



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

Scuola di Medicina e Chirurgia Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**ANALISI DEGLI INTERVENTI INFERMIERISTICI NEI PAZIENTI
ADOLESCENTI IN SPDC: UN'INDAGINE QUALITATIVA FENOMENOLOGICA**

Relatore: Dott. Carlo Alberto Camuccio

Laureanda: Dal Bon Aurora

(matricola n° 1196552)

Anno accademico: 2020-2021

Corso di Laurea in Infermieristica, sede di Feltre

ABSTRACT

OBIETTIVO: la metà dei disturbi mentali nell'età adulta inizia nell'adolescenza ma nella maggior parte dei casi non vengono riconosciuti i primi segni e sintomi che si presenteranno nell'età adulta in maniera accentuata che vanno a compromettere l'integrità fisica e mentale dell'individuo. Invece che affrontare i disagi riscontrati nell'adulto mi sono focalizzata nell'adolescente, visto anche il periodo pandemico nel quale si sono viste le conseguenze che hanno causato alla loro salute mentale. In particolar modo lo scopo della mia ricerca è quello di analizzare le specificità dell'assistenza infermieristica ad un paziente minore e le difficoltà assistenziali esperite dagli infermieri degli SPDC.

MATERIALI E METODI: sono state condotte delle interviste semi-strutturate agli infermieri che hanno prestato assistenza a pazienti minorenni nel loro percorso lavorativo nell'ULSS1 Dolomiti dal 17/02 al 18/03. La griglia d'intervista è composta da delle domande dalla durata di circa 20-30 minuti effettuate in un luogo tranquillo, garantendo la privacy previo consenso.

RISULTATI: i dati ottenuti dalle varie interviste sono stati distillati in una tabella in base alle informazioni significative permettendomi di analizzare e riassumere i quesiti posti: esperienza, patologie presentate, caratteristiche sociali predominanti, difficoltà assistenziali, relazione ed eventuali consigli per i sanitari. Troviamo molte affinità ma anche disuguaglianze. La pandemia ha accentuato lo sviluppo di casi tra gli adolescenti e gli infermieri hanno riscontrato un effetto negativo sul loro percorso di cura a causa di un maggior numero di norme imposte.

CONCLUSIONE: sono stati individuate le principali difficoltà condivise dagli infermieri in merito l'assistenza agli adolescenti: Sono emerse delle difficoltà legate all'assistenza: maggior senso di responsabilità, difficoltà ad instaurare una relazione di fiducia, non aderenza terapeutica con incapacità di rispondere ai bisogni dei pazienti minori. In relazione all'ultimo punto gli infermieri incoraggiano lo sviluppo di competenze per garantire un processo assistenziale completo attraverso corsi di aggiornamento da esperti.

INDICE:

Introduzione.....	3
CAPITOLO 1 - QUADRO TEORICO	
1.1 La storia della psichiatria.....	4
1.2 L'assistenza nell'ospedale psichiatrico.....	6
1.3 Il disturbo mentale.....	8
1.4 Il dipartimento di salute mentale.....	9
CAPITOLO 2 - I MINORI IN PSICHIATRIA	
2.1 L'adolescente.....	11
2.2 I servizi che danno supporto ai minori.....	12
2.3 L'adolescente durante il periodo pandemico da COVID-19.....	14
CAPITOLO 3 - MATERIALI E METODI	
3.1 Scopo della ricerca.....	17
3.2 Quesiti di ricerca.....	17
3.3 Analisi dei dati.....	17
3.4 Disegno dello studio.....	18
3.5 Campionamento.....	18
3.6 Attività di raccolta dati.....	18
3.7 Affidabilità dei dati raccolti.....	19
CAPITOLO 4 - RISULTATI	
4.1 Risultati della ricerca.....	20
CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE E CONCLUSIONE	
5.1 Discussione dei risultati.....	32
5.2 Conclusione.....	36
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	37

INTRODUZIONE

Il tema dei giovani e della loro salute mentale è un argomento che si sta discutendo molto non solo nell'ambito scolastico ma anche a seguito dell'epidemia da COVID-19 che ha portato gli adolescenti ad effettuare cambiamenti inaspettati e nel loro stile di vita sia sociale che nella routine giornaliera.

Nel mio percorso dei tre anni di tirocinio purtroppo non sono mai riuscita a sperimentare l'ambito psichiatrico, da qui nasce l'interesse e volontà di approfondire nello specifico l'assistenza infermieristica rivolta ai minori affetti da disturbi psichiatrici che vengono ricoverati in strutture dove non sempre gli infermieri riescono a far emergere la loro autonomia professionale a causa della mancanza di protocolli e aggiornamenti specifici nel loro reparto.

Ho voluto impostare la ricerca iniziando dal quadro teorico riguardo la psichiatria, in particolare ho fatto un breve excursus sulla storia e le modalità in cui era basata l'assistenza negli ospedali prima delle riforme principali, ovvero la n°36/1904 e la conseguente legge n° 180/1978.

Descrivendo il disturbo mentale e le caratteristiche, attraverso le varie norme in materia della Regione Veneto e l'organizzazione provinciale di ciascuna sede, sono stati descritti i servizi che prestano assistenza ai minori. Visto l'aumentato interesse del Governo e delle Istituzioni verso gli adolescenti e salute mentale a seguito del lockdown imposto per prevenire la diffusione del COVID-19, grazie ad un articolo di letteratura sono emersi dati a sostegno della tesi.

L'indagine è stata condotta attraverso una serie di interviste semi-strutturate agli infermieri che hanno prestato assistenza infermieristica a minori dell'ULSS 1 Dolomiti (Feltre e Belluno) e dopo aver analizzato le informazioni ricevute sono stati uniti e discussi i risultati ottenuti.

CAPITOLO 1 - QUADRO TEORICO

1.1 STORIA DELLA PSICHIATRIA

“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità” (OMS) (1)

Come da definizione, la psichiatria è un settore specialistico della medicina che si occupa dello studio sperimentale, della prevenzione, della cura e della riabilitazione dei disturbi mentali. Inoltre, è definita come una "disciplina di sintesi", in quanto il mantenimento e il perseguimento della salute mentale, che è lo scopo fondamentale della psichiatria, viene ottenuto prendendo in considerazione diversi ambiti: medico farmacologici, neurologici, psicologici, sociologici, giuridici, politici.

Nel corso dei secoli e le diverse civiltà l'approccio, la visione e il trattamento relativo al “malato psichico” ha subito varie trasformazioni fondamentali da comprendere per arrivare fino ad oggi.

