



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**RUOLO DELL'INFERMIERE
NELLE DIPENDENZE
PATOLOGICHE**

Relatore: Chiar.mo
**SANDRO
DI TUCCIO**

Tesi di Laurea di:
**CATERINA
BUCCOLINI**

A.A. 2020/2021

INDICE

ABSTRACT	
INTRODUZIONE	Pag. 1
MATERIALI E METODI	Pag. 3
CAPITOLO 1: LE DIPENDENZE DA SOSTANZE	
1.1 Alcol	Pag.4
1.2 Tabacco	Pag. 6
1.3 Sostanze stupefacenti	
1.3.1 Stimolanti	Pag. 8
1.3.2 Narcotici	Pag. 10
1.3.3 Ipnotici-sedativi	Pag. 12
1.3.4 Cannabinoidi	Pag. 13
CAPITOLO 2: LE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI	
2.1 Disturbi alimentari	Pag. 14
2.2 Gioco d'azzardo	Pag. 17
2.3 Internet e videogiochi	Pag. 18
CAPITOLO 3: RUOLO DELL'INFERMIERE NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	
3.1 Infermiere del sistema Territoriale di Soccorso	Pag. 20
3.2 Infermiere di Pronto Soccorso	Pag. 22
3.3 Infermiere del Dipartimento Materno-Infantile	Pag. 25
3.4 Infermiere del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	Pag. 29
3.5 Infermiere di Malattie Infettive	Pag. 32
3.6 Infermiere scolastico, di famiglia e di comunità	Pag. 34
CAPITOLO 4: PROCESSO DI NURSING NEL PAZIENTE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE	Pag. 36
CONCLUSIONI	Pag. 40
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	Pag. 41
RINGRAZIAMENTI	Pag. 43

ABSTRACT

Le dipendenze patologiche, molto diffuse soprattutto nella popolazione giovanile, possono essere classificate in: dipendenze da sostanze e dipendenze comportamentali. Queste sono causa di un aumento dell'incidenza della morbosità e della mortalità nella popolazione, oltre che dei costi della sanità.

L'obiettivo di tale elaborato sarà quello di dimostrare come l'infermiere gioca un ruolo fondamentale nel trattamento, nell'educazione e nella prevenzione di queste condizioni.

Per scrivere l'elaborato sono stati utilizzati articoli e linee guida prodotte dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore della Sanità.

Da questi è stato possibile dimostrare il ruolo cardine dell'infermiere a partire dal nascere della dipendenza e delle sue conseguenti complicanze. Inoltre, attraverso questo elaborato, si nota come buona parte del lavoro si trovi nella prevenzione e come la conoscenza a riguardo aiuti nella preparazione dell'infermiere nella prontezza ad affrontare tali temi e situazioni con metodo.

INTRODUZIONE

L'argomento che ho voluto affrontare nella mia tesi di laurea sono le dipendenze patologiche e, nello specifico, il ruolo che svolge l'infermiere all'interno di esse.

La dipendenza patologica viene definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come una "condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione". Questa definizione, però, fa riferimento soprattutto alla dipendenza da sostanze, ma quando si parla di dipendenza patologica occorre anche nominare e trattare quella comportamentale. In ambito psichiatrico il concetto delle dipendenze comportamentali è di recente definizione, infatti è stato introdotto ufficialmente nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) solo nel 2013. Le dipendenze comportamentali coinvolgono azioni o pulsioni normali (come il cibo) che diventano patologiche quando raggiungono un certo livello di eccesso e di pericolosità per la persona. Le dipendenze comportamentali presentano svariate similitudini con le dipendenze da sostanze. Ad esempio, la persona affetta da Disturbo da Gioco d'Azzardo presenterà: dipendenza dalla gratificazione, comportamento edonico (ricerca del piacere), impulsività nel prendere decisioni/sottovalutazione delle conseguenze, perdita di controllo, bisogno irrefrenabile di ricercare il gioco (craving), ricerca del rischio, tolleranze e astinenza. È interessante osservare come l'interruzione dal gioco d'azzardo possa determinare nell'organismo un'alterazione del funzionamento biologico, paragonabile all'interruzione nell'assumere una sostanza.

Il motivo per cui ho deciso di trattare questo tema sta nel mio voler intraprendere un percorso che guardi in maniera olistica il paziente affetto da dipendenza patologica. Questa volontà si origina dal mio percorso di tirocinio clinico, in cui mi sono ritrovata diverse volte a contatto con persone che soffrivano di dipendenze patologiche (una ragazzina affetta da anoressia nervosa, una neomamma in trattamento con il metadone in fase di allattamento, una signora con intossicazione acuta dovuta ad abuso di sostanze in Pronto Soccorso) ed in ognuna di queste mi sono sentita impreparata. Ma più inciso è stato ritrovarmi ad affrontare situazioni simili nella mia vita di tutti giorni. È spaventoso

come nel 2021 tale argomento risulti essere un tabù, sempre più diffuso in Italia come nel resto del mondo. Occorre contrastare questa “epidemia” in quanto causa di danni, non solo nelle tasche della nostra sanità pubblica, ma soprattutto alle persone e alle famiglie coinvolte. Ad esempio, come è possibile leggere in seguito, l’abuso d’alcol è fra le principali cause di violenza domestica, incidenti stradali etc. come persone affette da Disturbo da Gioco d’Azzardo possono aver messo a repentaglio o addirittura perso, una relazione significativa, il lavoro, o un’opportunità di istruzione o di carriera.

L’obiettivo di tale elaborato sarà quindi, quello di affrontare passo per passo (dal punto di vista infermieristico) le dipendenze patologiche più diffuse, a partire dall’infermiere del Sistema Territoriale di Soccorso fino ad arrivare all’infermiere scolastico, per sottolineare come questa figura professionale svolga un ruolo molto importante e inerente alla tematica ma che tutt’oggi è ancora poco valorizzato e considerato.

Nel presente elaborato verranno affrontate le più importanti dipendenze patologiche partendo dalla loro definizione, manifestazione e diffusione; giungendo poi ai possibili interventi assistenziali che l’infermiere potrebbe dover mettere in atto nel corso della sua vita lavorativa in relazione alle dipendenze stesse.

MATERIALI E METODI

La ricerca bibliografica è stata effettuata tramite il sito del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore della Sanità. Sono stati perciò utilizzati articoli e linee guida pubblicati da tali enti, allo scopo di illustrare al meglio il ruolo dell'infermiere nei vari ambiti.

CAPITOLO 1: LE DIPENDENZE DA SOSTANZE

1.1 Alcol

L'alcol è uno dei principali fattori di rischio di malattia, disabilità e mortalità prematura in Italia, in Europa e nel mondo. Questa sostanza, infatti, è responsabile della morte di 3,3 milioni di persone ogni anno ed il suo abuso è correlato a più di 60 patologie. Il 5,1% del carico globale di malattia e incidenti è attribuibile all'alcol, mentre il 25% dei decessi nella fascia di età compresa tra i 20 e i 39 anni, è legato a problemi alcol-correlati. ^[1]

L'alcolismo è una patologia cronica, spesso progressiva e fatale, caratterizzata dalla perdita di controllo nell'assumere alcolici, dall'impossibilità di smettere nonostante la consapevolezza dei danni che ne derivano e da alterazioni del comportamento e del modo di pensare. ^[2] L'abuso di alcol, inoltre, rappresenta un importante problema di sanità pubblica ed è fra le principali cause di incidenti stradali, violenza domestica, omicidi e suicidi. Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) definisce una persona affetta da alcolismo quando sono presenti almeno 2 delle seguenti condizioni in un periodo di osservazione di 12 mesi. I criteri sono:

- Fallimento continuo nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa;
- Tolleranza;
- Abbandono o riduzione di importanti attività sociali o ricreative;
- Uso di sostanze per alleviare i sintomi dell'astinenza;
- Desiderio irrefrenabile (craving);
- Desiderio persistente e insuccesso dei tentativi di ridurre o smettere;
- Uso ricorrente in situazioni pericolose;
- Uso continuato nonostante la consapevolezza dei problemi sociali ed interpersonali;
- Uso di grandi quantità o per un periodo maggiore di quanto fosse nelle intenzioni;
- Significativa quantità di tempo spesa per ottenere o assumere l'alcol o riprendersi dagli effetti;
- Persistenza nell'uso di alcol nonostante la consapevolezza della dipendenza psicologica e fisica.

Inoltre in base ai criteri soddisfatti è possibile definire la gravità dell'abuso di alcol in: lieve quando sono soddisfatti 2 o 3 criteri, moderato 4 o 5, grave 6 o più. ^[2]

La quantità di alcol che il fegato riesce a metabolizzare in un'ora è limitata (10 ml/h in un uomo che pesa circa 70 kg), la restante parte continua a rimanere in circolo nel sistema vascolare e penetra con facilità, attraverso le membrane di cellule di vari apparati, provocandone la distruzione. Per tale motivo un bevitore sporadico manifesterà le prime alterazioni comportamentali, quali disinibizione ed euforia, quando i valori dell'alcolemia (ossia la concentrazione ematica di alcol) saranno di 20-30 mg/dl; concentrazioni di 200 mg/dl sono associate a irritabilità, incoordinazione motoria e scarsa capacità di giudizio; con concentrazioni superiori a 300-400 mg/dl si verificano il coma e la morte. Negli etilisti cronici invece, si sviluppano meccanismi di compenso che inducono ad una tolleranza, definita come la necessità di assumere quantità progressivamente crescenti di alcol al fine di ottenere l'effetto iniziale. Esistono diversi tipi di tolleranza: metabolica, cellulare e comportamentale. La tolleranza metabolica si sviluppa dopo 1-2 settimane di assunzione quotidiana e causa un aumento del 30% del metabolismo epatico dell'etanolo. Quella cellulare dipende dall'adattamento di alcuni neuroni all'esposizione continua, comportando una progressiva modifica della risposta neuronale ai normali stimoli. La tolleranza comportamentale è la modificazione del proprio atteggiamento per rendere meno visibile l'influenza dell'alcol. L'etilista cronico manifesterà anche dipendenza da alcol, la quale può essere sia fisica che psicologica. La dipendenza fisica è una conseguenza della tolleranza e si manifesta quando l'organismo reagisce negativamente alla riduzione o interruzione del quantitativo di alcol assunto. La sindrome di astinenza è la conseguenza della dipendenza fisica. I segni e i sintomi della sindrome da astinenza compaiono in circa 5-10 ore e raggiungono la massima intensità dopo 48-72 ore. Le manifestazioni cliniche comprendono: tremore delle mani, disturbi gastrointestinali, sudorazione, ipertensione, tachicardia, tachipnea, febbre, insonnia, ansia, allucinazioni visive, uditive e tattili. Una sindrome grave e potenzialmente fatale causata dall'astinenza è il delirium tremens caratterizzato da confusione mentale, tremore, agitazione psicomotoria, iperattività del sistema nervoso autonomo e allucinazioni come le microzoopsie (visione di piccoli insetti). La dipendenza psicologica consiste nel disagio avvertito dagli etilisti quando non consumano alcolici; l'etanolo, infatti, stimola la produzione e la liberazione di dopamina che provoca un effetto gratificante,

successivamente l'assuefazione ne riduce l'effetto positivo, provocando nella persona un aumento progressivo delle dosi e della frequenza di assunzione per cercare di ottenere lo stesso effetto. ^{[2][3]}

Importate ricordare anche gli effetti che ha l'alcol sui vari apparati dell'organismo. Per quanto riguarda il sistema nervoso l'alcol provoca: atrofia cerebrale (nel 50% degli alcolisti cronici), atassia, demenza, epilessia, e, nel 10% degli alcolisti, la sindrome di Wernicke e di Korsakoff. A livello del sistema gastrointestinale l'assunzione cronica di alcol provoca: emorragie gastrointestinali, atrofia gastrica, varici esofagee secondarie a cirrosi epatica, predispone al carcinoma squamoso dell'esofago, malassorbimento e diarrea. L'alcolista cronico ha anche un aumento del rischio di sviluppare pancreatite acuta e cronica, oltre che steatosi epatica, epatite alcolica e la cirrosi epatica. Dal punto di vista cardiocircolatorio l'assunzione cronica di alcol è causa di: ipertensione, aritmie sopraventricolari e cardiomiopatia. ^{[2][3]}

