiglia	Azioni della famiglia per gestire i fattori di stress che sollecitano in maniera rilevante l'attivazione delle sue risorse.
	00069 – <i>Coping</i> inefficace	0906 – Adozione di Decisioni	Capacità di valutare e scegliere tra due o più alternative
	00138 – Rischio di Violenza rivolta ad altri	1401 – Autocontrollo dell'Aggressività	Autolimitazione del comportamento o aggressivo, conflittuale o distruttivo nei confronti di altri.
		1903 – Controllo dei Rischi: consumo di alcolici	Azioni personali dirette a prevenire, eliminare o ridurre l'assunzione di alcol fonte di pericolo per la salute.
11. VALORI E CONVINZIONI			

3.5 Interventi infermieristici (NIC)

Una volta identificati gli interventi adeguati si è presa visione sempre delle attività consigliate sul testo NIC (Classificazione NIC degli interventi infermieristici, Casa Editrice Ambrosiana Iowa Interventions project). Da una lista di circa 10-30 attività per ciascun intervento, l'infermiere seleziona le attività più adatte per il paziente alcolista.

Tabella 8. Principali interventi e attività assistenziali (NIC) e loro significato in relazione agli obiettivi assistenziali.

Obiettivo assistenziale (NOC)	Interventi infermieristici (NIC)	Attività
<p>1812 – Conoscenze: controllo dell'uso di sostanze.</p>	<p>5240 - Counseling</p> <p>Definizione</p> <p>Uso di un processo di aiuto interattivo incentrato sui bisogni, i problemi o le sensazioni della persona assistita e di altre persone per lei significative, al fine di migliorare o sostenere il coping, la capacità di risolvere i problemi e le relazioni interpersonali.</p>	<p>Stabilire una relazione terapeutica fondata sulla fiducia e sul rispetto.</p> <p>Dimostrare empatia, calore e autenticità.</p> <p>Fissare la durata della relazione di counseling.</p> <p>Stabilire gli obiettivi.</p> <p>Assicurare la riservatezza.</p> <p>Dare informazioni basate sui fatti per quanto necessario e appropriato.</p> <p>Incoraggiare l'espressione delle emozioni.</p> <p>Usare tecniche di riflessione e chiarificazione per aiutare la persona a esprimere le proprie preoccupazioni.</p> <p>Chiedere all'assistito/alle altre persone significative di identificare ciò che possono/non possono fare rispetto a quanto sta succedendo.</p> <p>Aiutare la persona a elencare e a dare un livello di priorità a tutte le possibili alternative per la soluzione del problema.</p> <p>Identificare le eventuali differenze tra l'idea della situazione che ha l'assistito e quella che ha</p>

		<p>l'équipe sanitaria.</p> <p>Determinare come il comportamento dei familiari influenza la persona.</p> <p>Far presente la differenza che passa tra le sensazioni dell'assistito e i suoi comportamenti.</p> <p>Usare strumenti di accertamento (per esempio carta e matita, audio e videocassette, esercizi di interazione con altre persone) per contribuire ad accrescere la consapevolezza di sé della persona e la conoscenza della situazione da parte del <i>counselor</i>, se appropriato.</p> <p>Rivelare aspetti selezionati delle proprie esperienze o della propria personalità per favorire l'autenticità e la fiducia, se appropriato.</p> <p>Aiutare la persona a identificare i propri punti di forza, e rinforzarli ulteriormente.</p> <p>Incoraggiare lo sviluppo di altre capacità, se appropriato.</p> <p>Incoraggiare la sostituzione di abitudini indesiderate con abitudini desiderate.</p> <p>Rinforzare le nuove capacità.</p> <p>Scoraggiare la presa di decisioni nei momenti in cui la persona è in condizione di grave stress, quando è possibile.</p>
<p>1004 - Stato nutrizionale</p>	<p>1100 Gestione della Nutrizione.</p> <p>Definizione</p> <p>Garantire, o aiutare a garantire, un apporto dietetico bilanciato di alimenti e liquidi.</p>	<p>Informarsi se la persona ha qualche allergia alimentare.</p> <p>Accertare le preferenze alimentari della persona.</p> <p>Determinare, in collaborazione con il dietista se appropriato, il numero di calorie e il tipo di nutrienti necessari per soddisfare il fabbisogno nutrizionale.</p> <p>Incoraggiare un apporto calorico appropriato alla</p>

		<p>costituzione e allo stile di vita della persona.</p> <p>Incoraggiare un maggior apporto di proteine, ferro e vitamina C, se appropriato.</p> <p>Offrire spuntini (per esempio, frequenti bevande, frutta fresca / succhi di frutta), se appropriato.</p> <p>Somministrare alimenti leggeri, in forma di purea e non troppo saporiti.</p> <p>Procurare un surrogato dello zucchero, se appropriato.</p> <p>Assicurarsi che la dieta comprenda alimenti ricchi di fibre per prevenire la stipsi.</p> <p>Offrire erbe aromatiche e spezie come alternativa al sale.</p> <p>Assicurare alla persona panini e bevande nutrienti e ad alto contenuto proteico e calorico che si possono consumare rapidamente, se appropriato.</p> <p>Garantire che ci sia una scelta di alimenti.</p> <p>Adattare la dieta allo stile di vita della persona.</p> <p>Insegnare alla persona a tenere un diario alimentare, se necessario.</p> <p>Monitorare le entrate che sono state registrate per valutarne il contenuto nutrizionale e le calorie.</p> <p>Pesare la persona a intervalli appropriati.</p> <p>Dare le necessarie informazioni circa i bisogni nutrizionali e la maniera di soddisfarli.</p> <p>Stimolare l'adozione di tecniche sicure per la preparazione e conservazione degli alimenti.</p> <p>Determinare la capacità della persona di soddisfare i propri bisogni nutrizionali.</p> <p>Aiutare la persona a usufruire degli appropriati programmi nutrizionali della comunità, se</p>
--	--	--

		necessario.
0601 – Bilancio Idrico	4120 – Gestione dei Liquidi e degli elettroliti Definizione Regolazione e prevenzione di complicanze derivanti da livelli alterati di liquidi e / o di elettroliti.	Monitorare per rilevare eventuali livelli anormali di elettroliti nel siero, se disponibili. Prelevare campioni di laboratorio per monitorare l'alterazione dei livelli di liquidi o di elettroliti (per esempio, ematocrito, azotemia, proteine, livelli di sodio e potassio), se appropriato. Pesare la persona quotidianamente e registrare le tendenze. Limitare la libera assunzione di acqua in presenza di iponatremia diluita con livelli di sodio nel siero inferiori a 130 Meq/L. Somministrare liquidi, se appropriato. Promuovere l'apporto orale (per esempio assicurare alla persona i liquidi che preferisce, collocarli in modo che siano facili da raggiungere, procurare una cannuccia e non fare mancare acqua fresca) se appropriato. Somministrare la sostituzione nasogastrica prescritta in funzione delle uscite, se appropriato. Somministrare fibre secondo prescrizione alla persona nutrita per sonda, per ridurre la perdita dei liquidi e degli elettroliti causata dalla diarrea. Ridurre al minimo il consumo di ghiaccioli o la quantità dell'apporto orale nelle persone con sonda gastrica collegata all'aspirazione. Irrigare le sonde nasogastriche con soluzione salina normale. Fornire acqua secondo le richieste della persona nell'alimentazione via sonda, se appropriato. Stabilire un'appropriata velocità di flusso nell'infusione endovenosa (o trasfusione di sangue).

		<p>Monitorare i risultati di laboratorio significativi per l'equilibrio dei liquidi (per esempio ematocrito, azotemia, albumina, proteine totali, osmolarità del siero e peso specifico dell'urina).</p> <p>Monitorare i risultati di laboratorio significativi per la ritenzione dei liquidi (per esempio, aumento del peso specifico, aumento dell'azotemia, diminuzione dell'ematocrito e aumento dei livelli di osmolarità dell'urina).</p> <p>Monitorare lo stato emodinamico compresi pressione venosa centrale, pressione arteriosa media, pressione dell'arteria polmonare e livelli della pressione di incuneamento del letto capillare polmonare, se disponibili.</p> <p>Registrare accuratamente entrate e uscite.</p> <p>Monitorare per rilevare eventuali segni e sintomi di ritenzione dei liquidi.</p> <p>Avviare la restrizione dei liquidi, se appropriato.</p> <p>Monitorare i parametri vitali, se appropriato.</p> <p>Mantenere costante la velocità di flusso della soluzione endovenosa contenente elettroliti, se appropriato.</p> <p>Monitorare la risposta della persona alla terapia elettrolitica prescritta.</p> <p>Monitorare per rilevare eventuali manifestazioni di squilibrio elettrolitico.</p> <p>Assicurare la dieta prescritta, appropriata allo specifico equilibrio di un liquido o allo squilibrio elettrolitico (per esempio, povera di sodio, con restrizione di liquidi, per squilibrio renale e senza aggiunta di sale).</p> <p>Monitorare per rilevare eventuali effetti collaterali degli elettroliti supplementari prescritti (per esempio, irritazione</p>
--	--	--

		<p>gastrointestinale).</p> <p>Accertarsi della condizione delle membrane orali, della sclera e della cute per rilevare eventuali indicazioni di alterato equilibrio dei liquidi e degli elettroliti (per esempio, secchezza, cianosi e ittero).</p> <p>Consultarsi con il medico se i segni e i sintomi dello squilibrio dei liquidi e / o degli elettroliti persistono o peggiorano.</p> <p>Somministrare gli elettroliti supplementari, se prescritti e se è appropriato.</p> <p>Somministrare le resine che favoriscono il legame o l'escrezione degli elettroliti, se prescritte e se è appropriato.</p> <p>Adottare misure necessarie per fare riposare l'intestino (per esempio, limitare l'apporto di alimenti o di liquidi e diminuire l'ingestione di latticini), se appropriato.</p> <p>Sostituire il glucosio ad azione rapida con carboidrati e proteine ad azione prolungata nel controllo dell'ipoglicemia acuta, se appropriato.</p> <p>Monitorare per rilevare un'eventuale perdita di liquidi (per esempio, sanguinamento, vomito, diarrea, sudore e tachipnea).</p> <p>Promuovere un'immagine corporea positiva e l'autostima, se vengono espresse preoccupazioni correlate a un'eccessiva ritenzione di liquidi, se appropriato.</p>
0004 – Sonno	<p>1850 – Miglioramento del sonno</p> <p>Definizione</p> <p>Facilitazione del sonno /</p>	<p>Determinare il modello di sonno / attività della persona.</p> <p>Considerare il regolare ciclo di sonno / veglia della persona nella pianificazione dell'assistenza.</p>

	dei cicli di veglia regolari.	<p>Spiegare l'importanza di un periodo adeguato di sonno.</p> <p>Determinare gli effetti dei farmaci assunti dalla persona sul modello di sonno.</p> <p>Monitorare / registrare il modello e il numero delle ore di sonno della persona.</p> <p>Monitorare e registrare le cause fisiche (per esempio apnea nel sonno, vie respiratorie ostruite, dolore / disagio e frequenza urinaria) e / o psicologiche (per esempio, paura o ansia) che interrompono il sonno.</p> <p>Istruire l'assistito a monitorare il modello di sonno.</p> <p>Monitorare la partecipazione ad attività stancanti durante la veglia allo scopo di prevenire la spossatezza.</p> <p>Introdurre specifiche modifiche ambientali (per esempio, luci, rumore, temperatura, materasso e letto) per promuovere il sonno.</p> <p>Incoraggiare l'assistito a stabilire delle attività abituarie all'ora di coricarsi per rendere più facile il passaggio dalla veglia al sonno.</p> <p>Facilitare il mantenimento delle normali abitudini legate al momento di coricarsi, stimoli / aiuti per addormentarsi, oggetti familiari (per esempio, per gli adulti un libro da leggere ecc.), se appropriato.</p> <p>Aiutare la persona a eliminare le situazioni di stress prima di coricarsi.</p> <p>Monitorare gli alimenti e le bevande assunti al momento di coricarsi per evidenziare eventuali sostanze che facilitano oppure interferiscono con il sonno.</p> <p>Istruire l'assistito a evitare l'assunzione di alimenti e di bevande che interferiscono con il</p>
--	-------------------------------	--

