



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Spinti al limite.
L'impatto della pandemia da
SARS-CoV-2 sulla salute mentale
della professione infermieristica:
creazione di un piano assistenziale.**

Relatore:
Dott.ssa Silvia Giacomelli

Tesi di Laurea di:
Letizia Scocco

Correlatore:
Dott. Serafin Caneda D'Ambrosi

Anno Accademico 2019-2020

A mia sorella, il mio punto di riferimento.

A te che sei sempre pronta a prendermi per mano nel momento del bisogno.

A chi continua a vivere sempre al mio fianco, nonno Emilio.

INDICE

ABSTRACT	
INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1. NASCITA ED EVOLUZIONE DELLA PANDEMIA DA SARS-CoV-2	2
CAPITOLO 2. LA SALUTE MENTALE	5
2.1 Il nuovo approccio alla salute di tipo bio-psico-sociale	5
2.2 Appartenere alle “helping professions”: i rischi.....	7
2.3 Le nuove sfide dell’infermiere durante la pandemia	8
2.4 Le sequele psicologiche e gli interventi suggeriti	10
CAPITOLO 3. LA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA	13
3.1 Il processo di nursing.....	13
CAPITOLO 4. LA CREAZIONE DI UN PIANO ASSISTENZIALE BASATO SULL’IMPATTO PSICOLOGICO DELL’EMERGENZA SANITARIA SULLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA	17
4.1 Modello di riposo e di sonno	17
4.2 Modello di percezione di sé e concetto di sé	19
4.3 Modello di ruoli e di relazioni	21
4.4 Modello di coping e di tolleranza allo stress	22
CONCLUSIONI	25
ALLEGATI	26
ACRONIMI	45
BIBLIOGRAFIA	46
SITOGRAFIA	50
RINGRAZIAMENTI	52

ABSTRACT

Background

Le implicazioni dovute alla pandemia da SARS-CoV-2 costituiscono un importante fattore di rischio per la salute mentale degli infermieri.

Obiettivo

Valutare la salute mentale dell'infermiere impegnato in prima linea durante la pandemia e descriverne i relativi rischi psicologici, basati sulle evidenze scientifiche, all'interno di un piano di assistenza infermieristico con le relative diagnosi infermieristiche (NANDA), gli obiettivi attesi (NOC) e gli interventi infermieristici attuabili (NIC).

Materiali e metodi

La ricerca è stata condotta consultando il motore di ricerca Google Scholar e la banca dati PubMed. Il piano assistenziale infermieristico è stato creato facendo riferimento alle tassonomie *North-American Nursing Diagnosis Association*, (NANDA), *Nursing Outcome Classification* (NOC) e *Nursing Intervention Classification* (NIC).

Risultati

Sono state enunciate 9 diagnosi NANDA, sia reali che di rischio, con i relativi collegamenti NOC e NIC raggruppate secondo gli 11 Modelli funzionali di Gordon: modello di sonno disturbato, paura, ansia, rischio di autostima situazionale scarsa, isolamento sociale, interazioni sociali compromesse, coping inefficace, sovraccarico psicofisico da stress e rischio di sindrome post traumatica.

Conclusioni

È stato proposto uno strumento, basato sul linguaggio infermieristico standardizzato, che garantisca una vivida fotografia dell'attuale situazione in cui l'infermiere lavora. Vengono, quindi, proposti sia degli interventi che delle riflessioni circa alcuni aspetti della salute mentale nonché delle esigenze organizzative nell'ambito lavorativo.

INTRODUZIONE

Ad un anno dalla dichiarazione della pandemia, il virus SARS-CoV-2 continua ad essere una grave minaccia per la salute pubblica mondiale; mettendo a dura prova sia la ricerca scientifica che i sistemi di salute pubblica. Inevitabilmente, l'attenzione generale si è rivolta alle conseguenze fisiche a breve e a lungo termine della malattia e la conseguente letalità (Carpiniello, 2020). Ma, come dichiara il direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) Tedros Adhanom Ghebreyesus (2020):

[...] Not only is the COVID-19 pandemic a threat to physical health; it also affects mental health. During a crisis it is natural for individuals to feel fear, sadness and anxiety. Indeed, fear from the virus is spreading even faster than the virus itself. [...] Addressing mental health in public health emergencies is vital.¹

Questo elaborato, in particolar modo, vuole essere una lente di ingrandimento sul vissuto psicologico della professione infermieristica. Considerati già a rischio, in quanto *helping profession*, gli infermieri si sono trovati di fronte a delle nuove avversità che “non hanno solamente costituito un potente fattore di rischio per problemi di salute mentale a breve termine ma anche per i disturbi mentali e comportamentali” (Ghebreyesus, 2020).

Sono stati, quindi, elaborati dei giudizi clinici contenuti all'interno di un piano assistenziale infermieristico, dove ciascuna diagnosi infermieristica scelta è basata sulle più recenti evidenze scientifiche. In questo caso, utilizzare le diagnosi infermieristiche NANDA, gli obiettivi NOC e gli interventi NIC significa trattare nel linguaggio univoco dell'infermiere i rischi a cui lo stesso potrebbe andare in contro o vivere in questo momento.

¹ Trad. It: “[...] Non solo la pandemia COVID-19 è una minaccia per la salute fisica; influisce anche sulla salute mentale. Durante una crisi è naturale che le persone provino paura, tristezza e ansia. Infatti, la paura del virus si sta diffondendo ancora più velocemente del virus stesso. [...] Affrontare la salute mentale nelle emergenze di salute pubblica è vitale”.

CAPITOLO 1. NASCITA ED EVOLUZIONE DELLA PANDEMIA DA SARS-CoV-2

È tra la fine del 2019 e l'inizio del 2020 quando vengono segnalati dei primi focolai di polmonite ad eziologia non nota nella città di Wuhan, nella provincia dell'Hubei, in Cina.

Ciò che si pensava essere una polmonite sospetta è presto associata dal *Chinese Centers for Disease Control and Prevention* (China CDC) ad un nuovo ceppo di coronavirus mai identificato prima nell'uomo, chiamato provvisoriamente 2019-nCoV.

Questo è ridefinito ufficialmente dal Gruppo di Studio sul Coronavirus (CSG) della *International Committee on Taxonomy of Viruses* (ICTV) in Sindrome Respiratoria Acuta grave Coronavirus-2 (SARS-CoV-2), appartenente alla specie del coronavirus correlato alla sindrome respiratoria acuta grave.

In seguito a ciò, l'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dichiara questo virus causa della malattia COVID-19, acronimo per Corona Virus Disease 2019.

Data l'estrema facilità di trasmissione inter-umana del virus attraverso l'emissione di droplets e il contatto diretto o indiretto con una persona infetta e/o con l'ambiente in cui si trova, l'iniziale focolaio epidemico limitato nei pressi di Wuhan attraversa rapidamente i confini della Cina e si propaga nel resto del mondo.

Il 30 Gennaio 2020 il direttore generale dell'OMS dichiara l'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale (*Public Health Emergency of International Concern – PHEIC*).

Questa situazione viene descritta nel Regolamento Sanitario Internazionale (2005) come “*Un evento straordinario che si ritiene possa costituire un rischio per la sanità pubblica in altri Stati a causa della diffusione internazionale di malattie e richiedere potenzialmente una risposta internazionale coordinata*”.

Nonostante questa prima valutazione, Tedros Adhanom Ghebreyesus si ritrova presto costretto a dichiarare uno stato di pandemia globale. È l'11 Marzo 2020 quando, a seguito di un'attenta valutazione dei livelli di gravità e di diffusione globale del virus, durante la conferenza stampa si comunica:

There are now more than 118,000 cases in 114 countries and 4,291 people have lost their lives. Thousands more are fighting for their lives in hospitals.

In the days and weeks ahead, we expect to see the number of cases, the number of deaths, and the number of affected countries climb even higher.

WHO has been assessing this outbreak around the clock and we are deeply concerned both by the alarming levels of spread and severity, and by the alarming levels of inaction. We have therefore made the assessment that COVID-19 can be characterized as a pandemic.²

La pandemia segnala il passaggio da misure di contenimento (che hanno pertanto fallito) a misure di mitigazione per diluire nel tempo la diffusione del virus e permettere ai sistemi sanitari di prepararsi all'ondata di casi (Pavone, 2020).

Rappresenta, come sostiene Pavone, *“il riflesso della preoccupazione dell’OMS che il numero di casi, deceduti e Paesi colpiti continueranno a crescere”*.

Ogni autorità nazionale e locale si è quindi trovata a dover mettere in atto delle misure di prevenzione al fine di contrastare la diffusione del virus e prevenire il sovraccarico o collasso dei sistemi sanitari. In Italia sono stati imposti il distanziamento sociale, la limitazione della mobilità e la chiusura delle attività produttive non strettamente indispensabili a garantire beni e servizi essenziali.

In aggiunta a ciò, il direttore dell’OMS ribadisce ulteriormente nel comunicato stampa del 27 Marzo 2020 di adottare tattiche aggressive testando ogni sospetto contagiato, isolando e curando ogni caso confermato, tracciato e mettendo in quarantena ogni contatto. Si cita:

“This problem can only be solved with international cooperation and international solidarity”³

² Trad. It “Ci sono più di 118.000 casi in 114 paesi e 4.291 persone hanno perso la vita. Altre migliaia stanno lottando per la propria vita negli ospedali.

Nei giorni e nelle settimane a venire, prevediamo che il numero di casi, il numero di decessi e il numero di paesi colpiti aumenteranno ancora di più. L’OMS ha valutato questo focolaio 24 ore su 24 e siamo profondamente preoccupati sia dai livelli allarmanti di diffusione e gravità, sia dai livelli allarmanti di inazione. Abbiamo quindi valutato che COVID-19 può essere caratterizzato come una pandemia”.

³ Trad. It “Questo problema può essere risolto solamente con la cooperazione internazionale e la solidarietà internazionale”

Quest'esclamazione rappresenta un'ulteriore segnale del livello di allarme sanitario raggiunto con il fine di perseguire globalmente la tutela della sanità pubblica.

Si è di fronte ad uno scenario inedito, questo, che ha coinvolto non solo la sfera della salute ma anche quella della politica, dell'economia e ambientale; richiamando ad un'azione congiunta.

Si riporta, in seguito, quanto affermato da Tedros Adhanom Ghebreyesus durante la conferenza stampa del 11 Marzo 2020:

This is not just a public health crisis, it is a crisis that will touch every sector – so every sector and every individual must be involved in the fight. I have said from the beginning that countries must take a whole-of-government, whole-of-society approach, built around a comprehensive strategy to prevent infections, save lives and minimize impact.⁴

Ad un anno dall'inizio della pandemia l'OMS segnala, complessivamente, 114,853,685 casi confermati di cui 2,554,694 decessi. In Italia si registrano 2.976.274 casi confermati di cui 98.635 decessi.