Da non sottovalutare è il danno che causa l'etanolo a livello del feto. Questa sostanza, infatti, è in grado di attraversare facilmente la membrana placentare causando vari danni quali l'aborto spontaneo, la malformazioni (a causa dell'effetto teratogeno dell'etanolo) e la sindrome alcol-fetale. Quest'ultima è una delle più gravi patologie indotte al feto da cause esterne e si manifesta con sintomatologia variabile. I sintomi possono essere sia fisici che neurologici. Quelli fisici comprendono: alterazioni della testa e del volto (pieghe agli angoli degli occhi, strabismo, naso corto e piatto, ipoplasia del nervo ottico e capacità visive ridotte); deficit di crescita ossea; microcefalia e malformazioni cardiache. Mentre quelli neurologici sono: iperattività, deficit di attenzione e di memoria, ritardo mentale e disfunzioni dell'apprendimento, disturbi dell'udito e della fonazione. ^{[2][3]}

1.2 Tabacco

L'abitudine all'inalazione volontaria di fumo di tabacco (tabagismo) rappresenta, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la seconda causa di morte nel mondo e la prima causa di morte evitabile, infatti circa 6 milioni di persone perdono la vita ogni anno per danni da tabagismo e di questi quasi 600.000 sono non fumatori esposti a fumo passivo. ^[1] In Italia i fumatori con età superiore a 15 anni sono il 22,7% della popolazione

totale; la fascia di età con più fumatori è quella compresa tra i 25 e i 44 anni, immediatamente seguita dai fumatori giovani (15-24 anni).^[3]

Il tabacco contiene circa 2500 composti chimici assimilati o prodotti dalla pianta durante la crescita, tra cui pesticidi, insetticidi e fertilizzanti. Nel fumo di sigaretta però, sono contenuti circa 4000 composti chimici, in quanto devono essere tenuti in considerazione anche quelli presenti nella carta e nei prodotti, derivati dalla reazione chimica della combustione. Di queste sostanze circa 40 sono cancerogene per l'organismo, ad esempio: l'arsenico, molti derivati del benzene con azione mutagena sul DNA, il cadmio, il cromo e il cianuro di idrogeno. La sostanza responsabile della dipendenza da tabacco è la nicotina, un alcaloide in grado di stimolare la produzione di dopamina da parte del sistema nervoso provocando così, una sensazione di piacere. L'interruzione improvvisa dell'assunzione di nicotina causa una sindrome da astinenza caratterizzata da segni e sintomi quali: irritabilità, ansia, insonnia, difficoltà di concentrazione, mal di testa, dolore diffuso, fame nervosa, affaticamento e tosse. Il fumo di sigaretta contiene anche sostanze irritanti che danneggiano le mucose delle vie respiratorie, come l'ammoniaca. Un prodotto della combustione temibile è il monossido di carbonio, molecola in grado di legarsi in modo stabile all'emoglobina al posto dell'ossigeno e che favorisce, in soggetti predisposti, l'insorgenza di ischemia miocardica.^{[2][3]}

Queste sostanze perciò, sono responsabili di effetti dannosi sull'organismo. Per quanto riguarda l'apparato cardiovascolare il fumo di sigaretta causa il 20-30% delle malattie coronariche acute e il 10% circa di quelle cerebrovascolari, in quanto accelera la formazione di placche aterosclerotiche e promuove gli eventi ischemici. La nicotina infatti, ha azione vasocostrittrice che determina l'aumento della pressione sanguigna, del battito cardiaco ed il rallentamento del flusso periferico, associata poi all'aumento di colesterolo, favorisce la comparsa di aterosclerosi. Inoltre, nelle donne che fanno uso di contraccettivi orali, il fumo di sigaretta fa aumentare il rischio di trombosi venosa. Anche l'apparato respiratorio viene danneggiato dal tabagismo, in quanto è causa di più del 90% dei casi di broncopatia cronica ostruttiva. I fumatori perdono le ciglia delle cellule ciliate ed hanno un'iperplasia delle ghiandole mucose, tutto ciò provoca l'impossibilità di allontanamento del muco e quindi, la conseguente ostruzione delle piccole vie aeree. Il fumo di sigaretta è responsabile di circa il 30% delle morti per cancro e del 90% delle neoplasie polmonari; inoltre aumenta il rischio di neoplasie del cavo orale e della cavità

nasale, a livello faringeo, laringeo, esofageo, vescicale, renale, pancreatico, gastrico, coloretale e della cervice uterina. I fumatori hanno anche il rischio aumentato di sviluppare ulcera peptica, ritardo nella guarigione e aumento di recidiva dopo trattamento nella stessa. Inoltre il rallentamento della circolazione periferica provoca disfunzioni erettile del pene, con un'elevata incidenza di impotenza completa. ^{[2][3]}

Il fumo di sigaretta ha degli effetti anche nelle donne in gravidanza, determinati dall'azione combinata della nicotina, che diminuisce l'irrorazione sanguigna dell'utero, e del monossido di carbonio inducendo ipossia. Questi effetti comprendono: aborti spontanei, rottura prematura delle membrane, distacco di placenta, placenta previa e parto pretermine. ^{[2][3]}

1.3 Sostanze stupefacenti

Queste comprendono tutte quelle sostanze che agiscono a livello del sistema nervoso e vengono classificate, in base al tipo di azione prodotta, in:

- Stimolanti, quando hanno azione eccitante del SNC con aumento della capacità di attenzione, della percezione e della pressione sanguigna;
- Narcotici, che hanno proprietà analgesiche, sedative e miorilassanti;
- Ipnotici-sedativi, tipologie di farmaci utilizzati per indurre il sonno, ma anche per il controllo dell'umore;
- Allucinogeni o psichedelici, che alterano le sensazioni, le emozioni e le percezioni, in particolare quelle visive.

Al di fuori di questa classificazione, ma sempre facente parte delle sostanze stupefacenti troviamo i cannabinoidi.

Quelle che verranno affrontate in questo capitolo sono le sostanze con maggiore impatto a livello della sanità pubblica, in quanto maggiormente utilizzate dalla popolazione. ^{[2][3]}

1.3.1 Stimolanti

Delle sostanze stimolanti fa parte la cocaina, una polvere ottenuta dalla foglie di coca. L'azione della cocaina sul sistema nervoso centrale comprende l'aumento, a livello sinaptico, della concentrazione di neurotrasmettitori come la dopamina, la noradrenalina e la serotonina, e il blocco della ricaptazione. Questi meccanismi provocano, come effetti

immediati: l'innalzamento dell'umore (euforia, socievolezza, infaticabilità), riduzione della fame e della fatica, insonnia, distorsione cognitiva, tachicardia, ipertensione, vasocostrizione, ipertermia e midriasi. La cocaina agisce anche come anestetico locale grazie al blocco dei canali del calcio a livello delle cellule neuronali. ^{[2][3]} La cocaina è la seconda droga illecita più diffusamente utilizzata in Europa, con quasi 2,2 milioni di persone di età compresa tra i 15 e i 34 anni (corrispondenti al 2,1% di questa fascia di età) che hanno fatto uso di cocaina. ^[4] Questa sostanza viene assunta per via orale, intranasale e endovenosa, inoltre può essere fumata e quindi assorbita a livello delle mucose. Ha un'emivita breve e il suo uso cronico determina una tolleranza che ne riduce progressivamente l'effetto spingendo all'assunzione ripetuta (anche 2-3 volte in un'ora). L'uso cronico provoca complicanze locali quali le ulcerazioni della mucosa nasale sino alla perforazione del setto. Inoltre si assiste all'insorgenza di complicanze sistemiche che, dal punto di vista cardiologico comprendono l'aumento del rischio di infarto e aritmie; mentre dal punto di vista neurologico possono insorgere: cefalea, crisi epilettiche, ictus su base sia ischemica che emorragica ed emorragia subaracnoidea. L'uso cronico, inoltre, può provocare la comparsa di paranoie e allucinazioni, riduce il desiderio sessuale, nelle donne causa amenorrea e sterilità. Se usata durante la gravidanza, la cocaina predispone allo sviluppo di malformazioni fetali. ^{[2][3]}

Le amfetamine, anch'esse sostanze stupefacenti stimolanti, derivano dall'anfetamina, un farmaco sintetizzato nel 1887 per combattere la bassa pressione sanguigna e la narcolessia. Queste agiscono sul rilascio di neurotrasmettitori a livello sinaptico e quindi, come la cocaina, hanno effetto euforizzante, aumentano le prestazioni fisiche e permettono il controllo del peso. ^{[2][3]} In Europa, nell'ultimo anno, 1,4 milioni di giovani adulti di età compresa tra i 15 e i 34 anni (e quindi l'1,4%) hanno assunto amfetamine. ^[4] L'assunzione di tale sostanza avviene per via orale e in minima parte per inalazione o per via endovenosa. Un sovradosaggio causa la manifestazione di: cefalea, anoressia, difficoltà di concentrazione, dolore addominale, vomito e diarrea. ^{[2][3]}

Altra sostanza facente parte di questo gruppo è l'MDMA o più comunemente nota come ecstasy. Questa sostanza induce la liberazione della serotonina, neurotrasmettitore che agisce nel controllo dell'umore, delle emozioni, dell'aggressività, del sonno, dell'appetito, dell'ansia, della memoria, e delle percezioni. Dopo la sua assunzione si ha un effetto euforizzante, accompagnato da una sensazione di felicità immediatamente

seguiti da un senso di irrequietezza e confusione che spinge ad un ulteriore consumo. ^{[2][3]}
In Europa, nell'ultimo anno, 2 milioni di giovani adulti (15-34 anni) e quindi l'1,9 % di questa fascia di età, hanno assunto MDMA. Prendendo in considerazione la fascia di età 15-24, invece, la percentuale di consumatori risulta più alta con il 2,2%. ^[4]

1.3.2 Narcotici

I narcotici comprendono tutte quelle sostanze derivate dall'oppio, che hanno proprietà analgesiche, sedative e miorilassanti. Gli oppioidi possono essere classificati in base al tipo di produzione in:

- Alcaloidi naturali che sono tutte quelle sostanze ottenute dal liquido lattescente del papavero e comprendono la morfina e la codeina;
- Composti semisintetici, ovvero alcaloidi modificati chimicamente come l'eroina e l'ossicodone;
- Sostanze totalmente sintetiche, come il metadone, il fentanil e la buprenorfina.

