



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

**COVID 19: IMPATTO SULLA SALUTE
MENTALE IN ETA'
EVOLUTIVA, RUOLO
DELL'INFERMIERE
CARE MENAGER**

Relatore:
Dott.ssa Valentina Simonetti

Candidato:
Silvestro Filomena

Anno Accademico 2020-2021

INDICE

INTRODUZIONE	2
CAPITOLO 1 - PSICHIATRIA INFANTILE, CENNI STORICI	5
1.1 DIAGNOSI E CLASSIFICAZIONE PATOLOGIE PSICHIATRICHE	6
1.2 PRINCIPALI DISTURBI ETÀ EVOLUTIVA	7
1.3 DAI MANICOMI AGLI OSPEDALI PSICHIATRICI	9
CAPITOLO 2 - EVOLUZIONE STORICA E RUOLO DELL'INFERMIERE DI SALUTE MENTALE	11
2.1 INFERMIERE CASE MANAGER	13
2.2 RELAZIONE INFERMIERE–PAZIENTE	14
CAPITOLO 3 - LO STUDIO	16
3.1 SCOPO DELLA TESI	20
3.2 MATERIALE E METODI: PICO	21
3.3 PROTOCOLLO RICERCA BIBLIOGRAFICA	21
3.3 STRINGHE DI RICERCA	22
3.4 CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE	23
3.5 SELEZIONE DEGLI STUDI	23
CAPITOLO 4 - RISULTATI	
CAPITOLO 5- DISCUSSIONI	33
CONCLUSIONI	43
RINGRAZIAMENTI	44
BIBLIOGRAFIA/ SITOGRAFIA	45

INTRODUZIONE

Alla base di questo elaborato di tesi, dedicato all'impatto del Covid-19 sulla salute mentale, c'è un'esperienza di tirocinio curriculare presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) dell'Ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto.

Durante il periodo di tirocinio, svolto nel pieno dell'emergenza pandemica, ho notato che ad accedere al servizio erano pazienti molto giovani, talvolta poco più che maggiorenni. Pertanto, ho voluto approfondire la correlazione tra il periodo pandemico e l'insorgenza delle patologie psichiatriche, con maggior riferimento all'età evolutiva e analizzando le ripercussioni che la pandemia ha avuto sulla salute mentale dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie.

Il Covid-19, denominazione della patologia respiratoria provocata da un nuovo ceppo di coronavirus SARS Cov-2 registrata per la prima volta a Wuhan a Gennaio 2020, ha influito notevolmente sulla salute sia fisica che mentale dei cittadini, sottoponendo tutti a delle sfide fisiche, psicologiche ed emotive, soprattutto i più giovani. Il periodo pandemico ha rappresentato nei bambini chiusura delle scuole, sospensione delle attività ludiche e sportive, ritmi e abitudini modificate.

Si pensi come nel corso dell'ultimo anno, il lessico dei bambini e adolescenti si sia arricchito di termini legati alla pandemia, ma anche alla storia e alla medicina, divenuti oggi di uso corrente come *lockdown*, *quarantena* e *isolamento*. L'etimologia della parola *quarantena* risale al 1300 quando, a causa della peste nera, le persone erano costrette prima di accedere alla Repubblica marinara di Venezia ad un periodo di sicurezza per evitare la diffusione di quella patologia ad alta contagiosità. L'espressione *lockdown*, invece, è un termine preso in prestito dal vocabolario angloamericano con il quale si fa riferimento al confinamento dei carcerati all'interno delle loro celle per un periodo prolungato di tempo, solitamente come misura di sicurezza a seguito di disordini, e utilizzato anche nel contesto di una clinica psichiatrica o in altre unità di sicurezza. Oggi con la parola *lockdown* si indica una procedura di sicurezza che prevede l'isolamento

temporaneo di un edificio, di un'area più o meno estesa, di un'intera città, volta a contenere l'emergenza da Sars-Cov-2, denominato successivamente dall'Organizzazione mondiale della sanità (World Health Organization - WHO) come “distanziamento fisico”.

È stato lo psicoterapeuta Erikson, già negli anni '60, a evidenziare come la costruzione dell'identità in età infantile sia influenzata da molti fattori psicosociali. Riteneva, infatti, che alla base dell'identità di ognuno ci fossero le interazioni individuo – ambiente.

Nel corso degli anni molti studiosi hanno appoggiato la teoria della sociogenesi dei processi mentali, attraverso la quale è possibile avere un ruolo strutturante nell'identità e nelle attività mentali grazie all'interazione con adulti e coetanei.

Lo sviluppo dell'età evolutiva è stata da sempre oggetto di studio di varie correnti di pensiero psicologiche, psichiatriche e sociologiche. Nel corso degli ultimi anni la considerazione del bambino ha subito cambiamenti, dagli inizi del '900 la valutazione di questa età è radicalmente mutata, riconoscendone diritti e sviluppo della personalità.

Fondamentale a favore di questa evoluzione è stato il supporto delle scienze umane, le quali hanno posto l'accento sul fatto che anche il bambino è una persona umana, con caratteristiche peculiari che devono essere riconosciute e in quanto tale portatore di diritti che devono essere rispettati e concretamente attuati. Prima di allora il bambino era considerato come uomo immaturo e imperfetto. Ad oggi, il significato più ampio della parola infanzia a cui si fa più spesso riferimento è quello adottato dalle Nazioni Unite (1989) nella Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, secondo cui “bambino è ogni essere umano al di sotto del diciottesimo anno d'età” (art.1).

Fatte queste premesse, per bambini e adolescenti il periodo pandemico ha rappresentato un evento stressante, tanto da poter essere in grado di influenzare l'insorgenza dei disturbi mentali, come segnalato dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità nel suo Action Plan 2013-2020 (WHO, 2013). “L'esposizione a eventi stressanti in giovane età è un fattore di rischio accertato per l'insorgere di disturbi mentali che può essere prevenibile”, si legge nel suo Action Plan 2013-2020. Come sottolineato nel testo L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia (Lanius, Vermetten, Pain, 2012): “Gli eventi traumatici nei primi anni d'infanzia non vengono persi, ma piuttosto

conservati per tutta la vita, come le impronte di un bambino nel cemento fresco. Il tempo non cura le ferite che avvengono in quei primi anni: le nasconde solamente. Le ferite non vengono perse, diventano parte del corpo”.

Sulla base di queste considerazioni, andrò a evidenziare il ruolo familiare nella gestione della patologia, l'influenza della famiglia sulla genesi delle patologie psichiatriche, approfondendo il ruolo dell'infermiere di salute mentale in questo contesto.

L'infermiere rappresenta un vero e proprio collegamento tra il paziente e la famiglia nella gestione del trattamento e reinserimento. Nel caso delle patologie psichiatriche, l'infermiere ha un ruolo fondamentale a supporto della famiglia nell'accettazione della diagnosi ma anche affiancamento, aiuto e cura.

A tal proposito, è bene sottolineare ciò che prima veniva definito problema mentale, sinonimo di ghettizzazione e malattia incurabile, oggi si identifica nel termine salute mentale; visione del tutto opposta che illumina questo settore di cura e principalmente il paziente.

Con l'espressione salute mentale l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce: uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni.

1 PSICHIATRIA INFANTILE, CENNI STORICI

È con la fine del Settecento che ci avviciniamo alla nascita ufficiale della psichiatria infantile che si può far risalire, secondo von Gontard, al 1799, quando al Bethlehem Hospital di Moarfield, il più antico ospedale psichiatrico inglese, il medico John Haslam ha visitato una bambina di 3 anni e mezzo che dopo una vaccinazione presentava una regressione dalle precedenti acquisizioni dello sviluppo. Questo caso viene definito la "prima descrizione di follia infantile" (Alexander F.G. & Selesnick S.T. ,1966).

La psichiatria infantile, come primaria area di interesse, ha approfondito il ritardo mentale ed era una disciplina autonoma. Si riteneva che il disturbo psichiatrico nel bambino consistesse nella perdita delle facoltà intellettuali, cioè in un deficit cognitivo, mentre con l'introduzione del concetto di *moral insanity*, la possibilità di diagnosticare una patologia psichiatrica in assenza di menomazione intellettive, si è fatta strada la possibilità di diagnosticare anche nel bambino, come nell'adulto, un disturbo mentale al di là del deficit intellettivo (Alexander F.G. & Selesnick S.T. 1966).

Nel Novecento l'interesse per la psichiatria infantile è andato sempre più crescendo, Alfred Binet, psicologo inglese che ha studiato i bambini affetti da ritardo mentale, nel 1905 pubblicò i suoi primi test. I test di Binet hanno segnato la nascita della testologia e dei test intellettivi, test proiettivi e di personalità così importanti in psichiatria infantile e oggi utilizzati per valutare l'intelligenza in ambiente scolastico o educativo.

Negli stessi anni Sante De Sanctis, in Italia, ha definito il concetto di "schizofrenia precocissima", poi chiamata anche "schizofrenia infantile". I contributi italiani sono sempre stati all'avanguardia e le informazioni sono state raccolte grazie alla prestigiosa rivista *Infanzia Anormale*, fondata a Roma nel 1907. I pionieri italiani in questo settore sono stati Sante De Sanctis, Giuseppe F. Montesano e Maria Montessori. In Italia la psichiatria infantile non è mai stata specializzazione autonoma, è sempre stata inglobata insieme alla branca medica di neurologia infantile in modo da studiare i vari disturbi non solo dal punto di vista somato-psichico ma anche con coinvolgimento organico.

1.1 Diagnosi e classificazione patologie psichiatriche

In campo diagnostico si utilizza lo schema classificatorio proposto dall'International Classification of Diseases (ICD) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1992 alla 10a edizione. Si tratta della classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, replicata dalla prima edizione del DSM del 1952.

Parallelamente all'ICD, il DSM prodotto dall'American Psychiatric Association (APA) è il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali utilizzato come sistema nosografico da medici e psicologi sia nella parte clinica che di ricerca. Per quanto riguarda l'età evolutiva, la classificazione delle patologie del DSM è differente nel corso delle varie edizioni; fino alla terza edizione la sezione di psichiatria infantile, intitolata 'Disturbi che esordiscono di solito nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza', presenta 9 disturbi in Asse I che comprendono sindromi cliniche: Ritardo mentale, Disturbi da deficit dell'attenzione, Disturbi della condotta, Disturbi ansiosi della fanciullezza e dell'adolescenza, Disturbi alimentari, Disturbi da movimenti stereotipati, Altri disturbi con manifestazioni fisiche e Disturbo generalizzato dello sviluppo. L'Asse II è rappresentata dai Disturbi specifici dello sviluppo (Masson, 1988).

Nel DSM-5 è stato rimosso il sistema multiassiale, ovvero la suddivisione delle patologie in varie assi di appartenenza, e sono stati introdotti vari cambiamenti. Ad esempio sono stati accorpati alcuni disturbi che fanno capo ai Disturbi dello spettro autistico, in cui vengono inclusi anche il Disturbo disintegrativo della fanciullezza, la Sindrome di Rett e la Sindrome di Asperger. Inoltre, il termine Ritardo mentale è stato sostituito con Disturbi dello sviluppo intellettivo (Raffaello Cortina,2014). Sono stati modificati i criteri diagnostici dell'ADHD, Sindrome del deficit dell'attenzione e dell'iperattività, introducendo una categoria che unisce i disturbi di scrittura, lettura e calcolo in Disturbi dell'apprendimento. Infine nel DSM-5 vengono introdotte scale di valutazione che vanno a indagare lo sviluppo del bambino, l'ambiente familiare e la personalità (Raffaello Cortina,2014).

