

# INDICE

## ABSTRACT

INTRODUZIONE.....pag. 1

### Scompenso psichico adolescenziale

- Epidemiologia..... pag. 3
- Classificazione delle patologie principali.....pag. 5
- Fattori di rischio per lo sviluppo delle patologie.....pag. 11
- Valutazione del paziente.....pag. 13
- Trattamento non farmacologico.....pag. 15
- Trattamento farmacologico.....pag. 18
- Servizi e strutture in Italia.....pag. 21
- Salute mentale negli adolescenti dopo la pandemia da COVID-19.....pag. 23

OBIETTIVI .....pag. 29

MATERIALI E METODI .....pag. 30

### RISULTATI

- Processo di assistenza infermieristica nel paziente con scompenso psichico adolescenziale .....pag. 32
- Piano di assistenza infermieristico .....pag. 36

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI .....pag. 45

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA .....pag. 46

## BIBLIOGRAFIA

## RINGRAZIAMENTI

## **ABSTRACT**

### **INTRODUZIONE**

In questa tesi si è voluto mettere in rilievo l'importante ruolo dell'infermiere nell'ambito della salute mentale. L'argomento complesso, preso in considerazione è lo scompenso psichico adolescenziale. Ad oggi un problema di rilievo nella nostra società, dove l'infermiere ha un ruolo fondamentale, soprattutto durante la degenza di questi ragazzi. Protagonista di questa tesi è il processo assistenziale.

### **MATERIALI E METODI**

La metodologia usata per questo elaborato di tesi consiste in una revisione bibliografica di articoli, condotta su PubMed, e ricerca libera condotta sui principali siti dell'Istituto Superiore di Sanità, del Ministero della Salute, dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza e altri siti specifici per le neuropsichiatrie infantili. Sono anche stati consultati i principali testi di Infermieristica specifici.

È stato creato un piano assistenziale per l'adolescente con problematiche psichiche, introducendo scale di valutazione specifiche per l'accertamento, che potrebbero aiutare l'infermiere e con schede assistenziali pre-strutturate per la gestione delle principali diagnosi infermieristiche enunciabili.

### **RISULTATI**

I risultati di questo elaborato di tesi si identificano con il processo di nursing sviluppato attraverso il piano di assistenza infermieristico con lo sviluppo di specifiche diagnosi infermieristiche, relativi obiettivi assistenziali, interventi infermieristici e risultati in termini di benefici per l'assistito. Per la fase di accertamento, sono state individuate, tra le molteplici reperite in letteratura, due scale di valutazione specifiche, validate in italiano, l'HONOSCA e la RECOVERY STAR di fondamentale importanza per poter valutare oggettivamente la situazione dell'assistito inizialmente e identificare il miglioramento clinico successivo ai trattamenti.

## ANALISI E DISCUSSIONE

L'adolescenza è uno dei momenti più complessi di tutta la vita di una persona. Non tutti riescono a viverla in maniera serena e dai dati emersi sono molti i giovani che soffrono di disturbi mentali.

In questa tesi si vuole dare importanza alla figura dell'infermiere, colui che avrà un contatto intimo e diretto con l'assistito.

**PAROLE CHIAVE:** *Teenagers, mental health, psychosis, risk factors, nurse.*

# **INTRODUZIONE**

## **SCOMPENSO PSICHICO ADOLESCENZIALE**

La definizione di salute che viene riportata dall'OMS recita: “La salute è uno stato totale di benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente assenza di malattie o infermità”. Il benessere mentale può essere quindi considerato come “uno stato psicologico che permette agli individui di sentirsi in pace con sé stessi e privi di ansie e pressioni che influenzino negativamente le loro emozioni” (2001).

La salute mentale viene vista come il fondamento del benessere non solo per l'individuo, ma anche per la comunità. Il funzionamento del corpo e della mente sono interdipendenti, ma l'OMS integra in questa interdipendenza anche quella sociale, andando anche ad accogliere un altro concetto: salute e malattia possono coesistere perché la salute non è solo assenza di malattia. (Badon et al., 2023)

Il benessere psichico non è un cardine importante solo dell'età adulta, ci si deve focalizzare anche su quella particolare fase della vita rappresentata dall'adolescenza. La salute mentale affonda le sue radici nell'infanzia, ed è fondamentale che ci sia un investimento maggiore da parte della società civile lungo tutto l'arco dell'età evolutiva fino ai primi anni della vita della persona. La ricerca scientifica, da molti anni, ha mostrato come una non curanza della salute psichica del soggetto fin dall'inizio, avrà delle pessime ripercussioni sulla vita adulta dello stesso. (Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale [PANSM] 2013).

In particolare, in questa tesi di laurea, si approfondisce uno dei tanti ambiti applicativi della neuropsichiatria infantile, nello specifico lo “scompenso psichico adolescenziale”. Questa espressione comprende tutta una serie di manifestazioni di disturbo del comportamento in età adolescenziale. La sintomatologia compare in maniera più o meno improvvisa e rompe l'equilibrio precedente, familiare e sociale, comportando il sovvertimento della routine di vita fino ad all'ora perdurante. I disturbi neuropsichici dell'età evolutiva sono molto frequenti e coinvolgono fino al 20% della popolazione fra i 0 e i 17 anni, includendo sia i disturbi neurologici: epilessia, sindromi genetiche rare, malattie neuromuscolari e neurodegenerative che disturbi del neurosviluppo come i disturbi dello spettro autistico, dell'apprendimento, del linguaggio, disturbi della condotta o ancora disturbi di attenzione/iperattività. (Badon, et al., 2023)

L'evoluzione infermieristica in area psichiatrica, in Italia, risale all'istituzione dei manicomi nel 1909, RD n. 615, nel quale si stabilisce le caratteristiche specifiche dell'assistenza infermieristica. I ruoli che l'infermiere aveva erano il confinamento e restrizione fisica dei soggetti, con catene, cinghie, camice di forza.

Negli anni Cinquanta si sintetizzano i primi psicofarmaci, che cambiano radicalmente l'approccio alla cura.

Dal 1980 al 1994, in Italia, viene avviato un percorso rivolto agli infermieri psichiatrici per equipararli agli infermieri, sino all'emanazione del profilo nel quale si prevede che per lavorare in ambito psichiatrico ci vogliono delle competenze ben specifiche (DM 739/1994).

*“Urge riflettere su cosa significhi essere un adulto oggi e quali conseguenza, e responsabilità, porti l'aver costruito una società competitiva e ideale dove, come se non bastasse, si continua a invadere la mente dei figli e degli studenti e a chiedere tacitamente loro di essere sé stessi nel mondo immaginato da madri, padri, insegnanti, disinteressandosi del loro presente e del loro futuro prima ancora che delle loro fragilità”.* (Lancini M., 2023)

In questo elaborato di tesi, l'obiettivo sarà creare un piano assistenziale infermieristico per quei bambini/adolescenti con problematiche psichiche complesse e vedere come l'infermiere può gestirle con una corretta implementazione del processo assistenziale e delle sue fasi.

Verranno integrate delle scale di valutazione pre-strutturate per l'accertamento infermieristico, sulle psicopatologie più frequenti. Le scale prese in considerazione sono l'HONOSCA (D'Avanzo B., et al, 2018) e la RECOVERY STAR (Placentino A., et al, 2017)

La stesura dell'elaborato prevede anche la costruzione di schede assistenziali pre-strutturate, relative alle principali diagnosi infermieristiche enunciabili.

## **EPIDEMIOLOGIA**

Per quanto riguarda la sezione dell'epidemiologia, i dati presi in considerazione sono i più recenti e presi dall'Istituto Superiore di Sanità, risalenti agli anni della pandemia COVID-19.

Sono stati proprio i bambini e adolescenti a pagarne le conseguenze, infatti le condizioni di benessere psicologico e sociale dei ragazzi dai 14 ai 19 anni, nel 2021, sono peggiorate. Gli adolescenti insoddisfatti e con un basso punteggio di salute mentale erano nel 2019 il 3,2% del totale, nel 2021 questa percentuale è raddoppiata al 6,2%.

220 mila ragazzi (della fascia d'età sopracitata) si dichiarano di essere insoddisfatti della propria vita e si trovano in una scarsa condizione di benessere psicologico.

Sempre in questo stesso gruppo di età anche la sedentarietà, che gioca un ruolo importante nella salute mentale, è passata dal 18,6% al 20,9%.

Un dato molto importante è quello delle relazioni tra pari che sono di massima importanza nello sviluppo armonico del ragazzo. Purtroppo, è diminuita in maniera concreta la soddisfazione per le relazioni con gli amici, tra il 2019 e il 2021, la percentuale di giovani dai 14 ai 24 anni che dichiarano di incontrarsi con gli amici almeno una volta a settimana è crollata dall'89,8% al 73,8%. Il 60% dei giovani dichiara di avere amici disponibili e il 70% di sentirsi accettato per come è.

Non è affatto difficile capire le ragioni di questi comportamenti: nel 2021 le ridotte possibilità di incontrarsi almeno per andare a scuola, la distanza di sicurezza, le limitazioni nella possibilità di praticare attività sportive e ricreative hanno contribuito a desertificare gli affetti e ha aumentato l'insoddisfazione giovanile. (BES 2021, Il benessere equo e sostenibile in Italia).

Nei comportamenti relazionali, purtroppo, il bullismo sembra mantenere le proprie caratteristiche senza variazioni: il 15% si sviluppa negli undicenni, il 16% nei tredicenni e poco più del 9% tra i quindicenni. (Istituto Superiore di Sanità)

La quota di adolescenti che dichiarano di aver fumato almeno un giorno nell'ultimo mese aumenta con l'età: 1% a 11 anni, 8% a 13 anni, 24% a 15 anni. Le ragazze di 15 anni fumano di più rispetto ai coetanei maschi: il 29% delle ragazze rispetto al 20% dei ragazzi (25% nel 2017/2018) ha fumato almeno un giorno nell'ultimo mese.

Anche per quanto riguarda il fenomeno dell'abuso delle sostanze alcoliche, c'è stato un aumento rispetto al passato tra le ragazze di 15 anni che dichiarano di essersi ubriacate almeno due volte nella vita.

Altra complicanza, diffusa fra i giovani è l'uso dei social media che richiede un'attenzione particolare da parte dei genitori. Un uso moderato e responsabile può avere effetti positivi, ma l'uso problematico comporta conseguenze negative sul benessere fisico e psichico del ragazzo. Coloro che ne fanno un uso problematico sono il 16,9% delle ragazze e il 10,3% dei ragazzi. Tra le ragazze di 15 anni, la prevalenza arriva a superare il 20%. (ISS, 2023)

Secondo la Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP), nel 2021, tra i problemi di salute mentale degli adolescenti, sono, in particolare, da considerare:

- I disturbi d'ansia e i disturbi depressivi: i primi sono i più diffusi in questa fascia d'età e sono i più comuni nella tarda adolescenza (3,6% dei ragazzi tra 10 e 14 e il 4,6% dei ragazzi tra i 15 e i 19 anni, soffrono d'ansia).
- I disturbi comportamentali: nello specifico iperattività, disturbo da deficit di attenzione, disturbi della condotta, comportamenti illegali.
- I disturbi alimentari: bulimia e anoressia nervosa, emergono più spesso durante il periodo adolescenziale. Entrambe le patologie possono portare a morte prematura per tentato suicidio o complicanze mediche.
- I disturbi psicotici: sono patologie che emergono più comunemente nella tarda età adolescenziale e nell'inizio dell'età adulta. Possono essere associate a una cattiva condotta scolastica, poca partecipazione sociale.
- Il suicidio e l'autolesionismo: il suicidio, purtroppo, è la quarta causa di morte fra gli adolescenti (di età compresa fra i 15 e i 19 anni). I fattori di rischio sono molteplici, quali l'abuso di alcol, droghe, stigma sociale.
- I comportamenti a rischio: abuso di sostanze stupefacenti, comportamenti sessuali a rischio possono avere un grave impatto sulla compromissione della salute fisica e mentale che si protrae in età adulta.