Queste sostanze esercitano il loro effetto su specifici recettori degli oppioidi endogeni (come le endorfine). Esistono tre principali sottotipi di recettori (μ , κ , σ) e il legame con ciascuno di questi determina manifestazioni cliniche differenti. Il legame con il recettore μ causa: analgesia, euforia, alterazioni ormonali, ipoventilazione e riduzione dell'appetito. Il legame con il recettore κ provoca: sedazione, riduzione dell'appetito e sintomi psicotici; mentre i recettori σ agiscono sul controllo dell'umore, del dolore e sul rilascio di dopamina. Gli oppioidi possono inoltre essere classificati in base al legame con i recettori in: agonisti (morfina, eroina e metadone), agonisti-antagonisti parziali (buprenorfina) e antagonisti (naloxone). ^{[2][3]}

La morfina viene utilizzata nella sedazione del dolore acuto e cronico, nell'anestesia, nella terapia antalgica, e nelle cure palliative a dosi controllate per limitare i danni dell'assuefazione. L'eroina, prodotta per acetilazione dalla morfina, viene spesso assunta tramite la via endovenosa per velocizzarne e potenziarne gli effetti. Immediatamente dopo l'assunzione di eroina viene raggiunto il massimo dell'euforia e della sensazione di acuto benessere, portando il consumatore ad estraniarsi dal mondo. Questo apparente stato di felicità dura poche ore, dopo le quali inizia una fortissima crisi di astinenza, con effetti così pesanti da spingere il consumatore ad una nuova assunzione. ^{[2][3]}

Gli effetti degli oppioidi sull'organismo umano sono conseguenti sia alle proprietà intrinseche della sostanza sia a complicanze conseguenti alla somministrazione in condizioni poco igieniche. Gli effetti in acuto sul sistema nervoso centrale comprendono ridotta percezione del dolore, euforia e sedazione; mentre dal punto di vista gastrointestinale si instaura la riduzione dell'appetito e della motilità. Inoltre possono verificarsi depressione respiratoria e riduzione dello stimolo della tosse. Dosi importanti sono accompagnate da miosi delle pupille, depressione respiratoria, bradicardia e coma. L'abuso cronico di eroina provoca: apatia, depressione, perdita dei denti, infezione ai vasi sanguigni e alle valvole cardiache, malattie epatiche e renali, complicazioni respiratorie. La somministrazione in condizioni poco igieniche, inoltre, causa l'aumento del rischio di infezione da HIV, HCV e HBV. ^{[2][3]}

La sindrome da astinenza varia di gravità, in senso proporzionale, a seconda della dose di oppiaceo e della durata della dipendenza. I segni e sintomi più frequenti sono: nausea, diarrea, tosse, diaforesi, lacrimazione, rinorrea, ipersalivazione, contrazioni muscolari, piloerezione, midriasi, insonnia, sbadigli, tremori ed intenso desiderio di assumere droga. In caso di oppioidi con emivita breve la sintomatologia tipica si manifesta 4-16 ore dopo l'ultima dose; il picco degli effetti avviene dopo 36-72 ore e la sindrome acuta si risolve dopo 5-8 giorni. L'abuso di oppioidi in gravidanza è causa di una sindrome da astinenza nel neonato che risulta essere fatale nel 3-30% dei neonati. ^{[2][3]}

Lo 0,35% della popolazione europea, ovvero 1 milione di persone, è consumatore di oppiacei. I quattro paesi più popolosi dell'Unione Europea (Germania, Spagna, Francia e Italia) rappresentano i due terzi (68%) di questa stima. L'eroina è la terza droga più comune segnalata dagli ospedali europei, presente nel 16% degli accessi ospedalieri per tossicità acuta connesso all'uso di stupefacenti.^[4] Infatti nel 60% circa dei tossicodipendenti compare la sindrome da overdose che si manifesta subito dopo la somministrazione endovenosa di dosi elevate di oppioidi ed è caratterizzata da: respiro superficiale, miosi pupillare, bradicardia, riduzione della temperatura corporea, stupore e coma. I sintomi possono progredire rapidamente fino all'insufficienza respiratoria e all'arresto cardiocircolatorio. ^{[2][3]}

1.3.3 Ipnotici-sedativi

Le più note sostanze comprese in questa classe di farmaci che, se utilizzate a dosi elevate e per trattamenti prolungati possono indurre dipendenza, sono: i barbiturici e le benzodiazepine.

I barbiturici, derivati dall'acido barbiturico, sono depressori del sistema nervoso centrale che producono effetti che vanno dalla sedazione lieve all'anestesia generale. Se utilizzati come farmaci contro l'insonnia, inducono un sonno meno ristoratore in quanto privo della fase REM. L'uso dei barbiturici come sedativi/ipnotici è stato sostituito dal gruppo delle benzodiazepine in quanto, quest'ultime, hanno azione più specifica. I barbiturici, infatti, possiedono un indice terapeutico più basso determinando, così, un aumento del rischio di overdose che si manifesta con sintomi quali: mancanza di coordinazione, disturbi dell'eloquio, difficoltà di concentrazione, come, depressione respiratoria e cardiovascolare con ipotensione e shock che portano ad insufficienza renale e morte. L'uso regolare di barbiturici, utilizzati anche a dosi terapeutiche, determina tolleranza e dipendenza. L'interruzione improvvisa del farmaco provoca una sindrome di astinenza, capace di mettere a rischio di vita la persona, in cui il paziente si presenta inquieto, ansioso, apprensivo e debole, lamentando crampi addominali, nausea e vomito. I sintomi raggiungono il culmine durante il secondo o terzo giorno, quando possono comparire le convulsioni (manifestate nel 75% dei pazienti) o il delirio, simile al delirium tremens associato all'astinenza da alcol (nel 66% dei pazienti).^{[2][3][5]}

Le benzodiazepine sono una classe di farmaci, appartenente al gruppo dei depressori del sistema nervoso centrale, utilizzate, grazie al loro potere sedativo, per il trattamento di insonnia, convulsioni, spasmi muscolari e crisi d'ansia. Essendosi dimostrate efficaci a dosi molto inferiori rispetto alla soglia di dipendenza, queste sostanze hanno sostituito quasi totalmente i barbiturici nella pratica medica. L'associazione delle benzodiazepine all'alcol aumenta il rischio di un'overdose fatale perché, entrambe le sostanze, agiscono come depressori del sistema nervoso centrale, provocando una grave depressione respiratoria, astenia ed amnesia. L'associazione alcol e benzodiazepine, inoltre, fa aumentare in maniera significativa il rischio di essere coinvolti o causare incidenti. Anche se più sicure dei barbiturici, l'uso prolungato delle benzodiazepine può determinare

dipendenza. I sintomi di astinenza da tale sostanza sono: ansia, insonnia, incubi, disturbi percettivi, psicosi, ipertensione e convulsioni che mettono a rischio di vita il paziente. [2]
[3] [5]

1.3.4 Cannabinoidi

Presenti nella Cannabis Indica, i cannabinoidi sono un insieme di sostanze ad elevata attività psicoattiva. Il più importante è rappresentato dal THC (tetraidrocannabinolo).

L'uso ricreativo della cannabis avviene sotto forma di marijuana (ottenuta dalle foglie e dai fiori essiccati della pianta) o di hashish (estratto resinoso della pianta). [2] [3]

Gli effetti della cannabis dipendono dalla concentrazione di THC, dalla frequenza e dalla durata del periodo di assunzione e dalla predisposizione del soggetto. I segni e sintomi derivati dall'assunzione di THC sono: sonnolenza, euforia, ridotta capacità di concentrazione, tachicardia, midriasi e iperemia congiuntivale, secchezza della fauci (a causa della diminuzione nella produzione di saliva), aumento del senso di fame, atassia, astenia e tremori, difficoltà della visione notturna, aumentata percezione dei suoni e dei colori. È possibile che si sviluppi tolleranza agli effetti psicoattivi, per tale motivi i consumatori aumentano la frequenza di assunzione o si procurano preparati sempre più potenti. Nel 9% dei consumatori all'interruzione dell'assunzione può presentarsi una sindrome di astinenza caratterizzata da: irritabilità, depressione, tremori, cefalea, sudorazione, nausea, vomito, diarrea e riduzione dell'appetito. [2] [3]

I cannabinoidi sono utilizzati a scopo terapeutico per contrastare l'inappetenza nei malati di AIDS e cancro, diminuire la nausea da chemioterapici, diminuire la pressione oculare nel glaucoma, per alleviare dolori cronici e la rigidità muscolare nella sclerosi multipla. [3]

Dal punto di vista epidemiologico il consumo di cannabis in Europa è pari al 15,4% in persone con età compresa tra i 15 e i 34 anni di età. Se si considera solo la fascia di età dei 15-24enni, la prevalenza del consumo di cannabis è più elevata in quanto il 19,2% (corrispondente a 9,1 milioni di persone) ha fatto uso di questa droga. Altro dato interessante è il valore medio di THC contenuto all'interno della resina che è compreso tra il 20% e il 28%, quasi il doppio di quello della cannabis in foglie e infiorescenze. [4]

CAPITOLO 2: LE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

2.1 Disturbi alimentari

Una dipendenza comportamentale ampiamente diffusa è la dipendenza alimentare, caratterizzata dal consumo compulsivo di cibi, soprattutto ricchi di grassi e zuccheri, che vanno ad attivare il sistema di gratificazione. Conseguente a tale pratica sono i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) ed in particolare l'Anoressia Nervosa (AN), la Bulimia Nervosa (BN) e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED, binge eating disorder). Tali patologie hanno eziologia multifattoriale e possono essere rappresentate come un iceberg in cui la punta che emerge è costituita o dal rifiuto del cibo, dal conteggio ossessivo delle calorie, dall'iperattività, da ingestione di cibo senza freni seguita da vomito autoindotto o da un'assunzione snodata e continua di cibo che provoca un importante aumento ponderale. La parte sommersa, invece, è il luogo dove si trovano le problematiche soggettive, i vissuti, le emozioni, il dolore e le esperienze che hanno segnato la vita. ^[6]

Due milioni di persone in Italia soffrono di questi disturbi e decine di milioni di giovani in tutto il mondo si ammalano ogni anno. I Disordini Alimentari colpiscono prevalentemente il sesso femminile rispetto a quello maschile in un rapporto di 10:1 e nella fascia di età delle giovani donne tra i 12 e 25 anni la patologia colpisce il 10% della popolazione. Su 100 ragazze in età adolescenziale, 10 soffrono di qualche disturbo collegato all'alimentazione, 1-2 delle forme più gravi come l'Anoressia e la Bulimia, le altre in manifestazioni cliniche transitorie e incomplete (Ministro della Sanità, 1998). ^[7]

L'Anoressia Nervosa (AN) è un disturbo caratterizzato dal rifiuto del cibo. Per poter fare diagnosi di tale condizione il DSM-5 utilizza i seguenti criteri:

- Restrizione dell'introito energetico rispetto al fabbisogno tale da condurre a un peso corporeo significativamente basso in rapporto all'età, al sesso, alla traiettoria evolutiva e alla salute fisica. Si definisce significativamente basso un peso che sia inferiore a quello minimo normale o, nel caso dei bambini e degli adolescenti, inferiore al peso minimo atteso per l'età e il sesso.

- Intensa paura di aumentare il peso o di diventare grassi, o persistere in comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso anche quando questo è significativamente basso.
- Alterazione del modo in cui vengono vissuti il peso o le forme del corpo, influenza indebita del peso e delle forme del corpo sulla valutazione di sé, o persistente mancanza di riconoscimento della gravità del sottopeso corporeo attuale.

Nella diagnosi occorre anche specificare la gravità attuale della condizione. Il livello di gravità si assegna, per gli adulti, sulla base dell'indice di massa corporea (BMI, corrispondente al peso, espresso in kg, diviso per l'altezza al quadrato, espressa in m) o, in caso di bambini e adolescenti, sulla base del percentile di BMI. Nella tabella è possibile osservare il livello di gravità dell'anoressia negli adulti a seconda valore assunto dal BMI.

Gravità	Lieve	Moderata	Grave	Severa
BMI	$\geq 17 \text{ kg/m}^2$	16-16,99 kg/m^2	15-15,99 kg/m^2	$< 15 \text{ kg/m}^2$

Tabella 1 Misurazione della gravità dell'AN in base al BMI.

Dell'anoressia nervosa vengono individuate due tipologie: di tipo restrittivo e di tipo bulimico o purgativo. Il primo caso si ha quando negli ultimi tre mesi la persona non ha presentato episodi di abbuffate o condotte di eliminazione e per tale motivo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o attività fisica eccessiva. Nel secondo caso, invece, la persona negli ultimi tre mesi deve aver presentato ricorrenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione (come il vomito autoindotto, l'utilizzo di lassativi, di diuretici..).^[8]

In un soggetto affetto da anoressia nervosa possono essere presenti diversi segni e sintomi clinici, sinonimo di malnutrizione, quali: stipsi, dolori addominali, intolleranza al freddo, ipotermia, letargia o eccesso di energia, marcata ipotensione, secchezza della cute, lanugo (fine e soffice peluria) sul tronco e bradicardia.