		<p>sonno.</p> <p>Aiutare l'assistito a limitare il sonno durante il giorno suggerendo attività che promuovono la veglia, se appropriato.</p> <p>Istruire l'assistito a eseguire il rilassamento muscolare autogeno o ad adottare altre forme non farmacologiche di induzione del sonno.</p> <p>Attuare / sviluppare misure per il benessere come il massaggio, il posizionamento e il tocco.</p> <p>Promuovere l'aumento del numero delle ore di sonno, se necessario.</p> <p>Favorire periodi di riposo durante il giorno, se così è indicato, per soddisfare le esigenze del sonno.</p> <p>Raggruppare le attività assistenziali in modo da ridurre al minimo il numero dei risvegli, consentendo cicli di sonno di almeno 90 minuti.</p> <p>Stabilire gli orari di somministrazione dei farmaci in modo da favorire il ciclo sonno / veglia dell'assistito.</p> <p>Identificare i sonniferi assunti dalla persona.</p> <p>Preferire l'uso di farmaci ipnoinducenti che non contengono principi attivi che sopprimono il sonno REM.</p> <p>Regolare gli stimoli ambientali per mantenere un normale ciclo giorno / notte.</p> <p>Discutere con l'assistito / i suoi familiari delle tecniche per favorire il sonno.</p> <p>Fornire degli opuscoli contenenti informazioni sulle tecniche per il miglioramento del sonno.</p>
1211 - Livello di ansia	5820 – Riduzione dell'ansia	<p>Adottare un approccio calmo e rassicurante.</p> <p>Dire chiaramente ciò che ci si aspetta dal</p>

	<p>Definizione</p> <p>Riduzione al minimo dell'apprensione, della paura, dei presentimenti o del disagio correlati a una fonte non identificata di previsione di un pericolo.</p>	<p>comportamento dell'assistito.</p> <p>Cercare di capire come l'assistito vive una situazione di stress.</p> <p>Fornire informazioni concrete relativamente alla diagnosi, al trattamento e alla prognosi.</p> <p>Stare vicino alla persona per promuovere la sicurezza e ridurre la paura.</p> <p>Incoraggiare i familiari a rimanere accanto all'assistito, se appropriato.</p> <p>Procurare oggetti che siano simboli di sicurezza.</p> <p>Ascoltare con attenzione.</p> <p>Rinforzare il comportamento, se appropriato.</p> <p>Creare un'atmosfera che faciliti la fiducia.</p> <p>Incoraggiare l'assistito a trovare le parole per esprimere le sue sensazioni, percezioni e paure.</p> <p>Rilevare i cambiamenti del livello di ansia.</p> <p>Assicurare attività orientate alla riduzione della tensione.</p> <p>Aiutare l'assistito a individuare le situazioni che aumentano l'ansia.</p> <p>Controllare, se appropriato, ciò che stimola i bisogni della persona.</p> <p>Sostenere l'uso di appropriati meccanismi di difesa.</p> <p>Aiutare la persona a descrivere in modo articolato e realistico un avvenimento imminente.</p> <p>Determinare le capacità decisionali dell'assistito.</p> <p>Insegnare alla persona l'uso delle tecniche di rilassamento.</p> <p>Somministrare farmaci per ridurre l'ansia, se appropriato.</p>
--	--	--

		Osservare per rilevare le manifestazioni, verbali e non verbali, di ansia.
1604 – Partecipazione ad Attività di svago	5420 – Terapia di gruppo Definizione Applicazione di tecniche psicoterapeutiche a un gruppo, compreso l'uso delle interazioni tra i componenti del gruppo stesso.	Determinare lo scopo del gruppo (per esempio, mantenimento degli esami di realtà, facilitazione della comunicazione, esame delle abilità interpersonali e / o sostegno) e la natura dei processi di gruppo. Formare un gruppo di dimensioni ottimali (da 5 a 12 membri). Scegliere per il gruppo persone che intendano partecipare attivamente e assumersi la responsabilità dei loro problemi. Determinare se il livello della motivazione è abbastanza alto da poter trarre beneficio dalla terapia di gruppo. Incaricare un componente del gruppo di affiancare il leader, se appropriato. Affrontare il problema dell'obbligo di presenza. Affrontare il problema dell'accogliere o meno nuovi componenti in qualsiasi momento. Fissare l'orario e la sede delle riunioni del gruppo. Tenere incontri di 1-2 ore, se appropriato. Cominciare e finire in orario e aspettarsi che i partecipanti rimangano fino al termine. Sistemare le sedie in circolo una accanto all'altra. Portare il gruppo alla fase di lavoro il più rapidamente possibile. Aiutare il gruppo a darsi delle regole terapeutiche. Aiutare il gruppo a risolvere il problema della resistenza al cambiamento.

		<p>Orientare i componenti del gruppo in modo che possano identificare e risolvere ogni fase del suo sviluppo.</p> <p>Usare la tecnica della “illuminazione del processo” per incoraggiare l’esplorazione del significato dei messaggi.</p> <p>Incoraggiare il parlare di sé e del passato soltanto se questo ha un riferimento con la funzione e gli obiettivi del gruppo.</p> <p>Usare la tecnica dell’attivazione del qui e ora per spostare l’attenzione dal generico al personale, dall’astratto allo specifico.</p> <p>Incoraggiare i componenti del gruppo a condividere con gli altri quello che hanno in comune.</p> <p>Incoraggiare i componenti del gruppo a condividere con gli altri la collera, la tristezza, l’humour, la sfiducia e ogni altro sentimento.</p> <p>Aiutare i componenti nel processo di esplorazione e accettazione dell’eventuale collera provata verso il leader del gruppo e gli altri.</p> <p>Affrontare i comportamenti che minacciano la coesione del gruppo (per esempio, ritardi, assenze, socializzazione disgregante fuori dal gruppo, formazione di sottogruppi, capro espiatorio).</p> <p>Assicurare un rinforzo sociale (verbale e non verbale) per le risposte/i comportamenti desiderati.</p> <p>Far eseguire esercizi di gruppo strutturati, se appropriato, per promuovere il funzionamento del gruppo e l’<i>insight</i>.</p> <p>Usare il gioco dei ruoli e il <i>problem solving</i>, se</p>
--	--	---

		<p>appropriato.</p> <p>Aiutare i componenti a darsi feedback vicendevoli in modo che possano sviluppare l'<i>insight</i> in merito al proprio comportamento.</p> <p>Includere nell'attività anche riunioni senza leader quando ciò sia in linea con gli obiettivi e con il funzionamento del gruppo.</p> <p>Chiudere le sedute con una sintesi di quello che è stato fatto.</p> <p>Incontrarsi personalmente con il componente del gruppo che vuole chiudere l'esperienza prima del tempo per esaminare le ragioni della decisione.</p> <p>Aiutare il componente di cui sopra a concludere la sua esperienza con il gruppo, se appropriato.</p> <p>Aiutare il gruppo a rileggere l'esperienza e la relazione con il gruppo stesso della persona che lo lascia.</p> <p>Reclutare nuovi elementi, se appropriato, per mantenere l'integrità del gruppo.</p> <p>Assicurare a ogni nuovo componente del gruppo una seduta di orientamento personalizzata in previsione della prima riunione.</p>
	<p>5100 – Miglioramento della Socializzazione</p> <p>Definizione</p> <p>Facilitazione della capacità di una persona di interagire con gli altri.</p>	<p>Incoraggiare a un maggior coinvolgimento nei rapporti già instaurati.</p> <p>Incoraggiare la pazienza nello sviluppo dei rapporti.</p> <p>Incoraggiare i rapporti con le persone che hanno interessi e obiettivi comuni.</p> <p>Incoraggiare le attività sociali e collettive.</p> <p>Incoraggiare la condivisione di problemi comuni con altre persone.</p> <p>Incoraggiare l'onesta nel rapporto con altre</p>

		<p>persone.</p> <p>Incoraggiare a un coinvolgimento in interessi completamente nuovi.</p> <p>Incoraggiare il rispetto per i diritti delle altre persone.</p> <p>Indirizzare l'assistito verso un gruppo o un programma di sviluppo delle abilità interpersonali per aumentare la comprensione delle relazioni, se appropriato.</p> <p>Consentire la sperimentazione dei limiti interpersonali.</p> <p>Fornire un riscontro sul miglioramento della cura di sé o su altre attività.</p> <p>Aiutare l'assistito ad accrescere la consapevolezza dei punti di forza e dei limiti nella comunicazione con gli altri.</p> <p>Usare il <i>role play</i> per esercitarsi a migliorare la capacità e le tecniche di comunicazione.</p> <p>Illustrare i modelli comportamentali che esprimono la collera in modo appropriato.</p> <p>Confrontarsi con l'assistito rispetto a un giudizio alterato, se appropriato.</p> <p>Richiedere ed attendersi una comunicazione verbale.</p> <p>Fornire un riscontro positivo quando l'assistito interagisce con altre persone.</p> <p>Incoraggiare l'assistito a cambiare ambiente uscendo per una passeggiata o per andare al cinema.</p> <p>Dare all'assistito la possibilità di ricevere input sulle, e di pianificare le, attività future.</p> <p>Incoraggiare l'aggregazione in piccoli gruppi per la pianificazione di particolari attività.</p>
--	--	---

		Esaminare i punti di forza e di debolezza dei rapporti in essere.
1407 – Conseguenze della Dipendenza da sostanze	4510 – Trattamento dell'uso di Sostanze Definizione Assistenza solidale alla persona / ai componenti della famiglia con problemi fisici e psicologici associati all'uso di alcol o droghe.	Stabilire una relazione terapeutica con la persona. Identificare con la persona quali sono i fattori (per esempio, genetici, disagio psicologico, stress) che contribuiscono alla dipendenza da alcol. Incoraggiare la persona ad assumere il controllo dei propri comportamenti. Assistere la persona/la famiglia a identificare l'uso della negazione come un atteggiamento sostitutivo per affrontare il problema. Aiutare i componenti della famiglia nel riconoscere che la dipendenza da alcol è una malattia della famiglia. Determinare il tipo di sostanza (e) utilizzata (e). Analizzare con la persona l'impatto dell'uso di alcol o sullo stato generale di salute. Analizzare con la persona l'effetto del trovarsi in compagnia con altri utilizzatori durante lo svago o l'orario di lavoro. Determinare la storia dell'uso di alcol. Assistere la persona nell'identificare gli effetti negativi della dipendenza da alcol sulla salute della famiglia e sulle attività quotidiane. Istruire la persona/la famiglia sul fatto che la quantità/la frequenza dell'uso di alcol che porta a dipendenza varia sensibilmente da persona a persona. Analizzare gli effetti dell'uso di alcol sulle relazioni con familiari, colleghi di lavoro e amici.

		<p>Identificare obiettivi costruttivi con la persona per fornire alternative all'uso di alcol per ridurre lo stress.</p> <p>Assistere la persona a determinare se la moderazione è un obiettivo accettabile, considerando lo stato di salute.</p> <p>Favorire il sostegno di altre persone significative.</p> <p>Fornire sostegno alla famiglia o alle altre persone significative, come appropriato.</p> <p>Fissare limiti che siano di beneficio alla persona e dimostrarsi premurosi.</p> <p>Valutare se la persona continua a utilizzare alcol, per mezzo dell'esame delle urine e del respiro, se appropriato.</p> <p>Incoraggiare la persona a mantenere aggiornato un grafico dettagliato dell'uso di alcol per valutare i progressi.</p> <p>Assistere la persona a quantificare il tempo dedicato all'uso di alcol e descrivere una sua giornata ordinaria.</p> <p>Assistere la persona a scegliere un'attività alternativa incompatibile con l'abuso di alcol.</p> <p>Assistere la persona a imparare strategie di <i>coping</i> alternative per lo stress o il disagio emozionale.</p> <p>Determinare se in famiglia esistono relazioni co-dipendenti.</p> <p>Identificare i gruppi di sostegno presenti nella comunità per il trattamento a lungo termine dell'abuso di alcol.</p> <p>Istruire la persona/la famiglia sui farmaci usati per trattare la specifica sostanza di abuso.</p>
--	--	---