L'interpretazione magico-animalistica è la prima concezione psicopatologica in merito all'eziopatogenesi delle malattie mentali.

Gli antichi egizi sostenevano che tutte le malattie anche psichiche, indipendentemente dai segni e sintomi, avessero un'origine nel cuore, non c'era una separazione tra malattia fisica e psichica mentre tra il VI a.C. -VI secolo d.C. in Grecia e Roma il termine “folle” veniva attribuito negativamente all'uomo ribelle condannato da parte di un dio irato e punito dalle divinità affrontate con trattamenti di origine mistico-religiosa.

In questo periodo nasceva una nuova classe di guaritori- sacerdoti (le capo-re) che avevano il ruolo di intermediari con il mondo dell'invisibile con lo scopo di guarire, difendere e liberare i sudditi dalle forze avverse. Medicina e filosofia si intrecciano nell'interpretazione della natura e dell'uomo (passaggio dalla teoria animistica a naturalistica) connotato come un elemento della natura (aria, acqua, terra e fuoco).

Citiamo Ippocrate (460 a.C. – 377 a.C.) il quale identificò la salute e la malattia non più dipendenti dalle sacre divinità bensì regolata dalle circostanze della vita umana (in particolare risultante di quattro umori, da qui il nome teoria umorale). Basandosi sull'osservazione clinica individuò i primi segni e sintomi come:

- malattie psicotiche: disturbo mentale acuto con febbre
- manie: disturbo mentale acuto senza febbre
- melanconia: disturbo mentale stabilizzato o cronico (insania)
- eliminò l'epilessia (originariamente chiamato "morbo sacro" dovuto alla maledizione degli dèi) conferendogli il significato odierno.

Successivamente, tra il medioevo e l'età moderna, la psichiatria diviene lo studio delle vie e dei mezzi del diavolo e dei suoi servi, ogni riferimento alla cultura medica classica veniva mediato dalla teologia. In più le donne molte volte venivano accusate di stregonerie e condotte sul rogo.

Durante il periodo dell'età moderna la psichiatria oscilla tra l'umanitarismo e l'organicismo, essenzialmente è a-psicologica e radicata nella neuroanatomia e nella neurofisiologia.

Tra il Settecento e l'Ottocento Philippe Pinel (1793) "spezzò la catena degli alienati" consacrando il "folle" come "uomo malato" e Vincenzo Chiarugi (1793) pubblicò la sua prima opera medico-scientifica contenente i principi saldi della moderna psichiatria che ancora oggi riconosciamo.

Un altro grande contributo fu quello del pioniere tedesco Emil Kraepelin con l'opera "*Compendio di psichiatria*" (1883). In esso sono esaminate centinaia di osservazioni cliniche date dagli innumerevoli casi che aveva trattato durante le sue esperienze nei manicomi psichiatrici poi descritte in base alla sintomatologia per poi classificare le malattie mentali in base alle loro manifestazioni osservabili. Il suo pensiero era articolato nella moltitudine di sintomi a cui si poteva associare una diagnosi, cercare una o più cause correlate.

Nella seconda metà del XIX secolo si afferma la psichiatria basata su:

- organicismo e assimilazione della psichiatria alla neurologia con centralità delle indagini anatomiche e fisiologiche;
- Interesse per l'ereditarietà;
- Rifiuto di ogni eziologia psicologica e valorizzazione dell'osservazione obiettiva; dell'esperimento e dell'uso di test psicometrici;

- Sviluppo della nosografia psichiatrica;
- Piena medicalizzazione della psichiatria: per ogni malattia psichiatrica dovrebbe essere possibile individuare una forma clinica tipica e una causa.

1.2 ASSISTENZA NELL'OSPEDALE PSICHIATRICO

Gli ospedali psichiatrici, istituiti in Italia a partire dal XV secolo, furono regolati per la prima volta nel 1904. La costruzione di tali strutture venne richiesta da alcuni ordini monastici o dalle amministrazioni provinciali o da medici illustri. Dal 1728 gli ospedali psichiatrici furono richiesti da ordini ecclesiastici.

Nella seconda metà dell'800 si assiste in Italia ad una crescita esponenziale di manicomi intorno alla grande città dove i pazienti erano ricoverati divisi in base ai loro comportamenti e non secondo la nosografia psichiatrica.

Proprio per questo motivo si iniziò a discutere di una legge che potesse regolare tutti i manicomi del Paese che fino a quel momento avevano avuto piena autonomia per quanto riguarda le modalità di internamento. In questo periodo cominciavano le denunce per gli innumerevoli problemi all'interno delle strutture come la scarsità o la pericolosità dei locali, l'inadeguatezza degli strumenti di cura, le scarse condizioni igieniche, la mancanza di una registrazione clinica e il sovraffollamento.

Solo nel 1902 Giolitti presentò una nuova normativa al Senato "*Disposizioni intorno agli alienati e ai manicomi*" e, in seguito agli scandali e brutalità dei manicomi nel 1904 viene normata in tutto il regno d'Italia l'assistenza manicomiale e gli ospedali psichiatrici. Veniva chiarito in quattro punti fondamentali con la definita legge n° 36/1904:

1. l'obbligo di ricovero in manicomio soltanto per i dementi pericolosi o scandalosi;
2. l'ammissione solo dopo procedura giuridica, salvo casi d'urgenza;
3. l'attribuzione delle spese alle Province;
4. l'istituzione di un servizio speciale di vigilanza sugli alienati;

Vengono anche effettuate delle modifiche come:

- la dimissione del malato solo dopo un decreto del tribunale su richiesta del direttore del manicomio (piena autorità sul servizio sanitario, alta sorveglianza sulla gestione economica, finanziaria e potere disciplinare);
- “licenziamento in via di prova” conferito al malato migliorato.

Quest’ultimo si traduce in una dimissione temporanea del malato in seguito definitiva se risultava completamente sanato.

Già dal primo articolo possiamo intendere che questa legge aveva il fine di proteggere la società dal “malato folle” piuttosto che prendere in esame i suoi bisogni e diritti.

“Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi. sono compresi sotto questa denominazione, agli effetti della presente legge, tutti quegli istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere. Può essere consentita dal Tribunale, sulla richiesta del procuratore del re, la cura in una casa privata, e in tal caso la persona che le riceve e il medico che le cura assumono tutti gli obblighi imposti dal regolamento. Il direttore di un manicomio può sotto la sua responsabilità autorizzare la cura di un alienato in una casa privata, ma deve darne immediatamente notizia al procuratore del re e all'autorità di pubblica sicurezza.” (2)

Il 13 marzo 1978 venne abrogata la legge 180/ 1978 con cui vennero chiusi i manicomi e regolamentato il trattamento sanitario obbligatorio e successivamente il 23 dicembre con la legge 833 venne istituito il Servizio Sanitario Nazionale.