## CLASSIFICAZIONE DELLE PATOLOGIE PRINCIPALI

### DISTURBO D'ANSIA NELL'INFANZIA E NELL'ETA EVOLUTIVA

Tutti i bambini hanno vissuto delle esperienze di angoscia, paura e preoccupazione. Non a caso, queste situazioni, in età adolescenziale riemergono e possono definire un disturbo d'ansia. Non sempre queste paure definiscono un quadro sintomatologico ma ad oggi questo disturbo rappresenta la patologia psichiatrica più comune in età evolutiva. (Kessler et al., 2012)

I principali fattori di rischio per l'insorgenza della patologia in età evolutiva sono: fattori genetici, temperamento del bambino, stile genitoriale, ambientale, sociale e, ultimo ma non per importanza, anche la rete di amicizie del ragazzo. (Centro Terapia Cognitivo Comportamentale).

Nei bambini e nell'adolescente, l'ansia viene espressa attraverso il corpo sottoforma di una sintomatologia specifica: mal di testa, vomito, dolori agli arti, dolori addominali, distrazione, svogliatezza e minore concentrazione.

La suddetta patologia interferisce nel ragazzo in tutti gli aspetti della sua vita come la relazione con i suoi pari, nel contesto scolastico e vita familiare.

Il DSM 5 identifica delle categorie diagnostiche per il disturbo d'ansia:

- **Disturbo d'ansia di separazione.**
- **Mutismo selettivo:** i ragazzi con mutismo selettivo arrivano a 12/13 anni che hanno un'idea di sé molto limitata perché mancano loro le competenze sociali di base. Il loro desiderio di essere felici ed indipendenti è grande, ma la paura molto di più. Molti hanno difficoltà ad aprirsi, si evitano i coetanei, si diventa "trasparenti" all'interno del gruppo. (Associazione italiana mutismo selettivo)
- **Fobie specifiche:** è un disturbo d'ansia che si caratterizza per una paura elevata e duratura nei confronti di uno stimolo o situazione specifica, nonostante quest'ultimi non rappresentino veramente una minaccia per la vita. Ogni fase dello sviluppo è formata da paure specifiche: all'inizio paura di stimoli uditivi, tattili e visivi seguite poi dalla paura dell'estraneo. Verso i 2-3 anni, ad esempio, si ha paura della scuola e degli animali. Timori tipici dell'infanzia sono anche la paura del buio, fantasmi e



streghe. Però si parla di fobia specifica quando la paura diventa marcata ed eccessiva nei confronti di una situazione o specifico oggetto. (Istituto A.T. BECK)

- **Disturbo d'ansia sociale:** è la paura persistente di provare imbarazzo o essere umiliati nei contesti sociali. I ragazzi affetti da questa patologia, solitamente, evitano situazioni che possono comportare il giudizio altrui.
- **Disturbo di panico.**
- **Agorafobia.**
- **Disturbo d'ansia generalizzato.**
- **Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci.**

## **DISTURBI COMPORTAMENTALI**

I disturbi comportamentali più importanti ed evidenti in età prescolare e scolare sono:

- **Disturbo deficit attenzione/iperattività:** questo disturbo è caratterizzato da una breve durata dell'attenzione per vivacità e impulsività eccessive non appropriate per l'età del bambino. Questa patologia ha tre dimensioni specifiche: iperattività, impulsività e inattività.

L'Attention Deficit Hyper Activity Disorder (ADHD), è uno dei disturbi neuropsichiatrici più diffusi in età evolutiva e si manifesta nella maggior parte dei casi in età compresa fra i 6 e i 18 anni. In Italia la frequenza è del 4%. (Badon et al., 2023)

I bambini con ADHD:

- Hanno difficoltà nel terminare un'attività che richieda concentrazione continua;
- Sembra che non ascoltino nulla di ciò che viene detto;
- Sono molto vivaci, si arrampicano, corrono e saltano sulle sedie;
- Parlano di continuo, rispondono in maniera irruenta ancor prima di ascoltare la domanda;
- Si spazientiscono ad aspettare il proprio turno in coda o in un gruppo scolastico;
- A volte possono manifestare gravi difficoltà nell'apprendimento che li fa restare indietro rispetto ai compagni di classe, con danni emotivi.

Le cause che portano delle manifestazioni di ADHD non sono univoche, ne accertate dai medici. Si identifica una certa familiarità con componenti genetiche nella sua trasmissione. (EpiCentro ISS).

- **Disturbo oppositivo provocatorio:** è uno schema di comportamento persistente e ricorrente con atteggiamenti provocatori, negativi e ostili contro le figure di autorità. L'elemento chiave di questa patologia è un comportamento interpersonale caratterizzato da irritabilità e provocazione, con i seguenti comportamenti:
  - Litigano con gli adulti;
  - Perdonano il controllo facilmente;
  - Rifiuto delle regole;
  - Incolpano gli altri per i propri errori commessi;
  - Sono molto dispettosi e vendicativi;
  - Infastidiscono le persone.

Un disturbo oppositivo provocatorio viene diagnosticato quando un bambino presenta un numero  $\geq 4$  dei sintomi sopracitati per almeno 6 mesi. La sintomatologia può essere ancora più grave e dirompente. (Manuale MSD)

- **Disturbo della condotta:** comprende una serie di condotte definite “esternalizzanti” perché include il comportamento con cui il disagio interno viene poi esternato attraverso comportamenti disfunzionali, impulsività, violazione delle regole e altre condotte inadeguate da un punto di vista sociale.

La gravità e la frequenza delle infrazioni rappresentano degli elementi indicativi.

Negli esordi di DC precoci (10 anni), si possono osservare dei comportamenti di aggressione fisica e relazioni disfunzionali. Gli individui affetti da questa patologia sono più esposti a fare uso di sostanze di ogni genere.

## **DISTURBI DEPRESSIVI IN ETA' EVOLUTIVA**

Nel 1971 l'Unione degli Psichiatri Infantili Europei dichiarò che la depressione poteva anche manifestarsi nell'infanzia e nell'adolescenza.

Ad oggi, si può riconoscere che i disturbi depressivi in età evolutiva hanno delle caratteristiche molto simili a quelle dell'adulto. Difatti le principali forme cliniche di depressione sono il Disturbo Depressivo Maggiore (DDM) e il Disturbo Distimico (DD) e sono proprie dell'età adolescenziale.

I tipici sintomi depressivi sono il senso continuo di inadeguatezza in tutte le situazioni sociali, vergogna, mortificazione, la paura di non sentirsi amati ed esclusione dal gruppo, senso di colpa e incapacità di esprimere i propri sentimenti.

Il bambino depresso è un bambino triste, anche se lo negano di fronte a tutti. Sono preoccupati, chiedono spesso se si vuol loro bene, non si divertono mai abbastanza con i loro coetanei e sono spesso insoddisfatti.

A volte però, secondo la Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ((SINPIA, 2007), la sintomatologia può anche essere peggiore, con quadro simile alla depressione melanconica dell'adulto. In questo caso i sintomi sono caratterizzati da anedonia e perdita di entusiasmo nel gioco, frequenti anche le preoccupazioni o le fantasie sulla morte che a volte compaiono in maniera troppo precoce.

### **< 3 anni**

In questa fascia d'età i sintomi più frequenti sono:

- Pianto eccessivo e inconsolabile.
- Disturbi del sonno.
- Irritabilità.
- Alterazione della motricità.
- Alterazione delle abitudini alimentari.
- Disturbi psicosomatici (diarrea, vomito, alopecia).
- Difficoltà nel raggiungere il peso relativo all'età.
- Ridotta mimica facciale.
- Scarso interesse per il gioco.

### **3-5 anni**

- Il bambino appare sempre capriccioso, imbronciato, scontroso. Questa sua irritabilità può manifestarsi con atteggiamenti provocatori, disobbedienza, scatti di collera e pianto immotivato.
- Anedonia, cioè perdita di interesse nel gioco o per altre attività che prima erano piacevoli per giochi di fantasia dove il bambino immagina degli scenari di tristezza, dolore e fallimento del personaggio.
- Gioco ripetitivo.
- Spesso tra madre e figlio si instaura un legame affettivo possessivo con ansia da separazione.
- Tendenza a chiedere "scusa" alle minime infrazioni.
- Preferisce stare da solo o con gli adulti.
- Disturbi del sonno.

- Apatia.

### **6-11 anni**

Oltre ad esprimere i sintomi presenti nella fascia di età precedentemente descritta, sono presenti:

- Tendenza ad annoiarsi in attività piacevoli.
- Isolamento sociale.
- Rallentamento e goffaggine.
- Difficoltà scolastiche.
- Pensieri di morte.

### **12-18 anni**

In adolescenza, la sintomatologia è molto simile a quella dell'adulto pertanto troviamo:

- L'umore è alterato, anche se le fluttuazioni dell'umore sono fisiologiche in questo periodo e rende difficile la diagnosi.
- Anedonia.
- Apragmatismo
- Preoccupazione per l'aspetto fisico.
- Isolamento sociale e scambi frequenti di amicizie.
- Abuso di alcool e droghe.
- Sintomatologia psicotica: allucinazioni, fobie e deliri. (Criteri classificativi del DSM-IV-TRV e dell'ICD-10)

## **DISORDINI ALIMENTARI**

I disordini alimentari, come anoressia e bulimia nervosa sono una delle manifestazioni più frequenti dell'ultimo ventennio ed è una vera e propria emergenza sanitaria nell'ambito della salute mentale.

Sia l'anoressia che la bulimia sono patologie molto complesse che determinano un disagio sia psichico sia alimentare.

L'obbiettivo è quello di portare il paziente, con terapie mirate, a modificare le proprie abitudini alimentari e gestire stress emotivi.

Possono manifestarsi in tutti i periodi della vita di una persona, ma il periodo più comune è sicuramente quello dell'adolescenza: tra i 15 e i 25 anni. (EpiCentro ISS)

L'eziologia dell'anoressia nervosa è molto complessa. Senza ombra di dubbio c'è un chiaro fattore di rischio genetico con studi che ne dimostrano l'ereditarietà.

Ma ci sono anche altri fattori di rischio come l'ansia, il perfezionismo, rigidità cognitiva e problemi di alimentazione precoce.

A differenza della bulimia nervosa, l'aggressione sessuale non è considerato un fattore di rischio per l'anoressia nervosa. (Neale J., & Hudson LD., 2020)

Esistono due sottotipi di anoressia:

- Di tipo restrittivo: dove gli individui perdono peso tramite digiuno o esercizio fisico eccessivo.
- Abbuffata con condotte di eliminazione: comportamenti intermittenti di abbuffate e/o eliminazione.

Andando avanti con il tempo si potrebbero sviluppare dei segni e sintomi dati dalla fame o dai comportamenti di eliminazione:

- Amenorrea.
- Vertigini dovuti alla disidratazione.
- Capelli/unghie fragili.
- Debolezza muscolare.
- Bruciore di stomaco.
- Grave stitichezza.
- Depressione, irritabilità, ansia, scarsa concentrazione. (*American Psychiatric Association*).

Il DSM-5 ha redatto dei criteri diagnostici per l'anoressia nervosa:

- Restrizione dell'apporto energetico rispetto alle proprie esigenze che porta a una diminuzione del peso corporeo.
- Paura di prendere peso o divenire grassi.
- Disturbo nel modo in cui viene percepito il proprio corpo o la forma, mancanza di riconoscimento della gravità del basso peso corporeo.

Gli individui che sono affetti da bulimia nervosa alternano la dieta con alimenti ipercalorici. Il comportamento di abbuffata è solitamente associato a sentimenti di vergogna o imbarazzo.

L'abbuffata si verifica una volta a settimana e solitamente viene seguita da dei comportamenti "compensatori", così da non prendere peso. Questi sono: digiuno, vomito, abuso di lassativi ed esercizio fisico non adeguato.

Come nell'anoressia nervosa, anche nella bulimia il ragazzo/a ha pensieri costanti sull'aumento di peso, la perfezione fisica e i pensieri sul cibo che si sta mangiando e tutto questo ha un enorme impatto sulla loro autostima e vita di tutti i giorni.

I segnali della bulimia nervosa sono:

- Frequenti spostamenti in bagno subito dopo il pasto.
- Mal di gola cronico.
- Carie ai denti per l'erosione dello smalto, dovuto all'acido del succo gastrico nel momento del vomito.
- Abuso di lassativi.
- Diarrea ricorrente, non associabile ad altre problematiche.
- Sensazione di svenimento o vertigini.
- Bruciore di stomaco. (*American Psychiatric Association*)

## **FATTORI DI RISCHIO PER LO SVILUPPO DELLE PATOLOGIE**

Dobbiamo fare riferimento alla definizione di trauma creato dall'ICD-10, in cui si dice che "I disturbi da stress post-traumatico insorgono come una risposta ritardata a un evento o situazione stressante (breve o lunga durata) di natura o catastrofica o minacciosa che potrebbe causare un disagio pervasivo in quasi chiunque".

