



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Piano Assistenziale a persona
con dipendenza da alcol con
metodologia ICNP**

Relatore:
**Prof. Maurizio
Ercolani**

Tesi di Laurea di:
Saverio Gasparini

Correlatore:
Prof. Francesco Galli

A.A. 2019/2020

INDICE

Introduzione.....	3
Alcol.....	4
Effetti a breve termine del consumo di alcol.....	6
Danni causati dall'alcol nel lungo termine.....	9
Tossicodipendenza da alcol.....	11
Pianificazione assistenziale.....	12
La raccolta dati.....	14
La definizione del problema o della diagnosi.....	16
Identificazione degli obiettivi.....	19
L'attuazione degli interventi.....	20
Valutazione.....	20
Accertamento.....	21
Diagnosi infermieristica.....	24
Struttura ICNP.....	25
Diagnosi infermieristica ICNP.....	28

Percezione e gestione della salute.....	28
Nutrizione e metabolismo.....	32
Eliminazione.....	33
Attività ed esercizio fisico.....	34
Cognizione e percezione.....	35
Sonno e riposo.....	38
Percezione e concetto di se.....	38
Ruolo e relazioni.....	42
Sessualità e riproduzione.....	45
Tolleranza alla stress.....	46
Credeenze e valori.....	50
Ruolo dell'infermiere nella gestione dell'assistito tossicodipendente.....	51
La relazione di aiuto.....	53
Conclusioni.....	54
Fonti.....	56

INTRODUZIONE

La dipendenza da alcol è una condizione clinica comune che l'infermiere si può incontrare continuamente nello svolgimento delle sue attività professionali. Un contatto basato principalmente sulla risoluzione dei problemi causati da questa malattia non è sufficiente a creare un rimedio duraturo nel tempo. L'idea che guida la tesi è quella di creare dei piani di assistenza infermieristica utilizzando il linguaggio ICNP sulle problematiche causate dall'alcol, ricordando di avere la consapevolezza sullo scoprire e comprendere il disagio in cui si trova l'assistito e che lo porta a fare utilizzo di alcol, creando un efficace processo di cura.

L'assistenza infermieristica deve essere creata in modo olistico guardando la persona nell'aspetto fisico, psichico e sociale, non tralasciando l'ambiente in cui la persona vive. La collaborazione con altre figure professionali è fondamentale per creare un piano di assistenza funzionale. Il ruolo dell'infermiere è fondamentale per la raccolta di informazioni del paziente per avere una consapevolezza totale di esso.

ALCOL

L'utilizzo e la produzione di bevande alcoliche ha inizio già nelle prime civiltà con molteplici usi e regolamenti che si sono sviluppati intorno a queste bevande.

Utilizzato già nell'antichità nei riti di passaggio e in attività come nascite, iniziazioni, matrimoni, feste, l'alcool fa parte delle nostre vite da moltissimi anni. Un utilizzo particolare è l'impiego nella medicina. Infatti l'alcol è il più antico dai farmaci utilizzato principalmente per alleviare il dolore. Ancora oggi nella società moderna c'è un elevato consumo di sostanze alcoliche, principalmente vino e birra, utilizzate come bevande di accompagnamento durante i pasti. Ma ne viene fatto anche un uso ricreativo durante feste sociali per ridurre le tensioni, le paure, le preoccupazione per la sicurezza personale o stimolante per l'impulso in attività aggressive e pericolose.

Secondo uno studio eseguito dall'ISTAT nell'anno 2017 in Italia è risultato che il 65.4% della popolazione ha consumato almeno una bevanda alcolica, e che il 21.4% di questi li beve quotidianamente, con una prevalenza del sesso maschile. Lo studio riporta anche che rispetto a 10 anni fa' si è visto un cambiamento nelle fasce di età dei consumatori.

I giovani con età inferiore a 24 anni hanno un consumo di alcolici giornaliero maggiore degli adulti di età compresa tra 25 e 44 anni. In questi 10 anni non è

cambiato solo la fascia di età ma anche il tipo di bevande, si è osservato un aumento del consumo di bevande tipo aperitivi alcolici, amari e superalcolici anche fuori dai pasti e come attività ricreativa nonostante vino e birra siano ancora gli alcolici più consumati.

Il sesso femminile, anche se in percentuale più bassa, fa uso di alcolici; si è visto che nella fascia di età over 65 abbiamo un aumento di alcol fuori pasto rispetto agli uomini.

Uno studio di monitoraggio in tutte le regioni italiane ha constatato che le regioni che fanno parte del centro-nord, soprattutto nord est hanno un consumo di alcolici fuori pasto maggiore che nelle regioni che fanno parte dell'Italia meridionale e insulare.

L'Oms nel 2015 tramite l'organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo ha stipulato una media di consumo di alcol puro pro capite annuo del popolo italiano pari a 6.1 litri, che nell'anno 2015 ci posiziona al 31esimo posto nella scala Europa con al podio Repubblica Ceca, Australia e Portogallo rispettivamente con i valori di 14.1, 12.6, 12.5 litri pro capite annui.

EFFETTI A BREVE TERMINE DEL CONSUMO DI ALCOL

L'alcol, come bevanda, viene ingerita dall'uomo tramite la bocca, dove tramite l'esofago finisce nello stomaco. Già nello stomaco l'alcol inizia il suo processo di assorbimento, influenzato da una serie di fattori: una bevanda alcolica ingerita in presenza di cibo ritarda il suo assorbimento, in particolare con cibi grassi, una bevanda fredda ingerita a stomaco vuoto può provocare uno spasmo pilorico ritardando l'assorbimento nel tratto intestinale. Bevande alcoliche gassate, come lo champagne o drink creati con l'uso di addizionale di anidride carbonica hanno una velocità di assorbimento maggiore che bevande alcoliche non gasate. In ultima analisi anche lo stato emotivo del bevitore influenza l'assorbimento dell'alcol.

Il nostro corpo inizia da subito a smaltire e degradare le molecole di etanolo da noi ingerite già a livello dello stomaco, in percentuale molto piccola respirazione tramite i polmoni, anche la sudorazione tramite la pelle e i reni tramite la produzione di urina contribuiscono allo smaltimento dell'alcol; La grandissima percentuale viene smaltita dal fegato tramite le cellule epatiche. L'alcol una volta superato lo stomaco entra nel nostro intestino tenue che tramite i villi intestinali entrerà nel nostro flusso sanguigno. Tramite il circolo portale l'alcol in breve arriverà al fegato dove inizia la degradazione e lo smaltimento delle molecole di etanolo.

