



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA  

---

Corso di Laurea Triennale in Infermieristica

**IL RUOLO DELL'INFERMIERE CASE MANAGER NELLA  
GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA ALCOL  
DIPENDENZA**

Relatore:  
**Dott.ssa Silvia Giacomelli**

Laureanda:  
**Ginevra Rossini**

**A.A 2019/2020**



## INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE

### CAPITOLO 1. LE DIPENDENZE

1.1	Concetto di dipendenza patologica .....	1
1.2	Alcol dipendenza .....	3
1.3	Epidemiologia .....	5
1.4	Cause.....	10
1.5	Manifestazioni .....	12
1.6	Impatto sul Servizio Sanitario Nazionale .....	15

### CAPITOLO 2. RUOLO DEL CASE MANAGER INFERMIERISTICO

#### NELL'ALCOL DIPENDENZA

2.1	Concetto di Case Management .....	18
2.2	L'infermiere case manager in salute mentale .....	22
2.3	La gestione del paziente con dipendenza da alcol .....	24
2.4	Case Management applicato al paziente con dipendenza patologica .....	30
2.5	Il fenomeno alcol dipendenza nelle Marche .....	36

### CAPITOLO 3. RICERCA

3.1	Obbiettivo di ricerca .....	41
3.2	Materiali e metodi .....	41
3.3	Analisi dei risultati .....	42
3.4	Discussione .....	44

### CAPITOLO 4. CONCLUSIONI..... 47

ALLEGATI

ACRONIMI

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

RINGRAZIAMENTI



## **ABSTRACT**

### **Background**

Il modello assistenziale del Case management può, se applicato, migliorare la qualità dell'assistenza e del percorso di cura del paziente alcol dipendente?

L'alcol dipendenza è una malattia cronica, caratterizzata da alterazioni comportamentali, fisiche e psichiche causate dal consumo compulsivo di quantità elevate di alcol. E' una condizione che mina fortemente la qualità della vita e procura un grave disagio psico-fisico.

Deve essere affrontata attraverso un approccio multidisciplinare, che preveda una stretta collaborazione tra gli operatori sanitari, le famiglie, i servizi territoriali e le associazioni, con al centro il paziente che deve essere reso "complice" del piano assistenziale - riabilitativo.

Il case management fornisce un contributo unico all'integrazione dell'assistenza sanitaria, dei servizi sociali e di altri servizi settoriali e sostiene le persone con condizioni di salute complesse

### **Materiale e metodi**

Sono state condotte una ricerca bibliografica e un'indagine attraverso questionario. La ricerca bibliografica, telematica e cartacea, è stata effettuata per individuare documenti utili alla realizzazione sia dei questionari sia della parte teorica; per completare la raccolta dati si sono consultati database clinici.

### **Risultati**

Analizzando i dati dei questionari si è potuto dimostrare che: l'84.1% degli infermieri conosce il modello assistenziale del case management, l'86.4% crede che la sua applicazione possa migliorare la qualità dell'assistenza erogata ed in particolar modo l'efficacia della riabilitazione dei pazienti alcol dipendenti nel territorio.

Nonostante ciò il 70.4% del campione afferma che nella propria realtà lavorativa il modello non venga applicato, se non raramente ed il 60,4% dei professionisti crede che i servizi rivolti alle dipendenze patologiche attualmente presenti ed attivi non siano sufficienti a garantire un adeguato percorso di cura, e quindi un adeguata continuità assistenziale, ai pazienti alcol dipendenti.

**Conclusioni:**

I risultati positivi dalle rilevazioni hanno evidenziato due aspetti: la possibilità per il modello del case management di avere un impatto concreto nel percorso di cura dei pazienti affetti da dipendenze patologiche, ed in particolare alcol dipendenti, ma allo stesso tempo anche le diverse lacune nei servizi attualmente attivi e presenti nel territorio le quali non permettono di garantire un'adeguata continuità delle cure e quindi un adeguato percorso di cura.

Lo sviluppo della revisione ha inoltre evidenziato come siano necessari maggiori studi riguardo l'efficienza del case management applicato all'area della salute mentale e una mancanza di standardizzazione nella terminologia e nei metodi utilizzati per la ricerca.

## INTRODUZIONE

Le dipendenze patologiche, e in particolare le dipendenze da sostanze, sono condizioni che minano la qualità di vita di chi ne è affetto.

All'interno del contesto delle dipendenze da sostanze la patologia alcol correlata rappresenta un'importante causa di morbilità e mortalità, l'OMS rileva come l'alcol sia il terzo fattore di rischio per i decessi e per le invalidità in Europa, e il principale fattore di rischio per la salute dei giovani.

In particolare, In Italia, secondo i dati emersi dalla Relazione del Ministro della Salute sugli interventi realizzati in materia di alcol e problemi correlati, trasmessa al Parlamento il 29 aprile 2019, è evidente come il fenomeno relativo al consumo di bevande alcoliche negli anni più recenti, stia mostrando un profilo nuovo rispetto agli ultimi decenni.

I dati relativi al 2017 mostrano un aumento rispetto all'anno precedente del consumo nell'anno (dal 64,7% al 65,4%), sul quale pesa l'aumento del consumo occasionale (dal 43,3% al 44%), mentre sono stabili gli altri tipi di consumo (consumo giornaliero e consumo fuori dai pasti).

Si riscontra una riduzione dell'età media d'inizio dell'assunzione di alcol con un aumento della diffusione del fenomeno del binge drinking (assunzione di numerose unità alcoliche al di fuori dei pasti e in un breve arco di tempo), ed una più estesa partecipazione del sesso femminile.

Il consumo di bevande alcoliche tra i giovani rappresenta una criticità a cui prestare particolare attenzione.

L'alcol-dipendenza è una patologia che deve essere affrontata attraverso un approccio complesso, che prevede una stretta collaborazione tra gli operatori sanitari, le famiglie, i servizi territoriali e le associazioni, con al centro il paziente che deve essere reso "complice" del percorso assistenziale-riabilitativo.

La personalizzazione del piano riabilitativo è importante, ma raggiungibile solo in un contesto in cui i vari professionisti lavorino con una visione multidisciplinare.

Ogni giorno aumentano le possibilità di trattamento, tuttavia è necessario permettere maggiore accesso alle terapie disponibili ai soggetti con alcol dipendenza e alle loro famiglie, sviluppare ulteriori programmi di riconoscimento, di intervento precoce e di supporto.

Riuscire a mettere in atto una modalità assistenziale come quella del case management per i pazienti alcol dipendenti potrebbe portare a ottimi risultati, poiché, in tali circostanze ci si trova di fronte a pazienti complessi che presentano una bassa qualità di vita, scarsa compliance e spesso grave disagio psico-fisico.



## CAPITOLO 1. LE DIPENDENZE

### 1.1 Concetto di dipendenza patologica

Il disturbo da uso di sostanze viene definito e classificato principalmente da due manuali: il DMS V (Diagostic and Statistical Manual of mental disorder) e l'ICD 10 (International Classification of Diseases).

Di seguito è sintetizzata la classificazione diagnostica proposta dal DSM V.

Attualmente il DSM V raggruppa 11 classi di disturbi correlati a sostanze: alcol, caffeina, cannabis, allucinogeni, inalanti, oppiacei, sedativi/ipnotici/ansiolitici, stimolanti, tabacco, altre sostanze, non correlati a sostanze.

Nel DSM V vengono integrati sia l'abuso che la dipendenza col termine "disturbo da uso di sostanze", che per la sua classificazione deve presentare almeno due dei criteri diagnostici per un periodo di almeno dodici mesi.

Vengono inoltre distinte le condizioni lievi, moderate e gravi.

I criteri diagnostici sono stati organizzati e raggruppati in quattro macrocategorie: la compromissione del controllo, la compromissione sociale, l'uso rischioso e i criteri farmacologici.

#### *Compromissione del controllo*

La persona inizia ad assumere la sostanza in quantitativi maggiori e per periodi prolungati, perdendo il controllo dell'assunzione moderata.

L'individuo è cosciente della sua perdita di controllo e spesso riferisce il desiderio o la necessità di regolamentarne l'assunzione.

La maggior parte del tempo è dedicato alla sostanza; la persona utilizza gran parte del tempo per procurarsela, assumerla e poi ristabilirsi dopo l'assunzione.

L'individuo ha un desiderio irrefrenabile ed impulsivo di assunzione della sostanza, "Craving".

#### *Compromissione sociale.*

L'uso ripetuto della sostanza può portare ad una compromissione dei ruoli sociali, generalmente famiglia, scuola e lavoro.

L'assunzione della sostanza diventa prioritaria per la persona nonostante sia consapevole delle importanti compromissioni della sfera sociale.

#### *Uso rischioso*

La persona seppure sia a conoscenza del rischio fisico che comporta l'assunzione è disposta ugualmente a farne uso in qualsiasi circostanza.

L'individuo non è in grado di rinunciare alla sostanza malgrado riconosca di avere problematiche fisiche e sociali.

#### *Criteri farmacologici*

L'utilizzo costante della sostanza porta l'individuo ad assumere dosi sempre più elevate per poter raggiungere lo stesso livello di piacere, in quanto il suo organismo si è gradualmente abituato alla sostanza ed ai suoi effetti.

L'individuo sviluppa tolleranza verso la sostanza; il grado di tolleranza varia in base alla sostanza, alla modalità di assunzione e alla persona stessa.

L'individuo sviluppa astinenza, ovvero presenta segni e sintomi tipici dal momento in cui viene diminuita drasticamente o interrotta l'assunzione della sostanza.

Sia la tolleranza che l'astinenza non sono sufficienti per definire una diagnosi di disturbo da uso di sostanze, in quanto possono verificarsi anche attraverso l'assunzione di alcuni farmaci prescrivibili dal medico. (DSM-V, APA, 2014)

## 1.2 Alcol dipendenza

Quando si parla di alcol è difficile non sapere cosa sia; la società odierna, con i suoi usi e costumi, ci porta a esserne circondati, ovunque si vada.

Il consumo di alcol costituisce parte integrante della vita quotidiana di molte persone. Nonostante la consapevolezza dei danni attivi e passivi, che riguardano chi sceglie di bere, la famiglia e la società, dovrebbe indurre il consumatore a non assumere più tale sostanza, tutt'oggi bere è ancora un comportamento socialmente accettato, che nel nostro paese è tra l'altro parte integrante della nostra cultura, mediterranea, dove bere un bicchiere di vino a tavola è scontato come bere un bicchiere d'acqua. (Gobetti. 2015) L'OMS classifica l'alcol fra le droghe; pur essendo legale, l'alcol rimane una sostanza psicotropa che può indurre dipendenza oltre che comportare delle patologie fisiche e/o psichiche, disturbi comportamentali e disordini sociali.

Essendo l'alcol, a livello farmacologico, "una droga con effetti psicoattivi" (Arnao, Giancarlo 1999), il suo abuso può comportare una dipendenza.

Per questo motivo l'OMS, nel 1960, ha inquadrato l'alcolismo nell'ambito delle tossicomanie; l'alcol, dunque, "è una sostanza capace di dare dipendenza sia fisica che psichica. È una droga con effetti sia sedativi che euforizzanti"(Lucchini A., Nava F. e Manzato E., 2008).

Il bere è un comportamento a rischio e l'alcolismo è la conseguenza di un consumo eccessivo e prolungato nel tempo.

La diagnosi di alcolismo è caratterizzata dall'analisi di sintomi cognitivi, comportamentali e fisici cui si associa l'incapacità del soggetto di controllare l'assunzione della sostanza rimanendo indifferente alle ripercussioni sul piano bio- psico- sociale. (Gobetti. 2015)

L'alcolismo è una malattia cronica caratterizzata da alterazioni comportamentali, fisiche e psichiche causate dal consumo compulsivo di quantità elevate di alcol. (Ministero della salute. 2019)

Viene identificato dalla contemporanea presenza di:

- ✓ Perdita di controllo del consumo di alcolici, evidenziabile dai tentativi inefficaci di controllo, dalla continuazione del comportamento compulsivo nonostante le gravi conseguenze fisiche, psichiche e relazionali legate a tale consumo.

- ✓ Modificazione del modello di consumo con comparsa di desiderio compulsivo di assumere alcolici anche in assenza di intossicazione in atto, “Craving”.
- ✓ Incapacità di rinunciare all’assunzione di alcol e conseguente sforzo per procurarselo, dovuto all’irresistibile desiderio legato al piacere dell’assunzione, con tendenza ad aumentare la dose per mantenere il medesimo effetto e al timore dell’insorgenza della sintomatologia organica di privazione o astinenza.
- ✓ Coesistenza di dipendenza psichica, dipendenza fisica e stato di tolleranza nei confronti dell’alcol.
- ✓ Cambiamento dello stile di vita caratterizzato dalla tendenza all’isolamento, generata dal deterioramento e dalla perdita delle abituali relazioni sociali.
- ✓ Problemi familiari, o comunque della rete sociale personale, che possono giungere alla disgregazione del tessuto familiare e alla comparsa di franche manifestazioni di sofferenza psichica, emozionale e relazionale nel partner e negli altri conviventi. ( Guida utile - Ministero della Salute. 2009)

La sua genesi appare complessa e commista di fattori di ordine socio-culturale, psicologico e biologico che si sovrappongono rafforzandosi e intrecciandosi fra loro.

Come per qualunque dipendenza da sostanze, anche nell’alcolismo la brusca interruzione del consumo di alcol si traduce nella comparsa dei cosiddetti "sintomi d'astinenza": agitazione, irritabilità, tremori, sudorazione, palpitazioni, nausea, ed insonnia.

Ovviamente nei casi in cui lo stato di intossicazione fisica sia significativo, l'improvvisa interruzione dell'uso di alcol può determinare sintomi molto più gravi, quali agitazione, febbre, disidratazione, allucinazioni visive e uditive, crisi convulsive, e nei casi estremi addirittura la morte, soprattutto se la persona non viene trattata con una terapia adeguata. Questo quadro astinenziale prende il nome di "delirium tremens" che per fortuna oggi è una situazione meno frequente di un tempo. (ALCOL e patologie alcol correlate – Università degli studi di Ferrara. 2018)

Esistono dei questionari utili all’autovalutazione e alla diagnosi: test AUDIT, AUDIT-C e CAGE.

### 1.3 Epidemiologia

Come indicato nella Relazione del Ministro della salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati” (2018), il fenomeno relativo al consumo di bevande alcoliche nella popolazione italiana, negli anni più recenti, sta decisamente mostrando un profilo nuovo soprattutto se si considera che, a fronte di una riduzione del consumo di vino durante i pasti, si registra un aumento progressivo di consumo di bevande alcoliche occasionale al di fuori dei pasti, condizione ancor più dannosa per le patologie e le problematiche correlate.

Secondo i dati acquisiti dall'ISTAT, nel corso del 2017, ha consumato almeno una bevanda alcolica il 64,4% degli italiani di 11 anni e più, con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (78,1%) rispetto alle femmine (53,3%).

Il 21,4% dei consumatori beve quotidianamente, di cui il 32,2% tra i maschi e l'11,2% tra le femmine.

Nell'anno 2017 si osserva un aumento rispetto all'anno precedente del consumo nell'anno (dal 64,7% al 65,4%), su questo dato pesa l'aumento del consumo occasionale (dal 43,3% al 44%), mentre sono stabili gli altri tipi di consumo (consumo giornaliero e consumo fuori pasto).

Negli ultimi 10 anni si è assistito ad un cambiamento nelle abitudini a consumare le bevande alcoliche in tutte le fasce di età, ma in maniera differenziata.

Tra i giovani fino ai 24 anni e tra gli adulti 25-44 anni c'è un maggior calo di consumo alcolico giornaliero; tra gli adulti di 45-64 anni e gli anziani over 65 aumenta principalmente il numero di consumatori occasionali e, specialmente tra le donne, il numero di consumatrici di alcol fuori pasto.

Nel tempo si assiste anche a sensibili cambiamenti nel tipo di bevande consumate.

Si osserva una diminuzione del consumo esclusivo di vino e birra e un robusto aumento nel consumo di altri alcolici con o senza il consumo di vino e birra.

Nel 2017 nella popolazione tra gli 11 anni e più che ha consumato alcolici all'anno, beve vino il 52,6% di cui 65,7% maschi e 40,3% femmine. Nella stessa popolazione considerata beve birra il 48%, con una prevalenza di consumatori di sesso maschile (63,4%) doppia rispetto a quella femminile (33,5%).

Gli aperitivi alcolici, amari e superalcolici sono consumati nel 2017 dal 43,8% della popolazione di età superiore a 11 anni e come nel caso della birra, la prevalenza tra maschi (56,5%) è circa il doppio rispetto a quella tra le femmine (31,9%)

Nel 2017 i consumatori giornalieri di bevande alcoliche che hanno bevuto vino sono stati il 19%, mentre hanno bevuto birra il 4,9% ed infine hanno bevuto aperitivi, amari o superalcolici lo 0.7%. (Tabella 1)

TIPO DI BEVANDA ALCOLICA	Consumo di bevande alcoliche					
	Maschi		Femmine		Maschi e femmine	
	Nell'anno	<i>di cui tutti i giorni</i>	Nell'anno	<i>di cui tutti i giorni</i>	Nell'anno	<i>di cui tutti i giorni</i>
Vino	65,7	28,2	40,3	10,4	52,6	19,0
Birra	63,4	8,3	33,5	1,6	48,0	4,9
Aperitivi, amari, superalcolici	56,5	1,2	31,9	0,2	43,8	0,7
<b>Totale</b>	<b>78,1</b>	<b>32,2</b>	<b>53,5</b>	<b>11,2</b>	<b>65,4</b>	<b>21,4</b>

Tabella 1, Fonte: Istat - Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2017

Il consumo di alcol è più forte al Centro-Nord, soprattutto Nord-est, e tra maschi.