Perciò il trauma in età infantile è un trauma che si palesa prima del compimento dei diciotto anni.

L'esposizione a traumi durante il periodo infantile è un fattore di rischio per gravi disturbi da un punto di vista mentale, come la schizofrenia, la depressione, i disturbi alimentari, disturbo d'ansia e così via.

Oltre al trauma infantile abbiamo il bullismo, l'esclusione sociale, la morte di uno o entrambi i genitori, la discriminazione durante l'età prescolare e il deterioramento della comunicazione genitoriale. (Varchmin L, et al., 2021)

Possiamo avere altri fattori di rischio che possono associarsi a fenomeni psichici come le complicanze perinatali, un peso elevato alla nascita è stato associato a un ridotto rischio di psicosi, mentre un peso alla nascita più basso, a un rischio maggiore. Le infezioni

materne, gli eventi di vita negativi, l'uso di sostanze e alcool durante i nove mesi della gravidanza sono stati rilevati come fattori di rischio. (Foutz & Mezuk, 2015).

L'età paterna più avanzata, la stagione invernale del parto mostra un elevato rischio di psicosi nella prole. (Córdova-Palomera et al., 2015)

Più il ragazzo/a è esposto a fattori di rischio, maggiore potrà essere l'impatto per la sua salute mentale.

Le avversità durante questa fase della vita sono molteplici, oltre a quelle sopracitate avremmo anche la pressione nel confrontarsi con i propri coetanei, il giudizio altrui, l'esplorazione della propria identità e l'utilizzo improprio dei social e mass media.

I media non sempre hanno effetti positivi nella sfera sociale e psichica, nella maggior parte dei casi vanno a influire negativamente sul loro benessere psicologico, provocando pressioni sull'immagine corporea, facendo continuamente vedere quali sono gli standard di bellezza che ognuno di loro dovrebbe seguire. (Pilar PM., et al., 2019)

L'uso dei media può rappresentare anche l'ascolto di canzoni, che è un mezzo molto utilizzato nell'adolescenza, videogiochi, immagini, video. (Ybarra ML., et al., 2022)

A volte però, questo uso è un uso "violento", con testi di canzoni che inneggiano alla ferocia e alla brutalità, videogiochi che ritraggono aggressività, siti internet accessibili a tutti e non idonei all'età del ragazzo che sta navigando con il proprio smartphone.

Ricerche scientifiche, difatti, spiegano come questo utilizzo genera comportamenti violenti nei confronti di altre persone e pensieri autolesionistici e suicidi. (Ybarra ML., et al., 2008)

I fattori di rischio per le problematiche di salute mentale non sono nate tutte oggi, negli anni 2000 oppure con il solo avvento del Covid-19, sono condizioni nate molto tempo prima. Si pensi che la radio è nata negli anni '20, la televisione negli anni '50 e internet negli anni '90. Sicuramente la nascita dei mass media ha portato grandi innovazioni da un punto di vista comunicativo, però ha portato anche a condizionare non solo le menti ma anche i comportamenti degli individui. Anche negli anni 80-90, chi non si poteva permettere il jeans, la maglia, o le scarpe di quel momento veniva visto meno, deriso e non preso in considerazione dal gruppo sociale. Ad oggi questo, è influenzato maggiormente dai social network e dalle condizioni di vita che essi impongono. La società di oggi impone un vestiario adatto, che segua sempre la moda, costoso e di lusso. Se un ragazzo non riesce per motivi economici e sociali, è escluso automaticamente dalla

società, andando a instaurare dei pensieri o azioni negative. Ha sempre funzionato così, dapprima con il vestiario, ad oggi con i social: Tiktok, Instagram, Facebook. Se non sei come loro, allora non sei nessuno.

## **VALUTAZIONE DEL PAZIENTE**

La valutazione del bambino/a si basa sulla psicodiagnosi che individua i possibili segni e sintomi e aiuta a tracciare un quadro generale sulla psicodinamica e sulle possibili strategie per la risoluzione del problema.

La valutazione, specialmente in questa età così complessa, è un processo lungo e dinamico nella quale avremmo: esami medici, interviste cliniche, test neuropsicologici e valutazioni comportamentali attraverso questionari o giochi.

L'analisi psicodiagnostica del bambino deve essere effettuata su più livelli:

- **Valutazione generale:** in questa fase si prende in considerazione sempre il background del bambino e si indaga sul perché abbia sviluppato questo tipo di problematica. Si deve studiare anche il tipo di rapporto figlio-genitore, un rapporto che si manifesta fin dal primo anno di vita del bambino e che perdurerà per tutto il resto della vita.

Fin dal primo momento il bambino comunica tramite delle segnalazioni (pianto, sorriso) oppure tramite dei movimenti come il gattonare, i primi passi che rappresentano per lui l'avvicinamento al genitore.

Oltre a cogliere l'informazione dall'assistito o dal genitore, se possibile, si dovrebbero ottenere delle informazioni anche dagli insegnanti perché alcune patologie si manifestano anche/solo in contesti ambientali e sociali.

Importante sarà capire quali sono stati gli eventi traumatici che hanno prodotto una distorsione nel percorso di crescita del bambino e in questa fase il terapeuta dovrà iniziare a capire quello che è il livello di resilienza (fondamentale per prescrizioni terapeutiche).

- **Valutazione psicopatologica:** questa sezione indaga le diagnosi probabili con le rispettive comorbilità.

Nel caso di adolescenti, in prima battuta si dovrebbe fare un colloquio solo con lui/lei per evitare che il genitore influenzi le risposte. Con il tempo si darà il via a una vera e propria alleanza terapeutica che è fondamentale per l'efficacia del trattamento.



A tutto questo vengono aggiunti, in aiuto, test psicologici come strumenti di approfondimento.

- **Approfondimento:** questo ultimo livello permette di approfondire con degli strumenti specifici l'efficacia del trattamento effettuato. (Badon et al., 2023)

La psicoterapia psicodinamica, si basa sulle interazioni di processi mentali che vengono generati da esperienze soggettive e l'attitudine all'insorgenza di tali problemi.

Uno dei tanti obiettivi è rafforzare le capacità del bambino e di intuire tutte le ragioni delle esperienze e dei loro significati.

Il terapeuta dovrà migliorare l'autostima e la consapevolezza dell'assistito, con tutti i meccanismi inconsci e i fattori di rischio associati, anche per garantire la capacità di affrontare ansie, paura e pressioni.

La psicoterapia psicodinamica non si concentra sul passato, quanto sul presente e sulle difficoltà attuali. Questo modello, come anche il trattamento psicoanalitico breve, tendono a concentrarsi su quelle che sono le problematiche più urgenti e questi vengono chiamati conflitti "focali". (Gatta M, et al., 2019)

Questo modello di valutazione potrebbe non trattare dinamiche più profonde nella storia del bambino o del genitore. Essenziale, in questa terapia, è pianificare tutto il trattamento e acquisire bene le caratteristiche del soggetto fin dai primi incontri. (Gatta M, et al., 2019)

La letteratura ci sottolinea come la terapia sopracitata e la terapia del gioco possano essere veramente efficaci per tanti problemi psicologici nel bambino tra cui: problemi comportamentali, familiari, sociali e post-traumatici. (Leblanc M, & Ritchie M, 2001)

Le caratteristiche della famiglia, il clima emotivo, l'educazione genitoriale e i loro caratteri sono fattori che impattano notevolmente su quelli che sono i risultati dei trattamenti psicoterapeutici infantili. (McBride BA, et al., 2005)

Il lavoro di psicoterapia viene influenzato molto dall'attitudine del genitore, un supporto efficace di quest'ultimi ha dimostrato che può supportare il processo di guarigione, riducendo problemi emotivi e comportamentali soprattutto nel post-trattamento del ragazzo. (Shapiro CJ., 2013).

Si stima che il bambino/ragazzo presenti rischi molto più elevati di abbandonare la terapia quando il sostegno genitoriale è assente e quando la terapia non viene associata parallelamente con il genitore. (Midgley N, et al. 2017)

Le 4 aree fondamentali per la valutazione psicodiagnostica di un bambino (in base al modello psicomodinamico):

- Sviluppo pulsionale: è la capacità del bambino di approcciarsi con il mondo circostante secondo delle modalità orali, anali e falliche. La qualità di questi rapporti si basa su parametri ludici, aggressivi o libidici.
- Sviluppo dell'io: funzionamento cognitivo
- Sviluppo del super io: tutte le difese interne della psiche usate per tenere lontani pensieri negativi e spiacevoli, fantasie del bambino da dove riusciamo a cogliere il funzionamento cognitivo
- Sviluppo delle relazioni oggettuali: capacità del bambino di relazionarsi con sé stesso, il genitore, i coetanei attraverso il linguaggio, il comportamento e le azioni

## **TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO**

I progressi scientifici hanno portato notevoli miglioramenti nel trattamento delle malattie mentali e molti di questi disturbi possono essere curati con successo.

Le terapie più efficaci in questo ambito sono:

- Somatica: loro comprendono tutti i farmaci che possono essere prescritti e somministrati in base alle esigenze cliniche del ragazzo
- Psicoterapeutica: i trattamenti non farmacologici comprendono diverse tipologie come quella individuale, di gruppo, terapia comportamentale, interventi psicoeducativi e psicoterapici.

Gli studi condotti in materia ci suggeriscono che, nella maggior parte delle malattie mentali, l'associazione del farmaco con la psicoterapia può portare alla guarigione o al miglioramento dell'assistito.

Al momento ci soffermiamo solamente sull'approccio non farmacologico, per snocciolare le tipologie di terapie più usate.

Sicuramente, uno degli aspetti più importanti è che il ragazzo/a deve essere sostenuto da un'equipe, formata da: genitori, caregiver, nonni, amici, infermieri, medici, psicologici, fisioterapisti se necessario e logopedisti.

## **INTERVENTI PSICOEDUCATIVI**

Innanzitutto, è di fondamentale importanza che il ragazzo sappia riconoscere queste proprie emozioni, dare un nome anche per poterle usare e modulare. Si potrà insegnare loro delle strategie da un punto di vista cognitivo come autoistruzione, mettere in discussione i propri pensieri disfunzionali e modificarli con pensieri alternativi funzionali e strategie di rilassamento, così da poter prevenire dei comportamenti problematici.

Al tempo stesso anche il genitore dovrebbe sapere cosa andare a rinforzare nel ragazzo e soprattutto come farlo: si potrebbe aiutare loro con l'analisi funzionale "ABC comportamentale". (Badon et al., 2023)

L'analisi funzionale del comportamento del bambino tramite ABC, si colloca come una metodica per osservare e individuare la motivazione di quello specifico gesto.

ABC, sta per: antecedente, comportamento e conseguenza (antecedent, behavior and consequent).

Le funzioni di un comportamento potrebbero essere per: richiesta di attenzione, ottenere un oggetto o accedere a un'attività piacevole, ottenere una stimolazione interna e fuga per situazione vista come avversativa.

Come evidenziano gli autori Carradori e Sangiorgi (2017), nel testo Analisi funzionale del comportamento, in tabella 1 sottostante, vediamo un esempio di risposta del bambino allo stimolo della babysitter.

Antecedente	Comportamento	Conseguenza
La babysitter è seduta al tavolo vicino a Matteo, ha costruito una torre con i cubi. La babysitter dice: «Dai, Matteo, al 3 buttiamo giù la torre! 1, 2...»	Matteo è seduto al tavolo vicino alla babysitter. Matteo butta giù la torre e guarda la babysitter sorridendo	La babysitter guarda Matteo, corruga la fronte e dice: «Furfante, non hai aspettato il 3!»
La babysitter si china verso il pavimento, raccoglie i cubi a terra e li mette sul tavolo	Matteo prende un cubo, guarda la babysitter e lo lancia in aria	La babysitter guarda Matteo e dice: «Non si lancia!»
La babysitter guarda Matteo e dice: «Non si lancia!»	Matteo guarda la babysitter e dice: «Sì!», prende un cubo e lo lancia in aria	La babysitter guarda Matteo e dice: «Se lanci ancora vado via»

Tabella 1: Comportamento target: lanciare un oggetto, funzione ipotizzata: richiesta di Attenzione. Fonte: Carradori, Sangiorgi, 2017, pag. 30-31)

Dall'immagine soprariportata, vediamo come il bambino (Matteo) è molto divertito dal tirare l'oggetto e infastidire la babysitter. Probabilmente osserva la risposta della babysitter per studiarne le reazioni. I comportamenti provocatori (come quelli riportati dalla tabella ABC) possono essere mantenuti da espressioni facciali di disapprovazione e rimproveri. (Carradori G., & Sangiorgi A., 2017)

Per cominciare a lavorare su queste strategie è importante avere la capacità di valutare e comprendere le proprie espressioni emotive e il proprio stato emotivo e la capacità di comunicare le proprie emozioni agli altri (verbalmente o non verbalmente). In particolare, abbiamo la strategia del processo attentivo, il suo obiettivo è quello di evitare di focalizzare l'attenzione sull'oggetto o sulla situazione che crea disagio.