La Bulimia Nervosa (BN) è un disturbo caratterizzato dall'eccessiva assunzione di cibo, definita come abbuffate, seguita da episodi volti a liberarsi della quantità ingerita con metodi quali il vomito autoindotto o i lassativi. I criteri utilizzati dal DSM-5 per poter effettuare diagnosi sono i seguenti:

- Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un episodio di abbuffata compulsiva è caratterizzato da: mangiare, in un periodo circoscritto di tempo, una quantità di cibo indubbiamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso arco di tempo in circostanze simili e da un senso di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio.
- Ricorrenti comportamenti impropri di compenso diretti a prevenire aumenti di peso, come vomito autoindotto; abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o altri medicinali; digiuni; o esercizio fisico eccessivo.
- Le abbuffate compulsive e i comportamenti impropri di compenso si verificano in media almeno una volta a settimana per almeno tre mesi.
- La valutazione di sé è indebitamente influenzata dalle forme e dal peso del corpo.
- Il disturbo non capita esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Anche qui importante è specificare la gravità della condizione la cui determinazione si basa sulla frequenza media dei comportamenti impropri di compenso. La tabella 2 riporta la frequenza dei comportamenti che determinano la gravità.

Gravità	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
Frequenza (episodi/settimana)	1-3	4-7	8-13	≥ 14

Tabella 2 Misurazione della gravità della BN in base alla frequenza degli episodi impropri di compenso.

Il Disturbo di Alimentazione Incontrollata (BED) è una dipendenza comportamentale caratterizzata da abbuffata compulsiva, senza mettere in atto i comportamenti di compenso tipici della bulimia. Inoltre chi soffre di tale condizione non effettua una dieta e tende a mangiare in modo incontrollato anche al di fuori delle abbuffate. ^[8]

Per effettuare diagnosi di Disturbo di Alimentazione Incontrollata il DSM-5 utilizza i seguenti criteri:

- Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive.
- Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre o più dei seguenti sintomi: mangiare molto più rapidamente del normale, mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni, mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati, mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta

mangiando, sentirsi disgustati verso se stessi, depressi, o molto in colpa dopo le abbuffate.

- È presente un disagio marcato rispetto al mangiare senza controllo.
- Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, almeno una volta a settimana per tre mesi consecutivi.
- L'alimentazione incontrollata non risulta associata all'utilizzo sistematico di comportamenti compensatori inappropriati e non si verifica esclusivamente in corso di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa. ^[8]

La gravità della condizione è stimata sulla base della frequenza media degli accessi al binge eating, come in tabella 3:

Gravità	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
Frequenza (episodi/settimana)	1-3	4-7	8-13	≥ 14

Tabella 3 Misurazione della gravità del BED in base alla frequenza degli episodi di abbuffata.

2.2 Gioco d'azzardo

Il disturbo da gioco d'azzardo è una dipendenza comportamentale definito come uno stato che compromette sia la salute psico-fisica del giocatore sia la sfera lavorativa e relazionale dell'individuo, a causa dei problemi economici e legali conseguenti.

In Italia il 36,4% della popolazione adulta gioca d'azzardo, nello specifico un uomo su due e una donna su tre sono ludopati. Si gioca soprattutto tra i 40 e i 64 anni e si inizia a giocare d'azzardo soprattutto tra i 18 e i 25 anni di età. Nella popolazione scolastica minorenni (fascia di età compresa tra i 14 e i 17 anni) il 29,2% gioca d'azzardo. ^[9]

I criteri utilizzati dal DSM-5 per poter effettuare diagnosi sono i seguenti:

- Persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo maladattivo che conduce a compromissione o disagio clinici, come indicato da quattro o più dei seguenti criteri in un periodo di 12 mesi: bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro al fine di ottenere la desiderata eccitazione; è irrequieto o irritabile quando si tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo; ha compiuto sforzi ripetuti senza successo per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo; è spesso preoccupato dal gioco (ha pensieri sulle passate

esperienze di gioco, pensieri su modi per ottenere denaro con cui continuare a giocare); spesso scommette quando si sente angosciato ; dopo aver perso soldi al gioco, spesso torna un altro giorno per ottenere la rivincita; mente per nascondere l'entità del coinvolgimento con il gioco d'azzardo; ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, o opportunità di istruzione o di carriera a causa del gioco d'azzardo; si appoggia agli altri per trovare denaro per alleviare situazioni finanziarie difficili provocate dal gioco d'azzardo.

- Il comportamento di gioco d'azzardo non è meglio spiegato da un episodio maniacale. ^[10]

2.3 Internet e videogiochi

Il disturbo da abuso della rete telematica (IAD, Internet Addiction Disorder) è una dipendenza comportamentale che si manifesta quando la maggior parte del tempo e delle energie vengono spesi nell'utilizzo della rete, creando in tal modo menomazioni forti e disfunzionali nelle principali e fondamentali aree esistenziali, come quella personale, relazionale, scolastica, familiare, affettiva.

Oltre 240.000 adolescenti italiani passano più di tre ore al giorno avanti al computer. In alcuni casi l'adolescente, dopo aver frequentato la scuola, viene completamente assorbito da una realtà parallela e passa l'intera giornata in una dimensione virtuale. Negli adulti il disturbo da abuso della rete telematica provoca il completo allontanamento dalla vita reale, caratterizzato dal rifiuto delle normali attività ludiche e sociali.

Differente è la dipendenza patologica da videogiochi (gaming disorder), definita come un uso eccessivo o compulsivo di videogiochi che interferisce con la vita quotidiana di una persona. Per individuare una situazione a rischio il DSM-5 propone i seguenti criteri:

- Forte preoccupazione a riguardo del gioco (saliencia cognitiva) che deve essere presente al momento in cui il giocatore non è impegnato nel gioco e che deve manifestarsi più volte al giorno.
- Comportamenti di isolamento quando il gioco non è possibile.
- Tolleranza (bisogno di aumentare il tempo di gioco per sperimentare soddisfazione).
- Tentativi infruttuosi di controllare/ridurre l'uso.

- Perdita di interesse per altri hobbies o attività (salienda comportamentale).
- Uso eccessivo nonostante la consapevolezza che sussista un problema.
- Menzogne a riguardo del tempo trascorso giocando.
- Uso del gioco per sedare/regolare/ridurre un vissuto emotivo spiacevole.
- Perdita o compromissione di relazioni interpersonali rilevanti e compromissione del rendimento scolastico o lavorativo a causa del gioco.

Un problema importante legato all'abuso di videogiochi è l'epilessia. L'epilessia da videogioco rappresenta il 3% di tutti nuovi casi di questa patologia e il 10% di quelli fra i 7 e i 19 anni di età. La causa degli attacchi epilettici è l'esposizione a stimoli luminosi che variano continuamente. ^[11]

CAPITOLO 3: RUOLO DELL'INFERMIERE NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

3.1 Infermiere del Sistema Territoriale di Soccorso

Il Sistema Territoriale di Soccorso svolge le attività extra-ospedaliere finalizzate all'accettazione e trattamento delle emergenze e delle urgenze sanitarie. L'infermiere, insieme al resto del personale di tale organo garantisce, sul luogo in cui si verifica un'emergenza sanitaria il soccorso qualificato, allo scopo di permettere il mantenimento delle funzioni vitali del paziente e il suo trasporto protetto verso gli ospedali. ^[12]

Per quanto riguarda le dipendenze patologiche l'infermiere potrebbe essere coinvolto in diverse situazioni, quali: overdose da eroina, intossicazione acuta da abuso di sostanze e convulsioni pediatriche (dovute dall'abuso dei videogiochi).

In caso di sospetta overdose da eroina l'infermiere, in primo luogo deve effettuare una valutazione ABC sul paziente, in quanto questa condizione si manifesta con: depressione respiratoria, perdita di coscienza e miosi pupillare. Per tale motivo si osserverà lo stato di coscienza della persona e la pervietà delle vie aeree. Se il paziente si presenta non cosciente e con anamnesi e/o indizi suggestivi di uso di oppioidi si procederà con l'osservazione del respiro. Quando il paziente respira, ma ha frequenza respiratoria inferiore a 10 atti/minuto e la saturazione dell'ossigeno inferiore al 90%, allora si procederà alla somministrazione di 0,4 mg di naloxone intramuscolo o endovena, da ripetere dopo 2-3 minuti fino al miglioramento delle condizioni cliniche. La somministrazione di naloxone deve avvenire anche quando il paziente non respira ma il polso risulta essere presente, previa la gestione avanzata delle vie aeree. Il naloxone (nome commerciale Narcan) è un farmaco di sintesi antagonista oppioide puro, con affinità per tutti e tre i tipi di recettori degli oppioidi (σ , κ , μ) e che, per tale motivo, blocca l'azione dei peptidi oppioidi endogeni e dei farmaci morfino-simili. L'utilizzo di questo farmaco è indicato quindi in caso di depressione respiratoria, causata da sovradosaggio di oppiacei (overdose da eroina), ma anche in caso di depressione respiratoria nel neonato, provocata da uso di sostanze oppioidi da parte della madre tossicodipendente prima del parto. In caso di emergenza è raccomandabile la somministrazione per via endovenosa in quanto determina una più rapida comparsa dell'attività farmacologica. Da non

dimenticare però, che, grazie a questa via di somministrazione la persona subito dopo il risveglio, si può presentare confusa o può avere manifestazioni di aggressività. Per tale motivo, pur trattandosi di un effetto transitorio, è opportuno allontanarsi di qualche metro quando la persona inizia a risvegliarsi. Inoltre è importante ricordare che alcuni stupefacenti hanno effetti farmacologici che potrebbero superare quelli del naloxone, per tale motivo occorre monitorare il paziente e procedere ad un'ulteriore somministrazione nel caso in cui si ripresentassero i sintomi dell'overdose. Nello specifico è necessario tenere in osservazione il paziente dopo l'avvenuto risveglio fino a 3-6 ore in caso di intossicazione acuta da eroina e fino a 24-48 ore in caso di intossicazione acuta da metadone. Pertanto, dopo il primo intervento, sarà necessario trasferire il paziente in ambiente ospedaliero anche per il tempestivo trattamento di eventuali complicanze non trattabili con il naloxone (come l'edema polmonare).

In caso di intossicazione acuta da abuso di sostanze occorre ricercare il principio attivo della sostanza stessa. Per far ciò si possono osservare i segni e i sintomi presentati dal paziente poiché permettono di individuare la causa dell'intossicazione. In caso di midriasi, agitazione psicomotoria, ipertensione, dolore toracico, IMA, edema polmonare acuto, convulsioni ed ipertermia occorre sospettare di un'intossicazione acuta dovuta a cannabinoidi o a sostanze stimolanti del sistema centrale quali cocaina, amfetamine e derivati. Mentre in caso di miosi, bradicardia, astenia, sonnolenza, confusione mentale, atassia, bradipnea e depressione respiratoria è probabile che la causa dell'intossicazione acuta siano sostanze quali: benzodiazepine, barbiturici e oppioidi. È importante determinare quale sostanza abbia provocato l'intossicazione acuta, in quanto la terapia farmacologica e il modo di agire cambia a seconda di essa. Ad esempio, come detto in precedenza, un'overdose da oppioidi richiede la somministrazione di naloxone, mentre in caso di intossicazione da benzodiazepine la molecola che funge da antidoto è il Flumazenil (Anexate). Quest'ultima infatti, essendo un antagonista delle benzodiazepine ne blocca l'effetto centrale a causa dell'interazione competitiva a livello dei recettori. Le sostanze stimolanti come la cocaina invece, non hanno antidoti per tale motivo occorre intervenire, dal punto di vista farmacologico, sulla sintomatologia. Una volta determinata la causa dell'intossicazione ed eventualmente trattata la sintomatologia più importante, occorre effettuare il trasferimento in ospedale.