La quota di consumatori di bevande alcoliche aumenta al crescere del titolo di studio conseguito, soprattutto per le donne.

Le differenze di genere, pur permanendo, diminuiscono all'aumentare del titolo di studio, anche a parità di età.

Andamento inverso invece ha il consumo quotidiano, che risulta crescente al diminuire del titolo di studio, per entrambi i sessi ma soprattutto per gli uomini.

Il consumo di bevande alcoliche tra i giovani permane una criticità che suggerisce di mantenere alta l'attenzione su questa fascia di popolazione.

Lo studio tra i modelli di consumo tra i giovani mostra che nel 2017 il 51,5% dei ragazzi e il 45,6% delle ragazze di età tra 11 e 24 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; per entrambi i generi si rileva un aumento rispetto all'anno precedente.

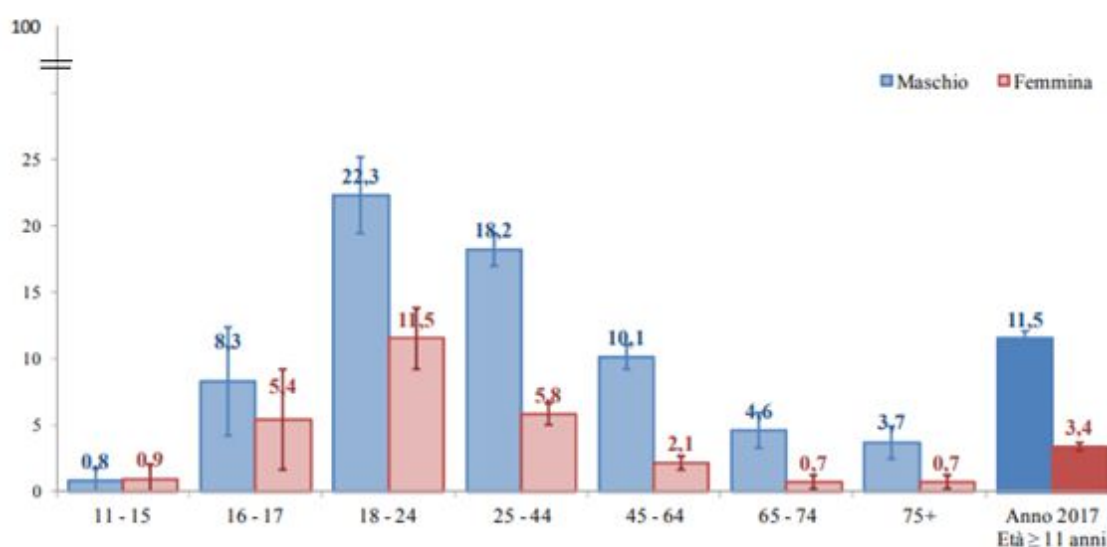
Nella fascia di età 11-24 anni è soprattutto diffusa la consuetudine di bere alcolici fuori dai pasti, con una frequenza di almeno una volta alla settimana, ciò indica un comportamento nel consumo di alcolici adottato in modo abituale e potenzialmente rischioso.

I comportamenti a rischio sul consumo di alcol nella popolazione giovanile sono particolarmente diffusi nella fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni.

Il fenomeno è comunque differenziato per genere, tra i ragazzi è circa il doppio rispetto alle ragazze.

Tra i comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche tra i giovani il “Binge Drinking” rappresenta l’abitudine più diffusa e consolidata.

Nel 2017 il fenomeno del binge drinking ha riguardato il 17% dei giovani tra i 18 e i 24 anni di età, di questi il 22,3% maschi e l’11,5% femmine. (Tabella 2)



**Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (2017)**

Tabella 2, Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L’abitudine da parte dei genitori ad avere almeno un tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche sembra influenzare il comportamento dei figli.

Infatti, il 29,5% dei ragazzi di 11-24 anni che vivono in famiglie dove entrambi i genitori adottano comportamenti a rischio nel consumo di alcol ha abitudini non moderate nel bere alcolici, mentre tale quota scende al 16,4% tra i giovani con genitori che non bevono o consumano alcol in maniera moderata.

L’OMS raccomanda la totale astensione dal consumo di alcol fino ai 15 anni, in Italia con la legge 8.11.2012 n.189 vige il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni, da ciò si deduce che i giovani di età inferiore ai 18 anni

che consumano anche una sola bevanda alcolica durante l'anno presentano un comportamento a rischio nel consumo di alcol.

E' quindi assolutamente rilevante il fatto che nella fascia di età 11-17 anni il 18,4% abbia almeno un comportamento a rischio, valore che dovrebbe tendere allo zero.

Risulta inoltre particolarmente critico il quadro dei comportamenti a rischio tra i ragazzi di 16-17 anni, in cui il binge drinking raggiunge con il valore del 6.9% livelli quasi equivalenti a quelli medi della popolazione (v.m. 7,4%)

Al fine di individuare interventi di Sanità Pubblica mirati al contenimento di comportamenti di consumo a rischio, che comportano non solo rischi per la salute del singolo bevitore ma anche rischi per la comunità e per la sicurezza sociale, soprattutto in relazione agli incidenti stradali, agli incidenti sul lavoro e alle violenze di vario genere, si è ritenuto necessario individuare strumenti idonei a monitorare attentamente il fenomeno.

L'Istituto Superiore di Sanità (Osservatorio Nazionale Alcol), tenendo conto anche delle indicazioni dell'OMS, della Società Italiana di Alcolologia (SIA), e dei nuovi modelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti (LARN), ha costruito un indicatore di sintesi, per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana.

L'indicatore esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale e quotidiano eccedentario ed il binge drinking.

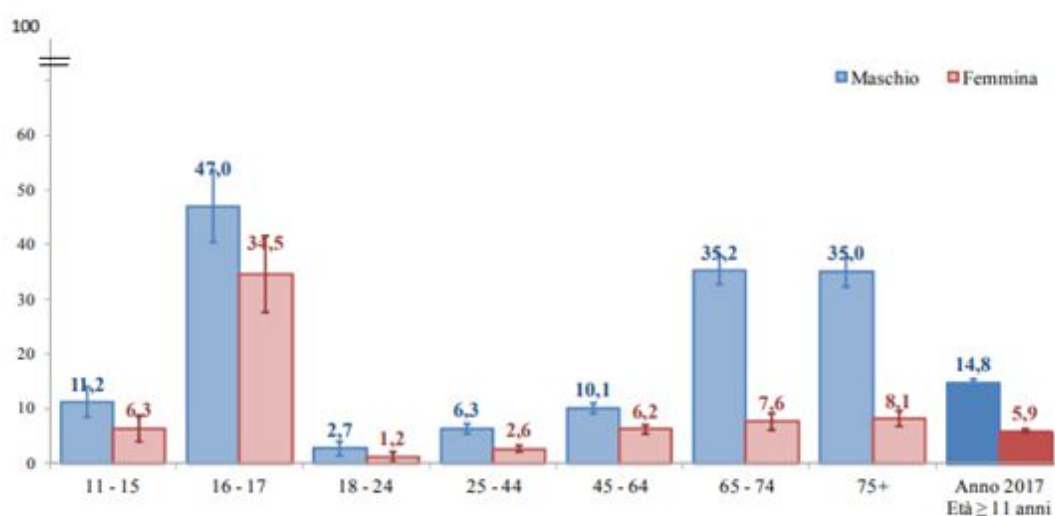
Le nuove indicazioni scientifiche hanno stabilito di considerare il livello di consumo zero come livello di riferimento per la popolazione non a rischio di età inferiore ai 18 anni di entrambi i sessi: di conseguenza è opportuno considerare a rischio gli individui al di sotto della maggiore età che hanno consumato una qualsiasi bevanda alcolica; sono invece da considerare a maggior rischio gli uomini che hanno superato un consumo quotidiano di due UA e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e l'età, che hanno praticato il binge drinking almeno una volta nel corso dell'anno.

La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi, è stata nel 2017 del 23,6% per uomini e dell'8,8% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 8.600.000 individui che nel 2017 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica.



L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazione più a rischio per entrambi i generi è quella dei 16-17enni (M=47,0%, F=34,5%), che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e dei “giovani anziani” (65-75 anni). (Tabella 3)

Verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 700.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol correlate, persone quindi che non sono identificate precocemente e che andrebbero sensibilizzate sul loro consumo non conforme alle raccomandazioni di sanità pubblica.



**Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per sesso ed età (2017)**

**Tabella 3, Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie**

## 1.4 Cause

Gli aspetti che possono portare la persona ad abusare di una sostanza nociva sono svariati, ciò nonostante uno dei motivi principali che porta le persone a ripetere l'assunzione della sostanza è il fatto che genera una sensazione di particolare piacere. L'oggetto responsabile della sensazione gratificante viene fissato nella memoria attraverso l'attivazione in modo irreversibile, del sistema dopaminergico a livello dell'ippocampo. (Kilts et al., 2001).

Questo fatto e la riduzione della capacità di autocontrollo sono la causa della cronicità della dipendenza.

Oltre a ciò è importante segnalare che l'ambiente e le interazioni sociali giocano un ruolo fondamentale nell'instaurarsi di una dipendenza e il suo mantenimento.

La società occidentale è incentrata molto sul raggiungimento del piacere personale attraverso il consumo, permesso da una miglior accessibilità all'oggetto data dalla riduzione di prezzi e aumento dei beni.

Sono diverse le condizioni che rappresentano un fattore di rischio per l'alcolismo (Ministero della salute. 2019):

- ✓ Genere: gli uomini sono più colpiti delle donne, il rapporto M/F è pari a 3,5
- ✓ Età: cominciare a bere in giovane età, adolescenza, aumenta il rischio di sviluppare alcol dipendenza e malattie alcol correlate.
- ✓ Storia familiare di alcolismo: avere uno o entrambi i genitori affetti da un disturbo dell'uso di alcol aumenta il rischio di sviluppare alcol, così come avere un partner o un amico stretto con problemi di controllo dell'assunzione di alcol.
- ✓ Malattie psichiatriche: I disturbi maggiormente compresenti nell'alcol dipendenza sono i disturbi dell'umore (49%), la depressione maggiore in particolare, ed a seguire i disturbi d'ansia (38%) ed i disturbi psicotici (13%)
- ✓ Stile di vita stressante o che esponga a un elevato numero di eventi sociali
- ✓ Bassa autostima
- ✓ Ambiente traumatico nell'infanzia: Aver vissuto violenza domestica e/o abusi sessuali espone ad un maggior rischio di sviluppare alcol dipendenza.

Una ricerca mette in luce come i bevitori solitari utilizzino l'alcol come forma di automedicazione e di gestione di stati emotivi negativi. (Alcol - State of Mind. 2019)

Uno studio longitudinale ha seguito un ampio campione di bevitori adolescenti fino al raggiungimento dell'età adulta (709 adolescenti tra i 12/18 anni, seguiti fino ai 25) .

Circa il 60% dei soggetti osservati non ha mai bevuto da solo ma sempre in contesti sociali; tuttavia ben 4 adolescenti su 10 hanno bevuto soli, almeno in alcune occasioni. Inoltre la percentuale di bevitori solitari era più alta tra quegli adolescenti che mostravano sintomi di abuso di alcool.

L'elemento più interessante ha a che fare con i contesti nei quali gli adolescenti bevono, emerge infatti che gli adolescenti che tendono a bere soli, lo fanno quando sono in situazioni spiacevoli, suggerendo che il consumo massiccio di alcool abbia una funzione di automedicamento, cioè sia una sorta di coping nella difficile gestione di sentimenti negativi.

Gli adolescenti che bevono soli hanno anche molte più probabilità di sviluppare problemi alcool-correlati tra cui la dipendenza dall'alcol, già a 25 anni. (Creswell, K.G., Chung, T., Clark, D.B., & Martin, C.S., 2013).

## 1.5 Manifestazioni

Gli effetti dell'alcolismo sono facilmente riscontrabili già poco tempo dopo che la persona ha iniziato a cambiare il suo rapporto con l'alcol e possono variare, nell'intensità, in base alla quantità e alla frequenza con cui viene assunto l'alcol.

Essendo l'alcol una droga, le manifestazioni dell'alcol dipendenza possono essere paragonate a quelle di una qualsiasi tossicodipendenza.

L'alcol, al pari delle altre sostanze stupefacenti, agisce sul Sistema Nervoso Centrale creando: dipendenza psico-fisica, assuefazione e disturbi comportamentali anche gravi.

Il modo in cui l'alcol agisce sulla persona è legato alla quantità che se ne assume, infatti se preso in piccole dosi ha un effetto euforizzante, la persona si sente allegra, è maggiormente predisposta al rapporto con gli altri perché iniziano a venire meno i vari freni inibitori.

Alla perdita delle inibizioni, però, possono fare seguito anche atteggiamenti aggressivi e, in alcuni casi, aumenta la predisposizione alla violenza.

Nel caso in cui le quantità assunte siano modeste, invece, gli effetti dell'alcolismo si manifestano in maniera differente e la persona sperimenterà gli effetti sedativi di questa sostanza, sentendosi stanca, pervasa da un senso generale di spossatezza.

Quando si assumono grandi quantità di alcol, invece, la persona comincia a balbettare e a barcollare, diventa particolarmente loquace e, in alcuni casi, può arrivare a parlare da sola.

Se l'ubriachezza è eccessiva, gli effetti dell'alcolismo possono manifestarsi in condizioni fisiche molto fastidiose come:

- ✓ Vomito
- ✓ Difficoltà nella coordinazione motoria
- ✓ Perdita dell'equilibrio

Col passare delle ore, soprattutto se si continua ad assumere alcol, la coscienza si spegne e la persona va incontro a rischi molto elevati come l'intossicazione acuta, a cui può far seguito un vero e proprio collasso cardio-respiratorio, con conseguente coma etilico e, in alcuni casi, anche il decesso. (Centro Alcolisti NARCONON IL GABBIANO, n.d.). Gli effetti dell'alcolismo, però, si possono riscontrare anche a distanza di tempo e sono la conseguenza di una vita dedicata all'eccesso.

Non sono rari i casi di persone che, dopo aver smesso di bere alcol, si ritrovano a dover combattere con le peggiori conseguenze degli effetti dell'alcolismo tra cui malattie epatiche, atrofia muscolare e disturbi della vista.

A tutto questo si aggiunge anche tutta una serie di patologie legate al danneggiamento di varie aree cerebrali come, ad esempio, epilessia alcolica, *delirium tremens* (insieme di manifestazioni allucinatorie e perdita di contatto con la realtà), psicosi, compromissione della memoria (a breve e a lungo termine) e depressione.

La dipendenza dall'alcol si ripercuote anche nel comportamento, la persona avrà un atteggiamento spesso irascibile e aggressivo, soprattutto quando impossibilitata a bere, avrà la tendenza ad isolarsi sia dalle normali relazioni sociali, incluse quelle familiari e tenderà a trascurare anche sé stessa, la sua salute, la sua igiene, i vari impegni o obblighi sociali, familiari o professionali, mettendo tutto in secondo piano perché le sue energie e la sua attenzione saranno rivolte al modo per poter bere. (Centro Alcolisti NARCONON IL GABBIANO, n.d).

Il craving è il desiderio irresistibile di assumere alcol, può anche essere definito “urgenza di bere”, cioè la tensione a consumare la sostanza, il pensiero ossessivo ricorrente del bere, sino alla perdita del controllo dei propri impulsi nei confronti delle bevande alcoliche.

Il craving nell'alcolismo è stimolato da fattori previamente associati con l'alcol, elementi capaci di svolgere un ruolo “trigger” che innescano, con un meccanismo di condizionamento e per associazione di idee, il desiderio della gratificazione ottenuta con l'alcool.

Nell'alcolismo, come in tutte le dipendenze da sostanza, il ripetersi dello stimolo “artificiale” fa sì che quest'ultimo prenda progressivamente il posto di quelli naturali: da qui la perdita di interesse per le normali attività della vita ed il pensiero concentrato sull'alcol. (State of Mind. 2020).

Gli effetti della sostanza prendono così il posto di funzioni mentali fondamentali e la gratificazione indotta dalla sostanza diviene parte del funzionamento mentale, modificandolo. ( Cibin M., Mazzi M., Rampazzo L., Serpelloni G., 2001).

Mentre la semplice assunzione delle sostanze psicoattive che segue i ritmi e le modalità del comportamento addittivo è regolata da un processo automatico, il craving comporta l'attivazione di un meccanismo cognitivo che non corrisponde ad un processo

automatico. L'urgenza di utilizzare la sostanza, è connessa piuttosto con un conflitto nell'ambito cognitivo tra la motivazione all'assunzione dell'alcool e la consapevolezza del rischio che ne deriva.