Per fare questo le nostre cellule epatiche utilizzano un enzima chiamato alcol deidrogenasi (ADH) che trasforma le molecole di etanolo in acetaldeide una sostanza altamente tossica che per essere metabolizzata ha bisogno di un altro enzima chiamato aldeide deidrogenasi che la trasforma in acetato per poi essere smaltito in anidride carbonica e acqua.

Per far avvenire tutto questo il nostro corpo o meglio il fegato ha bisogno di tempo e ogni volta che un consumatore di alcol beve a una velocità maggiore di quella metabolica, l'alcol si accumula nel corpo portando a una intossicazione da alcol.

Uno degli effetti che le persone vanno a ricercare, soprattutto i giovani, consumando alcol è la perdita di inibizione ed euforia che si può provocare.

Infatti l'alcol nel nostro corpo ha una funzione di rilassamento muscolare e una rimozione degli inibitori sociali. Le persone timide diventano estroverse o audaci; le persone ben educate diventano disordinate; i repressi sessualmente diventano amorosi; i timorosi diventano coraggiosi; il pacifico diventa verbalmente o fisicamente aggressivo.

Oltre ad avere effetti sul nostro comportamento l'alcol ha degli effetti anche sul nostro corpo, infatti in base alle quantità e velocità di assunzione possiamo andare incontro a una sensazione di calore causata dalla vasodilatazione, difficoltà nell' eseguire più azioni contemporaneamente che si andrà a

trasformare in una compromissione della nostra stabilità motoria e controllo muscolare fino a una grave perdita di equilibrio e controllo fisico, nausea, vomito, depressione emotiva e perdita della memoria. Può capitare inoltre che al presentarsi di questi sintomi se continuassimo a bere, quindi a sovraccaricare il nostro corpo di molecole di etanolo che il fegato non riesce a lavorare e smaltire si potrebbe andare incontro a perdita di coscienza, un elevato rischio di coma con possibile arresto respiratorio e morte. Tutto questo perché l'alcol è una droga. Anche se definita dall'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS) una droga legale. È una droga molto tossica per il nostro corpo con una possibilità di creare una dipendenza molto più alta rispetto alle droghe più conosciute. Come tutte le droghe l'alcol ha un potere psicoattivo che funge in un primo momento da eccitante per poi passare a una condizione di sedativo profondo che è quello che causa il coma e l'arresto respiratorio citati precedentemente. Poi se assunto in maniera quotidiana e continua porta ad un effetto di tolleranza che induce ad aumentarne la dose, creando così un legame tra la persona e la bevanda a un radicale cambiamento dello stile di vita mettendo a rischio la salute fisica, psichica, familiare e sociale.

DANNI CAUSATI DALL'ALCOL NEL LUNGO TEMINE

Il continuo e quotidiano consumo di alcol non per forza legato a intossicazione acuta può comunque comportare seri problemi ai nostri organi specialmente al fegato, apparato digerente, pancreas, sistema cardiocircolatorio, sistema scheletrico e apparato riproduttivo. Il consumo eccessivo e continuo può portare a una serie di problemi e infiammazioni al fegato soprattutto negli uomini con età compresa tra 40 e 50 anni. Le donne tuttavia non sono immuni a questi problemi, è soltanto che facendone un uso minore o in maniera occasionale hanno meno probabilità. Nonostante questo posso sviluppare le stesse malattie con una esposizione alla bevande alcoliche ridotta a confronto degli uomini. Tra le malattie più comuni da parte del fegato causate dall'alcol abbiamo steatosi o fegato grasso e epatite alcolica che si può trasformare nella fase finale in cirrosi. Non è da sottovalutare anche il cancro al fegato dove il consumo regolare nel tempo è causa primaria del cancro al fegato (carcinoma epatocellulare).

Un altro problema lo possiamo incontrare con l'apparato digerente, questo perché la maggior parte dei bevitori tende ad avere uno stile di vita soprattutto nell'alimentazione non ottimale consumando meno cibo e prevalentemente grasso arrivando a un deficit giornalieri di proteine e carboidrati. Il consumo di alcol provoca anche un aumento di acidità di stomaco provocando ulcere che

possono danneggiare le pareti dello stomaco, esofago e duodeno. Per il nostro sistema cardiovascolare l'utilizzo di alcol comporta la possibilità di sviluppare cardiopatie, ipertensione, fibrillazioni atriale, fletter e ictus.

Un'altra possibile complicanza che non ci aspetteremo dall'abuso di alcol è correlato ad osteoporosi. Questo succede perché l'alcol interferisce con il nostro equilibrio del calcio, essenziale per le ossa, interrompendo la produzione di vitamina D necessaria per l'assorbimento del calcio.

Inoltre il consumo regolare di alcol può provocare uno squilibrio ormonale sia nell'uomo che nella donna con una produzione limitata di testosterone ed estrogeni con conseguenza ridotta produzione di osteoblasti, cellule che stimolano la formazione delle ossa, con conseguenza di osteoporosi. C'è poi da ricordare che il consumo di alcol o il prendersi una sbronza ha degli effetti negativi sul nostro equilibrio che può portare a cadute con il rischio di fratture.

Come abbiamo detto poco fa lo squilibrio ormonale causato dall'alcol può provocare nell'uomo disfunzione erettile e nella donna interruzione del ciclo mestruale. Nella donna l'utilizzo di alcol durante la gravidanza può causare un aborto spontaneo già con il consumo, nel primo trimestre, dalle 2 alle 4 bevande a settimana. Un altro problema che può incontrare una donna in gravidanza che fa uso abituale di alcol è la sindrome alcolica fetale che colpisce principalmente il bambino. Questo perché il consumo abituale di l'alcol arriva, attraverso la

placenta, al feto che rispetto alla madre sarà più esposto a concentrazioni di alcol elevate con possibilità di sviluppare dismorfismo facciale, deficit di crescita e anomalie del sistema nervoso centrale causato da un apoptosi del tessuto cerebrale fetale.