L'infermiere del Sistema Territoriale di Soccorso potrebbe essere coinvolto anche in caso di convulsioni pediatriche. In queste situazioni occorre, in primo luogo, effettuare una valutazione ABC del bambino, garantendone la pervietà delle vie aeree e proteggendolo da eventuali traumi allontanando gli oggetti presenti attorno a lui e togliendo indumenti troppo stretti, senza quindi contenere i movimenti. Se le convulsioni sono ancora in atto nel momento in cui l'equipe del Sistema Territoriale di Soccorso si trova ad intervenire, occorre valutare l'età del bambino in quanto un paziente di età compresa tra gli 0 e i 3 anni deve essere trattato con un microclisma di Diazepam da 5 mg o con 0,3-0,5 mg/kg di Midazolam per via rettale. Mentre in caso di un paziente di età compresa tra i 4 e gli 8 anni deve essere trattato con un microclisma di Diazepam da 10 mg o con 0,3-0,5 mg/kg di Midazolam per via rettale. È importante, a fine somministrazione dei farmaci, rilevare la temperatura corporea del bambino, poiché la maggior parte delle convulsioni pediatriche sono causate da ipertermia febbrile. Infatti, in caso di temperatura corporea superiore a 38,5°C, occorre considerare la somministrazione di un antipiretico. Stabilizzato il paziente l'equipe deve predisporre il trasporto in ospedale per poter continuare le cure. ^[13]

3.2 Infermiere di Pronto Soccorso

Il primo momento d'accoglienza delle persone nell'unità operativa di pronto soccorso è rappresentato dal Triage, una funzione infermieristica che permette: di identificare le priorità assistenziali, attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo; di garantire la presa in carico degli utenti e di definire l'ordine di accesso al trattamento. Il processo di Triage si articola in quattro fasi:

- 1.** Fase della valutazione immediata, ossia una rapida osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di identificare i soggetti con problemi assistenziali da trattare immediatamente.
- 2.** Fase della valutazione soggettiva e oggettiva. La valutazione soggettiva viene effettuata mediante l'intervista, quella oggettiva avviene attraverso la rilevazione dei segni clinici e dei parametri vitali e l'analisi della documentazione clinica disponibile.

3. Fase della decisione di Triage, che consiste nell'assegnazione del codice di priorità, nell'attuazione dei provvedimenti assistenziali necessari e nell'eventuale attivazione di percorsi-diagnostici terapeutici.
4. Fase della rivalutazione e quindi la conferma o modifica del codice di priorità assegnato ai pazienti in attesa. ^[14]

L'esito della decisione infermieristica, perciò, sarà l'assegnazione del codice di priorità, il quale determina, appunto, la priorità dell'accesso alle cure e viene attribuito al paziente in base alle sue condizioni cliniche, al rischio evolutivo e alla disponibilità delle risorse. Attualmente il codice di priorità è un codice numerico costituito dai numeri dall'1 al 5, in cui l'1 indica il livello massimo di gravità. Al codice numerico, inoltre, è possibile associare un codice colore ottenendo il seguente sistema di codifica:

- 1 (rosso) che indica uno stato di emergenza, definito come un'interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali e predispone un accesso immediato alle aree di trattamento.
- 2 (arancione) che indica uno stato di urgenza, definito come rischio di compromissione delle funzioni vitali o condizione con rischio evolutivo o dolore severo. Predispone un accesso alle aree di trattamento entro 15 minuti.
- 3 (azzurro) sta ad indicare un'urgenza differibile, ossia una condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse e predispone ad un accesso alle aree di trattamento entro 60 minuti.
- 4 (verde), indica un'urgenza minore ossia una condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico-terapeutiche semplici e mono-specialistiche. L'accesso alle aree di trattamento, in questo caso, deve avvenire entro 120 minuti.
- 5 (bianco), indica una non urgenza, ossia un problema non urgente o di minima rilevanza clinica e l'accesso alle aree di trattamento può avvenire entro 240 minuti.

Una volta determinato il codice di priorità, l'infermiere può assegnare il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) più appropriato. ^[14]

In caso di pazienti con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione è stato creato il percorso lilla. Per far sì che questo percorso clinico-assistenziale sia il più completo ed efficace possibile, è fondamentale che l'infermiere di Triage sia adeguatamente formato non solo per la raccolta dei dati e l'identificazione dei bisogni di salute della persona, ma anche sulle capacità relazionali e comunicative necessarie all'ascolto, al sostegno emotivo e alla costruzione di un rapporto di fiducia reciproca, al fine di far sentire paziente e familiari in una situazione di collaborazione ed appoggio. Per tale motivo durante la comunicazione l'infermiere deve: mostrare empatia; essere consapevole che i sintomi presentati sono l'espressione di un disturbo mentale e non di una volontà del paziente; essere sensibile all'ambivalenza nei confronti del trattamento; non stigmatizzare; ascoltare il punto di vista del paziente; non commentare le assunzioni del paziente; informare il paziente sugli obiettivi della valutazione; far scegliere al paziente e creare un dialogo. L'infermiere di Triage deve essere a conoscenza del fatto che nei casi a rischio clinico alto è indicato il ricovero ospedaliero e nei a rischio clinico altissimo è sempre indicato il ricovero ospedaliero, il quale riguarderà esplicitamente il trattamento medico in acuzie. Per determinare la gravità delle condizioni cliniche del paziente occorre valutare: il peso corporeo; la modalità di perdita di peso; la pressione arteriosa; la frequenza cardiaca; l'ECG (in quanto il 50% delle morti in pazienti per anoressia nervosa ha un'eziologia cardiaca); la glicemia; le alterazioni idro-elettrolitiche (poiché l'elevata frequenza di comportamenti di eliminazione come vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici e clisteri aumenta in maniera significativa il rischio di alterazione dell'equilibrio idro-elettrolitico e delle associate complicanze cardiache e renali); l'urea; gli enzimi epatici; l'emocromo, l'albuminemia e la pre-albuminemia; CPK (in quanto vi può essere un rialzo dei livelli sierici sia dell'isoforma muscolare che di quella cardiaca, dovuti all'eccesso di attività fisica del paziente); storia di amenorrea; ipersensibilità al freddo (in quanto le variazioni di peso possono influenzare la regolazione ipotalamica della temperatura corporea, causando l'alterazione del controllo centrale della stessa. L'ipersensibilità al freddo si ha anche a causa della perdita dello strato adiposo sottocutaneo ed all'assottigliamento dell'epidermide-derma); stipsi; segno di Russel (callosità o lesioni sulle nocche o sul dorso della mano prodotte da ripetuti tentavi di autoinduzione del vomito); ipertrofia delle ghiandole salivari; xerosi e xerostomia. Una volta determinato il rischio clinico e stabilito il percorso clinico-assistenziale occorrerà

iniziare il trattamento, il quale si renderà necessario in Pronto Soccorso quando sono presenti segni di instabilità dei parametri ematici e clinici tali da mettere a rischio grave la salute fisica o psichica del paziente. L'obiettivo del trattamento sarà la stabilizzazione medica tramite la lenta e graduale reidratazione/nutrizione, con particolare attenzione alla prevenzione di pericolose complicanze mediche ed al rischio di sofferenze d'organo o di decesso. Una rapida reidratazione infatti potrebbe provocare un'insufficienza cardiaca, soprattutto in pazienti con comportamenti purgativi e compromessa funzionalità cardiaca, o la comparsa di edemi e di pericolose aritmie cardiache, anche a coloro con normale funzionalità cardiaca. ^[15] Qualora sia necessario iniziare subito la nutrizione artificiale in aiuto all'infusione di soli liquidi, questa è preferibile che avvenga tramite sondino nasogastrico (SNG). Nella seguente tabella sono riassunti i principali fattori di rischio clinico.

Principali fattori di rischio clinico	<ul style="list-style-type: none"> ● BMI <13kg/m² nei pz adulti oppure <70% del BMI mediano secondo i percentili pediatrici, in caso di pz di età < 18 anni. ● Perdita recente di oltre 1 kg di peso corporeo per un periodo di tempo di almeno 2 settimane consecutive. ● Anamnesi positiva recente per alimentazione scarsa per un periodo di tempo di almeno 5 giorni consecutivi. ● Digiuno (rifiuto di assumere cibo) oppure introito giornaliero <500 kcal per un periodo di 2 giorni o più, in pz con età <18 anni. ● Vomito autoindotto abituale e ricorrente o altre condotte di eliminazione (uso improprio di lassativi, diuretici). ● Frequenza cardiaca <40 bpm. ● Bassi valori di PAS. Franco riscontro di ipotensione ortostatica (crollo della PAS di 20 mmHg e/o della PAD di 10 mmHg entro 3 minuti dal passaggio da clino- ad ortostatismo. Presenza di vertigini posturali. ● Temperatura corporea <35 °C. ● Na <130 mmol/L, K <3,0 mmol/L. ● Transaminasi elevate. ● Glicemia a digiuno <3mmol/L. ● Aumento di urea o creatinina. ● Anomalie ECG.
--	--

Tabella 4 Principali fattori di rischio clinico del paziente con disturbi alimentari che accede al Pronto Soccorso.

3.3 Infermiere del Dipartimento Materno-Infantile

Oltre che essere un fattore di rischio per innumerevoli malattie che coinvolgono l'adulto, l'abuso di sostanze rappresenta un fattore di rischio anche per lo sviluppo di malattie nel bambino. Particolarmente temuta è la Sindrome di astinenza neonatale (NAS), un insieme

di segni e sintomi che il neonato, esposto durante la vita intrauterina a sostanze stupefacenti o psicotrope assunte dalla madre, può presentare dopo la nascita a causa della brusca sospensione delle stesse. I segni e i sintomi di tale condizione coinvolgono in maniera particolare il sistema nervoso centrale, l'apparato respiratorio ed il tratto gastrointestinale e comprendono: pianto inconsolabile, difficoltà nell'alimentazione, tremori e irritabilità, alterazioni del ritmo sonno-veglia, riflessi ipereccitabili, convulsioni, vomito, diarrea, disidratazione, febbre e instabilità della temperatura corporea con sudorazione profusa e tachipnea. Per effettuare diagnosi e per seguire l'andamento nel tempo della Sindrome neonatale, viene ampiamente utilizzato il punteggio di Finnegan modificato. Questa scala è costituita da diversi item quali: pianto con toni acuti, sonno, tremori, aumentato tono muscolare, escoriazione della cute, infiammazione nasale, temperatura corporea, frequenza respiratoria, eccessiva suzione, scarsa alimentazione e rigurgito. Per ogni item andrà indicata la presenza o meno alle differenti valutazioni rilevate in tempi regolari e prestabiliti. Ogni valutazione dovrebbe tenere conto del comportamento osservato nelle 3-4 ore precedenti alla valutazione stessa. Altrettanto importante per la diagnosi è l'effettuazione di una raccolta dati molto dettagliata della storia materna, incentrata sull'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope. L'infermiere dovrebbe far sentire la madre libera di esprimersi in merito a quantità, tipologia e frequenza di assunzione della sostanza nel periodo della gravidanza. Nel caso la madre non fosse collaborante, gli esami tossicologici possono fornire informazioni importanti. L'assistenza al neonato con NAS ha lo scopo di attenuare la sintomatologia legata alla crisi d'astinenza garantendo un'adeguata respirazione, mantenendo costante la temperatura corporea e fornendo una nutrizione appropriata. Alcune misure generali comprendono:

- Il monitoraggio della temperatura corporea;
- La rivalutazione della frequenza cardiaca e della frequenza respiratoria (ogni 15 minuti se il paziente è stabile);
- L'assunzione di piccole quantità di latte in maniera frequente per evitare la disidratazione, in particolare quando sono presenti rigurgito, vomito e diarrea;
- Il monitoraggio degli effetti della terapia farmacologica endovenosa, riservata ai neonati con sintomi importanti. Come negli adulti, la terapia farmacologica varia a seconda della sostanza a cui si è astinenti;

- Il posizionamento del neonato in posizione semi-Fowler per evitare il rischio di inalazione del vomito o delle secrezioni;
- Pesare il bambino ogni 8 ore in caso di vomito o diarrea. Se si assistesse ad un calo ponderale superiore al 15% o a grave sintomatologia gastrointestinale con disidratazione, allora occorre iniziare l'idratazione per via endovenosa;
- Proteggere il viso e le estremità del neonato da escoriazioni, dovute all'agitazione motoria, facendogli appositi guantini ed utilizzando lenzuola morbide;
- Preferire per il neonato un ambiente calmo con illuminazione tenue, riducendo al minimo gli stimoli ambientali e le manovre di nursing. ^{[16][17]}

