



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Il trauma entra senza chiedere permesso.
Piano assistenziale per la persona
ospedalizzata a rischio di disturbo post
traumatico da stress.**

Relatore:

Dott. Maurizio Ercolani

Tesi di Laurea di:

Federica Petrella

Correlatore:

Dott. Serafin Caneda D'Ambrosi

A.A. 2021/2022

*“Il trauma è personale.
Anche se viene negato, esso non scompare.
Quando è ignorato o negato,
le grida silenziose continuano interiormente
e vengono sentite solo da chi ne è prigioniero.
Quando qualcuno entra in quel dolore
e sente le urla,
la guarigione può iniziare.”*

(Danielle Bernock)

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
CAPITOLO 1. DISTRUBO POST TRAUMATICO DA STRESS.....	3
1.1 QUADRO GENERALE.....	3
1.2 SINTOMI E DIAGNOSI.....	4
1.3 EPIDEMIOLOGIA.....	7
1.4 TRATTAMENTO.....	8
CAPITOLO 2. PTSD NELLA PERSONA OSPEDALIZZA.....	11
2.1 IL PESO DELL'AMBIENTE DI RICOVERO.....	11
2.2 LA TERAPIA INTENSIVA.....	12
2.3 IL COVID-19.....	14
2.4 SCREENING E PREVENZIONE.....	16
CAPITOLO 3. LA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE.....	19
3.1 LA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE.....	19
3.2 PIANO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA PER LA PERSONA OSPEDALIZZATA A RISCHIO PTSD.....	22
3.3 PRIVAZIONE DI SONNO.....	24
3.4 CONTROLLO DEGLI IMPULSI INEFFICACE.....	26
3.5 RISCHIO DI SINDROME POST TRAUMATICA.....	28
3.6 ANSIA.....	31
3.7 COPING INEFFICACE.....	33
3.8 NEGAZIONE INEFFICACE.....	35
3.9 SENSO DI IMPOTENZA.....	37
3.10 RISCHIO DI RESILIENZA COMPROMESSA.....	39
3.11 SOVRACCARICO PSICOFISICO DA STRESS.....	41

3.12 COINVOLGIMENTO IN ATTIVITÀ DIVERSIVE RIDOTTO.....43

CONCLUSIONE.....45

BIBLIOGRAFIA.....46

INTRODUZIONE

“Le parole non sono in grado di descrivere adeguatamente l’angoscia provata da una persona traumatizzata. La sua intensità non può essere descritta. Molte persone traumatizzate sentono di vivere in un inferno personale che non possono condividere con nessun altro.” (Peter A. Levin)

Tutte le persone, nel corso della loro vita, si imbattono in esperienze che possono essere sconvolgenti o dolorose. Tuttavia, alcune esperienze sono solo temporaneamente angoscianti, mentre altre sono traumatizzanti. Il trauma è un evento percepito come dannoso o minaccioso e ha delle conseguenze durature che vanno ad inficiare sul benessere della persona che lo sperimenta.

Durante il mio percorso universitario, nelle esperienze di tirocinio, il tema del trauma è stato sempre ricorrente in ogni reparto che ho frequentato. Diverse volte mi sono trovata a chiedere a me stessa come era possibile affrontare il peso di certe situazioni. L’impatto del trauma è soggettivo, dipende dalle caratteristiche della persona, dall’ambiente che la circonda, dalla sua sfera emotiva e cognitiva, così ho iniziato a notare quanto fosse gravoso il ricovero per alcune persone.

Essere ricoverati non è mai piacevole, l’assistito molto spesso è smarrito, non è ben consapevole di quello che gli sta accadendo e questo provoca ansia e disagio. Inoltre, si viene catapultati nella routine ospedaliera, si vive la separazione fisica dai familiari, si affronta una parziale rinuncia della propria privacy e si è dipendenti dagli altri. Tutto questo stravolge la vita del soggetto, andando ad invalidare il benessere psicologico. A volte capita che la cura della malattia offuschi l’attenzione dei sanitari verso il benessere psichico e sociale.

Il ricovero può essere di per sé un evento traumatizzante, come spesso capita in terapia intensiva, dove le cure sono molto invadenti e continue, e le persone sono totalmente dipendenti. Il ricovero, però, può essere anche uno strumento per aiutare le persone che hanno subito un trauma, mettendo in atto una serie di azioni che prevengano sequele più gravi, come il disturbo post traumatico da stress, che se degenerato in forma cronica ha ripercussioni molto pesanti sulla vita dell’individuo.

Nel capitolo iniziale ho focalizzato la mia attenzione sul disturbo post traumatico da stress, per poi passare nel capitolo due al disturbo nella persona ospedalizzata e alla prevenzione, infine, nel capitolo tre ho concretizzato il mio pensiero con un piano assistenziale.

La mia idea è pensata per offrire un ausilio agli infermieri che si trovano in prima linea nell'assistenza durante il ricovero. Per questo ho strutturato un piano di assistenza semi-standardizzato per soggetti ospedalizzati a rischio di disturbo post traumatico da stress.

1. IL DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS

1.1 QUADRO GENERALE

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) afferma che il disturbo post traumatico da stress (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD), è una forma di disagio mentale che si sviluppa in seguito a esperienze fortemente traumatiche.

Definito e studiato negli Stati Uniti soprattutto a partire dalla guerra del Vietnam e dai suoi effetti sui veterani, che si sono poi riproposti in tutte le più recenti esperienze belliche, il PTSD può manifestarsi in persone di tutte le età, sia nei bambini che negli adolescenti e nelle persone adulte, e può verificarsi anche nei familiari, nei testimoni, nei soccorritori coinvolti in un evento traumatico (ISS).

Esordisce dopo un episodio che ha coinvolto la morte effettiva o minacciata o lesioni gravi, o una minaccia all'integrità fisica di sé o degli altri. Il PTSD può derivare anche da una esposizione ripetuta e continua a episodi di violenza e di degrado. Le persone hanno una diversa suscettibilità e vulnerabilità alla condizione di stress, anche in relazione al differente coinvolgimento nell'esperienza traumatica. Tra i fattori che contribuiscono allo sviluppo di diversi gradi di questo disturbo, ci sono le caratteristiche specifiche dell'evento che lo causa e il grado o la modalità di esposizione della vittima, le caratteristiche proprie degli individui, in termini della loro storia medica, psichica e familiare, le modalità di intervento nel periodo post-trauma. Alcune vittime manifestano stati d'ansia e cattivi ricordi che si risolvono nel tempo con un adeguato trattamento. Mentre, ci sono individui nei quali l'evento traumatico causa effetti negativi a lungo termine, come testimoniano numerose ricerche sugli individui esposti a violenza, tortura, maltrattamenti continuativi (Epicentro, ISS).

Questo tipo di disturbo è associato al peggioramento delle condizioni fisiche e a negativi outcome emotivi e sociali che possono minacciare il percorso riabilitativo prolungando disabilità e costi, ed impattando negativamente sulla qualità della vita della persona e sulla possibilità di riprendere l'attività scolastica o lavorativa. Poiché uno dei fattori di rischio cruciale per lo sviluppo di PTSD è la mancanza di memoria degli eventi rimpiazzata da allucinazioni ed esperienze deliranti, gli infermieri possono svolgere un ruolo importante perché, stando sempre a fianco delle persone, possono contribuire a

riempire il memory gap ed aiutare a costruire un senso di coerenza degli eventi accaduti (Anna Pavan, 2015).

Inoltre, l'Istituto Superiore di Sanità riporta che le ricerche effettuate su diverse aree del cervello hanno dimostrato che gli individui affetti da disturbo post traumatico da stress producono livelli anormali di ormoni coinvolti nella risposta allo stress e alla paura. Il centro responsabile di questa risposta sarebbe l'amigdala, un complesso di strutture poste alla base del cervello. Normalmente, in situazione di paura, l'amigdala si attiva producendo molecole di oppiacei naturali che riducono la sensazione di dolore temporaneamente. In persone affette da PTSD questa produzione si protrae invece a lungo anche dopo la cessazione dell'evento, causando alterazione dello stato emotivo. Inoltre, verrebbero alterati i livelli di neurotrasmettitori che agiscono sull'ippocampo, generando così alterazioni della capacità di memoria e di apprendimento regolate dall'ippocampo stesso. Gli stessi livelli di neurotrasmettitori diversi sarebbero alla base degli eventi di ricordo improvviso e doloroso degli eventi traumatici.

1.2 SINTOMI E DIAGNOSI

Il disturbo post traumatico da stress si caratterizza per sintomi particolarmente invalidanti, come ansia molto intensa e frequente, calo del tono dell'umore, pensieri, immagini o ricordi intrusivi dell'evento traumatico e spesso un vissuto emotivo molto forte, come se si stesse rivivendo l'episodio stesso (Yehuda et al., 2015).

Secondo l'APA (American Psychiatric Association, 2013), i sintomi compaiono solitamente entro tre mesi dal trauma, anche se in qualche caso lo stato di stress si manifesta più tardi.

Il DSM-5 prevede, cinque criteri per la sussistenza del disturbo che elenchiamo di seguito.

Criterio A: esposizione, reale o minacciata, a morte, lesioni gravi o violenza sessuale. La persona può essere vittima diretta o può anche assistere come testimone, venire a conoscenza da un membro della famiglia o amico intimo, purché abbia la caratteristica di un evento inatteso, violento e accidentale. La risposta della persona comporta, inoltre, intensa paura, impotenza o orrore. Viene poi data importanza al fatto che l'esperienza sia ripetuta o vi sia stata esposizione estrema a dettagli ripugnanti.

Criterio B: uno o più sintomi intrusivi associati all'evento traumatico e cominciati dopo di esso:

- ricordi spiacevoli intrusivi ricorrenti dell'evento traumatico, spontanei o all'esposizione a stimoli;
- sogni spiacevoli ricorrenti in cui il contenuto e/o il significato del sogno sono correlati con l'evento;
- reazioni dissociative (flashback) nelle quali l'individuo si sente o agisce come se l'evento si stesse ripresentando;
- malessere psicologico intenso e prolungato all'esposizione a stimoli interni o esterni che simboleggiano o rappresentano un aspetto dell'evento traumatico;
- marcata reattività fisiologica agli stimoli che ricordano l'evento traumatico.