Con queste nuove norme introdotte da Franco Basaglia l’assistenza psichiatrica venne riorganizzata con l’intento di fondare rapporti tra malato e personale sanitario garantendo i diritti dell’uomo migliorando la qualità di vita.

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana” (3)

Il TSO (trattamento sanitario obbligatorio) rappresenta l'unica eccezione alla volontarietà del trattamento del paziente psichiatrico. Esso è a carico dei presidi sanitari pubblici ed è disposto dal sindaco su proposta di un medico e convalidato da due psichiatri del SSN (sistema Sanitario Nazionale).

I requisiti del trattamento sanitario obbligatorio sono:

- la persona è affetta da alterazioni psichiche tali da doversi attuare urgenti interventi terapeutici;
- la stessa rifiuta tali interventi;
- non esistono alternative extra ospedaliere al ricovero.

1.3 IL DISTURBO MENTALE

Come da definizione secondo l'OMS *“La salute mentale è uno stato di benessere in cui un individuo realizza le proprie capacità, può far fronte ai normali stress della vita, può lavorare in modo produttivo ed è in grado di dare un contributo alla propria comunità. Essa è fondamentale per la nostra capacità collettiva e individuale come esseri umani di pensare, emozionare, interagire tra loro, guadagnarsi da vivere e godersi la vita. Su questa base, la promozione, la protezione e il ripristino della salute mentale possono essere considerati una preoccupazione vitale degli individui, delle comunità e delle società in tutto il mondo”*. (4)

Il disturbo mentale è inteso come una sindrome caratterizzata da significativi problemi nel pensiero, nella regolazione delle emozioni, o nel comportamento di una persona, che riflettono una disfunzione dei processi psicologici, biologici o dello sviluppo che compongono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono generalmente accompagnati da sofferenza o difficoltà nelle abilità sociali, occupazionali e altre attività significative .(5)

Come modello di spiegazione del disturbo mentale non viene più utilizzato il modello biomedico a causa delle difficoltà a comprendere le relazioni causali tra condizioni somatiche e malattia ignorando i determinanti sociali e psicologici che possono interferire

nella risposta del soggetto. In più non viene a crearsi una relazione di fiducia tra medico-paziente nell'intero processo di cura.

Viene introdotto il modello bio-psico-sociale come interazione dello stato di salute e malattia in cui agiscono livelli macro (come l'esistenza di sostegno o la presenza di depressione) e processi che agiscono a livello micro (come squilibri a livello biochimico-cellulare). Lo scopo è la salvaguardia della malattia perseguita positivamente mediante un'attenzione alle necessità di ordine biologico, psicologico e sociale.

Esistono fattori di rischio e fattori di protezione per la salute mentale. I primi aumentano la probabilità che da una condizione di equilibrio si passi ad uno stato di sofferenza psichica. Questi fattori possono essere:

- Momenti critici del ciclo vitale;
- Momenti critici e di passaggio della vita familiare;
- Eventi di vita stressanti;
- Disagio sociale;
- Assenza o malfunzionamento del SSN.

I fattori di protezione aumentano la resistenza delle persone agli eventi stressanti e concorrono al mantenimento dello stato di benessere:

- Presenza di una rete sociale stabile;
- Capacità individuale di risposta allo stress.

1.4 IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il Dipartimento di salute mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno lo scopo di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL). Il DSM eroga i seguenti servizi seguenti:

- servizi per l'assistenza diurna: i Centri di Salute Mentale (CSM);
- servizi semiresidenziali: i Centri Diurni (CD)

- servizi residenziali: strutture residenziali (SR) distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio riabilitative;
- servizi ospedalieri: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH).

Il Centro di Salute Mentale è il primo passaggio per i cittadini con disagio psichico, esso *“coordina nell’ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche”* Eroga i seguenti servizi:

- trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni Day hospital strutture residenziali, ricoveri;
- attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio riabilitativi nell’ottica dell’approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica;
- attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formative. In alcuni CSM è attiva anche una linea telefonica dedicata ai medici di famiglia per counselling, durante l’orario di apertura;
- consulenza specialistica per i servizi “di confine” (alcolismo, tossicodipendenze ecc.), nonché per le strutture residenziali per anziani e per disabili;
- attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private accreditate, al fine di assicurare la continuità terapeutica;
- valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità delle pratiche e delle procedure adottate;
- intese e accordi di programma con i Comuni per, tra l’altro, inserimenti lavorativi degli utenti psichiatrici, affido etero-familiare ed assistenza domiciliare;
- collaborazione con Associazioni di volontariato, scuole, cooperative sociali e tutte le agenzie della rete territoriale. (6) (OMS, La rete dei servizi per la salute mentale, 20 gennaio 2022).

CAPITOLO 2 – I MINORI IN PSICHIATRIA

2.1 L'ADOLESCENTE

Sono sempre più frequenti le attenzioni che vengono rivolte ai giovani soprattutto dopo il periodo di quarantena da covid-19 che ha certamente sviluppato nuovi disagi e accentuato quelli già preesistenti.

Come da definizione si tratta di un momento delicato e impegnativo della vita di ogni persona, iniziano a crearsi le relazioni sociali, lo sviluppo di nuove abilità e comportamenti necessari per il loro futuro. Se da una parte viene inteso come il periodo delle scoperte e spartiacque tra il mondo adulto, esistono anche numerosi fattori di rischio che in qualche misura possono andare a danneggiare l'integrità mentale stessa.

Sono esposti maggiormente ad alcool e ad abuso di sostanze i quali possono creare successive dipendenze e comportare gravi conseguenze per se stesso e le persone attorno, le pressioni per conformarsi agli ideali riguardanti l'immagine del corpo, l'esclusione sociale, le difficoltà nell'accedere ai servizi di supporto, insieme ai rapidi cambiamenti fisiologici e neurologici e l'impulso all'esplorazione e alla sperimentazione, possono rendere difficile affrontare le varie sfide che i giovani di oggi incontreranno. (7)

L'OMS ancora una volta ci fornisce dati pertinenti rilevati da poco in materia di salute mentale adolescenziale:

- un bambino su sette tra i 10 e i 19 anni soffre di un disturbo mentale, che rappresenta il 13% del carico globale di malattie in questa fascia di età
- depressione, ansia e disturbi del comportamento sono tra i principali disturbi rilevati
- il suicidio è la quarta causa di morte tra i 15-19 anni
- le condizioni di salute mentale degli adolescenti si estendono all'età adulta, compromettendo la salute fisica e mentale limitando le opportunità di condurre una vita appagante da adulti

“La metà dei disturbi mentali si verifica prima dei 14 anni”

”Se questi vengono lasciati non trattati, si estendono nella vita adulta, influenzando così il raggiungimento dell'istruzione, l'occupazione, le relazioni o anche i genitori” (8).