<p>1205 - Autostima</p>	<p>5400 – Miglioramento dell'Autostima</p> <p>Definizione</p> <p>Aiutare la persona a considerare maggiore il proprio valore.</p>	<p>Monitorare le affermazioni della persona rispetto al proprio valore.</p> <p>Determinare se la persona ha un controllo interno o esterno.</p> <p>Determinare la fiducia della persona nel proprio giudizio.</p> <p>Incoraggiare la persona a identificare i propri punti di forza.</p> <p>Incoraggiare il contatto visivo nella comunicazione con gli altri.</p> <p>Potenziare i punti di forza identificati dall'assistito.</p> <p>Procurare esperienze che aumentano l'autonomia dell'assistito, se appropriato.</p> <p>Aiutare la persona a identificare le risposte positive degli altri.</p> <p>Evitare le critiche negative.</p> <p>Evitare di prendere in giro.</p> <p>Esprimere fiducia nella capacità dell'assistito di gestire la situazione.</p> <p>Aiutare l'assistito a darsi obiettivi realistici per ottenere una maggiore autostima.</p> <p>Aiutare l'assistito ad accettare la dipendenza da altri, se appropriato.</p> <p>Aiutare l'assistito a riesaminare le percezioni negative di se stesso.</p> <p>Incoraggiare una maggiore responsabilità della persona nei propri confronti, se appropriato.</p> <p>Aiutare l'assistito a identificare l'impatto del gruppo di amici o coetanei sul senso del proprio valore.</p> <p>Indagare sui risultati ottenuti in precedenza.</p>
--------------------------------	---	---

		<p>Indagare sulle ragioni dell'autocritica e del senso di colpa.</p> <p>Esortare la persona a valutare il proprio comportamento.</p> <p>Esortare la persona ad accettare nuove sfide.</p> <p>Premiare o lodare i progressi dell'assistito nella direzione del raggiungimento degli obiettivi.</p> <p>Facilitare un ambiente e delle attività che possono accrescere l'autostima.</p> <p>Aiutare l'assistito a identificare gli effetti significativi derivanti dalla cultura, dalla religione, dal gruppo etnico, dal genere e dall'età sull'autostima.</p> <p>Istruire i genitori sull'importanza che hanno il loro interessamento e il loro sostegno per lo sviluppo nei figli di un positivo concetto di sé.</p> <p>Istruire i genitori a fissare chiare aspettative e a definire limiti con i loro figli.</p> <p>Insegnare ai genitori a riconoscere i successi ottenuti dai figli.</p> <p>Monitorare la frequenza con cui vengono usate espressioni di negazione di sé.</p> <p>Monitorare la mancanza di perseveranza nel raggiungimento degli obiettivi.</p> <p>Monitorare il livello di autostima nel tempo, se appropriato.</p> <p>Fare affermazioni positive sull'assistito.</p>
<p>1912- Frequenza delle Cadute</p>	<p>6490 – Prevenzione delle Cadute</p> <p>Definizione</p>	<p>Identificare i deficit cognitivi o fisici della persona che possono aumentare il potenziale di cadute in un particolare ambiente.</p> <p>Identificare i comportamenti e i fattori che contribuiscono al rischio di cadute.</p>

	<p>Adozione di appropriate precauzioni per la persona a rischio di lesioni provocate da cadute.</p>	<p>Rivedere la storia delle cadute insieme all'assistito e ai suoi familiari.</p> <p>Identificare le caratteristiche dell'ambiente che possono aumentare il potenziale di cadute (per esempio, pavimenti scivolosi e scale senza protezione).</p> <p>Monitorare l'andatura, l'equilibrio e la resistenza alla deambulazione.</p> <p>Chiedere alla persona come percepisce il proprio equilibrio, se appropriato.</p> <p>Condividere con l'assistito le proprie osservazioni sull'andatura e il movimento.</p> <p>Suggerire all'assistito modifiche dell'andatura.</p> <p>Allenare la persona ad adattarsi alle modifiche dell'andatura che gli sono state suggerite.</p> <p>Assistere la persona instabile nella deambulazione.</p> <p>Fornire all'assistito ausili idonei a renderne sicura l'andatura (per esempio, bastone, deambulatore).</p> <p>Incoraggiare l'assistito a usare il bastone o il deambulatore, se appropriato.</p> <p>Istruire l'assistito sull'uso del bastone o del deambulatore, se appropriato.</p> <p>Mantenere gli ausili in grado di funzionare al meglio.</p> <p>Bloccare le ruote della carrozzina, del letto o della barella durante i trasferimenti dell'assistito.</p> <p>Tenere gli oggetti a portata di mano dell'assistito.</p> <p>Istruire la persona a chiedere assistenza per i movimenti, se appropriato.</p> <p>Insegnare all'assistito il modo di cadere allo scopo di ridurre al minimo le lesioni.</p>
--	---	--

		<p>Mettere dei cartelli che ricordino all'assistito che deve chiedere aiuto quando si vuole alzare dal letto, se appropriato.</p> <p>Monitorare la capacità della persona di trasferirsi dal letto alla sedia e viceversa.</p> <p>Usare la tecnica appropriata per trasferire la persona dal letto alla sedia a rotelle, dalla sedia a rotelle al gabinetto e viceversa ecc.</p> <p>Provvedere affinché la seggetta del gabinetto sia abbastanza alta da facilitare i trasferimenti.</p> <p>Provvedere affinché le sedie siano abbastanza alte e dotate di schienale e braccioli per facilitare i trasferimenti.</p> <p>Provvedere affinché il materasso abbia bordi consistenti per facilitare i trasferimenti.</p> <p>Usare spondine laterali di lunghezza e altezza appropriate per prevenire le cadute dal letto, se necessario.</p> <p>Porre il letto nella posizione più bassa possibile.</p> <p>Sistemare un materassino sul pavimento vicino al letto, se necessario.</p> <p>Assicurare che la persona possa stare seduta su una sedia dall'imbottitura morbida e adattabile per limitarne la mobilità, se appropriato.</p> <p>Sistemare sul sedile della sedia un cuneo di gommapiuma in modo da impedire alla persona di alzarsi senza assistenza, se appropriato.</p> <p>Sistemare sul letto un materasso ad acqua riempito in parte per limitare la mobilità della persona, se appropriato.</p> <p>Assicurare alla persona dipendente un sistema con cui possa facilmente chiedere aiuto (per esempio, campanello o segnale luminoso) quando il <i>caregiver</i> non è presente.</p>
--	--	--

		<p>Rispondere immediatamente alle chiamate.</p> <p>Aiutare nell'uso del gabinetto a intervalli prefissati e frequenti.</p> <p>Sistemare un dispositivo di chiamata, al letto, per avvertire gli operatori che la persona si sta alzando, se appropriato.</p> <p>Evidenziare le soglie e i bordi degli scalini, se necessario.</p> <p>Rimuovere i mobili bassi (per esempio, sgabelli per i piedi e tavolini) nei quali la persona può inciampare.</p> <p>Evitare qualsiasi ingombro sulla superficie del pavimento.</p> <p>Assicurare un'illuminazione che garantisca una buona visibilità.</p> <p>Provvedere affinché vi sia una luce notturna accanto al letto.</p> <p>Provvedere affinché vi siano corrimano e maniglie di sostegno ben visibili.</p> <p>Provvedere affinché dei cancellini o altri dispositivi impediscano il libero accesso alle scale.</p> <p>Provvedere affinché sui pavimenti non sia possibile sdruciolare né inciampare.</p> <p>Provvedere affinché vi sia una superficie antiscivolo nella vasca da bagno e nella doccia.</p> <p>Provvedere affinché gli spazi dove tenere gli oggetti siano a portata di mano.</p> <p>Assicurare mobili pesanti che non si ribaltino se vengono usati per appoggiarsi.</p> <p>Orientare la persona alla sistemazione fisica della stanza.</p>
--	--	---

		<p>Evitare cambiamenti dell'ambiente fisico non strettamente necessari.</p> <p>Assicurarsi che la persona abbia scarpe che calzino correttamente, si allaccino in modo sicuro e che siano dotate di soles antiscivolo.</p> <p>Istruire l'assistito a portare gli occhiali prescritti, se appropriato, quando non è a letto.</p> <p>Educare i familiari sui fattori di rischio che contribuiscono alle cadute e sul modo in cui essi li possono ridurre.</p> <p>Suggerire le modifiche da fare in casa per accrescere la sicurezza.</p> <p>Istruire i familiari sull'importanza dei corrimano o delle maniglie per le scale, in bagno e nei corridoi.</p> <p>Aiutare i familiari a individuare i rischi nell'ambiente domestico e a eliminarli.</p> <p>Suggerire l'uso di calzature sicure.</p> <p>Istruire l'assistito a evitare di camminare sul ghiaccio e su altre superfici esterne scivolose.</p> <p>Mettere a punto dei sistemi con cui la persona possa partecipare senza rischi ad attività ricreative.</p> <p>Avviare un programma di esercizio fisico regolare che comprenda anche la deambulazione.</p> <p>Esporre dei cartelli per informare il personale che la persona è ad alto rischio di cadute.</p> <p>Collaborare con gli altri membri del gruppo per ridurre al minimo gli effetti collaterali dei farmaci che contribuiscono alle cadute (per esempio, provocando ipotensione ortostatica e andatura instabile).</p>
--	--	---

<p>0906 – Adozione di Decisioni</p>	<p>5230 – Miglioramento del <i>Coping</i></p> <p>Definizione</p> <p>Aiutare la persona ad adattarsi ai fattori percepiti come stressanti, ai cambiamenti e alle minacce che interferiscono con il soddisfacimento delle esigenze e con lo svolgimento dei ruoli della vita.</p>	<p>Valutare l’adattamento della persona ai cambiamenti dell’immagine corporea, se appropriato.</p> <p>Valutare l’impatto della situazione di vita della persona sui suoi ruoli e le sue relazioni.</p> <p>Incoraggiare la persona a identificare una descrizione realistica dei cambiamenti di ruolo.</p> <p>Valutare il grado di comprensione che la persona ha del decorso della malattia.</p> <p>Valutare e discutere di risposte alternative alla situazione.</p> <p>Usare un approccio calmo e rassicurante.</p> <p>Assicurare un’atmosfera di accoglienza.</p> <p>Aiutare la persona a fare una valutazione oggettiva degli eventi.</p> <p>Aiutare la persona a identificare le informazioni che è maggiormente interessata a ottenere.</p> <p>Assicurare informazioni basate sui fatti relativamente alla diagnosi, al trattamento e alla prognosi.</p> <p>Consentire alla persona scelte realistiche rispetto a certi aspetti dell’assistenza.</p> <p>Incoraggiare un atteggiamento di speranza realistica come modo di affrontare il senso di impotenza.</p> <p>Valutare le capacità decisionali dell’assistito.</p> <p>Cercare di capire la percezione della persona rispetto alle situazioni di stress.</p> <p>Scoraggiare la persona dal prendere decisioni quando è in uno stato di grave stress.</p> <p>Incoraggiarla ad acquisire una graduale padronanza della situazione.</p> <p>Incoraggiarla ad avere pazienza nello sviluppare</p>
--	---	--

		<p>le relazioni.</p> <p>Incoraggiare le relazioni con persone che hanno interessi e obiettivi comuni.</p> <p>Incoraggiare le attività sociali e di comunità.</p> <p>Esortare l'assistito ad accettare i limiti degli altri.</p> <p>Individuare il retroterra spirituale e il bagaglio culturale della persona.</p> <p>Incoraggiare l'uso di risorse spirituali, se lo desidera.</p> <p>Esplorare i risultati che la persona ha ottenuto in precedenza.</p> <p>Esplorare le ragioni di autocritica da parte della persona.</p> <p>Far fronte ai sentimenti ambivalenti della persona (arrabbiata o depressa).</p> <p>Favorire sbocchi costruttivi per la collera e l'ostilità.</p> <p>Preparare situazioni che stimolino la persona all'autonomia.</p> <p>Aiutare la persona a identificare le risposte positive che vengono dagli altri.</p> <p>Incoraggiare l'identificazione di specifici valori della vita.</p> <p>Esplorare insieme all'assistito i metodi che ha adottato in precedenza per affrontare i problemi della vita.</p> <p>Presentare l'assistito a persone (o gruppi) che hanno fatto con successo la stessa esperienza.</p> <p>Sostenere l'uso di appropriati meccanismi di difesa.</p> <p>Incoraggiare l'espressione verbale di sentimenti, percezioni e paure.</p>
--	--	---