Altro esempio di strategia di autoregolazione potrebbe essere quello del controllo del respiro, che permette di modulare degli stati emotivi. (Badon et al., 2023)

## INTERVENTI PSICOTERAPICI

Il percorso psicologico di un bambino può essere più o meno complesso in base alla problematica o alla difficoltà che il genitore ha riscontrato.

Il primo step, soprattutto per l'équipe che lo seguirà, sarà comprendere le esigenze emotive per facilitarne il percorso. Questo è di fondamentale importanza perché la psicoterapia deve rispettare e valorizzare le caratteristiche emotive e cognitive del bambino, andando a sviluppare delle capacità intrinseche che sono state ostacolate da blocchi emotivi, traumi o esperienze spiacevoli.

Il ragazzo quasi mai esterna i propri sentimenti, perché non è in grado di descrivere a parole ciò che prova.

La terapia si avvale di giochi simbolici o disegni, per cercare di entrare nell'inconscio e nel vissuto del paziente. (Centro per l'età evolutiva).

Anche in queste situazioni, nonostante ci sia il segreto professionale, che deve vincolare ogni professionista della salute, è preferibile comunicare con i genitori in modo chiaro e condividere gli obiettivi del ragazzo anche per dare continuità alla terapia in casa.

(Badon et al., 2023)

## **TRATTAMENTO FARMACOLOGICO**

Nella neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza si preferisce integrare più trattamenti fra loro che agiscono simultaneamente su tre livelli differenti:

- Livello biologico.
- Livello psichico, con percorsi di psicoterapia.
- Livello sociale, con trattamenti di gruppo, terapia familiare e il parent training.

Il trattamento farmacologico, nonostante sia risolutivo per tantissime patologie, non può essere l'unico tassello nel processo di cura.

Molto difficile, da parte dei genitori, accettare il trattamento farmacologico nell'età evolutiva del figlio/a, ma unirla anche ad altri trattamenti e percorsi terapeutici rende più facile l'accettazione della stessa.

Un esempio potrebbe essere il trattamento farmacologico del disturbo d'ansia nei bambini e adolescenti: i farmaci più spesso utilizzati sono gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina e gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina-norepinefrina e tutta la vasta gamma di antidepressivi triciclici e benzodiazepine per alleviare i sintomi acuti (midazolam, lorazepam, diazepam). (Manuale MSD).

Gli antidepressivi triciclici possono dare degli effetti collaterali come: secchezza delle fauci, costipazione, ipotensione o ritenzione urinaria o effetti molto più gravi come aritmie, e depressione del sistema nervoso centrale.

Nei casi più lievi una terapia comportamentale potrebbe essere sufficiente, ma quando la problematica è ancor più seria essa non basta più. Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina sono la prima scelta rispetto ad un trattamento a lungo termine ed insieme

ad una terapia comportamentale hanno probabilità di migliorare i sintomi. (Walkup JT, et al., 2008).

Le benzodiazepine sono usate più spesso nell'ansia acuta, come una procedura medica, ma mai prescritte per una terapia a lungo termine.

La quasi totalità dei bambini tollera bene gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, in maniera occasionale essi possono provocare insonnia, diarrea o aumento del peso corporeo. Solitamente la diminuzione della dose del farmaco o il passaggio da un farmaco all'altro elimina questi effetti indesiderati. È bene ricordare però che i pazienti sottoposti a questo tipo di terapia devono essere strettamente monitorati.

In tabella 2, vediamo alcuni dei farmaci per il trattamento del disturbo d'ansia. (Manuale MSD).

26/09/24, 10:54

Panoramica sui disturbi d'ansia nei bambini e negli adolescenti - Pediatria - Manuali MSD Edizione Professionisti

**Farmaci per il trattamento a lungo termine di disturbi d'ansia e correlati\***

Farmaci	Indicazioni	Dose iniziale†	Dosaggi	CYP/Precauzioni/Commenti ‡
Citalopram	bambini ≥ 7 anni	10 mg	10-40 mg/die	2C19
Duloxetina	Disturbo d'ansia generalizzata in bambini di 7-17 anni	30 mg	30-120 mg/die	2D6 - Gli inibitori della ricaptazione della serotonina-noradrenalina hanno attività noradrenergica e possono aumentare il rischio di ipertensione¶
Escitalopram (S-enantiomero del citalopram)	Depressione maggiore in bambini di ≥ 12 anni	10 mg	10-20 mg/die	2C19

Paroxetina	Disturbo ossessivo-compulsivo nei bambini > 6 anni d'età	10 mg	10-60 mg/die	2D6 - Aumento di peso
Sertralina	Disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo d'ansia generalizzata, ansia da separazione, ansia sociale in bambini ≥ 6 anni	25 mg	25-200 mg/die	2C19
Venlafaxina, a rilascio immediato	Depressione nei bambini ≥ 8 anni	12,5 mg	12,5 mg 2 volte/die a 25 mg 3 volte/die	2D6 inibitori della ricaptazione della serotonina-noradrenalina - Dati limitati sulla dose e preoccupazioni sull'aumento del comportamento suicida; non così efficaci come altri farmaci, probabilmente perché sono state utilizzate basse dosi
Venlafaxina, a rilascio prolungato	Disturbo d'ansia generalizzata in bambini > 7 anni	37,5 mg	37,5-225 mg 1 volta/die	

Tabella 2: rappresentativa di farmaci per i disturbi d'ansia. Fonte: manuale MSD

Altra patologia di interesse è l'ADHD dove una volta formulata la diagnosi il clinico metterà appunto una terapia farmacologica adeguata con psicostimolanti. Quest'ultimi sono considerati i farmaci più efficaci per bambini, adolescenti e adulti con questa patologia. (SINPIA)

Il metilfenidato è lo psicostimolante più largamente usato. Questo farmaco inizia la sua attività all'interno del corpo dopo mezz'ora dall'assunzione orale, e dura circa 3-5 ore. Solitamente deve essere somministrato per 2-3 volte al giorno. (Santosh PJ, & Taylor E. 2000).

Gli effetti di questo farmaco sono rapidi e intensi e permettono al ragazzo di diminuire i sintomi di iperattività e inattenzione. Durante l'assunzione del farmaco risultano migliorate le risposte all'attenzione, vigilanza, apprendimento visivo e verbale e la memoria a breve termine. (Fitzpatrick PA., et al, 1992)

I bambini con ADHD, grazie a questo farmaco riescono a essere meno impulsivi, meno distraibili e capaci di mantenere informazioni importanti. (Gadow KD, et al., 1990)

È stato studiato che nei bambini con ADHD la farmacoterapia con psicostimolanti in età scolare diminuisce l'abuso di sostanze in adolescenza che risulta invece aumentato nei ragazzi non curati in maniera adeguata. (Biederman J., et al., 1999)

Purtroppo, anche gli psicostimolanti provocano degli effetti collaterali, i più comuni sono la diminuzione dell'appetito, insonnia, disturbi gastrointestinali. In individui già predisposti si possono creare dei tic, o delle idee ossessive, variazioni rapide del tono dell'umore, ansia, tristezza e diminuzione della capacità di apprendimento. (Spencer T, et al., 1996)

## **SERVIZI E STRUTTURE IN ITALIA**

Questa parte descrive i servizi sanitari in ambito di salute mentale, esistenti nel nostro Paese.

- **Dipartimento di salute mentale (DSM):** è la struttura operativa di un'azienda che garantisce la tutela della salute mentale di ogni cittadino, mediante attività di diagnosi, cura e riabilitazione. È anche un organo di coordinamento che garantisce l'integrazione di tutti i servizi psichiatrici dello stesso territorio: strutture territoriali, ospedaliere, strutture semiresidenziali e residenziali).

Inoltre, crea collegamenti anche con la medicina di base, scolastica, guardia medica, consultorio, servizi sociali, e servizi di neuropsichiatria infantile.

Il DSM deve essere organizzato secondo lo standard di 1 operatore ogni 1500 abitanti e deve avere almeno: medico psichiatra, infermiere, educatore professionale, psicologo e assistente sociale.

- **Centro di salute mentale (CSM):** è una struttura sanitaria che svolge attività di assistenza nell'ambito ambulatoriale e domiciliare.

Solitamente è il primo centro di riferimento per i cittadini che hanno problematiche di tipo psichico.

Il centro di salute mentale prevede tre percorsi:

- Consulenza: modalità di lavoro tra CSM e medici di medicina generale per pazienti che non necessitano di cure specialistiche.
- Assunzione in cura: percorso per utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi o multidisciplinari.



- Presa in carico: percorso di trattamento per utenti che hanno bisogni “complessi”. (Badon et al., 2023)
- **Centro diurno:** è una struttura semiresidenziale, nel territorio. Mette a disposizione locali idonei per progetti in ambito riabilitativo, terapeutico con attività per la cura di sé, esercizi per relazioni interpersonali anche ai fini dell’inserimento lavorativo. Solitamente ogni centro diurno è aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana. (Ministero della Salute).

I componenti del team multidisciplinare sono:

- Psichiatra.
- Infermiere.
- Psicologo.
- Assistente sociale.
- Educatore professionale.
- Tecnico della riabilitazione psichiatrica.
- Operatore sociosanitario.
- **Strutture residenziali:** solitamente in queste strutture partecipano ragazzi con disagio psichiatrico inviati dal CSM con un programma personalizzato. Queste strutture si differenziano in base all’intensità dell’assistenza sanitaria (24 ore, 12 ore, o a fasce orarie) e in genere non hanno più di 20 posti letto. (Badon et al., 2023)
- **Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) e day hospital psichiatrico (DH):** è un servizio ospedaliero dove vengono attuati dei trattamenti psichiatrici a breve-medio termine, posto dentro le strutture ospedaliere. (Ministero della Salute). Nel day hospital, invece, è un’area di assistenza semiresidenziale che deve essere aperto almeno 6 giorni a settimana per 8 ore. Vengono attuati dei servizi diagnostici, riabilitativi e terapeutici, effettuare dei trattamenti farmacologici e ridurre il ricorso al ricovero.

Requisiti fondamentali del SPDC:

- Vetri antisfondamento.
- Specchi infrangibili.
- Spazio accessibile esterno con recinzioni.
- Spazi per tabagisti.

- Spazi per colloqui o hobby dei vari pazienti. (Badon et al., 2023)

I ragazzi che si trovano all'interno delle strutture ospedaliere, residenziali e semiresidenziali sono passati dai 29.692 del 2016 ai 32.185 del 2017 con un incremento dell'8,4%. Alla crescita dei numeri dei pazienti ricoverati, cresce anche le strutture attive nel nostro Paese, dalle 3.686 del 2016 sono passate a 13.358 del 2017. Fonte: Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza. (AGA)

Sono in prevalenza gli ospiti di sesso maschile, la maggior parte degli ospiti ha un'età tra i 14 e i 17 anni. Alla fine del 2017 i neomaggiorenni presenti nelle strutture risultano in aumento rispetto agli altri anni.

Dati comunicati fanno emergere che oltre il 10% dei ragazzi rimangono in comunità da più di 24 mesi. (AGA).

## **SALUTE MENTALE NEGLI ADOLESCENTI DOPO LA PANDEMIA DA COVID-19**

Il 31 dicembre del 2019 la Commissione Sanitaria di Wuhan (Cina) ha segnalato all'OMS un gruppo di polmonite con eziologia del tutto sconosciuta. Il 9 gennaio del 2020 lo Stato cinese ha riferito di aver identificato un nuovo virus, denominato Coronavirus (SARS-COV-2) come agente causale della patologia respiratoria chiamata Covid-19. (Ministero della Salute).