È evidente come il COVID 19 abbia costituito, e stia costituendo tutt'ora, una grave minaccia per l'intera popolazione. Purtroppo, non si fa riferimento alla sola salute fisica ma anche a quella mentale. La pandemia si è insinuata improvvisamente, sovvertendo le abitudini e gli stili di vita della popolazione; diffondendo, insieme al virus, la paura, l'ansia, lo stress e l'incertezza. È necessario riflettere sia sull'impatto attuale ma anche sulla minaccia prossima per la salute mentale della popolazione, soprattutto di quella maggiormente a rischio.

⁴ Trad. It “Questa non è solo una crisi di salute pubblica, è una crisi che toccherà ogni settore, quindi ogni settore e ogni individuo deve essere coinvolto nella lotta. Ho detto sin dall'inizio che i paesi devono adottare un approccio che coinvolga tutto il governo, l'intera società, costruito attorno ad una strategia globale per prevenire le infezioni, salvare vite umane e ridurre al minimo l'impatto”.

CAPITOLO 2. LA SALUTE MENTALE

2.1 IL NUOVO APPROCCIO ALLA SALUTE DI TIPO BIO-PSICO-SOCIALE

Per affrontare la tematica della salute mentale è necessario riferirsi al concetto di salute secondo l'approccio bio- psico-sociale. Quest'ultimo soppianta il modello biomedico, dove la salute è considerata un fenomeno oggettivo e l'attenzione è rivolta solamente al corpo in quanto sede della malattia, sottostimando le ulteriori variabili parte della salute dell'uomo.

Si può, quindi, dedurre come nel passato il tradizionale concetto di salute fosse basato su un'affermazione negativa: “sano è colui che non ha malattie” oppure “chi ha malattie non è sano” oppure “salute è assenza di malattia” (Paccagnella, 2005).

Nel 1948 l'OMS definisce la salute come “*uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o di infermità*”. Una dichiarazione rivoluzionaria, questa, che continua ad ispirare da decenni le politiche sanitarie.

Si tratta di una nuova visione multidimensionale che ammette le diverse componenti del concetto di salute: fisica, mentale, spirituale e sociale. Permettendo, quindi, di riportare in primo piano la necessità di adottare un approccio di tipo olistico nei confronti dei problemi dell'uomo.

Come sostiene Paccagnella (2005):

L'affermazione positiva della salute come benessere fisico, mentale e sociale della persona, rispetto al concetto negativo tradizionale di salute come assenza di malattie, provocò una sorta di terremoto [...] nel campo della medicina, che – impegnata [...] nello studio e nella lotta contro le malattie per diagnosticarle, per curarle, per prevenirle e per prolungare la vita dei malati – si trovò impreparata di fronte alla nuova prospettiva di tutelare e promuovere la salute.

L'evoluzione del concetto di salute ha permesso di riconsiderarne il valore e l'importanza. Si ricorda, quindi, quanto affermato nell'art. 32 della Costituzione italiana:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività [...]”.

Come si evince dalla definizione dell’OMS, la salute mentale è parte integrante del concetto di salute e di benessere dell’uomo. La stessa, nel piano d’azione per la salute mentale 2013-2020, definisce la salute mentale come *“uno stato di benessere in cui una persona può realizzarsi a partire dalle proprie capacità, affrontare lo stress della vita di ogni giorno, lavorare in maniera produttiva e contribuire alla vita della sua comunità”*. Questa può essere influenzata, oltre che dalle caratteristiche individuali, anche da una serie di determinanti, quali: la capacità di gestire i propri pensieri, le proprie emozioni, i propri comportamenti e le relazioni con gli altri, fattori sociali, culturali, economici, politici ed ambientali, la protezione sociale, lo standard di vita, le condizioni lavorative ed il supporto sociale offerto dalla comunità.

2.2 APPARTENERE ALLE “*HELPING PROFESSIONS*”: I RISCHI

In quanto “*helping profession*”, l’infermiere si trova già in una posizione di rischio circa la sua sfera psicologica. Interagendo con i pazienti, si è quotidianamente esposti alla sofferenza, ai disagi, ai problemi e ai vissuti degli stessi. Inevitabilmente questi fattori comportano un coinvolgimento emotivo tale da creare un forte impatto psicologico oltre che minacciare il benessere stesso.

All’interno della relazione d’aiuto si mette in primo piano il rapporto con il paziente e la soluzione degli eventuali problemi fisici ma anche psicologici e relazionali. Si crea, perciò, una situazione emotivamente impegnativa, talvolta fonte di stress. In aggiunta a ciò si devono considerare il carico di lavoro, i turni, l’organizzazione dell’ambiente lavorativo, gli stressor personali.

A tal proposito, si cita quanto scritto da Maslach e Jackson (1981):

*Frequently, the staff-client interaction is centred around the client’s current problems (psychological, social, and/or physical) and is therefore charged with feelings of anger, embarrassment, fear or despair. Solutions for these problems are not always obvious and easily obtained, thus adding ambiguity and frustration to the situation. For the helping professional who works continuously with people under such circumstances, the chronic stress can be emotionally draining and poses the risk of ‘burnout’.*⁵

È chiara l’importanza di una formazione in grado di prevenire e gestire le situazioni stressanti della pratica quotidiana dell’assistenza infermieristica, per ridurre il senso di esaurimento emotivo e prevenire il rischio di “*burnout*”, nonché di conferire ulteriori competenze sia relazionali che comunicative, essenziali per relazionarsi con il paziente.

“*It is important to safeguard the morale and mental health of HCWs since they can impact the outcome and success of delivery of health services*” (C. Ho, Chee & R. Ho, 2020).⁶

⁵ Trad. Ita: “Spesso, l’interazione personale-paziente è incentrata sui problemi attuali del paziente (psicologici, sociali e/o fisici) ed è quindi carica di sentimenti di rabbia, imbarazzo, paura o disperazione. Le soluzioni a questi problemi non sono sempre ovvie e facilmente ottenibili, aggiungendo così ambiguità e frustrazione alla situazione. Per il professionista che lavora continuamente con le persone in tali circostanze, lo stress cronico può essere emotivamente drenante e pone il rischio di “*burnout*”.

⁶ Trad. Ita: “È importante salvaguardare la morale e la salute mentale degli operatori sanitari poiché possono influire sui risultati e sul successo dell’erogazione dei servizi sanitari”.

2.3 LE NUOVE SFIDE DELL'INFERMIERE DURANTE LA PANDEMIA

Quanto detto si è dimostrato, e si dimostra tutt'ora, necessario per affrontare le implicazioni e conseguenze della pandemia da Sars-CoV-2. In questo periodo storico dominato da stress, incertezza e difficoltà è necessario fare attenzione soprattutto ai bisogni del personale sanitario sottoposto ad un importante sovraccarico lavorativo ed emotivo. Ciò è dovuto, in particolare, al confronto con i cambiamenti drastici nelle condizioni organizzative, relazionali, ambientali e psicologiche ma anche nella vita privata (INAIL, 2020).

Si riportano, di seguito, alcune delle nuove sfide del personale sanitario indicate da Antonicelli et al. (2020):

- Un incremento del rischio di contrarre l'infezione e trasmetterla a familiari ed amici o colleghi; a questo si associa lo stigma sociale a cui sono esposti, per essere stati in contatto con pazienti affetti da coronavirus, che può generare resistenza ed evitamento verso gli stessi;
- Utilizzo di attrezzature e misure protettive che possono essere scomode ed aumentare lo sforzo fisico, limitare la mobilità e anche la comunicazione, con efficacia preventiva talvolta incerta; inoltre, spesso, vi è carenza di tali dispositivi legata ad indisponibilità o ad uso improprio;
- Necessità, per i pazienti di ricevere anche un sostegno emotivo da parte del personale sanitario, oltre che le adeguate cure mediche;
- Vissuti di frustrazione, paura, colpa, con associati sintomi d'insonnia e crollo psicofisico, soprattutto tra il personale esposto ad una maggiore richiesta di cura.

A ciò si devono necessariamente aggiungere ulteriori fattori come:

- Turni di lavoro incalzanti con prolungamento nell'orario lavorativo, crescente richiesta di reperibilità, trasferimento di reparto, aumento del numero di pazienti e riduzione del personale;
- Costante aggiornamento sulle migliori pratiche man mano che si sviluppano le informazioni sul COVID-19;
- Lontananza dalle proprie famiglie oltre che autoisolamento dalle stesse.

Come precedentemente descritto, il settore sanitario si presentava già a rischio e questa situazione non ha fatto altro che far emergere alcune lacune del sistema.

Ovviamente la gestione di alcuni fattori sopracitati necessita di interventi di tipo organizzativo, in particolar modo per quanto riguarda le condizioni di sicurezza; per gli altri fattori si evidenzia il bisogno di rafforzare o implementare delle azioni volte al supporto individuale e sostegno psicologico.

Si dovrebbero fornire i giusti strumenti, conoscenze e strategie per fronteggiare ed adattarsi alla situazione pandemica. Rimane centrale il ruolo della formazione aziendale sui rischi, sulle misure di prevenzione e protezione.

È necessaria una formazione incentrata su: virus Sars-CoV-2, identificazione e gestione dei potenziali casi di infezione da COVID-19, dispositivi di protezione individuale (DPI) e possibili reazioni psicologiche.

Si consideri anche che molti operatori sanitari, nell'ottica della risorsa dipartimentale, sono stati trasferiti dai reparti originari in reparti di terapia intensiva e sub intensiva per il trattamento dei pazienti positivi al COVID-19. Si sono trovati ad acquisire nuove conoscenze, protocolli e procedure in breve tempo per gestire e trattare pazienti critici sottoposti a ventilazione meccanica.

In aggiunta a ciò, questo ha significato lavorare in un ambiente estraneo con nuovi colleghi, sottolineando l'importanza della collaborazione interprofessionale e comunicazione per garantire l'efficienza e qualità delle cure. Alla luce di quanto detto, è difficile pensare che gli operatori sanitari riescano a gestire una situazione del genere senza riportare delle sequele psicologiche. Come ribadisce l'OMS (2020): *“gestire lo stress e il benessere psicosociale durante questo periodo è importante quanto la salute fisica”*.