		<p>Discutere delle conseguenze del non volersi confrontare con il senso di colpa e di vergogna.</p> <p>Incoraggiare la persona a identificare le proprie risorse e capacità.</p> <p>Aiutare la persona a identificare appropriati obiettivi a breve e lungo termine.</p> <p>Aiutare la persona a suddividere gli obiettivi complessi in passaggi più piccoli e gestibili.</p> <p>Aiutare la persona a esaminare le risorse disponibili per raggiungere gli obiettivi.</p> <p>Ridurre gli stimoli ambientali che potrebbero essere interpretati come minacciosi.</p> <p>Valutare i bisogni/desideri di sostegno sociale della persona.</p> <p>Aiutare la persona a identificare i sistemi di sostegno disponibili.</p> <p>Determinare il rischio che la persona si faccia del male.</p> <p>Incoraggiare il coinvolgimento dei familiari, se appropriato.</p> <p>Incoraggiare i familiari a esprimere i loro sentimenti riguardo al congiunto ammalato.</p> <p>Fornire un appropriato addestramento nelle abilità sociali.</p> <p>Aiutare la persona a identificare strategie positive per affrontare i propri limiti e gestire i necessari cambiamenti di ruolo o di stile di vita.</p> <p>Aiutare la persona a risolvere i problemi in modo costruttivo.</p> <p>Istruire la persona sull'uso delle tecniche di rilassamento, se necessario.</p> <p>Aiutare la persona a chiarire concetti sbagliati.</p> <p>Incoraggiare la persona a valutare il proprio</p>
--	--	---

		comportamento.
	<p>5220 – Sostegno al processo Decisionale</p> <p>Definizione</p> <p>Fornire informazioni e sostegno a una persona che sta prendendo una decisione riguardo all'assistenza sanitaria.</p>	<p>Determinare se vi siano differenze tra la visione della propria condizione che ha la persona e quella che ne hanno gli operatori sanitari.</p> <p>Informare la persona delle opzioni o soluzioni alternative.</p> <p>Aiutare la persona a identificare i vantaggi e gli svantaggi di ciascuna alternativa.</p> <p>Stabilire la comunicazione con la persona fino dall'accettazione.</p> <p>Facilitare la formulazione da parte della persona degli obiettivi dell'assistenza.</p> <p>Ottenere il consenso informato, se appropriato.</p> <p>Facilitare un processo decisionale collaborativo.</p> <p>Acquisire e mantenere una piena conoscenza delle politiche e procedure dell'azienda.</p> <p>Rispettare il diritto della persona di ricevere o non ricevere informazioni.</p> <p>Fornire le informazioni richieste dalla persona.</p> <p>Aiutare la persona a spiegare la decisione agli altri, se necessario.</p> <p>Fare da collegamento tra l'assistito e i familiari.</p> <p>Fare da collegamento tra l'assistito e gli altri operatori sanitari.</p> <p>Dare indicazioni per assistenza legale, se appropriato.</p> <p>Dare indicazioni per gruppi di sostegno, se appropriato.</p>
	<p>4500 – Prevenzione dell'uso di Sostanze</p>	<p>Aiutare la persona a tollerare livelli accresciuti di stress, se appropriato.</p>

	<p>Definizione</p> <p>Prevenzione di uno stile di vita basato sul consumo di alcol o di sostanze stupefacenti.</p>	<p>Preparare la persona a eventi difficili o dolorosi.</p> <p>Ridurre lo stress ambientale irritante o frustrante.</p> <p>Ridurre l'isolamento sociale, se appropriato.</p> <p>Sostenere i provvedimenti che regolano la vendita e la distribuzione dell'alcol ai minori.</p> <p>Esercitare pressioni per l'innalzamento dell'età in cui è consentito il consumo degli alcolici.</p> <p>Raccomandare i cambiamenti responsabili nei curricula delle scuole elementari rispetto all'alcol e alle sostanze stupefacenti.</p> <p>Condurre programmi nelle scuole sulla necessità di evitare il consumo di sostanze stupefacenti e di alcol come attività ricreative.</p> <p>Incoraggiare decisioni responsabili sulle scelte di uno stile di vita.</p> <p>Raccomandare le campagne informative relative ai problemi derivanti dall'uso di sostanze.</p> <p>Istruire i genitori e gli insegnanti sull'identificazione dei segni e dei sintomi di dipendenza.</p> <p>Aiutare la persona a identificare strategie sostitutive per la ridurre la tensione.</p> <p>Sostenere o organizzare gruppi comunitari allo scopo di ridurre gli infortuni derivanti dal consumo di alcol, come per esempio gli Alcolisti Anonimi.</p> <p>Collaborare a inchieste tra gli studenti delle scuole elementari e medie sull'uso dell'alcol e sui comportamenti derivanti dal consumo di alcol.</p> <p>Istruire i genitori a sostenere le politiche scolastiche che vietano l'uso di alcol durante le attività extradidattiche.</p> <p>Incoraggiare i genitori a partecipare alle attività</p>
--	---	---

		dei figli fin dall'età prescolare e per tutta l'adolescenza.
1401 – Autocontrollo dell'Aggressività	4640 – Assistenza nel controllo della Collera Definizione Facilitazione dell'espressione della collera in modo adattivo, non violento.	Stabilire un rapporto di fiducia con l'assistito. Adottare un approccio calmo, rassicurante. Determinare le aspettative comportamentali appropriate per l'espressione della collera, considerato il livello di funzionalità cognitiva e fisica della persona. Usare molta cautela nell'affrontare situazioni frustranti fintanto che la persona non sia capace di esprimere la propria collera in maniera adattativa. Incoraggiare l'assistito a chiedere aiuto al personale infermieristico o ad altri idonei professionisti nei periodi di crescente tensione. Monitorare l'aggressività potenziale e intervenire prima che questa si manifesti. Prevenire i danni fisici quando la collera è diretta contro se stessi o contro altri (per esempio, limitare o rimuovere ciò che potrebbe essere usato come un'arma). Offrire valvole di sfogo fisiche con cui esprimere la collera o la tensione (per esempio, sacco da pugilato, vari sport, lavori con la creta, scrivere su un giornale). Assicurare l'assistito che il personale infermieristico interverrà per fare in modo che non perda il controllo. Fare uso di controlli esterni – per esempio, contenzione fisica o manuale (con i limiti previsti), time out e isolamento – se necessario, per calmare la persona che esprime la collera in modo non adattivo. Fornire i riscontri relativi ai comportamenti per

		<p>aiutare la persona a riconoscere la collera.</p> <p>Aiutare l'assistito a identificare la causa della collera.</p> <p>Identificare la funzione che la collera, la frustrazione e la rabbia hanno per l'assistito.</p> <p>Identificare le conseguenze di una espressione inappropriata della collera.</p> <p>Aiutare la persona nella programmazione di strategie volte a prevenire una espressione inappropriata della collera.</p> <p>Identificare insieme alla persona i benefici provenienti dall'esprimere la collera in modo adattativo e non violento.</p> <p>Stabilire l'aspettativa che la persona riesca a controllare il proprio comportamento.</p> <p>Insegnare l'uso di misure atte a calmare (time out e respiri profondi).</p> <p>Aiutare la persona nella messa a punto di metodi appropriati per esprimere la propria collera verso gli altri (per esempio, assertività, esternare i propri sentimenti).</p> <p>Fornire modelli di ruolo che esprimono la collera in modo appropriato.</p> <p>Sostenere la persona nell'attuazione di strategie di controllo della collera e nella sua espressione appropriata.</p> <p>Rinforzare le espressioni appropriate della collera.</p>
<p>1903 – Controllo dei Rischi: consumo di alcolici</p>	<p>4512 – Trattamento dell'uso di Sostanze: astinenza dall'alcol</p> <p>Definizione</p>	<p>Creare un ambiente a bassa stimolazione per la disintossicazione.</p> <p>Monitorare i parametri vitali durante l'astinenza.</p> <p>Monitorare per delirium tremens.</p>

	<p>Assistenza alla persona che sta vivendo un'improvvisa interruzione del consumo di alcol.</p>	<p>Somministrare anticonvulsivanti o sedativi, come appropriato.</p> <p>Operare per alleviare il disagio fisico, come necessario.</p> <p>Porsi in modo neutro rispetto ai comportamenti di abuso della persona.</p> <p>Gestire in modo terapeutico le allucinazioni.</p> <p>Mantenere adeguate sia l'alimentazione sia l'assunzione dei liquidi.</p> <p>Somministrare una terapia vitaminica, se necessario.</p> <p>Monitorare la persona per rilevare l'eventuale consumo segreto di alcol durante la disintossicazione.</p> <p>Ascoltare le preoccupazioni della persona in relazione all'astinenza da alcol.</p> <p>Fornire sostegno emozionale alla persona/alla famiglia, se appropriato.</p> <p>Fornire rassicurazioni verbali, se appropriato.</p> <p>Orientare alla realtà, se appropriato.</p> <p>Rassicurare la persona che la depressione e la fatigue sono normali durante la disintossicazione.</p>
<p>2600 – <i>Coping</i> della Famiglia</p>	<p>7140 – Sostegno della Famiglia</p> <p>Definizione</p> <p>Promozione dei valori, degli interessi e degli obiettivi della famiglia.</p>	<p>Assicurare alla famiglia che il componente sta ricevendo la migliore assistenza possibile.</p> <p>Valutare la reazione emozionale dei familiari alle condizioni del congiunto.</p> <p>Determinare il peso psicologico che la prognosi rappresenta per i familiari.</p> <p>Promuovere una speranza realistica.</p> <p>Prestare ascolto alle preoccupazioni, alle emozioni e alle domande dei familiari.</p>

		<p>Facilitare la comunicazione delle preoccupazioni/emozioni tra il malato e i familiari o tra i componenti della famiglia.</p> <p>Promuovere un rapporto di fiducia con i familiari.</p> <p>Accettare i valori propri della famiglia senza dare giudizi.</p> <p>Rispondere a tutte le domande dei familiari o aiutarli a ottenere le risposte da altri.</p> <p>Orientare i familiari al contesto assistenziale, come l'ospedale o l'ambulatorio.</p> <p>Aiutare a soddisfare i bisogni di base della famiglia, come l'alloggio, il cibo e gli indumenti.</p> <p>Identificare la natura del sostegno spirituale da fornire alla famiglia.</p> <p>Identificare la corrispondenza fra le aspettative del malato, quelle dei familiari e quelle degli operatori sanitari.</p> <p>Ridurre le differenze tra le aspettative del malato, dei familiari e degli operatori sanitari ricorrendo alle proprie abilità comunicative.</p> <p>Aiutare i familiari a identificare e risolvere eventuali conflitti di valori.</p> <p>Rispettare e sostenere i meccanismi di <i>coping</i> che favoriscono l'adattamento della famiglia.</p> <p>Assicurare ai familiari feedback relativi al loro <i>coping</i>.</p> <p>Consigliare ai familiari di utilizzare altre efficaci abilità di <i>coping</i>.</p> <p>Fornire ai familiari risorse spirituali, se appropriato.</p> <p>Dare ai familiari frequenti informazioni sui progressi del congiunto secondo i suoi desideri.</p>
--	--	--

		<p>Insegnare ai familiari i piani di assistenza medica e infermieristica.</p> <p>Garantire ai familiari le necessarie conoscenze sulle scelte possibili, in modo da aiutarli a prendere decisioni riguardo all'assistenza al familiare malato.</p> <p>Includere i familiari, insieme all'assistito, nelle decisioni da prendere riguardo all'assistenza, se appropriato.</p> <p>Esortare i familiari a prendere decisioni sulla pianificazione dell'assistenza del paziente a lungo termine quando questa incide sulla struttura e le risorse della famiglia.</p> <p>Riconoscere che è stata compresa la decisione dei familiari riguardo all'assistenza post-dimissione.</p> <p>Aiutare i familiari ad acquisire le conoscenze, le abilità e le attrezzature necessarie per sostenere la decisione che hanno preso circa l'assistenza da assicurare al loro congiunto.</p> <p>Fungere da "avvocati" a tutela della famiglia, se appropriato.</p> <p>Incoraggiare i familiari a essere assertivi nel chiedere informazioni, se appropriato.</p> <p>Dare la possibilità di visite anche da parte di parenti alla lontana, se appropriato.</p> <p>Presentare i familiari ad altre famiglie che stanno facendo esperienze simili, se appropriato.</p> <p>Prestare assistenza alla persona al posto dei familiari per dare loro un sollievo e/o quando la famiglia non sembra in grado di farlo.</p> <p>Organizzare sostituzioni temporanee di chi presta assistenza, se indicato o desiderato.</p> <p>Fornire occasioni per il sostegno da parte del</p>
--	--	---