Tutto poi si è evoluto fino all'arrivo della patologia anche in Italia, stravolgendo le abitudini della vita quotidiana.

La fetta di popolazione più colpita da questa pandemia, sono stati gli adolescenti. Tutte le misure restrittive per diminuire il contagio, tra cui, distanziamento sociale, la quarantena in caso di positività, rimanere fra le quattro mura di casa con i propri parenti e comunicare solo tramite cellulare ha causato una brusca interruzione della quotidianità. Tutto questo è rilevante, perché nell'età dello sviluppo sono fondamentali le interazioni sociali. (Pedrini L, et al., 2022)

Nella prima fase pandemica, quella del lockdown, si è registrato un arresto delle richieste d'aiuto, dal 2020 in poi invece si è assistito a un innalzamento dei casi di sofferenza psicologica e richieste d'aiuto. Soprattutto nella seconda ondata c'è stata richiesta tramite gli accessi al pronto soccorso e richieste di ospedalizzazione per esordio di patologie

neuropsichiatriche o aggravamento di situazioni complesse già prima della pandemia. La richiesta, nella maggior parte dei casi, è sempre stata avanzata dalle madri ma a volte anche dagli adolescenti stessi. Sono peggiorati coloro che avevano disturbi preesistenti e bambini con condizioni di vulnerabilità a seguito di una condizione sociale, economica, familiare e ambientale. (Autorità garante dell'infanzia e l'adolescenza)

In effetti, il benessere dei ragazzi durante la pandemia era correlato a variabili specifiche come la salute mentale prima del covid, la capacità di regolazione emotiva e tutto il funzionamento familiare. (Rogers AA, et al., 2021)

In figura 1, si mostrano i disturbi più rilevati (AGA, 2022)



Figura 1: Principali disturbi, sintomi e condizioni di fragilità segnalati dai professionisti. Fonte: Autorità per l'infanzia e l'adolescenza

I soggetti più colpiti sono i preadolescenti e adolescenti, soprattutto coloro che si trovavano nella transizione scolastica quindi coloro che si apprestavano ad iniziare la prima classe della scuola secondaria di primo e secondo grado e il primo anno di università.

Ancora più severi i disagi manifestati da ragazzi con disabilità o provenienti da situazioni di svantaggio sociale, culturale ed economico.

Si è registrato anche un numero elevato di famiglie con fragilità che hanno portato il ragazzo ad un'assenza di confronto con le proprie figure di riferimento, causato anche dal peggioramento delle condizioni di lavoro, licenziamenti, facendo scoprire al genitore di

essere esposti tanto quanto i propri figli. Aumentati anche i fenomeni di violenza domestica, conflittualità genitoriale e solitudine.

Anche nel contesto sanitario i professionisti hanno rilevato una riduzione della compliance con i pazienti per i servizi proposti per via telematica. (AGA, 2022)

Nella tabella 3 vengono rappresentati ulteriori sintomi (AGA, 2022)



Tabella 3: Altri sintomi di cui è stato osservato dai professionisti un aumento durante la pandemia. Fonte: Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza

Osserviamo in tabella 4 differenti sintomatologie (AGA, 2022)

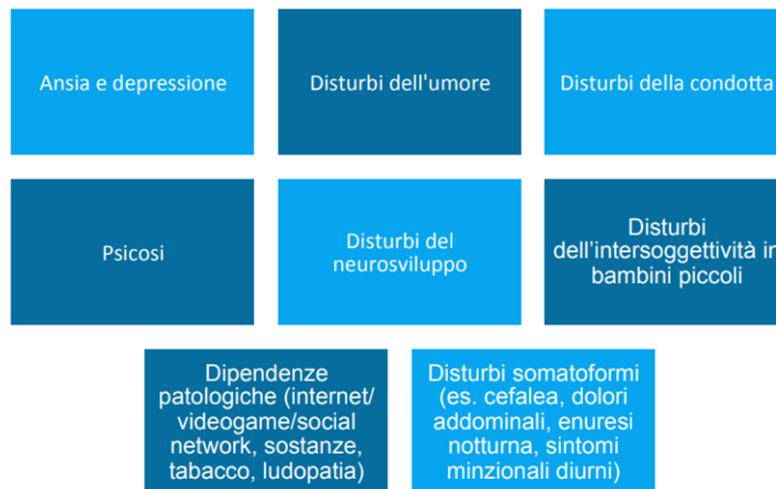


Tabella 4: Altri sintomi di cui è stato osservato dai professionisti un aumento durante la pandemia. Fonte: Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza

Ci sono dei fattori di rischio, sia esogeni che endogeni che hanno una rilevanza e connessione per il neurosviluppo sulla salute mentale dei bambini.

Tra i fattori esogeni troviamo il contesto di vita, vivere in un'area con scarso coordinamento della rete dei servizi ha portato a delle difficoltà amplificando le vulnerabilità.

Anche nella scuola, con la didattica a distanza, si è contribuito a peggiorare la qualità dell'offerta formativa soprattutto per quelle famiglie che hanno avuto difficoltà nell'adattarsi alle tecnologie.

I disagi derivanti dalle limitazioni per la socializzazione in presenza, senza una quota di contatto sociale si è più esposti a sviluppare sintomi e disturbi.

Bambini che vivevano nelle grandi città, costretti a vivere in spazi piccoli, con spazi verdi assenti.

Poi ci sono tutti fattori di rischio endogeni, cioè relativi alla situazione familiare o del ragazzo: separazione dei genitori, lontananza dei nonni, conflitto genitoriale. Stress che può derivare anche dall'infezione o il contagio, assenza di figure di riferimento, iperprotezione da parte dei genitori. Altri fattori di rischio, derivano dalle cattive abitudini sull'alimentazione, la poca attività fisica, il ritmo sonno-veglia sregolato.

Un altro aspetto da non sottovalutare è l'uso di internet e non solo per la didattica a distanza (DAD). I giovani si sono resi conto di aver sviluppato una dipendenza da uso da internet dopo il covid, questo fa riferimento all'uso prolungato che si è fatto durante la pandemia in maniera spropositata con tutte le relative conseguenze in termini di "pericolo web" (cyberbullismo, diffusione di immagini e video privati, adescamento online). (Daniele, K., 2022)

Infine, si possono evidenziare anche alcuni aspetti a cui attribuire un significato da valorizzare in termini di resilienza e di capacità nel rispondere alla crisi: aver vissuto con il lockdown all'interno della propria casa è stata un'opportunità per viver esperienze con la propria famiglia e quindi un miglioramento del rapporto genitore figli.

La sottostante tabella 5 riassume i fattori di rischio sia endogeni che esogeni. (AGA, 2022)

Fattori endogeni	Fattori esogeni
<b>Fattori di rischio</b>	
Esperienze di isolamento, malattia grave e/o decesso di uno o più familiari	Assenza di un approccio di sistema (mancato coordinamento delle reti sociali, sanitarie ed educative)
Situazioni familiari complesse (es. separazione dei genitori, assenza o iperprotezione di figure adulte di riferimento, sovraccarico lavorativo dei genitori o lavori ad alto rischio COVID)	Mancanza di una rete di servizi socio-sanitari ed educativi sufficientemente efficace (es. tra servizi di neuropsichiatria infantile, psicologia, scuola e sociale)
Problematiche psicologiche e neuropsichiatriche preesistenti	Inadeguatezza dei sistemi di accoglienza e cura
Stress correlato alla richiesta di prestazioni scolastiche elevate	Prolungati periodi di chiusura della scuola
Difficoltà nella gestione temporale della routine quotidiana	Percezione costante di incertezza e sfiducia nelle istituzioni
Utilizzo inadeguato e/o eccessivo dei dispositivi tecnologici per le attività didattiche e le relazioni sociali (es. eccesso di <i>social network</i> )	Mancanza di zone verdi e chiusura prolungata di luoghi di aggregazione e/o socializzazione
Mancata conoscenza della lingua italiana da parte dei migranti e delle loro famiglie	Confusione generata dalla comunicazione da parte dei mass media
Mancanza o inadeguatezza di risorse informatiche	Mancanza o inadeguatezza di risorse informatiche
Episodi di violenza sui minorenni e violenza assistita	Fragilità socio-culturali ed economiche (es. posizioni lavorative precarie o perdita del lavoro dei genitori)

Tabella 5: Fattori di rischio esogeni e endogeni. Fonte: Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza

In tabella 6 vediamo, invece, i fattori di protezione (AGA, 2022)

<b>Fattori di protezione</b>	
Resilienza ed equilibrio familiare nella gestione delle emergenze	Presenza o rafforzamento di reti sociali, sanitarie ed educative capaci di mettere in atto collaborazioni sinergiche e strategie alternative
Supporto genitoriale nello svolgimento della DAD. Per gli alunni con disabilità e con bisogni educativi speciali, possibilità di piccoli gruppi in presenza	Attività scolastiche ed extrascolastiche stimolanti (es. laboratori, facilitazioni linguistico-culturali, potenziamento di attività sociali e sportive)
Capacità di adattamento dei migranti e di coloro che vivono nelle comunità	Progetti di inclusione sociale per i migranti
Disponibilità di dispositivi tecnologici per le attività scolastiche e sociali	Disponibilità di dispositivi tecnologici per le attività scolastiche e sociali
Ampi spazi abitativi, con possibilità di spazi aperti di pertinenza	Zone verdi, spazi aperti facilmente accessibili
	Formazione degli operatori socio-sanitari, insegnanti e alunni e alfabetizzazione digitale dei genitori

Tabella 6: fattori di protezione: Fonte: Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza

Spiegate le varie patologie dello scompenso psichico adolescenziale, i trattamenti, i servizi disponibili e il delicato momento durante la pandemia da COVID-19, è bene illustrare e commentare l'importanza dell'infermiere in queste realtà così tanto complesse.

Il filo conduttore della disciplina infermieristica è il processo di assistenza, nucleo imprescindibile della pratica dell'infermiere per orientare le cure al benessere dell'assistito. Questo processo è costituito da una successione di fasi:

- **Accertamento:** è una prima parte fondamentale nell'identificazione delle condizioni e necessità dei pazienti, nonché nella programmazione dell'assistenza infermieristica.
- **Diagnosi (NANDA-I):** costituisce la base sulla quale scegliere tutti gli interventi infermieristici volti a raggiungere il benessere del paziente. Riuscire a dare un "nome" ai problemi di salute della persona permette di identificare meglio i "risultati" attesi.
- **Pianificazione:** l'infermiere pianifica con l'assistito i risultati di salute misurabili (con indicatori di risultato) e realizzabili per ripristinare il livello di salute del paziente, allo stesso tempo vengono pianificati anche gli interventi infermieristici da attuare.
- **Attuazione:** l'infermiere mette in atto tutte le abilità necessarie per far fronte alle diagnosi evidenziate, per risolvere i suoi bisogni di salute. Un concetto da non sottovalutare è che il professionista, in questo momento, può anche riproporre una nuova valutazione e revisionare/modificare il piano d'assistenza.
- **Valutazione:** viene accertata l'efficacia del piano di assistenza applicato.

In questa tesi, quindi, si vuole proporre un piano di assistenza infermieristico per il paziente affetto da scompenso psichico adolescenziale, cercando di spiegare tutti i processi soprariportati, aggiungendo scale di valutazioni efficaci per l'accertamento in questi ragazzi/adolescenti così complessi.

Le scale di valutazione sono strumenti standardizzati e validati che indagano sugli aspetti clinici e funzionali dell'assistito con lo scopo di rilevarne e quantificarne i problemi per risolverli e misurare poi i risultati ottenuti.

## **OBIETTIVI**

L'obiettivo primario di questo studio è quello di attuare un piano assistenziale infermieristico per il paziente affetto da scompenso psichico adolescenziale, con all'interno delle schede assistenziali pre-strutturate. Il contesto preso in considerazione è quello ospedaliero, della degenza nei reparti di salute mentale.

Il secondo obiettivo per questo elaborato di tesi è quello di individuare, attraverso una revisione bibliografica, le scale di valutazione specifiche, utilizzabili anche dagli infermieri, più idonee per questo contesto.