Per finire ma non da sottovalutare, alcol induce il pancreas a produrre sostanze tossiche che possono eventualmente portare a pancreatite, una pericolosa infiammazione e gonfiore dei vasi sanguigni nel pancreas che impedisce una corretta digestione.

TOSSICODIPENDENZA DA ALCOL

La tossicodipendenza da alcol arriva quando la persona non è più in grado di controllare più il suo consumo, abusandone. La persona arriva ad uno stato psichico di angoscia emotiva quando non beve, sviluppando un grande desiderio inconscio di consumare alcol nonostante si abbia il desiderio conscio di non farlo. Le cause che possono portare una persona a bere grandi quantità di alcolici, possono essere legati a fattori genetici, ambientali e psicologici. Alcuni studi hanno rilevato che figli di alcolisti hanno una probabilità di sviluppare una dipendenza maggiore del 30% rispetto ad altri evidenziando quindi una predisposizione genetica o ambientale. Oltre alle cause genetiche esistono cause

ambientali. In adolescenza vivere in un nucleo familiare problematico o dove uno o più familiari fanno uso di alcol porta a una possibilità di sviluppare una dipendenza. Tutto collegato ad un ambiente stressante per la persona che in una crisi di ansia o depressione o traumi infantili ricorrenti può ricercare una terapia impropria nel consumo di alcol. Talvolta l'uso di alcol può connaturarsi con un tentativo di autoterapia per la persona che vive in un ambiente stressante, in preda a crisi di ansia, depressione o per traumi ricorrenti dove l'alcol è utilizzato per ridurre i sintomi psicologici

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

La pianificazione assistenziale è un progetto che viene fatto dall'infermiere nel prendersi cura dell'individuo sano o malato, della famiglia e della comunità individuando e trattando problemi di salute reali o potenziali di natura infermieristica. Il processo di assistenza infermieristica è una metodologia di lavoro scientifica basata sul Problem Solving, sulla capacità di individuare e risolvere un problema, qualsiasi sia il problema.

Problem Solving essendo un metodo scientifico ha dei principi di logica e sistematicità che lo regolano:

1. Riconoscimento del problema generale

2. Raccolta dati da tutte le fonti
3. Preparazione di un piano per verificare le ipotesi
4. Verifica delle ipotesi
5. Interpretazione dei risultati
6. Risoluzione del problema o modificazione del piano

Il Problem Solving applicato all'assistenza infermieristica prende il nome di Processo di Nursing, un processo scientifico per la risoluzione dei problemi assistenziali della persona diviso in fasi:

1. Accertamento
2. Diagnosi/Problema
3. Identificazione degli obiettivi
4. Pianificazione
5. Attuazione
6. Valutazione

LA RACCOLTA DATI

La raccolta dati è necessaria ai fini dell'accertamento per verificare lo stato di salute della persona e identificare i problemi reali o potenziali di natura infermieristica.

Esistono diversi metodi di raccolta dati:

L'osservazione è la prima attività che viene fatta dall'infermiere verso l'assistito, è un'attività continua, dove si utilizzano i sensi: Vista, udito, olfatto e tatto.

È una valutazione oggettiva che avviene ogni volta che si incontra la persona.

L'osservazione non è una azione che si limita soltanto nel guardare una persona, ma nello scrutare, esaminare, sorvegliare la persona che può mostrare segni di stress o di assenza di comfort. Esaminare l'aspetto, abbigliamento, odori sono tutti segni non verbali che ci possono far intuire lo stato della persona. È un interesse vero verso la persona assistita. La tecnica usata per finalizzare e completare l'osservazione ottenendo ulteriori informazione la possiamo ottenere con un'intervista. L'intervista con la persona è un'attività che deve essere pianificata dall'infermiere nel tempo e nel luogo. È un'azione che non deve essere sottovaluta, perché per avere un'intervista di successo si deve creare un rapporto stabile di fiducia tra l'infermiere e l'assistito dove l'uno studia l'altro: l'infermiere per ottenere informazione per un'anamnesi infermieristica e la persona per capire se quel l'infermiere è veramente interessato alla sua salute. Le

domande verso la persona possono essere di tipo primario se rivolta direttamente all'assistito o secondario se ricavate da informazioni rilasciate da familiari, conoscenti, caregiver o un altro professionista sanitario. Con l'intervista l'infermiere si serve di una serie di domande per reperire lo stato di salute della persona nella sfera fisica e psichica, confrontandola poi anche con lo stato di salute presente e passato. Al termine dell'osservazione e del colloquio si può chiedere al paziente, se consente, un esame fisico dove tramite i sensi vista, udito e tatto possiamo tramite le quattro tecniche classiche: ispezione, auscultazione, palpazione e percussione individuare qualsiasi anomalia, valutando colore, forma, simmetria e movimento. Per concludere con la raccolta dati è bene farci consegnare all'assistito, se munito, una documentazione clinica di esami da lui sostenuti. Questo perché durante la raccolta dati otteniamo due dati: dati oggettivi e soggettivi.

I dati oggettivi o segni sono dati misurabili o osservabili ottenuti tramite strumento o apparecchiature o da un operatore tramite l'osservazione. I dati soggettivi o sintomi sono l'espressione personale del paziente raccolti tramite l'intervista.

LA DEFINIZIONE DEL PROBLEMA O DELLA DIAGNOSI

Dopo aver raccolto e analizzato i dati avviene la seconda fase del processo di nursing: definizione del problema o della diagnosi, che è il momento più significativo e delicato perché in base alla diagnosi vengono pianificati gli obiettivi e gli interventi. Una volta individuato il problema che sia di natura fisica, psichica o relazionale dobbiamo distinguere se è un problema affrontabile da infermieri con interventi autonomi o un problema affrontabile dall'infermiere con interventi di altri. Questa distinzione è molto importante perché L'infermiere è autorizzato per agire, trattare e prevenire il problema autonomamente per eliminarlo o compensarlo. Alcuni problemi però necessitano di una collaborazione con altre discipline. Questo accade quando i fattori eziologici che determinano una data condizione sono: situazionale (ambientali, sociali), fisiopatologici (biologici o psichici), causati da trattamenti (terapie o interventi) o fasi maturative (legati all'età). Una diagnosi infermieristica non è da confondere con una diagnosi medica che nonostante utilizza lo stesso metodo clinico del problem solving, si concentra su un problema d'organo e le patologie che sono alla base cercando di correggerle o prevenirle grazie a una terapia. La diagnosi infermieristiche invece si basa sulla soddisfazione dei bisogni fondamentali della persona descrivendo una risposta umana a un problema di salute, non solo l'individuazione di una diagnosi infermieristica crea una

assistenza di qualità, ma anche un mezzo di comunicazione tra infermieri ed altri professionisti sanitari legati dall'assistere alla persona.