Lavorare in uno stato di emergenza sanitaria significa rivalutare le priorità della vita, sentirsi diversamente dal solito e provare sentimenti di dolore, disperazione, impotenza e paura. Ciò nonostante, la consapevolezza di condividere degli scopi e degli obiettivi comuni con altri colleghi e sapere di agire salvando delle vite umane, permette di mantenere vive le convinzioni professionali e personali.

2.4 LE SEQUELE PSICOLOGICHE E GLI INTERVENTI SUGGERITI

Per capire come tutelare e agire nei confronti del proprio benessere mentale, gli operatori sanitari dovrebbero essere formati circa gli stressor personali e professionali.

Costituiscono gli stressor personali: i decessi o la malattia di persone conoscenti e colleghi, i livelli di stress preesistenti, il sostegno familiare e sociale, la difficoltà nel mantenere l'equilibrio tra vita personale e dovere professionale. Rappresentano, invece, gli stressor professionali: una scarsa preparazione professionale, l'esposizione al rischio, il confrontarsi con la morte e la sofferenza, i turni lunghi e la fatica fisica, l'eccessiva identificazione con i pazienti, la percezione di incontrollabilità della situazione, il senso di fallimento e l'errore umano.

Tutto ciò, come dimostrato da diversi studi in seguito riportati, potrebbe provocare delle reazioni psicologiche negli operatori sanitari: sintomi depressivi e stati d'ansia con somatizzazioni, insonnia, aumento del consumo di alcool, tabacco e psicofarmaci, sintomi da stress post traumatico, fatigue, difficoltà di comunicazione ed irritabilità.

A conferma di quanto riportato, nello studio cross-sectional di Lai et al. (2020) si indagano 1.257 operatori sanitari di 34 ospedali della Cina, coinvolti in prima linea nel trattamento di pazienti affetti da COVID-19, per capire quale sia l'impatto psicologico sugli stessi. Considerando che la ricerca è condotta in un arco temporale immediatamente successivo all'emergenza pandemica, dal 29 Gennaio 2020 al 3 Febbraio 2020, i risultati non sono incoraggianti. Si riportano: sintomi depressivi (in 634 operatori per un totale di 50,4%), ansia (in 560 operatori per un totale di 44,6%), insonnia (in 427 operatori per un totale di 34,0%) e distress (in 899 operatori per un totale di 71,5%). Come dichiarato nello studio, il fatto che il COVID-19 abbia una trasmissione interumana e sia associato ad un alto tasso di morbilità ha intensificato la percezione del pericolo personale. Inoltre, la carenza di dispositivi di protezione personale e il crescente afflusso di casi sospetti e positivi hanno contribuito ad accrescere la pressione sugli operatori sanitari con i conseguenti impatti psicologici analizzati.

A tal proposito, gli autori Rana, S. Mukhtar e S. Mukhtar (2020) sostengono lo sviluppo di un piano d'intervento per il supporto psicologico degli operatori sanitari, già in atto in diversi paesi, organizzato in:

- Corsi online, erogati da professionisti sanitari, per aumentare la consapevolezza dell'impatto psicologico dovuto ad eventi stressanti;
- Numero verde di supporto psicologico per rispondere alle richieste di aiuto e discutere di tutte le preoccupazioni inerenti alla situazione pandemica con un team specializzato di psicologi, psicoterapeuti e psicoanalisti.

È il momento di prendersi cura di chi si prende cura quotidianamente dell'altro. Il personale infermieristico dovrebbe fare del loro bisogno di salute una priorità come quella dei loro pazienti. Si riportano, in seguito, alcune indicazioni fornite da Antonicelli et al.:

- Prendersi cura di sé e dei propri bisogni di base al fine di essere efficienti nel prendersi cura degli altri. È importante concedersi delle pause e dei momenti di distrazione, svago, o riposo;
- Mantenere rapporti tra colleghi anche condividendo vissuti emotivi oltre che una comunicazione costruttiva e "ottimista". Identificare insieme gli errori e rivederli in maniera costruttiva. Complimentarsi l'uno con l'altro, condividere soluzioni, idee, frustrazioni promuovendo lo sviluppo e l'utilizzo di abilità di problem solving;
- Restare in contatto con i familiari ed accogliere il loro sostegno;
- Aggiornarsi su risorse autorevoli e limitare l'esposizione ai media;
- Monitorare il proprio stato emotivo e la presenza di eventuali sintomi come tristezza persistente, sintomi intrusivi, difficoltà nel sonno, senso di colpa, assenza di speranza. In questi casi è bene parlarne con un collega e un responsabile e cercare aiuto professionale.
- Onorare il proprio lavoro e quello dei colleghi, perché nonostante frustrazioni e ostacoli di vario genere si sta rispondendo ad una nobile chiamata per la tutela della vita.

Ovviamente l'OMS (2020) ricorda che il primo passo per tutelare la salute del personale sanitario è mettere in atto tutte le misure necessarie a proteggerne la sicurezza e la salute

occupazionale. Iniziando dall'assunzione di responsabilità dei datori e dirigenti delle strutture sanitarie circa l'adozione delle misure preventive e di protezione necessarie a tale scopo. Devono fornire informazione, educazione e training oltre che provvedere alla disponibilità adeguata dei dispositivi di protezione individuale.

Come precedentemente affrontato, nel corso di un'epidemia, oltre che considerare le misure preventive e protettive per la salute fisica del lavoratore, bisogna ricordarsi dell'esposizione all'alto livello di stress psicologico.

Pertanto, la *Inter-Agency Standing Committee (IASC)*, nel 2020, emana un documento con dei messaggi diretti sia ai lavoratori in prima linea che ai direttori e coordinatori. Ai primi ricorda di prendersi cura dei propri bisogni e di applicare le strategie di coping, efficaci nel passato nella gestione dei periodi di stress, per ottenere dei benefici per il proprio benessere mentale ma anche fisico. Suggestisce: il riposo durante il lavoro o tra i turni, di mangiare cibo sano e sufficiente, di fare attività fisica, rimanere in contatto con la famiglia e gli amici ed evitare strategie di coping inefficaci e dannose come tabacco, alcool o droghe. Inoltre, si conforta il lavoratore sui possibili cambiamenti dell'umore o dolori fisici inspiegabili al corpo o allo stomaco in quanto dovuti allo stress e alle pressioni continue a cui si è sottoposti.

Invece, si consiglia ai direttori e coordinatori di monitorare regolarmente il loro personale e di creare un'ambiente di lavoro dove si possa garantire un'adeguata comunicazione soprattutto sulle informazioni che possono mitigare qualsiasi preoccupazione o incertezza. Devono garantire al personale il giusto riposo e recupero dai turni di lavoro oltre che permettere dei debriefing per confrontarsi e confortarsi in merito alla situazione; facilitando, in caso di bisogno, l'accesso ai servizi di salute mentale e supporto psicosociale.

CAPITOLO 3. LA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA

3.1 IL PROCESSO DI NURSING

Il processo di nursing o processo assistenziale è *“un approccio sistematico alla pratica infermieristica che consente di identificare, prevenire e trattare i problemi di salute reali o potenziali di una persona, di gruppi di pazienti, famiglie o comunità”* (Saiani & Brugnolli, 2013). È un approccio logico e sistematico alla base del quale si trova la stessa metodologia utilizzata nel problem solving per risolvere i problemi della persona. Permette, inoltre, di fornire un’assistenza appropriata ed efficace e di far assumere al soggetto interessato un ruolo attivo nelle decisioni riguardanti la propria salute, promuovendo l’autonomia. Il processo infermieristico è, inoltre, globale e/o olistico, continuativo e coordinato, integrato (data la collaborazione tra più professionisti all’interno dell’equipe assistenziale) e personalizzato.

Ricorrere al processo assistenziale presuppone l’utilizzo del pensiero critico.

Il pensiero critico viene descritto da Price e Harrington (2016) come:

“A process in which information is gathered, sifted, synthesised and evaluated, to understand a subject or issue. [...] critical thinking enables the nurse to function as a knowledgeable doer, someone who selects, combines, judges and uses information to proceed in a professional manner”.⁷

È, quindi, un approccio attivo ed organizzato, essenziale per: identificare il problema, prendere delle decisioni, scegliere gli interventi infermieristici più appropriati e valutare criticamente i risultati dell’assistenza erogata. Il pensiero critico richiede conoscenza scientifica e si distingue per il suo carattere razionale e fondato.

In merito a quanto esposto, nel Profilo Professionale dell’Infermiere (Decreto Ministeriale n. 739/94) si cita:

⁷ Trad. It: “Un processo in cui le informazioni sono raccolte, setacciate, sintetizzate e valutate, per capire un argomento o un problema. [...] il pensiero critico consente all’infermiere di funzionare come un esecutore esperto, qualcuno che seleziona, combina, giudica e utilizza le informazioni per procedere in modo professionale”.

“[...] l'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico [...]”.

Il processo assistenziale si compone di cinque fasi:

1. Accertamento
2. Diagnosi infermieristiche
3. Pianificazione degli obiettivi ed interventi
4. Attuazione degli interventi
5. Valutazione dei risultati

Si tratta di un approccio dinamico e ciclico che necessita della continua rivalutazione del paziente per, eventualmente, modificare o aggiungere degli interventi infermieristici e valutare i relativi risultati.

L'accertamento viene definito da Carpenito (2002) come una *“raccolta sistematica di una serie di dati sul paziente per comprendere come risponde e reagisce, o potrà rispondere e reagire, ai problemi di salute e per valutare le possibili soluzioni per soddisfare i suoi bisogni”*. È, difatti, la fase della raccolta, dell'organizzazione, della validazione e della registrazione dei dati sulle condizioni di salute della persona. Il fine è quello di ottenere delle informazioni utili al processo di nursing e alla formulazione delle diagnosi infermieristiche considerando: bisogni, preferenze, sintomi e segni, storia sanitaria e sociale, risorse e limiti.

I dati raccolti possono essere sia soggettivi (percezioni del paziente raccolte durante l'intervista) che oggettivi (osservazioni e rilevazioni effettuate da infermieri, altri operatori e familiari) e possono derivare sia da fonti primarie (l'assistito) che secondarie (familiari, caregiver, altri operatori sanitari e la documentazione o cartella clinica).

Nel processo di nursing la raccolta dati è essenziale per identificare i bisogni assistenziali della persona. È un processo continuo che inizia al momento dell'accertamento e che necessita di costante aggiornamento.