Petrakis (1999) distingue due forme di craving dal punto di vista delle aspettative del paziente: da un lato la preoccupazione di assumere la sostanza per evitare l'astinenza che viene definita "craving negativo", dall'altro la compulsione nei confronti della sostanza sostenuta dall'aspettativa di una incentivazione, di una gratificazione.

In questo caso la ricerca di un "reward" produrrebbe un "craving positivo". (G. Gerra, A. Zaimovic, 2002).

Studi recenti mostrano come in persone affette da disturbo di abuso di alcool l'essere portati a ruminare incrementi il desiderio irrefrenabile di bere (Caselli et al. 2013). La ruminazione è uno stile di pensiero ripetitivo ed incessantemente focalizzato su sensazioni e pensieri negativi che derivano dalla percezione del proprio malessere.

Le persone che ruminano tentano di analizzare ripetutamente la propria sofferenza emotiva e gli accadimenti che ne derivano, con lo scopo di trovarne una soluzione.

In realtà la ruminazione mantiene e prolunga il disagio e, studi recenti, hanno suggerito che essa possa indurre un forte desiderio di consumare alcolici in persone con dipendenza alcolica, ma non in consumatori di alcool occasionali o non cronici.

La ruminazione parrebbe essere sintomo cruciale nei disturbi da utilizzo di alcool e nel processo di ricaduta.

Essa fungerebbe da ponte tra emozioni negative e consumo di bevande alcoliche. (Caselli et al. 2013).

## **1.6 Impatto sul Servizio Sanitario Nazionale**

La Comunità Scientifica Internazionale ha dimostrato ampiamente che sia il consumo regolare e continuativo di alcol che quello occasionale in quantità eccessive, possono causare problemi di salute o aggravarli ed accrescere il rischio di danni per chi beve, la famiglia e la società. (Ministero della salute. 2019).

Nell'Unione europea l'alta percentuale di bevitori e gli alti livelli di consumo alcolico pro capite si accompagnano a un alto livello di danni e problemi alcol-correlati e il consumo dannoso di alcol costituisce un grave problema sanitario e sociale. In Europa l'alcol costituisce il terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura, dopo il fumo e l'ipertensione arteriosa.

Come riconosciuto in vari documenti ufficiali della Commissione Europea, sia il consumo regolare e continuativo di alcol che quello occasionale in quantità non adeguate sono comportamenti che possono causare problemi di salute o aggravarli ed accrescere il rischio di danni per chi beve e per altre persone. (Ministero della Salute. 2019).

L'alcol può essere, tra l'altro, corresponsabile di gravi eventi, quali incidenti stradali, omicidi, suicidi e infortuni vari.

L'alcol è la principale causa di molte malattie, considerate totalmente alcol correlate.

La nosologia di patologia alcol-correlata si è notevolmente ampliata negli ultimi anni, per cui, oltre alle patologie relative all'apparato gastroenterico (esofagite, gastrite, steatosi, epatite acuta e cronica, cirrosi epatica, pancreatiti e tumori) e del sistema nervoso centrale e periferico (atrofia cerebrale, polinevriti), altri sistemi risultano coinvolti, quali il cardiovascolare (infarto miocardico, tromboflebiti, vasculiti), l'endocrino-riproduttivo (infertilità, impotenza, diminuzione del desiderio sessuale, alterazioni ormonali), talora in modo irreversibile.

L'alcol è anche causa concomitante di alcuni tumori maligni, parzialmente alcol-attribuibili, come il tumore dell'oro-faringe, dell'esofago, del colon-retto, della laringe, del fegato e della mammella; nonché di altri gravi eventi quali incidenti stradali, omicidi, suicidi ed incidenti vari.

Da non dimenticare il consumo di alcol in gravidanza, una delle cause maggiori di ritardo mentale dei bambini nei Paesi occidentali. Attraversando la placenta, l'etanolo può compromettere la crescita e il peso del feto, provocando danni permanenti al

sistema nervoso centrale, con sottosviluppo e malformazione delle cellule e della struttura del cervello e conseguenze a livello funzionale e cognitivo: scarsa memoria, deficit di attenzione e comportamenti impulsivi. (Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.03.2001 n° 125, p. 28-44. 2018).

L'elaborazione dei dati provenienti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) riportano le diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol-attribuibili.

Nel 2016, ultimo anno di rilevazione, per i ricoveri in regime ordinario, la diagnosi principale è da attribuire prevalentemente alle patologie epatiche croniche, come steatosi, epatite e cirrosi (56,4% delle dimissioni), seguite da sindromi da dipendenza da alcol, come intossicazione acuta (ubriacatezza acuta in corso di alcolismo) e alcolismo cronico e dipsomania (23,4%).

Il 67,6% dei ricoveri con diagnosi attribuibili all'alcol avvengono per urgenza, mentre il 27,3% sono ricoveri programmati. Vi sono inoltre 557 ricoveri (circa 1%) che avvengono con Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO).

I dati relativi ai decessi totalmente alcol-attribuibili più recenti si riferiscono ai decessi avvenuti in Italia nel 2015, il dato complessivo è stato pari a 1.240, di cui 1.016 (81,9%) uomini e 224 donne (18,1%). (Tabella 4)

Le due patologie che causano il maggior numero di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le epatopatie alcoliche e sindromi psicotiche indotte da alcol che nel complesso causano oltre il 90% dei decessi alcol-attribuibili. (Ministero della Salute. 2019).

**Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi e Femmine. Italia, anno 2015.**

Codici	Patologie	Maschi		Femmine		Totale	
		Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%
F10	Sindromi psicotiche indotte da alcol	174	17,1	45	20,1	219	17,7
G31.2	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol	35	3,4	5	2,2	40	3,2
G62.1	Polineuropatia alcolica	10	1,0	2	0,9	12	1,0
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	11	1,1	2	0,9	13	1,0
K29.2	Gastrite alcolica	1	0,1	0	0,0	1	0,1
K70	Epatopatie alcoliche	766	75,4	166	74,1	932	75,2
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol	4	0,4	0	0,0	4	0,3
T51	Effetti tossici dell'alcol	15	1,5	4	1,8	19	1,5
<b>Totale decessi</b>		<b>1.016</b>	<b>100</b>	<b>224</b>	<b>100</b>	<b>1.240</b>	<b>100</b>

Tabella 4, Fonte: Elaborazione ISS di dati ISTAT dell'"Indagine sulla causa di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione attualmente residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile"



La Regione Europea dell'OMS continua a presentare la percentuale più alta di decessi attribuibili all'alcol, ciò non sorprende se consideriamo che è anche la regione dell'OMS con i consumi di alcol più elevati.

Il piano di azione per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili avviato dall'OMS per gli anni 2013-2020 conferma la necessità di ridurre l'impatto delle malattie alcol attribuibili, che costituiscono una priorità di sanità pubblica a livello globale. ( Epicentro – Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. 2020)

## CAPITOLO 2. RUOLO DEL CASE MANAGER INFERMIERISTICO NELL'ALCOL DIPENDENZA

### 2.1 Concetto di Case Management

Nel corso della storia vi sono stati numerosi autori che si sono impegnati per redigere una definizione di case management che fosse il più universale possibile, definizione che si è sviluppata nell'arco di tempo in cui lo stesso modello è nato e cresciuto. Una delle ultime definizioni approvate dalla *Case Management Society of America* è la seguente: «Il case management è un processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure, valutazione ed advocacy delle scelte e dei servizi, che agevolino i bisogni sanitari generali dell'individuo e della famiglia, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, al fine di promuovere outcomes di qualità, con un buon rapporto costo-efficacia». (Biavati C. 2012).

Il case management è un modello assistenziale che ha come obiettivo il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza sanitaria, basato sulla logica di coordinamento delle risorse da utilizzare per la specifica patologia di un utente attraverso le diverse strutture del sistema sanitario.

Questo modello considera i pazienti come "entità che stanno vivendo un percorso di malattia", allontanandosi dalla concezione di vedere i pazienti attraverso le cure previste ed erogate in modo frammentario ed episodico.

Il case management comprende, integrandoli tra loro, gli interventi di promozione della salute, di prevenzione della malattia, di trattamenti diagnostici terapeutici, di riabilitazione e di assistenza a lungo termine. Un altro, non secondario, obiettivo del case management viene individuato nel contenimento dei costi, attraverso l'identificazione dei bisogni e delle risorse dell'utente da un lato e del sistema assistenziale dall'altro. (Landini E., Tartaglione A., Ceglie R., Mercone A., Nante N. 2007).

Il case management fa riferimento ad un servizio fornito da professionisti case manager che forniscono e/o coordinano servizi sociali e sanitari.

Il case manager non rappresenta una specifica professione sanitaria, ma una pratica avanzata all'interno di varie professioni sanitarie e sociali, tra cui l'infermieristica.

Il case manager letteralmente è il "coordinatore/gestore del caso clinico", è chi si fa carico del percorso individuale di cura della persona malata e del suo nucleo di

appartenenza, divenendo responsabile dell'effettiva continuità del percorso stesso. (Nunziante P. 2007).

Le sue funzioni possono essere svolte dai diversi professionisti dell'équipe: psicologo, psichiatra, infermiere, educatore, assistente sociale.

Il case manager, ossia "referente del caso", è colui che prende in carico il paziente e rappresenta il punto di riferimento per quest'ultimo.

Egli accompagna l'utente nel percorso di cura attraverso una buona relazione; integra i servizi coinvolti per superare la frammentarietà e porta ad una coerenza degli interventi ed a una migliore organizzazione del lavoro; coordina la micro-equipe per evitare sovrapposizione di ruoli con attivazione delle risorse al momento e nei tempi adeguati.

In quanto referente del percorso di cura è garante del progetto e della qualità delle prestazioni erogate, quindi monitorizza e valuta il Progetto Assistenziale Individuale (PAI). (Favero E, Moriconi I. 2013).

Il case manager esercita la sua pratica assistenziale articolandola in una componente clinica, una manageriale e una finanziaria.

Dal punto di vista clinico è responsabile del riconoscimento dei problemi esistenti e potenziali dei pazienti e delle loro famiglie. Può provvedere egli stesso a svolgere gli interventi assistenziali o limitarsi a dirigerli, valutando le abilità del paziente e facilitandone i progressi, identificando qualsiasi tipo di variazione nel piano e lavorando con il team per trovare la soluzione più adatta.

Dal punto di vista manageriale facilita e coordina l'assistenza durante tutto il periodo di presa in carico dell'utente, pianificando la modalità di trattamento, gli interventi da attuare e gli obiettivi da raggiungere.

Per quanto riguarda l'aspetto finanziario infine, il case manager garantisce la corretta gestione delle risorse in modo da produrre la migliore assistenza possibile al giusto costo, evitando la frammentazione, le duplicazioni, le ridondanze e le attese nei percorsi di assistenza. (Barbieri G. 2013).

Tenendo presente che queste importanti dimensioni della figura del case manager influiscono sul suo operato, si possono elencare, di conseguenza le sue funzioni: la valutazione dei bisogni clinici e psicosociali del paziente; la pianificazione di un piano di assistenza personalizzato in collaborazione con l'utente, la sua famiglia, il suo caregiver, il sistema sanitario, i professionisti e la comunità; facilitare la comunicazione

e il coordinamento tra membri dell'equipe multidisciplinare, minimizzando la frammentazione nell'erogazione delle prestazioni; informare il paziente, la famiglia o il caregiver e i professionisti sanitari e sociali sulle opzioni di trattamento e risorse della comunità; stimolare il paziente a esercitare il problem solving e promuovere la sua autodeterminazione; incoraggiare l'uso corretto dei servizi e delle risorse migliorando sempre di più la corrispondenza qualità costo; sostenere il benessere del paziente e del team sanitario. ( Biavati C. 2012).

Tra gli strumenti che il case manager può adottare nella specifica attività professionale vi sono i critical pathways ossia i piani di azione multidisciplinare.

I critical pathways enfatizzano il coordinamento di tutte le attività cliniche per assicurare al paziente la cura giusta nel momento giusto in un'ottica multidisciplinare.

Il principio sotteso a questo approccio è la possibilità di prevedere per una larga fetta di patologie una pianificazione, una guida predeterminata di cura, scritta nel rispetto della variabilità patologica e delle caratteristiche psicosociali dell'individuo.

I punti chiave per l'introduzione dei critical pathways sono: l'identificazione di un gruppo di pazienti, una diagnosi, condizione o evento; la creazione di un gruppo multidisciplinare che assicuri lo sviluppo del percorso; l'avvio dell'audit e dello stato dell'arte delle conoscenze scientifiche disponibili, al fine di definire la durata della degenza di ogni critical pathway; l'elencazione degli interventi e degli outcome desiderati per ora/giorni/settimane; l'individuazione delle potenziali barriere al raggiungimento dell'outcome; l'approvazione degli indicatori con cui sarà monitorato il percorso, prevedendo eventuali variazioni e gli interventi; la predisposizione di una versione ridotta di critical pathway da consegnare al paziente e ai famigliari; la programmazione di un momento di insegnamento al personale coinvolto nell'utilizzo di un critical pathway. (Herrick C, Bartlett R. 2004).

Nel processo di gestione del caso sono fondamentali la relazione con il paziente, basata sulla fiducia, sul rispetto e sulla comunicazione, nonché l'interazione frequente con la famiglia.

Il paziente è sempre al centro di tale processo, dal momento dell'accertamento iniziale, il case manager ha il compito di comprenderne i bisogni e far sì che trovino risposta nel sistema di assistenza.

Per garantire al paziente i servizi adatti, il case manager, deve avere una piena conoscenza della rete di strutture e di servizi disponibile.

Si ritiene che il ruolo di case manager possa essere svolto dall'infermiere in modo più efficace rispetto ad altri sanitari perché la sua formazione generalista gli conferisce la capacità di valutare e soddisfare, nel loro complesso, i bisogni assistenziali del paziente. L'infermiere, in altri termini, è la figura preparata a comprendere il quadro totale dell'assistenza, i problemi attuali e quelli potenziali del paziente ed è quindi in grado di assumere, nella gestione dei casi, un ruolo attivo di facilitatore e coordinatore dell'attività assistenziale, a completamento del ruolo del medico al quale è affidata l'attività di cura e la gestione della malattia. (Landini E., Tartaglione A., Ceglie R., Mercone A., Nante N. 2007).

## **2.2 L'infermiere case manager in salute mentale**

Il case management in Salute Mentale nasce negli Stati Uniti negli anni '60 successivamente ai movimenti di de-istituzionalizzazione e al conseguente bisogno di una politica di sviluppo dei servizi territoriali che ponesse l'integrazione ed il coordinamento come pilastri fondamentali dei nuovi modelli di assistenza psichiatrica territoriale.

All'indomani della chiusura degli ospedali psichiatrici la moltitudine di persone dimesse dipendeva forzatamente dalla complessa e scoordinata rete dei servizi territoriale e delle agenzie di supporto sociale.

Nasceva così il bisogno di un modello organizzativo che permettesse di prendere in carico l'utente e la sua famiglia promuovendone la reintegrazione nel proprio ambiente di vita e garantendo l'acquisizione e lo sviluppo delle competenze necessarie alla migliore qualità di vita possibile. ( Zwarenstein M, Reeves S, Straus SE, Pinfold P, Goldman J. 2000).

Il case manager in Salute mentale è l'operatore in grado di coordinare i vari interventi tra la rete dei servizi e il destinatario, tra le diverse istituzioni e gli operatori, di accompagnare il paziente nel suo percorso di cura e di monitorarne il progetto. (Cassis I. 2006).

Il case manager può prestare il suo servizio all'interno del contesto ospedaliero, nel territorio e nel passaggio dall'ospedale al territorio.

Nell'ambiente ospedaliero, il case manager prende in carico l'utente dall'ammissione alla dimissione. Nel passaggio dall'ospedale al territorio, il case manager indirizza invece il paziente verso i servizi più appropriati offerti dalla società, garantendo il collegamento sia con il Dipartimento di Salute Mentale che con i professionisti della comunità.

L'assistenza nel territorio implica infine per il case manager la capacità di stabilire relazioni solide con l'utente e i professionisti dell'equipe, implementando l'indipendenza del paziente. (Herrick C, Bartlett R. 2004).

La competenza professionale dell'infermiere è formata dalla combinazione di conoscenze professionali, di capacità e abilità professionali e di orientamenti per sapere individuare la domanda di assistenza infermieristica (i bisogni) dando ad essa una risposta (la prestazione infermieristica) adeguata in tempi e modalità convenienti. (Cassis I. 2006).

La relazione terapeutica è alla base del case management infermieristico in salute mentale. (Yamashita M, Forchuk C, Mound B. 2005).

Il case manager è l'agente di collegamento tra i vari servizi e agenzie formali e informali, sviluppa anche i legami con le agenzie della rete sociale, i sistemi informali di aiuto, offre un supporto ai familiari e a tutte le persone del contesto sociale del paziente.

Il case manager in psichiatria è la persona che, avendo la relazione più significativa, diventa il punto di riferimento per il paziente.

Il case manager, nel ruolo di accompagnatore, stimola e incoraggia il cliente ad assumersi la responsabilità del proprio reinserimento sociale.