Esistono diversi tipi di diagnosi infermieristica che possiamo utilizzare e sono:

1. D.I reali
2. D.I di rischio
3. D.I possibili
4. D.I promozione alla salute

Le Diagnosi infermieristiche reali descrivono una risposta umana a un problema di salute che è stata convalidata clinicamente. Sono scritte con una formulazione in tre parti: titolo, caratteristiche definenti e fattori correlati. (es: Incontinenza correlato a stato di incoscienza)

Le Diagnosi infermieristiche di rischio sono dei giudizi clinici secondo il quale una persona, famiglia, un gruppo o una comunità è più vulnerabile di altre in condizioni uguali o simili. I problemi che possono scaturirne includono la mancanza di conoscenza del profilo e fattori dell'assistito e i particolari rischi correlati all'assistenza e al trattamento dei problemi di salute. Le diagnosi di

rischio sono costituite da due parti perché non hanno le caratteristiche definenti.

(Es: Rischio allevato di infezione correlato a ferita chirurgica)

Le Diagnosi infermieristiche possibili descrivono un problema che si sospetta ma non abbastanza evidente. Si attua una D.I possibili quando l'infermiere ritiene che è fortemente probabile la nascita di un problema ed è necessario per attuarla un accertamento con la raccolta di altri dati per una diagnosi valida.

Sono scritte in maniera rovesciata e gli elementi sono inclusi a “correlato a” senza validazione (es: possibile compromissione correlato a eziologia sconosciuta)

Le Diagnosi infermieristiche di promozione alla salute riguardano una persona, famila, gruppo o comunità che vogliono migliorare il proprio benessere passando a un benessere superiore o di realizzare il proprio potenziale di salute dovuto al desiderio di salute (es: potenziale miglioramento dei processi familiari).

IDENTIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI

Una volta raccolti i dati e stabilito il problema avviene la terza fase del processo di nursing l'identificazione di uno o più obiettivi che si vogliono raggiungere con una pianificazione personalizzata o standardizzata degli interventi da attuare.

Può capitare che una persona abbia più di un problema da soddisfare e nella fase di pianificazione sarà compito dell'infermiere individuare la priorità, utilizzando esperienza, conoscenze e quanto accertato precedentemente. Questo perché è necessario ricordare alla persona che occorre soddisfare prima i bisogni primari o diagnosi di alta priorità (tutte quelle situazioni che mettono in pericolo di vita dell'assistito e che richiedono un'attenzione immediata o qualcosa di molto importante per l'assistito). Per poi passare a problemi con livello di priorità intermedia e minore. La priorità degli obiettivi è variabile perché correlata collegato con le condizioni dell'assistito. Per cui è molto importante che tra infermiere e assistito ci sia un dialogo, uno scambio di opinioni ed esperienze in modo da creare un piano comune. Gli obiettivi per essere veramente raggiunti devono essere accettati completamente dal assistito perché è lui a doverli raggiungere e non il professionista sanitario e se non c'è volontà dell'assistito difficilmente li raggiungerà.

L'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

L'attuazione degli interventi è la fase applicativa che avviene con l'assistito, ed è quella programmata nella fase precedente. In questa fase del processo assistenziale l'infermiere ha la responsabilità della supervisione e valutazione programmata con il curato. Per far questo è necessario avere abilità intellettive, interpersonali e tecniche.

Abilità intellettive necessarie per la gestione nel risolvere il problema e nella conoscenza tecnica di scelte ed educazione del paziente al trattamento necessario.

Abilità interpersonali nel comunicare con un linguaggio verbale e non verbale nel attuare gli interventi infermieristici pianificati. E le abilità tecniche nel mettere in atto i trattamenti programmati dove è necessario una conoscenza dei protocolli e procedure.

VALUTAZIONE

La sesta fase del processo di assistenza infermieristica è la valutazione, in questa fase si verifica il successo dell'intervento infermieristico attraverso i traguardi raggiunti dall'assistito. Per far questo da parte dell'infermiere c'è bisogno di un

giudizio professionale verso l'assistito che si attua a fine programmazione del percorso ma anche qualsiasi volta che c'è un'interazione con la persona. Se le risposte dell'assistito sono state positive, si tratta allora di aiutare la persona a mantenere o aumentare l'autonomia funzionale o a individuare un altro obiettivo da raggiungere, se la risposta da parte dell'assistito è invece negativa è necessario cercare le cause dell'insuccesso rivalutando tutte le fasi del processo di nursing domandandosi:

1. I dati a disposizione erano sufficienti per compiere l'analisi?
2. Gli interventi attuati sono stati compiuti nel rispetto dei principi stabiliti?
3. Gli interventi pianificati erano adeguati?
4. L'obiettivo era realistico?
5. I problemi sono stati individuati correttamente?
6. L'esame obiettivo è stato svolto correttamente

ACCERTAMENTO

Nell'accertamento come abbiamo detto precedentemente l'infermiere valuta la situazione totalitaria dell'assistito utilizzando abilità cliniche di osservazione, intervista e esame fisico. Un'altra importante abilità utilizzata dall'infermiere è l'intuizione che anche se non essendo un metodo validato, è fondamentale e

molto usato da infermieri esperti in ambito clinico. Gli infermieri utilizzano questa abilità durante l'intervista osservando i comportamenti della persona durante le risposte ideando un giudizio clinico. L'intuizione è una capacità che l'infermiere acquisisce con il tempo e esperienza nel venire a contatto con diverse persone di diversa età e stato sociale durante la sua carriera professionale. Per organizzare la raccolta dei dati ottenuti dalla persona si possono utilizzare dei modelli di riferimento di sintesi che andranno a far parte della cartella infermieristica. I modelli di raccolta dati fanno da guida all'infermiere durante l'intervista e esame fisico per non tralasciare nessuna informazione utile nella fase di diagnosi. Esistono vari modelli concettuali che forniscono uno schema ognuno creato per erogare assistenza infermieristica, un esempio è il modello dell'accertamento fisiologico sviluppato da Marjory Gordon.