L'accertamento può essere distinto in:

- Iniziale o globale: eseguito alla prima presa in carico del paziente;
- Mirato: si concentra su un particolare aspetto della persona per valutare l'eventuale insorgenza o evoluzione di problematiche;
- D'urgenza o emergenza: usato in situazioni che necessitano di una rapida azione in quanto costituiscono delle minacce alla vita;
- Di follow up o di rivalutazione: necessario per rivalutare una problematica del paziente in un arco di tempo variabile.

Per l'accertamento infermieristico, in particolare, si fa riferimento ai Modelli funzionali di Gordon, al Modello Testa-Piedi e al Modello dei sistemi corporei.

Le diagnosi infermieristiche, sviluppate dalla *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), costituiscono il linguaggio comune per gli infermieri nel formulare dei giudizi clinici sulla base dei dati raccolti durante l'accertamento. Si basano sulle risposte delle persone, della famiglia e della comunità circa i loro problemi di salute reali o potenziali.

Da queste, l'infermiere mette in atto degli interventi infermieristici per raggiungere gli obiettivi prefissati di cui è responsabile.

La NANDA ha identificato le seguenti tipologie di diagnosi:

- Reali: un giudizio clinico basato su segni e sintomi presenti;
- Di rischio: un giudizio clinico basato sulla presenza di fattori di rischio (fisiologici, psicosociali, familiari, ambientali e stili di vita) che aumentano la vulnerabilità del paziente;
- Di benessere: un giudizio clinico basato su un livello ottimale di salute con capacità di miglioramento;
- A sindrome: giudizi clinici per problemi complessi che possono essere reali e di rischio.

Nella pianificazione dell'assistenza infermieristica si stabiliscono i problemi prioritari del paziente da trattare, i risultati attesi e gli interventi infermieristici da attuare per rispondere

ai bisogni di salute dell'assistito. In particolar modo, si fa riferimento alle tassonomie *Nursing Interventions Classification* (NIC) e *Nursing Outcomes Classification* (NOC). Si procede, quindi, all'attuazione degli interventi NIC stabiliti nella pianificazione assistenziale. Quest'ultimo è un processo continuo in quanto, a seguito di una rivalutazione, le condizioni dell'assistito potrebbero modificarsi e richiedere, quindi, nuovi interventi infermieristici. I NIC vengono messi in atto proprio per migliorare le condizioni di salute del soggetto e si basano sulle evidenze scientifiche, sulle conoscenze e sul giudizio clinico del professionista. Per ciascun intervento, si possono scegliere più attività infermieristiche associate da mettere in atto.

L'ultima fase del processo di nursing è rappresentata dalla valutazione dei risultati. Qui, si determina il raggiungimento o meno dei risultati, i progressi ottenuti con l'attuazione degli interventi, l'efficacia del piano assistenziale e la qualità delle cure infermieristiche. Si confrontano, quindi, le risposte attuali del paziente con quelle registrate in fase di accertamento.

CAPITOLO 4. LA CREAZIONE DI UN PIANO ASSISTENZIALE BASATO SULL'IMPATTO PSICOLOGICO DELL'EMERGENZA SANITARIA SULLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Il seguente piano assistenziale è stato proposto per enfatizzare i possibili esiti psicologici a cui l'infermiere potrebbe andare incontro durante questo particolare periodo storico segnato dalla pandemia. L'intento è di promuovere una riflessione circa gli interventi sia organizzativi che psicologici da mettere in atto per il benessere globale del soggetto. Viene, quindi, presentato un piano assistenziale con delle diagnosi NANDA sia reali che di rischio, raggruppate secondo gli 11 Modelli funzionali di Gordon. Le seguenti sono accompagnate da NOC e NIC appositamente selezionati.

La valutazione degli obiettivi esposti è resa possibile tramite l'utilizzo della Scala Likert (allegato n° 1) composta da un punteggio variabile da 1 (grave/ mai dimostrato) a 5 (nessuno/ costantemente dimostrato).

4.1 MODELLO DI RIPOSO E DI SONNO

Diagnosi NANDA: codice 00095 "*Disturbo del modello di sonno*" (allegato n° 2)

È definita come "*un'alterazione limitata nel tempo della durata e della qualità del sonno (sospensione della coscienza naturale e periodica)*" (Moorhead, Johnson & Maas, 2007).

La IASC (2020) diffonde ai coordinatori e ai dirigenti l'indicazione pratica di garantire ai lavoratori i tempi necessari di riposo e di recupero di cui hanno estremamente bisogno. La deprivazione e i disturbi del sonno possono comportare dei deficit dell'attenzione, della concentrazione e della memoria sul posto di lavoro, oltre che disturbi dell'umore, ansia ed irritabilità. Il riposo è, quindi, importante sia per il benessere fisico che mentale ed è fondamentale non trascurarne le somatizzazioni fisiche in quanto possono rappresentare un riflesso del disagio psicologico sottostante.

Questo è puntualizzato da Chew et al. (2020) quando si afferma:

“We postulate a bi-directional complex relationship between psychological distress and physical symptoms, where an inadvertent psychological distress exacerbates physical symptoms and vice versa”.⁸

Questa correlazione viene analizzata in uno studio osservazionale di tipo cross-sectional su 180 operatori sanitari impegnati nel trattamento di pazienti positivi al COVID-19 (Xiao, Zhang, Kong, Li & Yang, 2020). Da questo studio, difatti, emerge come la qualità del sonno sia strettamente collegata alla combinazione: ansia, stress e autoefficacia⁹.

Le persone ansiose oltre ad avere maggiori difficoltà nell’addormentarsi, tendono a svegliarsi maggiormente durante il sonno. Lo stress, in aggiunta, aumenta i livelli di vigilanza rispetto l’ambiente circostante, riducendo la qualità del sonno. Gli autori conferiscono molta importanza all’autoefficacia in quanto permette, anche sotto pressione, di mantenere sotto controllo le proprie emozioni e migliorare, al contempo, la qualità del sonno riducendo gli episodi di veglia notturna e aumentandone la regolarità.

In merito a ciò, emerge anche il ruolo del supporto sociale. Come trattato precedentemente e come dimostratosi all’interno dello studio, il supporto sociale agisce in maniera indiretta andando a ridurre l’ansia e lo stress, migliorando, di conseguenza, la qualità del riposo. Si sottolinea, quindi, l’importanza delle relazioni con i familiari ed amici in quanto permettono di ridurre il senso di solitudine e le emozioni negative, migliorando l’umore e il coping allo stress.

Per queste motivazioni, sono stati individuati come NOC: il sonno, il benessere personale e l’equilibrio dell’umore. Questi obiettivi, coerentemente con quanto esposto, sono accompagnati da indicatori che permettono di valutare il modello di riposo e di sonno sia negli aspetti fisici che psicologici. Il monitorare le cause fisiche e/o psicologiche che interrompono il sonno, l’aiutare la persona ad eliminare le situazioni stressanti prima di riposarsi e le tecniche di rilassamento sono alcune delle attività esposte per attuare l’intervento infermieristico del “miglioramento del sonno”.

⁸ Trad. Ita:” Noi sosteniamo l’esistenza di una relazione bi-direzionale complessa tra distress psicologico e sintomi fisici, dove un disagio psicologico involontario aggrava i sintomi fisici e viceversa”.

⁹ Si riporta la definizione di *autoefficacia* data nel 1986 da Albert Bandura: “corrisponde alle convinzioni circa le proprie capacità di organizzare ed eseguire le sequenze di azioni necessarie per produrre determinati risultati”.

4.2 MODELLO DI PERCEZIONE DI SÉ E CONCETTO DI SÉ

Diagnosi NANDA: codice 00148 “*Paura*” e codice 00146 “*Ansia*” (allegato n°3)

Moorhead et al. (2007) definiscono la paura come “*risposta a una minaccia percepita che è consapevolmente riconosciuta come pericolo*”. L’ansia, invece, è descritta come “*vago senso di disagio o di timore accompagnato da risposte autonome, la cui fonte spesso non è specifica o è sconosciuta alla persona; senso di apprensione causato dalla previsione 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*”.

Affrontare quest’emergenza sanitaria ha significato dover fare i conti con l’ignoto, sentendosi talvolta inermi di fronte alla morte dei pazienti. Ciò, inevitabilmente, ha amplificato l’ansia e la paura degli operatori sanitari. Shanafelt, Ripp e Trockel (2020) espongono le principali fonti di ansia:

- Carezza dei dispositivi di protezione individuale;
- Esposizione al virus e timore di trasmissione alla propria famiglia;
- Impossibilità di fornire un’assistenza infermieristica adeguata nell’eventualità di trasferimento in un nuovo reparto;
- Mancanza di accesso ad informazioni e comunicazioni aggiornate.

Il riconoscimento di questi fattori, da parte dei coordinatori e dei dirigenti sanitari, è essenziale per sviluppare degli approcci mirati ad affrontare tali problematiche e per fornire un sostegno pratico alle attività di assistenza infermieristica. Ne sono degli esempi: una comunicazione efficiente, la creazione di un ambiente di lavoro sicuro, la formazione e il monitoraggio della salute e del benessere dei lavoratori (Labrague & De los Santos, 2020).

Come si può osservare nell’allegato n°3, sia nel NOC “livello di paura” che “livello di ansia”, entrambe le diagnosi sono correlate a manifestazioni somatiche che possono variare da una semplice irrequietezza e fatigue fino ad aumento della pressione sanguigna, della frequenza cardiaca e della frequenza respiratoria. In ambedue, inoltre, si pone l’obiettivo dell’autocontrollo dell’emozione; aggiungendo, per la paura, la percezione delle minacce.

Le due diagnosi, seppur differenti nella loro definizione, sono state trattate congiuntamente in quanto provocano nella persona delle reazioni sia fisiche che psicologiche simili. In questo caso, quindi, è possibile mettere in atto gli stessi NIC (riduzione dell'ansia, consulenza telefonica, presenza e miglioramento della sicurezza) per raggiungere i diversi obiettivi infermieristici proposti.

Diagnosi NANDA: codice 00153 *“Rischio di autostima situazionale scarsa”* (allegato n° 4)

La seguente diagnosi fa riferimento ad un soggetto *“a rischio di sviluppare una percezione negativa del proprio valore in risposta a una situazione attuale (specificare)”* (Moorhead et al., 2007).

L'inclusione di questa diagnosi deriva dal fatto che, nell'ambiente sanitario, specialmente in questo periodo storico, numerose sono le richieste esterne e le sfide a carico del lavoratore. Ciò, in determinati casi, potrebbe mettere in crisi la propria autostima, definita come considerazione di sé stesso. È richiesto al lavoratore di reagire ed agire velocemente, adattandosi ad una situazione nuova e in costante mutamento; apportando, inevitabilmente, un'importante carico di stress ma anche insicurezza e timore di non esserne all'altezza. Questo, nel tempo, si potrebbe riflettere in un'autovalutazione negativa, sfociando nella diagnosi presentata.