Criterio C: evitamento persistente degli stimoli associati al trauma e non presente prima del trauma:

- evitamento di stimoli interni (pensieri, emozioni o sensazioni fisiche) che scatenano ricordi dell'evento traumatico;
- evitamento di stimoli esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che scatenano ricordi dell'evento traumatico;

Criterio D: alterazioni cognitive e dell'umore associate al trauma e non presenti prima di esso, in tre o più dei seguenti modi:

- incapacità a ricordare un aspetto importante dell'evento traumatico (tipica amnesia dissociativa, non dovuta a trauma cranico, alcool, droghe);
- persistenti ed esagerate aspettative verso sé stessi, gli altri o il mondo;
- incolpare in modo distorto gli altri o se stessi per le cause o le conseguenze dell'evento traumatico;
- stato emotivo negativo pervasivo (paura, orrore, rabbia, senso di colpa, di vergogna eccessivi);

- marcata diminuzione dell'interesse a partecipare ad attività importanti
- sentirsi distaccato o estraniato dagli altri;
- persistente incapacità a provare emozioni positive (incapacità di amare, ottundimento psichico).

Criterio E: alterazione dell'arousal e della reattività non presenti prima del trauma, in almeno tre dei seguenti modi:

- comportamento irritabile, rabbioso, aggressivo;
- comportamenti mal adattivi o autodistruttivi;
- ipervigilanza;
- esagerata risposta d'allarme;
- difficoltà a concentrarsi;
- disturbi del sonno (addormentarsi, risvegli frequenti, sonno non ristoratore)

Il gold standard per la diagnosi di PTSD è un colloquio clinico strutturato con l'utilizzo della Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS-5), che consiste in un'intervista strutturata di 30 elementi che può essere utilizzata per: fare diagnosi attuale di PTSD, diagnosi cronica o valutare i sintomi nell'ultima settimana. Oltre a valutare i 20 sintomi del DSM-5 per PTSD, le domande riguardano l'insorgenza e la durata dei sintomi, il disagio soggettivo, l'impatto sul funzionamento sociale e professionale, il miglioramento dei sintomi da una precedente somministrazione di CAPS, la validità complessiva della risposta, la gravità complessiva del PTSD e le specifiche per il sottotipo dissociativo (depersonalizzazione e derealizzazione). Per ogni sintomo vengono fornite domande standardizzate. Il CAPS è stato progettato per essere somministrato da medici e ricercatori clinici che hanno una conoscenza operativa del disturbo, ma può anche essere somministrato da professionisti adeguatamente formati. L'intervista completa richiede 45-60 minuti per essere somministrata (Weathers F. W. et al., 2018).

1.3 EPIDEMIOLOGIA

Una revisione sulla ricerca riguardo le associazioni di tipo traumatico con PTSD nelle indagini dell'OMS World Mental Health (WMH), ha ottenuto dati rappresentativi su questo tipo di disturbo.

Sebbene si pensi che l'insorgenza-persistenza del disturbo post traumatico da stress vari in modo significativo in base al tipo di trauma, la maggior parte delle indagini epidemiologiche non è in grado di valutarlo perché prendono in considerazione il disturbo solo per i traumi nominati dagli intervistati come i loro "peggiori". L'esposizione nel corso della vita a uno o più traumi è stata riportata da un 70,4% degli intervistati, su un campione di 68.894 soggetti. La distribuzione del numero di traumi tra gli intervistati era 32,1% uno, 23,4% due, 16,6% tre, 10,7% quattro, 6,5% cinque, 3,9% sei, 2,5% sette e 4,3% più di sette.

Di gran lunga i tipi di trauma più comuni sono stati la morte inaspettata di una persona cara (riportata dal 31,4% degli intervistati) e l'esposizione diretta o indiretta a morte o lesioni gravi (23,7%). I successivi tipi di trauma più comuni citati sono stati rapine (14,5%), incidenti automobilistici potenzialmente letali (14,0%) e malattie potenzialmente letali (11,8%). Infine, abbiamo quelli che coinvolgono la violenza sessuale del partner intimo (9,8%) e la violenza fisica (13,8%).

La durata media dei sintomi del PTSD è in media di circa sei anni in tutti i traumi, ma varia notevolmente a seconda del tipo di trauma da un massimo di oltre 13 anni per quelli che coinvolgono l'esperienza di combattimento in guerra a un minimo di circa un anno per i traumi che comportano l'esposizione a un disastro naturale. I risultati WMH sono limitati in diversi modi, il più significativo è che alcuni traumi siano sistematicamente sottostimati perché sono imbarazzanti o culturalmente sensibili e quindi non citati dagli intervistati (Kessler RC et al., 2017).

Inoltre possiamo riconoscere dei fattori pre-traumatici, tra cui troviamo sesso femminile, età, QI basso, precedente esposizione a traumi, disturbi mentali preesistenti, tratti di personalità e fattori genetici; i vari aspetti del trauma, tra cui riconosciamo la percezione del pericolo di morte, la gravità, l'intenzionalità e l'origine, i danni fisici, la dissociazione peritraumatica; ed infine i fattori post-traumatici, quali il basso supporto sociale, il dolore

fisico, lo stress finanziario, il trattamento in unità di terapia intensiva, il trauma cranico, la disabilità. Tutti questi fattori di rischio interagendo tra di loro aumentano il rischio di sviluppare PTSD (APA, 2013). Come dettagliato in un altro recente rapporto WMH (Liu et al., 2017), il rischio di disturbo post traumatico da stress dopo l'esposizione al trauma è del 4,0%, ma varia significativamente in base al tipo di trauma. Il rischio più elevato è associato allo stupro (19,0%), all'abuso fisico da parte di un partner (11,7%), al rapimento (11,0%) e all'aggressione sessuale diversa dallo stupro (10,5%). I dati WMH documentano chiaramente che l'esposizione al trauma è comune in tutto il mondo e che questa esposizione è distribuita in modo ineguale nella popolazione, il rischio di PTSD differisce sostanzialmente per il tipo di trauma, quelli che coinvolgono la violenza interpersonale (in particolare la violenza sessuale relazionale) comportano il più alto rischio. C'è anche un alto carico a livello della popolazione associato alla morte inaspettata di una persona cara, un tipo di trauma molto comune che è associato però ad un basso rischio di PTSD a livello individuale. Sebbene una sostanziale minoranza di casi si rimetta entro mesi dall'insorgenza, la durata media dei sintomi è considerevolmente più lunga di quanto precedentemente riconosciuto (Kessler RC et al., 2017).

1.4 TRATTAMENTO

Solo negli ultimi anni la letteratura presenta ricerche più approfondite relative all'efficacia delle tecniche psicoterapiche su soggetti con PTSD, ma l'esperienza con studi di follow-up a medio o lungo termine è ancora molto limitata, rendendo difficile dare indicazioni precise sulle scelte terapeutiche da adottare. Nonostante ciò, però, questo disturbo si presta a tutta una serie di interventi precoci, anche sul campo, che sembrano avere efficacia nel ridurre l'incidenza al suo sviluppo, soprattutto quando l'evento causa è un evento catastrofico. Gli interventi psicologici preventivi e di comunità sono rappresentati da varie forme di counselling breve, fra i quali il più noto è il Psychological Debriefing (PD). Ad esempio, nel caso di disastri naturali che colpiscono comunità, l'azione molto precoce di squadre opportunamente e specificamente addestrate in psicologia dei disastri sembra fondamentale. Malgrado la sua popolarità l'efficacia del PD deve ancora essere dimostrata (Fulvio Pieraccini, 2004). Relativamente agli interventi di psicoterapia impiegati una volta esordito il PTSD, la tecnica maggiormente utilizzata

ed efficace è la cognitivo-comportamentale. Le teorie cognitive sostengono che ogni individuo ha concetti e modelli precostituiti di sé, degli altri e del mondo; l'evento traumatico è un'informazione incompatibile con questi e il tentativo di integrarla con gli assunti preesistenti conduce alle risposte post-traumatiche. Lo scopo di questa terapia è quello di educare il soggetto a identificare e controllare i pensieri negativi, individuando errori logici contenuti nelle convinzioni, ricercare alternative di pensiero e di comportamento più funzionali e vantaggiose. Vengono impiegate una varietà di strategie, come la gestione dell'ansia, la ristrutturazione cognitiva e l'esposizione, quest'ultima sembra particolarmente efficace nel ridurre sintomi di evitamento (Fulvio Pieraccini, 2004). Una delle modifiche più grandi alle linee guida aggiornate sulla pratica clinica è stata quella di raccomandare la psicoterapia rispetto ai farmaci per il trattamento del PTSD, e che la psicoterapia con ausilio di manuale rientra nei trattamenti di prima linea. Questo cambiamento è stato il risultato di due grandi meta-analisi che hanno fatto un confronto tra la farmacoterapia esistente e la psicoterapia manualizzata con un confronto dei risultati del trattamento. Una terapia manualizzata è quella in cui il terapeuta o lo psichiatra utilizza un manuale guida per assistere nel percorso di cura, assicurando che vengano affrontati tutti gli argomenti importanti relativi al trauma. L'uso di un manuale per la terapia del disturbo post traumatico da stress è il gold standard per l'erogazione del trattamento. È stato notato in entrambe che la psicoterapia da sola presentava una durata più lunga della risoluzione dei sintomi con una riduzione del rischio di effetti collaterali derivanti dall'uso di farmaci tra le popolazioni di soggetti studiate (Schrader C et al., 2021). Infine, troviamo l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), una tecnica che prevede la desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari. In particolare, l'esecuzione di alcuni movimenti da parte dell'individuo, durante la rievocazione dell'evento, permette di riprendere o di accelerare l'elaborazione delle informazioni legate al trauma. Questa stimolazione fisiologica sembra attivare il sistema innato di elaborazione dell'informazione e sembra altresì legato ai meccanismi inerenti all'immagazzinamento della memoria. Possiamo concludere che ci sono forti prove per:

- Psicoterapia individuale, focalizzata sul trauma, 12-20, sessioni di 60 minuti settimanali, come trattamento principale e di prima linea per il trattamento del PTSD.