Sulla base del modello Gordon l'infermiere divide i dati raccolti in 11 diverse aree o modelli, valutando se il modello funzionale o non funzionale.

Questa tipologia di raccolta dei modelli funzionali non solo orienta l'infermiere nella raccolta dati ma anche ad individuare la qualità di vita del paziente.

Modello	Descrizione
1.Percezione e gestione della salute	Focalizzato sulla percezione e la concezione di salute che la persona ha di se
2.Nutrizione e metabolismo	Evidenzia le abitudini alimentari del paziente, valutando il consumo di cibi e liquidi in relazione ai propri bisogni metabolici
3.Eliminazione	Interessa la funzione escretoria di intestino, vescica e cute
4.Attività ed esercizio	Riguarda le abitudini del paziente circa attività, svaghi e pratiche ricreative
5.cognizione e percezione	Analizza le funzioni cognitive e la presenza di dolore e di altre sensazioni
6.Sonno e riposo	Descrive i modelli di sonno, riposo e rilassamento
7.Percezione di se e concetto di se	Focalizzato sui sentimenti al valore di se e della propria immagine corporea
8.Ruoli e relazioni	Descrive il modello degli impegni legati a ruoli e tipo di relazioni con altri

9.Sessualità e riproduzione	Valuta l'espressione sessuale del paziente in relazione al suo stato di sviluppo e alla sua soddisfazione e al modello riproduttivo
10.Tolleranza allo stress	Concentrato sui modelli di stress e di adattamento del paziente, incentrato sulla capacità di sostenere sfide
11.Credenze e valori	Analizzano i valori e le credenze che guidano la persona nella vita

DIAGNOSI INFERMERISTICA

Una volta terminato l'accertamento e raccolto i segni e sintomi dell'assistito si selezionano delle diagnosi infermieristiche con un sistema standardizzato di linguaggio riconosciuto dall'OMS chiamato ICNP (international Classification of Nursing Practice). Il metodo ICNP non è l'unico sistema di classificazione ma possiamo trovare anche altri metodi: NANDA, International Nursing Council e NDEC (Nursing Diagnostic Extension and Classification).

STRUTTURA ICNP

Il sistema ICNP nasce nel 1989 per la necessità di identificare i problemi di cura e le situazioni che incontrano gli infermieri nella loro attività, descrivendo in maniera specifica il lavoro che gli infermieri fanno aiutando al sistema sanitario con il loro contributo. Nel 1996 nasce la prima versione a cui poi seguiranno varie versioni Bete fino all'anno 2015 dove è stato presentato durante il Congresso Internazionale degli Infermieri a Seoul (Corea del Sud) la versione definitiva con la disponibilità anche in italiano grazie al Centro Italiano ICNP.

Il modello ICNP è costituito da 7 assi più 2 assi speciali. I 7 assi hanno la funzione di facilitare la costruzione di una diagnosi o di un intervento in cui si intende applicare il metodo. I due assi speciali facilitano l'impiego della pratica perché sono diagnosi di interventi già precodificati.

Denominazione Asse	Descrizione
PERSONA	Soggetto al quale si riferisce la diagnosi; colui che riceve l'intervento (es: adulto, neonato, famiglia, comunità...)
FOCUS	Area di interesse infermieristico (es: nutrizione, dolore, respiro, stress, aspettativa di vita...)
GIUDIZIO	È il parere clinico dell'infermiere che grazie alle sue conoscenze e capacità valuta la gravità del problema
MEZZI	Metodo o modi per compiere un intervento assistenziale
TEMPO	Il momento, periodo o la durata dell'intervento
LUOGO	L'orientamento spaziale e anatomico relativo alla diagnosi
AZIONE	Processo intenzionale eseguito sulla persona o dalla persona stessa

Denominazione Asse Speciale	Descrizione
DIAGNOSI/OUTCOMES	Una diagnosi infermieristica, secondo ICNP®, è un'etichetta data da un infermiere che prende una decisione sul paziente/cliente a seguito di una valutazione in relazione ad un bisogno assistenziale. Gli outcomes assistenziali sono definiti come la misura o lo stato di una diagnosi infermieristica dopo un intervento infermieristico (ICN 2001)
INTERVENTI	È una o più azione messe in atto dall'infermiere in risposta al fine di un risultato assistenziale

DIAGNOSI INFERMERISTICA ICNP

In base ai modelli creati da Marjory Gordon sono stati individuati alcune diagnosi infermieristiche utilizzando il metodo ICNP limitandosi all'utilizzo delle Diagnosi/Outcome e Interventi.

PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE

Con la raccolta dati di questo modello intende verificare lo stato di salute e di benessere percepito della persona, ma anche i suoi comportamenti nei confronti della salute: come viene gestita. L'accertamento indaga dello stato di salute della persona i suoi comportamenti sanitari abituali (fumo di sigarette, prevenzione contro malattie mentali o fisiche e alla capacità di seguire prescrizioni mediche o infermieristiche) individuando dove sono necessari opportuni interventi infermieristici di educazione alla salute.