## MATERIALI E METODI

Per questo elaborato di tesi, come primo step è stata condotta una revisione bibliografica di articoli, condotta su PubMed, e ricerca libera condotta sui principali siti dell'Istituto Superiore di Sanità, del Ministero della Salute, dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza e altri siti specifici per le neuropsichiatrie infantili.

Sono anche stati consultati i principali testi di Infermieristica specifici, tra cui il testo "Assistenza infermieristica in salute mentale" di Badon, P., et al, 2023.

Sono state individuate le parole chiave: *teenagers, mental health, psychosis, risk factors, nurse\**.

Sono state costruite varie stringhe di ricerca, combinando tra loro le parole chiave, associate all'operatore booleano AND.

La ricerca è stata subordinata alla metodologia PICO, attraverso il motore di ricerca PubMed, sono state consultate le principali banche dati online.

La revisione della letteratura è stata effettuata aprile/maggio 2024

## CRITERI DI SELEZIONE

I criteri di inclusione riguardano la pertinenza al tema di studio scelto. Sono stati revisionati gli articoli pubblicati negli ultimi venti anni.

## **RISULTATI**

I risultati emersi in questa tesi, descrivono come sia essenziale avere all'interno di una scheda di valutazione delle scale per valutare l'adolescente/infante in crisi.

Le scale di valutazione utilizzate sono L'HONOSCA e la Recovery Star, entrambe validate anche in italiano.

La versione in italiano dell'HONOSCA del 2002 è stata curata da: Irccs Medea, Bosisio Parini e Istituto Superiore di Sanità di Roma. La Recovery Star è stata validata nel 2013 da un gruppo di lavoro della Provincia di Brescia.

È stata individuata anche un'altra scala di valutazione, la Child Behavior Checklist (Colombo P., et al, 2015), ma nonostante la validazione in italiano, non risulta efficace nell'utilizzo infermieristico, anche perché molto lunga (circa 100 items, diverso nelle varie versioni), complessa da somministrare. Rimane un valido strumento per la diagnosi in ambito medico.

Fondamentale è il ruolo dell'infermiere in questo contesto molto complesso come quello della salute mentale.

## PROCESSO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN AMBITO PSICHICO ADOLESCENZIALE

Prima di intraprendere il percorso di un piano assistenziale al ragazzo con problematiche psichiche, si deve inquadrare quelle che sono le principali patologie e la sintomatologia che loro hanno in comune.

I disturbi più frequenti, approfonditi nel capito precedente, nello scompeso psichico adolescenziale sono:

- Disturbo d'ansia.
- Depressione.
- Disturbi della condotta.

<i>Sintomi specifici</i>	
<i>Disturbo d'ansia</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Isolamento sociale</li><li>- Minor concentrazione</li><li>- Astenia</li><li>- Rimuginio</li><li>- Nervosismo</li><li>- Fobie</li><li>- Insonnia</li><li>- Cefalee</li><li>- Irritabilità</li></ul>
<i>Depressione</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Insonnia</li><li>- Agitazione</li><li>- Difficoltà di concentrazione</li><li>- Ipofagia/iperfagia</li><li>- Rallentamento psicomotorio</li></ul>
<i>Disturbi della condotta</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mancato rendimento scolastico</li><li>- Relazioni disfunzionali</li><li>- Abuso di sostanze</li><li>- Mancanza di empatia</li></ul>

Questi tre disturbi si trovano all'interno del calderone dello scempenso psichico adolescenziale, la sintomatologia varia da patologia a patologia, ma il processo alla base della mente del ragazzo rimane sempre il medesimo con segni e sintomi molto simili fra loro.

La socializzazione è scarsa, quando c'è non è giovevole per il ragazzo, il coping non è efficace ed è molto difficile comunicare.

Il rendimento scolastico è basso, l'adolescente soffre di insonnia e di giorno non è produttivo né nelle attività scolastiche né in quelle extracurricolari.

L'infermiere gioca un ruolo importante in tutte e tre le patologie:

- **Nel disturbo d'ansia** l'infermiere deve valutare il livello d'ansia e capire la domanda assistenziale e la situazione emotiva del ragazzo, questo sarà utile per mettere in atto interventi efficaci. Quando l'ansia diventa grave, l'obiettivo è quello di abbassarne il livello prima di procedere con qualsiasi altra cosa. Aiutare l'assistito anche nella respirazione, così come fargli compagnia per non farlo sentire solo. Modulare la voce con toni pacati e se la persona non riesce a stare ferma, camminare insieme. Sempre mantenere anche la propria calma per essere d'aiuto. (Badon, et al., 2023)
- **Disturbo depressivo:** alcuni soggetti sono abbastanza aperti nel descrivere i loro sentimenti di tristezza, disperazione, impotenza, altre volte è difficile mantenere un dialogo lungo quindi può essere indicato fare più visite brevi per valutare la disponibilità per instaurare una relazione terapeutica. Non per forza si deve stare sempre in stanza nel paziente, a volte anche il silenzio potrebbe essere d'aiuto. (Badon et al., 2023)
- **Disturbo della condotta:** l'infermiere nell'interagire con il ragazzo può avvertire difficoltà nel comunicare legato alla poca propensione dell'assistito a collaborare e partecipare attivamente al percorso di cura. L'infermiere deve assicurare anche il genitore, senza tralasciare le difficoltà che i caregiver affrontano quotidianamente con questi ragazzi. (Badon et al., 2023)

## ACCERTAMENTO

La fase dell'accertamento è una fase molto complessa e delicata nella presa in carico di questa tipologia di ragazzi. In generale consiste nella raccolta sistematica dei dati soggettivi e oggettivi sugli aspetti fisici, sociali e personali del paziente.

Gli infermieri, una volta raccolti tutti i dati devono rielaborarli tramite il giudizio clinico e il pensiero critico (Tanner CA, 2006).

Il piano infermieristico creato per questa tesi è costituita da:

- I. Dati anagrafici
- II. Valutazione clinica: si è scelto di reperire le aree più colpite come l'analisi dell'umore, dell'affettività, della qualità del sonno, capacità di autocura.
- III. Modelli funzionali di M. Gordon: dobbiamo capire se negli undici modelli funzionali che la Gordon ci propone, solo alcuni sono appropriati per la situazione clinica del paziente e rilevare solo quelli.
- IV. Valutazione infermieristica: per avere un accertamento ancora più accurato, ci si deve servire di scale di valutazione: la prima scala, che è stata ritenuta valida, è l'HONOSCA, la cui prima elaborazione risale al 1993, è una scala validata anche in lingua italiana e che, secondo letteratura, può essere utilizzata anche dal personale infermieristico (Swiss DRG SA, 2016). La seconda scala è la Recovery star che può essere utilizzata da tutti gli operatori sanitari.

## DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

Le diagnosi infermieristiche costituiscono la base su cui selezionare gli interventi per raggiungere gli obiettivi di assistenza stabiliti. *North American Nurse Diagnosis Association* (NANDA) è l'istituzione ufficiale per la promozione e la revisione delle diagnosi infermieristiche ed è un punto di raccolta ed elaborazione (Herdman, T.H. et al, 2021). Le diagnosi permettono di avere un linguaggio standardizzato e un mezzo di comunicazione univoco.

Le diagnosi possono essere:

- Promozione della salute: queste diagnosi vengono utilizzate per il desiderio di aumentare il benessere e il potenziale di salute umana

- Rischio: la diagnosi di rischio è usata per quelle problematiche non certe ma dove il paziente è esposto a fattori di rischio che aumentano la probabilità di lesioni.
- Reale: sono diagnosi di fatto, proprie di quel momento
- Sindrome: è un giudizio clinico che raggruppa più diagnosi infermieristiche che si sviluppano meglio con interventi simili.

A volte ci sono delle complicanze di cui gli infermieri rilevano l'eventuale insorgenza o cambiamento. Gli infermieri gestiscono i problemi collaborativi con interventi di prescrizione medica o infermieristica finalizzati a limitarne le conseguenze.

Le diagnosi infermieristiche, per questo piano assistenziale, sono state rilevate dalla tassonomia NANDA-I 2021-2023.

## PIANIFICAZIONE DI OBIETTIVI ASSISTENZIALI E INTERVENTI INFERMIERISTICI

La fase della pianificazione prevede che si monitori il ragazzo, si elimini il problema, andando a proporre quelli che potrebbero essere degli interventi efficaci e mirati. Qual è l'obiettivo della pianificazione? Sicuramente l'uso appropriato delle risorse disponibili al fine di raggiungere i risultati attesi ed è inoltre un metodo per comunicare all'intero gruppo quale assistenza è migliore per il ragazzo.

La pianificazione prevede due momenti:

- La definizione di una diagnosi e di tutti quei problemi collaborativi con un'organizzazione in base alla priorità.
- Identificazione e prescrizione degli interventi infermieristici volti al contenimento o risoluzione dei problemi di salute.

Misurare i risultati attesi nell'assistenza infermieristica rappresenta il *gold standard* della pratica professionale e in questo elaborato di tesi, la classificazione dei risultati infermieristici è stata creata con il Nursing-Sensitive Outcomes Classification (NOC) (Moorhead S., et al, 2020).

Infine, i risultati della pianificazione assistenziale, sono risultati standardizzati del Nursing Interventions Classification (NIC) (Butcher H., et al, 2020).

## ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI

L'attuazione è il momento dove si mettono in atto gli interventi infermieristici al fine di poter dare risposta a tutto ciò che si è rilevato con l'accertamento, le diagnosi infermieristiche, per poter raggiungere gli obiettivi prefissati per il paziente, e i risultati attesi devono diventare outcome assistenziali.

L'attuazione nell'ambito adolescenziale diviene ancora più complessa e si pensa che oltre la gestione del ragazzo, abbiamo in carico anche la gestione del genitore o del caregiver o di chi ne fa le veci.

Anche il genitore deve essere preso in considerazione, bisogna stabilire una relazione empatica. Un nucleo familiare sano, solido e attivo nel percorso del ragazzo non fa che agevolare i risultati attesi.

## VALUTAZIONE DEGLI OUTCOME

La valutazione è la parte finale del processo infermieristico e ci fa capire se il percorso creato appositamente per lui/lei è stato d'aiuto. I risultati possono essere stati raggiunti solo parzialmente o completamente oppure nei casi più gravi e difficili per niente.

In base a come è andato il percorso e se il ragazzo ha raggiunto determinati risultati, si deciderà se cambiare il piano di assistenza oppure no.

## **PIANO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICO**

Il piano di assistenza infermieristico per questo elaborato di tesi consiste nel progettare una scheda assistenziale per il paziente affetto da scompenso psichico adolescenziale.

Nella prima fase dell'accertamento, dobbiamo individuare tutti i dati anagrafici del ragazzo/a. Dopodiché sono state elencate delle valutazioni cliniche rispetto all'umore, la valutazione del sonno, l'affettività e la capacità di autocura.

Di seguito devono essere compilati gli undici modelli assistenziali di M. Gordon, soprattutto quelli pertinenti alla situazione clinica del ragazzo e valutare se il modello è funzionale oppure no.

Nella ricerca delle scale di valutazione, sono state prese in considerazione due delle tre scale individuate. (HONOSCA e Recovery Star).

La Recovery Star è uno strumento sviluppato per supportare e misurare i processi di cambiamento che avvengono nei percorsi di cura di persone con disturbi mentali. Molto utile per misurare gli esiti degli interventi in quanto consente alle organizzazioni di misurare e definire il cambiamento.

La Recovery Star si focalizza su dieci aree principali che sono state considerate cruciali nei percorsi di recovery:

- Gestione della propria salute mentale.
- Cura di sé.
- Abilità per la vita quotidiana.
- Reti sociali.
- Lavoro.
- Relazioni personali.
- Dipendenze.
- Responsabilità.
- Identità e autostima.
- Fiducia e speranza.

Ognuna di queste aree ha un punteggio che va da 1 a 10, dove 1 sta per un'abilità poco strutturata e 10 è il massimo per quell'abilità o azione dove l'utente si sente in grado.

È una scala molto usata dal case manager dato che supporta il percorso di recovery degli utenti fornendo un metodo per visualizzare graficamente i loro progressi.

L'analisi e la compilazione deve essere condotta insieme all'utente e dal suo operatore di riferimento. Non deve essere fatto in pochi minuti, piuttosto deve essere un processo pensato e riflessivo in cui operatore e utente si incontrano per questo specifico scopo.