- Terapia di elaborazione cognitiva
- Desensibilizzazione e ristrutturazione del movimento oculare
- Terapia di esposizione scritta
- Terapia di esposizione narrativa
- Esposizione prolungata
- Una qualsiasi delle terapie di cui sopra erogate tramite videoconferenza (Schrader C et al., 2021)

Un altro metodo per la regolazione delle emozioni negative e di un coping più adeguato è la mindfulness. Questa può essere utile per aiutare le persone con PTSD a tollerare e ridurre lo stress a esso associato, abbassando gli aspetti di autocritica, migliorando la gentilezza verso sé stessi e gli altri, promuovendo il rilassamento corporeo. Mindfulness significa portare l'attenzione alla nostra esperienza nel momento presente in modo curioso, gentile e non giudicante (Kabat-Zinn, 2010). All'interno del lavoro sul trauma il focus della consapevolezza viene portato in modo intenzionale sul momento presente, non perché l'esplorazione e l'elaborazione del passato traumatico non sia importante, ma perché il presente diventa una fonte di stimoli che permettono di iniziare un cambiamento. In particolare la Mindfulness aiuta andando ad aumentare la capacità di tolleranza delle emozioni difficili perché si impara che la rabbia, la paura, la tristezza non durano per sempre e che possiamo imparare a starci a contatto; va a migliorare il modo in cui il corpo e la mente rispondono ai nostri pensieri e agli stimoli ambientali sviluppando una maggiore capacità di rilassamento; aiuta a ridurre le reazioni automatiche sviluppando maggiori possibilità di risposta agli eventi e migliorando in questo modo il nostro senso di controllo e padronanza. Infine, sviluppando un atteggiamento di gentilezza e non giudicante, la Mindfulness aiuta a prendersi cura di sé stessi, delle proprie emozioni e a riconoscere i propri bisogni (Goldsmith, 2017).

2. PTSD NELLA PERSONA OSPEDALIZZATA

2.1 IL PESO DELL'AMBIENTE DI RICOVERO

Al fine di promuovere un recupero di successo dopo un ricovero in ospedale, gli operatori sanitari spesso concentrano la loro attenzione su questioni relative alla malattia acuta che ha fatto precipitare l'ospedalizzazione. La loro attenzione sproporzionata sul motivo del ricovero, tuttavia, può essere mal indirizzata (Krumholz H. M, 2013).

I soggetti che sono stati recentemente ricoverati in ospedale non solo si stanno riprendendo dalla loro malattia acuta, ma sperimentano anche un periodo transitorio di rischio generalizzato per una vasta gamma di eventi avversi per la salute. Pertanto, la loro condizione può essere meglio caratterizzata come una sindrome post-ospedaliera, una condizione acquisita di vulnerabilità. Questa teoria suggerirebbe che i rischi, nel periodo critico di 30 giorni dopo la dimissione, potrebbero derivare più dallo stress allostatico che le persone sperimentano in ospedale, che dagli effetti persistenti della malattia acuta (Krumholz H. M, 2013).

Durante il ricovero, i soggetti sono comunemente privati del sonno, sperimentano l'interruzione dei normali ritmi circadiani, sono nutriti male, hanno dolore e altri disagi, affrontano una serie sconcertante di situazioni mentalmente difficili, ricevono farmaci che possono alterare la cognizione e la funzione fisica e diventano decondizionati dal riposo a letto o dall'inattività. Ognuna di queste perturbazioni può influire negativamente sulla salute e contribuire a sostanziali menomazioni durante il periodo di recupero precoce, incapacità di respingere la malattia e suscettibilità in campo di salute mentale.

Per molte persone, l'esperienza psicologica di essere trattati per un evento patologico acuto è un'esperienza spaventosa e stressante associata a esiti psicologici e di salute avversi a breve e lungo termine. Mentre i medici, già nelle epoche passate, avevano osservato che gli individui trattati per malattie acute spesso soffrivano di livelli significativi di costrizione psicologica, solo negli ultimi due decenni si è assistito ad un aumento di ricerche sulle conseguenze a breve e lungo termine di tale stress e sulle variabili che possono influenzarlo.

Ad esempio, quasi 1 su 8 sopravvissuti a un evento di sindrome coronarica acuta sviluppa sintomi tipici di disturbo post traumatico da stress, con un'incidenza simile a quella

osservata nei sopravvissuti ad altre condizioni potenzialmente letali come ictus e traumi fisici. L'esperienza di un evento acuto potenzialmente letale è stressante, in sé per sé, ma ci sono prove che aspetti degli ambienti clinici in cui questi eventi sono gestiti possono essi stessi esacerbare i risultati psicologici dei soggetti. Questo ci introduce ad un modello di stress nosocomiale, proponendo che gli effetti della malattia acuta e le variabili psicosociali del ricovero, insieme, contribuiscano a un periodo unico di vulnerabilità bio-psico-sociale (Chang BP, 2019).

2.2 LA TERAPIA INTENSIVA

I sopravvissuti alla terapia intensiva sono noti per essere ad aumentato rischio di sviluppare problemi di psicopatologia a lungo termine (Hatch R et al., 2018).

Negli ultimi anni le possibilità di sopravvivere alle malattie critiche sono notevolmente aumentate grazie ai rapidi progressi e all'evoluzione che hanno interessato la medicina, ma soprattutto le cure intensive. È noto, però, come vi siano delle sequele che accompagnano l'individuo dal momento della dimissione dal reparto e si protraggano anche a distanza di mesi ed anni. Ne deriva che tra gli esiti auspicabili da una degenza in Terapia Intensiva non si deve includere soltanto la sopravvivenza e la prevenzione delle varie conseguenze patologiche, ma anche la qualità della vita successiva, secondo un modello bio-psico-sociale (Wallen K et al., 2008).

Le conseguenze psichiatriche, come il PTSD, non sono sorprendenti, dato che l'esperienza di essere ricoverati in Rianimazione è spesso isolante, spaventosa e disumanizzante. Anche l'esposizione ripetitiva al dolore fisico e al disagio è frequente, così come una sensazione generale di disorientamento e confusione che deriva da sedazione prolungata o delirio (Smith S et al., 2022).

Tre revisioni sistematiche di 24 studi di coorte su sopravvissuti alla Terapia Intensiva generale e alla sindrome da distress respiratorio acuto hanno rilevato che il 22% degli individui (n = 1.104) sopravvissuti a malattie critiche hanno sviluppato sintomi da PTSD. Questo disturbo sviluppato a seguito di malattie critiche è un importante problema di salute pubblica poiché associato ad un aumento del carico fisico dei sintomi, esiti medici

avversi e aumento dei costi sanitari, nonché può compromettere la capacità degli individui di partecipare alla riabilitazione post-rianimazione, che spesso si prolunga, promuovendo così un aumento di disabilità. Oltre due quinti dei soggetti con sintomi di disturbo post traumatico da stress a 12 mesi dalla dimissione, hanno riferito che questi sintomi erano correlati a ricordi di eventi in Terapia Intensiva (Davydow, D. S. et al., 2013).

Alti livelli di sofferenza degli assistiti prima della dimissione ospedaliera rappresentano un potenziale fattore di rischio per gli esiti avversi a lungo termine per la salute mentale dopo il ricovero, che possono essere modificabili se le persone in difficoltà vengono identificate e ricevono trattamenti basati sull'evidenza precocemente (Nouwen MJ et al., 2012).

Il disturbo post traumatico da stress post-Terapia Intensiva è associato ad una qualità di vita correlata alla salute (HRQoL) sostanzialmente inferiore. Se si affrontasse in modo completo il modo in cui i fattori specifici del soggetto (ad esempio, la psicopatologia pre-ricovero), i fattori di gestione dell'unità di Terapia Intensiva (come la somministrazione di sedativi) e i fattori clinici si relazionano tra loro e con il PTSD, si potrebbero monitorare le esigenze dei soggetti per un intervento precoce e tempestivo (Nouwen MJ et al., 2012).

Alcuni degli assistiti hanno vividi ricordi del ricovero in rianimazione, mentre altri hanno pochi o vaghi ricordi. In molti casi, le persone ricordano con maggior chiarezza le proprie allucinazioni riguardo al ricovero, anche in termini visivi, piuttosto che i fatti concreti che hanno vissuto. Sono ricordate anche sensazioni uditive, gustative, cinestesiche e propriocettive senza che queste siano attribuibili ad eventi o a fenomeni chiari nella coscienza dell'individuo (gli odori pungenti, i rumori delle apparecchiature, i cambi posturali passivi, etc.). Una problematica nel ricostruire il vissuto del ricovero è messa in relazione spesso, dopo la dimissione e durante la convalescenza, a problemi psicologici che possono costituire a lungo termine un ulteriore problema di salute, fino ad arrivare ad una possibile diagnosi di Disturbo post traumatico da stress (Nouwen MJ et al., 2012).

Alcuni autori hanno segnalato che i metodi che aiutano l'assistito a recuperare il proprio patrimonio di ricordi reali, come la compilazione di diari da parte degli infermieri e dei familiari, riducono significativamente l'incidenza di PTSD a distanza (Jones C et al., 2010).

Sul diario di ciascuna persona vengono annotate informazioni cliniche, ma soprattutto, dettagli del ricovero sotto il profilo relazionale come le visite ricevute, i passatempi, etc., accompagnate da immagini fotografiche delle varie fasi della degenza, con la finalità di aiutare, in fase di guarigione e dopo la dimissione, il soggetto a recuperare il proprio patrimonio dei ricordi reali. La presenza di un familiare, inoltre, potrebbe avere non solo la funzione di limitare l'angoscia della persona per il prezioso supporto psicologico, ma probabilmente consentirebbe anche di facilitare l'immagazzinamento di ricordi veri, lasciando meno spazio a quelli illusori. I racconti dei visitatori, infatti, potrebbero assumere la preziosa funzione di mantenere aggiornato l'assistito sulle vicende familiari, lavorative e generali, evitando il rischio del disorientamento temporale. Le notizie ricevute potrebbero costituire, analogamente ai diari, uno straordinario ausilio per la ricostruzione della storia del ricovero in Terapia Intensiva. È stato osservato che un supporto psicologico precoce, messo in atto quindi già nel corso del ricovero, determina una significativa riduzione dei disturbi psichiatrici a distanza (Peris A et al., 2011).

2.3 IL COVID-19

Nel dicembre 2019, un nuovo Coronavirus che causa la malattia COVID-19 è emerso a Wuhan, in Cina, diffondendosi poi in tutto il mondo, portando ad una pandemia globale. I sintomi clinici di COVID-19 vanno da lievi sintomi simil-influenzali alla sindrome da distress respiratorio acuto (Beck K. et al., 2021).