Fornisce un ascolto che sa accogliere il disagio emotivo del malato mentale e lo aiuta a capire le ragioni di certi comportamenti. Il ruolo di accompagnatore, o di persona prossima, richiede vicinanza terapeutica, attitudini di autenticità, di spontaneità e di trasparenza. È un ruolo che esige molto dinamismo, iniziativa e pragmatismo e la capacità di trasmetterle al paziente e con l'attenzione ad evitare lo sviluppo della sua dipendenza. (Cassis I. 2006).

L'introduzione del case management all'interno dei servizi psichiatrici territoriali rappresenta un'importante sfida per fornire risposte efficaci ai mutevoli bisogni di questa complessa tipologia di utenti, che presentano bassa qualità di vita, scarsa compliance al trattamento terapeutico, grave sintomatologia e comportamenti biasimanti ed aggressivi. (Guay J. 2000).

In questo modo si garantisce un'assistenza personalizzata di alto livello qualitativo, continuativa e coordinata.

### **2.3 La gestione del paziente con dipendenza da alcol**

L'esperienza degli ultimi decenni dimostra che l'alcol dipendenza è un disturbo curabile.

Un efficace trattamento permette di conseguire risultati positivi nel 60-70% dei casi.

Fino a non molti anni fa, e a volte anche oggi, il trattamento consisteva nell'internare la persona alcol dipendente in istituzioni psichiatriche secondo la logica: «così non beve e non dà fastidio».

Oggi l'alcol dipendenza può essere trattata con buoni risultati nelle strutture territoriali. Ovviamente affinché ciò sia attuabile è indispensabile che i programmi territoriali siano adeguatamente sostenuti e assolvano al compito di coordinamento effettivo di tutte le iniziative che in quel dato territorio si occupano del controllo dei disturbi alcol correlati a livello di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, con l'obiettivo di evitare di attivare servizi che si sovrappongono o precostituire situazioni in cui vi siano utenti che ricevono più del necessario, e molti altri privi dei servizi indispensabili di cui hanno bisogno. (A.C.A.T. Brescia; 2020).

L'ospedalizzazione, a meno che non sussistano particolari indicazioni, va evitata.

L'utente alcol dipendente deve essere seguito al di fuori della struttura ospedaliera in quanto gran parte del trattamento si basa sulla risoluzione delle difficoltà di ordine familiare e sociale che egli vive quotidianamente, e ciò non è possibile se gli è impedita una normale vita di relazione e se viene forzatamente allontanato dal suo contesto abituale di riferimento.

Le indicazioni per il trattamento ospedaliero delle persone che manifestano questa patologia si possono così riassumere.

Il trattamento ospedaliero è sempre indicato in presenza di un quadro clinico dato da patologie organiche ascrivibili all'alcol, sia per accertare lo stato del paziente, che per porre una diagnosi differenziale o instaurare una adeguata terapia.

In base al quadro clinico, il paziente verrà accolto nel reparto più idoneo o, in caso di una particolare emergenza, nel reparto di terapia intensiva.

Per esemplificare: i casi di cirrosi epatica verranno ricoverati nei reparti di medicina, i traumi in ortopedia, gli ematomi subdurali in neurochirurgia, i comi in terapia intensiva.



E' importante ricordare che con la precedente tipologia di ricovero si provvede alla diagnosi e alla cura dell'organo malato, ma non al trattamento di ciò che ne ha determinato l'insorgenza, l'alcol dipendenza.

Con le terapie intensive e con le cure mediche specialistiche si curano le complicanze dell'alcolismo, ma non si cura l'alcolismo e non si risolve il problema di fondo, che è costituito dal legame particolare fra l'individuo e l'alcol.

Proprio per questo è essenziale ridurre al minimo il periodo di ospedalizzazione.

In particolare il ricovero urgente sarà indicato nei casi in cui si è in presenza di una patologia alcol correlata in fase di scompenso acuto (pancreatite acuta, stato di male epilettico, cirrosi epatica scompensata) o di complicanze psichiche acute (delirium tremens, depressione grave, tentato suicidio, crisi di forte aggressività).

Oggi esistono diversi programmi alternativi al trattamento ospedaliero classico, tra cui spicca il trattamento territoriale con risultati di gran lunga migliori.

Fondamentale è che in tutti i casi descritti, da subito o non appena le condizioni del paziente lo consentano, si inizi il trattamento dell'alcol dipendenza, coinvolgendo l'intera famiglia.

Nel caso di persone senza famiglia, bisogna provvedere a coinvolgere nel percorso dei familiari sostitutivi, ad esempio degli amici, dei conoscenti, dei vicini di casa, dei volontari.

Non si può pensare di ottenere un buon risultato senza il coinvolgimento della famiglia.

Il trattamento nei Servizi di Alcologia o nei Servizi per le Dipendenze o Tossicodipendenze (SERD o SERT) viene consigliato alle persone che non presentano disturbi gravi e che hanno conservato una discreta consapevolezza nei confronti dei loro problemi.

Si tratta di persone per certi versi selezionate, che si presentano spesso spontaneamente per il trattamento. (A.C.A.T. Brescia; 2020).

I Servizi per le Tossicodipendenze (SerT), o Servizi per le Dipendenze patologiche (SerD), sono i servizi pubblici del Sistema Sanitario Nazionale italiano (SSN), dedicati alla cura, alla prevenzione e alla riabilitazione delle persone che hanno problemi conseguenti all'abuso ed alla dipendenza di sostanze psicoattive come droghe o comportamenti compulsivi come il gioco d'azzardo patologico.

Nei SerT operano professionisti qualificati e specializzati nella dipendenza come medici, infermieri, educatori, assistenti sanitari, assistenti sociali e psicologi. (Dipartimento per le politiche antidroga; n.d.).

I SerT attuano interventi di informazione, prevenzione, riduzione del danno, sostegno, orientamento, e cura delle dipendenze sia dei pazienti che dei loro congiunti.

Nello specifico, accertano lo stato di salute psicofisica del soggetto, definendo programmi terapeutici individuali da realizzare direttamente o in convenzione con strutture di recupero sociale, e valutano periodicamente l'andamento e i risultati del trattamento e dei programmi di intervento sui singoli tossicodipendenti in riferimento agli aspetti di carattere clinico, psicologico e sociale.

La possibilità di far accedere casi più o meno gravi in questi servizi dipende da una serie di fattori: il numero di operatori disponibili, la collaborazione esistente fra il servizio stesso e i programmi ospedalieri e territoriali, il servizio sociale e tutte le altre istituzioni della comunità. (Guida ai servizi ASUR Marche; n.d.).

Di norma i servizi di Alcologia e i SERD o SERT operano in stretto contatto con l'ospedale, con i medici dei programmi e dei servizi di prevenzione primaria e con le organizzazioni del lavoro ed i gruppi di sostegno presenti sul territorio di competenza.

Dal momento in cui tale approccio non porta a risultati funzionali, allora ci può essere il passaggio a un trattamento più intensivo, quello residenziale e/o di comunità.

Le prime comunità terapeutiche nacquero circa nella seconda metà del secolo scorso come servizio specifico destinato a persone con una dipendenza di o da sostanze psicoattive illegali.

Oggi il concetto di comunità è cambiato in relazione sia ai mutamenti sociali che culturali. Come sostengono Leopoldo Grosso e Maurizio Coletti (2011), nella società odierna sarebbe più corretto utilizzare il termine "Comunità Ridefinita".

Il concetto in questione si ricollega alla teoria del dottore ed esperto nel trattamento dell'abuso di sostanze George De Leon (2009) che individua quelli che sono i nuovi aspetti fondamentali della "Comunità Modificata", elementi che Leopoldo Grosso e Maurizio Coletti riassumono in: " la considerazione dell'uso di sostanze come una circostanza secondaria; la centralità dell'individuo; la prospettiva di una guarigione; la prospettiva di raggiungimento di uno stile sano di vita ai livelli individuale, micro e macro sociale".

La comunità terapeutica modificata, o ridefinita, è un ambiente protetto che prevede un trattamento residenziale della dipendenza con lo scopo di far ritrovare alla persona un equilibrio personale; essa si basa sulla scelta libera e volontaria e su una solida motivazione.

Un altro pilastro fondamentale nel trattamento delle dipendenze è rappresentato dai gruppi di sostegno e di auto mutuo aiuto (AMA); ne è un esempio l'associazione degli "Alcolisti Anonimi" (AA), nata nel 1935 come supporto pressoché esclusivo della dipendenza da alcol.

In queste associazioni, le persone con problemi di alcolismo si incontrano in forma anonima e mettono in comune la loro esperienza e capacità di aiuto con il fine di risolvere il comune problema di alcolismo. L'unico requisito per divenire membri dell'associazione è desiderare di smettere di bere. L'associazione si sostiene in modo completamente autonomo con i contributi dei soci, non aderisce ad alcuna confessione, idea politica o altra organizzazione ed i suoi soci operano esclusivamente con lo scopo di rimanere sobri ed aiutare altri alcolisti a raggiungere la sobrietà. L'anonimato è uno degli elementi basilari del Programma di recupero, ma esso riguarda solo i singoli membri e non l'associazione, che al contrario opera apertamente nella società tramite i suoi organi di segretariato. L'anonimato ha avuto e continua ad avere una finalità difensiva rispetto ai pregiudizi e allo stigma sociale spesso riservato agli alcolisti; tuttavia la sua funzione principale è quella di garantire una completa uguaglianza fra tutti i membri del gruppo, al di là delle differenze sociali, culturali, economiche e di storia personale; attraverso l'anonimato è più facile accettare e considerare tutti i membri del gruppo allo stesso modo, senza giudicare o escludere nessuno. L'anonimato inoltre garantisce che i membri aiutino i loro simili per puro spirito di servizio, senza attendersi in cambio niente che non sia la soddisfazione personale che ne ricavano, con un atteggiamento di umiltà che è una chiave molto importante dell'intero programma di recupero. (Ministero della salute; 2019).

Curare una persona alcol dipendente non è sempre semplice, in quanto spesso chi ne è vittima non riconosce di avere un problema.

Prendersi cura di un soggetto dipendente da alcol significa prima di tutto aiutarlo a riconoscere che ha un problema, secondariamente essergli accanto lungo il percorso di cura e riabilitazione.

Uscire dall'alcol dipendenza è possibile, ma è necessario affidarsi.

Secondo quanto si legge dalla letteratura internazionale, la terapia di gruppo risulta essere uno strumento efficace per la cura del paziente alcolista.

Gli obiettivi del percorso di cura sono (Ospedale Maria Luigia; 2020):

- ✓ **Aumentare la motivazione al cambiamento.**
- ✓ Divenire maggiormente consapevoli della propria problematica.
- ✓ Trovare nel gruppo un supporto al processo di cambiamento.
- ✓ Migliorare la gestione delle proprie emozioni.

L'approccio motivazionale, anche conosciuto come Colloquio Motivazionale, nasce in Norvegia nel 1982; inizialmente applicato soprattutto nell'ambito delle dipendenze, oggi è definito come "uno stile collaborativo di conversazione volto a rafforzare la motivazione e l'impegno al cambiamento di una persona, (...) è una conversazione sul cambiamento" (Hinnenthal I. M., Cibin M. 2011).

Fondamentale in questo metodo è allora la relazione collaborativa che deve esserci con l'utente, è grazie a essa che si può evocare la sua motivazione, la sua consapevolezza e il suo riconoscere e accettare il cambiamento. Tale approccio prevede non tanto un dirigere o un seguire, ma piuttosto un guidare, un non fare né troppo né troppo poco.

Importante è che il Colloquio Motivazionale non sia manipolazione, alla base ci deve sempre essere il suo spirito fondante, un determinato atteggiamento emotivo e cognitivo caratterizzato da quattro elementi chiave: la collaborazione, quindi la presenza attiva di tutti gli attori coinvolti; l'accettazione, implica una valorizzazione assoluta della persona e della sua autonomia con un interesse attivo e uno sforzo di comprensione della prospettiva dell'Altro; la propensione all'aiuto, ovvero la scelta di impegnarsi a ricercare e favorire il benessere degli altri e l'evocazione di quel qualcosa che le persone già hanno in sé, ma che spetta all'operatore aiutare a far emergere.

Come già Carl Rogers sosteneva nel suo testo "Terapia centrata sul cliente", anche l'essenza dell'approccio motivazionale risiede nel porre al centro dell'intervento il punto di vista dell'Altro; alla base di ogni azione deve sempre esserci il soggetto che diventa attore attivo del suo destino.

Il Colloquio Motivazionale si sviluppa in quattro processi (Miller W. R, Rollnick S. 2014):

**Stabilire una relazione**

È l'attimo in cui due soggetti, ognuno con le proprie aspettative e le proprie "lenti", entrano in una relazione proficua e collaborativa, un rapporto terapeutico;

**Focalizzare**

Questo passo prevede l'esplicitazione del motivo per cui si attua il colloquio, permette la definizione della via per attuare il cambiamento, è la fase in cui si delineano i cambiamenti che la persona vuole attuare;

**Evocare**

Il terzo processo presuppone il portare in superficie le motivazioni al cambiamento insite nella persona; è il momento in cui si deve dar voce alla persona e alle sue ragioni garantendo accettazione, aiuto e sostegno per rafforzare la motivazione personale;

**Pianificare**

È l'ultimo stadio del processo raggiungibile solo quando la persona è davvero disponibile a voler cambiare e necessita allora di una pianificazione, di un aiuto nell'organizzare la svolta.

Parlando di cambiamento però non si può non fare riferimento al modello degli stadi del cambiamento (Rollnick S., Mason P., e Butler C. 2013) che cerca di descrivere come i pazienti si muovono nei processi decisionali e nella modifica dei propri comportamenti. Questo modello prevede un primo momento di pre-contemplazione in cui non vi è ancora un pensiero concreto di cambiamento. Nella seconda fase, la contemplazione, invece, c'è una sorta d'ideazione, la nascita di un pensiero, di un voler far qualcosa, ma ancora non si fa nulla. La terza fase è quella della determinazione, ovvero della reale pianificazione, seguita dall'azione, quindi la realizzazione di quello che si è pensato e organizzato, fino al mantenimento del nuovo comportamento.

È utile conoscere questa suddivisione in quanto permette di riconoscere dove si può trovare la persona e, quindi, attuare interventi funzionali anche per mezzo del Colloquio Motivazionale.

## **2.4 Case Management applicato al paziente con dipendenza patologica**

Si tratta di un approccio ancora poco diffuso e richiede l'integrazione tra i componenti di un'équipe multidisciplinare e l'identificazione di un operatore che acquisisca il ruolo di case manager.

L'individuazione di un referente del caso, il case manager appunto, consente una presa in carico che assicura una maggiore protezione del paziente e della sua famiglia e permette una gestione più attiva del caso stesso.

La metodologia clinica della rilevazione dei bisogni specifici, dell'offerta di interventi differenziati e integrati e della garanzia della continuità terapeutica rappresenta il modello di lavoro appropriato per la psichiatria di comunità. (Cassis I. 2006).

Il percorso di presa in carico di tali persone si configura come un progetto caratterizzato da:

- ✓ Elevata complessità organizzativa,
- ✓ Rilevante specificità professionale,
- ✓ Capacità di gestire l'integrazione sociosanitaria.

Il case management nei servizi psichiatrici è caratterizzato dal fatto di essere un percorso molto intensivo e relativamente lungo; l'intervento di base è l'accompagnamento della persona affetta da disturbi psichici nel suo contesto di vita per facilitare la riacquisizione delle abilità legate alla vita quotidiana quali: l'igiene personale, l'abbigliamento, i pasti, le faccende di casa, la spesa, la gestione del denaro e dell'alloggio.

Il case management si attua con forme di accompagnamento nell'ambiente di vita, ovvero con la "presa in carico", attraverso:

- ✓ L'offerta di un supporto alla persona e alla famiglia;
- ✓ La costruzione di un progetto che preveda un'organicità di intervento, non frammentato, da parte dei servizi;
- ✓ L'instaurazione di un legame che valorizzi le risorse dell'ambiente.

Il case management nei servizi psichiatrici permette di superare la parcellizzazione specialistica e pluriprofessionale e di gestire l'evento malattia e la persona mediante un progetto unitario ed una presa in carico responsabilizzata consentendo la gestione

territoriale del paziente e accrescendo la possibilità di reinserimento sociale riducendo così i costi ad esempio con un minor ricorso all'ospedalizzazione.

La realizzazione di questo percorso comporta necessariamente un forte investimento sul lavoro d'équipe; équipe intesa come gruppo multiprofessionale in grado di sviluppare una accurata lettura della dimensione biopsicosociale del paziente, di integrare i dati di osservazione e di modulare una progettualità terapeutica coerentemente articolata. (Cassis I. 2006).

È quindi necessaria l'assunzione, da parte dell'équipe, di alcune funzioni:

- 1) Funzione clinica e terapeutica, nella sua componente medica e psicologica, costantemente centrata sul paziente e sui suoi bisogni, ed in stretta collaborazione con il medico di medicina generale; tale funzione non può che essere orientata allo sviluppo di un contratto terapeutico, evitando inappropriate e incompatibili committenze finalizzate al mero controllo sociale;
- 2) Funzione assistenziale, intesa nel senso di relazione ad elevata e specifica professionalità, che consenta di realizzare a favore del paziente l'indispensabile sostegno agli aspetti deficitari rispetto al proprio contesto socio-ambientale; l'assistenza, in tale specifica accezione, è intesa come dimensione relazionale di accoglienza, condivisione e di aiuto, finalizzata a sostenere e incrementare il funzionamento psicosociale;
- 3) Funzione di integrazione dell'approccio multiprofessionale, da esplicarsi in un progetto terapeutico-assistenziale centrato sul contesto di vita del paziente attraverso la valorizzazione dell'apporto delle diverse professionalità, con particolare riferimento a quella infermieristica, sociale ed educativa.