In una situazione del genere, credere in sé stessi e nelle proprie abilità è fondamentale per preservarsi dalle avversità determinate dall'ambiente lavorativo ma anche da quello sociale. In riferimento a quest'ultimo fattore, basti pensare allo stigma sociale creatosi nei confronti degli operatori sanitari; inizialmente acclamati come “eroi” e successivamente considerati come degli “untori” del virus.

In relazione a quanto affermato, sono stati selezionati come obiettivi NOC “l'autostima” e le “prestazioni di ruolo”, raggiungibili attraverso l'intervento infermieristico del “miglioramento dell'autostima”.

4.3 MODELLO DI RUOLI E DI RELAZIONI

Diagnosi NANDA: codice 00053 “*Isolamento sociale*” e codice 00052 “*Interazioni sociali compromesse*” (allegato n°5)

Moorhead et al. (2007) definiscono l’isolamento sociale come una “*solitudine vissuta dalla persona e percepita come imposizione di altri e come stato negativo o minaccioso*”. Le interazioni sociali compromesse vengono, invece, descritte come “*quantità insufficiente o eccessiva, o qualità inefficace, degli scambi sociali*”.

Molti degli operatori sanitari, impegnati a trattare i pazienti positivi al COVID-19, hanno deciso di auto-isolarsi dalla propria famiglia per paura di essere contagiati e, conseguentemente, di trasmettere il virus. Questa decisione, se da una parte ha conferito tranquillità, dall’altra ne ha amplificato la frustrazione soprattutto per il ridotto contatto fisico e sociale con i propri cari. Inutile sottolineare l’importanza, in queste circostanze, del supporto sociale e della condivisione dei vissuti ed esperienze sia con i propri familiari che con i colleghi che si ritrovano nella stessa posizione.

Per quanto riguarda la diagnosi NANDA “isolamento sociale”, sono stati individuati degli obiettivi volti a monitorare la gravità della solitudine e il sostegno sociale. Gli indicatori assegnati consentono, quindi, di accogliere la percezione individuale della persona rispetto al proprio vissuto. Degli esempi di ciò: il senso di smarrimento, di isolamento sociale, la mancata comprensione, l’assistenza emozionale fornita da altri e la volontà di chiedere aiuto ad altri. Nella diagnosi NANDA “interazioni sociali compromesse”, invece, si pone come obiettivo il coinvolgimento sociale fornendo come indicatore l’interazione con gli altri (da amici intimi, vicini, familiari e colleghi di lavoro).

Rispetto alle due diagnosi analizzate, sono stati proposti gli stessi interventi infermieristici NIC (potenziamento della consapevolezza del sé, potenziamento dei sistemi di sostegno e miglioramento della socializzazione) per raggiungere ciascun obiettivo esposto.

4.4 MODELLO DI COPING E DI TOLLERANZA ALLO STRESS

Diagnosi NANDA: codice 00069 “*Coping inefficace*” (allegato n° 6)

È descritta come “*l’incapacità di fare un’idonea valutazione degli agenti stressanti, inadeguatezza nella scelta di risposte pratiche e/o incapacità di utilizzare le risorse disponibili*” (Moorhead et al., 2007).

Con il termine “*coping*” si fa riferimento alle strategie mentali e comportamentali messi in atto per prevenire e/o fronteggiare una situazione stressante. È la risposta del soggetto alle richieste interne ed esterne che lo mettono alla prova. In generale, le strategie di coping possono essere distinte in: risoluzione, gestione delle emozioni ed evitamento della situazione stressante.

In merito alle strategie di coping da adottare nell’attuale situazione pandemica sono già stati riportati, precedentemente, alcuni consigli da parte della IASC (2020). In aggiunta, si riportano le strategie di coping utilizzate dagli operatori sanitari emerse dallo studio di Cai et al (2020): rigorose misure di protezione personale, informazioni scientifiche sulla prevenzione e trasmissione del virus, misure di isolamento sociale, atteggiamento positivo e ricerca di supporto da familiari ed amici.

Dai sondaggi di Shechter, Diaz, Moise, et al. (2020) si dichiarano ulteriori strategie di coping come: attività fisica (59%), fede e/o spiritualità (23%), yoga (25%), meditazione (23%), terapia individuale (26%) e gruppi di supporto (16%). Un 14% dei partecipanti, però, riferisce di non utilizzare nessuna delle attività sopracitate.

A ragione di quanto esposto, sono stati selezionati come obiettivi NOC: il coping e l’adattamento psicosociale ai cambiamenti della vita. Obiettivi, raggiungibili attraverso le attività indicate negli interventi infermieristici: miglioramento del coping, counseling e sostegno emozionale.

Diagnosi NANDA: codice 00177 “*Sovraccarico psicofisico da stress*” (allegato n° 7)

Secondo Moorhead et al. (2007) il sovraccarico psicofisico da stress è provocato da “*stimoli eccessivi, per quantità e tipologia, che mettono in moto risposte fisiologiche e psicologiche*”.

Con il termine “*stress*” si definisce una reazione psicofisica che l’organismo mette in atto di fronte a degli stressors sia interni che esterni. Oggi, gli stressors a carico degli operatori sanitari sono considerati essere le condizioni organizzative, relazionali, psicologiche e di sicurezza. Come affermano Biondi e Iannitelli (2020), lo stress causato dalla pandemia è sia individuale che collettivo; è uno stress “non convenzionale, intermittente e subacuto” che ha colpito il presente e contemporaneamente dissestato il futuro. Da stress acuto si è passati a stress di tipo cronico.

Come precedentemente affermato, gli operatori sanitari hanno affrontato diverse cause di stress: la paura di infettarsi e morire (soprattutto se già affetti da problematiche di salute), la paura di contagiare l’altro, l’impotenza di fronte la morte dei pazienti, l’aumento delle ore lavorative e la riduzione dei riposi, la fatigue, il trasferimento in un nuovo reparto, la carenza dei DPI e della formazione necessaria e l’autoisolamento dalla propria famiglia. Inevitabilmente, ciò ha avuto delle implicazioni sia sulla qualità dell’assistenza infermieristica fornita (come diminuzione della produttività, dell’attenzione ai dettagli, incapacità di concentrarsi sui compiti e dimenticanze) che delle conseguenze sul piano fisico (come aumento della frequenza respiratoria, tensione muscolare e diarrea) e psicologico (come irrequietezza, aumento del consumo di alcol, di farmaci psicotropi e consumo di sigarette).

Perciò, all’interno dell’obiettivo NOC presentato, sono stati selezionati degli indicatori che permettano di monitorare il livello di stress sia sul piano fisico che su quello psicologico. A supporto del raggiungimento di quest’ultimo, si suggeriscono degli interventi infermieristici mirati ad alleviare lo stress nell’immediato (come la respirazione e il rilassamento muscolare progressivo) e gestire l’umore (dall’assistere la persona a scaricare le proprie tensioni in modo appropriato ad aiutarla nell’identificare le risorse e forze personali per affrontare la situazione causa di stress oppure indirizzarla verso un aiuto professionale).

Diagnosi NANDA: codice 00145 “*Rischio di sindrome post traumatica*” (allegato n° 8)

Un soggetto è definito a “rischio di sindrome post traumatica” quando è “*a rischio di prolungata risposta non adattiva a un evento traumatico opprimente*” (Moorhead et al., 2007). Solitamente la persona interessata ha una maggiore suscettibilità e vulnerabilità alle condizioni di stress. L’insorgenza di tale disturbo è tardiva rispetto all’evento traumatico di origine ed esistono dei fattori che devono essere presi in considerazione per quanto riguarda la gravità dello stesso: il grado di coinvolgimento nell’esperienza traumatica, le caratteristiche specifiche dell’evento, la modalità di esposizione della persona, le caratteristiche individuali (in termini di storia medica, psichica e familiare) e le modalità di intervento a seguito del trauma.

In questo caso, la correlazione tra il *post-traumatic stress disorder* (PTSD) e gli operatori sanitari è esplicitata da Arnetz et al. (2020): “*With higher frequency of exposure, nurses are at higher risk of contracting the disease. This supports the relationship to both anxiety and PTSD - both reflective of experiencing traumatic events, in this case a potentially lethal exposure*”¹⁰. Si aggiunge, inoltre, che l’età rappresenta un fattore di rischio per l’esposizione alla PTSD in quanto gli infermieri anziani hanno una maggiore esperienza e, dunque, sono maggiormente preparati sia professionalmente che psicologicamente per affrontare lo stress della pandemia.

Il PTSD può manifestarsi in modalità differenti (strategie di evitamento, alterazioni dell’umore, episodi di intrusione, ipersensibilità e ipervigilanza) ma il filo conduttore è caratterizzato da sintomi ansioso-depressivi. Tutto ciò si traduce nella scelta dei NOC: livello di depressione, autocontrollo della depressione e controllo dei rischi.

Invece, gli interventi infermieristici suggeriti sono: intervento in caso di crisi ed ascolto attivo.

¹⁰ Trad. Ita: ““Con una maggiore frequenza di esposizione, gli infermieri sono a maggior rischio di contrarre la malattia. Questo supporta la relazione con l'ansia e il PTSD - entrambi riflettono eventi traumatici, in questo caso un'esposizione potenzialmente letale”.

CONCLUSIONI

È da più di un anno che si lavora in uno stato di emergenza sanitaria. La pandemia ha comportato, oltre alle tante conseguenze, un'alterazione nella percezione del tempo soprattutto per chi ha vissuto la situazione in prima persona. Si cita, a tal proposito, un estratto di un'intervista realizzata da Arcadi et al. (2020):

It seems to me years since I received the communication, but instead it has only been three months, because everything had been dilated a lot, as if there had been a bubble in which we all remained closed. There's a before and an after.¹¹

Ciò che, alla fine del 2019 ed inizio del 2020, era considerato un evento grave ed insolito, continua tutt'ora ad esserlo, mantenendo un quadro di incertezza e pericolo. Ed è all'interno dello stesso che gli infermieri hanno dimostrato la loro forza personale e resilienza, sia emotiva che professionale; trascurando le loro vulnerabilità (Cabarkapa, Nadjidai, Murgier & Ng, 2020).

Da queste considerazioni e da quanto trattato all'interno dell'elaborato è emersa l'importanza di "tradurre" nel linguaggio infermieristico (diagnosi infermieristiche NANDA, obiettivi NOC ed interventi NIC), fondato sul metodo sistematico e scientifico, le risposte manifestate dagli infermieri nell'attuale situazione pandemica e produrre dei giudizi clinici che fossero comprensibili e condivisibili dai soggetti interessati.