Compito molto importante degli operatori sanitari, in primis coloro che si trovano a diretto contatto con madri e future madri, è quello di fornire alle donne informazioni corrette sui benefici e sulla pratica dell'allattamento al seno, in modo che le stesse possano prendere decisioni informate. L'allattamento al seno infatti crea dei benefici per il bambino, in quanto favorisce uno sviluppo fisiologico della bocca; riduce il rischio di infezioni respiratoria ed urinarie, di diarrea, di otiti, di allergie ed asma, di diabete, di obesità, di leucemie, di malattie cardiovascolari e di sindrome della morte nella culla (SIDS). Inoltre provoca benefici anche nella mamma, poiché aiuta a perdere il peso accumulato durante la gravidanza; riduce il rischio di sanguinamento post-partum, di anemia, di malattia cardiocircolatorie, di alcune forme di tumore al seno, all'endometrio e all'ovaio. È importante però informare la donna che, pur essendo limitati, ci sono alcuni casi in cui l'allattamento al seno non è consigliato, ad esempio quando si fa uso di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Nello specifico l'alcol va evitato o assunto con molta moderazione, poiché passa nel latte materno, dopo circa 30-60 minuti dall'ingestione da parte della mamma, ed ha effetti negativi sul sistema nervoso del bambino, rendendolo sedato e meno interattivo con l'ambiente. Nel caso in cui la mamma abbia assunto 1-2 unità alcoliche (corrispondenti a 12-24 grammi di etanolo), deve aspettare almeno 2-3 ore prima dell'allattamento. Allattare subito dopo l'ingestione di una unità di alcol, infatti, può causare una riduzione dell'apporto di latte materno pari a circa il 20%. Consumi elevati di alcol possono determinare problemi legati al ritmo sonno-veglia, all'accrescimento del bambino e, a lungo termine, all'apprendimento in età scolare. Inoltre l'alcol causa anche effetti indiretti

relativi alla gestione del neonato. Per tali motivi occorre consigliare alla donna di non ingerire bevande alcoliche durante l'allattamento. ^{[16] [18]}

Per quanto riguarda il fumo di sigaretta, è fortemente sconsigliato durante l'allattamento a causa delle relative sostanze presenti nel latte materno e che vengono assorbite dall'intestino del bambino. In particolare la nicotina passa nel latte materno e vi rimane più a lungo di quanto faccia nel sangue, infatti il livello di nicotina nel latte materno risulta essere 2 o 3 volte maggiore rispetto a quello del siero materno. Nel neonato la nicotina viene eliminata molto più lentamente che nell'adulto, con tempi 3-4 volte maggiori, a causa dell'imaturità dei sistemi enzimatici del bambino deputati al suo smaltimento. La presenza di nicotina nel latte materno può ridurre l'appetito e/o desiderio di attaccarsi al seno, poiché ne altera il sapore. Inoltre il latte delle fumatrici risulta avere un'alterata composizione, in quanto si ha ridotto apporto di Omega 3 e dell'acido Docosaesaenoico, importanti per lo sviluppo visivo e cerebrale del bambino, di iodio, indispensabile per la formazione degli ormoni tiroidei del lattante, e di vitamine (soprattutto della vitamina C) e di fattori antiossidanti, facendo sì che il bambino sia meno protetto nei confronti degli agenti infettivi. Il fumo di sigaretta riduce anche i livelli di prolattina e aumenta quelli di somatostatina, provocando una riduzione della produzione latte. Il fumo di sigaretta non è causa solo di effetti diretti, dovuti all'assorbimento di sostanze presenti nel latte materno da parte del bambino, ma anche di effetti indiretti, determinati dal fumo passivo. L'esposizione al fumo di sigaretta è un fattore di rischio provato sia per la sindrome della morte improvvisa del lattante, che per asma, polmonite, bronchite, infezioni delle vie respiratorie superiori, ed otite media. Inoltre i bambini esposti al fumo durante l'allattamento sono esposti anche a rischi nel lungo termine, in quanto presentano un rischio maggiore di allergia, sindrome metabolica e di infertilità (prevalentemente nei maschi). Per tali motivi occorre ricordare fortemente ai genitori di mantenere un ambiente libero dal fumo e occorre dare un supporto ai genitori per smettere di fumare. ^{[16] [18]}

Inoltre è altamente sconsigliato il consumo di cannabis durante l'allattamento, in quanto i cannabinoidi essendo liposolubili, ossia che tendono a legarsi alle molecole di grasso, si accumulano nel latte materno. Gli effetti a breve termine dell'esposizione al THC durante l'allattamento sono rappresentati da: letargia, debolezza e scarso appetito. ^[18]

3.4 Infermiere del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche (DDP) è un Servizio pubblico che integra al suo interno soggetti Pubblici, del Privato Sociale accreditato e del Terzo Settore, operatori e Servizi appartenenti a culture professionali ed istituzionali diverse, accumulati dal garantire a chiunque il diritto al trattamento più appropriato. Il DDP si occupa di problematiche relative sia alla dipendenza da sostanze stupefacenti, alcol, tabacco sia ad altri comportamenti patologici attinenti al gioco d'azzardo, internet, videogiochi, etc. Questo servizio è destinato non solo al singolo cittadino che necessita di aiuto, ma anche ai familiari e a tutti coloro che si interessano per vari motivi alla materia. ^[19]

Un organo che fa parte di questo dipartimento è il Servizio per le Dipendenze (SerD) che svolge attività di: prevenzione primaria, cura, prevenzione di patologie correlate, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo. Il SerD attua interventi di primo sostegno ed orientamento per coloro che soffrono di una dipendenza patologica e per le loro famiglie; in particolare effettua accertamenti sullo stato di salute del soggetto da trattare e definisce programmi terapeutici individuali. All'interno del SerD c'è un'equipe multidisciplinare costituita da: medici, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri, amministrativi ed altro personale di supporto. ^[1] Nell'ambito dell'assistenza territoriale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, alle persone con dipendenze patologiche viene garantita la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative. Le attività che devono essere svolte nei confronti della persona affetta da dipendenze patologiche sono le seguenti: accoglienza; valutazione diagnostica multidisciplinare; valutazione e certificazione dello stato di dipendenza patologica; definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico riabilitativo personalizzato, in accordo con la persona e, per i minorenni, in collaborazione con la famiglia; somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico; gestione delle problematiche mediche specialistiche; interventi relativi alla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze; colloqui psicologico-clinici; colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia; interventi di riduzione del danno; psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di

gruppo); interventi socio-riabilitativi, psicoeducativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa; promozione di gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica; promozione di gruppi di sostegno per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica; consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi territoriali semiresidenziali e residenziali; collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta; interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di soggetti detenuti o con misure alternative alla detenzione, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria; collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale con riferimento ai pazienti con comorbidità. [20]

L'accoglienza in questi servizi, spesso svolta dall'infermiere, ricopre una funzione fondamentale. Essa richiede all'operatore sanitario che la effettua l'acquisizione di conoscenze e di competenze tecnico-scientifiche e comunicativo-relazionali specifiche. La capacità dell'infermiere di comunicare in modo efficace risulta fondamentale per attivare una relazione professionale, all'interno della quale la persona-utente possa essere messa in grado di fronteggiare le problematiche di dipendenza nelle quali è coinvolta. [21]

L'infermiere è quella professione sanitaria responsabile di tutta l'assistenza infermieristica, per tale motivo egli redigerà per ogni paziente un piano assistenziale personalizzato, partendo dall'accertamento infermieristico. Questa fase consiste nella raccolta sistematica di dati con lo scopo di verificare lo stato di salute del paziente ed identificare i suoi problemi reali o potenziali. In questo caso si tratterà di un accertamento iniziale o globale, il quale permette di ottenere un quadro generale delle condizioni di salute del paziente al momento della presa in carico. Per effettuare l'accertamento molto utilizzati sono gli 11 modelli individuati da Marjory Gordon, poiché permettono di analizzare la persona in modo olistico. Tali modelli comprendono:

- Modello di percezione e di gestione della salute;
- Modello nutrizionale e metabolico;
- Modello di eliminazione;
- Modello di attività ed esercizio fisico;
- Modello sonno-riposo;
- Modello cognitivo-percettivo;

- Modello di percezione di sé-concetto di sé;
- Modello di ruoli e relazioni;
- Modello di sessualità e riproduzione;
- Modello di coping e tolleranza allo stress;
- Modelli di valori e convinzioni.

La descrizione e la valutazione dei modelli di salute, permette all'infermiere di identificare quelli che sono funzionali (punti di forza dell'assistito) e quelli che sono disfunzionali (modelli su cui occorrerà intervenire tramite le diagnosi infermieristiche). A questo punto l'infermiere avrà a disposizione tutti i dati necessari a formulare una o più diagnosi infermieristica. Una diagnosi infermieristica è un giudizio clinico sulle risposte dell'individuo, della famiglia o della comunità ai problemi di salute/processi della vita, reali o potenziali. Le diagnosi infermieristiche costituiscono il fondamento per selezionare gli interventi infermieristici atti a realizzare gli obiettivi di cui risultati è responsabile l'infermiere (North American Nursing Diagnosis Association 1990). L'associazione NANDA ha sviluppato un metodo di classificazione secondo cui esistono diversi tipi di diagnosi infermieristica: reali, di rischio, di benessere e a sindrome. Ogni diagnosi infermieristica è costituita da: titolo (presenta un descrittore o qualificatore che permette di identificare subito la diagnosi); codice; descrizione; caratteristiche definenti (manifestazione osservabili o riferibili di quella data condizione); fattori correlati (fattori eziologici che determinano una data condizione). Individuate le diagnosi occorre stabilirne una priorità al fine di stabilire le priorità assistenziali.

Determinate le diagnosi infermieristiche, continuando con il processo di nursing, l'infermiere dovrà effettuare la pianificazione degli obiettivi o risultati. Il risultato infermieristico si riferisce ad un comportamento misurabile o ad una percezione dimostrata da una persona, caregiver, famiglia, gruppo o comunità in risposta all'intervento infermieristico. Per far ciò è possibile utilizzare la classificazione NOC dei risultati infermieristici, secondo cui ogni outcomes è costituito da: un titolo identificativo; un codice; una definizione; un insieme di indicatori di risultato (che descrivono specifiche condizioni, percezioni o comportamenti correlati al risultato stesso); una scala di misurazione (a cinque valori di tipo Linkert). Questa classificazione permette di

quantificare il cambiamento delle condizioni della persona assistita dopo l'erogazione degli interventi e di monitorarne i progressi compiuti.

Una volta stabiliti gli outcomes, l'infermiere dovrà identificare gli interventi più idonei per il raggiungimento degli obiettivi stessi. Un intervento infermieristico è un qualsiasi trattamento, basato sul giudizio clinico e sulla conoscenza, che l'infermiere mette in atto per migliorare i risultati dell'assistito. Ad ogni intervento corrisponde un gruppo di attività usate per personalizzare l'assistenza. Per poterli individuare è possibile utilizzare la classificazione NIC.

Individuati gli obiettivi e gli interventi, il processo di nursing si conclude con l'attuazione e la validazione degli interventi stessi, per determinare il raggiungimento o meno degli obiettivi.