		<p>gruppo di amici o colleghi.</p> <p>Dare indicazioni per la terapia familiare, se appropriato.</p> <p>Istruire i familiari su come contattare gli infermieri.</p>
	<p>7150 – Terapia familiare</p> <p>Definizione</p> <p>Assistenza ai familiari perché aiutino la propria famiglia ad adottare un modo di vivere più produttivo.</p>	<p>Condividere con i familiari il piano terapeutico.</p> <p>Determinare i ruoli abituali della persona nel sistema familiare.</p> <p>Determinare le specifiche carenze correlate alle aspettative di ruolo.</p> <p>Determinare le aree di insoddisfazione e / o di conflitto e vedere se i componenti della famiglia sono disposti a ricercare soluzioni.</p> <p>Usare la raccolta della storia della famiglia per incoraggiare la discussione tra i familiari.</p> <p>Usare i dati rintracciabili per monitorare la famiglia.</p> <p>Monitorare i confini della famiglia per tentare di diminuire la distanza fra i suoi sottosistemi.</p> <p>Monitorare per eventuali risposte avverse a quelle previste dalla terapia.</p> <p>Inserire nel piano l'uso terapeutico di sé come infermiere agente di cambiamento.</p> <p>Pianificare le strategie di conclusione e di valutazione di questa terapia.</p> <p>Fare in modo che la discussione proceda dall'argomento che suscita meno l'emotività a quelli che lo fanno in misura maggiore.</p> <p>Chiedere ai componenti della famiglia di prendere parte ad attività assegnate come sperimentali, per esempio mangiare qualche volta insieme.</p>

		<p>Facilitare le discussioni in seno alla famiglia, aiutando i suoi componenti a stabilire un ordine di priorità fra i dati e a scegliere il tema che per loro è più urgente affrontare.</p> <p>Aiutare i componenti della famiglia a chiarire ciò di cui hanno bisogno e ciò che si aspettano l'uno dall'altro.</p> <p>Utilizzare la spontaneità terapeutica nelle interazioni con i familiari.</p> <p>Dare conferme ai componenti della famiglia per riconoscere e ricompensare i loro comportamenti positivi.</p> <p>Nelle discussioni familiari proporre temi con funzione di sfida al fine di superare o ampliare il contesto e di stimolare l'emergere di nuove possibilità.</p> <p>Facilitare la sfida o il confronto tra i diversi sottosistemi familiari, se appropriato.</p> <p>Discutere dei rapporti gerarchici tra i componenti dei sottosistemi.</p> <p>Aiutare i componenti della famiglia a progredire cambiando se stessi nelle relazioni con gli altri familiari.</p> <p>Facilitare la ristrutturazione dei sottosistemi della famiglia, se appropriato.</p> <p>Aiutare la famiglia a fissare nuovi obiettivi non in continuità con i precedenti, in modo da procedere verso modalità più competenti di gestire i comportamenti disfunzionali.</p>
	<p>7110 – Promozione del coinvolgimento della Famiglia</p> <p>Definizione</p>	<p>Stabilire una relazione personale con il malato e con i familiari che saranno coinvolti nell'assistenza.</p> <p>Identificare la capacità dei familiari di</p>

	<p>Facilitazione della partecipazione della famiglia all'assistenza emozionale e fisica del familiare malato.</p>	<p>partecipare all'assistenza del congiunto.</p> <p>Determinare le risorse fisiche, emozionali ed educative del <i>caregiver</i> principale.</p> <p>Identificare i deficit del malato nella cura di sé.</p> <p>Identificare i desideri dei familiari in merito al loro coinvolgimento con la persona assistita.</p> <p>Identificare le aspettative dei familiari per il malato.</p> <p>Incoraggiare i familiari e l'assistito a partecipare alla stesura di un piano di assistenza, compresi i risultati attesi, e alla sua messa in atto.</p> <p>Incoraggiare i familiari e l'assistito a essere assertivi nelle interazioni con il personale sanitario.</p> <p>Monitorare la struttura e i ruoli in seno alla famiglia.</p> <p>Monitorare il coinvolgimento dei familiari nell'assistenza del congiunto.</p> <p>Esortare i familiari a prendersi cura del congiunto durante la sua permanenza in ospedale o in una struttura di lungodegenza.</p> <p>Dare ai familiari le informazioni essenziali sul malato in accordo con i suoi desideri.</p> <p>Facilitare ai familiari la comprensione degli aspetti medici della condizione del malato.</p> <p>Identificare la percezione che hanno i familiari della situazione, degli eventi che la rendono più grave, dello stato d'animo del malato e del suo comportamento.</p> <p>Identificare altri agenti stressanti situazionali per i familiari.</p> <p>Identificare i sintomi fisici correlati allo stress di ciascun familiare (per esempio, facilità al pianto,</p>
--	---	--

		<p>nausea, vomito, tendenza a distrarsi).</p> <p>Determinare il livello di dipendenza dell'assistito dai familiari appropriato all'età e alla malattia.</p> <p>Stimolare l'attenzione su ogni aspetto positivo della situazione dell'assistito.</p> <p>Identificare e mostrare rispetto per i meccanismi di <i>coping</i> usati dai familiari.</p> <p>Identificare insieme ai familiari le risorse e le abilità dell'assistito.</p> <p>Informare i familiari sui fattori che possono migliorare le condizioni dell'assistito.</p> <p>Incoraggiare i familiari a mantenere i rapporti in seno alla famiglia, se appropriato.</p> <p>Discutere delle opzioni relative all'assistenza post-dimissione, quali un'assistenza domiciliare che prevede periodiche pause con sostituzione del <i>caregiver</i>.</p> <p>Facilitare la gestione degli aspetti medici della malattia da parte dei familiari.</p>
--	--	---

3.6 Valutazione dei risultati

Fondamentale risulta la definizione dei tempi necessari per realizzare gli interventi e sulla base dei tempi stabiliti si identifica quando effettuare la rivalutazione per verificare se l'obiettivo è stato raggiunto e quindi passare ad un'altra diagnosi o se ripianificare l'assistenza perché l'obiettivo è stato raggiunto parzialmente non è stato raggiunto. Per ogni obiettivo assistenziale evidenziato sono stati raggruppati i principali indicatori. Accanto agli indicatori si trova una scala di misura che consente la misurazione dei risultati in ciascun movimento su un *continuum*, i cui estremi sono un polo molto negativo (1) e un polo molto positivo (5) come rappresentato nella tabella seguente.

Tabella 9. Principali indicatori e relativa griglia di valutazione (NIC) in relazione agli obiettivi assistenziali.

Obiettivo assistenziale (NOC)	Indicatori Misura globale del risultato	Griglia di valutazione
<p>1812 – Conoscenze: controllo dell'uso di sostanze.</p>	<p>181201 Descrizione del rischio personale di uso improprio di sostanze</p> <p>181202 Descrizione degli effetti nocivi per la salute dovuti all'uso di alcol</p> <p>181203 Descrizione dei benefici derivanti dalla cessazione dell'uso di alcol</p> <p>181204 Descrizione dei pericoli legati all'uso di alcol</p> <p>181205 Descrizione delle conseguenze sociali legate all'uso di alcol</p> <p>181206 Descrizione della responsabilità personale nella gestione dell'uso di alcol</p> <p>181207 Descrizione dei pericoli legati al controllo dell'uso di alcol</p> <p>181208 Descrizione del sostegno per il controllo dell'uso di alcol</p> <p>181209 Descrizione delle azioni per prevenire l'uso di alcol</p> <p>181210 Descrizione delle azioni per gestire l'uso di alcol</p> <p>181211 Descrizione dei benefici dell'automonitoraggio continuo</p> <p>181212 Descrizione del potenziale di ricaduta nel tentativo di controllare l'uso di alcol</p> <p>181213 Descrizione delle azioni per prevenire e gestire le ricadute nell'uso di alcol</p> <p>181214 Descrizione dei segni di dipendenza durante la sospensione dell'uso di alcol</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p>1. Nessuna conoscenza</p> <p>2. Limitata conoscenza</p> <p>3. Moderata conoscenza</p> <p>4. Sostanziale conoscenza</p> <p>5. Notevole conoscenza</p>
<p>1004 - Stato nutrizionale</p>	<p>100401 Assunzione di nutrienti</p> <p>100402 Assunzione di cibo</p> <p>100408 Assunzione di liquidi</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p>1. Estrema deviazione dalla</p>

	100403 Energia 100405 Rapporto peso / altezza 100409 Ematocrito 100410 Tono muscolare 100411 Idratazione	norma 2. Sostanziale deviazione dalla norma 3. Moderata deviazione dalla norma 4. Leggera deviazione dalla norma 5. Nessuna deviazione dalla norma
0601 – Bilancio Idrico	060101 Pressione sanguigna 060102 Pressione arteriosa media 060103 Pressione venosa centrale 060104 Pressione apicale polmonare 060105 Polsi periferici 060107 Bilancio tra assunzione ed eliminazione nelle 24 ore 060109 Stabilità del peso corporeo 060116 Turgore della cute 060117 Umidità delle membrane 060118 Elettroliti sierici 060119 Ematocrito 060120 Peso specifico delle urine 060122 Frequenza del polso radiale	1 2 3 4 5 1. Estremamente compromesso 2. Sostanzialmente compromesso 3. Moderatamente compromesso 4. Leggermente compromesso 5. Non compromesso
	060106 Ipotensione ortostatica 060108 Rumori avventizi della respirazione 060110 Ascite 060111 Distensione della giugulare 060112 Edema periferico 060113 Bulbi oculari morbidi e infossati 060114 Confusione 060115 Sete	1 2 3 4 5 1. Grave 2. Sostanziale 3. Moderato 4. Leggero 5. Nessuno

	060123 Crampi muscolari 060124 Capogiri	
0004 – Sonno	000401 Ore di sonno (almeno 5 ore/24 ore) * 000402 Ore di sonno osservate 000403 Modello di sonno 000404 Qualità del sonno 000405 Efficacia del sonno (rapporto tempo di sonno/tempo totale cercando di dormire) 000407 Routine del sonno 000408 Si sente rigenerato dopo il sonno 000410 È sveglio nei momenti appropriati 000411 Risultati dell'elettroencefalogramma 000412 Risultati dell'elettromiogramma 000413 Risultati dell'elettrooculogramma 000418 Dorme costantemente tutta la notte	1 2 3 4 5 1. Estremamente compromesso 2. Sostanzialmente compromesso 3. Moderatamente compromesso 4. Leggermente compromesso 5. Non compromesso
	000406 Sonno interrotto 000409 Sonnellini inappropriati 000416 Apnea del sonno 000417 Dipendenza da sonniferi	1 2 3 4 5 1. Grave 2. Sostanziale 3. Moderato 4. Leggero 5. Nessuno
1211 - Livello di ansia	121101 Inquietudine 121102 Camminata irrequieta 121103 Torsione delle mani 121104 Angoscia 121105 Disagio 121106 Tensione muscolare 121107 Tensione facciale 121108 Irritabilità 121109 Indecisione 121110 Scoppi di rabbia 121111 Problemi comportamentali 121112 Difficoltà di concentrazione	1 2 3 4 5 1. Grave 2. Sostanziale 3. Moderato 4. Leggero 5. Nessuno

		<p>121113 Difficoltà di apprendimento</p> <p>121114 Difficoltà nella risoluzione dei problemi</p> <p>121115 Attacchi di panico</p> <p>121116 Dichiarazione di apprensione</p> <p>121117 Dichiarazione di ansia</p> <p>121118 Preoccupazione eccessiva per gli eventi della vita</p> <p>121119 Aumento della pressione sanguigna</p> <p>121120 Aumento della frequenza del polso</p> <p>121121 Aumento della frequenza respiratoria</p> <p>121122 Dilatazione pupillare</p> <p>121123 Sudorazione</p> <p>121124 Vertigini</p> <p>121125 Fatigue</p> <p>121126 Riduzione della produttività</p> <p>121127 Diminuzione del rendimento scolastico</p> <p>121128 Atteggiamento di rinuncia e chiusura in sé</p> <p>121129 Disturbi del modello di sonno</p> <p>121130 Cambiamenti nel modello intestinale</p> <p>121131 Cambiamenti nel modello di alimentazione</p>	
1604	– Partecipazione ad Attività di svago	<p>160401 Partecipa alle attività extra-lavorative</p> <p>160410 Partecipa ad attività di svago che richiedono un forte impegno fisico</p> <p>160411 Partecipa ad attività di svago che richiedono uno scarso impegno fisico</p> <p>160412 Seleziona attività di svago interessanti</p> <p>160402 Esprime soddisfazione per le attività di svago</p> <p>160403 Usa appropriate abilità sociali e di interazione</p> <p>160404 Si sente rilassato grazie alle attività di svago</p> <p>160413 Apprezza le attività di svago</p> <p>160405 Esibisce creatività attraverso le attività di svago</p> <p>160406 Sceglie le proprie attività di svago</p> <p>160407 Identifica opzioni ricreative</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p>1. Mai dimostrata</p> <p>2. Raramente dimostrata</p> <p>3. Talvolta dimostrata</p> <p>4. Spesso dimostrata</p> <p>5. Costantemente dimostrata</p>
1407	– Conseguenze della Dipendenza da sostanze	<p>140701 Prolungata diminuzione dell'attività fisica</p> <p>140702 Compromissione cronica della funzionalità motoria</p> <p>140703 Diminuzione cronica della resistenza</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p>1. Grave</p> <p>2. Sostanziale</p>