L'infermiere case manager in psichiatria è l'operatore in grado di coordinare i vari interventi tra la rete dei servizi e il destinatario, tra le diverse istituzioni e gli operatori, di accompagnare il paziente nel suo percorso di cura e di monitorarne il progetto. (Moriconi I. 2019).

L'infermiere svolge attualmente alcune importanti funzioni di case management, con modalità diversificate e pertanto con scarso riconoscimento.

In tale evoluzione di ruolo, l'infermiere assume maggiore rilievo come mediatore delle esigenze dell'utente e migliora la capacità dei diversi servizi di prendersi cura di lui nella sua globalità.

La competenza professionale dell'infermiere è formata dalla combinazione di conoscenze professionali, di capacità e abilità professionali e di orientamenti per sapere individuare la domanda di assistenza infermieristica (i bisogni) dando ad essa una risposta (la prestazione infermieristica) adeguata in tempi e modalità convenienti.

Le decisioni e le conseguenti azioni poste in essere dall'infermiere consistono nell'adattare le conoscenze e i principi generali, acquisiti nel corso del piano di studi, al caso specifico. (Nurse Times, 2018).

L'infermiere che ha interiorizzato sul piano culturale gli elementi di base del management infermieristico diventa più autonomo nel trasferirli nel momento operativo attraverso comportamenti e atteggiamenti idonei al caso trattato.

Egli rappresenta colui che coordina, attraverso l'attivazione di una rete di interventi formali e informali, l'insieme delle cure erogate, da professionisti e non, allo scopo di migliorare, mantenere e ristabilire il benessere dell'individuo.

Professionista in possesso di competenze specifiche, l'infermiere case manager è in grado di attuare modelli organizzativi e gestionali che ottimizzino l'impiego delle risorse e garantiscano così una migliore produttività delle strutture e una maggiore efficacia delle prestazioni erogate, il cui insieme non è visto come sommatoria bensì come rete.

La struttura a rete risulta particolarmente indicata per descrivere l'attuale assetto dei servizi per la persona e la collettività, inclusi i servizi infermieristici: l'infermiere territoriale, per esempio, se ne può avvalere per descrivere i legami esistenti tra l'assistito e il suo sistema di supporto formale e informale.

La rete non è solo uno strumento descrittivo, ma indica un insieme di rapporti tra più servizi e operatori "da attivare e mantenere" per tutelare la salute del cliente globalmente considerata.

Un agire professionale coerente con tale visione presuppone capacità di coordinamento e integrazione: esse sono necessarie in primo luogo per l'infermiere case manager, ma in qualche misura sono tutti gli infermieri a doverle sviluppare. (Marconcini S. Rinaldi M., 2007).



Le parole chiave nel ruolo e funzioni degli infermieri case manager sono:

***Integrazione assistenziale***, intesa come carenza fra ciò che è stato progettato con ciò che viene realizzato;

***Coordinamento dell'assistenza***, inteso come modalità in cui il progetto assistenziale è seguito da tutti i soggetti coinvolti;

***Continuità assistenziale***, intesa come l'estensione del progetto assistenziale in tutti gli ambiti di svolgimento. (Nurse Times, 2018).

Il programma di case management è quindi realizzato per ottimizzare l'integrazione, il coordinamento e la continuità dell'assistenza al paziente.

Inoltre, in molti ambiti, fornisce la possibilità di focalizzare l'attenzione anche sulla prevenzione della malattia e sulla promozione della salute.

Le principali funzioni dell'infermiere case manager possono essere riassunte in:

- ✓ Accompagnamento dell'utente nel percorso di cura attraverso una buona relazione e un'alleanza con il paziente; valutazione della richiesta di bisogno senza dispersione di risorse in quanto si ha un solo interlocutore, un referente specifico;
- ✓ Intermediazione tra l'utente e l'esterno; mappatura del territorio e suo utilizzo attraverso la messa in comune delle informazioni con una maggiore conoscenza delle strutture per una migliore presa in carico del paziente e utilizzo della rete anche per gli altri utenti;
- ✓ Integrazione servizi coinvolti nel percorso di cura attraverso una migliore conoscenza dei servizi per favorirne l'accesso, per superare la frammentarietà e una maggiore coerenza degli interventi ed una migliore organizzazione del lavoro;
- ✓ Coordinamento della micro-equipe dalla condivisione del progetto senza sovrapposizione di ruoli, con attivazione delle risorse al momento e nei tempi adeguati;
- ✓ Referente del percorso di cura quale garante del progetto e della qualità delle prestazioni erogate;
- ✓ Monitoraggio del Progetto terapeutico Individuale; raccolta di informazioni, conoscenza accurata del paziente, migliore qualità dell'assistenza con confronto

sugli interventi e obiettivi intermedi per la garanzia dell'efficacia e della continuità del progetto.

- ✓ Valutazione del progetto attraverso la riformulazione degli obiettivi, l'adeguamento al programma con una costante verifica della congruità della presa in carico, oltre alla revisione delle risorse investite (personale ed economiche) e l'utilizzo appropriato dei servizi. (Nurse Times, 2018).

Il ruolo del medico di medicina generale è importante, sia in fase preventiva e di identificazione precoce, considerata la difficoltà di svelamento della patologia alcolica, come pure nella diagnosi, nella motivazione e nel trattamento vero e proprio.

In quest'ultimo settore l'accoppiamento di tecniche di counseling con farmaci specifici permette oggi ottimi risultati. (Cibin M. Lucchini A. Rossi A. 2013).

Non vanno infine dimenticati i familiari, spesso coinvolti nel problema.

In tale ambito si usa il termine co-dipendenza per indicare il comportamento e il funzionamento relazionale ed emotivo dei familiari degli alcolisti, non di rado con coinvolgimenti francamente patologici. (Cibin M. Lucchini A. Rossi A. 2013).

L'alcolismo è una patologia che permette una soddisfacente e attenta attività clinica in rete territoriale a opera del medico di medicina generale.

I Servizi per la Dipendenze territoriali, spesso con unità specifiche per l'alcolologia, sono presenti in ogni ASL.

In genere sono articolazioni organizzative dei Dipartimenti delle Dipendenze.

Offrono un approccio di tipo multidisciplinare, con il concorso di medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali ed educatori.

Assicurano in modo gratuito e diretto attività di accoglienza, prevenzione, promozione della salute, formazione, epidemiologia, diagnosi e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi.

L'attività di rete territoriale è essenziale: verso gli ospedali, il medico di medicina generale, i servizi sociali comunali, il sistema normativo e i tribunali, il sistema dell'auto aiuto, le comunità di riabilitazione. (Cibin M. Lucchini A. Rossi A. 2013)

Il sistema dell'auto aiuto, con i capisaldi di Alcolisti Anonimi (AA) e Club Alcologici Territoriali (CAT), offre risposte differenziate di tipo individuale e di gruppo, con accesso anche in questo caso diretto e gratuito.

Il sistema ospedaliero agisce sulle patologie alcol correlate, che purtroppo possono interessare quasi tutti gli organi e apparati, con interventi di monitoraggio e cura.

Sono presenti in Italia strutture riabilitative specialistiche ospedaliere con programmi specifici alcologici, sia pubbliche che private.

Si stanno affermando anche strutture residenziali sul modello delle comunità terapeutiche per affrontare aspetti clinici di particolare necessità riabilitativa e/o situazioni personali e relazionali complesse a causa dell'alcol, in stretto rapporto con i servizi territoriali.

La rete territoriale vede un intenso impegno dei servizi sociali comunali e dei tribunali, in primo luogo quello per i minorenni, per le notevoli conseguenze sociali e relazionali che la patologia alcolica procura ai singoli e alle famiglie. (Cibin M. Lucchini A. Rossi A. 2013).

Il fenomeno delle dipendenze è e rimane un fenomeno complesso, in stretta relazione, oltre alle scelte individuali, con tutta una serie di fattori di ordine sanitario, culturale, sociale, educativo e legale.

La tipologia dei consumatori è sempre più diversificata, coinvolgendo sia i giovanissimi che le persone adulte.

Sono sempre più diversificati anche i comportamenti e le nuove modalità di consumo sia delle sostanze "storiche" che di nuove sostanze.

Tale complessità rischia di disorientare sanitari ed educatori, lasciando un pericoloso spazio a slogan sbrigativi, interventi salvifici senza basi scientifiche o ad una cupa rassegnazione, dove invece ci dovrebbero essere competenza, esperienza e percorsi validati, pur nella complessità della problematica. (Olivieri V. 2015).

E' cosa ormai nota ed assodata che il trattamento della dipendenza da sostanze, sia illecite che legali, debba prevedere un intervento integrato pluri-professionale ed abbia nell'ambito territoriale la sua sede naturale, essendo per definizione, la dipendenza da sostanze una patologia cronica-recidivante.

Qualsiasi intervento di detossificazione, ove ritenuto indispensabile ed improrogabile, deve necessariamente, diversamente da quasi ogni altro intervento medico con i caratteri d'urgenza, tenere presente la prevenzione della ricaduta; soprassedere a tale visione significa molto spesso condannare il paziente ad una dolorosa ricaduta,

sfiduciando lui ed il suo ambito familiare e, cosa non trascurabile in tempi di risorse sempre più limitate, non tenere conto di costi e benefici. (Olivieri V. 2015)

L'assenza di formazione specifica sulle dipendenze patologiche e lo scarso training che il personale sanitario riceve nell'approcciare il disagio sociale e la sofferenza psichica, comporta una significativa mancanza di coinvolgimento nei processi di cura, ritenendo troppo spesso l'uscita da una dipendenza più un evento che un processo, più un fatto privato del paziente legato ad una sua cattiva abitudine, piuttosto che "una normale malattia mentale" codificata e con precise linee guida nella cura. (Olivieri V. 2015)

Il case management fornisce un contributo unico all'integrazione dell'assistenza sanitaria, dei servizi sociali e di altri servizi settoriali e sostiene le persone con condizioni di salute complesse.

## **2.5 Il fenomeno alcol dipendenza nelle Marche**

Dipendenze: nelle Marche in crescita uso di alcol, droga e gioco patologico

Rispecchia lo scenario nazionale la situazione delle Marche sulla problematica dipendenze: i dati dell'Osservatorio Regionale Dipendenze (istituito presso l'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione) confermano un aumento dell'uso di droga, alcol e gioco patologico. Nell'ultimo decennio sono aumentate da 4852 nel 2005 a 5420 nel 2015 le richieste di aiuto al problema sostanze stupefacenti rivolte ai Servizi territoriali per le Dipendenze Patologiche dell'Asur Marche. In maniera consistente si sono aggiunte persone con problemi di alcol: da 1231 nel 2005 a 1640 nel 2015.“

Il consumo di sostanze riguarda prevalentemente gli uomini (nel 2015 sono stati 4557 a fronte di 863 femmine) mentre l'abuso di alcol cresce tra le donne, da 323 nel 2010 a 453 nel 2015.“

Soffrono di dipendenze, e per questo si rivolgono ai Servizi, persone di ogni età, genere, provenienza ed estrazione sociale, soggetti con problemi, anche gravi, di salute sia fisica che psichica. Mentre per la dipendenza da gioco i dati mostrano una "trasversalità" del fenomeno che tocca sia la popolazione giovanile che adulta e anziana, per la dipendenza da sostanze e da alcol emergono alcune specificità: si registra un incremento dei soggetti con una problematica di sostanze stupefacenti in età "giovanissima" (meno di 15 anni e tra i 15 ed i 19 anni) passati da 313 nel 2014 a 368 nel 2015, parallelamente

alla presenza, sempre più consistente, di persone in età avanzata (un progressivo invecchiamento dell'utenza in carico con bisogni non solo socio-sanitari ma sempre più di tipo assistenziale). Rispetto alle sostanze alcoliche è basso e senza variazioni di rilievo il numero dei giovanissimi che, nel corso degli ultimi anni, si sono rivolti ai Servizi nelle Marche: nel 2015, 4 casi con meno di 19 anni e 50 casi di età tra i 19 e 29 anni. Anche per l'alcol è in atto un processo di cambiamento: diminuisce il consumo tradizionale basato sull'assunzione moderata di vino più diffusa negli anziani, e aumenta il consumo occasionale che coinvolge i più giovani, di entrambi i sessi, per i suoi effetti psicoattivi. Tra i diciottenni nelle Marche si propaga il 'binge drinking' o 'abbuffata alcolica', il consumo di molto alcol in un breve arco di tempo frequentando discoteche e aumentando il rischio di incidenti stradali. (AnconaToday, 2017)

Nelle Marche, circa l'11% della popolazione oltre gli 11 anni, nel 2016, ha ecceduto nel bere in maniera abituale. Una situazione che rispecchia l'andamento nazionale, come precisa Carlo Ciccioli, responsabile del Dipartimento Dipendenze Patologiche di Ancona: «Una tendenza più frequente nelle zone dell'entroterra, dove però il consumo è più controllato perché connotato alla cultura locale. I giovani nelle Marche bevono soprattutto in maniera occasionale o nei week end. La mancanza del controllo nel quantitativo di alcool assunto è frequentemente legato al consumo concomitante di altre sostanze, soprattutto Cannabis, Anfetamine e Cocaina. Un elemento che comporta spesso ricadute sociali e condotte molto trasgressive, come bullismo, vandalismo, liti e risse, soprattutto nei luoghi della movida.

L'età di più frequente assunzione di alcolici è la tarda adolescenza dai 16-17, ma gli episodi di abuso più pericolosi per la salute avvengono intorno ai 12-13 anni, quando abusano in maniera estrema, in alcuni casi fino addirittura ad arrivare al coma etilico o allo svenimento, in occasioni come feste e compleanni. Un comportamento molto pericoloso, se si considera che a quell'età il metabolismo è più lento e quindi impiegano più tempo per smaltire l'alcool ingerito». La birra è tra le bevande più consumate dai ragazzi, seguita dai superalcolici, dai soft-drink e dagli aperitivi. Più raro il vino. «Le condotte alcoliche portano più spesso a due tipi di situazioni: risse, accompagnate anche da accoltellamenti e bottigliate con conseguenti lesioni gravi, e gli incidenti stradali, specie se l'alcool è abbinato alle droghe, come la Cannabis, in questo caso i ragazzi perdono spesso il controllo dell'auto

finendo fuori strada», spiega Luca Natalucci, segretario provinciale di Polizia Locale di Ancona.

Infatti cocktail, vino e superalcolici sono responsabili della maggior parte degli incidenti stradali, specie durante i week-end, quando i ragazzi si lasciano andare al binge drinking e assumono quantità smodate di alcol tutto in una volta. La legge che regola la guida in stato di ebbrezza (Dgls. 285/1992- articolo 186) stabilisce norme severe per chi è sorpreso ubriaco al volante. «Guidare in stato di ebbrezza è un reato punito con sanzioni diverse a seconda del tasso alcolemico riscontrato nel sangue – spiega Luca Natalucci – se il conducente viene beccato alla guida con un valore che va da 0,5 a 0,8 grammi per litro (g/l) la legge prevede una sanzione amministrativa da 532 a 2.127 euro e la sospensione della patente di guida da 3 a 6 mesi. Se invece il tasso alcolemico supera gli 0,8 grammi per litro ma non oltrepassa il valore di 1,5 g/l l'ammenda sale e la sanzione da pagare va dagli 800 ai 3.200 euro, con l'arresto fino a sei mesi e la sospensione della patente di guida da 6 mesi ad 1 anno. Nei casi più estremi con valori oltre 1,5 grammi per litro g/l, l'ammenda varia dai 1.500 ai 6.000 euro, con l'arresto da sei mesi a un anno e la sospensione della patente da 1 a 2 anni. Se il veicolo appartiene a persona estranea al reato la durata della sospensione della patente è raddoppiata, inoltre il titolo di guida è sempre revocato in caso di recidiva nello stesso biennio».

Con la sentenza di condanna, anche se è stata disposta la sospensione condizionale della pena, scatta sempre anche la confisca del veicolo, salvo che non appartenga a persona estranea al reato. Nel caso in cui il conducente in stato di ebbrezza provochi un incidente in stradale, le sanzioni raddoppiano e viene disposto anche il fermo amministrativo del veicolo per 180 giorni, e se il suo tasso alcolemico supera 1,5 grammi per litro g/l il titolo di guida è sempre revocato.

Pene molto severe che però non fermano ancora le stragi del sabato sera. Serve un cambio di cultura e di abitudini come spiega Luca Natalucci, segretario provinciale di Polizia Locale: «Sarei propenso a seguire la linea di alcuni paesi europeisti dove il tasso alcolemico deve essere pari a zero, ma dove c'è anche una diversa organizzazione tra i ragazzi. Ci sono tante possibilità per divertirsi in maniera sobria senza rischiare, con coscienza e senso di responsabilità che ogni maggiorenne dovrebbe avere, per evitare di uccidere se stessi o gli altri».