Questa pandemia ha anche affrontato varie rigide misure di salute pubblica per limitare la trasmissione, come l'uso regolare di mascherine all'aperto e al chiuso, mantenimento del distanziamento interpersonale, lavaggio delle mani frequente e introducendo una campagna vaccinale mondiale. Rigorose misure di blocco sono state implementate in vari paesi a livello globale, coprifuoco, chiusura della maggior parte delle attività e alla popolazione è stato consigliato di svolgere la propria attività lavorativa in smart working (Organizzazione mondiale della sanità 2021).

Molte persone hanno anche perso il lavoro in questo periodo. Gli individui che sono stati infettati hanno dovuto isolarsi dagli altri, mentre per i loro contatti era prevista una quarantena per evitare la trasmissione della malattia. Ciò ha anche portato ad un aumento

dello stigma nella società. Tutti questi fattori hanno aumentato le morbilità psicologiche nella popolazione generale, a causa della malattia, dello stigma sociale, delle degenze ospedaliere prolungate, della perdita economica, ecc. Alcuni soggetti con COVID-19 hanno sviluppato un'infezione grave e hanno richiesto il ricovero in terapia intensiva durante il trattamento. Di conseguenza, è aumentato il rischio di poter sviluppare una condizione di Disturbo post traumatico da stress. Quindi è stata condotta una revisione sistematica e meta-analisi per stimare la prevalenza di PTSD tra i casi gravi di COVID-19. Il rischio di una maggiore prevalenza di PTSD è stato osservato anche nelle precedenti pandemie, rendendo il suo verificarsi durante questa pandemia altamente spiegabile (Yuan et al., 2021).

La paura della morte potrebbe essere, tra i diversi motivi, responsabile del PTSD tra questi individui. Anche la morte di qualsiasi parente stretto della famiglia può portare al verificarsi di questo disturbo. Pertanto, è necessario comprendere la prevalenza di PTSD tra queste persone per evidenziare la sua importanza in ogni aspetto della salute, prestando maggior attenzione durante il ricovero. La revisione ha mostrato che il 16% dei soggetti affetti da COVID-19 grave, a livello globale, sviluppava PTSD. Una meta-analisi sui sopravvissuti ricoverati in terapia intensiva con infezione da SARS e MERS ha rivelato che circa il 39% di loro aveva sofferto di PTSD, potrebbero essere molte le ragioni per tali differenze nella prevalenza tra questi studi. Tuttavia, alcune ragioni critiche erano una più alta letalità e una minor diffusione epidemica della SARS e della MERS rispetto a COVID-19 (Nagarajan R. et al., 2022).

In un altro studio è emerso che al follow-up dopo 12 mesi dalla dimissione, il 12,7% (n = 14) del campione (n=109) ha ricevuto una diagnosi di PTSD basata su PCL-5 (Post-Traumatic Stress Disorder CheckList). Un totale di n = 26 soggetti ha ricevuto una diagnosi di PTSD basata su PCL-5 ad un certo punto durante il follow-up, per una prevalenza totale nel periodo del 23,9%. Inoltre, la prevalenza ha raggiunto il picco a sei mesi ed è andata poi diminuendo. Il disturbo post traumatico da stress dopo il ricovero in ospedale per COVID-19 è comune. Fattori demografici, sociali, clinici e psicologici sono stati evidenziati come fattori di rischio per l'insorgenza di PTSD, traiettorie e decorsi clinici. Le prove attuali potrebbero aiutare gli operatori sanitari a identificare i casi a rischio di disturbo cronico al fine di indirizzare meglio gli sforzi di screening e terapia.

Infine, il trattamento è stato associato a una diminuzione della prevalenza di PTSD e dovrebbe essere proposto ai soggetti a rischio dopo il ricovero. (Serra R. et al., 2022).

2.4 SCREENING E PREVENZIONE

La ricerca sta provando a dare delle risposte in questo campo che siano preventive ed efficaci, permettendo di intervenire tempestivamente evitando la cronicità del disturbo post traumatico da stress.

Diversi autori hanno condotto i propri studi, esaminando dei metodi di screening che possano essere somministrati alle persone ricoverate in seguito ad un trauma. In particolare, in un'indagine pubblicata nel 2013, si mira alla previsione del rischio di disturbo post-traumatico da stress (PTSD), tra i sopravvissuti a traumi da lesione che sono stati ospedalizzati, sviluppando uno strumento di screening automatizzato derivato da elementi di dati disponibili nella cartella clinica elettronica (Russo J. Et al., 2013).

Dieci elementi di dati estrapolati dalle cartelle cliniche hanno contribuito al modello ottimale di previsione del rischio di PTSD, tra cui: diagnosi di PTSD ICD-9-CM o altra diagnosi psichiatrica ICD-9-CM, diagnosi di uso di sostanze ICD-9-CM o alcol nel sangue positivo al momento dell'ammissione, uso di tabacco, genere femminile, etnia non bianca, copertura assicurativa o non assicurato, civile o veterano, danno intenzionale identificato con codice E (aggressioni, colpi di arma da fuoco, accoltellamenti) o non intenzionale (incidenti automobilistici, cadute), ammissione all'unità di terapia intensiva e documentazione clinica di eventuali precedenti visite al centro traumatologico. I risultati dello studio suggeriscono che lo screening automatizzato può essere utilizzato per valutare in modo efficiente i sopravvissuti alle lesioni a rischio di sviluppo di PTSD. Le procedure automatizzate potrebbero essere combinate con protocolli di intervento precoci, per ridurre al minimo le sequele del trauma e diminuire il rischio di disturbo post traumatico da stress (Russo J. Et al., 2013).

Altri sistemi di screening sono la scala SPAN (Startle, Physiological arousal, Anger, Numbness), la TSQ (Trauma Screening Questionnaire) che contiene 10 item, la IES-R (Impact of Event Scale – Revised) con 22 item (Mouthaan J. et al., 2014).

Infine, tra le scale riguardanti PTSD troviamo la PCL-5, che va a valutare i sintomi contenuti nel DSM 5 con 20 item, e viene utilizzata principalmente per tre scopi: monitoraggio del cambiamento dei sintomi durante e dopo il trattamento, screening di individui a rischio e per diagnosi provvisorie (Weathers F. W. et al., 2018).

L'American College of Surgeons Committee on Trauma riferisce che lo screening precoce e un intervento tempestivo hanno il potenziale per migliorare i risultati delle persone a rischio e che ulteriori studi sullo screening e l'intervento per il PTSD sarebbero utili (Manser S. S. et al., 2018).

Gli attuali approcci alla prevenzione del disturbo post traumatico da stress abbracciano una varietà di categorie psicologiche e farmacologiche, che possono essere suddivise in tre sottogruppi: prevenzione primaria (prima dell'evento traumatico, compresa la prevenzione dell'evento stesso), prevenzione secondaria (tra l'evento traumatico e lo sviluppo di PTSD) e prevenzione terziaria (dopo che i primi sintomi di PTSD diventano evidenti). La prevenzione secondaria e terziaria del PTSD ha metodi abbondanti, tra cui diverse forme di debriefing, trattamenti per il disturbo da stress acuto (ASD) o PTSD acuto e strategie di intervento mirate. Mentre, il processo di prevenzione primaria è ancora agli inizi e deve affrontare diverse sfide. Sulla base delle attuali ricerche sulla prevenzione primaria della patologia post-trauma, esistono interventi psicologici per particolari gruppi o individui (ad esempio, personale militare, vigili del fuoco, ecc.) con un alto rischio di esposizione a eventi traumatici. Tra gli studi che hanno riportato possibili effetti di prevenzione psicologica, l'allenamento includeva generalmente una componente psicoeducativa e una componente basata sulle abilità relative alle risposte allo stress, alle tecniche di riduzione dell'ansia e di rilassamento, alle strategie di coping e all'identificazione di pensieri, emozioni e tensioni corporee, alla scelta di come controllare e regolare le emozioni. Tuttavia, l'efficienza di questi corsi di formazione non è stata ancora valutata a causa della mancanza di studi di alto livello basati sull'evidenza (Miao X. R. et al., 2018).

In uno studio (Rothbaum B. O. et al., 2012) 137 soggetti sono stati assegnati in modo casuale a ricevere 3 sessioni di un intervento precoce a partire dal pronto soccorso rispetto a un gruppo di controllo di sola valutazione. Le reazioni da stress post-traumatico (PTSR) sono state valutate a 4 e 12 settimane dopo l'evento. L'intervento consisteva in

un'esposizione prolungata (EP) modificata, compresa l'esposizione immaginale alla memoria del trauma, l'elaborazione di materiale traumatico e i compiti a casa di esposizione in vivo e immaginale. I partecipanti hanno riportato un PTSR significativamente inferiore rispetto al gruppo di valutazione a 4 settimane e a 12 settimane. La terapia di esposizione è teorizzata per ridurre i sintomi del PTSD promuovendo l'attivazione e l'assuefazione delle reazioni di paura condizionate attraverso i ricordi traumatici, consentendo al contempo l'integrazione di informazioni correttive riguardanti il trauma. Sebbene possano essere coinvolti diversi meccanismi, si suggerisce che l'intervento di EP modificato qui presentato possa essere in grado di prevenire lo sviluppo di PTSD attraverso meccanismi che incoraggiano la memoria del trauma e fornendo un'opportunità per l'assuefazione alla paura e l'elaborazione di cognizioni inutili, modificando così la memoria prima che sia consolidata. Questo è il primo intervento comportamentale consegnato immediatamente dopo il trauma che ha dimostrato di essere efficace nel ridurre il PTSR (Rothbaum B. O. et al., 2012).

3. LA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

3.1 IL PROCESSO DI NURSING

Tra le abilità dell'infermiere troviamo il processo assistenziale che inizia dall'incontro tra due o più persone, ognuna delle quali è in possesso di alcuni elementi del processo stesso. Si prendono in considerazione le capacità e le risorse di ognuno in quel dato momento. Il processo di assistenza infermieristica mira a sostenere il cambiamento in positivo dello stato di salute dell'individuo.