Si tratta di diagnosi infermieristiche, sia reali che di rischio, che rispecchiano al meglio quanto vissuto dagli infermieri e quanto riportato dai vari autori nella letteratura scientifica.

Si manifesta, inoltre, la necessità di rafforzare la rete del sostegno e del supporto psicosociale oltre che implementare degli interventi mirati e degli strumenti adatti al curante.

¹¹ Trad. It: "Mi sembrano anni da quando ho ricevuto la comunicazione, ma invece sono passati solo tre mesi, perché tutto è stato dilatato molto, come se ci fosse stata una bolla in cui siamo rimasti tutti chiusi. C'è un prima e un dopo".

ALLEGATI

Allegato n° 1

Legenda:

- 1: Mai dimostrato/ Grave
- 2: Raramente dimostrato/ Sostanziale
- 3: Talvolta dimostrato/ Moderato
- 4: Spesso dimostrato/ Lieve
- 5: Costantemente dimostrato/ Nessuno

SCALA DI LINKERT

Mai dimostrato/ Grave	1
Raramente dimostrato/ Sostanziale	2
Talvolta dimostrato/ Moderato	3
Spesso dimostrato/ Lieve	4
Costantemente dimostrato/ Nessuno	5

Allegato n° 2: 00095- DISTURBO DEL MODELLO DI SONNO

NOC

0004 Sonno	1	2	3	4	5
Ore di sonno
Qualità del sonno
Efficacia del sonno (rapporto tempo di sonno/ tempo totale cercando di dormire)
Si sente rigenerato dopo il sonno
Sonno interrotto
2002 Benessere personale	1	2	3	4	5
Salute psicologica
Relazioni sociali
Vita spirituale
Salute fisica
Capacità di reagire
Capacità di rilassarsi
Capacità di esprimere emozioni
1204 Equilibrio dell'umore	1	2	3	4	5
Dimostra un umore costante
Riferisce un sonno adeguato (almeno 5 ore/24 ore)
Dimostra concentrazione
Mostra interesse per l'ambiente che lo circonda
Mostra un appropriato livello di energia

NIC

1850 Miglioramento del sonno

- Considerare il regolare ciclo di sonno/veglia della persona nella pianificazione dell'assistenza
- Monitorare e registrare le cause fisiche (per esempio, apnea nel sonno, vie respiratorie ostruite, dolore/ disagio e frequenza urinaria) e/ o psicologiche (per esempio, paura o ansia) che interrompono il sonno
- Aiutare la persona a eliminare le situazioni di stress prima di coricarsi
- Istruire l'assistito a eseguire il rilassamento muscolare autogeno o ad adottare altre forme non farmacologiche di induzione del sonno
- Istruire l'assistito e le persone di riferimento sui fattori che contribuiscono a disturbare il modello di sonno (per esempio, fisiologico, psicologico, stile di vita, frequenti variazioni nei turni di lavoro, rapidi cambiamenti di fuso orario, eccessive ore di lavoro e altri fattori ambientali)
- Discutere con l'assistito/ i suoi familiari delle tecniche per favorire il sonno

Allegato n° 3: 00148- PAURA

NOC

<i>1210 Livello di paura</i>	1	2	3	4	5
Angoscia
Mancanza di fiducia in se stessi
Irrequietezza
Irritabilità
Difficoltà di concentrazione
Difficoltà nel risolvere i problemi
Preoccupazione per gli eventi della vita
Aumento della pressione sanguigna
Aumento della frequenza del polso radiale
Aumento della frequenza del respiro
Tensione muscolare
Minzioni frequenti
Diarrea
Incapacità di dormire
Fatigue/ affaticamento
Dichiarazione di paura
Pianto
<i>1404 Autocontrollo della paura</i>	1	2	3	4	5
Sorveglia l'intensità della paura
Pianifica strategie di coping per situazioni di paura
Usa efficaci strategie di coping
Usa tecniche di rilassamento per ridurre la paura
Mantiene la concentrazione
Mantiene il controllo sulla vita
Mantiene il senso della ragione nonostante la paura
Rimane produttivo
Controlla la reazione alla paura

(Continua)

<i>1704 Convinzioni relative alla salute: percezione delle minacce</i>	1	2	3	4	5
Percezione di una minaccia alla salute
Preoccupazione di una malattia o di una lesione
Percezione della gravità di una malattia o di una lesione
Percezione dell'impatto sullo stile di vita attuale
Percezione dell'impatto sullo stile di vita futuro
Percezione della minaccia di morte

00146- ANSIA

NOC

1211 Livello di ansia	1	2	3	4	5
Inquietudine
Angoscia
Tensione muscolare
Irritabilità
Difficoltà di concentrazione
Difficoltà nella risoluzione dei problemi
Attacchi di panico
Dichiarazione di ansia
Preoccupazione eccessiva per gli eventi della vita
Aumento della pressione sanguigna
Aumento della frequenza del polso
Aumento della frequenza respiratoria
Sudorazione
Vertigini
Fatigue
Disturbi del modello di sonno
Cambiamenti nel modello intestinale
Cambiamenti nel modello di alimentazione
1402 Autocontrollo dell'ansia	1	2	3	4	5
Controlla l'intensità dell'ansia
Pianifica strategie di coping per situazioni stressanti
Usa efficaci strategie di coping
Usa tecniche di rilassamento per ridurre l'ansia
Mantiene la concentrazione
Controlla le manifestazioni fisiche dell'ansia
Controlla le manifestazioni comportamentali dell'ansia
Controlla la risposta all'ansia

NIC

5820 Riduzione dell'ansia

- Cercare di capire come l'assistito vive una situazione di stress
- Stare vicino alla persona per promuovere la sicurezza e ridurre la paura
- Ascoltare con attenzione
- Incoraggiare l'assistito a trovare le parole per esprimere le sue sensazioni, percezioni e paure
- Rilevare i cambiamenti del livello di ansia
- Assicurare attività orientate alla riduzione della tensione
- Aiutare l'assistito a individuare le situazioni che aumentano l'ansia
- Sostenere l'uso di appropriati meccanismi di difesa
- Osservare per rilevare le manifestazioni, verbali e non verbali, di ansia

8180 Consulenza telefonica

- Identificare le preoccupazioni legate allo stato di salute
- Determinare la risposta psicologica alla situazione e la disponibilità di sistemi di supporto
- Stabilire se le preoccupazioni espresse richiedono una ulteriore valutazione
- Fornire chiare istruzioni su come accedere all'assistenza necessaria se le preoccupazioni sono immediate
- Identificare i problemi attuali/ potenziali correlati all'attuazione del regime di cura di sé
- Fornire informazioni sulle risorse della comunità, su programmi educativi, gruppi di sostegno e gruppi di auto-aiuto, se indicato
- Fornire i servizi in una maniera che dimostri sollecitudine e sostegno
- Mantenere la riservatezza, se indicato

5340 Presenza

- Usare parole che esprimono empatia o comprensione dell'esperienza che la persona sta facendo
- Prestare ascolto alle preoccupazioni della persona
- Usare il silenzio quando è opportuno
- Toccare la persona per esprimere la propria partecipazione, se appropriato
- Essere fisicamente disponibili a prestare aiuto
- Rimanere fisicamente presenti senza aspettarsi necessariamente risposte che esprimano reciprocità
- Rimanere vicino alla persona per darle sicurezza e ridurre la sua paura
- Rimanere vicino alla persona per rassicurarla nei periodi di maggiore ansia

(Continua)

5380 Miglioramento della sicurezza

- Garantire un ambiente sicuro
- Trattenersi con l'assistito per fornire sicurezza e protezione durante i periodi di ansia
- Discutere in anticipo i cambiamenti previsti (per esempio, il trasferimento da un reparto a un altro)
- Evitare di causare situazioni emotivamente intense
- Ascoltare le preoccupazioni del paziente/ dei familiari
- Aiutare l'assistito/i suoi familiari a identificare i fattori che aumentano il senso di sicurezza
- Aiutare la persona a identificare le risposte di coping abituali
- Assistere la persona a usare le risposte di coping rivelatesi efficaci nel passato

Allegato n° 4: 00153- RISCHIO DI AUTOSTIMA SITUAZIONALE SCARSA

NOC

<i>1205 Autostima</i>	1	2	3	4	5
Livello di fiducia
Descrizione dei successi sul lavoro
Descrizione di orgoglio di sé
Sentimento del proprio valore
<i>1501 Prestazioni di ruolo</i>	1	2	3	4	5
Capacità di soddisfare le aspettative di ruolo
Prestazioni nei comportamenti di ruolo sul lavoro
Prestazioni nei comportamenti di ruolo nella comunità

NIC

<i>5400 Miglioramento dell'autostima</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Determinare la fiducia della persona nel proprio giudizio - Incoraggiare la persona a identificare i propri punti di forza - Esprimere fiducia nella capacità dell'assistito di gestire la situazione - Aiutare l'assistito a riesaminare le percezioni negative di se stesso - Indagare sulle ragioni dell'autocritica e del senso di colpa

Allegato n°5: 00053- ISOLAMENTO SOCIALE

NOC

<i>1203 Gravità della solitudine</i>	1	2	3	4	5
Senso di paura infondata
Senso di smarrimento causato dalla separazione da qualcuno
Senso isolamento sociale
Senso di non essere compreso
Senso del essere escluso
Difficoltà nello stabilire un contatto con altre persone
Compromissione della concentrazione
<i>1504 Sostegno sociale</i>	1	2	3	4	5
Denaro messo a disposizione da altri, se necessario
Tempo messo a disposizione da altri
Informazioni messe a disposizione da altri
Assistenza emozionale fornita da altri
Persone che possono aiutare quando necessario
Volontà di chiedere aiuto ad altri
Rete di assistenza sociale
Contatti di sostegno sociale
Aiuto offerto da altri

00052- INTERAZIONI SOCIALI COMPROMESSE

NOC

<i>1503 Coinvolgimento sociale</i>	1	2	3	4	5
Interagisce con gli amici intimi
Interagisce con i vicini
Interagisce con i familiari
Interagisce con i colleghi di lavoro