Guidatore designato, ricorso ai mezzi pubblici o taxi, sono solo alcune delle soluzioni che possono essere adottate per non rischiare la patente di guida e soprattutto la vita.

Un fenomeno, quello dell'alcolismo giovanile, incentivato anche dal cattivo rapporto dei ragazzi con le famiglie. «L'alcolismo giovanile è un fenomeno epocale – sottolinea Ciccioli – che vede nella perdita della relazione dei ragazzi con i genitori, una delle cause maggiori. I genitori sono sempre più spesso assorbiti dal lavoro e in alcuni casi da condizioni di precarietà. Frequentemente si tratta di nuclei familiari dove è presente un solo genitore, perché magari sono figli di coppie separate. I nonni non ci sono e i ragazzi crescono da soli, non ricevono un processo educativo adeguato, anche perché al giorno d'oggi non ci sono più i grandi educatori di un tempo: la famiglia non è più presente, i ragazzi non frequentano gli oratori e neanche i gruppi sportivi e la scuola non educa più è diventata nozionistica. I ragazzi oggi si trovano a crescere da soli e apprendono più spesso dal gruppo dei pari, è in questo che si possono formare leadership positive, quando tendono ad introdurre passioni sportive, musicali, o negative se invece si costituiscono in bande di bulli, delinquenti o trasgressivi».

Una formazione, quella dei coetanei, che può essere positiva o negativa, a seconda delle persone incontrate. «Altro aspetto importante – precisa lo psichiatra – è il ruolo della rete e l'impatto delle nuove tecnologie sui giovani. Un discorso delicato, per molti ragazzi il computer diventa l'altro se, la loro identità si forma con questo, uno strumento che li porta a perdere la capacità di relazionarsi con gli altri, perché la relazione è mediata dal video, da Facebook, dalla connessione ad internet. Tutto questo produce una grande distorsione comunicativa: i ragazzi non sono più se stessi, ma la rappresentazione di come si manifestano su internet e sui social. Non conta più come si è veramente, ma come si appare».

È un vero e proprio allarme quello lanciato da Ciccioli: per alcuni ragazzi, internet rappresenta una parte significativa della giornata, che trascorrono per gran parte inchiodati al PC, con una «Contrapposizione fortissima tra reale e virtuale. Allora sui social si trovano ragazzi molto aggressivi sulla rete, ma molto timidi nella realtà, con tendenze collettive e non individuali. I processi di identificazione risultano disturbati dalla globalità della rete, e ci sono ragazzi che arrivano a compiere azioni solo perché scritto sulla rete, o a mettere in scena gesti estremi solo perché poi saranno condivisi sui social.

Comportamenti dei quali forse non ci si può stupire, se si considera che la maggior parte degli adolescenti è bombardata da una serie enorme di stimoli negativi, che passano spesso anche attraverso i media. Modelli positivi e modelli negativi che vengono continuamente proposti. In questo senso un grande veicolo è la musica, e uno tra i pezzi più popolari ascoltati dai teenagers in questo periodo parla di cocaina.

Occorre recuperare la relazione e il rapporto con le famiglie, dare senso ai comportamenti e all'agire dei ragazzi. C'è un brano di Vasco Rossi, dove l'artista cantando afferma che "bisogna dare un senso a questa cosa che un senso non ce l'ha". Ecco questa frase fotografa bene l'esatta condizione dei giovani, che hanno sempre una domanda di senso a cui gli adulti devono dare una risposta.

I giovani vivono di emozioni e contenuti, invece gli adulti di abitudini, che possono anche essere prive di senso e di emozioni. Le famiglie devono recuperare la relazione con i figli e ascoltarli, se non è possibile in questi casi è bene rivolgersi ai servizi e cercare di ricostruire la rete di amicizie per i figli. Al dipartimento dipendenze patologiche è attivo un servizio dedicato ai minori». (Appignanesi A., 2018).



## CAPITOLO 3. RICERCA

### 3.1 Obiettivo

L'applicazione del modello assistenziale del case management all'interno dei servizi territoriali relativi alle tossicodipendenti, e più nello specifico dell'alcol dipendenza, migliora la qualità dell'assistenza?

Qualità dell'assistenza intesa in termini di successo nel percorso di riabilitazione, minori ricadute, minori ricoveri ospedalieri in seguito di intossicazioni acute, migliore coordinamento ed organizzazione dei servizi territoriali, miglior rapporto costo efficacia, maggiore qualità percepita dagli utenti ed i loro familiari.

### 3.2 Materiali e metodi

Indagine conoscitiva rivolta alla popolazione infermieristica afferente ai Dipartimenti di Salute Mentale e a Strutture riabilitative private convenzionate di tutto il territorio italiano, volta ad evidenziare la reale conoscenza ed applicazione del modello del Case management nell'area delle dipendenze patologiche, e più nello specifico dell'alcol dipendenza.

L'indagine è stata condotta per mezzo di un questionario secondo scala Likert. (Mai, Raramente, Spesso, Sempre)

Il questionario, elaborato con Google Moduli ([docs.google.com](https://docs.google.com)), si compone di una prima porzione relativa alla raccolta dei principali dati socio-demografici, a cui segue il vero e proprio questionario, di 11 items, che si propone di indagare la reale applicazione del modello del case management all'interno dei servizi rivolti alle dipendenze patologiche ed in particolar modo l'alcol dipendenza.

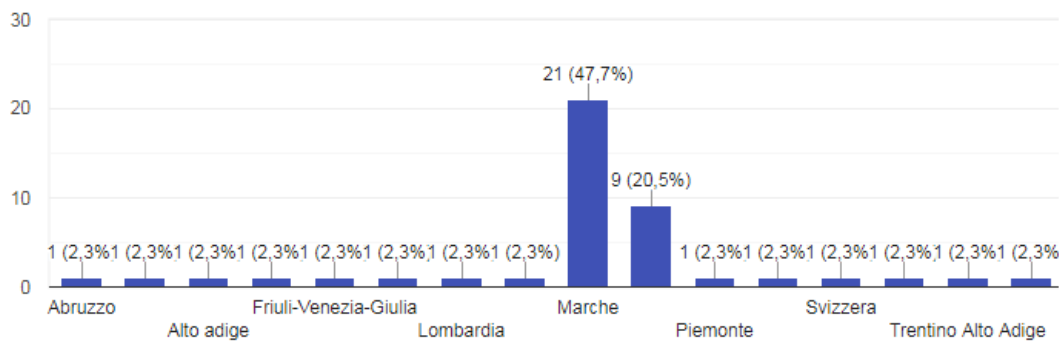
Ad ogni item può essere associato un punteggio: "Mai, Raramente, Spesso, Sempre" legato alla frequenza con cui il dato item si dimostra vero.

Il questionario è stato somministrato on-line tramite la piattaforma Google Moduli, garantendo il completo anonimato.

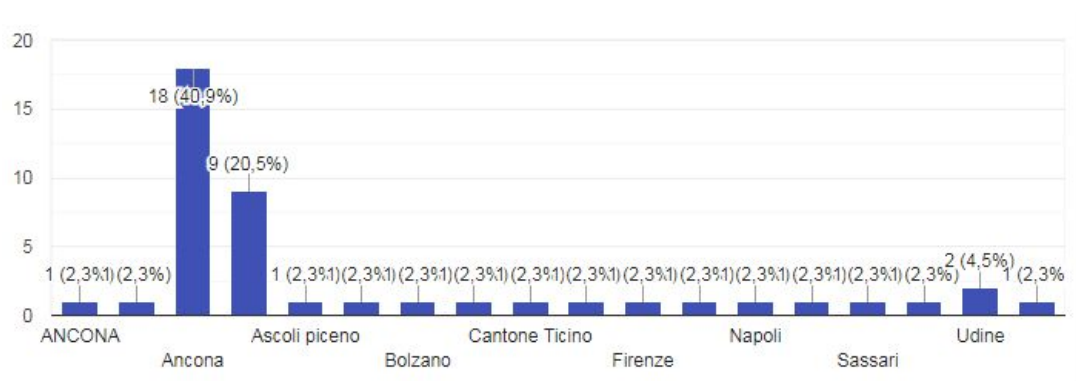
### 3.3 Analisi dei risultati

La partecipazione all'indagine è stata volontaria, vi hanno aderito 44 infermieri.

#### *Regione*



#### *Provincia*



#### *Genere*

Il totale del campione comprende 44 infermieri, di cui 29 femmine (65,9%) e 15 maschi (34,1%).

#### *Fascia d'età*

Il totale delle fasce d'età è così composto: il 9.1% ha un'età compresa tra i 21 ed i 30 anni, il 25% ha un'età compresa tra i 31 ed i 40 anni, il 31.8% ha un'età compresa tra i 41 ed i 50 anni, il 25% ha un'età compresa tra i 51 ed i 60 anni ed infine il 9.1% ha un'età maggiore di 60 anni.

### *Titolo di studio*

I titoli di studio conseguiti dal campione analizzato sono così suddivisi: il 47,7% possiede una laurea triennale, il 25% un diploma regionale, il 13,6% un diploma regionale ed un ultimo 13,6% Una laurea magistrale.

### *Anni di esperienza lavorativa*

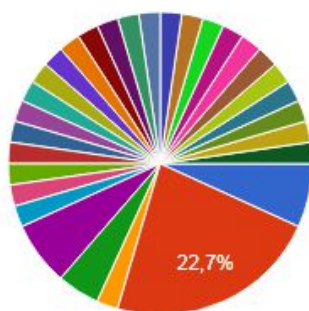
Il totale degli anni di esperienza si compone così: il 13,6% ha un'esperienza compresa tra 1 e 5 anni. Tra i 6 anni ed i 10 anni di esperienza troviamo un totale del 2,3% degli infermieri, mentre un 84,1% di questi ha un'esperienza superiore ai 10 anni.

### *Ruolo lavorativo*

L'88,6% del campione indagato svolge il ruolo di Infermiere all'interno della sua realtà lavorativa, mentre l'11,4% svolge il ruolo di coordinatore infermieristico.

### *Area Lavorativa*

Il questionario è stato rivolto agli infermieri operanti all'interno del dipartimento delle dipendenze ed a strutture riabilitative private convenzionate, essendo ad accesso libero hanno aderito anche infermieri afferenti ad altri distretti, aziende ospedaliere ed istituti privati non primariamente coinvolti nel mondo delle dipendenze patologiche e più nello specifico dell'alcol dipendenza.



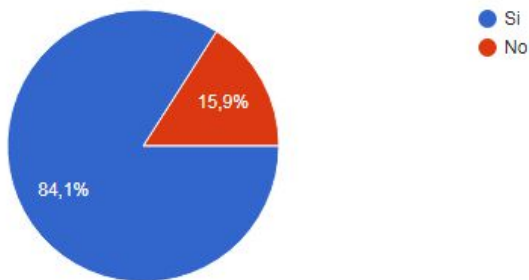
**Figura 1, Area Lavorativa**

- Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
- Servizio Territoriale Ser-D/Ser-T
- Centro riabilitativo per le dipendenze
- Strutture private convenzionate
- Struttura pubblica
- I. N. R. C. A.
- Farmacia ospedaliera
- Cure specialistiche Territoriali
- Rianimazione
- Ospedale pubblico
- Medicina interna
- Sala operatoria
- DEA
- REPARTO COVID
- CDO/STDP
- Distretto
- Reparti chirurgici
- Csm
- Psichiatria
- Riabilitazione
- Centro diurno psichiatrico
- Cardiologia
- Chirurgia /urologia
- Progetti riabilitativi territoriali
- Dialisi
- Ospedale Geriatrico
- 118
- Area geriatrica
- SRR
- Continuità cure

### *Tipo di occupazione*

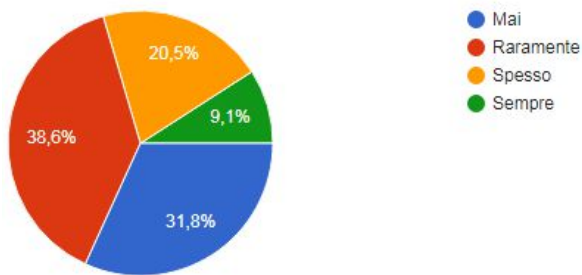
Il 100% del campione in esame ha un'occupazione a tempo indeterminato.

### *Conosce il modello assistenziale del case management?*



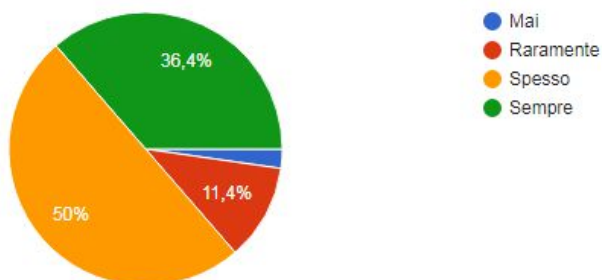
La quasi totalità del campione, l'84.1% , dichiara di conoscere il modello assistenziale del case management, mentre soltanto il 15,9% afferma di non averne mai sentito parlare.

*Il modello di case management viene applicato nella sua realtà lavorativa?*



L'applicazione del suddetto modello assistenziale all'interno delle varie realtà lavorative è scarsa: il 9,1% dichiara che il modello viene sempre applicato, il 20,5% dichiara che il modello viene spesso applicato, il 38,6% dichiara che il modello viene raramente applicato ed infine il 31,8% dichiara che il modello non viene mai applicato.

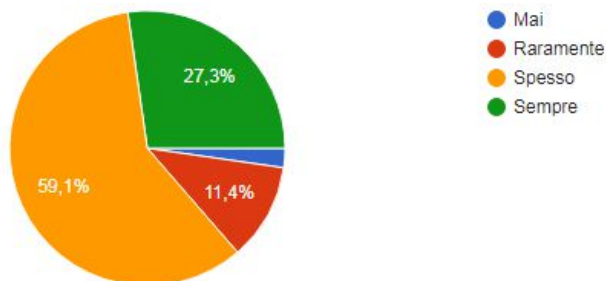
*Crede che l'applicazione di questo modello possa migliorare la qualità dell'assistenza erogata?*



La maggior parte dei professionisti crede fortemente che la sua applicazione possa apportare significativi risultati in termini di qualità dell'assistenza erogata.

Il 36,4% crede che l'applicazione del case management procuri sempre il miglioramento della qualità dell'assistenza, il 50% crede che ciò avvenga spesso, l'11,4% che ciò avvenga raramente ed infine il 2,3% che ciò non avvenga mai.

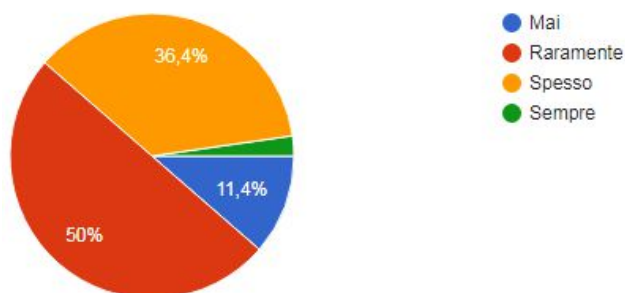
*In particolare crede che l'applicazione del modello di case management possa rendere più efficace la riabilitazione dei soggetti affetti da alcol dipendenza a livello territoriale?*



In particolare la gran parte dei professionisti crede che questo specifico modello, applicato a livello territoriale all'interno dei Dipartimenti per le dipendenze, possa rendere più efficace la riabilitazione dei soggetti affetti da alcol dipendenza.

Il 27,3% dichiara che ciò sia sempre vero, il 59,1% dichiara che ciò sia spesso vero, l'11,4% dichiara che ciò sia raramente vero ed infine , soltanto il 2,3% dichiara che ciò non sia mai vero.

*Crede che i servizi attualmente attivi e presenti siano sufficienti a garantire un adeguato percorso di cura ai pazienti alcol dipendenti?*



La maggioranza del campione crede che i servizi attualmente attivi e presenti non siano sufficienti a garantire un adeguato percorso di cura ai pazienti alcol dipendenti. L'11,6% dichiara che in nessun caso i servizi attualmente attivi e presenti siano sufficienti, il 48,8% dichiara che siano raramente sufficienti, il 37,2% dichiara che siano spesso a sufficienti ed infine il 2,3% dichiara che lo siano sempre.

### **3.4 Discussione**

A fronte di quanto emerso dall'indagine effettuata, a cui hanno partecipato 44 Infermieri operanti a livello nazionale, sembra chiaro che il modello del case management venga ritenuto un buon modello assistenziale, in particolare nell'ambito delle dipendenze patologiche, in cui la continuità assistenziale e la coordinazione degli interventi sanitari offerti dai vari servizi presenti nel territorio è fondamentale.

Nonostante ciò dall'analisi dei dati si riscontra una scarsa applicazione del sopra citato modello all'interno delle varie aree lavorative, conseguente ad una necessaria riorganizzazione, l'Infermiere case manager non lavora per compiti ma in realtà di piccola equipe o settori, e questo purtroppo non è vanto di tutte le realtà sanitarie italiane. Non in tutte le strutture italiane questa figura è presente, in quanto non è facile la formazione e l'attivazione.