Il processo di nursing è una metodologia attraverso la quale vengono identificati, prevenuti e trattati problemi di salute che possono essere attuali o di rischio, inoltre si evidenziano i punti di forza della persona e si promuove il suo benessere. Questo consiste in una serie di comportamenti atti a raggiungere dei risultati. Viene suddiviso in diverse fasi:

- accertamento (raccolta dati)
- diagnosi infermieristica
- pianificazione (priorità, risultati prefissati, criteri di risultato, interventi)
- attuazione degli interventi scelti
- valutazione dei risultati attesi

L'accertamento è una “deliberata e sistematica raccolta dati (soggettivi e oggettivi) volta a determinare, sia per il passato che per il presente, le condizioni di salute e lo stato funzionale del cliente” (Gordon, 1994). Esistono quattro tipi di accertamento che sono:

- accertamento iniziale, attuato nel momento in cui il soggetto entra nella struttura sanitaria o riceve assistenza domiciliare;
- accertamento mirato, utilizzato per raccogliere dati su un problema già identificato;
- ri-accertamento a distanza, determina lo stato di un problema già identificato;
- accertamento d'emergenza, effettuato in situazioni di pericolo per la vita della persona.

Le fonti per eseguire l'accertamento sono due, la primaria che è rappresentata dal soggetto stesso, e la secondaria che comprende l'interazione con familiari e conoscenti, la

documentazione clinica passata e presente, test di laboratorio e documentazione di altri operatori sanitari. I componenti dell'accertamento sono: osservazione, intervista, intuizione ed esame fisico. Uno dei modelli di accertamento più utilizzato è quello della Gordon che è composto da:

- percezione e di gestione della salute
- nutrizione e metabolismo
- eliminazione
- attività ed esercizio fisico
- riposo e sonno
- cognizione e percezione
- percezione di sé-concetto di sé
- ruoli e relazioni
- sessualità e riproduzione
- coping e tolleranza allo stress
- valori e credenze

I tre linguaggi standard riconosciuti dall'American Nursing Association (ANA) sono:

- le diagnosi elaborate dalla North American Nursing Diagnosis Association (NANDA);
- gli interventi della Nursing Interventions Classification (NIC);
- i risultati della Nursing Outcomes Classification (NOC).

La seconda fase del processo di nursing è quella relativa alla formulazione delle varie diagnosi infermieristiche che l'infermiere, grazie alla sua preparazione ed esperienza, è in grado di individuare (Gordon M., 1982). La diagnosi infermieristica è una risposta umana, reale o probabile, ad una complicanza riguardante la salute che l'infermiere ha la responsabilità di trattare. Esistono diversi tipi di diagnosi infermieristiche, la NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association International) ne propone quattro:

- attuali o reali, condizioni convalidate clinicamente;
- di rischio, soggetti vulnerabili rispetto ad un certo problema;
- di benessere, per la promozione della salute.

- A sindrome: comprende un gruppo di diagnosi infermieristiche reali o potenziali che si presentano contemporaneamente e che possono essere trattate con interventi simili.

Ogni diagnosi infermieristica ci permette di descrivere il problema della persona in maniera precisa e completa (Carpenito, 2006).

Le diagnosi promuovono la responsabilità e l'autonomia della figura infermieristica, facendo emergere che l'infermiere non è un semplice esecutore di prestazioni mediche, ma un professionista che agisce in autonomia nell'ambito della propria attività professionale, identificando i problemi di salute della persona in modo da farne fronte. Essere un professionista richiede competenze sia nel ragionamento clinico sia nell'individuazione delle differenti diagnosi, disporre di un linguaggio univoco è condizione necessaria per poter dare un titolo ai giudizi clinici così da individuare i problemi di salute di pertinenza infermieristica (Gordon, 2009).

Una volta scelte le diagnosi, che sono il punto di partenza, è possibile creare un piano di assistenza nel quale l'infermiere pianifica le attività professionali che sono volte al monitoraggio, alla prevenzione e alla riduzione dei problemi. L'obiettivo della pianificazione è l'utilizzo ottimale delle risorse disponibili al fine di condurre la persona verso i risultati attesi.

La Nursing Outcomes Classification (NOC) stabilisce dei criteri standard di risultato per le persone con specifici problemi di salute, misurati con l'ausilio di una scala likert, che ci permette di valutare come evolve quel determinato problema dalla presa in carico del soggetto, fino alla sua dimissione. I risultati attesi devono essere specifici, realistici e misurabili. Essi ci aiutano, inoltre, per verificare l'efficacia degli interventi infermieristici e decidere quando è necessario integrare o modificare il piano di assistenza. La scala likert utilizzata per i NOC comprende un punteggio che va da 1 a 5, ad esempio da 1= estremamente compromesso a 5= non compromesso; o da 1= mai dimostrato a 5= costantemente dimostrato. In questo modo i risultati NOC possono essere utilizzati per monitorare i progressi maturati dalla persona.

La NIC (Nursing Interventions Classification) è una classificazione standardizzata di trattamenti infermieristici che include una serie di interventi. Sotto ogni intervento sono

elencate diverse azioni infermieristiche che insieme costituiscono un approccio completo al trattamento di una particolare condizione. Non tutte le azioni saranno applicabili a ogni individuo, il giudizio infermieristico determinerà quali azioni attuare. Dall'elenco delle azioni che costituiscono l'intervento standard, l'infermiere, sceglierà delle attività specifiche in modo da personalizzare il piano per quel determinato individuo.

Una volta creato il piano di assistenza, si entra nella fase di applicazione, nella quale vengono attuati gli interventi designati, coinvolgendo la persona, la sua famiglia e l'équipe infermieristica e sanitaria.

L'ultima fase è la valutazione. La valutazione permette di determinare in che misura i risultati sono stati raggiunti, se completamente o parzialmente o per nulla, e in base a questo si decide se concludere o revisionare il piano di cura. La valutazione è dinamica e può essere effettuata diverse volte durante il percorso del soggetto. L'analisi costante del piano di assistenza, attraverso la valutazione, permette la formulazione di feedback che guidano l'infermiere verso una modifica costante degli interventi qualora questi si mostrassero inefficienti.

3.2 PIANO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA PER LA PERSONA OSPEDALIZZATA A RISCHIO PTSD

Il piano assistenziale che ho elaborato è rivolto a tutte le persone che in seguito ad un ricovero ospedaliero sono a rischio di sviluppare disturbo post traumatico da stress. Ho incluso sia diagnosi reali, sia di rischio, tra le prime ho estrapolato quelle diagnosi che possono rappresentare fattori di rischio per lo sviluppo del PTSD, come riportato nella letteratura presente nel capitolo 2.

Questo ha lo scopo di essere un piano semi-standardizzato, essendo importante personalizzare l'assistenza in base alla persona che abbiamo di fronte, vi è la possibilità di modificarlo in base alle esigenze del caso. Per quanto riguarda le diagnosi mi sono servita del manuale "Diagnosi infermieristiche, definizioni e classificazioni 2021-2023" (T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru, 2021). Mentre, per quanto riguarda i risultati e gli interventi ho utilizzato, rispettivamente, "Classificazione NOC dei risultati infermieristici. Misurazione dei risultati di salute" (Sue Moorhead et al., 2020) e

“Classificazione NIC degli interventi infermieristici” (Joanne McCloskey Dochtermann et al., 2020). Prevenire il rischio di un disturbo così invalidante è fondamentale, e siccome tutto inizia dall’assistenza, che si avvale dell’approccio diretto all’assistito, ho cercato di creare un piccolo piano assistenziale come ausilio ad un grande scopo.

3.3 PRIVAZIONE DI SONNO (00096)

Prolungati periodi di tempo senza una duratura, naturale e periodica sospensione dello stato di coscienza relativa che dà riposo.

NOC					
Sonno (0004)	1	2	3	4	5
Ore di sonno	.	.	.	.	.
Qualità del sonno	.	.	.	.	.
Efficacia del sonno (tempo sonno/tempo cercando di dormire)	.	.	.	.	.
Si sente rigenerato dopo il sonno	.	.	.	.	.
Difficoltà a prendere sonno	.	.	.	.	.
Incubi	.	.	.	.	.
Energia psicomotoria (0006)	1	2	3	4	5
Stabilisce affetti appropriati per la situazione	.	.	.	.	.
Manifesta concentrazione	.	.	.	.	.
Manifesta appetito normale	.	.	.	.	.
Manifesta capacità di svolgere attività quotidiane (ADL)	.	.	.	.	.
Manifesta un livello di energia appropriato	.	.	.	.	.
Memoria (0908)	1	2	3	4	5
Ricorda con accuratezza informazioni appena fornite	.	.	.	.	.
Ricorda con accuratezza informazioni recenti	.	.	.	.	.
Ricorda con accuratezza informazioni remote	.	.	.	.	.

NIC

Gestione dell'energia (0180)
Incoraggiare a esprimere a parole le sensazioni relative ai propri limiti
Monitorare la persona per rilevare eccessiva fatigue fisica ed emozionale
Stabilire dei limiti all'iperattività quando questa interferisce con gli altri o con l'assistito
Limitare gli stimoli ambientali (per esempio, luce e rumore) per favorire il rilassamento
Assicurare attività che calmano e distraggono per promuovere il rilassamento
Miglioramento del sonno (1850)
Considerare il regolare ciclo di sonno/veglia della persona nella pianificazione dell'assistenza
Spiegare l'importanza di un periodo adeguato di sonno durante gli stress psicosociali, la malattia ecc.
Monitorare e registrare le cause fisiche e/o psicologiche (paura, ansia) che interrompono il sonno
Aiutare la persona a eliminare le situazioni di stress prima di coricarsi
Regolare gli stimoli ambientali per mantenere un normale ciclo giorno/notte
Facilitazione della meditazione (5960)
Educare la persona a stare tranquillamente seduta in una posizione comoda
Educare la persona a rilassare tutti i muscoli
Aiutare la persona nella scelta di un'espressione da ripetere durante la procedura (per esempio ripetere la parola "uno")
Educare la persona a ripetere a sé stesso in silenzio l'espressione scelta mentre respira attraverso il naso
Proseguire nell'esercizio respiratorio concentrando l'attenzione sull'espressione scelta per tutto il tempo necessario o desiderato
Al termine, insegnare alla persona a rimanere seduta in silenzio e a occhi aperti per qualche minuto
Informare la persona che i pensieri che distraggono possono essere facilmente ignorati tonando con la mente all'espressione che si è deciso di usare

3.4 CONTROLLO DEGLI IMPULSI INEFFICACE (00222)

Uno schema di reazioni rapide, non pianificate, a stimoli interni o esterni senza preoccupazione per le conseguenze negative di queste reazioni sulla persona impulsiva o su altre persone.