1.2 Principali disturbi in età evolutiva

Sono diversi i disturbi di salute mentale che insorgono nell'infanzia e adolescenza, proprio la fragilità di questo periodo della vita di un individuo può rappresentare un fattore di rischio aggiuntivo. I principali disturbi sono: depressione, disturbi d'ansia e dell'umore e i disturbi del comportamento alimentare (DCA) .

In generale, i bambini con disturbi del comportamento tendono a manifestarli con comportamenti aggressivi che possono racchiudere varie manifestazioni. I comportamenti aggressivi si distinguono attraverso due dimensioni: la forma che si riferisce alla modalità di emissione del comportamento e alla intenzione ovvero le motivazioni che conducono ad un determinato atto. Qualsiasi forma di comportamento aggressivo ha una forte componente genetica, oltre ai fattori ambientali e al contesto familiare o parenting che ne rappresentano una notevole influenza.(Brendgen et al,2008) I Disturbi da Comportamento (DCD) sono un macro gruppo con diversi sottogruppi: Disturbo Oppositivo-Provocatorio (DOP) nei confronti di persone che rappresentano l'autorità, il Disturbo della Condotta (DC) che si manifesta con comportamenti che tendono alla ribellione e con comportamenti fisici aggressivi verso persone o animali e Disturbo Esplosivo Intermittente (DEI), così come classificati nel DSM-5.

Un'altra importante classe di patologie, che si è fatta strada negli ultimi anni tra i più giovani in maniera insidiosa sono i Disturbi del Comportamento Alimentare. Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali indica i diversi quadri diagnostici nelle diverse fasce evolutive dei disturbi nutrizionali:

- disturbo della pica, il bambino tende a ingerire tutto ciò che non è alimento come capelli , sabbia e fogli da non confondere con la fase orale , necessaria per lo sviluppo del bambino .
- disturbo della ruminazione, il bambino tende a rigurgitare il cibo, con comportamento irritante.
- disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo , il bambino tende ad evitare qualsiasi forma di alimento , con conseguente perdita di peso, deficit nutrizionale e dipendenza eccessiva dall'alimentazione di tipo parentale.

- L'anoressia nervosa si manifesta con un'assunzione ristretta di calorie, associato ad un'alterazione del modo di percepire il peso .
- La bulimia nervosa prevede episodi alternati tra abbuffate con ingestione di quantità eccessive di cibo a momenti di rimpianto , i quali vengono compensati con vomito autoindotto e abuso di lassativi.
- Il disturbo da binge-eating caratterizzato da ricorrenti episodi di abbuffata. A differenza della bulimia nervosa, in tal caso il bambino/adolescente non mette in atto condotte compensatorie.

Questi comportamenti influenzano la salute fisica e il contesto psicosociale dell'individuo e non sono secondari a altre condizioni mediche o ad altri disturbi psichiatrici (Fairburn & Walsh, 2002).

Negli ultimi anni, si parla spesso di nuovi disturbi alimentari; (Atzeni, Converso&Loera,2020) Essi sono:

- Drunkoressia: restrizione delle calorie per poter assumere bevande alcoliche senza aumentare di peso;
- Pregoressia: ossessione per il peso durante la gravidanza, che spinge le donne a sottoporsi a diete troppo restrittive e allenamenti prolungati
- Ortolessia: bisogno di seguire un'alimentazione sana in maniera ossessiva
- Virgolessia :ossessione verso una forma fisica perfetta

Per quanto riguarda i disturbi d'ansia, essi sono uguali tra adulti e bambini . Il DSM 5 identifica diverse categorie per i disturbi d'ansia, tra cui:

- Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale), soggetto con difficoltà in ambiente che implichi una relazione sociale, per paura di essere giudicato.
- Mutismo selettivo, costante incapacità di parlare in situazioni sociali nonostante il soggetto sia in grado.
- Fobia specifica, ovvero paura e ansia verso un determinato oggetto o situazione . Nei bambini si esprime con pianto, collera e aggrappamento (clinging)
- Disturbo d'ansia di separazione, fenomeno fisiologico nello sviluppo che scompare con il periodo puberale. Talvolta persiste e si identifica con difficoltà a separarsi

dai genitori, con persistenza di pensieri pessimistici e catastrofici nei loro confronti

Il termine depressione si riferisce ad un gruppo di sintomi e comportamenti che causano danno nel funzionamento personale e/o sociale dell'individuo (BHS, 2019). Tali sintomi sono: cambiamenti della sfera emozionale che includono tristezza e irritabilità accompagnate da una perdita di piacere e di interesse per le attività quotidiane (anedonia), cambiamenti della sfera del pensiero ove i bambini e gli adolescenti, possono lamentare una perdita di concentrazione e scarsa attenzione e una perdita della capacità decisionale. Cambiamenti della sfera comportamentale includono bassa energia, apatia, stanchezza, autolesionismo e ritiro sociale.

Per valutare la depressione vengono utilizzate scale di auto somministrazione, le più utilizzate sono: Beck Depression Inventory che valuta i cambiamenti di umore e il rischio di suicidio . Children's Depression Inventory, somministrabile dagli 8 ai 17 anni , indaga su varie funzioni e non definisce la gravità della patologia .

1.3 Dai manicomi agli Ospedali psichiatrici

Nel 1904 venne emanata la Legge Giolitti, che porta il nome del ministro dell'interno dei tempi Giovanni Giolitti. Tale legge trattava le Disposizioni sui manicomi e sugli alienati, in particolar modo veniva richiesta l'obbligatorietà di ricovero in caso di soggetti pericolosi e che avessero commesso pubblico scandalo, l'ammissione in struttura a seguito di procedure giuridiche e prevedeva un servizio speciale sugli alienati. Sotto questo punto di vista l'ingresso in manicomio non era una conseguenza esclusiva del disturbo psichico ma veniva utilizzato come strumento di protezione nei confronti della società.

A partire dal 1968, in seguito a denunce riguardanti le condizioni disumane in cui versavano le persone rinchiusi nei manicomi, in Italia vennero approvate alcune modifiche normative. Ad esempio, la legge 431 del '68 nota anche come legge Mariotti apportò la trasformazione da ricovero giudiziario a ricovero volontario e vennero istituiti

centri di igiene mentale a livello provinciale, diretti da un direttore psichiatra, personale medico, infermieristico ed ausiliario (Art. 3 della Legge n. 431 del 1968).

Successivamente con la legge 349 del 1977 si iniziò a considerare la tutela della salute come un diritto fondamentale della persona ad interesse della collettività e a sottolineare la necessità dello Stato di creare un Servizio Sanità, facendo riferimento a quanto citato nell'articolo 32 della Costituzione.

Tutto venne affermato con legge 833 del 1978, la quale istituiva il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), riassumibile in un complesso di funzioni, strutture, servizi e attività che lo Stato avrebbe dovuto garantire a tutti i cittadini, senza nessuna distinzione di ceto o etnia, per il recupero della salute fisica e psichica.

L'avvenimento più clamoroso nella storia della salute mentale si ebbe con la legge 180 del 13 maggio 1978, più conosciuta con il nome del suo promotore, Franco Basaglia, psichiatra e neurologo italiano. La legge 180 non rappresenta soltanto la legge che ha permesso la chiusura dei manicomi, ma l'inizio di un processo di trasformazione riguardante la salute mentale e la stigmatizzazione del paziente psichiatrico che fino a quel momento prevedeva l'iscrizione al casellario giudiziale dei provvedimenti di ricovero in ospedale psichiatrico, la cancellazione dalle liste elettorali e il meccanismo quasi automatico di interdizione.

Nel 1994 venne approvato anche il Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale in cui vennero individuate le strutture e i servizi psichiatrici presenti sul territorio. Seguì una diversificazione delle competenze professionali delle persone che lavoravano in queste strutture, per favorirli nella gestione del paziente sempre più complesso.

Analizzando alcuni contenuti della Legge 180 del 1978, emerge che l'art. 1, comma 1, viene sancito il principio generale della volontarietà degli accertamenti e dei trattamenti sanitari. I trattamenti sanitari obbligatori (TSO) enunciati nell'art.1 sono in ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 32 della Costituzione, che sancisce invece il principio di volontarietà dei trattamenti sanitari e impone la riserva di legge per quelli obbligatori. Pertanto essi possono essere disposti solo nei casi previsti dalla legge (Art. 1 comma 2 Legge 13 maggio 1978, n. 180.). Tali casi stabiliti dalla legge sono: persona che necessita

di cure secondo parere medico, paziente che rifiuta cure e casi in cui il trattamento non può essere extra-ospedaliero.

Deve essere eseguito nel rispetto della dignità della persona e dei suoi diritti civili e politici. Viene richiesto dal sindaco come massima autorità sanitaria del Comune dopo emanazione di due certificazioni mediche, garantendo il luogo di cura e questi trattamenti si devono accompagnare con iniziative volte ad assicurare il consenso e la partecipazione del soggetto sottoposto (art.1 comma 6) Si garantisce altresì il diritto di chi è sottoposto a TSO di comunicare con chi ritenga opportuno (art.1 comma 4).

2 Evoluzione storica e ruolo dell'Infermiere in Salute Mentale

Conoscere l'assetto legislativo in materia psichiatrica ci permette di comprendere l'evoluzione fatta in termini di assistenza, per nulla stabile in quanto in continua evoluzione parallelamente all'assetto culturale e sociale. Il primo piano per la tutela della salute mentale risale al 1998-2000 e individua per la prima volta la salute mentale fra le tematiche ad elevata complessità, per le quali è necessaria l'elaborazione di atti specifici tra cui la promozione della salute all'interno del ciclo di vita, la prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali e la prevenzione terziaria ovvero la riduzione delle conseguenti disabilità in contesto affettivo, sociale e relazionale.

La prima definizione di infermiere psichiatrico risale al 1800 quando era considerato guardiano o custode dei matti, persone analfabete e di classi sociali umili. Ad esso spettavano compiti esclusivamente di contenzione e di custodia, non aveva alcuna preparazione specifica, ubbidiva ai medici e viveva a stretto contatto con i pazienti. I compiti principali dell'infermiere erano terapia con acqua, elettroshock, psicotomia, piroterapia e ergoterapia. L'infermiere era colui che seguiva la vita, la disperazione, la manifestazione di pazzia e anche talvolta la morte del folle.

Dopo la chiusura dei manicomi, gli infermieri vennero liberati anch'essi con i pazienti, grazie a un processo di trasformazione istituzionale. Dal giugno del 1980 la figura dell'infermiere psichiatrico è stata posta definitivamente in esaurimento e sostituita

dall'infermiere professionale. Oggi possiamo considerare di essere passati da una assistenza di custodia a una territoriale, con lo scopo di curare e prevenire il disturbo psichico individuando origine e sviluppo della patologia stessa.

L'assistenza psichiatrica può ora essere considerata come un'area specializzata della pratica sanitaria diretta alla prevenzione e alla cura dei disturbi mentali. Lo scopo del trattamento assistenziale consiste nel venire incontro ai bisogni di base dei pazienti, dall'autonomia alla capacità di strutturare stabili e realistici concetti di sé e degli altri volti a stabilire equilibrio e sopravvivenza. Gli interventi vanno di conseguenza differenziati a seconda delle caratteristiche del paziente.