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Incapacità dell'adulto di mantenere uno sviluppo corporeo (cod.10000465)	Capace di prendersi cura di sé (cod.10025714)	Facilitare l'adesione ad un programma (cod.10036273)
	Efficace continuità delle cure (cod.10035507)	Assistere nel self care (cod.10035763)
	Miglioramento dello stato nutrizionale (cod.10035569)	Somministrazione dei farmaci (cod.10025444)
	Processo informativo efficace (cod.10035524)	Educare riguardo alla malattia (cod.10024116)
		Gestire un programma (cod.10011763)
		Istruire riguardo alla nutrizione (cod.10024618)
		Valutare l'immagine corporea (cod.10045891)

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Alterata capacità di mantenere salute (cod.10000863)	Adesione alle terapie (cod.10030205)	Educare riguardo alla malattia (cod.10024116)
	Efficace continuità delle cure (cod.10035507)	Contrattare per ottenere un comportamento positivo (cod.10035771)
	Processo informativo efficace (cod.10035524)	Somministrazione dei farmaci (cod.10025444)

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Non adesione alle terapie (cod.10022155)	Adesione alle terapie (cod.10030205)	Somministrazioni farmaci (cod.10025444)
	Efficace continuità delle cure (cod.10035507)	Facilitare l'adesione ad un programma (cod.10036273)

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Capace di prendersi cura di sé (cod.10025714)	Capace di prendersi cura di sé (cod.10025714)	Valutare il self care (cod.10021844)
	Processo informativo efficace (cod.10035524)	Assistere il self care (cod.10035763)
		Contrattare per ottenere un comportamento positivo (cod.10035771)
		Gestire il risparmio delle energie (cod.10035991)
		Valutare la dimissibilità (cod.10035678)
		Pianificare la dimissione (cod.10006016)

NUTRIZIONE E MATABOLISMO

Con la raccolta dati di questo modello vuole verificare il consumo di alimenti e bevande in base al tipo, quantità e abitudini alimentari in relazione al fabbisogno nutrizionale. Valutando anche il peso della persona, il suo appetito e la possibile integrazione con l'utilizzo di alcuni integratori alimentari. Con l'indagine viene valutato se sono necessari opportuni interventi migliorando il fabbisogno nutrizionale se superiore o inferiore alle proprie necessità, equilibrio idroelettrolitico e acido-basico, viene valutata la qualità della cute: se esiste una compromissione di quest'ultima o la guarigione di alcune ferite e infine se sono compromessi denti ed annessi cutanei.

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Carente apporto nutrizionale (cod.10025519)	Efficace continuità delle cure (cod.10035507)	Somministrazioni farmaci (cod.10025444)
	Miglioramento dello stato nutrizionale (cod.10035569)	Contrattare per ottenere un comportamento positivo (cod.10035771)

	Processo informativo efficace (cod.10035524)	Facilitare l'adesione ad un programma (cod.10036273)
		Istruire riguardo alla nutrizione (cod.10024618)
		Gestire un programma (cod.10011763)

ELIMINAZIONE

Questo modello indaga sulla funzione escretoria di intestino, vescica e pelle, valutando anche le abitudini aggiuntive che la persona fa' di diuretici e lassativi nelle abitudini di eliminazione intestinale e urinaria.

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Costipazione (cod.10000567)	Defecazione efficace (cod.10028403)	Trattare la stipsi (cod.10044729)
		Somministrazione dei farmaci (cod.10025444)

ATTIVITA' ED ESERCIZIO FISICO

All'interno di questo modello si intende di questo modello si intende verificare e quantificare l'esercizio fisico o attività fisiche, anche attività di vita quotidiana come il lavorare, fare la spesa, curare la casa, prevedere all'igiene personale che la persona fa giornalmente e i possibili fattori che ne possono limitarne come dispera, angina, deficit neuro muscolare...

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Promuovere l'adesione al programma di esercizio fisico (cod.10041628)	Promuovere l'adesione ad un programma (cod.10032449)	Insegnare gli esercizi (cod.10040125)
		Insegnare come aumentare la tolleranza all'attività (cod.10024660)

COGNIZIONE E PERCEZIONE

I criterio di giudizio di questo accertamento analizzano le funzioni cognitive come perdita di memoria, orientamento, linguaggio e ragionamento. In aggiunta anche la presenza di dolore e le abilità sensoriali come udito, vista, olfatto, gusto e tatto.

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Disorientamento (cod.10001235)	Miglioramento dell'orientamento (cod.10028586)	Collaborare con il paziente (cod.10035873)
		Monitorare lo stato di confusione (cod.10045424)
		Sorveglianza continua (cod.10005093)

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Confusione Acuta (cod.10000449)	Processo cognitivo nei limiti della norma (cod.10028367)	Monitorare lo stato di confusione (cod.10045424)
		Sorveglianza continua (cod.10005093)
		Applicare dispositivi di sicurezza (cod.10002472)
		Collaborare con il paziente (cod.10035873)
		Somministrazione dei farmaci (cod.10025444)
		Gestire il delirium (cod.10035989)

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Processo mentale distorto (cod.10000669)	Processo cognitivo nei limiti della norma (cod.10028367)	Identificare gli ostacoli alla comunicazione (cod.10009683)
	Riduzione del pensiero distorto (cod.10035621)	Valutare la risposta ai farmaci (cod.10007182)
		Identificare la presenza di percezioni alterate (cod.10035697)
		Gestire le allucinazioni (cod.10035818)
		Gestire il delirium (cod.10035989)

SONNO E RIPOSO

Con la raccolta dei dati di questo modello vogliono valutare le abitudini del sonno e riposo con la qualità e quantità del sonno cercando e risolvendo i possibili disturbi del sonno e i fattori che lo influenzano quali: difficoltà ad addormentarsi, risveglio precoce, sonno interrotto o sensazione di non riposo. Viene valutato anche l'utilizzo di ausili utilizzati per dormire come farmaci.

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Alterazione del sonno (cod.10027226)	Sonno Adeguato (cod.10035792)	Educare riguardo il sonno e il riposo (cod.10040380)

PERCEZIONE E CONCETTO DI SE

Con questo modello di raccolta dati si vuole valutare gli atteggiamenti che ha la persona verso se stessa e del valore che dà a se stessa valutando le proprie percezioni cognitive, la propria immagine corporea e del suo grado emozionale generale.