NOC

Autocontrollo degli impulsi (1405)	1	2	3	4	5
Identifica i comportamenti impulsivi nocivi
Identifica i sentimenti che portano ad azioni impulsive
Identifica i comportamenti che portano ad azioni impulsive
Identifica le conseguenze per sé o per gli altri delle azioni impulsive
Controlla gli impulsi
Usa il sostegno sociale disponibile
Livello di agitazione (1214)	1	2	3	4	5
Irrequietezza
Frustrazione
Irritabilità
Combattività
Labilità emotiva
Esplosioni verbali
Autocontrollo della rabbia (1410)	1	2	3	4	5
Identifica i primi segnali di rabbia
Identifica le situazioni che fanno precipitare la rabbia
Identifica i fondamenti dei sentimenti di rabbia
Scarica i sentimenti negativi in modo minaccioso
Controlla le manifestazioni fisiche della rabbia

NIC

Sostegno nella gestione del comportamento (4350)
Fissare i limiti insieme all'assistito
Usare un tono di voce basso
Allontanare la sua attenzione da una fonte di agitazione e indirizzarla altrove
Evitare di discutere con l'assistito
Scoraggiare un comportamento passivo-aggressivo
Lodare gli sforzi fatti per autocontrollarsi
Addestramento al controllo degli impulsi (4370)
Scegliere una strategia di problem-solving che sia appropriata al livello di sviluppo e alla funzionalità cognitiva della persona
Aiutare la persona a identificare il problema o la situazione che richiede un'azione ben meditata
Insegnare alla persona a ricordare a sé stessa che deve “fermarsi un momento e pensare” prima di agire impulsivamente
Incoraggiare la persona a darsi lei stessa dei premi per i risultati positivi ottenuti
Fornire modelli che dimostrino le fasi della strategia del problem-solving nel contesto di situazioni significative per la persona
Sostegno nel controllo della collera (4640)
Stabilire un rapporto di fiducia con l'assistito
Adottare un approccio calmo, rassicurante
Incoraggiare l'assistito a chiedere aiuto al personale infermieristico o ad altri idonei professionisti nei periodi di crescente tensione
Educare sui metodi per modulare le esperienze di intensa emozione (per esempio, addestramento all'assertività, tecniche di rilassamento, scrivere un diario, distrazione)
Identificare la funzione che la collera, la frustrazione e la rabbia hanno per l'assistito
Identificare insieme alla persona i benefici provenienti dall'esprimere la collera in modo adattivo e non violento
Insegnare l'uso di misure atte a calmare

3.5 RISCHIO DI SINDROME POST TRAUMATICA (00145)

Suscettibilità a una prolungata risposta non adattiva a un evento traumatico opprimente, che può compromettere la salute.

NOC

Adattamento psicosociale ai cambiamenti della vita (1305)	1	2	3	4	5
Fissa obiettivi realistici	.	.	.	.	.
Mantiene l'autostima	.	.	.	.	.
Esprime ottimismo per il futuro	.	.	.	.	.
Riferisce di sentirsi impotente	.	.	.	.	.
Adotta efficaci strategie di coping	.	.	.	.	.
Convinzioni relative alla salute: percezione delle minacce (1704)	1	2	3	4	5
Percezione di una minaccia alla salute	.	.	.	.	.
Percezione di una malattia o di una lesione	.	.	.	.	.
Percezione che la condizione possa permanere per lungo tempo	.	.	.	.	.
Percezione dell'impatto sullo stile di vita attuale	.	.	.	.	.
Percezione della minaccia di morte	.	.	.	.	.
Controllo dei rischi (1902)	1	2	3	4	5
Identifica i fattori di rischio	.	.	.	.	.
Riconosce la capacità di cambiare comportamento	.	.	.	.	.
Monitorizza i fattori di rischio ambientale	.	.	.	.	.
Sviluppa efficaci strategie di controllo dei rischi	.	.	.	.	.
Partecipa allo screening dei problemi correlati alla salute	.	.	.	.	.
Ricorre ai servizi di assistenza sanitaria rispondenti alle necessità	.	.	.	.	.
Risoluzione del senso di colpa (1310)	1	2	3	4	5
Esprime le cause del senso di colpa	.	.	.	.	.
Identifica i sentimenti del senso di colpa	.	.	.	.	.
Identifica una percezione realistica della causa del senso di colpa	.	.	.	.	.
Verbalizza l'accettazione del senso di colpa	.	.	.	.	.
Adatta la vita ai cambiamenti	.	.	.	.	.

Stato di benessere: psicospirituale (2011)	1	2	3	4	5
Depressione
Paura
Pensieri suicidi
Senso di abbandono spirituale

NIC

Counseling (5240)
Stabilire una relazione terapeutica basata sulla fiducia e il rispetto
Dimostrare empatia, calore e autenticità
Assicurare riservatezza
Incoraggiare l'espressione delle emozioni
Usare tecniche di riflessione e chiarificazione per aiutare la persona a esprimere le proprie preoccupazioni
Scoraggiare la presa di decisioni nei momenti in cui la persona è in condizioni di grave stress, quando è possibile
Chiedere all'assistito/alle altre persone significative di identificare ciò che possono/non possono fare rispetto a quanto sta succedendo
Identificazione dei rischi (6610)
Rivedere la storia e la documentazione clinica per rilevare trattamenti e diagnosi mediche o infermieristiche presenti e passate
Determinare la disponibilità e la qualità delle risorse (per esempio, mediche, economiche, livello di istruzione, famiglia e altri servizi sociali, comunità)
Identificare le abituali strategie di coping
Educare sui fattori di rischio e pianificare per la loro riduzione
Sviluppare le attività di riduzione del rischio
Attivare l'invio degli assistiti a professionisti della salute e/o a strutture, se appropriato

Intervento in caso di crisi (6160)
Garantire un clima di sostegno
Non dare false rassicurazioni
Fornire un rifugio
Determinare se la persona presenta rischi per la sicurezza propria e degli altri
Esortare la persona a esprimere le sue emozioni in modo non distruttivo
Presentare l'assistito a persone (o gruppi) che hanno fatto con successo la stessa esperienza
Potenziamento dei sistemi di sostegno (5440)
Accertare la risposta psicologica alla situazione e la disponibilità di sistemi di sostegno
Determinare l'adeguatezza della rete sociale esistente
Incoraggiare la persona a partecipare alle attività sociali e della comunità
Indirizzare a gruppi di auto-aiuto o a risorse informatiche via internet, se appropriato
Coinvolgere i familiari, le altre persone significative e gli amici nell'assistenza e nella pianificazione

3.6 ANSIA (00146)

Vago senso di disagio o di timore, accompagnato da risposte autonome (di origine spesso non specifica o sconosciuta alla persona); senso di apprensione causato dalla percezione di un pericolo. Rappresenta un segnale che avverte dell'imminenza di un pericolo e permette alla persona di adottare misure idonee ad affrontare la minaccia.

NOC

Livello di ansia (1211)	1	2	3	4	5
Inquietudine
Angoscia
Disagio
Tensione facciale
Difficoltà di concentrazione
Attacchi di panico
Livello di iperattività (0915)	1	2	3	4	5
Disattenzione
Difficoltà nell'ascoltare
Difficoltà con le attività che richiedono uno sforzo mentale prolungato
Comportamento motorio eccessivo
Difficoltà a tenere a posto le mani
Livello di delirio (0916)	1	2	3	4	5
Disorientamento temporale
Disorientamento spaziale
Compromissione della capacità cognitiva
Alterazione del livello di coscienza
Allucinazioni
Illusioni

Autocontrollo dell'ansia (1402)	1	2	3	4	5
Controlla l'intensità dell'ansia
Riduce gli stimoli ambientali quando è ansioso
Pianifica strategie di coping per situazioni stressanti
Mantiene le relazioni sociali
Controlla la risposta all'ansia

NIC

Miglioramento del coping (5230)
Valutare l'impatto della situazione di vita della persona sui suoi ruoli e le sue relazioni
Incoraggiare la persona a identificare una descrizione realistica dei cambiamenti di ruolo
Valutare e discutere di risposte alternative alla situazione
Assicurare un'atmosfera di accoglienza
Aiutare la persona a fare una valutazione oggettiva degli eventi
Incoraggiarla ad acquisire una graduale padronanza della situazione
Esplorare insieme all'assistito i metodi che ha adottato in precedenza per affrontare i problemi della vita
Riduzione dell'ansia (5820)
Stare vicino alla persona per promuovere la sicurezza e ridurre la paura
Spiegare tutte le procedure, comprese le sensazioni che è probabile provare
Ascoltare con attenzione
Rilevare i cambiamenti del livello di ansia
Assicurare attività orientate alla riduzione della tensione
Fornire informazioni concrete relativamente alla diagnosi, al trattamento e alla prognosi

Guida preventiva alle situazioni critiche (5210)
Aiutare la persona a identificare una possibile imminente crisi relativa allo sviluppo e/o situazionale e gli effetti che questa può avere sulla sua vita e su quella familiare
Aiutare la persona a decidere come il problema sarà risolto
Suggerire alla persona libri e materiali in formato elettronico da leggere, se appropriato
Fissare ulteriori incontri per l'assistito che abbia difficoltà o preoccupazioni
Includere la famiglia e i compagni, quando possibile

3.7 COPING INEFFICACE (00069)

Modello di valutazione inefficace dei fattori di stress mediante sforzi cognitivi e/o comportamentali, che non riesce a gestire le richieste relative al benessere.

NOC

Coping (1302)	1	2	3	4	5
Individua modello di coping efficace
Manifesta senso di controllo
Riferisce una diminuzione dello stress
Esprime accettazione della situazione
Usa sistemi di sostegno personali
Evita inutili situazioni stressanti
Cerca e ottiene l'assistenza di un professionista della salute
Riporta un aumento del benessere psicologico
Livello di stress (1212)	1	2	3	4	5
Aumento della tensione muscolare nel collo, spalle e/o schiena
Pressione arteriosa elevata
Dolori di stomaco
Scoppi emotivi
Episodi di flashback
Dissociazione

NIC

Sostegno nella modifica del comportamento (4360)
Determinare la motivazione della persona al cambiamento
Aiutare la persona a identificare i suoi punti di forza e potenziarli
Assicurarsi che l'intervento si attua in modo coerente da tutto il personale
Sviluppare un programma per il cambiamento del comportamento
Facilitare il coinvolgimento dei familiari nel processo di modifica, se appropriato
Offrire rinforzi positivi alle decisioni che la persona ha preso in maniera indipendente

3.8 NEGAZIONE INEFFICACE (00072)

Tentativo conscio o inconscio di rifiutare la conoscenza o il significato di un evento allo scopo di ridurre l'ansia/paura, ma a danno della salute.