	140704 Fatigue cronica 140705 Compromissione cronica della funzionalità cognitiva 140706 Compromissione cronica della respirazione 140707 Lenta guarigione dalle malattie 140708 Assenteismo dal lavoro / scuola 140709 Difficoltà di mantenere un lavoro 140710 Difficoltà di mantenere un alloggio 140711 Difficoltà di procurarsi sostegno economicamente	3. Moderato 4. Leggero 5. Nessuno
	140712 Incidenti stradali nell'ultimo anno 140713 Arresti nell'arco dell'ultimo anno 140714 Visite al pronto soccorso nell'ultimo anno 140715 Ricoveri in ospedale nell'ultimo anno 140717 Multe nell'ultimo anno	1 2 3 4 5 1. Grave (4 + episodi) 2. Sostanziale (3 episodi) 3. Moderata (2 episodi) 4. Leggera (1 episodio) 5. Nessuna (nessun episodio)
1205 - Autostima	120501 Espressione di autoaccettazione 120502 Accettazione delle autolimitazioni 120503 Mantenimento di una postura eretta 120504 Mantenimento del contatto visivo 120505 Descrizione di se stesso 120506 Attenzione nei confronti degli altri 120507 Comunicazione aperta 120508 Realizzazione di ruoli personali significanti 120509 Mantenimento dell'igiene / cura di sé 120510 Equilibrio tra partecipazione e ascolto nei gruppi 120511 Livello di fiducia 120512 Accettazione di complimenti da parte di altri 120513 Reazione attesa dagli altri 120514 Accettazione di critiche costruttive 120515 Volontà di confronto con gli altri	1 2 3 4 5 1. Mai positiva 2. Raramente positiva 3. Talvolta positiva 4. Spesso positiva 5. Costantemente positiva

	120516 Descrizione dei successi sul lavoro o a scuola 120517 Descrizione dei successi nei gruppi sociali 120518 Descrizione di orgoglio di sé 120519 Sentimento del proprio valore	
1912- Frequenza delle Cadute	191201 Numero di cadute dalla posizione eretta 191202 Numero di cadute durante la deambulazione 191203 Numero di cadute dalla posizione seduta 191204 Numero di cadute dal letto 191205 Numero di cadute durante un trasferimento 191206 Numero di cadute salendo i gradini 191207 Numero di cadute scendendo i gradini	1 2 3 4 5 1. 10 e oltre 2. 7 - 9 3. 4 – 6 4. 1 - 3 5. Nessuna
0906 – Adozione di Decisioni	090601 Identifica le informazioni importanti 090602 Identifica le alternative 090603 Identifica le potenziali conseguenze di ogni alternativa 090604 Identifica le risorse necessarie a sostegno di ciascuna alternativa 090605 Riconosce quando è in contraddizione con i desideri degli altri 090606 Riconosce il contesto sociale della situazione 090607 Riconosce le implicazioni legali di rilievo 090608 Soppesa le alternative 090609 Sceglie tra le alternative	1 2 3 4 5 1. Estremamente compromessa 2. Sostanzialmente compromessa 3. Moderatamente compromessa 4. Leggermente compromessa 5. Non compromessa
1401 – Autocontrollo dell’Aggressività	140101 Si trattiene dall’esplosione verbale 140102 Evita la violazione dello spazio personale altrui 140103 Si trattiene dal colpire gli altri 140104 Evita di nuocere agli altri 140105 Evita di nuocere agli animali 140106 Evita di distruggere la proprietà 140107 Comunica i bisogni in modo appropriato 140108 Comunica i sentimenti in modo appropriato 140109 Controlla gli impulsi 140110 Riconosce quando è arrabbiato 140111 Riconosce quando è frustrato 140112 Identifica le situazioni che favoriscono le ostilità	1 2 3 4 5 1. Mai dimostrato 2. Raramente dimostrato 3. Talvolta dimostrato 4. Spesso dimostrato 5. Costantemente dimostrato

	<p>140113 Riconosce la responsabilità di mantenere il controllo</p> <p>140114 Riconosce quando si sente aggressivo</p> <p>140115 Identifica alternative all'aggressione</p> <p>140116 Identifica all'alternative all'esplosione verbale</p> <p>140117 Manifesta i sentimenti negativi in modo appropriato</p> <p>140118 Incoraggia l'accordo per contenere gli atteggiamenti aggressivi</p> <p>140119 Mantiene l'autocontrollo senza supervisione</p> <p>140121 Usa sfoghi fisici per ridurre l'energia repressa</p> <p>140122 Usa tecniche specifiche per controllare la rabbia</p> <p>140123 Usa tecniche specifiche per controllare la frustrazione</p>	
<p>1903 – Controllo dei Rischi: consumo di alcolici</p>	<p>190301 Riconosce i rischi legati al cattivo uso dell'alcol</p> <p>190302 Riconosce le conseguenze personali legate al cattivo uso dell'alcol</p> <p>190303 Sorveglia l'ambiente per i fattori che incoraggiano l'abuso di alcol</p> <p>190304 Sorveglia il modello personale di uso di alcol</p> <p>190305 Sviluppa strategie efficaci di controllo dell'uso di alcol</p> <p>190306 Adatta le strategie di controllo dell'uso di alcol secondo necessità</p> <p>190307 Si impegna nelle strategie di controllo dell'uso di alcol</p> <p>190308 Segue strategie scelte per il controllo dell'uso dell'alcol</p> <p>190309 Partecipa agli screening per i problemi di salute correlati</p> <p>190310 Ricorre ai servizi di assistenza sanitaria secondo necessità</p> <p>190311 Ricorre a sistemi di sostegno personale per controllare il cattivo uso di alcol</p> <p>190312 Ricorre ai gruppi di sostegno per controllare il cattivo uso di alcol</p> <p>190313 Ricorre alle risorse di comunità per controllare il cattivo uso di alcol</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p>1. Mai dimostrato</p> <p>2. Raramente dimostrato</p> <p>3. Talvolta dimostrato</p> <p>4. Spesso dimostrato</p> <p>5. Costantemente dimostrato</p>

	<p>190314 Riconosce i cambiamenti nello stato generale di salute</p> <p>190315 Sorveglia i cambiamenti dello stato di salute</p> <p>190316 Controlla l'assunzione di alcol</p>	
<p>2600 – <i>Coping</i> della Famiglia</p>	<p>260001 Dimostra flessibilità dei ruoli</p> <p>260002 Permette la flessibilità dei ruoli dei suoi componenti</p> <p>260003 Affronta i problemi della famiglia</p> <p>260005 Gestisce i problemi della famiglia</p> <p>260006 Coinvolge i componenti della famiglia nell'adozione di decisioni</p> <p>260007 Libertà di espressione di sentimenti ed emozioni fra i componenti</p> <p>260008 Ricorre a strategie per gestire la collera tra i familiari</p> <p>260009 Ricorre ad attività centrate sulla famiglia per la riduzione dello stress</p> <p>260010 Si occupa dei bisogni di tutti i componenti della famiglia</p> <p>260011 Stabilisce le priorità della famiglia</p> <p>260012 Stabilisce il programma per le routine e le attività della famiglia</p> <p>260013 Organizza la sostituzione temporanea del <i>caregiver</i></p> <p>260014 Stabilisce programmi per le emergenze</p> <p>260015 Assicura la stabilità finanziaria</p> <p>260016 Cerca assistenza per la famiglia quando necessario</p> <p>260017 Utilizza il sostegno sociale disponibile</p> <p>260019 Condivide le responsabilità dei compiti familiari</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <p>1. Mai dimostrato</p> <p>2. Raramente dimostrato</p> <p>3. Talvolta dimostrato</p> <p>4. Spesso dimostrato</p> <p>5. Costantemente dimostrato</p>

Conclusioni

In epoca moderna, l'approccio alla persona con problemi di alcolismo non può essere che il frutto di un'azione integrata di una molteplicità di professionisti, fra i quali non può essere escluso l'infermiere, che opera sinergicamente per raggiungere l'obiettivo comune stabilito. Dopo aver analizzato il quadro generale dell'alcolismo, ci si è concentrati sull'assistenza vera e propria. Essa è determinata da una complessità tale da richiedere interventi diagnostici, terapeutici e assistenziali multiprofessionali e multidisciplinari nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione di soggetti con alcolismo. L'infermiere in particolare, nelle varie fasi del percorso diagnostico terapeutico del paziente assume diversi ruoli passando da educatore a terapeuta. Con l'ascolto attivo l'operatore si adopera come "facilitatore del cambiamento" con la modalità del *counselling*, aiutando il paziente a risolvere le criticità: a capire dove vuole andare nel pieno rispetto delle sue scelte e dei suoi valori, comprendere a fondo il suo problema, conoscere sé stesso e potenziare le sue risorse al fine di un inserimento adeguato conferendo successo al percorso. Dopo la dimissione il paziente si trova a dover intraprendere il percorso della Comunità Terapeutica seguito dall'introduzione nei gruppi di mutuo aiuto come gli Alcolisti Anonimi o il Club degli Alcolisti in Trattamento. Si è arrivati alla conclusione che non esista un trattamento migliore di un altro ma spesso l'associazione di diverse cure risulta più efficace. Si è cercato di costruire un percorso ipotetico di assistenza infermieristica, tenendo in considerazione la complessità e la sovradeterminazione del fenomeno, gli aspetti psicopatologici e i trattamenti terapeutici possibili. Sulla base della sintomatologia più frequente presentata dal soggetto alcolista, si è proceduto ad eseguire un accertamento dei bisogni assistenziali secondo il modello di salute di Marjory Gordon. I modelli di salute di M. Gordon possono essere classificati secondo la teoria bio-psico-sociale ossia uno schema che interessa la sfera fisica (modello di percezione e gestione della salute, nutrizione e metabolismo), psichica (sonno e riposo, percezione di sé/concetto di sé) e sociale (ruoli e relazione, sessualità e riproduzione, adattamento e tolleranza allo stress) dell'individuo dando eguale importanza ad ognuno di questi campi e che attribuisce il risultato della malattia/salute a tutte e tre le componenti che si intersecano tra di loro.

Secondo la sintomatologia di un utente alcolista prioritario appunto è emerso che le aree più disfunzionali sono quelle relative alla Percezione e Gestione della salute, Nutrizionale e metabolico, Sonno e Riposo, Percezione e concetto di sé, Ruolo e relazioni, Sessualità e riproduzione, Adattamento e tolleranza allo stress. In riferimento a queste aree disfunzionali di salute sono state elaborate 11 diagnosi infermieristiche (NANDA) alle quali sono stati associati 13 obiettivi assistenziali (NOC) e individuati 18 interventi infermieristici (NIC). La misura globale del risultato si è valutata tramite degli indicatori che rappresentano i principali strumenti per vedere se l'obiettivo è stato raggiunto e in che punteggio, su una scala numerica da 1 a 5. Il metodo di lavoro NANDA - NIC e NOC è un metodo ormai datato ma sempre attuale che consente di avere un linguaggio comune, rappresentando un mezzo di comunicazione univoco, un sistema che facilmente si presta all'informatizzazione e che facilita l'assistenza personalizzata. Questo elaborato può essere applicato in ogni luogo dove si necessita di assistenza in *équipe* al paziente alcolista. Nessuna dichiarazione assolutamente oggettiva può essere fatta e non è possibile elaborare una teoria unica valida per ogni caso probabile ma in linea generale è stato formulato un piano assistenziale ed analizzata una cura generale dalle quali prendere spunto per sapere come comportarsi in caso ci si trovi di fronte ad un alcolista. L'infermiere deve dimostrarsi sensibile verso i sentimenti del paziente cercando, nel contempo di convincerlo, senza giudicarlo, che riconoscere l'esistenza di un problema di alcol è di estrema importanza ai fini del buon esito terapeutico. Infatti l'alcolismo oltre al sostegno pratico coinvolge anche la sfera affettiva e psicologica e quindi l'infermiere deve farsi garante di ciò per assicurare la migliore assistenza possibile sul campo e la futura eliminazione delle sostanze alcoliche in un'ottica del proprio benessere durevole.