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Ansia (cod.10000477)	Riduzione dell'ansia (cod.10027858)	Gestire l'ansia (cod.10031711)
		Effettuare una dimostrazione sulle tecniche di rilassamento (cod.10024365)
		Collaborare con il medico (cod.10023565)
		Somministrazione dei farmaci (cod.10025444)

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Disperazione (cod.10000742)	Miglioramento del livello di autocontrollo (cod.10035576)	Gestire l'ansia (cod.10031711)
	Speranza (cod.10025780)	Promuovere il self care (cod.10026347)
		Gestione della crisi (cod.10035825)

		Promuovere la speranza (cod.10024440)
--	--	--

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Rischio di comportamento autodistruttivo (cod10015302)	Assenza di comportamenti aggressivi (cod.10035645)	Gestione della crisi (cod.10035825)
	Assenza di comportamento autodistruttivo (cod.10029083)	Sorveglianza continua (cod.10005093)
		Somministrazione dei farmaci (cod.10025444)
		Valutare la risposta ai farmaci (cod.10007182)
		Facilitare il controllo degli impulsi (cod.10035716)
		Applicare una contenzione fisica (cod.10036182)

		Contrattare per ottenere un comportamento positivo (cod.10035771)
		Effettuare un debriefing dopo la contenzione (cod.10036239)

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Bassa Autostima (cod.10029507)	Adeguate autostima (cod.10025751)	Valutare il grado di autostima (cod.10027079)
		Promuovere l'autostima (cod.10024455)

RUOLO E RELAZIONI

Con questo modello di raccolta si vuole individuare le responsabilità nelle situazioni di vita attuate e i possibili problemi familiari, sociali e professionali.

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Lutto disfunzionale (cod.10001183)	Assenza di negazione (cod.10044260)	Facilitare l'elaborazione del lutto (cod.10035958)
	Coping efficace (cod. 10022378)	Sostenere l'elaborazione del lutto (cod.10026489)
	Lutto (cod.10022345)	Valutare l'elaborazione del lutto (cod.10026103)
		Gestione della crisi (cod.10035825)

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Comportamento violento (cod.10035480)	Assenza di comportamenti aggressivi (cod.10035645)	Gestione della crisi (cod.10035825)

		Somministrazioni farmaci (cod.10025444)
		Sorveglianza continua (cod.10005093)
		Applicare una contenzione fisica (cod.10036182)
		Gestire il comportamento aggressivo (cod.10035970)
		Terapia per la gestione della rabbia (cod.10036260)
		Valutare i comportamenti aggressivi (cod.10035684)
		Effettuare un debriefing dopo la contenzione (cod.10036239)
		Attuare il programma di contenzione fisica (cod.10036327)

		Attuare il programma di isolamento (cod.10036315)
--	--	---

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Isolamento sociale (cod.10001647)	Capace di socializzare (cod.10028282)	Valutare il sostegno sociale (cod.10024298)
		Promuovere il sostegno sociale (cod.10024464)

SESSUALITA' E RIPRODUZIONE

Con questo modello si vuole raccogliere informazioni riguardante la soddisfazione o i disturbi nel campo della sessualità, disturbi relativi alla riproduzione come pubertà e menopausa o alla possibilità e il desiderio di avere figli o sull'uso di contraccettivi.

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Conoscenza della gravidanza (cod. 10046243)	Conoscenze sulla gravidanza (cod. 10045773)	Insegnare riguardo l'abuso di alcool (cod. 10044900)
		Promuovere la gravidanza (cod. 10025221)

TOLLERANZA ALLO STREST

Con l'utilizzo di questo modello si vuole raccogliere da parte dell'assistito il modo in cui affronta situazioni stressanti, come vengono gestite.

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Difficoltà nel coping (cod.10001120)	Coping efficace (cod.10022378)	Contrattare per ottenere un comportamento positivo (cod.10035771)
	Speranza (cod.10025780)	Promuovere il self care (cod.10026347)
		Rafforzare l'autoefficacia (cod.10022537)
		Valutare il livello di coping (cod.10002723)
		Promuovere la speranza (cod.10024440)
		Promuovere un coping efficace (cod.10035936)

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Risposta post traumatica (cod.10001699)	Miglioramento della risposta al trauma (cod.10027760)	Contrattare per ottenere un comportamento positivo (cod.10035771)
		Identificare la presenza di percezioni alterate (cod.10035697)
		Collaborare con il paziente (cod.10035873)
		Valutare il self care (cod.10021844)
		Promuovere un coping efficace (cod.10035936)

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Rischio di suicidio (cod.10015356)	Diminuzione del rischio di suicidio (cod.10027938)	Attuare misure di prevenzione del suicidio (cod.10036336)
		Gestione della crisi (cod.10035825)

		Sorveglianza continua (cod.10005093)
		Somministrazione dei farmaci (cod.10025444)
		Applicare una contenzione fisica (cod.10036182)
		Effettuare un debriefing dopo la contenzione (cod.10036239)
		Attuare il programma di contenzione fisica (cod.10036327)

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Rischio di alterazione del coping della famiglia (cod.10032364)	Efficacia dei processi familiari (cod.10025232)	Valutare il self care (cod.10021844)

	Famiglia capace di partecipare al piano di cura (cod.10035904)	Promuovere il self care (cod.10026347)
		Promuovere un coping efficace (cod.10035936)
		Rafforzare l'autoefficacia (cod.10022537)
		Valutare il livello di coping (cod.10002723)
		Collaborare con la famiglia (cod.10035887)
		Collaborare con l'assistente sociale (cod.10023577)
		Facilitare la capacità della famiglia di partecipare al piano di cura (cod.10035927)

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Umore labile (cod.10045652)	Stabilità dell'umore (cod.10035792)	Gestire il tono dell'umore (cod.10036256)
		Valutare il tono dell'umore (cod.10038938)

CREDENZE E VALORI

Utilizzo di questo modello vuole mostrare le credenze che guidano le scelte dell'assistito come la ricerca di persone significative per il sostegno e la pratica religiosa.

Diagnosi	Outcome	Azione/intervento
Convinzioni spirituali conflittuali (cod.10022769)	Convinzione spirituale (cod.10018577)	Coinvolgere nel processo decisionale (cod.10026323)

RUOLO DELL' INFERMIERE NELLA GESTIONE DELL'ASSISTITO TOSSICODIPENDENTE

Una gestione efficace di una persona colpita da tossicodipendenza dipende da un'accurata valutazione e dall'identificazione del problema di dipendenza, reale o potenziale, che può essere causato dalla risposta umana nell'impossibilità di soddisfare uno o più bisogni o da un problema di salute, che richiede l'intervento dell'infermiere per essere risolto. La presa in carico di persone tossicodipendenti in reparto ospedaliero però necessita un'azione pluridisciplinare coinvolgendo medici generali, medici e infermieri specializzati, servizi psichiatrici e servizi sociali. Questo perché capita spesso che gli infermieri e medici di medicina generale si limitano a risolvere i problemi causati dall'alcol occupandosi in maniera minore del abuso di sostanze senza rivolgersi a specialisti valutando una possibile o ulteriore presa in carico in un reparto psichiatrico o comunità. Il disturbo da uso di sostanze arriva da una condizione di "dolore". Il ruolo degli infermieri e di tutto il personale sanitario è l'individuazione di questo "dolore". Sottovalutare o un creare un inadeguato trattamento può indurre alla persona il bisogno di assumere stupefacenti come l'alcol per compensare emozioni negative create dall'assistito nel pensare di essere una persona difficile da aiutare.