L'infermiere dovrebbe possedere dei requisiti professionali quali:

- capacità e necessità di fare una diagnosi infermieristica
- capacità di raccogliere elementi significativi per comprendere la mappa dei poteri
- capacità di evidenziare le modalità di auto-terapia utilizzate dal paziente
- possibilità di offrire al paziente una esperienza emotiva correttiva d'equipe
- capacità di offrire antidoti efficaci alla solitudine

I compiti dell'assistenza possono essere quindi:

- Di sostegno al funzionamento deficitario del paziente rispetto alla realtà. L'infermiere si pone come una figura concreta o come io ausiliario sostenendo nel paziente la fiducia e la sicurezza attraverso la presa in carico di tutti i suoi bisogni;
- Di tipo progressivo. L'infermiere sostenendo o favorendo le funzioni più evolute quali quelle di fare programmi, prendere decisioni, rinforza lo sviluppo del senso di competenza del paziente incoraggiando le sue potenziali capacità di affrontare le varie situazioni della vita reale.

Per concludere, l'obiettivo dell'assistenza è quello di cercare di condurre attraverso la relazione ogni paziente ad un adattamento il più stabile possibile alla realtà che lo circonda.

2.1 Infermiere case manager

La Case Management Society of America (CMSA) definisce il case management come un processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure, valutazione e 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, risultati di qualità, con un buon rapporto costo-efficacia.

Il Case Manager ha il compito di assicurare che programmi di cura, implementati ed aggiornati in base allo stato di salute, contribuiscano a razionalizzare la numerosità e la varietà degli interventi erogati da soggetti diversi ma che siano adeguati per il paziente (Coughlin et al.,2006). Il case management deve garantire la continuità delle cure che rappresentano, secondo l'OMS, un indicatore di buon funzionamento di servizio sanitario, oltre che a svolgere il ruolo di advocacy del paziente. In questo contesto il case manager ha anche una importante funzione di educatore sia nei confronti dell'equipe assistenziale sia nei confronti del paziente e della sua famiglia. I suoi compiti sono: valutare i bisogni formativi dell'equipe assistenziale, assistere il gruppo infermieristico nello sviluppo di protocolli e linee guida, fornire al paziente e alla famiglia informazioni basilari per affrontare la malattia e per mettere in atto i nuovi comportamenti che sono necessari a contribuire e migliorare la qualità di vita del paziente, rilevando e sviluppando le capacità residue al fine di aumentarne l'autonomia ed evidenziando i bisogni dei pazienti secondo un ordine di priorità.

Il modello organizzativo del case management viene applicato in ambito psichiatrico secondo le direttive del Piano di azione nazionale per la Salute Mentale (PANSM) per garantire i livelli di assistenza per la tutela della salute mentale.

Il case manager si attua in diversi modelli:

- Modello ospedaliero: è quello in cui i singoli o gruppi di infermieri coordinano i servizi per i soggetti ad alto rischio e facilitano lo spostamento tra le Unità all'interno dell'ospedale.
- Modello dall'ospedale alla comunità: gli infermieri case manager si occupano di persone ad alto rischio, dal ricovero per acuti all'assistenza continua nel territorio.
- Modello territoriale: gli infermieri case manager assistono gli individui principalmente a domicilio o in setting di comunità.

2.2 Relazione infermiere–paziente

In psichiatria, la relazione interpersonale tra infermiere e paziente riveste il cuore della pratica assistenziale ed è uno degli strumenti più importanti disponibili per gli infermieri (Scanlon, 2006). La relazione può essere definita psicoterapeutica quando il primo risponde alle richieste del secondo, seguendo modalità che favoriscono un cambiamento interno oltre che esterno. Perché ciò accada devono sussistere nel malato residue potenzialità di elaborazione delle difese patologiche nonché di contatto con la realtà.

La relazione terapeutica spesso viene definita anche come relazione d'aiuto, relazione infermiere–paziente, relazione di fiducia e alleanza terapeutica (Moreno-Poyato et al., 2016). Fattori come la coerenza, l'empatia, la capacità di ascoltare, fare una prima impressione positiva, creare un ambiente sicuro e confortevole e il lavoro di equipe sono i pilastri fondamentali su cui si basa lo sviluppo di una relazione terapeutica. (Cleary et al., 2012).

La comprensione è considerata un ulteriore elemento essenziale, in quanto capire i pazienti è un ingrediente necessario per poterli aiutare; la curiosità e il desiderio favoriscono la comprensione. Un ulteriore elemento fondamentale per una relazione terapeutica adeguata è l'ascolto attivo, non semplicemente ascoltando ma ponendosi in

atteggiamento di attenzione ed evitando un comportamento giudicante. (Dziopa et al.,2009).

Per fare ciò l'infermiere deve vedere i pazienti come individui con una loro vita, che va oltre la patologia mentale, in modo da valorizzare il paziente.

Facendo riferimento alle teoriche infermieristiche, la relazione interpersonale è stata descritta da Hildegard Peplau, tanto che la sua teoria è divenuta la pietra miliare del Nursing Psichiatrico.

Nel rapporto infermiere-paziente sono identificabili 4 fasi fondamentali, le quali sono separate ma si verificano nel corso della relazione. Esse sono:

- L'orientamento, cioè la fase di definizione del problema. L'infermiere aiuta il paziente a riconoscere il suo problema e stabilisce una relazione di aiuto.
- L'identificazione, vale a dire la selezione della appropriata assistenza professionale.
- L'utilizzazione, cioè l'uso dell'assistenza professionale per le alternative atte a risolvere il problema.
- La risoluzione o conclusione del rapporto professionale. Dopo aver soddisfatto i bisogni del paziente, la relazione terapeutica deve cessare.

Nella relazione d'aiuto devono essere presenti alcuni elementi, che sono:

- Comprensione empatica: mettersi nei panni dell'altro e condividere, uno dei mezzi più potenti e delicati di cui l'infermiere può disporre per favorire il cambiamento nel paziente;
- Accettazione positiva: “ti capisco e ti accetto senza giudicarti”;
- Comunicazione efficace;
- Ascolto attivo: porre attenzione all'altro.

LO STUDIO

La pandemia Covid-19 ha generato una crisi estesa su più punti, talvolta è stata definita multimodale. La crisi ha principalmente interessato l'ambito sanitario, ma anche occupazionale, economico e sociale in una modalità senza precedenti.

Sebbene la letteratura medica mostri che i bambini sono meno suscettibili alla malattia da Coronavirus, principalmente per la prima ondata, non è lo stesso per quanto riguarda la salute mentale.

La pandemia ha rappresentato sospensione delle attività scolastiche, intese come momento di formazione, relazione e aggregazione, e delle attività quotidiane di svago, ma anche mancanza di confronto tra pari e provocato un uso smisurato di internet e social media che possono essere considerati fattori alla base dell'innalzamento dei disturbi psichiatrici.

Tutto ciò ha influito negativamente sullo sviluppo psico-fisico dei bambini e adolescenti. Secondo una ricerca condotta dall'Università di Harvard, tra marzo e aprile 2021 su un campione di 3.453 individui, a cui l'Italia ha partecipato attraverso l'ospedale Gaslini e Università di Genova, è emerso che il 65% di individui sotto i 6 anni ha presentato sintomi di regressione legati a disturbi comportamentali; mentre il 71% sopra i 6 anni ha descritto sintomi ansiogeni e aumento dell'irritabilità (Gary King,2020).

Un ulteriore studio condotto in Italia nell'aprile 2020, su 854 genitori di bambini dai 2 ai 14 anni, dimostra invece che a determinare maggiori difficoltà a livello psicologico nei più piccoli è la difficoltà con cui i genitori affrontano la situazione di isolamento e il relativo livello di stress che può avere un impatto significativo sul benessere dei più piccoli, causando in essi problemi emotivi e comportamentali (Maria Spinelli,2020).

Lo studio delle patologie psichiatriche infantili-adolescenziali e il loro progressivo aumento, però, non trova riscontro solo nel periodo pandemico. L'Organizzazione Mondiale della Sanità già nel 2013 aveva stimato che entro il 2020 il 20% dei giovani

avrebbe necessitato di supporto psichiatrico a causa di questo aumento dei disturbi mentali nella popolazione minorile.

E proprio negli ultimi anni gli esperti hanno esposto il progressivo aumento dei disturbi di salute mentale nei più giovani. Attraverso lo studio Progetto Italiano Salute Mentale Adolescenti (PRISMA), condotto nel 2007 su ragazzi di 10-14 anni residenti in aree urbane, si sono andati a valutare i disturbi d'ansia e depressione evidenziando un aumento dell'8,2% nell'arco di un anno. I dati dello studio sono stati poi pubblicati sul *Child and Adolescence Psychiatry* nel 2009 (Alessandra Frigerio et al, 2007).

Nel 2014, uno studio internazionale multicentrico condotto dal Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), intitolato *Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare*, ha raccolto dati su studenti di 11, 13 e 15 anni per quanto riguarda la percezione della salute. Dallo studio è emerso che gli adolescenti ricollegano la loro percezione di salute alla presenza o assenza di sintomi di ansia e depressione, associandolo al successo o insuccesso scolastico, al vivere positivamente o meno l'esperienza scolastica e al rapporto di comunicazione con i genitori (Inchley, J et al , 2016).

Se non trattati i disturbi mentali possono influenzare lo sviluppo dei giovani. È per questo che il tema lanciato per l'edizione 2018 del World Mental Health Day è stato dedicato proprio ai giovani e al continuo cambiamento sociale. È stata un'occasione per sensibilizzare l'opinione pubblica e gli operatori sanitari su questo tema e per sottolineare la necessità di coinvolgimento da parte di tutti per svolgere un ruolo preventivo.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), il peso globale dei disturbi mentali continua a crescere con un conseguente impatto sulla salute e sui principali aspetti sociali. In particolare l'Oms sottolinea che il 10-20% di bambini e adolescenti nel mondo soffre di disturbi mentali e che le condizioni neuropsichiatriche sono la principale causa di disabilità nei giovani di tutte le Regioni Oms. L'insorgenza delle malattie mentali inizia all'età di 14 anni per il 34,6% mentre il 48,4% prima dei 18 anni (Solmi M et al, 2021).

Sempre a tal proposito uno studio recentissimo condotto dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) attraverso un rapporto da parte dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali (OSMED), ha riportato che nel 2020 c'è stato un aumento

dell'uso di psicofarmaci in età pediatrica pari all'11,6% rispetto all'anno precedente. In aumento sono anche le prescrizioni di tali farmaci, con un tasso pari al 28,2% per 1000 bambini. Attraverso lo stesso studio è emerso che, principalmente, la fascia d'età che ricorre a psicofarmaci è tra i 12-17 anni. Dall'analisi delle prescrizioni per sottocategoria di farmaci, la prevalenza d'uso maggiore si osserva per gli antipsicotici (0,19%) a cui seguono gli antidepressivi, con una prevalenza d'uso di 0,14% e i farmaci per l'Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder(ADHD) rappresentati da metilfenidato e atomoxetina, con una prevalenza pari a 0,06%. Gli antipsicotici, quindi, sono i farmaci che registrano un aumento maggiore delle prescrizioni (+17,2%) rispetto all'anno precedente (Rapporto Nazionale Osmed ,2020).

Un tempo la famiglia nel contesto di patologia psichiatrica era considerata come l'agente patogeno che portava all'insorgenza della patologia. Con l'evoluzione del concetto di salute mentale e del paziente psichiatrico, anche la famiglia ha subito un cambio di ruolo, diventando supporto per il paziente e più coinvolta nel processo di guarigione. Nel contesto pediatrico dove più volte si è parlato dell'importanza dei genitori nel processo educativo, esso diviene ancor più importante se tale bambino è affetto da un disturbo psichiatrico. I genitori sono spesso la risorsa migliore e più vicina a cui i bambini possono chiedere aiuto, pertanto una comunicazione aperta con i più piccoli è la chiave per identificare eventuali problemi fisici e psicologici e per confortare i bambini durante periodi di isolamento prolungato come avvenuto con il covid 19 .