Bibliografia e sitografia

1. Abbey, A., Zawacki, T., Buck, P.O., Clinton, A. & McAuslan, P. (2001). Alcohol and Sexual Assault. *Alcohol Health and Research World*, 25 (1): 43-51.
2. Abel, E.L. (1997). Maternal Alcohol consumption and spontaneous abortion. *Alcohol & Alcoholism*, 32: 211-219.
3. Albertsen, A., Andersen, A. M., Olsen, J. & Grønbaek, M. (2004). Alcohol consumption during pregnancy and risk of preterm delivery. *American Journal of Epidemiology*, 159: 155-161.
4. Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, and J.B. & Sillanaukee, P. (2001). Carbohydrate-deficient transferrin: an aid to early recognition of alcohol relapse. *American Journal of Addiction*, 10: 24-28.
5. Anderson P, Blaumberg B. (2006). Alcohol in Europe – A public health perspective. A report for the European Commission. Institute of alcohol studies, UK.
6. Anderson, P., Baumberg, B. & Mc Neill, A. (2005). Alcohol in Europe. Report to the European commission.
7. Babor, T. F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G (2001). The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care. Geneva: World Health Organization. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf.

8. Barrons R., Roberts N. (2010). The role of carbamazepine and oxcarbazepine in alcohol withdrawal syndrome. *J Clin Pharm Ther*, 35:153–167.
9. Baum- Baicker, C. (1987). The psychological benefits of moderate alcohol consumption a review of the literature. *Drug and alcohol dependence*, 15:305-322.
10. Bradley, K.A., Badrinath, S., Bush, K., Boyd-Wickizier, J., Anawalt, B. (1998). Medical risks for women who drink alcohol. *Journal of General Internal Medicine*, 13: 627-639.
11. Brecklin, L.R. & Ullman, S.E. (2002). The roles of victim and offender alcohol use in sexual assaults: results from the National Violence Against Women Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 63 (1): 57-63.
12. Bush, K., Kivlahan, D.R., McDonell, M.S., Fihn, S.D. & Bradley, K.A. (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, 158: 1789-1795.
13. Caetano, R., Schafer, J. & Cunradi, C.B. (2001). Alcohol-related intimate partner violence among white, black and Hispanic couples in the United States. *Alcohol Research and Health*, 25: 58-65.
14. Castaneda, R., Sussman, N., Levy, O., Malley. M., Westreich, L. (1998). A review of the effects of moderate alcohol intake on psychiatric and sleep disorders. In: Galanter M, (Ed.) *Recent developments in alcoholism: The consequences of alcoholism*, 14, 197-226. New York: Plenum Press.

15. Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. & Arico, S. (1999). Exploring the dose-response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: a meta-analysis *Addiction*, 94: 1551-1573.
16. Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. & La Vecchia C. (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*, 38:613-619.
17. Darkess, J. e Goldman, M.S. (1993). Expectancy challenge and drinking reduction: experimental evidence for a mediational process. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61: 344-353.
18. Darves-Bornoz, J., Lepine, J., Choquet, M., Berger, C., Degiovanni, A. & Gaillard, P. (1998). Predictive factors of chronic stress disorder in rape victims. *European Psychiatry*, 13 (6): 281-287.
19. De Bellis M. D., Clark D. B. Beers S. R. et al. (2000). Hippocampal volume in adolescent-onset alcoholuse disorders. *Am J Psychiatry*, 157 (5): 737-744.
20. Emanuele, M.A. & Emanuele, N.V. (2001). Alcohol and the male reproductive system. *Alcohol Research and Health*, 25: 282-287.
21. Fertig J.B., Ryan M.L., Falk D.E., Litten R.Z., Mattson M.E., Ransom J., Rickman W.J., Scott C., Ciraulo D., Green A.I., et al. (2012). A double-blind, placebo-controlled trial assessing the efficacy of levetiracetam extendedrelease in very heavy drinking alcohol-dependent patients. *Alcohol Clin Exp Res*; 36:1421–1430.

22. Garbutt J.C., Kranzler H.R., O'Malley S.S., Gastfriend D.R., Pettinati H.M., Silverman B.L., Loewy J.W., Ehrich E.W. (2005). Vivitrex Study Group. Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial. *JAMA*. 293:1617–1625.

23. Gerson, L. & Preston. D. (1979). Alcohol consumption and the incidence of violent crime. *Journal of Studies on Alcohol*, 40: 307-312.

24. Greenfield, L.A. (1998). Alcohol and Crime: An Analysis of National Data on the Prevalence of Alcohol Involvement in Crime. Report prepared for the Assistant Attorney General.s National Symposium on Alcohol Abuse and Crime. Washington, DC: U.S. Department of Justice.

25. Gual A., He Y., Torup L., van den Brink W., Mann K. (2013). ESENSE 2 Study Group. A randomised, doubleblind, placebo-controlled, efficacy study of nalmefene, as-needed use, in patients with alcohol dependence. *Eur Neuropsychopharmacol*.23:1432–1442.

26. Gunzerath, L., Faden, V., Zakhari, S & Warren, K. (2004). National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism report on moderate drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28: 829-847.

27. Hillbom M., Tokola R., Kuusela V., Kärkkäinen P., Källi-Lemma L., Pilke A., Kaste M. (1989). Prevention of alcohol withdrawal seizures with carbamazepine and valproic acid. *Alcohol*, 6:223–226.

28. Hull, J.G. & Bond, C.F. (1986). Social and Behavioural consequences of alcohol consumption aill expectancy: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 99: 347-360.

29. Karhuvaara S., Simojoki K., Virta A., Rosberg M., Löyttyniemi E., Nurminen T.,

- Kallio A., Mäkelä R. (2007). Targeted nalmefene with simple medical management in the treatment of heavy drinkers: a randomized doubleblind placebo-controlled multicenter study. *Alcohol Clin Exp Res.*;31:1179–1187.
30. Leonard, K.E. & Rothbard, J.C. (1999). Alcohol and the marriage effect. *Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 13): 139S-146S.
31. Lipsey, M.W., Wilson, D.B., Cohen, M.A., & Derzon, J.H. (1997). Is there a causal relationship between alcohol use and violence? A synthesis of evidence. In: Galanter, M., ed. *Alcohol and Violence: Epidemiology, Neurobiology, Psychology, Family Issues. Recent Developments in Alcoholism*. New York: Plenum Press, 13: 245-282.
32. Lynda Juall Carpenito-Moyet (2011). *Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche*, 5ª edizione, casa editrice ambrosiana, pp. 795-96.
33. Mann K., Bladström A., Torup L., Gual A., van den Brink W. (2013). Extending the treatment options in alcohol dependence: a randomized controlled study of as-needed nalmefene. *Biol Psychiatry*. 73:706–713.
34. Martin, S.E. & Bachman, R. (1997). The relationship of alcohol to injury in assault cases. In: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism*, New York: Plenum Press, 13: 4256.
35. Mayfield, D., McLeod, G. & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131: 1121-1123.

36. Mennella, J. (2001). Alcohol's effect on lactation. *Alcohol Research and Health*, 25: 230-234.
37. Midanik, L.T., Tam, T.W., Greenfield, T.K. & Caetano, R. (1996). Risk functions for alcohol-related problems in a 1988 US sample. *Addiction*, 91: 1427-1437.
38. Miller, B.A., Maguin, E. & Downs, W.R. (1997). Alcohol, drugs, and violence in children's lives. In: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism: Volume 13. Alcoholism and Violence*. New York: Plenum Press, 357-385.
39. Miller, W.R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11: 147-172.
40. Mirrlees-Black, C. (1999). Domestic violence: findings from a new British Crime Survey self-completion questionnaire. Home Office Research Study No. 191. London: Home Office.
41. Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, T., Sempos, C.T., Frick, U. & Jernigan, D. (2004). Alcohol In: WHO (ed), *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva: WHO.
42. Richter C., Effenberger S., Bschor T., Bonnet U., Haasen C., Preuss U.W., Heinz A., Förg A., Volkmar K., Glauner T., et al. (2012). Efficacy and safety of levetiracetam for the prevention of alcohol relapse in recently detoxified alcohol-dependent patients: a randomized trial. *J Clin Psychopharmacol*.32:558–562.
43. Robinette, C.D., Hrubec, Z. & Fraumeni, J.F. (1979). Chronic alcoholism and subsequent mortality in World War II veterans. *American Journal of Epidemiology*, 109: 687-700.

44. Rösner S., Hackl-Herrwerth A., Leucht S., Vecchi S., Srisurapanont M., Soyka M. (2010). Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* (12):CD001867.
45. Rossow, I. (1996). Alcohol and suicide beyond the link at the individual level. *Addiction*, 91: 1463-1469.
46. Rossow, I. (1996) Alcohol related violence: the impact of drinking pattern and drinking context. *Addiction*, 91: 1651-1661.
47. Rossow, I. and Hauge, R. (2004). Who pays for the drinking? Characteristics of the extent and distribution of social harms from others drinking. *Addiction*, 99: 1094-1102.
48. Rossow, I. (2000) Suicide, violence and child abuse: review of the impact of alcohol consumption on social problems. *Contemporary Drug Problems*, 27: 397-434.
49. Scafato E, Gandin C, Galluzzo L et al. (2015). Alcohol Prevention Day. Rapporti ISTISAN 15/1, Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'osservatorio nazionale alcolCNEPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del piano nazionale alcol e salute. Rapporto 2015. Istituto Superiore di Sanità, Roma.
50. Scafato E, Gandin C, Patussi V. (2010). L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. Istituto Superiore di Sanità, Roma.

51. Schuckit M.A. (2011). Ethanol and methanol. In: Brunton L.L., Chabner B.A., Knollmann B.C., eds , editors. Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics. 12th ed. New York: McGraw-Hill; pp. 629–647.
52. Sharps, P.W., Campbell, J., Campbell, D., Gary, F. & Webster, D. (2001). The role of alcohol use in intimate partner femicide. *American Journal on Addictions*, 10: 122-135.
53. Stibler, H. (1991). Carbohydrate-deficient transferrin in serum: a new marker of potentially harmful alcohol consumption reviewed. *Clinical Chemistry*, 37: 2029-2037.
54. Suhonen, O., Arooma, A., Reunanen, A., & Knekt, P. (1987). Alcohol consumption and sudden coronary death in middle-aged Finnish men. *Acta Medica Scandinavica*, 221: 335-341.
55. Turner, C. (1990). How much alcohol is in a 'standard drink': an analysis of 125 studies. *British Journal of Addiction*, 85: 1171 – 1176.
56. US Department of Health and Human Services (2000). 10th Special report to the US Congress on Alcohol and Health. Washington, US Department of Health and Human Services.
57. Wannamethee, G. & Shaper, A.G. (1992). Alcohol and sudden cardiac death *British Hearth Journal*, 68: 443-448.
58. Wells, S., Graham, K., & West, P. (2000). Alcohol-related aggression in the general population. *Journal of Studies on Alcohol*, 61: 626-632.
59. White, H.R. and Chen, P-H (2002). Problems drinking and intimate partner violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 63: 205-214.

60. Widom, C.S. and Hiller-Sturmhofel, S. (2001). Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse. *Alcohol Research and Health*, 25: 52-57.
61. Windham, G.C., Von Berhen, J., Fenster, L. et al. (1997). Moderate maternal alcohol consumption and risk of spontaneous abortion. *Epidemiology*, 8 (5): 509-514.
62. World Health Organization (2004). *Global Status Report on Alcohol* Geneva, World Health Organization.
63. World Health Organization (1992). *The ICD- 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization
64. World Health Organization (2002). *The World Health Report, reducing risks, promoting healthy life*. Genev.
65. Wu, A., Chanarin, I. & Levi, A.J. (1974). Macrocytosis of chronic alcoholism. *Lancet*, May 4, 1, (7862): 829-31.

Allegato 1. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

1) Con quale frequenza beve una bevanda che contiene alcol?

- mai (0)
- mensilmente o meno (1)
- da 2 a 4 volte al mese (2)
- da 2 a 3 volte la settimana (3)
- 4 o più volte la settimana (4)

2) Quante bevande che contengono alcol prende in una giornata tipica quando beve?

- 1 o 2 (0)
- 3 o 4 (1)
- 5 o 6 (3)
- 7 o 8 (4)
- 10 o più (5)

3) Con quale frequenza prende 6 o più bevande in un'unica occasione?

- mai (0)
- meno di una volta al mese (1)
- 1 volta al mese (2)
- 1 volta la settimana (3)
- ogni giorno o quasi (4)

4) Con quale frequenza durante l'ultimo anno si è accorto di non riuscire a smettere di bere una volta che aveva iniziato?

- mai (0)
- meno di una volta al mese (1)
- 1 volta al mese (2)
- 1 volta la settimana (3)
- ogni giorno o quasi (4)

5) Con quale frequenza durante l'ultimo anno non è riuscito a fare ciò che normalmente ci si aspetta da lei a causa del bere?