La durata della compilazione è di 45 minuti all'incirca con un massimo di due ore, il tempo varia in base a quanto si discute su ciascuna delle dieci aree. I follow up sono molto più rapidi, in quanto l'utente già conosce la scala.

Nel 2013 un gruppo di lavoro composto da servizi pubblici e del privato sociale della Provincia di Brescia che fa riferimento alla UOP 23 degli Spedali Civili di Brescia ha realizzato la versione italiana della Recovery Star e condotto uno studio di validazione. (Placentino A., et al. 2017)



In figura 2, viene mostrata come è strutturata la scala di valutazione, con tutti i dieci obiettivi da raggiungere con il paziente. (Outcomes Star, Guida per le Organizzazioni, 2014)

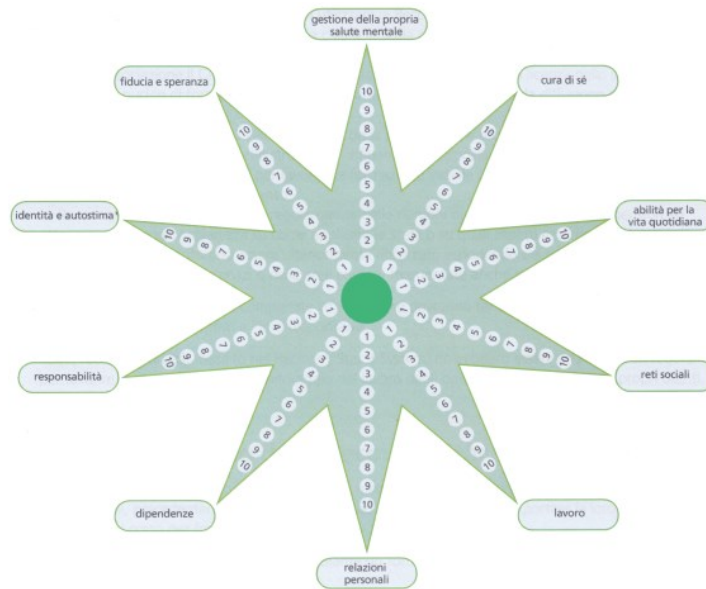


Figura 2: scala di valutazione Recovery Star. Fonte: Outcome Star Guida per le organizzazioni, 2014

Nella figura 3, si evidenzia un esempio della scala utilizzata a tempo zero e tempo uno, evidenziando i miglioramenti dell'assistito (Simona Caporali, in Medora Magazine, ottobre 2021)

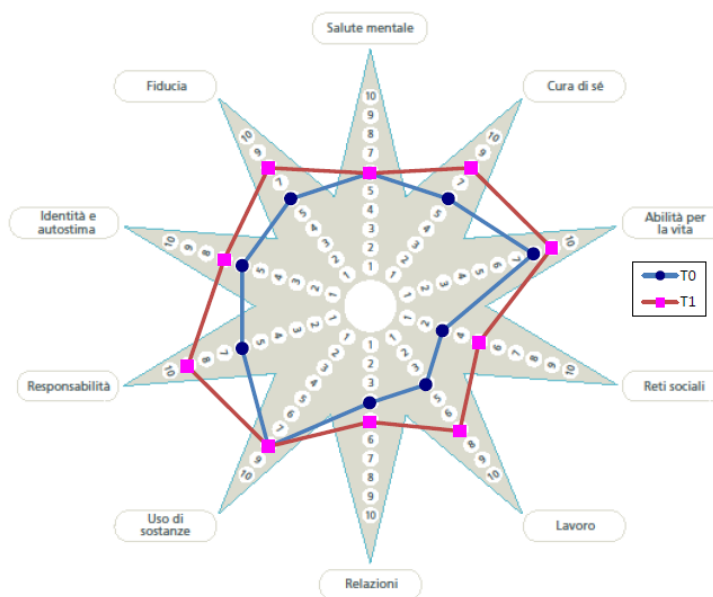


Figura 3: esempio di utilizzo della scala. Fonte: Simona Caporali, 2021

## PIANIFICAZIONE

**INSONNIA (00095):** *incapacità di addormentarsi o di continuare a dormire che compromette la funzionalità della persona.*

Caratteristiche definenti:

- Affetto alterato
- Attenzione alterata
- Umore alterato
- Risveglio precoce
- Esprime insoddisfazione
- Esprime insoddisfazione per la qualità di vita
- Stato di salute alterato
- Aumento dell'assenteismo

<b>NOC</b>	<b>Valutazione</b>				
	<i>1: disfunzionale 5: del tutto funzionale</i>				
<b>EQUILIBRIO DELL'UMORE</b>	1	2	3	4	5
<i>Dimostra un umore costante</i>					
<i>Mantiene la cura del proprio aspetto e l'igiene personale</i>					
<i>Mantiene un peso corporeo stabile e dimostra appetito normale</i>					
<i>Assolve le attività di vita quotidiana</i>					
<b>BENESSERE PERSONALE</b>					
<i>Salute psicologica e fisica</i>					
<i>Relazioni sociali</i>					
<i>Livello di felicità</i>					
<i>Capacità di esprimere le proprie emozioni</i>					
<b>LIVELLO DI DEPRESSIONE</b>					
<i>Umore depresso</i>					
<i>Perdita d'interesse nelle attività</i>					
<i>Senso di inutilità</i>					
<i>Agitazione psicomotoria</i>					
<i>Diminuzione dell'appetito</i>					
<i>Collera</i>					

## **NIC:**

### **- GESTIONE DELL'ENERGIA:**

- Monitorare l'apporto nutrizionale necessario per assicurare adeguate risorse energetiche
- Monitorare la persona per rilevare eccessiva fatigue fisica ed emozionale
- Incoraggiare la persona ad alternare il riposo con l'attività fisica
- Fornire aiuti per promuovere il sonno

### **- MIGLIORAMENTO DEL SONNO:**

- Determinare gli effetti dei farmaci assunti dalla persona sul modello di sonno
- Monitorare e registrare le cause fisiche e/o psicologiche che interrompono il sonno
- Insegnare all'assistito a stabilire delle attività abitudinarie all'ora di coricarsi per rendere più facile il passaggio dalla veglia al sonno

### **- GESTIONE DELL'UMORE:**

- Valutare l'umore della persona sia alla presa in carico che costantemente durante il trattamento
- Assistere la persona a monitorare consapevolmente il proprio umore
- Somministrare farmaci che stabilizzano l'umore

***ISOLAMENTO SOCIALE (00053):*** *solitudine vissuta dalla persona e percepita come imposizione di altri e come stato negativo o minaccioso.*

Caratteristiche definenti:

-Attività o interessi inappropriati o immaturi in rapporto all'età/fase evolutiva

-Dire di sentirsi rifiutato

-La persona si sente diversa dagli altri

-Inadeguatezza o assenza di scopi significativi nella vita

-Incapacità di soddisfare le aspettative degli altri

-Persona non comunicativa

-Chiusura in sé

-Assenza di contatto visivo

NOC	Valutazione				
	<i>1: disfunzionale 5: del tutto funzionale</i>				
<b>Benessere:</b> <i>espressa soddisfazione dell'individuo nei confronti del suo stato di salute</i>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Coinvolgimento sociale:</b> <i>frequenza delle interazioni sociali di un individuo con le persone, i gruppi, e le organizzazioni</i>					
<b>Equilibrio dell'umore:</b> <i>appropriato adattamento del tono emozionale prevalente in risposta alle circostanze</i>					
<b>Solitudine:</b> <i>grado di risposta affettiva, sociale o esistenziale all'isolamento</i>					

### **NIC:**

**-Rafforzamento della socializzazione:** facilitazione, grazie alle capacità delle altre persone, a interagire con gli altri.

*ANSIA: vago senso di disagio o di timore accompagnato da risposte autonome, la cui fonte spesso non è specifica o è sconosciuta alla persona.*

Caratteristiche definenti:

- Agitazione
- Scarso contatto visivo
- Comportamenti di controllo e vigilanza
- Movimenti estranei (trascinare i piedi)
- Diminuita produttività
- Irrequietezza

NOC	Valutazione				
	<i>1: disfunzionale 5: del tutto funzionale</i>				
<b>Abilità nelle interazioni sociali:</b> <i>capacità di un individuo di stabilire comportamenti di interazione sociale</i>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Controllo dell'ansia:</b> <i>capacità di eliminare o ridurre le sensazioni di apprensione o tensione derivanti da una fonte non identificabile</i>					
<b>Coping:</b> <i>azioni che permettono di gestire gli agenti stressanti che mettono alla prova le risorse dell'individuo</i>					
<b>Trattenersi dall'autolesionismo:</b> <i>capacità di controllare comportamenti autolesivi</i>					

### **NIC:**

**-Riduzione dell'ansia:** ridurre l'apprensione, la paura, il presagio o il disagio correlato a una causa non conosciuta di pericolo anticipato.

### **Attività infermieristiche:**

-Accertare e documentare il livello di ansia della persona

-Analizzare con l'assistito tecniche che in passato si sono dimostrate efficaci nel ridurre l'ansia e quelle che non hanno prodotto risultati

### **Attività di relazione e educazione dell'assistito e della famiglia:**

-Sviluppare un piano educativo con obiettivi realistici, considerando la possibilità di ripetizione, di sostegno e di gratificazione e in caso di raggiungimento di un obiettivo

***COPING DELLA FAMIGLIA INEFFICACE (00073):*** *comportamento di una persona significativa (familiare o altra persona) che diminuisce le capacità sue e del cliente di affrontare efficacemente i compiti essenziali per l'adattamento di entrambi a una situazione che rappresenta una sfida alla salute.*

<b>NOC</b>	<b>Valutazione</b>				
	<i>1: disfunzionale 5: del tutto funzionale</i>				
<b>Caregiver: relazione con la persona assistita</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<i>Pazienza e calma</i>					
<i>Assistenza</i>					
<i>Impegno a lungo termine</i>					
<i>Accettazione e rispetto reciproco</i>					
<i>Senso di responsabilità</i>					
<i>Senso di attaccamento reciproco</i>					
<b>Resilienza della famiglia</b>					
<i>Si mobilita rapidamente in seguito ad un'avversità</i>					
<i>Propone soluzioni pratiche e costruttive ai conflitti interni</i>					
<i>Approfondisce il significato delle crisi</i>					
<i>Esprime fiducia nel superare le avversità</i>					
<i>Salute emotiva del caregiver</i>					
<i>Collera</i>					
<i>Risentimento</i>					
<i>Depressione</i>					
<i>Frustrazione</i>					
<i>Ambivalenza rispetto alla situazione</i>					
<i>Uso di farmaci psicotropi</i>					

## **NIC:**

- **Sostegno del caregiver:** determinare il livello di conoscenza del caregiver e quanto accetta questo ruolo, riconoscere le difficoltà del ruolo di caregiver, analizzare insieme i suoi punti di forza e debolezza, assicurare sostegno alle decisioni prese dal caregiver, monitorare per rilevare eventuali indicatori di stress.
  
- **Promozione del coinvolgimento della famiglia:** identificare i desideri dei familiari in merito al loro coinvolgimento con la persona assistita e la loro capacità di partecipare all'assistenza, incoraggiare i familiari e l'assistito a partecipare alla stesura di un piano di assistenza compresi i risultati attesi e la sua messa in atto.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

In questo elaborato di tesi si è voluto spiegare questo complesso fenomeno dello scompenso psichico adolescenziale. Un insieme di disturbi mentali che possono colpire ragazzi e ragazze.

L'adolescenza non è un periodo semplice, né per coloro che la vivono né per il nucleo familiare. Le complessità derivano dall'animo del ragazzo/a, dalle sofferenze interne a volte mai esplicate.

Difficile è la comunicazione in questo scorcio di vita, il familiare a stento riesce a comunicare con il proprio figlio. Non è più, ad oggi, un'azione abitudinaria parlare o buttare fuori tutto ciò che si sente.

I fattori di rischio più grandi sono la società che avanza senza tener conto di nessuno, i social che impongono atteggiamenti rigorosi da tenere per diventare qualcuno o farsi notare da qualcuno.

Il Covid ha influito molto nella socialità del ragazzo, ma ad oggi nel calderone tutto ha influito e sta influenzando su di loro.

Nelle degenze non si parla solo di malattia fisica, si deve parlare anche di quella mentale e di come questa possa essere subdola agli occhi degli altri. Ecco perché è di fondamentale importanza la figura infermieristica in queste realtà d'ospedale. L'aiuto costante in ogni turno, la vicinanza e l'esserci anche per il familiare sono tutte competenze che si devono maturare in questi contesti.