I genitori sono spesso dei modelli importanti per un comportamento sano. Buone capacità genitoriali diventano cruciali quando i bambini sono confinati a casa. Oltre a monitorare le attività e il comportamento dei figli, i genitori devono anche rispettare la loro identità e i loro bisogni, oltre che aiutarli a sviluppare capacità di autodisciplina. I bambini sono costantemente esposti a notizie legate alla pandemia, quindi conversare direttamente con loro su questi temi potrebbe alleviare la loro ansia. L'isolamento domestico potrebbe offrire una buona opportunità per migliorare l'interazione tra genitori e figli, per coinvolgere i bambini nelle attività della famiglia e per aiutarli a essere più autonomi. Con i giusti approcci genitoriali, i legami familiari possono risultarne rafforzati e soddisfare le esigenze psicologiche del bambino (Fan Jiang, 2020).

Il genitore o qualsiasi membro della famiglia che si ritrova a svolgere il ruolo di caregiver, ovvero supporto della persona, affronta diverse fasi nel momento in cui viene diagnosticata una malattia o disturbo psichiatrico, dalla negazione alla rabbia fino all'accettazione della patologia. In questa fase anche il ruolo dell'infermiere è fondamentale, soprattutto l'infermiere case manager in ambito psichiatrico in quanto è in grado di valutare lo stato di salute e i bisogni dell'individuo, oltre che a sostenere i percorsi di continuità assistenziale tra ospedale e territorio. L'infermiere case manager, inoltre, promuove l'aderenza ai piani terapeutici e agisce sulla promozione del self care.

L'accettazione di una patologia psichiatrica in un bambino o adolescente non è sempre facile, pertanto è necessario un infermiere con competenze in grado di favorire la promozione della salute mentale, educare su come gestire i problemi di salute mentale e relazionarsi con l'intera famiglia (Delaney, 2014).

Inoltre è necessaria un'educazione alla famiglia attraverso la giusta informazione sui disturbi psichiatrici, i comportamenti da attuare e sulla prevenzione di essi.

Nel contesto americano esiste la figura di infermiere con pratica avanzata (Advanced Practice Nurse), in particolare per la salute mentale infantile: il Child and Adolescent Psychiatric clinical nurse specialist e il Family Psychiatric nurse practitioner (Weiss et al., 2009).

L'infermiere di famiglia specialista in psichiatria fornisce assistenza diretta per i bisogni fisici e psicologici dei pazienti in un contesto di pratica familiare, questo ruolo è una sintesi di 2 ruoli di pratica avanzata, l'infermiere clinico psichiatrico specialista (Psych.C.N.S.) e l'infermiera di famiglia (F.N.P.), entrambi continuano ad avere una grande utilità indipendentemente (Patricia D. Cunningham, 1999).

3.1 Scopo della tesi

Lo scopo dell'attuale revisione è quello di sintetizzare la letteratura disponibile, sull'aumento delle patologie psichiatriche nell'età evolutiva nel periodo pandemico Covid-19, con riferimento alla figura dell'infermiere di salute mentale a supporto delle famiglie.

3.2 Materiale e metodi: PICO

Il quesito definitivo è stato elaborato tramite il metodo P.I.C.O.;

P - bambini/adolescenti con problemi di salute mentale

I - intervento dell'infermiere psichiatrico

C - //

O - prevalenza delle patologie psichiatriche post-pandemia , approccio del caregiver

Outcome primari attesi : aumento delle patologie psichiatriche in età evolutiva a causa del periodo pandemico

Outcome secondario atteso : maggior coinvolgimento della famiglia, nella gestione della patologia e nella corretta conoscenze dei disturbi.

3.3 Protocollo ricerca bibliografica

Nella revisione sono stati inclusi tutti i tipi di studi in lingua inglese ed italiano, riguardanti l'aumento delle patologie psichiatriche in periodo pandemico Covid 19 nei bambini e adolescenti, di età inferiore ai 18 anni sottoposti a lockdown e quarantena.

La ricerca attraverso la letteratura scientifica è stata effettuata attraverso la banca dati Medline tramite Pubmed ed ELSEVIER attraverso Psychiatry Research, Google scholar e la rivista Journal of child and adolescent Psychiatric Nursing attraverso la Wiley Library.

3.4 Stringhe di ricerca

Le stringhe di ricerca contenevano combinazione di parole chiavi: pediatric, child, mental disorder, mental health, covid 19, psychiatric nurse, therapeutic relationship, adolescent, utilizzando il fattore booleano AND.

Le parole sono state individuate nel titolo e nell'abstract di ciascuno articolo, come riportato di seguente:

tabella 1. Stringhe della ricerca degli articoli

Motore di ricerca	Stringa di ricerca	Risultati
PUBMED	((("Child"[Mesh]) AND "Mental Health"[Mesh]) AND "COVID-19"[Mesh]	619
PUBMED	((("Child"[Mesh]) AND "Adolescent"[Mesh]) AND "Mental Disorders"[Mesh]) AND "COVID-19"[Mesh]	174
GOOGLE SCOLAR	Impatto sulla salute mentale di bambini/adolescenti covid 19	1723
PUBMED	((("Mental Health"[Mesh]) AND "Coronavirus"[Mesh]) AND "Adolescent Development"[Mesh]) AND "Child Development"[Mesh]	4
PUBMED	((("Psychiatric Nursing"[Mesh]) AND "Child"[Mesh]) AND "Adolescent"[Mesh]	464
PUBMED	((("Nurse's Role"[Mesh]) AND "Mental Disorders"[Mesh]) AND "Child"[Mesh]) AND "Adolescent"[Mesh]	153

3.5 Criteri di inclusione ed esclusione

Durante la ricerca non sono stati impostati nessun limite né temporale né di lingua. Sono stati inclusi tutti gli studi che rilevano un incremento di patologie psichiatriche di natura comportamentale, depressiva e disturbo d'ansia in età evolutiva dai 3 ai 18 anni post-pandemia Covid 19.

Sono stati esclusi tutti gli articoli con campione di studio misto ovvero sia adulto che bambini, tutti gli studi che mostravano un incremento dei disturbi anche prima del periodo pandemico, tutti gli articoli che esponevano una riacutizzazione della patologie psichiatriche dell'età evolutiva durante la pandemia, articoli che non trattano di patologie psichiatriche ma di abuso di sostanze e uso di social media, sono stati esclusi anche articoli che trattano disturbi mentali specifici come psicosi , schizofrenia e autismo.

Sono stati inclusi nella revisione tutti gli studi con un campione che includesse bambini e adolescenti con patologia psichiatrica di insorgenza durante e post lockdown, studi che si sono prefissati di indagare l'aumento delle patologie di tipo depressivo, ansiogeno e comportamentale; la difficoltà da parte delle famiglie di gestire il fenomeno e studi che trattassero la figura infermieristica a supporto di famiglie e pazienti per la gestione del disturbo attraverso una corretta relazione terapeutica.

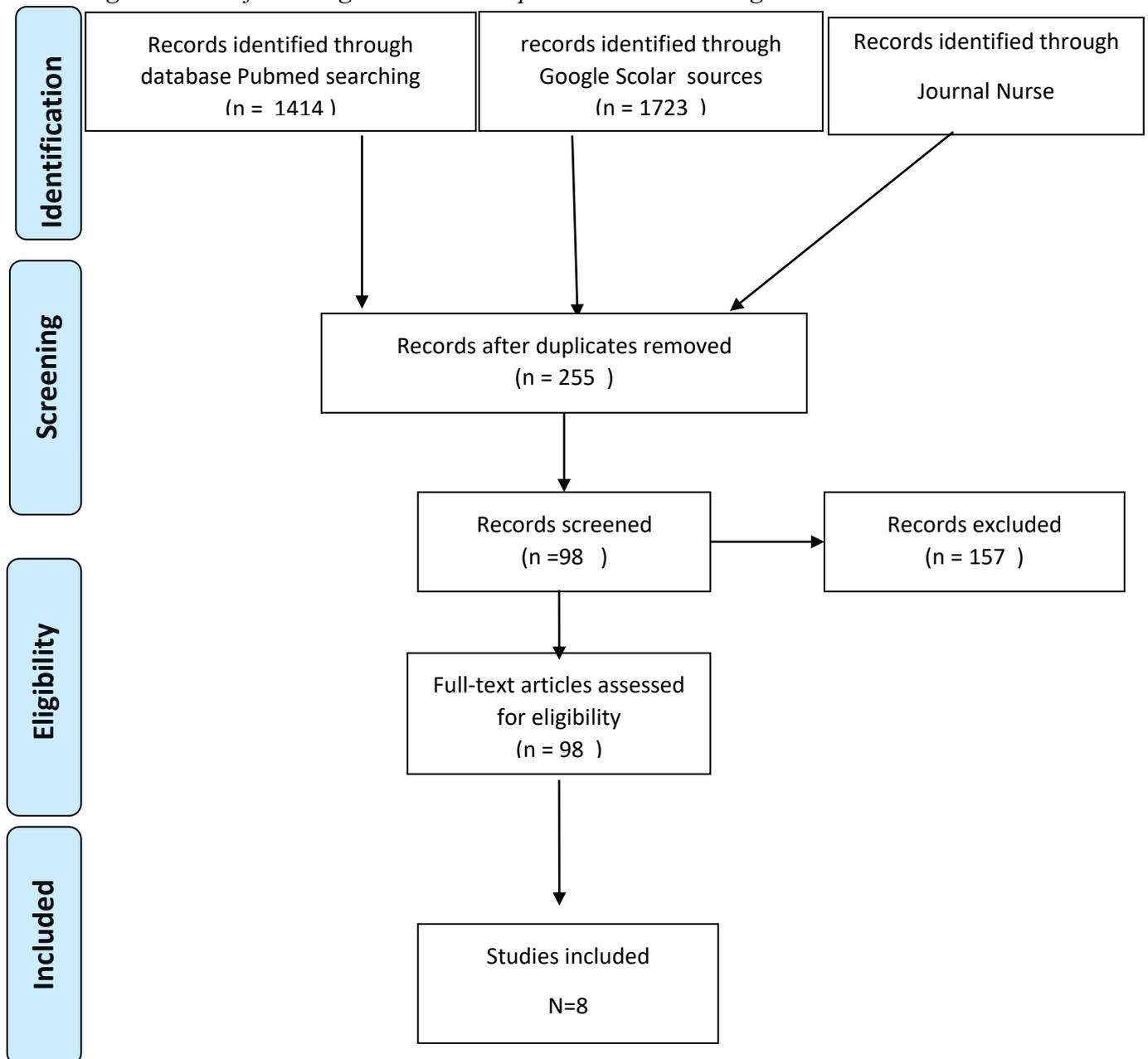
3.6 Selezione degli studi

Dalla ricerca sui database vengono individuati 3137 articoli. Dopo una prima scrematura effettuata sulla base della presenza di parole chiavi nel titolo e nell'abstract e

l'eliminazione di doppioni, gli studi si sono ristretti a 247. Applicati i criteri di esclusione sono ristretti a 98 ma dopo una lettura completa sono stati selezionati per la revisione 8 articoli.