NOC

Livello di paura (1210)	1	2	3	4	5
Tendenza a incolpare gli altri
Mancanza di fiducia in sé stessi
Scoppi di rabbia
Percezione di inadeguatezza nelle relazioni interpersonali
Coinvolgimento eccessivo negli eventi della vita
Pensiero assorbito dalla causa della paura
Terrore
Accettazione del proprio stato di salute (1300)	1	2	3	4	5
Abbandona il precedente concetto di salute personale
Dimostra un positivo riguardo per sé stesso
Mantiene le relazioni
Esprime pace interiore
Dimostra resilienza
Affronta la situazione relativa alla salute
Chiarisce i valori personali
Apprezza il concetto della vita degna di essere vissuta

NIC

Orientamento alla realtà (4820)
Chiamare l'assistito con il suo nome o cognome quando si inizia un'interazione
Evitare di provocare frustrazione nell'assistito con domande che superano le sue capacità
Informare l'assistito su persone, luoghi e tempo, se necessario
Impegnare la persona in attività concrete "qui e ora" che si concentrano su qualcosa di esterno a lei, qualcosa di concreto e orientato nella realtà
Incoraggiare l'uso di ausili che accrescono l'input sensoriale (per esempio, occhiali da vista, apparecchio acustico, dentiera)
Sostegno emozionale (5270)
Discutere con la persona delle esperienze emozionali
Abbracciare o toccare sulla spalla la persona per esprimergli sostegno
Incoraggiare la persona a esprimere l'ansia, la collera o la tristezza
Rimanere accanto alla persona e garantirle rassicurazione e protezione nei periodi di ansia
Miglioramento della sicurezza (5380)
Dedicare tempo all'assistito
Evitare di causare situazioni emotivamente intense
Incoraggiare i familiari a procurare gli oggetti personali di uso comune o di svago dell'assistito
Parlare delle specifiche situazioni o delle persone che vengono vissute come minacciose dall'assistito o dai suoi familiari
Presenza (5340)
Mostrarsi attenti alle tradizioni, ai valori e alle convinzioni della persona
Usare il silenzio quando opportuno
Offrirsi per contattare altre persone di sostegno, se appropriato

3.9 SENSO DI IMPOTENZA (00125)

Esperienza vissuta di mancanza di controllo su una situazione, inclusa la sensazione che le proprie azioni non influiscano in modo significativo sul risultato.

NOC

Convinzioni relative alla salute: percezione del proprio controllo (1702)	1	2	3	4	5
Percezione della responsabilità per le decisioni sulla salute
Ricerca informazioni aggiornate sulla salute
Convinzione che le proprie decisioni controllano i risultati di salute
Volontà di avere un reale desiderio di vivere
Convinzioni relative alla salute: percezione della propria capacità di attività (1701)	1	2	3	4	5
Percezione che il comportamento inerente alla salute richiede uno sforzo ragionevole
Percezione della probabilità di continuare nel tempo il comportamento inerente la salute
Fiducia nella capacità di attuare comportamenti inerenti la salute
Livello di depressione (1208)	1	2	3	4	5
Umore depresso
Perdita di interesse nelle attività
Eventi negativi della vita
Inappropriato senso di colpa
Disperazione
Crisi di pianto
Mancanza di spontaneità
Scarsa igiene e ordine personali

Sostegno al processo decisionale (5250)
Determinare se vi siano differenze tra la visione della propria condizione che ha la persona e quella che ne hanno i professionisti della salute
Aiutare la persona a chiarire valori e attese che possono sostenerla nel compiere scelte di vita critiche
Rispettare il diritto della persona di ricevere o non ricevere informazioni
Fare da collegamento tra l'assistito e gli altri professionisti della salute
Miglioramento dell'autoefficacia (5395)
Analizzare la percezione personale delle proprie capacità di realizzare il comportamento desiderato
Analizzare la percezione personale sui benefici del comportamento desiderato
Fornire un ambiente supportivo per apprendere le conoscenze e le abilità necessarie a sostenere il proprio comportamento
Preparare la persona agli stati fisiologici ed emotivi che può sperimentare durante gli sforzi iniziali per adottare un nuovo comportamento
Condivisione degli obiettivi (4410)
Incoraggiare l'identificazione di specifici valori nella vita
Incoraggiare la persona a identificare le proprie risorse e abilità
Aiutare la persona nell'identificazione di obiettivi realistici e raggiungibili
Preparare risultati in termini comportamentali da utilizzare per misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi
Pianificare insieme alla persona le date per la periodica revisione dei progressi nella direzione del conseguimento degli obiettivi

3.10 RISCHIO DI RESILIENZA COMPROMESSA (00211)

Suscettibilità a una diminuzione della capacità di recupero da situazioni percepite come avverse o in cambiamento, attraverso un processo dinamico di adattamento, che può compromettere la salute.

NOC

Resilienza personale (1309)	1	2	3	4	5
Esprime un punto di vista positivo
Adotta efficaci strategie di coping
Esprime le proprie emozioni
Chiarisce le comunicazioni ambigue
Dimostra un umore positivo
Si assume la responsabilità delle proprie azioni
Si adatta alle avversità considerandole sfide
Speranza (1201)	1	2	3	4	5
Dichiara attese di un futuro positivo
Riferisce le ragioni per cui vivere
Esprime il senso della vita
Esprime fiducia in sé
Si pone degli obiettivi
Adattamento psicosociale ai cambiamenti della vita (1305)	1	2	3	4	5
Mantiene la produttività
Riferisce di sentirsi utile
Partecipa ad attività di svago
Esprime soddisfazione per le condizioni di vita
Riferisce di sentirsi socialmente coinvolto

NIC

Promozione della resilienza (8340)
Facilitare la coesione familiare
Esortare la famiglia a valorizzare i risultati
Incoraggiare comportamenti positivi di ricerca della salute
Ispirare speranza (5310)
Dimostrare speranza riconoscendo il valore intrinseco della persona e mostrando di considerare la malattia solo come un aspetto della sua persona
Insegnare a riconoscere la realtà mediante l'esame della situazione e l'elaborazione di piani di contingenza
Facilitare il rivivere e l'assaporare risultati ed esperienze passati da parte della persona /dei familiari
Coinvolgere attivamente la persona nella cura di sé
Facilitazione dell'elaborazione del senso di colpa (5300)
Guidare la persona/i suoi familiari nell'identificazione dei sentimenti dolorosi propri del senso di colpa
Aiutare la persona/i suoi familiari a comprendere che il senso di colpa è una reazione comune a traumi, abuso, lutto, malattie fatali o incidenti
Inviare la persona/i suoi familiari a gruppi di sostegno e di educazione appropriati per trauma, abusi, caregiver o sopravvissuti
Insegnare alla persona a utilizzare tecniche di interruzione del pensiero e di sostituzione del pensiero, insieme al rilassamento muscolare volontario, quando pensieri persistenti e continui di colpa si presentano alla mente

3.11 SOVRACCARICO PSICOFISICO DA STRESS (00177)

Stimoli eccessivi, per quantità e tipologia, che richiedono di agire.

NOC

Autocontrollo dei comportamenti di abuso (1400)	1	2	3	4	5
Ottiene i trattamenti necessari
Partecipa al regime di trattamento richiesto
Parla del comportamento violento
Usa meccanismi alternativi di coping per far fronte allo stress
Capacità decisionale (0906)	1	2	3	4	5
Identifica le informazioni importanti
Identifica le alternative
Identifica le risorse necessarie a sostegno di ciascuna alternativa
Riconosce il contesto sociale della situazione

NIC

Rilassamento muscolare progressivo (1460)
Scegliere un ambiente tranquillo e confortevole
Far sedere la persona sulla poltrona o, comunque, fare in modo che stia comoda
Far contrarre alla persona per 5-10 secondi ciascuno degli 8-16 gruppi muscolari principali
Educare la persona a concentrarsi sulle sensazioni avvertite a livello dei muscoli quando questi sono rilassati
Insegnare alla persona a fare dei respiri profondi e poi a fare uscire lentamente il respiro e la tensione
Sviluppare un modello personale di rilassamento che aiuti l'assistito a concentrarsi e a sentirsi a proprio agio

Terapia di rilassamento (6040)
Descrivere la base razionale del rilassamento, i benefici, i limiti e le modalità di rilassamento (per esempio, musicoterapia, meditazione e rilassamento muscolare progressivo)
Determinare se qualcuno degli interventi di rilassamento precedenti si è rivelato utile
Stimolare comportamenti che contribuiscono a rilassare, quali il respiro profondo, lo sbadiglio, il respiro addominale e l'immaginazione
Insegnare alla persona a rilassarsi e permettere l'affioramento delle sensazioni
Gruppo di sostegno (5430)
Determinare il livello e l'appropriatezza dei sistemi di sostegno disponibili per l'assistito
Usare un gruppo di sostegno durante le fasi di transizione per aiutare la persona ad adeguarsi a un nuovo stile di vita
Scegliere persone che possono contribuire e beneficiare dell'interazione del gruppo
Incoraggiare l'espressione e la condivisione delle esperienze
Enfatizzare l'importanza del coping attivo

3.12 COINVOLGIMENTO IN ATTIVITÀ DIVERSE RIDOTTO (00097)

Riduzione della stimolazione, dell'interesse o della partecipazione ad attività ricreative o di svago.