Ulteriore problematica insorta nell'analisi del questionario è risultata essere la non adeguata offerta di servizi, destinati alla gestione delle dipendenze patologiche, attualmente attivi, rispetto al reale bisogno.

Quest'ultima problematica risulta essere conseguente ad una sottostima dell'impatto che le dipendenze patologiche e nello specifico l'alcol dipendenza ha nel nostro paese.

## CAPITOLO 4. CONCLUSIONI

Il disturbo da uso di sostanze è un importante problema di salute che richiede una gamma complessa di cure a causa della natura cronica del disturbo e dei molteplici problemi psicosociali coinvolti.

Gli attuali programmi ambulatoriali hanno spesso difficoltà a fornire e coordinare le cure in corso e l'accesso a diversi servizi sanitari.

Sono stati sviluppati vari modelli di case management, prima per i pazienti in altri domini psichiatrici e poi per i pazienti con disturbo da uso di sostanze, al fine di migliorare i risultati del trattamento. (Penzenstadler, L., Machado, A., Thorens, G., Zullino, D. e Khazaal, Y., 2017).

Il case management è stato ampiamente utilizzato come intervento nel trattamento dei problemi di abuso di sostanze.

La sua efficacia è stata associata a oltre 450 risultati, alcuni coerenti con le tradizionali funzioni di collegamento del case management (attività di trattamento) e altri tipici dei risultati del trattamento come l'uso di sostanze (funzionamento personale).

Le Meta-analisi sono state condotte su 21 studi clinici randomizzati in cui è stata confrontata l'efficacia del case management con condizioni standard di cura e interventi attivi.

I risultati dimostrano che il case management è efficace in un'ampia gamma di risultati di attività di trattamento, ma più limitato nella sua efficacia con risultati di funzionamento personale.

La necessità del case management nei sistemi di trattamento delle dipendenze è stata riconosciuta da almeno 10 anni. (Van Den Noortgate, W., Broekaert, E. e Vanderplasschen, W., 2014)

Il case management opera in settori, servizi e contesti diversi (settore pubblico, organizzazioni private e non governative), con risorse di comunità e di supporto eterogenee.

La sua presenza in numerosi contesti dimostra la sua importanza nell'integrazione orizzontale dell'assistenza tra servizi sanitari, servizi sociali e altri settori, nonché l'integrazione verticale tra i servizi sanitari primari, comunitari, ospedalieri e terziari.



Questo modello organizzativo dell'assistenza è il più olistico e centrato sulla persona degli approcci, in quanto si incontra con la rete sociale e relazionale dell'utente, nel proprio contesto di vita quotidiana.

Il case management con tutti i suoi diversi nomi, varianti e contesti continua a supportare il coordinamento, l'integrazione e la gestione dell'assistenza sanitaria e sociale in molti contesti diversi per diverse condizioni di salute.

La significativa varianza terminologica produce confusione di ruoli, ambiguità e ostacola la comparabilità.

C'è un urgente bisogno di una tassonomia concordata a livello internazionale per il coordinamento, la navigazione e la gestione delle cure. (Lukersmith S., Millington M., Salvador-Carulla L. 2016)

Emerge la necessità di ampliare la diffusione di questo modello assistenziale all'interno dei servizi territoriali che gestiscono le complesse problematiche legate all'abuso di sostanze.

La presa in carico deve coinvolgere non solo gli utenti già noti, ma tutti coloro che si affacciano per la prima volta in questo mondo.

L'identificazione e la presa in carico dei soggetti a rischio di sviluppare un disturbo da uso di sostanze è fondamentale per un buon intervento di prevenzione.

C'è bisogno di educare, informare e seguire i giovani.

## ALLEGATO 1. Test CAGE

### Test C.A.G.E.

<b>C</b> Cut down (diminuire)	Hai mai pensato recentemente di dover bere meno alcol?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>A</b> Annoyed (Infastidito)	Ti sei mai irritato per osservazioni inerenti al tuo modo di bere?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>G</b> Guilty (Colpevole)	Ti sei sentito in colpa per il tuo bere?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>E</b> Eye opener (Risveglio)	Hai mai bevuto alcolici al risveglio?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

#### ESITO

- Se hai dato almeno **2 risposte affermative** il tuo consumo di bevande alcoliche potrebbe essere causa di problemi.
- Se hai dato **3 risposte affermative** è molto probabile che la tua modalità di consumare alcolici sia diventata un problema, per la salute fisica e la vita quotidiana.

## ALLEGATO 2. **Test AUDIT**

il test AUDIT ( Alcol Use disorders Identification Test) è un metodo rapido per l'individuazione del bere problematico che considera la quantità e frequenza dei consumi. Il test è stato validato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Può prevedere anche l'autosomministrazione; resta però uno strumento importante a disposizione dell'operatore sanitario per affrontare in modo preciso il problema dell'alcol e impostare un percorso di sostegno al processo di cambiamento attraverso l'approccio motivazionale

### **AUDIT completo**

- 1) Con quale frequenza beve una bevanda che contiene alcol?**
  - mai (0)
  - mensilmente o meno (1)
  - da 2 a 4 volte al mese (2)
  - da 2 a 3 volte la settimana (3)
  - 4 o più volte la settimana (4)
  
- 2) Quante bevande che contengono alcol prende in una giornata tipica quando beve?**
  - 1 o 2 (0)
  - 3 o 4 (1)
  - 5 o 6 (3)
  - 7 o 8 (4)
  - 10 o più (5)
  
- 3) Con quale frequenza prende 6 o più bevande in un'unica occasione?**
  - mai (0)
  - meno di una volta al mese (1)
  - 1 volta al mese (2)
  - 1 volta la settimana (3)
  - ogni giorno o quasi (4)
  
- 4) Con quale frequenza durante l'ultimo anno si è accorto di non riuscire a smettere di bere una volta che aveva iniziato?**
  - mai (0)
  - meno di una volta al mese (1)
  - 1 volta al mese (2)
  - 1 volta la settimana (3)
  - ogni giorno o quasi (4)
  
- 5) Con quale frequenza durante l'ultimo anno non è riuscito a fare ciò che normalmente ci si aspetta da lei a causa del bere?**
  - mai (0)
  - meno di una volta al mese (1)
  - 1 volta al mese (2)
  - 1 volta la settimana (3)
  - ogni giorno o quasi (4)

- 6) **Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha avuto bisogno di bere di prima mattina per tirarsi su dopo una bevuta pesante?**
- mai (0)
  - meno di una volta al mese (1)
  - 1 volta al mese (2)
  - 1 volta la settimana (3)
  - ogni giorno o quasi (4)
- 7) **Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha avuto sensi di colpa o rimorso dopo aver bevuto?**
- mai (0)
  - meno di una volta al mese (1)
  - 1 volta al mese (2)
  - 1 volta la settimana (3)
  - ogni giorno o quasi (4)
- 8) **Con quale frequenza durante l'ultimo anno non è riuscito a ricordare quello che era successo la sera precedente perché aveva bevuto**
- mai (0)
  - meno di una volta al mese (1)
  - 1 volta al mese (2)
  - 1 volta la settimana (3)
  - ogni giorno o quasi (4)
- 9) **Si è fatto male o ha fatto male a qualcuno come risultato del bere**
- no (0)
  - sì, ma non nell'ultimo anno (1)
  - sì, nell'ultimo anno (2)
- 10) **un parente, un amico, un medico o un altro operatore sanitario si sono occupati del suo bere o hanno suggerito di smettere?**
- no (0)
  - sì, ma non nell'ultimo anno (1)
  - sì, nell'ultimo anno (2)

Risultati:

**punteggio inferiore a 8** = non esistono problemi alcol correlati

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

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

## ALLEGATO 3. Test AUDIT-C

### Audit-C Test

Il Test di identificazione dell'abuso di alcolici (The Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT-C)<sup>\*</sup> permette di identificare bevitori "pericolosi" e soggetti che hanno disturbi da uso continuo di alcolici (abuso o dipendenza).

AUDIT-C	
<b>L'anno passato quante volte hai bevuto un drink a base alcolica?</b>	
<b>Risposte</b>	<b>Punti</b>
Mai	0
Una volta al mese o meno	1
2-4 volte / mese	2
2-3 volte / settimana	3
4 o più volte / settimana	4
<b>L'anno passato, durante una giornata in cui hai bevuto, quanti drink a base alcolica hai bevuto?</b>	
Nessuno, non bevo	0
1 o 2	0
3 o 4	1
5 o 6	2
7 o 9	3
10 o più	4
<b>L'anno passato quanto spesso hai avuto 6 o più drink in una occasione?</b>	
Mai	0
Meno che mensilmente	1
Una volta al mese	2
Ogni settimana	3
Ogni giorno o quasi ogni giorno	4

Il punteggio AUDIT-C va da 0 a 10 (0 corrisponde al non uso di alcolici).

Per l'uomo, un punteggio  $\geq 4$  è considerato positivo; per la donna, un punteggio  $\geq 3$ . In linea generale, tanto più è elevato il punteggio tanto più è probabile che il bere incida sulla salute del paziente.

<sup>\*</sup> The Alcohol Use Disorders Identification Test. World Health Organization

## ALLEGATO 4. Sintomatologia al variare della concentrazione alcolemica

### TABELLA DESCRITTIVA DEI PRINCIPALI SINTOMI CORRELATI AI DIVERSI LIVELLI DI CONCENTRAZIONE ALCOLEMICA

(Art. 6 del decreto-legge 3 agosto 2007 n. 117 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, della legge 2 ottobre 2007, n. 160)

#### LIMITE LEGALE DEL TASSO ALCOLEMICO PER LA GUIDA: 0,5 GRAMMI per LITRO

Concentrazione di alcol nel sangue (g/L)	Sensazioni più frequenti (*)	Effetti progressivi e abilità compromesse (*)
0	Nessuna	Nessuna
0.1-0.2	Iniziale sensazione di ebbrezza Iniziale riduzione delle inibizioni e del controllo	Affievolimento della vigilanza, attenzione e controllo Iniziale riduzione del coordinamento motorio Iniziale riduzione della visione laterale Nausea
0.3-0.4	Sensazione di ebbrezza. Riduzione delle inibizioni, del controllo e della percezione del rischio	Riduzione delle capacità di vigilanza, attenzione e controllo Riduzione del coordinamento motorio e dei riflessi Riduzione della visione laterale Vomito
<b>0.5 g/L : LIMITE LEGALE DEL TASSO ALCOLEMICO PER LA GUIDA</b>		
0.5-0.8	Cambiamenti dell'umore Nausea, sonnolenza Stato di eccitazione emotiva	Riduzione della capacità di giudizio Riduzione della capacità di individuare oggetti in movimento e della visione laterale Riflessi alterati Alterazione delle capacità di reazione agli stimoli sonori e luminosi Vomito
0.9-1.5	Alterazione dell'umore Rabbia Tristezza Confusione mentale, disorientamento	Compromissione della capacità di giudizio e di autocontrollo Comportamenti socialmente inadeguati Linguaggio mal articolato Alterazione dell'equilibrio Compromissione della visione, della percezione di forme, colori, dimensioni Vomito
1.6-3.0	Stordimento Aggressività Stato depressivo Apatia Letargia	Compromissione grave dello stato psicofisico Comportamenti aggressivi e violenti Difficoltà marcata a stare in piedi o camminare Stato di inerzia generale Ipotermia Vomito
3.1- 4.0	Stato di incoscienza	Allucinazioni Cessazione dei riflessi Incontinenza Vomito Coma con possibilità di morte per soffocamento da vomito
Oltre 4	Difficoltà di respiro, sensazione di soffocamento Sensazione di morire	Battito cardiaco rallentato Fame d'aria Coma Morte per arresto respiratorio

(\*) A parità di quantità di alcol assunto, sensazioni ed effetti sono estremamente variabili da soggetto a soggetto, con possibilità di manifestazioni anche opposte tra di loro; in tabella sono riportati sensazioni ed effetti più frequentemente rilevati.

## ALLEGATO 5. Tasso Alcolemico

DONNE															
STOMACO VUOTO							STOMACO PIENO								
BEVANDA	Gradazione alcolica (Vol. %)	Peso corporeo (Kg)					BEVANDA	Gradazione alcolica (Vol. %)	Peso corporeo (Kg)						
		45	55	60	65	75			80	45	55	60	65	75	80
Livelli teorici di alcolemia															
birra analcolica	0,5	0,06	0,05	0,04	0,04	0,03	0,03	birra analcolica	0,5	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02
birra leggera	3,5	0,39	0,32	0,29	0,27	0,24	0,22	birra leggera	3,5	0,23	0,19	0,17	0,16	0,14	0,13
birra normale	5	0,56	0,46	0,42	0,39	0,34	0,32	birra normale	5	0,32	0,26	0,24	0,22	0,19	0,18
birra speciale	8	0,90	0,73	0,67	0,62	0,54	0,50	birra speciale	8	0,52	0,42	0,39	0,36	0,31	0,29
birra doppio malto	10	1,12	0,92	0,84	0,78	0,67	0,63	birra doppio malto	10	0,65	0,53	0,48	0,45	0,39	0,36
vino	12	0,51	0,42	0,38	0,35	0,31	0,29	vino	12	0,29	0,24	0,22	0,20	0,18	0,17
vini liquorosi-aperitivi	18	0,49	0,40	0,37	0,34	0,29	0,28	vini liquorosi-aperitivi	18	0,28	0,23	0,21	0,20	0,17	0,16
digestivi	25	0,32	0,26	0,24	0,22	0,19	0,18	digestivi	25	0,20	0,16	0,15	0,14	0,12	0,11
digestivi	30	0,39	0,32	0,29	0,27	0,23	0,22	digestivi	30	0,24	0,19	0,18	0,16	0,14	0,13
superalcolici	35	0,45	0,37	0,34	0,31	0,27	0,25	superalcolici	35	0,27	0,22	0,21	0,19	0,16	0,15
superalcolici	45	0,58	0,47	0,43	0,40	0,35	0,33	superalcolici	45	0,35	0,29	0,26	0,24	0,21	0,20
superalcolici	60	0,77	0,63	0,58	0,53	0,46	0,43	superalcolici	60	0,47	0,38	0,35	0,33	0,28	0,26
champagne/spumante	11	0,37	0,31	0,28	0,26	0,22	0,21	champagne/spumante	11	0,22	0,18	0,16	0,15	0,13	0,12
ready to drink	2,8	0,12	0,10	0,09	0,08	0,07	0,07	ready to drink	2,8	0,07	0,06	0,06	0,05	0,04	0,04
ready to drink	5	0,24	0,20	0,18	0,17	0,17	0,14	ready to drink	5	0,15	0,12	0,11	0,10	0,09	0,08

\*\* Esempi: donna, peso 45 Kg, ha assunto a stomaco vuoto 1 birra leggera ed 1 aperitivo alcolico. Alcolemia attesa:  $0,39+0,49 = 0,88$  grammi/litro;  
donna, peso 60 Kg, ha assunto a stomaco pieno 2 superalcolici (60°). Alcolemia attesa:  $0,35+0,35 = 0,70$ .

UOMINI															
STOMACO VUOTO							STOMACO PIENO								
BEVANDA	Gradazione alcolica (Vol. %)	Peso corporeo (Kg)					BEVANDA	Gradazione alcolica (Vol. %)	Peso corporeo (Kg)						
		55	65	70	75	80			90	55	65	70	75	80	90
Livelli teorici di alcolemia															
birra analcolica	0,5	0,04	0,03	0,03	0,01	0,01	0,01	birra analcolica	0,5	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01
birra leggera	3,5	0,25	0,21	0,19	0,18	0,17	0,15	birra leggera	3,5	0,14	0,12	0,11	0,10	0,10	0,09
birra normale	5	0,35	0,30	0,28	0,26	0,24	0,22	birra normale	5	0,20	0,17	0,16	0,15	0,14	0,12
birra speciale	8	0,56	0,48	0,44	0,41	0,39	0,35	birra speciale	8	0,33	0,28	0,26	0,24	0,22	0,20
birra doppio malto	10	0,71	0,6	0,55	0,52	0,49	0,43	birra doppio malto	10	0,41	0,34	0,32	0,30	0,28	0,25
vino	12	0,32	0,27	0,25	0,24	0,22	0,20	vino	12	0,18	0,16	0,15	0,14	0,13	0,11
vini liquorosi-aperitivi	18	0,31	0,26	0,24	0,23	0,21	0,19	vini liquorosi-aperitivi	18	0,18	0,15	0,14	0,13	0,12	0,11
digestivi	25	0,20	0,17	0,16	0,15	0,15	0,12	digestivi	25	0,12	0,10	0,10	0,09	0,08	0,08
digestivi	30	0,24	0,21	0,19	0,18	0,18	0,15	digestivi	30	0,15	0,13	0,12	0,11	0,10	0,09
superalcolici	35	0,28	0,24	0,22	0,21	0,19	0,17	superalcolici	35	0,17	0,15	0,14	0,13	0,12	0,11
superalcolici	45	0,36	0,31	0,29	0,27	0,25	0,22	superalcolici	45	0,22	0,19	0,17	0,16	0,15	0,14
superalcolici	60	0,48	0,41	0,38	0,36	0,33	0,30	superalcolici	60	0,30	0,25	0,23	0,22	0,20	0,18
champagne/spumante	11	0,24	0,19	0,18	0,17	0,16	0,14	champagne/spumante	11	0,14	0,11	0,11	0,10	0,09	0,08
ready to drink	2,8	0,08	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05	ready to drink	2,8	0,05	0,04	0,04	0,03	0,03	0,03
ready to drink	5	0,15	0,13	0,12	0,11	0,10	0,09	ready to drink	5	0,09	0,08	0,07	0,07	0,06	0,06

\*\* Esempi: uomo, peso corporeo 75 Kg, ha assunto a stomaco vuoto 2 birre speciali. Alcolemia attesa:  $0,41+ 0,41 = 0,82$  grammi/litro;

# ALLEGATO 6. Questionario

30/10/2020

Il case management, applicato alle dipendenze patologiche, migliora la qualità dell'assistenza?