Lo screening degli studi è stato eseguito seguendo il prisma chart come indicato nella figura sottostante:

Fig.1 PRISMA flow Diagram relativo al processo selezione degli studi



Autori, Anno e Riviste	Titolo	Disegno di studio	Obiettivo	Risultati	Strumenti di raccolta	Conclusioni
Tofthagen R, Talseth AG, Fagerström L. Nursing Research and Practice. 2014	Mental health nurses' experiences of caring for patients suffering from self-harm.	Qualitativo esplorativo e descrittivo	Lo scopo di questo studio era di esplorare le esperienze degli infermieri di salute mentale di prendersi cura di pazienti ricoverati.	I risultati dell'analisi possono essere descritti con due categorie relazione infermiere-paziente stimolante e collaborativa e promozione del benessere attraverso interventi infermieristici	sono state le interviste semi strutturate, condotte durante l'autunno 2010 e la primavera del 2011. Le interviste semi strutturate sono durate dai 45 ai 90 minuti	Il benessere unico di ogni paziente può essere promosso creando una relazione collaborativa infermiere-paziente e interventi infermieristici centrati sulla persona
Davies J. e Huws-Thomas M. (2007). Nursing Standard, 21(51): 49-60.	Care and management of adolescents with mental health problems and disorders	Studio qualitativo	esaminare il ruolo dell'infermiere nell'interazione con i giovani con problemi e disturbi di salute mentale	tra le componenti chiave terapeutiche dell'infermiere di salute mentale infantile e dell'adolescenza emerge l'ascolto attivo, inteso come processo	Scala di valutazione, non è specificato la struttura ove sia avvenuto lo studio	Le attività dell'infermiere di salute mentale infantile e dell'adolescenza è il cambiamento trasformativo, dell'empowerment e lo sviluppo della resilienza nel paziente, il professionista deve

				dinamico e interattivo che richiede un'interpretazione attiva di ciò che viene ascoltato, accompagnata da un feedback al paziente circa la corretta comprensione,		utilizzare il feedback verso l'adolescente circa la comprensione della sua situazione, delle sue esigenze e soprattutto dei suoi sentimenti
Qi Liua, Yu Zhoua,Xinyan Xiea, Qi Xuea Kaiheng Zhua Zihao Wana, Hao Wua, Jiajia Zhangb, Ranran Songa. Journal of Affective Disorders,2021	The prevalence of behavioral problems among school-aged children in home quarantine during the COVID-19 pandemic in china.	Studio trasversale (cross section)	Lo scopo è mirato a valutare la prevalenza di problemi comportamentali nei bambini in età scolare durante il confinamento a casa	La prevalenza di comportamenti prosociali tra i bambini è stata del 10,3%, seguita dalla difficoltà totale (8,2%). problemi di condotta (7,0%), problemi con i coetanei (6,6%), iperattività-disattenzione (6,3%) e problemi emotivi (4,7%). Figli dei genitori con sintomi ansiosi	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ovvero punti di forza e difficoltà .	La prevalenza di problemi comportamentali tra i bambini in età scolare variava dal 4,7% al 10,3% in quarantena domestica durante l'epidemia di COVID-19. Fare esercizio fisico può essere una misura efficace per ridurre problemi comportamentali per i bambini in età scolare in isolamento domiciliare.

				erano associati a maggiori rischi di sintomi emotivi e totale difficoltà		
Chiro Islam Mallik and Rifat Binte Radwan, Elsevier 2021	Impact of lockdown due to COVID-19 pandemic in changes of prevalence of predictive psychiatric disorders among children and adolescents in Bangladesh	Studio trasversale (cross section)	lo scopo è di ottenere un'istantanea della prevalenza dei disturbi psichiatrici predittivi nella popolazione infantile e adolescenziale in Bangladesh prima e durante il blocco.	Qualsiasi disturbo psichiatrico durante il periodo di blocco è stato riscontrato significativamente ($p < 0,05$) più alto tra gli adolescenti (44,4%) rispetto ai bambini (35,5%). Inoltre, il disturbo emotivo sia prima che durante il blocco è stato trovato statisticamente significativo tra gli adolescenti. Prima del lockdown, la prevalenza del disturbo emotivo era del 4,4% tra i bambini e il 10,0% degli adolescenti e la	Il primo era un questionario strutturato progettato dai ricercatori che conteneva variabili socio-demografiche e relative a COVID-19 come qualsiasi caso di COVID-19 e il secondo era il Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Questo studio ha rivelato che durante il periodo di blocco, la prevalenza complessiva di qualsiasi disturbo psichiatrico predittivo era aumentata in modo significativo rispetto a circa il periodo di sei mesi prima dell'inizio del blocco. Inoltre, i disturbi psichiatrici specifici erano aumentati significativamente anche tra il bambino e gli adolescenti. Durante il periodo di lockdown, il disturbo psichiatrico predittivo era aumentato del 39,7% e il disturbo emotivo, il disturbo della condotta e l'iperattività erano

				differenza era significativa (p <0,005). Durante il lockdown, la prevalenza di disturbi emotivi tra bambini e adolescenti è stata rispettivamente del 18,1% e del 29,3%. Anche questa differenza era significativa (p <0,001).		aumentati rispettivamente del 23,4%, 29,7% e 14,1%..
Zuguo Qin, Lei Shi, Yaqing Xue, Huang Lin, Jinchan Zhang, Pengyan Liang, Zhiwei Lu, Mengxiong Wu, Yaguang Chen, Xiao Zheng, Yi Qian,Ping American Medical Association,2021	Prevalence and Risk Factors Associated With Self-reported Psychological Distress Among Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic in China	Studio trasversale	Valutare il disagio psicologico auto-riferito tra i bambini e gli adolescenti in età scolare associati alla pandemia di COVID-19	Un totale di 126 355 studenti (10,5%) ha auto-riferito disagio psicologico. Rispetto agli studenti della scuola primaria, gli studenti delle scuole superiori avevano un aumentato rischio di disagio psicologico (OR, 1,19 [IC 95%, 1,15-1,23]).	General Health Questionnaire	Questi risultati suggeriscono che la prevalenza del disagio psicologico auto-riferito tra gli studenti durante la pandemia di COVID-19 era relativamente alta. Influenzati da fattori come indossare la mascherina e svolgimento di attività fisica.

Reynolds W.J. e Scott B. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 1999	Empathy: a crucial component of the helping relationship	Revisione sistematica	Revisionare il concetto di empatia, come influisce sull'assistenza erogata	L'empatia è un altro elemento caratterizzante la relazione infermiere-assistito di fondamentale importanza terapeutica perché permette di comunicare all'assistito una comprensione del suo mondo .In quanto gli adolescenti con esigenze più complesse tendono a pensare di non essere in grado di far comprendere il proprio punto di vista agli adulti.	//	L'infermiere di salute mentale infantile e dell'adolescenza, che è in grado di esprimere risposte empatiche, può contribuire ad incoraggiare la comunicazione ed alleviare il disagio
Delaney K.R	Learning to observe in context: child and adolescent inpatient mental health assessment.	Ricerca quantitativa	Fornire una guida di valutazione, indicazioni riguardo a come i bambini e gli	Nelle unità psichiatriche ospedaliere per bambini e adolescenti, il personale	Questionario	Operando da un quadro comune, il personale infermieristico può discutere di avvenimenti specifici,

			<p>adolescenti pensano, controllano il proprio comportamento e affrontano i loro sentimenti</p>	<p>infermieristico ha un eccellente punto di osservazione per osservare il comportamento in una varietà di situazioni e contesti. Per valutare tali aspetti è necessario che il personale valuti non solo il comportamento di presentazione, ma anche le capacità di elaborazione delle informazioni e di regolazione degli affetti del paziente, in modo che questa conoscenza dello sviluppo può essere incorporata nella pratica è attraverso guide di valutazione</p>		<p>confrontando i loro parere riguardo all'assistito per raggiungere una comune comprensione psicologica del comportamento. L'infermiere deve avere una comprensione dei concetti legati al modo in cui gli adolescenti pensano, al modo in cui tentano di controllare il loro comportamento e al modo in cui affrontano i loro sentimenti</p>
--	--	--	---	---	--	--

<p>Luca Pisano, Domenico Galimi, Luca Cerniglia IFOS - Center for the Family. 2020</p>	<p>A qualitative report on exploratory data on the possible emotional/behavioral correlates of Covid-19 lockdown in 4-10 years children in Italy</p>	<p>Ricerca qualitativa esplorativa</p>	<p>Questo rapporto mirava ad analizzare le conseguenze psicologiche del blocco di Covid-19 nei bambini</p>	<p>I risultati mostrano che un bambino su quattro (26,48%) ha mostrato il sintomo regressivo della richiesta di vicinanza fisica ai genitori durante la notte e quasi uno su cinque (18,17%) ha manifestato paure mai avute prima. La metà dei bambini (53,53%) ha mostrato maggiore irritabilità, intolleranza alle regole, uno su cinque ha presentato cambiamenti di umore (21,17%) e problemi di sonno tra cui difficoltà ad addormentarsi, agitazione e</p>	<p>E' stato costruito un questionario, suddiviso in tre aree, quattro domande per area, per un totale di dodici domande</p>	<p>La pandemia ha avuto un effetto importante sulle emozioni e sul comportamento dei bambini. Particolarmente ai comportamenti adattivi mostrati da alcuni bambini che potrebbero nascondere la presenza, di sintomi depressivi o disagio psicologico.</p>
--	--	--	--	--	---	--

				<p>risvegli frequenti (19,99%) . Uno su tre (34,26%) ha mostrato nervosismo per il tema della pandemia quando è stato menzionato a casa o in TV. Quasi uno su tre (31,38%) sembrava più calmo e uno su due (49,57%) sembrava più saggio e riflessivo. Quasi tutti (92,57%) sembravano in grado di adattarsi alle restrizioni pandemiche; anche se uno su due (43,26%) sembrava più svogliato alle attività a cui era abituato a svolgere prima della pandemia .</p>	
--	--	--	--	---	--

4 Risultati

Sono stati inclusi nella revisione 8 studi, che rispondevano ai criteri di inclusione. Di questi studi selezionati 3 sono studi trasversali (cross section), 3 qualitativi, 1 revisione sistematica e 1 quantitativo .

Due di loro sono stati condotti in Cina, uno in Italia, uno in India , uno in Norvegia, due in Regno Unito e uno negli USA. L'età dei bambini varia dai 4 ai 17 anni .

R. Tofthagen et al (2014) è uno studio qualitativo. Il metodo per la raccolta dei dati sono state le interviste semi strutturate, a degli infermieri specialisti di psichiatria, condotte durante l'autunno 2010 e la primavera del 2011. Dallo studio emerge che la relazione infermiere –paziente può essere di due tipi: relazione infermiere-paziente stimolante e collaborativa e promozione del benessere attraverso interventi infermieristici . La prima tipologia contiene a sua volta quattro sottocategorie: atteggiamento premuroso nei confronti del paziente, speranza di guarigione, dialogo riflessivo per promuovere le espressioni verbali del paziente ed essere emotivamente colpiti da pazienti autolesionisti. Per quanto riguarda la seconda categoria, i partecipanti ovvero infermieri ritenevano che per poter aiutare il paziente e garantire che il follow-up del paziente non diventi accidentale è necessario comprendere e conoscere il paziente come persona.

Uno studio britannico di Devies et al (2007) va ad analizzare ed esaminare il ruolo dell'infermiere nell'interazione con i giovani con problemi e disturbi di salute mentale. Tale studio utilizza scale di valutazione al fine di esaminare i giovani, il loro sviluppo, la salute mentale e il benessere, ed esplora come gli infermieri possono utilizzare la comunicazione verbale e non verbale per creare una relazione terapeutica.