2.2 I SERVIZI CHE DANNO SUPPORTO AI MINORI

“Esistenza (realizzazione) di un rete regionale integrata e completa di servizi per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi neuropsichici dell’età evolutiva”.

Queste sono le parole dell’Assessore Manuela Lanzarin in merito al PANSM (Piano di Azioni Nazionale per la Salute mentale,2013) nel capitolo dedicato alla tutela della salute mentale in infanzia e adolescenza in cui sono state evidenziate delle difficoltà organizzative nelle varie Regioni ai servizi di neuropsichiatria e alle risorse con conseguenti criticità dei risultati ottenuti.

A seguire, viene descritta l’offerta di “residenzialità ospedaliera” dedicata ai minori con patologie psichiatriche, definita dalla DGR 242/2012 e DGR 1026/2015

- Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP) per minori e adolescenti dove vengono effettuati percorsi residenziali ad alta intensità;
- Comunità Educativo Riabilitativa (CER) per minori e adolescenti dove vengono effettuati percorsi media e bassa intensità.

Inoltre, è stata evidenziata la necessità di aumentare l’offerta di posti letto di CTRP per minori e adolescenti. Essa deriva da un’analisi dell’incidenza e della prevalenza di disturbi psichiatrici e la necessità di garantire la risposta ai bisogni in modo omogeneo. I seguenti scopi:

- garantire la territorialità degli interventi;
- implementare il collegamento tra struttura residenziale e servizio inviante;
- mantenimento delle relazioni significative;
- reinserimento sociale;
- favorire la continuità terapeutica;
- coinvolgimento della rete familiare e sociale.

L’Azienda Ospedaliera ULSS 2 è stata individuata come Aree vaste mentre l’ULSS 1 Dolomiti fa riferimento, ad oggi, alle altre Aziende Sanitarie individuate come vaste. (9)

Di seguito verranno descritti quali siano i servizi dell’ULSS 2 che prestano assistenza agli adolescenti che presentano disagi e disturbi psicosociali:

“Neuropsichiatria Infantile”, “Consultorio Familiare” e “Età Evolutiva sono una delle Unità Operative Semplici che costituiscono l’Unità Operativa Complessa (U.O.C.) “Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori”. (10)

Sono obiettivi qualificanti della U.O.S. di Neuropsichiatria Infantile:

- la garanzia della presa in carico globale del bambino o dell’adolescente e della sua famiglia, secondo quanto previsto dalla normativa specifica;
- l’impostazione del progetto terapeutico e/o riabilitativo secondo una valutazione globale multiprofessionale specifica, al fine di garantire appropriatezza e completezza nella diagnosi, precisione e adeguatezza del progetto terapeutico, coerenza e continuità degli interventi di cura possibili e verifica degli esiti nel corso del tempo;
- lo sviluppo di percorsi assistenziali, provvedendo a garantire l’integrazione di tutte le competenze necessarie, perseguendo un coinvolgimento attivo dei pediatri di famiglia, e delle strutture, ivi comprese quelle ospedaliere, sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita.

L’ULSS 3 SERENISSIMA presenta il “*Servizio per l’Età Evolutiva - Polo adolescenti*” rivolto agli adolescenti dai 12 anni ai 21 anni che va dalla prevenzione, diagnosi e cura del disturbo psichiatrico. Esso ha una duplice funzione in base al percorso intrapreso: con accesso diretto per giovani a partire dai 14 anni per tematiche legate “*alla sessualità, alla contraccezione, alla prevenzione di gravidanze indesiderate e delle malattie sessualmente trasmissibili, e per aspetti legati alla crisi adolescenziale*”; il secondo su richiesta dei genitori “*per importanti difficoltà relazionali intrafamiliari, per segni e sintomi di esordi psicopatologici: gravi disturbi del comportamento, gravi disturbi di ansia, disturbi del comportamento alimentare, disturbi dell’umore, psicosi*” .

La neuropsichiatria infantile è un “servizio specialistico, rivolto a bambini e adolescenti tra gli 0 e i 17 anni che presentano disturbi dello sviluppo, disturbi del sonno, disturbi del comportamento alimentare, disturbi dell’umore, disturbi del pensiero (schizofrenia e altri disturbi psicotici) in comorbilità con disturbi del neuro sviluppo”. (11)

L’ULSS 1 è caratterizzata dall’ “L’Unità Operativa Semplice Età Evolutiva che si rivolge a soggetti in età evolutiva (0 -17 anni) e alle loro famiglie per alcuni disturbi che possono

insorgere nel corso dello sviluppo e che coinvolgono la motricità, il linguaggio, le relazioni sociali, il comportamento, il rendimento scolastico. L'attività di diagnosi e cura è caratterizzata da un'attività multiprofessionale e multidisciplinare. I punti cardini sono:

- la valorizzazione della famiglia come risorsa e/o interlocutore prioritario;
- lo sviluppo di sinergie con altri professionisti dell'età evolutiva sanitari e sociali e con le diverse agenzie istituzionali e scolastiche che operano in campo infantile;
- l'organizzazione in "equipe di lavoro" delle attività di più operatori che sviluppano un progetto cui consegue un programma diagnostico e/o riabilitativo. (12)

2.3 ADOLESCENTI E COVID-19

Il periodo della pandemia da COVID-19 ha portato grandi cambiamenti sociali nelle nostre comunità ma soprattutto nella nostra routine giornaliera.

In particolar modo bambini e adolescenti, a causa delle nuove regole imposte per contenere la diffusione della pandemia come la chiusura delle scuole, la sospensione delle attività extra-scolastiche e l'isolamento, ne hanno risentito maggiormente.