Inoltre a livello del SerD riveste particolare importanza l'effettuazione degli screening diagnostici delle infezioni, quali HIV, HBV, HCV, diffuse nella popolazione tossicodipendente a causa dello scambio di aghi e siringhe per il consumo di droga per via endovenosa. Questo permette di effettuare una diagnosi precoce, così da intervenire tempestivamente e ridurre l'incidenza delle infezioni stesse. ^[21]

3.5 Infermiere di Malattie infettive

Come detto in precedenza, coloro che assumono droghe per via endovenosa sono più soggetti ad infezioni da HIV, HBV e HCV. Nel 2019, infatti, il 6% delle nuove diagnosi di HIV sono attribuite a persone che fanno uso di droghe per via iniettiva. Nel momento in cui un soggetto diventa sieropositivo per tali malattie, verrà preso in carico dal reparto di malattie infettive che consente la continuità di cura dell'assistito. ^[9]

L'HIV è un'infezione causata dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV), un virus a RNA appartenente alla famiglia dei retrovirus. Questo agente virale ha come cellula bersaglio i linfociti CD4, per tale motivo l'infezione causa l'indebolimento del sistema immunitario fino al completo annullamento della risposta contro altri virus, batteri, protozoi, funghi e tumori. L'HIV si trasmette attraverso liquidi biologici quali: il sangue e suoi derivati, lo sperma e le secrezioni vaginali e il latte materno. Una via di trasmissione perciò, è quella ematica, che può essere rappresentata dallo scambio di siringhe o condivisione di strumenti infetti per l'uso di sostanze psicoattive. L'infezione

primaria avviene nelle 2-3 settimane dopo il contatto con il virus ed è spesso asintomatica o si manifesta con sintomi difficilmente distinguibili da quelli influenzali o da mononucleosi. Effettuare una diagnosi clinica in tempi brevi risulterà essere difficile, motivo per cui sono stati sviluppati diversi test diagnostici. I test che comprendono la ricerca di anticorpi specifici nel sangue sono di due tipi: i test combinati (di IV generazione), che ricercano anticorpi anti-HIV prodotti dall'individuo e parti del virus, sono in grado di mettere in evidenza l'avvenuta infezione dopo 20 giorni e hanno un periodo finestra di 40 giorni dall'ultimo comportamento a rischio; e i test che ricercano solo gli anticorpi anti-HIV (di III generazione) che mettono in evidenza l'avvenuta infezione dopo 3-4 settimane e hanno un periodo finestra di 90 giorni dall'ultimo comportamento a rischio. Per fare diagnosi di HIV esistono anche dei test rapidi di screening effettuati su saliva o su una goccia di sangue capillare, che nel caso in cui venissero dubbi o positivi richiedono una conferma con prelievo ematico. L'infermiere deve ricordare che il test non è obbligatorio ma è consigliato per chi ha comportamenti a rischio, poiché sapere precocemente di avere un'infezione da HIV consente di effettuare tempestivamente la terapia farmacologica. Il principale obiettivo della terapia è quello di ridurre la morbosità e la mortalità correlata all'infezione e migliorare, in conseguenza, la qualità della vita dell'individuo. Questa è costituita da una combinazione di farmaci antiretrovirali. [9]

L'epatite B è un'infezione causata dal virus HBV (un virus a DNA), e che, a seconda delle condizioni immunitarie del paziente, può evolvere in 4 modi diversi quali: completa guarigione con acquisizione dell'immunità dall'infezione; epatite fulminante, con mortalità del 90% e che quindi può richiedere il trapianto di fegato; infezione cronica, nel 5-10% dei casi, ossia persistenza del virus, anche per anni, nell'organismo con danno epatico (può esserci l'insorgenza di cirrosi epatica o di carcinoma epatocellulare primitivo); stato di portatore inattivo quando il virus persiste nel fegato ma non provoca danno epatico. La trasmissione del virus avviene quando si entra in contatto con liquidi biologici, quali sangue e suoi derivati, sperma e liquidi vaginali infetti. Inoltre l'infezione può essere trasmessa da madre (infetta) a figlio durante il parto. Per tale motivo sono a rischio di trasmissione coloro che fanno uso di droghe per via iniettiva, a causa della diffusa pratica di scambiarsi le siringhe ed aghi infetti. L'infezione causata dal virus HBV non si sviluppa con una sintomatologia classica, per tale motivo la diagnosi si affida

soprattutto agli esami del sangue. Questi si basano sulla ricerca degli antigeni specifici e/o degli anticorpi virali. Nelle prime fasi di infezione andranno ricercati: l'antigene di superficie dell'epatite B (HBsAg) che compare circa 6-8 settimane dopo il contagio; e gli anticorpi IgM per l'antigene core dell'epatite B (anti-HBc IgM). Inoltre nell'epatite virale risulteranno essere alterati anche altri parametri ematici, come le transaminasi, la fosfatasi alcalina, la bilirubina, le gammaGT, le proteine sieriche e il tempo di protrombina. Grazie alla capacità del nostro organismo di eliminare spontaneamente il virus non serve una terapia specifica, pertanto risulta essere più importante una terapia di supporto. Per favorire una rapida guarigione, si consiglia infatti di: effettuare riposo a letto per alcune settimane, evitare l'assunzione di farmaci, osservare una dieta leggera e ricca di liquidi, limitare il consumo dei grassi, preferire zuccheri e proteine, evitare le bevande alcoliche.

L'epatite C è un'infezione causata dal virus HCV (un virus a RNA) che si trasmette principalmente per via parenterale attraverso lo scambio di siringhe, punture accidentali con strumenti infetti, piercing o tatuaggi effettuati con strumenti non sterili e oggetti di uso comune (spazzolino e rasoio) contaminati da sangue infetto. L'infezione acuta da HCV è asintomatica in più dei 2/3 dei pazienti, mentre nei restati casi i sintomi presentati sono appresentati principalmente da: dolori muscolari, nausea, vomito, febbre, dolori addominali, ittero, urine scure e feci chiare. In circa l'85% dei casi l'infezione acuta diventa cronica, di questi circa il 20-30% dei pazienti sviluppa nell'arco di 10-20 anni una cirrosi con possibile evoluzione in epatocarcinoma. La diagnosi si basa principalmente su test che determinano la presenza di anticorpi contro l'HCV e di antigeni specifici del virus nel sangue. Poiché la maggior parte dei pazienti affetti da un'infezione da HCV tendono a cronicizzare è importante sottoporsi alla terapia, che consiste nella somministrazione di farmaci antivirali in grado di contrastare la replicazione del virus e mantenere bassi i livelli di viremia. ^[9]

3.6 Infermiere scolastico, di famiglia e di comunità

La figura dell'infermiere scolastico, con quella dell'infermiere di famiglia e di comunità, svolge un ruolo fondamentale nella prevenzione delle dipendenze patologiche. Occorre ricordare infatti che il profilo professionale dell'infermiere identifica l'infermiere stesso come l'operatore sanitario che è responsabile dell'assistenza infermieristica, la quale può essere preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa. Il profilo professionale inoltre

sottolinea che le principali funzioni dell'infermiere sono: la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

L'infermiere scolastico prevede una pratica infermieristica avanzata, protegge e promuove la salute degli studenti, facilita lo sviluppo ottimale e promuove il successo accademico. Gli infermieri scolastici, fondano il loro agire su di una pratica etica basata sull'evidenza, collegano l'assistenza sanitaria e l'istruzione, forniscono il coordinamento dell'assistenza, sostengono un'assistenza di qualità centrata sullo studente e collaborano per progettare sistemi che consentano agli individui e alle comunità di sviluppare il loro pieno potenziale (National Association of School Nurses, 2017).

Gli infermieri di comunità scolastica, lavorando nel campo dell'istruzione e della sanità, sono in grado di fungere da collegamento tra la scuole e le istituzioni sanitarie, casa e comunità, allo scopo di migliorare la salute e il benessere dei bambini e dei giovani. L'attività infermieristica consiste non solo nella salute e prevenzione delle malattie come controllo di segni e sintomi e/o somministrazione di terapie, ma anche nella capacità di verificare corrette tecniche di igiene e pulizia ambientale, integrare e implementare, in modo fortemente aderente al contesto, percorsi di educazione alla salute che vanno dalle corrette abitudini alimentari, ad una sana pratica sportiva, al rifiuto dell'abuso di sostanze stupefacenti, alcol ed alla pratica del sesso non protetto. L'infermiere scolastico diventa così quella figura adulta di riferimento, inserita nel contesto ma distinta dalle altre figure del personale scolastico, alla quale rivolgersi, in cui l'autorevolezza del ruolo e della competenza sanitaria viene agita in modo non giudicante. Avere un professionista infermiere a scuola garantisce il rispetto dei diritti di tutela alla salute e diritto allo studio; trasmette una maggiore sicurezza ai genitori che vedono preso in carico globalmente il proprio figlio. Gli obiettivi che un infermiere della comunità scolastica dovrà perseguire sono i seguenti: promozione ed educazione alla salute, anche attraverso l'effettuazione di valutazioni sanitarie e ambientali; sostegno e sviluppo di buone pratiche calate sul singolo contesto di comunità per la promozione della salute e della prevenzione; sostenere le scuole nei programmi di salute pubblica, con attività di consulenza anche in tema di health literacy; sostegno in caso di disabilità e cronicità; creazione ed identificazione di opportunità di collaborazione e collegamento tra enti per lo sviluppo di politiche di benessere. [22] [23]

Come dimostrato dall'articolo "Knowledge of gestional alcohol drinking risks: results from survey among Itlian secondary school students" di Paolo Beretta *et al.*, l'infermiere scolastico svolge ruolo centrale nella prevenzione dei rischi relativi all'abuso di alcol, tramite il rilascio di un adeguata educazione riguardanti tali tematiche. [24]

Al momento in Italia non è presente una formazione specifica in ambito scolastico, per tale motivo gli infermieri di comunità scolastica presentano competenze avanzate e conoscenze riguardanti la sanità pubblica e l'infermieristica di comunità.

L'infermiere di famiglia e di comunità è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, che possiede conoscenze e competenze specialistiche nelle cure primarie e sanità pubblica. Egli promuove la salute, effettua prevenzione e gestisce nelle reti multi-professionali i processi di salute individuali, familiari e della comunità all'interno del sistema delle cure primarie. Questa figura professionale quindi effettua:

- Una valutazione dei bisogni di salute;
- Prevenzione primaria, secondaria e terziaria; conosce i fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento, la relazione di aiuto e l'educazione terapeutica;
- Stende piani assistenziali infermieristici, individua quesiti di ricerca infermieristica;
- Orienta ai servizi, effettuando una valutazione, indicazione e prescrizione dei presidi necessari;
- Monitora l'aderenza terapeutica, il miglioramento e valuta i sistemi di tele monitoraggio;
- Attiva consulenze infermieristiche; si occupa della formazione dei caregiver e delle persone di riferimento.

L'infermiere di famiglia e di comunità evita ricoveri impropri, previene e diminuisce le complicanze, promuove autocura e consapevolezza portando ad appropriatezza economica e clinica. Armonizza i percorsi aumentando la fiducia nel sistema e facendo diminuire i contenziosi, e risponde ai bisogni delle persone che dopo brevi esperienze di ospedalizzazione necessitano di un lungo supporto assistenziale a volte coincidente con la vita stessa delle persone. [23]

CAPITOLO 4: PROCESSO DI NURSING NEL PAZIENTE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE

Come detto in precedenza, l'infermiere è responsabile di tutta l'assistenza infermieristica, e quindi del processo di nursing. Per quanto riguarda il paziente affetto da dipendenze patologiche è possibile effettuare il seguente piano assistenziale:

DIAGNOSI INFERMIERISTICA: Confusione mentale acuta; codice 00128; definizione: disturbi reversibili dello stato di coscienza, dell'attenzione, delle funzioni cognitive e della percezione che si sviluppano in un breve periodo di tempo e di durata inferiore a 3 mesi; caratteristiche definenti: agitazione, allucinazioni, alterazioni del livello di coscienza, alterazione della funzionalità psicomotoria, alterazione delle funzioni cognitive, incapacità di mettere in atto comportamenti intenzionali, insufficiente motivazione a continuare a mettere in atto comportamenti finalizzati ad uno scopo, insufficiente motivazione a continuare a mettere in atto comportamenti intenzionali, irrequietezza, percezioni errate; fattori correlati: abuso di sostanze, malnutrizione.