Qui Liu et al ,(2021) a Wuhan e la città di Hubei hanno condotto uno studio attraverso un questionario online somministrato attraverso la piattaforma crowdsourcing. Nel presente studio la popolazione erano 2330 bambini di età da 2 a 6 anni, convogliando anche le famiglie dopo aver fornito un consenso informato dettagliato. Lo studio è stato condotto all'interno di scuole elementari dal 25 febbraio al 25 marzo 2020: 1784 bambini e 1706 genitori hanno approvato e completato i questionari online. Questo studio è stato approvato dal Comitato Etico di Tongji Medical College, Università di Scienza e

Tecnologia di Huazhong. Tra i partecipanti, 474 (37,5%) bambini erano a Wuhan città, 498 (39,4%) erano nelle classi 2 o 3 e 707 (55,9%) erano ragazzi. Una percentuale di bambini (41,8%) hanno fatto esercizio fisico più di 2 giorni alla settimana per oltre 60 minuti durante la quarantena domiciliare. Nello studio emerge che la maggior parte erano comportamenti prosociali (10,3%), seguiti problemi di difficoltà totale (8,2%), problemi di condotta (7,0%), problemi tra pari (6,6%), iperattività-disattenzione (6,3%) e problemi emotivi (4,7%). Confrontando le due popolazioni cinesi i bambini in età scolare di Huangshi e di Whuan, i bambini di Wuhan avevano un rischio maggiore di coetanei problemi (OR: 2,36, 95% CI: 1,50-3,70) e difficoltà totale (OR: 1,65, IC 95%: 1,10-2,48). È stato riscontrato che i bambini delle classi 4-6 hanno di più problemi tra pari (OR: 2,50: 95% CI: 1,46-4,27) e meno prosociale problemi comportamentali (OR: 0,53, IC 95%: 0,37-0,77). Considera che sono stati esaminati i problemi comportamentali dei bambini utilizzando la versione SDQ auto-riportata esplorando se le associazioni tra problemi comportamentali e fattori correlati fossero differenti in base al grado scolastico di appartenenza. Tra i bambini di 2° e 3° anno, risultati simili sono stati osservati tra il rischio di iperattività-disattenzione e il tempo di esercizio (OR: 0,48, IC 95%: 0,21-1,10 per 1-2 giorni; OR: 0,24, IC 95%: 0,08-0,75). Inoltre, i sintomi riscontrati anche nei genitori di carattere ansioso, è stato correlato all'aumento dei rischi di sintomi ansiosi (OR: 5,83, 95% CI: 1,10–30,95) e difficoltà totale (OR: 5,94, 95% CI: 1,32–26,73) nei loro figli. Inoltre all'analisi delle variabili socio-demografiche del campione totale, il rapporto maschi-femmine era di 1,3:1. L'intervallo di età del campione era di 4-17 anni con una media di $10,4 \pm 4,1$ anni. Ai fini dell'analisi, il campione è stato raggruppato in bambini (4-10 anni) e adolescenti (11-17 anni) che erano rispettivamente del 53,1 % e del 46,9 %. La maggior parte dei soggetti proveniva da nuclei familiari (71,7%) e il restante 28,3% proveniva da famiglie singole. La maggior parte dei soggetti apparteneva al gruppo a reddito medio (83,7%). Solo il 9,1% proveniva da gruppi a basso reddito e il 7,2% da gruppi ad alto reddito. La distribuzione urbano-rurale era rispettivamente del 67,5% e del 32,5%.

Nello studio di Chiro Islam Mallik et al,(2021) sono state utilizzate due serie di questionari. Il primo era un questionario strutturato progettato dai ricercatori che conteneva variabili socio-demografiche e relative al COVID-19 come eventuali casi di

COVID-19 e qualsiasi decesso dovuto a COVID-19 in famiglia. Il secondo era, la versione genitore convalidata del Bangla Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) per lo screening della psicopatologia. SDQ ha tre versioni: sé, genitore e insegnante. SDQ è composto da 25 attributi sia positivi che negativi, progettati per rilevare il problema emotivo, il problema della condotta, l'iperattività, il problema dei pari e il comportamento prosociale. In questo studio è stata utilizzata solo una versione. Per il miglior utilizzo possibile nella situazione di blocco, SDQ è stato adattato per ottenere il quadro generale della salute mentale di bambini e adolescenti sia nel periodo di sei mesi prima dell'inizio del blocco che durante il blocco. Il 26 marzo 2020, in Bangladesh è stato ufficialmente imposto il blocco per affrontare il nuovo coronavirus pertanto i genitori sono stati istruiti a fornire informazioni sul comportamento dei loro figli sei mesi prima del 26 marzo 2020 e dopo.

Durante l'analisi, la prevalenza della previsione di qualsiasi disturbo psichiatrico, disturbo emotivo, disturbo della condotta e problema di iperattività è stata calcolata utilizzando l'algoritmo di cut off del punteggio dei sintomi e del punteggio di impatto. La prevalenza è stata calcolata sia prima che durante il lockdown. Inoltre, è stato utilizzato il t-test per campioni appaiati per rilevare eventuali cambiamenti significativi dovuti al blocco. Un ulteriore test del chi-quadrato è stato utilizzato per scoprire qualsiasi associazione tra la previsione dei disturbi e le variabili socio-demografiche e altre variabili correlate. All'analisi delle variabili socio-demografiche del campione totale 552, il rapporto maschi-femmine era di 1,3:1. L'intervallo di età del campione era di 4-17 anni con una media di $10,4 \pm 4,1$ anni. La prevalenza ragazzo-ragazza dei disturbi psichiatrici mostra che i ragazzi soffrivano di più di qualsiasi disturbo psichiatrico rispetto alle ragazze prima del blocco. (22,1 % contro 18,3 %) Durante il periodo di lockdown la prevalenza maschi-femmine è aumentata rispettivamente del 42,6 % e del 35,7 %. Il disturbo emotivo prima del blocco è stato riscontrato più tra le ragazze (9,4%) che tra i ragazzi (5,4%) e ha raggiunto il livello di significatività al livello del 5%. Durante il periodo di lockdown, la prevalenza di tutte le forme di disturbi psichiatrici è aumentata sia nei ragazzi che nelle ragazze, ma i ragazzi hanno avuto una prevalenza leggermente più alta (24%) Per quanto riguarda le fasce di età gli adolescenti avevano più forme di disturbi psichiatrici, emotivi, della condotta e iperattività rispetto ai bambini sia prima che durante il blocco. Qualsiasi disturbo psichiatrico durante il periodo di lockdown è stato riscontrato significativamente

($p < 0,05$) più alto tra gli adolescenti (44,4%) rispetto ai bambini (35,5%). Inoltre, il disturbo emotivo sia prima che durante il blocco è stato trovato statisticamente significativo tra gli adolescenti. Prima del lockdown, la prevalenza del disturbo emotivo era del 4,4% tra i bambini e il 10,0% degli adolescenti e la differenza era significativa ($p < 0,005$). Durante il lockdown, la prevalenza di disturbi emotivi tra bambini e adolescenti è stata rispettivamente del 18,1% e del 29,3%. Anche questa differenza era significativa ($p < 0,001$).

Uno studio trasversale condotto da Quin et al. (2021), utilizza i dati di un sondaggio sulla salute mentale dei bambini e degli adolescenti in età scolare nella provincia del Guangdong, in Cina, condotto utilizzando un metodo di campionamento casuale a cluster stratificato tra l'8 e il 30 marzo 2020. Per stimare i risultati associati alla posizione dei distretti, sono stati inclusi solo i dati degli studenti con indirizzi internet attuali. I dati sono stati analizzati dal 5 aprile al 20 luglio 2020. Tra 1 310 600 studenti che hanno completato il sondaggio, 1 199 320 studenti (età media [DS], 12,04 [3,01] anni; 619 144 [51,6%] ragazzi) sono stati inclusi nell'analisi finale. Un totale di 126 355 studenti (10,5%) hanno auto-riferito disagio psicologico. Rispetto agli studenti della scuola primaria, gli studenti delle scuole superiori avevano un aumentato rischio di disagio psicologico (OR, 1,19 [IC 95%, 1,15-1,23]). Rispetto agli studenti che indossavano frequentemente una maschera facciale, gli studenti che non indossavano mai una maschera facciale avevano un rischio maggiore di disagio psicologico (OR, 2,59 [IC 95%, 2,41-2,79]). Inoltre, gli studenti che hanno trascorso meno di 0,5 ore di esercizio avevano maggiori probabilità di disagio psicologico auto-riferito rispetto agli studenti che hanno trascorso più di 1 ora di esercizio (OR, 1,64 [IC 95%, 1,61-1,67]).

Un'ulteriore studio preso in analisi per la conduzione della revisione è uno studio italiano, condotto in Sardegna da Pisano et al. (2020). Per condurre l'indagine è stato costruito un questionario, suddiviso in tre aree, quattro domande per area, per un totale di dodici domande. La prima area ha indagato il comportamento regressivo dei bambini con particolare riferimento alla perdita di alcune abilità evolutive precedentemente acquisite (es. dormire da soli nella propria stanza, controllo sfinterico limitato all'enuresi, adeguatezza del linguaggio, regolazione delle emozioni). La seconda area ha esplorato il

comportamento opposto del bambino al cambiamento improvviso dello stile di vita: irritabilità, continui sbalzi d'umore, disturbi del sonno e nervosismo per le restrizioni e i messaggi provenienti dalla TV o dai genitori sulla pandemia. Infine, la terza area ha indagato il comportamento di adattamento dei bambini con riferimento alla calma, alla tranquillità, all'equilibrio e all'adattamento alle restrizioni, la manifestazione di svogliatezza verso le attività che svolgevano prima della pandemia in bambini di età compresa tra 4 e 10 anni. Ai partecipanti è stato garantito l'anonimato e lo studio è stato condotto secondo le raccomandazioni della Dichiarazione di Helsinki. Hanno deciso di focalizzare l'attenzione sulle risposte emotive/comportamentali dei bambini di questa fascia di età perché, a partire dai 4 anni, i punti evolutivi sopracitati sono stati raggiunti ed è quindi possibile valutare sia regressioni nelle abilità acquisite sia le strategie messe in atto dal bambino per far fronte a situazioni potenzialmente disorganizzanti. Per quanto riguarda la manifestazione del comportamento regressivo, è stato riscontrato che: il 26,48% dei bambini, che prima dell'emergenza Covid-19 aveva acquisito la competenza a dormire da soli nella propria camera da letto, ha chiesto di dormire nel letto dei genitori. L'età più rappresentativa del problema era di 4 anni (16,58%); Il 2,84% ha iniziato a soffrire di enuresi. Il sintomo si è manifestato maggiormente a 4 (29,41%), 5 (25,29%) e 6 anni (15,29%) per poi diminuire con l'aumentare dell'età; il 5,48% ha mostrato un generale peggioramento del proprio vocabolario. Il 18,17% ha iniziato ad esprimere paure che prima non avevano. In relazione all'età non sono state riscontrate differenze percentuali. Per quanto riguarda la manifestazione di comportamenti oppositivi per il repentino cambiamento della routine quotidiana, i risultati hanno mostrato che: il 53,53% dei bambini mostrava maggiore irritabilità, intolleranza alle regole, capricci e richieste eccessive. La fascia di età più esposta al problema era composta dai bambini di 4-6 anni, nello specifico: 4 anni (18,31%), 5 anni (16,16%) e 6 anni (14,66%), decrescente con l'aumentare dell'età; 6) Il 21,17% ha mostrato continui sbalzi d'umore. I sintomi sono diventati più frequenti a 4 (18,06%) e 8 (15,30%). Il 19,99% ha avuto problemi di sonno: difficoltà ad addormentarsi, irrequietezza, risvegli frequenti. Il 34,26% era nervoso per la pandemia quando guardava talk-show televisivi sul coronavirus o a causa delle restrizioni. Per quanto riguarda la manifestazione di comportamenti adattivi di calma, equilibrio, adattamento alle restrizioni e manifestazione di svogliatezza verso le attività che i bambini svolgevano prima della pandemia, è emerso che: il 31,38% dei bambini

sembrava più tranquillo durante l'emergenza rispetto a prima. La fascia di età più rappresentativa era 8-9 anni (16,42%), 9 anni (16,84%);2). Il 49,57% sembrava più saggio e riflessivo. L'adattamento è avvenuto principalmente a 4 (15,03%) e 9 anni (15,17%). il 43,26% sembrava più svegliato alle attività che svolgeva prima della pandemia, tra cui giocare, studiare, giocare, ecc. Il sintomo è apparso significativamente nella fascia di età 8-10 anni, nello specifico 8 anni (16,36%), 9 anni (15,82%) e 10 anni (15,05%).