“la pandemia ha influenzato la salute mentale dei giovani, che rischiano in modo sproporzionato di sviluppare comportamenti suicidi e autolesionistici. Indica anche che le donne sono state colpite più gravemente degli uomini e che le persone con problemi di salute preesistenti, come asma, cancro e malattie cardiache, avevano più probabilità di sviluppare sintomi di disturbi mentali” (13)

Secondo dati dell'Ulss 2 da settembre 2021 sono stati presi in carico più di 100 ragazzi che presentavano:

- Il 37% dei ragazzi presi in carico presentava un disturbo misto ansioso-depressivo (almeno in metà dei casi associato a comportamenti autolesivi);
- Il 15% un problema comportamentale, il 10% un disturbo di personalità e un ulteriore 10% disturbi del comportamento alimentare;
- Il 28% presentava, in associazione a un quadro ansioso-depressivo, un problema di ritiro sociale e rifiuto scolastico.

È stato così creato il progetto “Outdoor- naturalmente insieme” con lo scopo di rispondere in maniera chiara e diretta ai bisogni degli adolescenti con diversi disturbi psicologici emersi nel durante il periodo pandemico e, allo stesso tempo, aiutare anche i genitori nella loro gestione sia sul piano personale che genitoriale. (14)

In letteratura troviamo molti studi in merito alla correlazione tra isolamento da COVID-19 e salute mentale degli adolescenti, nell’articolo “ Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown” (15) è stata condotta una revisione di alcuni articoli che trattano l’argomento utilizzando diversi termini Mesh.

Il punto cardine della ricerca è la quarantena che ha avuto effetti psicologici negativi come lo stress post-traumatico, confusione e rabbia che negli adolescenti è stato accentuato dalla chiusura delle scuole, la riduzione delle attività sportive, aumento del tempo trascorso sui social, ciclo sonno-veglia irregolare e minor diete appropriate.

Inoltre, gli studenti hanno sperimentato un periodo dominato dalle incertezze relative alla salute dei propri cari, la separazione dagli amici e la sospensione delle attività scolastiche.

È necessario sottolineare anche le conseguenze dell’utilizzo dei social da parte degli adolescenti, se da una parte è stato utile per mantenere attive la relazione e la comunicazione durante l’isolamento dall’altro canto un tempo eccessivo ai social media è correlato un aumento dei livelli di depressione e ansia.

“Il pesante lockdown e la paura dell’infezione” potrebbe aumentare i sintomi nei pazienti con disturbi psichiatrici già preesistenti. Uno studio condotto in UK su 2111 giovani, l’83% ha riportato che i loro sintomi sono peggiorati mentre il 26% ha riferito che non hanno più avuto accesso alle cure. Sono stati definiti “vulnerabili” a causa dell’ansia ad una possibile infezione, interruzione delle cure e inadeguata capacità di adattamento.

Per migliorare il senso di sicurezza dell’essere adolescente avevano identificato, insieme all’OMS, di seguire alcune raccomandazioni:

- promuovere la rassicurazione
- informazioni appropriate
- ridurre le azioni stressanti(limitare l’utilizzo dei media)
- promuovere modelli di vita bilanciati
- identificare le reazioni negative e sviluppare strategie di coping

- promuovere il dialogo
- mantenere appropriati stili di vita e contatti sociali
- evitare di fumare, alcool e droghe

In conclusione, gli adolescenti necessitano di notevole considerazione dai loro caregivers ma anche dal SSN per agevolare l'attivazione dei servizi e la cura dei disturbi mentali.

CAPITOLO 3. MATERIALI E METODI

3.1 SCOPO DELLA RICERCA

In letteratura non troviamo molti dati a sostegno della nostra tesi, proprio per questo motivo lo scopo dello studio è quello di analizzare le specificità dell'assistenza infermieristica ad un paziente minore e le difficoltà assistenziali esperite dagli infermieri degli SPDC durante il ricovero.

In particolare gli obiettivi specifici sono:

- identificare quali siano le difficoltà assistenziali riferite da ogni infermiere;
- analizzare ciascuna specificità;
- confrontare i risultati ottenuti.

3.2 QUESITI DI RICERCA

- Ha avuto esperienza di gestione di minorenni nel corso della sua pratica professionale?
- Vuole descriverla?
- Che tipo di patologie presentavano questi pazienti?
- Vi erano delle caratteristiche sociali particolari o predominanti?
- Che difficoltà ha incontrato nel prestare cura a questi pazienti di tipo assistenziale?
- Emotivamente l'assistenza è stata diversa da quella di un paziente adulto?
- La situazione attuale di pandemia ha avuto degli effetti negativi sul percorso di cura?
- Quale tipo di formazione o di aggiornamento consiglierebbe?

3.3 ANALISI DEI DATI

È stata svolta per il sostegno della tesi un'analisi dei contenuti Verbatim delle interviste secondo modalità di distillazione, in particolare sono state create delle tabelle in base al numero di infermieri intervistati in cui sono state evidenziate le frasi significative e successivamente delle parole schiavi per individuare il concetto essenziale.

3.4 DISEGNO DELLO STUDIO

È stato condotto uno studio qualitativo di natura fenomenologica presso l'Azienda Ulss 1 Dolomiti indagando prima quali siano i principali disturbi psichiatrici che si negli adolescenti, come si manifestano e quali siano i rischi.

3.5 CAMPIONAMENTO

Il campione comprendeva infermieri che prestano servizio nel reparto psichiatrico di Belluno e Feltre.

Criteri di inclusione: tutti gli infermieri che hanno prestato assistenza a pazienti minorenni nel loro percorso lavorativo all'interno della struttura.

Sono stati intervistati in totale 10 infermieri, 7 uomini e 2 donne che presentavano diversa esperienza lavorativa.

Non sono stati intervistati altri pazienti in quanto non hanno dato il loro consenso o non hanno reso possibile l'incontro.

Prima dell'intervista ogni infermiere è stato messo a conoscenza dell'obiettivo e del lavoro di elaborato finale.

Tutte le informazioni sono state raccolte in maniera anonima e riservata secondo le leggi vigenti.

3.6 ATTIVITÀ DI RACCOLTA DATI

La raccolta dati si è svolta dal 17/01/2022 al 14/03/2022 seguendo il seguente schema:

- creazione di un elenco degli infermiere che abbia prestato assistenza a minori;
- consenso da parte degli infermieri candidati a poter intervistare e registrare;
- analisi dei dati raccolti.

3.7 AFFIDABILITÀ DEI DATI RACCOLTI

Prima dell' intervista ogni infermiere è stato messo a conoscenza dell' obiettivo e del lavoro di elaborato finale.

Tutte le informazioni sono state raccolte in maniera anonima e riservata secondo le leggi vigenti.

Le interviste sono state realizzate in accordo con la coordinatrice infermieristica e dalla disponibilità degli infermieri in luoghi riservati e tranquilli per garantire la privacy, l'assenza di interruzioni esterna e con una corretta connessione ad internet.