NOC: comportamento di cessazione dell'abuso di sostanze; codice 1630; definizione: azioni individuali volte a eliminare l'uso di sostanze che costituiscono una minaccia per la salute; indicatori: si sottopone agli screening per i problemi di salute associati (esito 4), identifica le conseguenze negative dell'uso di sostanze (esito atteso 4), segue strategie selezionate per l'eliminazione dell'uso di sostanze (esito atteso 3), adotta strategie per affrontare i sintomi di astinenza (esito atteso 3), usa la terapia sostitutiva delle sostanze (esito atteso 4).

NIC: trattamento dell'uso di sostanze; (codice 4510); definizione: assistenza alla persona e ai componenti della famiglia che mostrano disfunzioni a causa di abuso o di dipendenza da sostanze. Attività: discutere sull'importanza di astenersi dall'uso di sostanze (identificando il trattamento più appropriato); educare la persona sugli effetti delle sostanze usate; aiutare la gestione dei sintomi durante il periodo di disintossicazione; educare l'assistito e i suoi familiari sui farmaci usati per il trattamento.

DIAGNOSI INFERMIERISTICA: Controllo degli impulsi inefficace; codice 00222; definizione: uno schema di reazioni rapide, non pianificate, a stimoli interni o esterni senza preoccupazione per le conseguenze negative di queste reazioni sulla persona

impulsiva o su altre persone; caratteristiche definenti: agisce senza pensare, comportamento violento, condivide in maniera inappropriata dettagli personali, gioco d'azzardo patologico, incapacità di risparmiare o di gestire le proprie finanze, irritabilità, promiscuità sessuale, ricerca emozioni forti, rivolge agli altri domande personali nonostante il loro disagio, temperamento esplosivo, troppa confidenza con gli sconosciuti; fattori correlati: abuso di sostanze, fumo, mancanza di speranza.

NOC: autocontrollo degli impulsi; codice 1405; definizione: autolimitazione di comportamenti impulsivi o compulsivi; indicatori: identifica i comportamenti impulsivi nocivi (esito atteso 4), identifica i sentimenti che portano ad azioni impulsive (esito atteso 4), identifica le conseguenze per sé o per altri delle azioni impulsive (esito atteso 4), riconosce i rischi nell'ambiente (esito atteso 5), evita ambienti ad alto rischio (esito atteso 4), rispetta gli appuntamenti per le visite (esito atteso 5).

NIC: addestramento al controllo degli impulsi; codice 4370; definizione: assistenza alla persona nel mediare un comportamento impulsivo applicando strategie di problem-solving in situazioni sociali e interpersonali. Attività: scegliere una strategia di problem-solving che sia appropriata al livello di sviluppo e alla funzionalità cognitiva della persona; aiutare la persona ad identificare il problema o la situazione che richiede un'azione ben mediata; insegnare alla persona a ricordare a se stessa che deve "fermarsi un momento a pensare" prima di agire impulsivamente; aiutare la persona ad identificare le possibili linee di azione e loro costi/benefici; aiutare la persona a scegliere la linea di azione che può arrecare maggiori benefici.

DIAGNOSI INFERMIERISTICA: Rischio di funzionalità epatica compressa; codice 00178; definizione: suscettibilità a riduzione della funzionalità epatica, che può compromettere la salute; fattori di rischio: abuso di sostanze; condizione associate: coinfezione da HIV, infezione virale e agenti farmacologici.

NOC: funzione epatica; codice 0803; definizione: capacità del fegato di produrre, contenere, modificare e secernere sostanze essenziali per il metabolismo e altre funzioni dell'organismo; indicatori: iperbilirubinemia totale, iperbilirubinemia diretta, tempo prolungato di protrombina; aumento della ALT, aumento della AST; aumento della gammaGT (l'esito atteso per ogni indicatore dipenderà dai valori iniziali con cui si presenta il paziente).

NIC: identificazione dei rischi; codice 6610; definizione: analizzare i potenziali fattori di rischio, determinare i rischi per la salute e dare la priorità alle strategie volte alla riduzione del rischio per la persona o per un gruppo. Attività: rivedere i dati derivati dalle misure di routine di valutazione del rischio; determinare la disponibilità e la qualità delle risorse; identificare i rischi biologici, ambientali e comportamentali e le loro interconnessioni; determinare il livello di funzionalità precedente e attuale delle diverse funzioni; determinare l'adesione alle terapie mediche ed infermieristiche; pianificare il monitoraggio a lungo termine dei rischi per la salute.

DIAGNOSI INFERMIERISTICA: Rischio di infezione; codice 00004; definizione: suscettibilità ad invasione e a moltiplicazione nell'organismo di microrganismi patogeni, che può compromettere la salute, fattori di rischio: alterazioni dell'integrità cutanea, conoscenza insufficiente ad evitare l'esposizione ai microrganismi patogeni; fumo; vaccinazioni inadeguate; condizioni associate: immunosoppressione, malattia cronica; risposta infiammatoria soppressa.

NOC conoscenze: gestione della malattia cronica; codice 1847; definizione: livello di comprensione manifestato su specifica patologia cronica, il trattamento e la prevenzione della progressione della malattia e delle complicanze; indicatori: benefici del trattamento della malattia (esito atteso 5), segni e sintomi di una malattia cronica (esito atteso 4); segni e sintomi di progressione della malattia (esito atteso 4); segni e sintomi di complicanze (esito atteso 4); strategie per prevenire le complicanze (esito atteso 5); corretto uso dei farmaci prescritti (esito atteso 5); effetti terapeutici dei farmaci (esito atteso 5); strategie per far fronte agli effetti avversi della malattia (esito atteso 4).

NIC: gestione dei farmaci; codice 2380; definizione: promozione di un uso sicuro ed efficace dei farmaci prescritti e da banco. Attività: determinare di quali farmaci c'è bisogno e gestirli in base al protocollo o alle indicazioni del medico prescrittore; monitorare la persona per rilevare gli effetti terapeutici dei farmaci; monitorare l'aderenza della persona al regime terapeutico; determinare i fattori che possono impedire alla persona di prendere i farmaci secondo prescrizione.

CONCLUSIONI

Dall'elaborato è possibile osservare quanto le dipendenze patologiche siano diffuse, in Italia e non solo, e come queste iniziano a manifestarsi ed insinuarsi soprattutto nella popolazione giovanile andando ad influire nelle sfere sociali, psicologiche ed economiche di chi ne soffre e di coloro che li circonda.

Attraverso questo elaborato si è dimostrato come l'infermiere giochi un ruolo cardine nelle dipendenze patologiche, a partire dall'infermiere scolastico, che con la sua formazione permette di educare la popolazione giovanile prevenendo la diffusione di queste patologie.

Data la presenza di figure specialistiche, esempio nell'ambito della pediatria con l'infermiere pediatrico o in quello oncologico con l'infermiere Pivot, sarebbe efficace la nascita e lo sviluppo di una figura specializzata nelle dipendenze, che possa seguire la persona nel suo percorso di riabilitazione, una volta istaurata la dipendenza, ma anche nel percorso della prevenzione, in aiuto all'infermiere scolastico.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

[1] <https://www.epicentro.iss.it/>

[2] Massini, R., Izzi, D., Marchetti, P., Passeretti, F., & Recine, U. (2019). *Laurea infermieristica. Medicina interna*. (2^e éd.). Mc Graw Hill Education.

[3] Carnevali, G., Balugani, E., & Marra, L. (2013). *Elementi di igiene e patologia*. Scienze Zanichelli.

[4] Osservatorio europeo delle droghe e delle tossico dipendenze. (2021). *Relazione europea sulla droga 2021: tendenze e sviluppi*, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

[5] <https://antidroga.interno.gov.it/>

[6] Rampelli, E., & Nespica, M.L. (a cura di) (2010). *Salute e benessere dei giovani*. Atti tratti dalla I^a Conferenza Europea sulla Salute e sul Benessere dei giovani. Roma, 16-18 giugno 2010.

[7] Rampelli, E., & Nespica, M.L. (a cura di) (2009). *Il coraggio di guardare, prospettiva e incontri per la Prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare*. Atti tratti dal seminario "I Giorni Dispari. Ripensare la prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare". Todi, 16-17 ottobre 2009.

[8] Cuzzolaro, M. (2014). *Anoressie e bulimie*, Bologna, il Mulino, 2014 (pp. 52-57).

[9] <https://www.salute.gov.it/>

[10] <http://www.nogambling.it/il-disturbo-da-gioco-dazzardo-nel-dsm-5/>

[11] <https://www.iss.it/>

[12] *Legge regionale 30 Ottobre 1998, n. 36*. Sistema di emergenza sanitaria.

[13] Servizio emergenza/urgenza territoriale della provincia Bari/Bat. (2015). *Protocolli infermieristici per il soccorso avanzato preospedaliero, Provincia Bari/BAT*. Disponibile in: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9470726.pdf>

- [14] Ministero della Salute, direzione generale della programmazione sanitaria. (2001). *Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero*. Disponibile in: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3849_listaFile_itemName_1_file.pdf
- [15] Ministero della Salute. (2020). *Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. "Percorso lilla in pronto soccorso"*. Disponibile in: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2961_allegato.pdf
- [16] <https://www.ospedalebambinogesu.it/>
- [17] Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche. (2009). *Foglio di informazione professionale per gli Infermieri Pediatrici e gli Infermieri che assistono Bambini, l'assistenza al neonato con sindrome da astinenza*. Disponibile in: <http://www.sisip.it/download/IdB40.pdf>
- [18] Sonoma County Prenatal Alcohol and Other Drug Action Team. (2008). *Linee guida per il counseling: allattamento e consumo materno di Alcool, tabacco ed altre droghe*.
- [19] <http://www.ddpmc.it/>
- [20] Decreto del presidente del consiglio dei ministri. (12 gennaio 2017). *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502*.
- [21] Dipartimento politiche antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2017). *Nuove Linee di indirizzo per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze nei Servizi per le Dipendenze*. (A cura di: Luzi, A.M., & Suligoj, B.)
- [22] Marcadelli, S., Soverini, E., (2020). *L'infermiere nelle scuole di Bologna: istituzione della figura dell'Infermiere di comunità Scolastica. Proposta per un progetto di inserimento dell'infermieri negli istituti scolastici*.
- [23] <https://www.fnopi.it/>
- [24] Berretta, P., Minutillo, A., Pichini, S., Traverso, V., Toth, G., Scaravelli, G. et al. (2018). *Knowledge of gestional alcohol drinking risks: resiltis from a survey among Italian secondary school students*.

RINGRAZIAMENTI

Vorrei iniziare con il ringraziare la mia famiglia che mi ha sostenuto in questo percorso, non solo economicamente ma soprattutto psicologicamente, credendo in me e motivandomi passo dopo passo.

Ringrazio immensamente Simone, la mia ancora e la mia spalla, per tutte le ore dedicate a sentirmi ripetere, per tutti i fine settimana trascorsi a casa immersi nello studio e nella disperazione, senza mai (o quasi) lamentarsi. Per i momenti di svago che mi ha saputo regalare e per il fatto di credere sempre in me ed essere sempre pronto a fare il tifo per me ed essere felice dei miei successi.

Ringrazio Martina, Luca, Federico, Francesco, Sergio e Neda per le ore trascorse a parlare del più e del meno, per le domeniche passate a sorseggiare thè caldo, a guardare i film e a dimenticarci di cosa ci aspettava il giorno dopo.

Ringrazio i miei compagni di studio, di avventure e di tutte le disavventure che ci sono capitate in questi tre anni. Li ringrazio per le intere giornate trascorse insieme a studiare, per i pranzi organizzati alla meno peggio, ma soprattutto per le risate che siamo riusciti a ricavarci in tutto questo caos.

Infine ci tengo a ringraziare tutti gli infermieri incontrati lungo il percorso, i professori ed il mio relatore. Ma soprattutto vorrei ringraziare Laura e Federica le più giovani e belle infermiere che ho avuto la fortuna di incontrare; mi auguro di diventare anche solo un pizzico brava, professionale e simpatica come voi e di potervi incontrare in futuro come collega.