In uno studio statunitense di Delaney (2006) si va ad analizzare le principali scale di valutazione contenenti indicazioni riguardo a come i bambini e gli adolescenti pensano, controllano il proprio comportamento e affrontano i loro sentimenti. In modo da organizzare scale di valutazioni infermieristiche per analizzare il comportamento adolescenziale, inoltre suggerisce modalità di diffusione e applicazione al personale.

In uno studio condotto nel Regno Unito da Reynolds et al. (1999), viene analizzata il concetto di empatia , in particolare nell'erogazione dell'assistenza sanitaria. Tale studio introduce una nuova visione di empatia per l'infermieristica clinica, includendo comprensione e una corretta comunicazione interpersonale.

5 Discussioni

L'aumento delle patologie psichiatriche nell'età evolutiva durante la pandemia da Covid-19 è stato confermato dagli studi di Liu et al., (2021), Malik et al.,(2021), Quin et al., (2021) e Pisano et al,(2020).

Quin et al., (2021) esplica che la prevalenza del disagio psicologico tra gli studenti sia relativamente alta durante la pandemia Covid -19. Tale studio analizza anche i fattori associati ai disturbi mentali. Suddividendoli in: fattori collegati al Covid e non. Tra i fattori non, abbiamo tutti i fattori socio-demografici come età, grado di istruzione, figlio unico o no, stato economico e luogo di residenza; mentre tra i fattori collegati al Covid abbiamo l'utilizzo di mascherina più o meno prolungato, il tempo di esercizio fisico durante il periodo di confinamento o lockdown e le fonti d'informazioni sulla pandemia. Quest'ultime sono in stretta correlazione con il luogo di residenza, in quanto in alcune aree non sviluppate è più difficile reperire informazione sull'evoluzione della pandemia pertanto incide sulla salute mentale. Suggerisce anche il coinvolgimento di governi, scuole e famiglie in modo che adottino contromisure per ridurre l'impatto della pandemia sulla salute mentale degli studenti, suggerendo ad esempio l'esercizio fisico durante il confinamento in quanto potrebbe migliorare l'umore e la fiducia in se stessi dei bambini e adolescenti, poiché è stato dimostrato che gli esercizi hanno associazioni benefiche con la prevenzione e il trattamento delle malattie psichiatriche e potrebbero promuovere il benessere mentale.

Nello studio di Liu et al.(2021), si pone maggior attenzione agli effetti della quarantena sul comportamento dei bambini in età scolare, con uno studio di tipo trasversale. Facendo emergere una prevalenza dal 4,7% al 10,5%. Anche in questo studio, come in quello di Quin et al.(2021) si definisce l'esercizio fisico come protettivo nell'insorgenza dei disturbi del comportamento, specificando che durante la lunga quarantena fare attività fisica riduce sintomi di iperattività e disattenzione. Liu et al. (2021) sottolineano alcuni limiti del proprio studio, il primo era che lo studio era di tipo trasversale, pertanto non hanno informazioni sui problemi comportamentali di base prima della pandemia Covid-19. Il secondo, che a causa delle risorse limitate e sensibilità al tempo durante la pandemia, hanno dovuto adottare l'autovalutazione, pertanto potrebbero essere presenti bias e potrebbero non essere allineati i risultati con la valutazione della salute mentale.

Inoltre un ulteriore follow-up a lungo termine è attraverso uno studio di coorte rispecchierebbe eventuali problemi comportamentali, in quanto non è chiaro se alla risoluzione della pandemia tali disturbi scompaiono o si riducono.

Secondo Pisano et al.(2020), il primo mese di quarantena della pandemia ha avuto un effetto importante sulle emozioni e sul comportamento dei bambini. Un fattore limite dello studio in comune anche con gli altri studi è la difficoltà di reclutamento e valutazione fattibili del campione, poiché le persone non sono direttamente contattabili, non sono state pubblicate misure convalidate appositamente create per la raccolta dati, non è osservabile il funzionamento emotivo/comportamentale dei giovani. Per questi motivi, hanno impiegato gli stessi strumenti utilizzati in caso di calamità naturali come uragani, terremoti, tsunami ed epidemie. Tuttavia, le caratteristiche e l'impatto di questi eventi differiscono con la pandemia di Covid-19. Durante questa fase di quarantena, l'unico strumento affidabile e di facile utilizzo è un questionario online. Tuttavia, Pisano et al. (2020) specifica che misurare la reazione dei bambini alla pandemia, in un momento storico in cui genitori e figli trascorrono l'intera giornata insieme, è ancora più complicato perché le dinamiche familiari tendono ad esacerbarsi e non aiutano gli scopi della ricerca. Inoltre gli esiti di situazioni angoscianti, anche in caso di calamità naturali sono determinati dall'interazione di diversi fattori tra cui: la risposta psicologica dei genitori alla pandemia, che influenza la reazione dei bambini; benessere psicofisico di genitori e figli prima dell'evento; qualità delle interazioni tra genitori e figli prima di affrontare la pandemia e, infine, la resilienza, nell'affrontare le avversità. Particolare attenzione va posta ai comportamenti adattivi mostrati da alcuni bambini che potrebbero nascondere la presenza di sintomi depressivi o disagio psicologico. Occorre infatti considerare che: il numero di bambini che sembravano in grado di adattarsi alle restrizioni causate dalla pandemia era di 5543 (92,57%) e quello di questi 2842 ha mostrato maggiore irritabilità, risulta che il 51,27% dei bambini che si è adattato ha mostrato anche maggiore irritabilità, intolleranza alle regole, capricci e pretese eccessive. Inoltre emerge che la quarantena determina l'insorgenza di disturbi quali ansia e depressione, disturbo post traumatico da stress, disturbi del sonno e rabbia ; tali patologie possono essere associate alla durata della quarantena.

Malik et al. (2021) esprime che i problemi di salute mentale sono già una sfida, che stiamo affrontando già da tempo. Questo studio è stato in grado di scoprire la prevalenza prima

del blocco e quali cambiamenti si erano verificati durante il blocco. Inoltre, lo studio ha definito il ruolo del lockdown per modificare il disturbo psichiatrico predittivo. Nel complesso, in questo studio è stata riscontrata una prevalenza di disturbi psichiatrici predittivi tra bambini e adolescenti del 20% prima del blocco. Mentre uno studio condotto in Bangladesh sei mesi prima della pandemia mostrava una prevalenza del disturbi del 10% tra i bambini da 5 a 10 anni. Inoltre, i disturbi psichiatrici specifici erano aumentati significativamente anche tra il bambino e gli adolescenti. Durante il periodo di lockdown, il disturbo psichiatrico predittivo era aumentato del 39,7% e il disturbo emotivo, il disturbo della condotta e l'iperattività erano aumentati rispettivamente del 23,4%, 29,7% e 14,1%. Dallo studio emerge , che l'ADHD era aumentato di più di tre volte.

Nello studio di Malik et al.(2021), il disturbo emotivo è stato trovato significativamente più alto tra i soggetti che avevano perso i loro familiari per morte a causa di Covid-19. Come parte della reazione al dolore e dello straordinario stress traumatico, ci si può aspettare che il disturbo emotivo sia più elevato tra coloro che hanno avuto questo tipo di morte all'interno della famiglia.

Per prevenire la diffusione del coronavirus, il mondo ha adottato la gestione non farmacologica (blocco, isolamento, distanziamento sociale, chiusura delle scuole ecc.). Anche il Bangladesh ha implicato questo tipo di gestione preventiva. Certamente, questa misura ha un impatto negativo su bambini e adolescenti nonostante la sua efficacia nella prevenzione del Covid-19. La relazione tra pari, l'ambiente di classe amichevole ha un effetto molto positivo su bambini e adolescenti nel loro migliore benessere emotivo e concetto di sé positivo. Inoltre dallo studio emerge, che qualsiasi tipo di disturbo psichiatrico tra i bambini è inferiore a quello degli adolescenti sia prima che durante il lockdown. Complessivamente, bambini e adolescenti, più vulnerabili a causa dell'enorme quantità di stress derivante dalle misure estreme per affrontare l'attuale pandemia.

Stessa luce può essere posta sulla differenza tra la prevalenza dei disturbi psichiatrici tra ragazzi e ragazze. Nel presente studio, i ragazzi erano più inclini al disturbo comportamentale rispetto alle ragazze sia prima che durante lo stato di blocco.

Delaney KR (2006), sottolinea che nelle unità psichiatriche ospedaliere per bambini e adolescenti, il personale infermieristico ha un'esposizione ai pazienti 24 ore su 24, il quale rappresenta un eccellente punto di osservazione per osservare il comportamento in una

varietà di situazioni e contesti interpersonali. Il modo in cui i membri dell'equipe rispondono ai comportamenti dell'ambiente dipende in parte dal loro giudizio su ciò che ha spinto la risposta di un giovane e dalla sua capacità di elaborare l'evento e controllare le emozioni associate. Per valutare tali aspetti della presentazione di un bambino o di un adolescente è necessario che il personale valuti non solo il comportamento di presentazione, ma anche le capacità di elaborazione delle informazioni e di regolazione degli affetti del paziente. Un modo in cui questa conoscenza dello sviluppo può essere incorporata nella pratica è attraverso guide di valutazione che contengano spunti di osservazione per questioni chiave relative al modo in cui i bambini/adolescenti pensano, sentono e si comportano.

Sebbene la maggior parte degli studi sull'empatia abbiano più di un decennio, il rapporto tra empatia e aiuto rimane incontrastato negli anni '90. Reynolds et al.(1999). specifica che c'è confusione sul fatto che l'empatia sia una dimensione della personalità, un'emozione vissuta o un'abilità osservabile, viene mostrato inoltre che l'empatia implica la capacità di comunicare una comprensione del mondo di un paziente. Infine, introduce una definizione di empatia considerata rilevante per l'infermieristica clinica, che include la necessità di comprendere il disagio dei pazienti e di fornire una comunicazione interpersonale di supporto. Sostiene che vi sia la necessità di rivisitare il ruolo dell'empatia nel contesto dell'attuale erogazione dell'assistenza sanitaria.

CONCLUSIONI

Sebbene il tasso di infezione da Covid-19 tra i bambini e gli adolescenti sia basso, lo stress che devono affrontare pone la loro condizione come altamente vulnerabile. Sono stati condotti molti studi per analizzare l'impatto di Covid-19 e la quarantena su bambini e giovani. I risultati degli studi presi in considerazione mostrano che la natura e l'entità di questo impatto dipendono da diversi fattori di vulnerabilità come l'età dello sviluppo, lo stato di istruzione, condizioni di salute mentale preesistenti, essere economicamente svantaggiati o essere messi in quarantena a causa di infezioni e paura di infezione. Gli studi evidenziano che i bambini mostrano disturbi come alterazione del sonno, incubi, scarso appetito, disattenzione e significativi problemi di separazione dal genitore.