Tutte le informazioni sono state registrate, previo consenso verbale, per permettere l'elaborazione dei dati successivamente.

CAPITOLO 4 - RISULTATI

In questo capitolo vengono riportati i risultati ottenuti dalle varie interviste con gli infermieri che hanno prestato assistenza a minori con disturbi psichiatrici.

I quesiti posti sono stati enunciati in maniera chiara e semplice con domande generali e altre specifiche alle quali gli infermieri hanno risposto con determinazione e professionalità.

Le domande sono le seguenti:

Ha avuto esperienza di gestione di minorenni nel corso della sua pratica professionale?

Vuole descriverla?

- Che tipo di patologie presentavano questi pazienti?
- Vi erano delle caratteristiche sociali particolari o predominanti?
- Che difficoltà ha incontrato nel prestare cura a questi pazienti di tipo assistenziale?
- Emotivamente l'assistenza è stata diversa da quella di un paziente adulto?
- La situazione attuale di pandemia ha avuto degli effetti negativi sul percorso di cura?
- Quale tipo di formazione o di aggiornamento consiglierebbe?

In totale sono stati intervistati otto infermieri, sei maschi e due donne.

La durata media delle interviste è stata di mezz'ora effettuate in un ambiente tranquillo dove non ci fossero interruzioni o pazienti nei dintorni per garantire la privacy e la corretta riuscita dell'obiettivo.

INFERMIERE	GENERE M/F	ESPERIENZA LAVORATIVA
1	M	lavora dal 2015 in psichiatria, non proprio reparto ma CSM e territorio
2	M	lavora in SPDC da 5-6 anni circa
3	F	lavora in psichiatria dal 2019(prima in altri reparti)

4	M	lavora in ambito psichiatrico da 14 anni
5	M	lavora da 18 in reparto psichiatrico
6	M	ha lavorato per circa 20 anni in SPDC
7	M	due anni che lavora in ambito psichiatrico
8	F	lavora in psichiatria dal 2018(prima era in un altro reparto)

Di seguito verranno evidenziate le frasi significative di ciascuna intervista con le relative parole chiave.

INFERMIERE 1

FRASE SIGNIFICATIVA	PAROLE CHIAVE
“esperienze difficoltose e molto faticose le dimissioni poiché dopo qualche giorno tornavano perché i genitori non riuscivano a gestirli”	GESTIONE DIFFICOLTOSA
“Depressione, assunzione incongrua di farmaci, tentati suicidi riusciti e non riusciti, autolesionismo per attirare l’attenzione, disturbo dell’adattamento e caratteriali, assunzione di sostanze(trattamento dell’astinenza)”	DISTURBI PSICHIATRICI TRATTATI
Si riusciva a instaurare una relazione d’aiuto ma ci voleva molto tempo Presenza della croce blu che li monitora continuamente, in un momento in cui ti distraevi loro utilizzavano qualunque metodo per attuare i loro fini	DIFFICOLTÀ RELAZIONALE RESPONSABILITÀ DOPPIA
I minori hanno degli impulsi diversi. Approccio paternalistico	RELAZIONE CON IL PAZIENTE
Ha avuto degli effetti negativi poiché i genitori potevano venire una volta al giorno per 30 minuti circa, gli amici erano contenuti nelle visite.	INFLUENZE NEGATIVE SUL LORO PERCORSO

<p>“come gestirlo in determinate situazioni”</p> <p>“Maggior scambio di informazioni tra il personale infermieristico con lo scopo di adottare una linea unica riguardo la gestione del minorenne e maggiori protocolli unici da seguire “</p> <p>“come aiutarli a evolversi e una difficoltà a inserirsi nel mondo reale”</p>	<p>AUTONOMIA DELL'INFERMIERE</p> <p>CENTRALITÀ DEL PAZIENTE</p> <p>PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE</p> <p>INSERIMENTO NELLA SOCIETÀ</p>
--	--

INFERMIERE 2

FRASE SIGNIFICATIVA	PAROLE CHIAVE
<p>“Lo sviluppo dei social ha portato i ragazzi a venir meno all' inter personalità “</p>	<p>OPINIONE PERSONALE</p>
<p>“segni e sintomi: instabilità emotiva, tendenza all'autolesionismo, discontrollo degli impulsi,</p>	<p>SEGNI E SINTOMI</p>

<p>personalità manipolatrice, appiattimento emotivo, fragilità emotiva e ricerca di protezione.</p> <p>Confuse sessualmente, pansessuali, promiscuità sessuale”</p>	
<p>“carenze d’affetto, disturbi dell’alimentazione, creare situazioni per attirare l’attenzione, difficoltà al dialogo e ad aprirsi , mancanza di socialità, fragilità”</p>	ELEMENTI SOCIALI
<p>“Il problema sono le influenze che i pazienti adulti possono dare a loro”</p> <p>“doppio rapporto” sia con i minori che con i genitori”</p> <p>“I minori sono più immaturi”</p>	IMITAZIONE DEI COMPORTAMENTI RAPPORTO PAZIENTI-INFERMIERI-GENITORI ADOLESCENTE
<p>“Emotivamente è diversa l’assistenza, certe esperienze ti “segnano”</p>	
<p>“L’unico momento di socialità era la scuola e lo sport, quando è venuto meno questo si</p> <p>sono create delle dinamiche che hanno portato i minorenni a sviluppare problemi di salute</p> <p>mentale”</p>	ISOLAMENTO E CONSEGUENZE
<p>“corso di aggiornamento specifico per adolescenti e neuropsichiatria infantile”</p> <p>“creare protocolli personalizzati per ogni paziente da seguire nello stesso modo”</p>	IMPREPARAZIONE PERSONALIZZAZIONE E UNIFORMITÀ DEL PERCORSO DI CURA

INFERMIERE 3

FRASE SIGNIFICATIVA	PAROLE CHIAVE
<p>“disturbo della personalità,</p> <p>caratteristiche violento e minaccioso”</p> <p>“l’infermiera ha subito delle minacce molto pesanti e per questo motivo si trovava in difficoltà e ha temuto per la propria vita”</p>	<p>ESPERIENZA</p> <p>MINACCE AL PERSONALE SANITARIO</p>