00053- ISOLAMENTO SOCIALE/ 00052- INTERAZIONI SOCIALI
COMPROMESSE

NIC

5390 Potenziamento della consapevolezza di sé

- Incoraggiare la persona a riconoscere e parlare dei propri pensieri e sentimenti
- Facilitare l'identificazione da parte della persona dei normali modelli di risposta alle varie situazioni
- Affrontare i sentimenti ambivalenti (collera e depressione) della persona
- Fare osservazioni sull'attuale stato emozionale della persona
- Aiutare la persona a identificare i sensi di colpa
- Aiutare la persona a identificare le situazioni che suscitano ansia
- Facilitare l'espressione di sé con il gruppo di amici o coetanei

5440 Potenziamento dei sistemi di sostegno

- Accertare la risposta psicologica alla situazione e la disponibilità di sistemi di sostegno
- Determinare l'adeguatezza della rete sociale esistente
- Determinare i sistemi di sostegno in uso attualmente
- Determinare le barriere all'uso dei sistemi di sostegno
- Indirizzare a gruppi di autoaiuto, come appropriato
- Accertare che le risorse della comunità siano adeguate a identificare i punti di forza e di debolezza
- Spiegare alle altre persone come possono essere d'aiuto

5100 Miglioramento della socializzazione

- Incoraggiare a un maggior coinvolgimento nei rapporti già instaurati
- Incoraggiare i rapporti con le persone che hanno interessi e obiettivi comuni
- Incoraggiare la condivisione di problemi comuni con altre persone

Allegato n° 6: 00069- COPING INEFFICACE

NOC

<i>1302 Coping</i>	1	2	3	4	5
Manifesta senso di controllo
Riferisce una diminuzione dello stress
Esprime accettazione di una situazione
Modifica lo stile di vita secondo necessità
Si adatta ai cambiamenti della vita
Usa il sostegno sociale disponibile
Ricorre a comportamenti che riducono lo stress
Individua strategie multiple di coping
Ricorre a strategie efficaci di coping
Cerca aiuto da un professionista sanitario quando necessario
Riferisce una diminuzione dei sintomi fisici di stress
Riporta un aumento del comfort psicologico
<i>1305 Adattamento psicosociale ai cambiamenti della vita</i>	1	2	3	4	5
Mantiene l'autostima
Mantiene la produttività
Riferisce di sentirsi utile
Esprime ottimismo per il presente
Esprime ottimismo per il futuro
Riferisce di sentirsi impotente
Identifica molteplici strategie di coping
Adotta efficaci strategie di coping
Si rivolge al sostegno sociale disponibile

<i>Miglioramento del coping</i>
<ul style="list-style-type: none">- Valutare l'impatto della situazione di vita della persona sui suoi ruoli e le sue relazioni- Incoraggiare un atteggiamento di speranza realistica come modo di affrontare il senso di impotenza- Cercare di capire la percezione della persona rispetto alle situazioni di stress- Far fronte ai sentimenti ambivalenti della persona (arrabbiata o depressa)- Esplorare insieme all'assistito i metodi che ha adottato in precedenza per affrontare i problemi della vita- Sostenere l'uso di appropriati meccanismi di difesa- Incoraggiare l'espressione verbale di sentimenti, percezioni e paure- Incoraggiare la persona a identificare le proprie risorse e capacità- Valutare i bisogni/ desideri di sostegno sociale della persona- Aiutare la persona a identificare i sistemi di sostegno disponibili- Aiutare la persona a identificare strategie positive per affrontare i propri limiti e gestire i necessari cambiamenti di ruolo o di stile di vita
<i>Counseling</i>
<ul style="list-style-type: none">- Stabilire una relazione terapeutica fondata sulla fiducia e sul rispetto- Incoraggiare l'espressione delle emozioni- Aiutare la persona a identificare il problema o la situazione che provoca sofferenza- Usare tecniche di riflessione e chiarificazione per aiutare la persona a esprimere le proprie preoccupazioni- Chiedere all'assistito/ alle altre persone significative di identificare ciò che possono/ non possono fare rispetto a quanto sta succedendo- Aiutare la persona a identificare i propri punti di forza, e rinforzarli ulteriormente

(Continua)

Sostegno emozionale

- Discutere con la persona delle esperienze emozionali
- Dichiarare sostegno o empatia nei confronti della persona
- Abbracciare o toccare sulla spalla la persona per esprimergli sostegno
- Sostenere l'uso di appropriati meccanismi di difesa
- Aiutare la persona a riconoscere stati d'animo come l'ansia, la collera o la tristezza
- Incoraggiare la persona a esprimere l'ansia, la collera o la tristezza
- Aiutare la persona a identificare il suo abituale modello di risposta quando deve affrontare la paura
- Incoraggiare la persona a parlare o a piangere come mezzo per diminuire la risposta emozionale
- Rimanere accanto alla persona e garantirle rassicurazione e protezione nei periodi di ansia
- Dare indicazioni per il counseling, se appropriato

Allegato n°7: 00177 SOVRACCARICO PSICOFISICO DA STRESS

NOC

1212 Livello di stress	1	2	3	4	5
Pressione sanguigna elevata
Aumento della frequenza del polso radiale
Aumento della frequenza respiratoria
Aumento della tensione muscolare nel collo, spalle e/ o schiena
Sudorazione dei palmi delle mani
Bocca e gola secca
Diarrea
Frequenza delle minzioni
Cambiamento nell'apporto di alimenti
Dolori di stomaco
Irrequietezza
Disturbi del sonno
Dimenticanze e blocco mentale
Diminuzione dell'attenzione ai dettagli
Incapacità a concentrarsi sui compiti
Scoppi emotivi
Ansia
Depressione
Pensieri oppressivi
Comportamento compulsivo
Aumento del consumo di alcol
Aumento del consumo di farmaci psicotropi
Aumento del consumo di sigarette
Assenteismo
Diminuzione della produttività

NIC

5330 Gestione dell'umore

- Assicurare o indirizzare la persona al trattamento psicoterapico (per esempio, comportamento cognitivo, interpersonale, coniugale, familiare, di gruppo), se appropriato
- Assistere la persona a identificare i pensieri e le sensazioni dipendenti dal disturbo dell'umore
- Assistere la persona a scaricare le proprie tensioni in modo appropriato (per esempio, uso del sacco per allenamento, arte terapia e attività fisica intensa)
- Assistere la persona a identificare le cause scatenanti il disturbo dell'umore (per esempio, squilibri chimici, fattori situazionali stressanti, dolore/perdita e problemi fisici)
- Assistere la persona a identificare le cause scatenanti modificabili e non modificabili
- Assistere la persona nell'identificare le risorse disponibili e le capacità/ forze personali per modificare le cause scatenanti il disturbo dell'umore
- Insegnare nuove strategie di coping e di soluzione dei problemi
- Guidare nello sviluppo e mantenimento delle strutture di sostegno (per esempio, famiglia, amici, risorse spirituali, gruppi di sostegno e counseling)
- Assistere la persona a prevedere e ad affrontare i cambiamenti della vita (per esempio, nuovo lavoro, perdita di occupazione, nuove persone)

6040 Terapia di rilassamento semplice

- Descrivere la base razionale del rilassamento, i benefici, i limiti e le modalità di rilassamento (per esempio, musicoterapia, meditazione e rilassamento muscolare progressivo)
- Personalizzare il contenuto dell'intervento di rilassamento (per esempio, chiedendo di dare suggerimenti relativi a possibili cambiamenti)
- Stimolare i 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
- Prevenire il bisogno dell'uso del rilassamento
- Usare la terapia del rilassamento singolarmente oppure in associazione ad altri interventi, se appropriato

Allegato n° 8: 00145 RISCHIO DI SINDROME POST TRAUMATICA

NOC

<i>1208 Livello di depressione</i>	1	2	3	4	5
Umore depresso
Perdita di interesse nelle attività
Assenza di piacere nelle attività
Ridotta concentrazione
Inappropriato senso di colpa
Stanchezza
Senso di inutilità
Insonnia
Aumento di peso
Aumento di appetito
Tristezza
Crisi di pianto
Disperazione
Diminuzione dell'autostima
Irritabilità
Eccessivo senso di colpa
Perdita di peso
Diminuzione di appetito
Aumento dell'uso di alcol
<i>1409 Autocontrollo della depressione</i>	1	2	3	4	5
Sorveglia la capacità di concentrazione
Sorveglia l'intensità della depressione
Sorveglia le manifestazioni comportamentali correlate alla depressione
Riferisce un sonno adeguato
Sorveglia le manifestazioni fisiche della depressione
Riferisce un miglioramento dell'umore
Mantiene un peso corporeo stabile
Evita l'abuso di alcol

(Continua)

1902 Controllo dei rischi	1	2	3	4	5
Riconosce i fattori di rischio
Sorveglia i fattori di rischio ambientale
Sorveglia i fattori di rischio relativi al comportamento personale
Sviluppa efficaci strategie di controllo dei rischi
Modifica lo stile di vita per ridurre i rischi
Partecipa allo screening per problemi correlati alla salute
Ricorre ai servizi di assistenza sanitaria adeguati alle necessità
Usa sistemi di sostegno personale per controllare i rischi
Sorveglia i cambiamenti dello stato di salute

NIC

6160 *Intervento in caso di crisi*

- Esortare la persona a esprimere le sue emozioni in modo non distruttivo
- Aiutarla a identificare i fattori scatenanti e le dinamiche della crisi
- Aiutarla a identificare le capacità di coping utilizzate nel presente o nel passato e la loro efficacia
- Aiutarla a identificare le risorse e le capacità personali che possono essere usate per la risoluzione della crisi
- Aiutarla nello sviluppo di nuove capacità di coping e di soluzione dei problemi, se necessario
- Aiutarla nell'identificazione dei sistemi di sostegno disponibili

4920 *Ascolto attivo*

- Servirsi di domande e affermazioni per incoraggiare l'assistito a esprimere pensieri, sensazioni e preoccupazioni
- Concentrarsi interamente sull'interazione eliminando i pregiudizi, prevenzioni, supposizioni, interesse per questioni personali che preoccupano e altre distrazioni
- Mostrare consapevolezza e sensibilità nei confronti delle emozioni
- Adottare un comportamento non verbale che faciliti la comunicazione (per esempio, essere consapevoli dei messaggi non verbali che la posizione fisica sta inviando)
- Prestare ascolto ai messaggi e alle sensazioni inesprese, così come al contenuto, della conversazione
- Essere consapevoli delle parole che si evita di usare, così come del messaggio non verbale che si accompagna alle parole che si dicono
- Identificare i temi predominanti
- Determinare il significato del messaggio riflettendo su atteggiamenti, esperienze passate e situazione presente
- Evitare barriere all'ascolto attivo (quali, per esempio, minimizzare le sensazioni, suggerire soluzioni facili, interrompere, parlare di sé, conclusione prematura)
- Usare il silenzio/ l'ascolto per incoraggiare l'espressione di sensazioni, pensieri e preoccupazioni