NOC

Partecipazione ad attività di svago (1604)	1	2	3	4	5
Partecipa alle attività extra-lavorative
Partecipa ad attività di svago che richiedono un forte impegno fisico
Seleziona attività di svago interessanti
Usa appropriate abilità di interazione sociale
Si sente rilassato grazie alle attività di svago
Coinvolgimento sociale (1503)	1	2	3	4	5
Interagisce con gli amici
Interagisce con i familiari
Interagisce con i colleghi di lavoro
Partecipa a sport di squadra
Partecipa come volontario

Svolgimento di attività terapeutiche (4310)
Collaborare con i fisioterapisti, i terapisti occupazionali e altri operatori nella preparazione e nel monitoraggio di un programma di attività appropriato
Determinare l'impegno della persona nell'aumento della frequenza e/o estensione dell'attività
Aiutare l'assistito nella scelta delle attività e nel raggiungimento dei risultati collegati alle abilità fisiche, psicologiche e sociali
Aiutare l'assistito a identificare le attività significative
Predisporre attività che tendono ad aumentare la durata dell'attenzione
Musicoterapia (4400)
Determinare l'interesse della persona nei confronti della musica
Identificare le preferenze musicali della persona
Mettere a disposizione della persona cassette/CD e l'apparecchiatura necessaria per ascoltare la musica
Assicurarsi che il volume sia adeguato e non troppo alto
Terapia ricreativa (5360)
Coinvolgere la persona nella pianificazione delle attività ricreative
Aiutare la persona nella scelta di attività ricreative che siano in accordo con le sue capacità fisiche, psicologiche e sociali
Fornire assistenza per l'ottenimento delle risorse richieste dall'attività ricreativa
Procurare attività ricreative che abbiano lo scopo di ridurre l'ansia (per esempio, giocare a carte o a tombola)

CONCLUSIONI

Tutti i concetti espressi in questa tesi testimoniano una crescente attenzione nel corso degli anni verso il disturbo post traumatico da stress, e al peso che il ricovero può avere sullo sviluppo del disturbo, nonché alla prevenzione e agli strumenti di screening che sono stati creati per diminuire il rischio di PTSD. L'individuazione precoce di un disturbo così complesso, però, incontra diversi ostacoli, tra i quali spicca l'aspetto temporale, in quanto l'insorgenza di PTSD può essere tardiva, e andare al di fuori del periodo in cui la persona è ricoverata. A volte questo può insorgere diverso tempo dopo la dimissione ospedaliera, e ciò rappresenta un limite per la prevenzione, e per l'utilizzo del piano assistenziale delineato nell'elaborato.

Lo scopo della tesi è quello di fornire uno strumento di pronto utilizzo, il piano di assistenza semi-standardizzato, all'infermiere, per far fronte ad un'assistenza complessa in cui la parte psicologica ha un peso preponderante. Il trauma entra senza chiedere permesso, qualcuno lo accoglie dopo un po' di tempo, qualcun altro dopo un lasso di tempo più importante e qualcun altro ancora non riesce a sopportarlo, a tal punto che si rifugia in un angolino della propria casa (la mente) lasciando che esso diventi il principale inquilino.

L'utilizzo di un piano di assistenza ci permette di arrivare all'assistenza infermieristica in maniera scientifica e sistematica e ci consente di avere una visione olistica della persona a 360°, tenendo in considerazione tutte le sfere della persona, che vanno al di là dell'aspetto clinico, evitando di cadere nel missing care, le cure mancate. Avvalendoci dei piani infermieristici è possibile catturare altri bisogni di assistenza, altre risposte della persona, che sono degli obiettivi fondamentali per l'assistenza infermieristica.

“Tutte le emozioni, anche quelle che vengono soppresse e inesprese, hanno effetti fisici. Le emozioni inesprese tendono a rimanere nel corpo come bombe a orologeria e nel loro piccolo ticchettio sono malattie in incubazione.” (Marilyn Van Derbur, fondatrice dell'American Coalition for Abuse Awareness e One Voice)

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (5a Ed.): DSM-5. Trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2014.

Beck, K., Vincent, A., Becker, C., Keller, A., Cam, H., Schaefer, R., Reinhardt, T., Sutter, R., Tisljar, K., Bassetti, S., Schuetz, P., & Hunziker, S. (2021). Prevalence and factors associated with psychological burden in COVID-19 patients and their relatives: A prospective observational cohort study. *PloS one*, 16(5), e0250590. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250590>

Carpenito, L. J. (2006). Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica. Terza edizione. Milano: Ambrosiana.

Chang B. P. (2019). Can hospitalization be hazardous to your health? A nosocomial based stress model for hospitalization. *General hospital psychiatry*, 60, 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.07.014>

Davydow, D. S., Gifford, J. M., Desai, S. V., Needham, D. M., & Bienvenu, O. J. (2008). Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *General hospital psychiatry*, 30(5), 421–434. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.05.006>

Davydow, D. S., Zatzick, D., Hough, C. L., & Katon, W. J. (2013). A longitudinal investigation of posttraumatic stress and depressive symptoms over the course of the year following medical-surgical intensive care unit admission. *General hospital psychiatry*, 35(3), 226–232. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.12.005>

DSM-5 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington: American Psychiatric Publishing 2013.

Goldsmith Turow R. (2017). Mindfulness skills for trauma and ptsd. Practices for recovery and resilience. New York: w.w. Norton & Company

Gordon M. (1982). Nursing Diagnosis: Process and Application. McGraw Hill.

Gordon, M. (2009). Diagnosi infermieristiche. Processo e applicazioni. Milano: Ambrosiana.

Hatch, R., Young, D., Barber, V., Griffiths, J., Harrison, D. A., & Watkinson, P. (2018). Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: a UK-wide prospective cohort study. *Critical care (London, England)*, 22(1), 310. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2223-6>

Joanne McCloskey Dochtermann, H. K. Butcher, G.M. Bulechek, C. Wagner, L.A. Rigon (2020). Classificazione NIC degli interventi infermieristici. Editore C.E.A.

Jones, C., Bäckman, C., Capuzzo, M., Egerod, I., Flaatten, H., Granja, C., Rylander, C., Griffiths, R. D., & RACHEL group (2010). Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. *Critical care (London, England)*, 14(5), R168. <https://doi.org/10.1186/cc9260>

Kabat-Zinn J. (2010), Vivere momento per momento. Sconfiggere lo stress e il dolore, l'ansia e la malattia, con la saggezza del corpo e della mente. Milano: TEA edizioni

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>

Krumholz H. M. (2013). Post-hospital syndrome--an acquired, transient condition of generalized risk. *The New England journal of medicine*, 368(2), 100–102. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1212324>

Liu, H., Petukhova, M. V., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., Bromet, E. J., de Girolamo, G., Haro, J. M., Hinkov, H., Kawakami, N., Koenen, K. C., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Medina-Mora, M. E., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Piazza, M., Posada-Villa, J., Scott, K. M., ... World Health Organization World Mental Health Survey Collaborators (2017). Association of DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder With Traumatic Experience Type and History in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA psychiatry*, 74(3), 270–281. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3783>

Manser, S. S., Houck, K., Kramer, M. D., Tabas, I. A., Brown, C., & Coopwood, B. (2018). Do screening and a randomized brief intervention at a Level 1 trauma center impact acute stress reactions to prevent later development of posttraumatic stress disorder? *The journal of trauma and acute care surgery*, 85(3), 466–475. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000001977>

Miao, X. R., Chen, Q. B., Wei, K., Tao, K. M., & Lu, Z. J. (2018). Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention. *Military Medical Research*, 5(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s40779-018-0179-0>

Mouthaan, J., Sijbrandij, M., Reitsma, J. B., Gersons, B. P., & Olf, M. (2014). Confronto degli strumenti di screening per prevedere il disturbo da stress post-traumatico. *PloS uno*, 9(5), e97183. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097183>

Nagarajan, R., Krishnamoorthy, Y., Basavarachar, V., & Dakshinamoorthy, R. (2022). Prevalence of post-traumatic stress disorder among survivors of severe COVID-19 infections: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 299, 52–59. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.040>

Nouwen, M. J., Klijn, F. A., van den Broek, B. T., & Slooter, A. J. (2012). Emotional consequences of intensive care unit delirium and delusional memories after intensive care unit admission: a systematic review. *Journal of critical care*, 27(2), 199–211. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2011.07.074>

Pavan, A. (2018). Definizione, strumenti di accertamento e prevalenza dei disturbi da stress post traumatico correlati alle cure intensive: revisione narrativa della letteratura | Pavan | Scenario. Ultimo accesso 19 ottobre 2022 <http://scenario.aniarti.it/index.php/scenario/article/view/79/66>

Peris, A., Bonizzoli, M., Iozzelli, D., Migliaccio, M. L., Zagli, G., Bacchereti, A., Debolini, M., Vannini, E., Solaro, M., Balzi, I., Bendoni, E., Bacchi, I., Trevisan, M., Giovannini, V., & Belloni, L. (2011). Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Critical care (London, England)*, 15(1), R41. <https://doi.org/10.1186/cc10003>

Rothbaum, B. O., Kearns, M. C., Price, M., Malcoun, E., Davis, M., Ressler, K. J., Lang, D., & Houry, D. (2012). L'intervento precoce può prevenire lo sviluppo del disturbo da stress post-traumatico: uno studio civile pilota randomizzato con esposizione prolungata modificata. *Psichiatria biologica*, 72(11), 957–963. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.06.002>

Russo, J., Katon, W., & Zatzick, D. (2013). Lo sviluppo di una procedura di screening automatizzato basata sulla popolazione per PTSD in sopravvissuti al trauma ospedalizzato gravemente feriti. *Psichiatria ospedaliera generale*, 35 (5), 485-491. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.04.016>

Schrader, C., & Ross, A. (2021). A Review of PTSD and Current Treatment Strategies. *Missouri medicine*, 118(6), 546–551.

Serra, R., Borrazzo, C., Vassalini, P., Di Nicolantonio, C., Koukopoulos, A. E., Tosato, C., Cherubini, F., Alessandri, F., Ceccarelli, G., Mastroianni, C. M., D'Ettoire, G., & Tarsitani, L. (2022). Post-Traumatic Stress Disorder Trajectories the Year after COVID-19 Hospitalization. *International journal of environmental research and public health*, 19(14), 8452. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148452>

Smith, S., & Rahman, O. (2022). Post Intensive Care Syndrome. In StatPearls. StatPearls Publishing.

[Stress post traumatico - Istituto Superiore di Sanità \(iss.it\)](#) ultimo accesso 19 ottobre 2022

Sue Moorhead, M. Johnson, M. Mass, E. Swanson, L.A. Rigon (2020). Classificazione NOC dei risultati infermieristici. Misurazione dei risultati di salute. Editore C.E.A.

T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru (2021). Diagnosi infermieristiche- definizioni e classificazioni 2021-2023. Nanda International. Editore Zanichelli.

Wallen, K., Chaboyer, W., Thalib, L., & Creedy, D. K. (2008). Symptoms of acute posttraumatic stress disorder after intensive care. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 17(6), 534–544.

Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Keane, T. M., & Marx, B. P. (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological assessment*, 30(3), 383–395. <https://doi.org/10.1037/pas0000486>

Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., Hobfoll, S. E., Koenen, K. C., Neylan, T. C., & Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 1, 15057. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>