<p>“c'erano i suoi colleghi che l'hanno aiutata”</p>	<p>IMPORTANZA DI ESSERE SEMPRE PIÙ DI UNO (AIUTARSI A VICENDA)</p>
<p>“disturbi di personalità, disturbi borderline, ragazzo schizofrenico (delirante)”</p>	<p>PRESENTAZIONE DELLE PRINCIPALI DIAGNOSI</p>
<p>“particolari: situazione familiare difficile, assenza di un genitore, presenza di difficoltà pre-adolescenziale”</p>	<p>IMPORTANZA DEL VISSUTO</p>
<p>“l'infermiere assume un modo diverso rispetto agli adulti: un atteggiamento informale, diverso modo per avvicinarsi e instaurare una relazione”</p> <p>“non hanno autonomia decisionale e sente un maggior senso di responsabilità”</p>	<p>ALLEANZA TERAPEUTICA</p> <p>MAGGIORE RESPONSABILITÀ</p>
<p>Ha sempre cercato di mantenere il distacco emotivo”</p>	<p>DISTANZA TERAPEUTICA</p>
<p>“Non pensa che la pandemia abbia influito sul percorso di cura dei minorenni”</p>	
<p>“considera fondamentale la conoscenza della teoria(patologie, conoscenze della farmacologia e terapia di ogni paziente</p> <p>“comprende quali sono gli interventi infermieristici, l' efficacia e i risultati attesi”</p> <p>“maggior scambio di informazioni non solo tra infermieri, ma fondamentale tra l'equipe”</p>	<p>PROCESSO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA</p> <p>LAVORO DI EQUIPE</p>

INFERMIERE 4

<p>FRASE SIGNIFICATIVA</p>	<p>PAROLE CHIAVE</p>
----------------------------	----------------------

<p>“Lavora da 14 anni in psichiatria e nel suo percorso lavorativo ha incontrato pazienti minorenni e adulti”</p> <p>“ il minore era consumatore di THC(hashish e marijuana e a volte droga sintetica, raramente alcol)”</p>	<p>ESPERIENZA SIA CON MINORI CHE CON ADULTI</p> <p>ABUSO DI DROGHE E SOSTANZE</p>
<p>“principali sono autolesionismo, eterolesionismo, minacce, disturbo comportamentale”</p>	<p>DIAGNOSI PSICHIATRICHE</p>
<p>“Cambiamento della società(meno rispetto delle regole/ persone e maggiore propensione al rischio)”</p> <p>“personalità tossicofilia”</p>	<p>SVILUPPO SOCIALE</p> <p>PARTICOLARE</p>
<p>“avversità quasi assoluta del paziente di cercare di comprendere il suo percorso terapeutico/ di vita”</p> <p>“costruire una relazione di fiducia costruttiva”</p> <p>“Responsabilità: maggiore rispetto l’adulto soprattutto di pomeriggio e di notte”</p>	<p>NON ADERENZA TERAPEUTICA</p> <p>RELAZIONE INFERMIERE-PAZIENTE</p> <p>DIFFERENZA TRA ADULTO-MINORE</p>
<p>“nonostante il ragazzo si credeva il borsiere delle bande criminali e nonostante il carattere e aspetto esteriore non poteva considerarsi una persona formata per la sua età”</p>	<p>IMMATURITÀ</p>
<p>“Nonostante il ragazzo si credeva il borsiere delle bande criminali e nonostante il carattere e aspetto esteriore non poteva considerarsi una persona formata per la sua età.</p> <p>“maggior stress durante la degenza”</p>	<p>TRASGRESSIONE MAGGIORE DELLE REGOLE</p> <p>STRESS</p>
<p>“una formazione specifica per i sanitari tramite anche l’aiuto dei neuropsichiatri infantili per riuscire a migliorare la relazione con i pazienti minorenni”</p>	<p>SVILUPPO DELLE COMPETENZE</p>

INFERMIERE 5

FRASE SIGNIFICATIVA	PAROLE CHIAVE
<p>“impreparati e il luogo inadatto alla loro gestione”</p> <p>“andavano a compromettere e influenzare il percorso di cura di adulti fragili a causa del loro comportamento manipolatore e deleterio”</p> <p>“perché i minorenni hanno priorità e bisogni diversi rispetto gli adulti e non sempre si hanno i mezzi adatti a disposizione”</p>	<p>INCAPACITÀ</p> <p>CONSEGUENZE AGLI ALTRI UTENTI</p> <p>BISOGNI DEI MINORI</p>
<p>“aggressività, comportamenti dirompenti e ingestibili, psicosi acuta, ideazione suicidaria e tentativo di suicidio, ansia acuta generalizzata, attacchi di panico, disturbo post-traumatico da stress, disturbi della condotta alimentare, abuso e maltrattamento, disturbi indotti da sostanze, disturbi comportamentali acuti e gravi nel ritardo mentale e nelle disabilità, disturbi del controllo degli impulsi, isolamento, rituali e fobie”</p>	<p>PATOLOGIE TRATTATE</p>
<p>“viene a mancare un mezzo si creano delle difficoltà a socializzare e relazionarsi con gli altri”</p> <p>“lutto dei familiari, fattori genetici ,assenza di affettività familiare, mancanza di stabilità per lutto o divorzio/ separazione”</p>	<p>INFLUENZA DEI SOCIAL</p> <p>FATTORI FAMILIARI</p>
<p>“i ragazzi si trovano inseriti in ambienti per adulti per cui i genitori si aspettano il rispetto delle regole”</p> <p>“si andavano a creare dei rapporti pazienti-sanitari confidenti. (viene meno l’obiettività)”</p>	<p>ASPETTATIVE DEI GENITORI</p> <p>RELAZIONE DI FIDUCIA</p>

<p>“un insieme di attività extra della loro età(compresi colloqui con psicologi, colloqui in equipe con tutti i professionisti sanitari)”</p> <p>“in particolare imparare quale informazioni siano degne di essere ufficializzate o meno”</p>	<p>NECESSITÀ DI ATTIVITÀ EXTRA E UN LUOGO ADATTO A LORO</p> <p>CARTELLA INFERMIERISTICA</p>
--	---