## Il case management, applicato alle dipendenze patologiche, migliora la qualità dell'assistenza?

Gentili colleghi,

Il mio nome è Ginevra Rossini, sono una studentessa del terzo anno di infermieristica all'Università Politecnica delle Marche. Con il presente questionario chiedo la vostra collaborazione nel condurre un'indagine conoscitiva volta a valutare l'applicazione del modello assistenziale del Case management all'interno dei servizi territoriali rivolti alle tossicodipendenze e la sua relativa efficacia in termini di miglioramento della qualità dell'assistenza. Lo studio è realizzato tramite la compilazione di un questionario anonimo, su base volontaria. I dati raccolti saranno soggetti ad elaborazione statistica, ed in tale forma verranno utilizzati a fini didattici, per la discussione della Tesi di Laurea. Grazie per la disponibilità.

### Dati Sociodemografici

1. Regione

---

2. Provincia

---

3. Genere

*Contrassegna solo un ovale.*

- Maschio  
 Femmina  
 Preferisco non specificarlo

4. Età

*Contrassegna solo un ovale.*

- 21 - 30  
 31 - 40  
 41 - 50  
 51 - 60  
 > 60

5. Titolo di studio

*Contrassegna solo un ovale.*

- Diploma regionale  
 Diploma universitario  
 Laurea triennale  
 Laurea magistrale  
 Dottorato di ricerca



6. Anni di esperienza lavorativa

*Contrassegna solo un ovale.*

- 1 - 5
- 6 - 10
- 11 - 15
- 16 - 20
- 21 - 25
- 26 - 30
- > 30

7. Ruolo lavorativo

*Contrassegna solo un ovale.*

- Infermiere
- Coordinatore infermieristico
- Dirigente infermieristico

8. Area lavorativa

*Contrassegna solo un ovale.*

- Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC)
- Servizio Territoriale Ser-D/Ser-T
- Centro riabilitativo per le dipendenze
- Strutture private convenzionate
- Altro: \_\_\_\_\_

9. Tipo di Occupazione

*Contrassegna solo un ovale.*

- Tempo indeterminato
- Tempo determinato
- Part - time

**Questionario**

1 Durante la sua esperienza lavorativa le è mai capitato di assistere pazienti alcol dipendenti?

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Raramente
- Spesso
- Sempre

2 Nel servizio in cui lavora crede che il carico di lavoro sia organizzato in maniera adeguata?

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Raramente
- Spesso
- sempre

3 Nel servizio in cui lavora è presente un adeguato confronto multidisciplinare?

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Raramente
- Spesso
- Sempre

4 Nel servizio in cui lavora si sente apprezzato e riconosciuto nel ruolo da lei svolto?

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Raramente
- Spesso
- Sempre

5 Nel servizio in cui lavora l'utente alcol dipendente viene coinvolto e spinto a partecipare attivamente alle scelte relative al suo percorso di cura?

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Raramente
- Spesso
- Sempre

6 Crede che i servizi attualmente attivi e presenti siano sufficienti a garantire un adeguato percorso di cura ai pazienti alcol dipendenti?

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Raramente
- Spesso
- Sempre

7 Conosce il modello assistenziale di case management?

*Contrassegna solo un ovale.*

- Si
- No

8 Il modello di case management viene applicato nella sua realtà lavorativa?

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Raramente
- Spesso
- Sempre

9 Crede che l'applicazione di questo modello possa migliorare la qualità dell'assistenza erogata?

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Raramente
- Spesso
- Sempre

10 In particolare crede che l'applicazione del modello di case management possa rendere più efficace la riabilitazione dei soggetti affetti da alcol dipendenza a livello territoriale?

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Raramente
- Spesso
- Sempre

11 E' presente nel suo contesto lavorativo la figura professionale dell'infermiere care manager?

*Contrassegna solo un ovale.*

- Si
- No

## ACRONIMI

AA *Alcolisti Anonimi*

AMA *Auto Mutuo Aiuto*

ASL *Azienda Sanitaria Locale*

CAT *Club Alcologici Territoriali*

CSM *Centro di Salute mentale*

DSM *Dipartimento di salute mentale*

LARN *Modello Assunzione di Riferimento di Nutrienti*

OMS *Organizzazione Mondiale della Salute*

PAI *Progetto Assistenziale Individualizzato*

SDO *Scheda di Dimissione Ospedaliera*

SerT *Servizi per le Tossicodipendenza*

SerD *Servizi per le Dipendenze patologiche*

SIA *Società Alcolologica Italiana*

SSN *Sistema Sanitario Nazionale*

TSO *Trattamento Sanitario Obbligatorio*

UA *Unità Alcolica*

## BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2014) *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (5<sup>a</sup> ed.)*. Cortina Raffaello Editore

Arnao G. (1999) *La droga in 100 parole. Dizionario ragionato sul fenomeno droga, sostanze, effetti, cultura e politica*. Franco Muzzio Editore, p. 13

Barbieri G. (2013) *L'infermiere Case Manager: professionalità e responsabilità*. AICM Journal.

Biavati C. (2012, Settembre) *Standards per la pratica del Case Management*. AICM Journal.

Cassis I. (2006) *L'infermiere case manager in psichiatria*. L'infermiere.

Cibin M., Mazzi M., Rampazzo L., Serpelloni G., (2001) *L'Alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*. Grafiche Leardini SRL

Cibin M., Lucchini A., Rossi A. (2013) *La Gestione delle dipendenze da alcol in Medicina Generale*. Disease Management, Società Italiana di Medicina Generale.

Coletti M., Grosso L. (2012) *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*. Edizioni Gruppo Abele

Favero E., Moriconi I. (2013) *L'intervento dell'infermiere case manager sul paziente psichiatrico*. Infermiere Oggi.

Gobetti F. (2015) *Percorso di analisi della presa in carico settoriale attuata nel Centro Residenziale Ingrado di Cagiallo*. SUPSI

Guay J. (2000) *Il case management comunitario*. Liguori Editore.

Herrick C, Bartlett R. (2004) *Psychiatric nursing case management: past, present, and future*. Issues in Mental Health Nursing.

Himmenthal I. M., Cibin M. (2011, Maggio) *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina: Il metodo Soranzo*. SEEd

Landini E., Tartaglione A., Ceglie R., Mercone A., Nante N. (2007) *L'infermiere case manager nell'ADI al malato psichico*. Collegio IPASVI La Spezia.

Lucchini A., Nava F., Manzato E. (2008) *Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*. Franco Angeli Editore

Lukersmith S., Millington M., Salvador-Carulla L. (2016) *What is Case Management? A Scoping and Mapping Review*. Internationa Journal of Integrated Care (IJIC)

Marconcini S., Rinaldi M. (2007) *Compendio sul Case Managemet. Un modello organizzativo per la cura del paziente psichiatrico*. Centro di Salute Mentale, Manfredonia.

Miller W. R., Rollnick S. (2014) *Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare*. Erickson

Moriconi I. (2019) *L'infermiere case manager in salute mentale: Follow-up sui pazienti con Scala Honos*. Rivista L'infermiere n°5.

Nunziante P. (2007) *I modelli organizzativi. Le nostre sfide per il futuro*. Collegio IPASVI La Spezia.

Olivieri V. (2015, Novembre) *Quello che è opportuno conoscere sulle dipendenze patologiche: Droga, Farmaci e Internet*. Servizio Sviluppo Professionalità Innovazione.

Penzenstadler, L., Machado, A., Thorens, G., Zullino, D. e Khazaal, Y. (2017) *Effect of Case Management Interventions for Patients with Substance Use Disorders: A Systematic Review*. Frontiers in Psychiatry.

Rogers C. R. (2013) *La terapia centrata sul cliente*. Giunti Editore

Rollnick S., Mason P., e Butler C. (2013, Novembre) *Cambiare stili di vita non salutari. Strategie di counseling motivazionale breve*. Erickson

Testino G. (2013) *Alcoldipendenza: Aspetti fisiopatologici e attuali opzioni per il trattamento*. Conference Insight, Anno XI.

Testino G. (2013, Dicembre) *Alcol: Bugie e verità, tutti i rischi del bere*. Il pensiero scientifico.

Van Den Noortgate, W., Broekaert, E. e Vanderplasschen, W., (2014) *The efficacy of case management with persons who have substance abuse problems: A three-level meta-analysis of outcomes*. APA PsycNet.

Yamashita M, Forchuk C, Mound B. (2005, Aprile) *Nurse Case Management: Negotiating Care Together Within a Developing Relationship*. Perspectives In Psychiatric Care.

Zwarenstein M, Reeves S, Straus SE, Pinfold P, Goldman J. (2000) *Case management: effects on professional practice and health care outcomes*. The Cochrane Library.

## SITOGRAFIA

L'accesso ai dati è avvenuta dal al

A.C.A.T. Brescia (2020, Agosto) *Servizi e strutture per il trattamento dell'alcolismo.*

URL: <https://acatbrescia.it/servizi-e-strutture-per-il-trattamento-dellalcolismo/>

“Alcol e patologie alcol correlate” in collaborazione con l'Università degli studi di Ferrara (2018) *L'alcol è una droga.*

URL: <http://alcol.dronetplus.eu/sostanza/oms.html>

Appignanesi A. (2018, 11 maggio). *Alcolismo giovanile, nelle Marche l'11% della popolazione sopra gli 11 anni eccede nel bere.* Centro pagina.

URL: <https://www.centropagina.it/attualita/alcolismo-giovanile-nelle-marche-111-della-popolazione-sopra-gli-11-anni-eccede-nel-bere/>

Caselli G. et al. (2013) *Le credenze metacognitive e il pensiero desiderante come predittori di craving e consumo di alcool: Uno studio longitudinale su campione clinico.* Studi cognitivi.

URL: [https://www.researchgate.net/profile/Elena\\_Lo\\_Sterzo/publication/308308966](https://www.researchgate.net/profile/Elena_Lo_Sterzo/publication/308308966)

Clinton D. Kilt et al. (2001) *Neural Activity Related to Drug Craving in Cocaine Addiction.* JAMA Network

URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/481745>

Creswell, K.G., Chung, T., Clark, D.B., & Martin, C.S., (2013) *Adolescent binge drinking: Developmental context and opportunities for prevention.* American Psychological Association.

URL: <https://psycnet.apa.org/record/2019-05003-001>

Creswell, K.G., Chung, T., Clark, D.B., & Martin, C.S. (2014). *Solitary drinking increases adolescents' risk for alcohol use disorders in young adulthood.* Clinical Psychological Science.

URL: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2167702613512795>



De Leon G.(2009) *The Therapeutic Community for Addictions: An Evolving Knowledge Base*. Journal of Drugs Issues.

URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/002204260903900113>

Dipartimento per le politiche antidroga (n.d.) *I Ser.D e i Dipartimenti delle Dipendenze*.

URL: <http://www.politicheantidroga.gov.it/it/servizi-e-contatti-utili/serd/i-serd/>

*Dipendenze: nelle Marche in crescita uso di alcol, droga e gioco patologico*.(2017, 22 marzo). AnconaToday.

URL: <https://www.anconatoday.it/cronaca/droga-dipendenze-alcol-gioco-azzardo-marche.html>

Epicentro (2014) *Aspetti epidemiologici in Italia*.

URL: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/EpidItalia>

Epicentro (2020, 2 luglio) *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia*.

URL: [https://www.epicentro.iss.it/alcol/epidemiologia-monitoraggio-2020?utm\\_source=newsletter&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=2luglio2020](https://www.epicentro.iss.it/alcol/epidemiologia-monitoraggio-2020?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=2luglio2020)

Guerra g., Zaimovic A. (2002), *Craving: Aspetti Comportamentali E Biologici, Vulnerabilità all'addiction*, Centro Studi Farmacotossicodipendenze e Disturbi del Comportamento - Azienda ULS Parma.

URL: [http://www.dronet.org/biblioteca/vul\\_pdf/03craving.pdf](http://www.dronet.org/biblioteca/vul_pdf/03craving.pdf)

Guida ai servizi ASUR Marche (n.d.) *Tossicodipendenza*.

URL: <http://serviziweb.asur.marche.it/GASASUR/gas.php?mod=ORG&padre=518>

ISTAT (2017) *Il consumo di alcol in Italia*.

URL: <https://www.istat.it/it/archivio/215088#:~:text=Nel%202017%20il%2065%2C4,3%20per%20cento%20nel%202007>

Journal of Psychopathology (2002) *Psicosi e dipendenze patologiche da sostanze: verso un approccio integrato multi-modale.*

URL: <https://www.jpsychopathol.it/article/psicosi-e-dipendenze-patologiche-da-sostanze-verso-un-approccio-integrato-multi-modale/>

Maria Luigia, Ospedale privato accreditato (2020, ottobre) *Dipendenze patologiche: Come curare un paziente alcolista.*

URL: <https://www.ospedalemarialuigia.it/dipendenze-patologiche/come-curare-alcolista-alcolismo/>

Ministero della salute (2009) *Guida utile all'identificazione e diagnosi dei problemi alcol-relati.*

URL: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_opuscoliPoster\\_104\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_104_allegato.pdf)

Ministero della salute (2009) *Guida utile all'identificazione e diagnosi dei problemi alcol-relati.*

URL: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_opuscoliPoster\\_104\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_104_allegato.pdf)

Ministero della salute (2017) *Uso rischioso e dannoso di Alcol.*

URL: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2346&area=alcol&menu=problema](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2346&area=alcol&menu=problema)

Ministero della salute (2018) *Relazione del Ministro della salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 in materia di alcol e problemi alcol correlati.*

URL: [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2844](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2844)

Ministero della salute (2019) *Problemi e patologie alcol correlate.*

URL: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2347&area=alcol&menu=problema#:~:text=L'alcol%20%C3%A8%20la%20principale%20causa%20di%20molte%20malattie&text=La%20crisi%20di%20astinenza%20%C3%A8,casi%20fino%20al%20delirium%20tremens.](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2347&area=alcol&menu=problema#:~:text=L'alcol%20%C3%A8%20la%20principale%20causa%20di%20molte%20malattie&text=La%20crisi%20di%20astinenza%20%C3%A8,casi%20fino%20al%20delirium%20tremens.)

Ministero della salute (2019) *Associazioni di auto mutuo aiuto*.

URL: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2361&area=alcol&menu=vuoto](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2361&area=alcol&menu=vuoto)

NARCONON IL GABBIANO Centro di Disintossicazione dal Alcol e Droga (n.d.)  
*Cos'è l'Alcolismo*.

URL: <https://www.narconon.net/cose-lalcolismo/>

NARCONON IL GABBIANO Centro di Disintossicazione dal Alcol e Droga (n.d.)  
*Effetti dell'Alcolismo*.

URL: <https://www.alcolismo.com/effetti-dell-alcolismo/>

Nurse Times (2018, ottobre) *L'infermiere Case manager in psichiatria*.

URL: <https://www.nursetimes.org/linfermiere-case-manager-in-psichiatria/56753>

Petrakis I.L, Trevisan L, D'Souza C, Gil R, Krasnicki S, Webb E, Heninger G, Cooney N, Krystal JH. *CSF monoamine metabolite and beta endorphin levels in recently detoxified alcoholics and healthy controls: prediction of alcohol cue-induced craving?*  
*Alcohol Clin Exp Res* 1999 Aug;23(8):1336-41

URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10470976/>

State of Mind (n.d.) *Alcool*.

URL: <https://www.stateofmind.it/tag/alcool/>

## RINGRAZIAMENTI

*Mi è doveroso dedicare questo spazio del mio elaborato alle persone che hanno contribuito, con il loro instancabile supporto, alla realizzazione dello stesso.*

*Ringrazio vivamente il Direttore di corso Mercuri Maurizio ed i tutor di riferimento Marchetti Mara e Lampisti Anna Rita, per essere stati dei punti di riferimento, presenti e sempre disponibili, in questi 3 anni di studi e per aver creduto in noi.*

*Un ringraziamento speciale alla mia relatrice Giacomelli Silvia, per la sua immensa pazienza, per i suoi indispensabili consigli, per le conoscenze trasmesse, per la disponibilità e precisione dimostratemi durante tutto il periodo di stesura. Senza di Lei questo lavoro non avrebbe preso vita!*

*Ringrazio infinitamente la mia famiglia, che mi hanno sempre sostenuto, appoggiando ogni mia decisione, fin dalla scelta del mio percorso di studi.*

*Infine, dedico questa tesi a me stessa, ai miei sacrifici e alla mia tenacia che mi hanno permesso di arrivare fin qui.*