- mai (0)
- meno di una volta al mese (1)
- 1 volta al mese (2)
- 1 volta la settimana (3)
- ogni giorno o quasi (4)

6) Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha avuto bisogno di bere di prima mattina per tirarsi su dopo una bevuta pesante?

- mai (0)
- meno di una volta al mese (1)
- 1 volta al mese (2)
- 1 volta la settimana (3)
- ogni giorno o quasi (4)

7) Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha avuto sensi di colpa o rimorso dopo aver bevuto?

- mai (0)
- meno di una volta al mese (1)
- 1 volta al mese (2)
- 1 volta la settimana (3)
- ogni giorno o quasi (4)

8) Con quale frequenza durante l'ultimo anno non è riuscito a ricordare quello che era successo la sera precedente perché aveva bevuto?

- mai (0)
- meno di una volta al mese (1)
- 1 volta al mese (2)
- 1 volta la settimana (3)
- ogni giorno o quasi (4)

9) Si è fatto male o ha fatto male a qualcuno come risultato del bere?

- no (0)
- si, ma non nell'ultimo anno (1)
- si, nell'ultimo anno (2)

10) Un parente, un amico, un medico o un altro operatore sanitario si sono occupati del suo bere o le hanno suggerito di smettere?

- no (0)
- si, ma non nell'ultimo anno (1)
- si, nell'ultimo anno (2)

Risultati:

Punteggio inferiore a 8 = non esistono problemi alcol correlati.

Punteggio da 8 a 14 = si rilevano condizioni per identificare un consumo a rischio. La persona ha o potrebbe avere problemi alcol correlati, anche in assenza di segni evidenti di dipendenza.

Punteggio da 15 in su = la persona ha quasi certamente già in atto problemi alcol correlati e segni di dipendenza. E' necessaria la consulenza medica.

Allegato 2. Test AUDIT C (versione ridotta dell'AUDIT)

1. Con quale frequenza consuma bevande alcoliche?

- (0) mai
- (1) meno di 1 volta / 1 volta al mese
- (2) 2-4 volte al mese
- (3) 2-3 volte a settimana
- (4) 4 o più volte a settimana

2. Quanti bicchieri standard di bevande alcoliche consuma in media al giorno?

- (0) 1 o 2
- (1) 3 o 4
- (2) 5 o 6
- (3) 7 o 9
- (4) 10 o più

3. Con quale frequenza le è capitato di bere sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione?

- (0) mai
- (1) meno di 1 volta / 1 volta al mese
- (2) 2-4 volte al mese
- (3) 2-3 volte a settimana
- (4) 4 o più volte a settimana

Totale punti e risultato:

Punteggio da 0 a 4 per gli uomini = negativo.

Punteggio da 0 a 3 per le donne = negativo.

Punteggio ≥ 5 per gli uomini = consumo a rischio.

Punteggio ≥ 4 per le donne = consumo a rischio.

Allegato 3. FAST (Fast Alcohol Screening Test)

Cerchiare le risposte che meglio corrispondono alla propria situazione.

Considerare 1 bevanda = 1/2 pinta di birra o un bicchiere di vino o un superalcolico.

1.

UOMINI: Con quale frequenza le capita di consumare OTTO o più bevande in una singola occasione?

DONNE: Con quale frequenza le capita di consumare SEI o più bevande in una singola occasione?

0 Mai

1 Meno di 1 volta al mese

2 1 volta al mese

3 1 volta a settimana

4 Quotidianamente o quasi

2. Quante volte nell'ultimo anno le è capitato di non riuscire a ricordare cosa aveva fatto la sera avanti, perché aveva bevuto?

0 Mai

1 Meno di 1 volta al mese

2 1 volta al mese

3 1 volta a settimana

4 Quotidianamente o quasi

3. Quante volte le è capitato nell'ultimo anno di non riuscire a fare una cosa che normalmente ci si aspetta da lei, perché aveva bevuto?

0 Mai

1 Meno di 1 volta al mese

2 1 volta al mese

3 1 volta a settimana

4 Quotidianamente o quasi

4. Nell'ultimo anno un parente o un amico, oppure un medico o un altro operatore sanitario si sono interessati al suo consumo d'alcol o le hanno consigliato di ridurlo?

0 Mai

2 Sì, una volta

4 Sì, più di una volta

Allegato 4. CAGE

Consiste in quattro semplici domande che possono facilmente essere inserite nel colloquio col soggetto o con i familiari:

(C cut down) Ha mai sentito la necessità di ridurre il bere? (si) (no)

(A annoyed) È mai stato infastidito da critiche sul suo modo di bere? (si) (no)

(G guilty) Ha mai provato disagio o senso di colpa per il suo modo di bere? (si) (no)

(E eye opener) Ha mai bevuto alcolici appena alzato? (si) (no)

Risultato:

Una risposta positiva = sospetto negli adolescenti, negativo negli adulti.

Due risposte positive = alta probabilità di abuso o dipendenza da alcol.

Tre risposte positive = certezza.

Allegato 5. C.I.W.A. (Clinical Institute Withdrawal Assessment)

**NAUSEA E VOMITO: Chiedere: "Ha mal di stomaco? Ha vomitato?"
Osservazione.**

- Né nausea né vomito (0 punti)
- Leggera nausea senza vomito (1 punto)
- (2 punti)
- (3 punti)
- Nausea intermittente con conati di vomito (4 punti)
- (5 punti)
- (6 punti)
- Nausea costante, conati frequenti e vomito (7 punti)

TREMORI: Con paziente a braccia estese e dita allargate. Osservazione.

- Assenza di tremori (0 punti)
- Non visibili, ma percepibili ponendo le punte delle dita su quelle del paziente (1 punto)
- (2 punti)
- (3 punti)
- Moderati, con paziente a braccia estese (4 punti)
- (5 punti)
- (6 punti)
- Gravi e presenti anche con braccia non estese (7 punti)

SUDORAZIONE PAROSSISTICA: Osservazione.

- Sudore non visibile (0 punti)
- Sudorazione appena percepibile, palmi umidi (1 punto)
- (2 punti)
- (3 punti)
- Gocce di sudore ben visibili sulla fronte (4 punti)
- (5 punti)

- (6 punti)
- Madido di sudore (7 punti)

ANSIA: Chiedere: "È nervoso?" Osservazione.

- Paziente non ansioso, a proprio agio (0 punti)
- Leggermente ansioso (1 punto)
- (2 punti)
- (3 punti)
- Ansia moderata o circospezione, quindi l'ansia è dedotta (4 punti)
- (5 punti)
- (6 punti)
- Stato equivalente a un attacco di panico, come si osserva nel delirium tremens grave o nelle reazioni schizofreniche acute (7 punti)

AGITAZIONE: Osservazione.

- Attività normale (0 punti)
- Attività talvolta maggiore del normale (1 punto)
- (2 punti)
- (3 punti)
- Moderatamente irrequieto e agitato (4 punti)
- (5 punti)
- (6 punti)
- Cammina avanti e indietro per la maggior parte del colloquio, o si dimena costantemente (7 punti)

DISTURBI TATTILI: Chiedere: "Ha prurito, sensazioni di formicolio, bruciore, intorpidimento o come se degli insetti le strisciassero sopra o sotto la pelle?"

Osservazione.

- Nessuno (0 punti)
- Prurito, formicolio, bruciore o intorpidimento molto leggeri (1 punto)
- Prurito, formicolio, bruciore o intorpidimento leggeri (2 punti)
- Prurito, formicolio, bruciore o intorpidimento moderati (3 punti)
- Allucinazioni moderatamente gravi (4 punti)

- Allucinazioni gravi (5 punti)
- Allucinazioni estremamente gravi (6 punti)
- Allucinazioni continue (7 punti)

DISTURBI UDITIVI: Chiedere: "Avverte maggiormente i suoni che la circondano? Sono striduli? La spaventano? Sente cose che la disturbano? Sente cose che sa che non ci sono?" Osservazione.

- Non presenti (0 punti)
- Stridore o tendenza allo spavento molto leggeri (1 punto)
- Stridore o tendenza allo spavento leggeri (2 punti)
- Stridore o tendenza allo spavento moderati (3 punti)
- Allucinazioni moderatamente gravi (4 punti)
- Allucinazioni gravi (5 punti)
- Allucinazioni estremamente gravi (6 punti)
- Allucinazioni continue (7 punti)

DISTURBI VISIVI: Chiedere: "La luce le sembra troppo forte? Il suo colore è diverso? Le fa male agli occhi? Vede cose che la disturbano? Vede cose che sa che non ci sono?" Osservazione.

- Non presenti (0 punti)
- Sensibilità molto lieve (1 punto)
- Sensibilità lieve (2 punti)
- Sensibilità moderata (3 punti)
- Allucinazioni moderatamente gravi (4 punti)
- Allucinazioni gravi (5 punti)
- Allucinazioni estremamente gravi (6 punti)
- Allucinazioni continue (7 punti)

CEFALEA, SENSAZIONE DI PIENEZZA DELLA TESTA: Chiedere: "Avverte cambiamenti nella sua testa? Ha l'impressione di avere la testa fasciata?" Non valutabile per vertigini o capogiri. Altrimenti, valutare la gravità.

- Non presente (0 punti)
- Molto lieve (1 punto)

- Lieve (2 punti)
- Moderata (3 punti)
- Moderatamente grave (4 punti)
- Grave (5 punti)
- Molto grave (6 punti)
- Estremamente grave (7 punti)

ORIENTAMENTO E OBNUBILAMENTO DEL SENSORIO: Chiedere: "Che giorno è? Dove si trova? Chi sono io?" Conta a tre a tre.

- Orientato e capace di eseguire addizioni in riga (0 punti)
- Non è in grado di eseguire addizioni in riga o è incerto sulla data (1 punto)
- Disorientato sulla data con uno scarto non superiore a due giorni (2 punti)
- Disorientato sulla data con uno scarto superiore a due giorni (3 punti)
- Disorientato sul luogo e/o sulla persona (4 punti)

Conteggio totale punti:

Interpretazione del punteggio CIWA

0 - 9 Punti:	Sindrome da astinenza molto lieve
10 - 15 Punti:	Sindrome da astinenza lieve
16 - 20 Punti:	Sindrome da astinenza modesta
21 - 67 Punti:	Sindrome da astinenza grave

A mio padre, uomo generoso e grande infermiere.

Alla mia famiglia, il mio sostegno sempre.

“Sai, ogni tanto mi capita ancora di vederti, quando chiudo gli occhi certe sere prima di dormire – ogni tanto ti sento ancora passare tra le mie giornate. A volte tiro fuori i tuoi vecchi orologi, li guardo un po’ e li pulisco ma anche se volessi non riuscirei a metterli. Gli armadi sono ancora pieni dei tuoi vestiti. Mamma dice che è perché non ha mai tempo di buttarli ma io so che non è vero. E’ perché non vuole. Una volta l’ho vista accarezzare un tuo maglione e poi c’aveva messo il tuo profumo sopra. A volte vorrei poterti incontrare, anche solo per cinque minuti. E ne avrei di cose da dirti, non mi basterebbero cinque minuti ma... ma se li avessi me li farei bastare. Ti direi che mi manchi, che ci manchi. E anche se Natale è bello lo stesso, senza di te a tavola si sorride un po’ meno”.

“Ti direi che sto bene, sì che nonostante tutto me la cavo, anche se non è facile crescere senza i tuoi consigli. Ti direi che stanno tutti bene, Moris sta diventando un uomo e mamma è sempre più bella. Ogni giorno che passa. Ti direi questo e ti direi grazie. Grazie per quello che mi hai dato e grazie per quello che mi stai ancora dando. Perché...perché anche se fanno tutti finta di niente...perché anche se fanno tutti finta che non ci sei più, io lo so che sei ancora qui con me. So che in quelle giornate in cui tutto mi crolla addosso sei tu a darmi la forza. Sei tu a farmi resistere quei dieci secondi in più. Sei tu che non mi fai mollare la presa. E lo so che ci sei, lo so che...che non mi hai lasciato, lo so che mi proteggi. So che anche se sbaglio in tante cose non sbaglio a guardare il cielo e a dirti grazie quando torno a sorridere. Sì se solo potessi rivederti anche solo per cinque minuti ti direi grazie. Grazie per vivere ancora in me. E anche se quei cinque minuti non ce li dà nessuno, queste cose te le dico lo stesso perché so che in un modo o nell’altro le sentirai”.

Francesco Sole