L'infermiere tramite un piano assistenziale può percepire il problema o il rischio del ragazzo e provare a modificare la sua condizione.

Si deve agire prima che la malattia prenda il sopravvento, il genitore deve provare ad ascoltare sempre le esigenze del ragazzo, captare dei comportamenti a rischio e riconoscere delle compagnie sbagliate.

La malattia mentale è un'ombra velata che segue la vita di ognuno di questi ragazzi, un dolore profondo che non si valuta con un'ecografia o un elettrocardiogramma. Ecco perché l'approccio è molto più complesso di ciò che sembra.

La vita consta non soltanto d'integrità, ma anche di rottura e come tale va accolta.



## **IMPLICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA**

L'elaborato di tesi voleva essere utile soprattutto nell'implicazione clinica dell'infermiere che lavora in questi reparti.

È di fondamentale importanza che in questi casi l'operatore sanitario debba avere una cartella infermieristica adeguata a sostenere al meglio l'assistito.

L'obiettivo è quello di proporre una documentazione assistenziale utile all'operatore con la compilazione degli undici modelli della Gordon, analizzando solo quelli più appropriati per il caso, e utilizzare delle schede di valutazione sia al tempo zero che nei momenti successivi all'assistenza.

Le scale analizzate sono l'HONOSCA e la RECOVERY STAR, la scelta è dipesa soprattutto perché sono degli strumenti utilizzabili anche da operatori sanitari, veloci e da usare insieme al ragazzo.

## BIBLIOGRAFIA

Badon, P., Palumbo, C., Saluzzi, S., & Aguglia, A. (2023). *Assistenza infermieristica in salute mentale. Testi di Andrea Aguglia ... E 62 altri*. C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana.

Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Williamson, S., Wilens, T. E., Spencer, T. J., Weber, W., Jetton, J., Kraus, I., Pert, J., & Zallen, B. (1999). Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(8), 966–975. <https://doi.org/10.1097/00004583-199908000-00012>

Butcher, H., Bulechek, G., McCloskey Dochterman J. & Wagner, C. (2020). *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*. 3<sup>ed</sup>. Italiana sulla 7<sup>ed</sup>edizione originale, C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana.

Carradori, G., & Sangiorgi A. (2017). *L'analisi funzionale del comportamento. Principi, Metodi e tecniche*. Erickson ed.

Colombo, P., Brambilla, P., Bellina, M., Bianchi, V., & Garzitto, M. (2015). Deficit di regolazione emotiva in età evolutiva: Analisi dei profili di funzionamento in un campione clinico italiano. *Deficit di regolazione emotiva in età evolutiva: analisi dei profili di funzionamento in un campione clinico italiano*, 103-115.

Córdova-Palomera, A., Calati, R., Arias, B., Ibáñez, M. I., Moya, J., Ortet, G., Crespo-Facorro, B., & Fañanás, L. (2015). Season of birth and subclinical psychosis: systematic review and meta-analysis of new and existing data. *Psychiatry research*, 225(3), 227–235. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.072>

D'Avanzo, B., Lovaglio, P., Parabiaghi, A., Conti, P., Frigerio, A., Molteni, M., ... & Barbato, A. (2018). Health of the nation outcome scales for children and adolescents (HoNOSCA): psychometric properties of the Italian version. *Children and Youth Services Review*, 94, 340-346.

Daniele, K. (2022). Uno studio qualitativo sulla salute mentale e il disagio a scuola: la prospettiva degli adolescenti nel tempo della pandemia. *Journal of Health Care Education in Practice*, 4(2), 3-16.

Fitzpatrick, P. A., Klorman, R., Brumaghim, J. T., & Borgstedt, A. D. (1992). Effects of sustained-release and standard preparations of methylphenidate on attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(2), 226–234. <https://doi.org/10.1097/00004583-199203000-00008>

Foutz, J., & Mezuk, B. (2015). Advanced paternal age and risk of psychotic-like symptoms in adult offspring. *Schizophrenia research*, 165(2-3), 123–127. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.04.014>

Gadow, K. D., Nolan, E. E., Sverd, J., Sprafkin, J., & Paolicelli, L. (1990). Methylphenidate in aggressive-hyperactive boys: I. Effects on peer aggression in public school settings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(5), 710–718. <https://doi.org/10.1097/00004583-199009000-00006>

Gatta, M., Miscioscia, M., Svanellini, L., Spoto, A., Difronzo, M., de Sauma, M., & Ferruzza, E. (2019). Effectiveness of Brief Psychodynamic Therapy With Children and Adolescents: An Outcome Study. *Frontiers in pediatrics*, 7, 501. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00501>

Herdman, T.H., Kamitsuru, S., Takáo Lopes, C.; (2021). *NANDA International. Diagnosi infermieristiche definizioni e classificazioni 2021-2023*. 12<sup>ed.</sup>, C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana.

Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J., He, J. P., Koretz, D., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Merikangas, K. R. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of general psychiatry*, 69(4), 372–380. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.160>

Lancini, M. (2023). *Sii te stesso a modo mio: Essere adolescenti nell'epoca della fragilità adulta*. Raffaello Cortina Editore.

LeBlanc M, Ritchie M. A meta-analysis of play therapy outcomes. 2001. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]. York (UK): Centre for Reviews and Dissemination (UK); 1995-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK68621/>

McBride, B.A., Schoppe-Sullivan, S.J., & Ho, M.R. (2005). The mediating role of fathers' school involvement on student achievement. *Journal of Applied Developmental Psychology, 26*, 201-216.

Midgley, N., O'Keeffe, S., French, L., & Kennedy, E. (2017). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: an updated narrative review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy, 43*(3), 307-329.

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., Maas M. (2020). *Classificazione NOC dei risultati infermieristici. Misurazione dei risultati di salute*. 3<sup>ed</sup>. Italiana sulla 6<sup>ed</sup>edizione originale, C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana.

Neale, J., & Hudson, L. D. (2020). Anorexia nervosa in adolescents. *British journal of hospital medicine (London, England: 2005), 81*(6), 1–8.  
<https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0099>

Pedrini, L., Meloni, S., Lanfredi, M., Ferrari, C., Geviti, A., Cattaneo, A., & Rossi, R. (2022). Adolescents' mental health and maladaptive behaviors before the Covid-19 pandemic and 1-year after: analysis of trajectories over time and associated factors. *Child and adolescent psychiatry and mental health, 16*(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00474-x>

Pilar, P. M., Rafael, M. C., Félix, Z. O., & Gabriel, G. V. (2019). Impact of Sports Mass Media on the Behavior and Health of Society. A Systematic Review. *International*

*journal of environmental research and public health*, 16(3), 486.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16030486>

Placentino, A., Lucchi, F., Scarsato, G., Fazzari, G., & Gruppo REX.IT (2017). La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana [Mental Health Recovery Star: features and validation study of the Italian version]. *Rivista di psichiatria*, 52(6), 247–254. <https://doi.org/10.1708/2846.28728>

Rogers, A. A., Ha, T., & Ockey, S. (2021). rogers *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 68(1), 43–52.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.039>

Santosh, P. J., & Taylor, E. (2000). Stimulant drugs. *European child & adolescent psychiatry*, 9 Suppl 1, I27–I43. <https://doi.org/10.1007/s007870070017>

Shapiro C. J. (2013). Behavioral kernels and brief interventions: teaching parents effective behavior management strategies. *North Carolina medical journal*, 74(1), 57–59.

Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D., & Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(4), 409–432.  
<https://doi.org/10.1097/00004583-199604000-00008>

Tanner C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of nursing education*, 45(6), 204–211.  
<https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., Ginsburg, G. S., Rynn, M. A., McCracken, J., Waslick, B., Iyengar, S., March, J. S., & Kendall, P. C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in

childhood anxiety. *The New England journal of medicine*, 359(26), 2753–2766. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0804633>

Varchmin, L., Montag, C., Treusch, Y., Kaminski, J., & Heinz, A. (2021). Traumatic Events, Social Adversity and Discrimination as Risk Factors for Psychosis - An Umbrella Review. *Frontiers in psychiatry*, 12, 665957. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.665957>

Ybarra, M. L., Diener-West, M., Markow, D., Leaf, P. J., Hamburger, M., & Boxer, P. (2008). Linkages between internet and other media violence with seriously violent behavior by youth. *Pediatrics*, 122(5), 929–937. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3377>

Ybarra, M. L., Mitchell, K. J., & Oppenheim, J. K. (2022). Violent Media in Childhood and Seriously Violent Behavior in Adolescence and Young Adulthood. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 71(3), 285–292. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.03.003>

## **SITOGRAFIA**

<https://medoramagazine.it/la-recovery-in-psichiatria-un-approccio-di-cura-complementare/>

Ultimo accesso: 12/10/2024

<https://www.ausl.latina.it/attachments/article/844/Mental%20Health%20Recovery%20Star-Guida%20per%20le%20organizzazioni.pdf>

Ultimo accesso: 12/10/2024

<https://siep.it/il-focus-delloms-sulla-salute-mentale-degli-adolescenti/>

Ultimo accesso: 29/09/2024

[https://sinpia.eu/wp-content/uploads/2018/12/01\\_Linee-Guida-1-2.pdf](https://sinpia.eu/wp-content/uploads/2018/12/01_Linee-Guida-1-2.pdf)

Ultimo accesso: 29/09/2024

[https://sinpia.eu/wp-content/uploads/2019/02/2007\\_2.pdf](https://sinpia.eu/wp-content/uploads/2019/02/2007_2.pdf)

Ultimo accesso: 3/10/2024

<https://www.aimuse.it/2021/04/adolescenti-e-mutismo-selettivo-di-emanuela-iacchia/>

Ultimo accesso: 29/09/2024

<https://www.centroetaevolutiva.it/>

Ultimo accesso: 7/10/2024

<https://www.epicentro.iss.it/anoressia/>

Ultimo accesso: 30/09/2024

<https://www.epicentro.iss.it/deficit-attenzione/#:~:text=L'ADHD%20consiste%20in%20un,dei%207%20anni%20d'et%C3%A0.>

Ultimo accesso: 4/10/2024

<https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2022-05/pandemia-salute-mentale-garante-infanzia.pdf>

Ultimo accesso: 30/09/2024

<https://www.infermiereonline.org/2018/02/01/validazione-di-uno-strumento-per-laccertamento-infermieristico-in-accordo-con-i-modelli-funzionali-di-gordon/>

Ultimo accesso: 3/10/2024

<https://www.iss.it/-/comunicato-stampa-n%C2%B008/2023-gli-adolescenti-italiani-dopo-la-pandemia-nella-fotografia-dell-iss-1-giovane-su-2-ha-dichiarato-un-effetto-positivo-nei-rapporti-famigliari-ma-2-su-5-ne-hanno-riconosciuto-gli-effetti-negativi-sulla-salute-mentale>

Ultimo accesso: 1/10/2024

<https://www.iss.it/salute-mentale1>

Ultimo accesso: 27/09/2024

<https://www.istitutobeck.com/fobia-specifica>

Ultimo accesso 6/10/2024

<https://www.msmanuals.com/it/casa/multimedia/table/farmaci-utilizzati-per-trattare-i-disturbi-dansia?ruleredirectid=761>

Ultimo accesso: 6/10/2024

<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/pediatria/disturbi-psichiatrici-nei-bambini-e-negli-adolescenti/panoramica-sui-disturbi-psichiatrici-nei-bambini-e-adolescenti>

Ultimo accesso: 28/09/2024

<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/pediatria/disturbi-psichiatrici-nei-bambini-e-negli-adolescenti/disturbo-oppositivo-provocatorio>

Ultimo accesso: 3/10/2024

<https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>

Ultimo accesso: 6/10/2024

<https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5351&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>

Ultimo accesso: 15/09/2024

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

Ultimo accesso: 20/09/2024

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

Ultimo accesso: 26/09/2024

[https://www.swissdrg.org/application/files/4114/9381/3571/SwissDRG\\_Erfassung\\_HoNOSCA\\_V1.1\\_i.pdf](https://www.swissdrg.org/application/files/4114/9381/3571/SwissDRG_Erfassung_HoNOSCA_V1.1_i.pdf)

Ultimo accesso: 17/09/2024