Le misure di contenimento, come la chiusura di scuole e centri di attività per lunghi periodi, espongono bambini e i giovani agli effetti debilitanti; ci sono numerose minacce alla salute mentale associate all'attuale pandemia e alle successive restrizioni. Oltretutto i rischi per la salute mentale associati al Covid-19 tendono a colpire in modo sproporzionato bambini e adolescenti che sono già svantaggiati ed emarginati.

Secondo le ultime evidenze scientifiche, la presenza di genitori con sintomatologia ansiogena potrebbe essere fattore di rischio per l'insorgenza dei disturbi nei loro figli, come si evince dallo studio di Pisano et al.(2020) il collegamento tra ansia del bambino e ansia dei genitori/caregiver.

Dagli studi presi in considerazione risulta che lo sviluppo di una efficace relazione terapeutica risulta dalla combinazione tra l'esperienza sul campo e l'acquisizione di competenze interpersonali. Diverse sono risultate le strategie per uno sviluppo efficace della relazione terapeutica. La comunicazione è una delle funzioni fondamentali. La strutturazione di una relazione empatica è lo strumento centrale per instaurare e mantenere una corretta relazione terapeutica. L'infermiere deve avere allora una comprensione dei concetti fondamentali legati al modo in cui gli adolescenti pensano, al modo in cui tentano di controllare il loro comportamento e al modo in cui affrontano i loro sentimenti.

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare tutti coloro che mi hanno aiutato nella stesura della tesi con suggerimenti, critiche ed osservazioni: a loro va la gratitudine .

Ringrazio anzitutto la Dott.ssa Simonetti Valentina, perché senza il suo supporto, guida sapiente ed incoraggiamento questa tesi non esisterebbe.

Ringrazio inoltre il personale delle biblioteche consultate , che mi hanno ascoltato ed interpretato le mie richieste .

Un ringraziamento particolare va al mio fidanzato che mi ha incoraggiato e che ha speso parte del suo tempo a leggere e discutere con me le bozze.

Vorrei ringraziare infine le persone a me più care: amici e, soprattutto la mia famiglia a cui dedico questo mio traguardo.

BIBLIOGRAFIA/ SITOGRAFIA

Alessandra Frigerio , Paola Rucci , Robert Goodman , Massimo Ammaniti , Ombretta Carlet , Pina Cavolina , Giovanni De Girolamo , Carlo Lenti , Loredana Lucarelli , Elisa Mani , Andrea Martinuzzi , Nadia Micali , Annarita Milone , Pierluigi Morosini , Filippo Muratori , Franco Nardocci , Valentina Pastore , Gabriella Polidori , Andrea Tullini , Laura Vanzin , Laura Villa , Mauro Walder , Alessandro Zuddas , Massimo Molteni,(2007): Prevalenza e correlati dei disturbi mentali tra gli adolescenti in Italia

Alexander F.G. & Selesnick S.T. (1966). *The History of Psychiatry*. New York: Harper & Row

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition, Revised (DSM-III-R). Washington, D.C.: APA. (trad. it.: DSM-III-R. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 3a edizione, riveduta. Milano: Masson, 1988).

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-5). Washington, D.C.: APA (trad. it.: DSM-5. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Quinta edizione. Milano: Raffaello Cortina, 2014).

Baker S. (2000) *Environmentally friendly? Patients' views of conditions on psychiatric*

Barelli P., Spagnolli E. (2014) *Nursing di salute mentale*. Roma: Carocci Faber.

Barnekow, V, (2016): *Growing Up Unequal: Gender and Socioeconomic Differences in Young People's Health and Well-Being*. *Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2013/2014 Survey*

British Psychological Society (2019). *Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care*

Cantarelli M. (2017) *Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche*. Terza edizione, Milano:care: *A prospective study*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181: 552–557.Casa Editrice Ambrosiana.

Chiro Islam Mallik and Rifat Binte Radwan (2021) Impact of lockdown due to COVID-19 pandemic in changes of prevalence of predictive psychiatric disorders among children and adolescents in Bangladesh

Cleary M., Horsfall J., O'Hara-Aarons M., Jackson D., Hunt G.E. (2012) Mental health nurses' perceptions of good work in an acute setting. *International Journal of Mental Health Nursing*,

Convenzione dei diritti per l'infanzia: Italia legge del 27 maggio 1991, n. 176, UNICEF
<https://cmsa.org/>

Di Cristina Fabbri, Marilena Montalti (2008). *Le competenze specialistiche degli infermieri*

Di Salvatrice Casolaro, Elsa Vitale (2013): *Infermieristica in psichiatria e salute mentale: principi di base*

Di Vincenzo Raucci, Giovanni Spaccapeli (2013): *Fondamenti di infermieristica in salute mentale*

Delaney K.R. (2006) Learning to observe in context: child and adolescent inpatient mental health assessment. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*

Davies J. e Huws-Thomas M. (2007) *Care and management of adolescents with mental health problems and disorders*

Dott.ssa Margaret Chan : *Mental Health Action Plan 2013-2020 - World Health Organization 2013*

Dziopa F, Ahern K.(2009) *What makes a quality therapeutic relationship in psychiatric/mental*

Elisabetta Atzeni, Daniela Converso, Barbara Loera(2020): *L'ortoressia nervosa tra attenzione per la qualità dell'alimentazione e disturbi alimentari: criteri diagnostici e strumenti di valutazione.*

Erikson E.H. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton (trad. it.: *Infanzia e società*. Roma: Armando, 1989).

Fairburn, C.G. e Walsh, B.T. (2002). *Atypical eating disorders* - New York: The Guilford Press.

Germini F., Vellone E., Venturini G., Alvaro R. (2010) *Gli outcomes del nursing: strumenti*

Guanghai Wang Yunting Zhang Jin Zhao Jun Zhang Fan Jiang, (2020) *Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak*

health nursing: a review of the research literature. importance of communication, continuity of care, and stigma. *Evidence Based Mental*

Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., Mathison, F., Aleman-Diaz, A., Molcho, M., Weber, M., &

Istituto Superiore di Sanità. (2018) *Epicentro: il portale dell'epidemiologia per la sanità*

Joseph F. Coughlin, PhD James E. Pope, MD Ben R. Leedle, Jr (2006): *Old Age, New Technology, and Future Innovations in Disease Management and Home Health Care Journal of Mental Health Nursing*, 12: 103-109.

Legge 12 febbraio 1968 n.132 (Gazzetta Ufficiale n.068 del 12/03/1968)

Legge numero 180 del 13 maggio 1978 nota come Legge Basaglia

Luca Benci 2000: *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*

Luca Pisano Domenico Galimi Luca Cerniglia (2020) *A qualitative report on exploratory data on the possible emotional/behavioral correlates of Covid-19 lockdown in 4-10 years children in Italy.*

Mara Brendgen, Michel Boivin, Frank Vitaro, William M. Bukowski, Ginette Dionne, Richard E. Tremblay, Daniel Pérusse(2008): *Linkages Between Children's and Their Friends' Social and Physical Aggression: Evidence for a Gene–Environment Interaction?*

Maria Spinelli, Francesca Lionetti , Massimiliano Pastore e Mirco Fasolo(2020): *Stress dei genitori e problemi psicologici dei bambini nelle famiglie che affrontano l'epidemia di COVID-19 in Italia. Dipartimento di Neuroscienze, Imaging e Scienze Cliniche, Università G. D'Annunzio Chieti-Pescara, Chieti, Italia*

Maria Carmen Belloni(2006) L'infanzia è diventata un fenomeno sociale? Contributi al dibattito sulla fondazione di un nuovo paradigma sociologico

Ministero della Salute. (2016) Rapporto sulla Salute mentale

Moreno-Poyato A.R., Montesò-Curto P., Delgado-Hito P., Suárez-Pérez R.,

Moyle W. (2003) Nurse-patient relationship: a dichotomy of expectations. International nella professione infermieristica. Roma: Carocci Faber.New York: Pocket Books.

Nunziante, P. (2007). Il Case Management.

O'Brien A. J. (1999) Negotiating the relationship: Mental health nurses' perceptions of nurses for? Journal of Advanced Nursing, 31(2): 378-388.

Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed) 2020

Organizzazione Mondiale della Sanità. (2006) Constitution of the World Health

Patricia D. Cunningham(1999)The Psychiatric Family Nurse Practitioner: A Collaborator in Family Practice

Priebe S., Gruythens T. (1993) The role of the helping alliance in psychiatric community

Progetto Obiettivo per la tutela salute mentale 1998-2000: (G.U. n° 274 del 22/11/99)

Qi Liua, Yu Zhoua, Xinyan Xiea, Qi Xuea, Kaiheng Zhua Zihao Wana, Hao Wua, Jiajia Zhangb, Ranran Song (2021)The prevalence of behavioral problems among school-aged children in home quarantine during the COVID-19 pandemic in china

Rauci V., Spaccapeli G. (2013) Fondamenti di infermieristica in salute mentale.

Reynolds W.J. e Scott B. (1999) Empathy: a crucial component of the helping relationship. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6(5): 363-370.Rimini: Maggioli Editore.

Rogers C. (1971) The interpersonal relationship: The core of guidance.

Ruth A. Lanius, Eric Vermetten e Clari Pain(2012): L'impatto del Trauma Infantile sulla Salute e sulla Malattia-L'epidemia nascosta

Rydon S.E. (2005) The attitudes, knowledge and skills needed in mental health nurses: Salute mentale e organizzazione che cura. Infermieri, spazi, azioni e vissuti di cura

Scanlon A. (2006) Psychiatric nurses' perceptions of the constituents of the therapeutic

Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, Il Shin J, Kirkbride JB, Jones P, Kim JH, Kim JY, Carvalho AF, Seeman MV, Correll CU, Fusar-Poli P, (2021). Età di insorgenza dei disturbi mentali in tutto il mondo: meta-analisi su larga scala di 192 studi epidemiologici

Sommaruga M. (2014) Comunicare con il paziente. La consapevolezza della relazione

Soubhik Barari, Stefano Caria, Antonio Davola, Paolo Falco, Thiemo Fetzer, Stefano Fiorin, Lukas Hensel, Andriy Ivchenko, Jon Jachimowicz, Gary King, Gordon Kraft-Todd, Alice Ledda, Mary MacLennan, Lucian Mutoi, Claudio Pagani, Elena Reutskaja, Christopher Roth, and Federico Raimondi Slepoi. (2020): Evaluating COVID-19 Public Health Messaging in Italy: Self-Reported Compliance and Growing Mental Health Concerns,

Stefano Vicari, Silvia Di Vara :Bambini, adolescenti e Covid-19 (Erickson 2021)

The therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the their practice. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing, 8: 153–161.

Thomson L.D.A., Hamilton R. (2012) Attitudes of Vincenzo Raucci, Giovanni Spaccapeli · 2013: Fondamenti di infermieristica in salute mentale

Valeria Ugazio, Egle Becchi, Beatrice Benelli, Luigia Camaioni, Maria D'Alessio, Laura D'Odorico, Francesca Emiliani, Fabia Franco, Kenneth Kaye, Sally Minard, Luisa Molinari, Ezio Ponzio, Rudolph H. Schaffer: manual di psicologia educative

Walter di Munzio (2019): Lineamenti in Managemnt in Psichiatria; Riorganizzazione e bilancio dei servizi salute mentale

wards. London, UK: Mind.

Weiss S. e Talley S. (2009) A comparison of the practices of psychiatric clinical nurse specialists and nurse practitioners who are certified to provide mental health care for children and adolescents.