Un'azione tanto basilare come essenziale che può risolvere il “dolore” causato dalla risposta umana nel soddisfare un bisogno o uno stato di malattia è la comunicazione, che è il centro dell'assistenza infermieristica. Gli infermieri nel ruolo di promotori della salute la utilizzano per influenzare i comportamenti dei loro assistiti. La comunicazione che si crea tra la relazione infermiere-assistito è fondamentale per far esprimere alla persona i propri sentimenti e preoccupazioni relative alla sua situazione e agli obiettivi che lavorando su se stesso vuole raggiungere tramite i trattamenti e l'assistenza infermieristica. Per far ciò si deve adottare una comunicazione empatica con la capacità di guardare le cose da un'altra prospettiva, di porsi al posto di un'altra persona, di essere in grado di condividere l'essenza della comprensione, attraverso la comunicazione verbale e non verbale (Shives, 2008; Varcarolis e halter,2009). L'infermiere per comprendere i bisogni e le preoccupazioni dell'assistito deve rinunciare a giudicare gli aspetti psichici e fisici dell'assistito e mettere da parte i propri sentimenti ed esperienze personali.

Si noterà, una volta istaurato un rapporto di fiducia tra infermiere e assistito, una partecipazione di esso nel parlare e raccontare come la malattia influenzi la sua vita sociale, i rapporti con la famiglia e il posto che la patologia occupa nella sua vita. Poter creare un forte legame di fiducia con l'assistito è la chiave per

ottenere l'adesione alle cure proposte riuscendo nell'azione terapeutica. Questo rapporto privilegiato è chiamato relazione di aiuto.

LA RELAZIONE DI AIUTO

Il primo contatto con una persona con dipendenza da alcol può essere delicato perché si ha a che fare con la sua aggressività, con i sentimenti di frustrazione e con la sfiducia. La relazione è sempre facilitata quando l'operatore sanitario mostra chiaramente alla persona di credere al suo problema e che prova empatia nei suoi confronti. Prendere le parti della persona non significa accettare tutte le sue condizioni. L'assistito ha il bisogno e il diritto di essere informato sul suo stato di salute e del decorso della malattia, in modo da poter prevedere la legittima terapia. Per questo il colloquio tra infermiere e assistito non può essere fatto in un luogo con un'atmosfera di emergenza, ma in un clima di ascolto e di confidenza per una relazione di qualità.

La relazione di aiuto permette di comprendere gli aspetti emotivi e i bisogni della persona attraverso un clima di ascolto dove si andrà a creare un contratto informale tra infermiere e assistito, basato su empatia, fiducia e promozione di crescita, di sviluppo e la capacità di maturazione in uno stile di vita più adeguato e integrato.

CONCLUSIONI

La tossicodipendenza da Alcol, ma anche da qualsiasi altra sostanza, è una esperienza spiacevole che coinvolge principalmente la persona ma anche tutte le persone che fanno parte della sfera familiare e di amici, con un dolore soggettivo percepito non attraverso le strutture nervose ma nella sfera emozionale delle persone. La dipendenza è una malattia che dura per mesi, anni e che può ritornare una volta usciti dalla malattia. È una condizione che altera le funzioni cognitive, della memoria, può creare disturbi del sonno, depressione, ansia portando anche un abuso di medicinali creando altre dipendenze. La dipendenza da alcol crea malessere anche nella vita sociale compromettendo le relazioni arrivando anche a uno stato di isolamento.

Nell'attività di promotore della salute l'infermiere individua degli interventi educativi volti all'assistito tramite una pianificazione assistenziale che può essere tra infermiere e assistito ma anche tramite un lavoro di equipe coinvolgendo altri operatori sanitari quali medici specialistici, fisiatra, psicologo e psichiatra.... Ma anche coinvolgendo la famiglia che può influenzare positivamente le scelte della persona per incoraggiare e affrontare gli ostacoli che la persona incontra durante il piano di assistenza.

La creazione di un piano di assistenza risulta più efficace se viene creato attraverso un lavoro di equipe, che può essere tra infermiere e altri operatori, ma soprattutto anche attraverso il nucleo familiare dell'assistito.

Fonti

- Relazione del Ministro della salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 in materia di alcol e problemi alcol correlati: anno 2018
- https://it.qwe.wiki/wiki/List_of_countries_by_alcohol_consumption_per_capita
- Mark Keller, George E. Vaillant. (2018). Consumo di alcol . Encyclopedia Britannica (<https://www.britannica.com/topic/alcohol-consumption>)
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA). (n.d.). [Alcohol's Effects on the Body.](#)
- MedlinePlus. (2019). [Alcoholic liver disease](#)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018). [Liver Cancer.](#)
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1993). [Alcohol and Nutrition. Alcohol Alert. No. 22\(346\).](#)
- MedlinePlus. (2016). [Peptic ulcer.](#)
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2004). [Alcohol's Damaging Effects on the Brain. Alcohol Alert. No. 63.](#)

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2017). Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables.
- Ballard, H. S. (1997). The hematological complications of alcoholism. Alcohol health and research world
- Mayo Clinic. (2018). Alcohol Use Disorder.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2018). Alcohol Use in Pregnancy.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (5th ed.).
- National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. (2018). What People Recovering From Alcoholism Need To Know About Osteoporosis.
- Piano MR. (2017). Alcohol's Effects on the Cardiovascular System. Alcohol Res
- ICNP® - Classificazione Internazionale per la pratica infermieristica: origini, strutturazione e sviluppo
- Ruth F. Craven Constance Hirnle Christine M. Henshaw

- Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica Marc, B., & Simon, G. (2002). L'infirmier(e) et les toxicomanies: stratégies de soins à l'hôpital. Elsevier Masson