ACRONIMI

China CDC: Chinese Centers for Disease Control and Prevention

CSG: Gruppo di Studio sul Coronavirus

ICTV: International Committee on Taxonomy of Viruses

SARS-CoV-2: Sindrome Respiratoria Acuta grave Coronavirus-2

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

COVID-19: Corona Virus Disease 2019

PHEIC: Public Health Emergency of International Concern

IASC: Inter-Agency Standing Committee

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NIC: Nursing Interventions Classification

NOC: Nursing Outcomes Classification

DPI: dispositivi di protezione individuale

PTSD: post-traumatic stress disorder

BIBLIOGRAFIA

- Adhanom Ghebreyesus, T. (2020). Addressing mental health needs: An integral part of COVID -19 response. *World Psychiatry, 19*(2), 129–130.
- Antonicelli, T., Capriati, E., Laforgia, A., Porcelli, R., Sgaramella, A., & Foschino Barbaro, M. G. (2020). Emergenza COVID-19: Aspetti psicosociali e buone prassi per promuovere il benessere psicologico. *Psicoterapeuti In-Formazione, 1–16*.
- Arcadi, P., Simonetti, V., Ambrosca, R., Cicolini, G., Simeone, S., Pucciarelli, G., Alvaro, R., Vellone, E., & Durante, A. (2021). Nursing during the COVID-19 outbreak: A phenomenological study. *Journal of Nursing Management, 9*.
- Arnetz, J. E., Goetz, C. M., Sudan, S., Arble, E., Janisse, J., & Arnetz, B. B. (2020). Personal protective equipment and mental health symptoms among nurses during the COVID-19 pandemic. *Journal of Occupational & Environmental Medicine, 62*(11), 1–6.
- Biondi, M., & Iannitelli, A. (2020). CoViD-19 and stress in the pandemic: “Sanity is not statistical.” *Rivista Di Psichiatria, 55*(3), 1–4.
- Cabarkapa, S., Nadjidai, S. E., Murgier, J., & Ng, C. H. (2020). The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. *Brain, Behavior, & Immunity - Health, 8, 9*.
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological impacts and coping strategies of front-line medical staff during COVID-19 outbreak in hunan, china. *Medical Science Monitor, 26*, 1–16.
- Carpenito, L. J. (2002). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice* (Nona ed.). Lippincott.

- Carpiniello, B. (2020). I servizi di salute mentale al tempo del COVID-19. *NÓOς - Aggiornamenti in Psichiatria*, 1–4.
- Center for the study of traumatic stress. (2020). *Sustaining the Well-Being of healthcare personnel during infectious disease outbreaks*.
- Chew, N. W. S., Lee, G. K. H., Tan, B. Y. Q., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J. H., Yeo, L. L. L., Ahmad, A., Ahmed Khan, F., Napolean Shanmugam, G., Sharma, A., Komalkumar, R. N., Meenakshi, P. V., Shah, K., Patel, B., Chan, B. P. L., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J. J. Y., ... Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 559–565.
- Di Tecco, C., Ronchetti, M., Ghelli, M., Persechino, B., & Iavicoli, S. (2020, April 10). *Gestione dello stress e prevenzione del burnout negli operatori sanitari nell'emergenza COVID-19*. INAIL.
- Dochterman, J. M. C., Bulechek, G. M., & Calamandrei, C. (2007). *Classificazione nic degli interventi infermieristici*. CEA.
- Ho, C., Chee, C., & Ho, R. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of CoronavirusDisease 2019 (COVID-19) beyond paranoia and panic. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 49(3), 158.
- Inter-Agency Standing Committee. Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2020). Nota informativa. Gestire la salute mentale e gli aspetti psicosociali da epidemia di COVID-19 (Versione 1.5). Milano/Bologna: Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia/Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna.
- Labrague, L. J., & Santos, J. A. A. (2020). COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 3–15.

- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), 1–12.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–100.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2007). *Classificazione NOC dei risultati infermieristici*. CEA.
- Paccagnella B. (2005), *L'evoluzione del concetto di salute*. Pace Diritti Umani, Marsilio Ed. Venezia
- Pavone, I. (2020). La dichiarazione di pandemia di covid-19 dell'OMS: implicazioni di governance sanitaria globale (pp.3-4). *BioLaw Journal*
- Price, B., & Harrington, A. (2016). *Critical thinking and writing for nursing students (transforming nursing practice series)* (Terza ed.). Learning Matters.
- Rana, W., Mukhtar, S., & Mukhtar, S. (2020). Mental health of medical workers in pakistan during the pandemic COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 1–2.
- Rigon, L. A. (2014). *Collegamenti NANDA-I con NOC e NIC. sostenere il ragionamento clinico e la qualità dell'assistenza* (2nd ed.). CEA.
- Saiani, L., & Brugnolli, A. (2013). *Trattato di cure infermieristiche* (2nd ed., Vol. 1). Idelson-Gnocchi.
- Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*, 323(21), 1–2.
- Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D. E., Ye, S., Agarwal, S., Birk, J. L., Brodie, D., Cannone, D. E., Chang, B., Claassen, J., Cornelius, T., Derby, L., Dong, M.,

Givens, R. C., Hochman, B., Homma, S., Kronish, I. M., Lee, S. A. J., ... Abdalla, M. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among new york healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry*, 66, 1–8.

World Health Organization (2013), Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020 (pp. 8-9)

World Health Organization. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020. World Health Organization.

Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in january and february 2020 in china. *Medical Science Monitor*, 26, 1–8.

SITOGRAFIA

Accesso dati effettuato da Dicembre 2020 a Marzo 2021

Che cos'è il nuovo coronavirus. (2021, February 12). Ministero della salute.

URL:<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=231>

De Mei, B., Lega, I., Sampaolo, L., & Valli, M. (2020, March 28). *COVID-19: Gestione dello stress tra gli operatori sanitari.* EpiCentro - Istituto Superiore di Sanità.

URL: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gestione-stress-operatori>

L'Organizzazione mondiale della sanità dichiara il coronavirus pandemia. (2020, March 11). Ministero della salute.

URL:<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?menu=notizie&id=4209>

Naming the 2019 coronavirus. (n.d.). ICTV.

URL:<https://talk.ictvonline.org/information/w/news/1300/page>

Punzo, O., Bella, A., Riccardo, F., Pezzotti, P., & D'Ancona, F. (2020, January 16).

Tutto sulla pandemia di SARS-CoV-2. EpiCentro - Istituto Superiore di Sanità.

URL: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2>

Regolamento sanitario internazionale (2005). (2005, May 23). Fedlex - La Piattaforma Di Pubblicazione Del Diritto Federale.

URL:<https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/343/it>

Stress post traumatico. (n.d.). EpiCentro - Istituto Superiore di Sanità.

URL:<https://www.epicentro.iss.it/stress/>

WHO. (2020a, March 11). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 march 2020* [Press release].

URL:<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

WHO. (2020b, March 27). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 27 march 2020* [Press release].

URL:<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---27-march-2020>

WHO coronavirus (COVID-19) dashboard. (n.d.). World Health Organization.

URL:<https://covid19.who.int/>

WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the constitution. (n.d.). World Health Organization.

URL:<https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>

RINGRAZIAMENTI

Vorrei ringraziare i tutor che mi hanno guidato in questo percorso formativo, apportando conoscenze ed insegnamenti indispensabili alla mia crescita professionale.

Ringrazio la mia relatrice, Silvia Giacomelli, per la disponibilità, l'attenzione ed i preziosi consigli durante la stesura di quest'elaborato.

Ringrazio il mio correlatore, Serafin Caneda D'Ambrosi, per aver creduto in me e riposto fiducia non solo nella mia persona ma anche nelle mie capacità e competenze. Ti ringrazio per la presenza ed il supporto, anche morale, che hai saputo darmi sin da subito.

Vorrei ringraziare me stessa.

In questi tre anni sono caduta, ho dubitato e mi hanno fatto dubitare delle mie capacità, sono stata sopraffatta dall'ansia e dallo stress ma, nonostante ciò, in fondo mai ho pensato di non potercela fare. Con grande determinazione e tenacia ho studiato ed imparato, crescendo sia come professionista che come persona, cercando di dare sempre il meglio. Posso dire di essere fiera ed orgogliosa di me stessa per aver raggiunto questo traguardo. Certamente, aver avuto accanto le persone giuste nei momenti giusti ha aiutato.

Ai miei genitori, questo traguardo è anche il vostro. Grazie per sostenermi e spronarmi sempre a puntare in alto. I vostri sacrifici, la vostra forza e il vostro coraggio di fronte agli imprevisti della vita mi hanno reso la persona che conoscete. Siete la mia più grande fonte d'ispirazione.

A mia sorella, senza di te non sarei arrivata fino a qui. Grazie per aver condiviso con me tutti gli alti e i bassi di questi tre anni e per essere sempre al mio fianco.

Alla mia famiglia portoghese che sento vicina a me ogni giorno. Siete sempre riusciti ad abbattere la distanza che ci divide, mostrandomi tutto il supporto ed incoraggiamento di cui avevo bisogno. Avó Lucia, avô Armindo, tio Quito e tia Noca, vi sarò sempre grata per tutto quello che fate per me.

A Carlo, che nonostante la distanza, mi è sempre stato vicino. Grazie per avermi supportato e sopportato in tutte le tappe di questo percorso, camminando sempre al mio fianco.

A Chiara, la persona che, da ben otto anni, è parte della mia famiglia. Ci siamo viste crescere, diventando adulte. Ci siamo supportate a vicenda, iniziando e finendo due percorsi, insieme. Abbiamo festeggiato, riso e pianto di felicità di fronte ai successi e ci siamo sempre date una mano a rialzarci di fronte agli ostacoli, non lasciandoci mai sole. Ti ringrazio per la nostra amicizia. Non vedo l'ora di vivere un'altra "avventura", insieme.

A Stefano, che negli anni mi ha vista crescere e diventare chi sono ora. Grazie per aver condiviso con me alcuni dei momenti più significativi.

Alle amiche e colleghe che ho incontrato in questo percorso. Senza di voi, questa, non sarebbe stata la stessa esperienza. Con la vostra presenza avete reso questi anni indimenticabili. Grazie per aver condiviso insieme a me tutti i momenti di gioia, di spensieratezza ma anche di disperazione. Grazie per avermi sempre incoraggiata e supportata nei momenti di sconforto. Ognuna di voi mi ha insegnato tanto e per questo vi ringrazio.