INFERMIERE 6

FRASE SIGNIFICATIVA	PAROLE CHIAVE
<p>“Nessuno ha ricevuto informazioni e modalità di assistenza in questo caso, i giovani “vanno trattati con prudenza per un ricovero meno traumatico”</p> <p>“buon senso “e “adattare l’assistenza”</p> <p>“Per lo più delle volte il minore ha alle spalle un vissuto più intensa e instabile rispetto l’adulto, multi problematico (sociale e familiare e disturbo psichico)”</p>	<p>IMPREPARAZIONE</p> <p>IMPORTANZA DEL PASSATO</p>
<p>“Disturbi comportamentali e di personalità, abuso di sostanze”</p>	<p>PATOLOGIE INCONTRATE</p>
<p>“Si notava una mancanza di un passato stabile con principi educativi fermi e saldi”</p>	<p>PASSATO DEL MINORE</p>
<p>“Sfuggono i progetti terapeutici e riabilitativi ed è difficile reintrodurli in determinati canoni in linea per ragazzi della loro età”</p> <p>“ Considero fortemente negativo il ricovero di adolescenti insieme a pazienti adulti poiché assorbono gli esempi negativi che trovano all’interno dell’SPDC: il fumo, essere indolenti, scarse interesse verso le attività, rifiuto delle terapia”</p>	<p>NON ADERENZA TERAPEUTICA</p>

<p>“In termini di responsabilità, ho sempre cercato di prestare molta attenzione e prudenza per evitare eventi gravi in reparto sia per loro stessi sia per gli altri utenti”</p>	
<p>“ti impegna e coinvolge molto più emotivamente rispetto ad altre situazioni che hanno come protagonisti gli adulti”</p>	<p>RELAZIONE EMOTIVA</p>
<p>“Personalmente, non ho avvertito forti cambiamenti sul loro percorso”</p>	<p>NO CONSEGUENZE</p>
<p>“Nello specifico gli adolescenti ricoverati necessitano di luoghi adatti ad attività per loro età e i loro bisogni. Inoltre un'equipe multidisciplinare sarebbe fondamentale da inserire nel loro percorso di cura”</p> <p>“Sarebbe auspicabile un'uniformità dei comportamenti”</p>	<p>NECESSITÀ DI LUOGHI ADATTI AI MINORI</p> <p>UNIFORMITÀ DEI COMPORTAMENTI</p>

INFERMIERE 7

FRASE SIGNIFICATIVA	PAROLE CHIAVE
<p>“ho sempre cercato di non creare differenze tra gli utenti, non suscitare episodi aggressivi, agitazione psicomotoria o episodi di escalation; salvaguardare la salute del personale sanitario e degli altri pazienti”</p>	<p>GESTIONE</p>
<p>“il disturbo di personalità, borderline, (fase ipomaniacale e depressiva) “</p>	<p>DIAGNOSI PIÙ FREQUENTE</p>
<p>“fattori genetici idea di rovina”</p>	<p>ELEMENTI SOCIALI IN COMUNE</p>
<p>Abbiamo sempre cercato di sorvegliare e proteggere maggiormente perché, non essendo il loro luogo adatto, entravano in contatto con</p>	<p>MAGGIOR SENSO DI RESPONSABILITÀ</p>

persone adulte manipolatrici, furbe per evitare che assorbano gli esempi negativi”	
“ti destabilizza emotivamente molto vedere giovani con patologie psichiatriche e soprattutto comprendere la loro storia passata”	INFLUENZA DEL PASSATO RELAZIONE TERAPEUTICA
“Inoltre, a causa delle regole non si può più fare ciò di che facevamo prima (no contatto, no passeggiata, no visite dei parenti, attività per alleviare la degenza, giochi ludici” “come il covid abbia aumentato significativamente lo sviluppo di questa tipologie di malattie”	CONTENIMENTO DEL VIRUS FATTORI CHE HANNO DETERMINATO LO SVILUPPO DI DISTURBI MENTALI
“Consiglierei dei corsi aggiornamento per la psicoterapia, mezzo con cui l’infermiere può attuare un’assistenza infermieristica a 360 gradi”	EFFICACIA DELLA CURA

INFERMIERE 8

FRASE SIGNIFICATIVA	PAROLE CHIAVE
“Lavoro in psichiatria dal 2018, e ho avuto diverse esperienze con adolescenti ricoverati”	ESPERIENZA PRE E POST COVID
“Disturbi del comportamento(borderline), disturbi della personalità che a volte si accompagnano ad abuso di sostanze e alcool”	DISTURBI MAGGIORI NELL’ADOLESCENTE
“Per lo più erano ragazzi con genitori separati, stranieri , sito familiare instabile”	NUOVI ASPETTI SOCIALI
“prevale sempre il lato umano che ti porta a rapportarti con loro)”	

<p>“disturbo borderline che presentavano interpretativi, agitati, non sempre è facile interloquire con loro”</p>	<p>“LIMITI DELLA RELAZIONE DI FIDUCIA”</p>
<p>“avendo un figlio con età simile. Più che altro mi immedesimo cosa un genitore potesse provare in queste situazioni!”</p>	<p>“DISTACCO PERSONALE”</p>
<p>“limitazione delle visite e addirittura sospensione, uso della mascherina, distanza di sicurezza da rispettare”</p>	<p>INCAPACITÀ DI RISPETTARE PIÙ REGOLE</p>
<p>“Avere dei supporti psicologici per noi infermieri, sarebbe davvero fondamentale”</p>	<p>SUPPORTO PSICOLOGICO</p>

CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

5.1 DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Dopo aver esaminato più volte le varie interviste ho analizzato le risposte e, ciò che è certo, è la possibilità di trarre diversi spunti.

In primo luogo viene sottolineato che lo sviluppo della società e l'incremento delle informazioni circolanti via web a cui tutti possono accedere, hanno aumentato lo sviluppo di disagio psichiatrico negli adolescenti.

“Lo sviluppo dei social ha portato i ragazzi a venir meno ai rapporti interpersonali “ (INF. 2)

Questa tesi viene sostenuta anche dalla letteratura, in cui viene espresso che gli adolescenti hanno bisogno di maggior tempo (di circa 15 anni in più) per interagire e maturare in una società complessa come quella odierna dominata dalla presenza di Internet, dipendenze dal Social Network e il il Gambling. (gioco d'azzardo online o tramite macchinette) (16)

Le patologie più frequentemente riscontrate negli adolescenti sono quelle citate anche da Bassani che definisce situazioni che necessitano di un ricovero in un luogo protetto e sicuro, esso sono: “aggressività, comportamenti dirompenti e ingestibili, psicosi acuta, ideazione suicidaria e tentativo di suicidio, ansia acuta generalizzata, attacchi di panico, disturbo post-traumatico da stress, disturbi della condotta alimentare, abuso e maltrattamento, disturbi indotti da sostanze, disturbi comportamentali acuti e gravi nel ritardo mentale e nelle disabilità, disturbi del controllo degli impulsi, isolamento, rituali e fobie”. (17)

Successivamente, le caratteristiche sociali predominanti incontrate dagli infermieri sono : “siti familiari instabili” (INF 8) , “si notava una mancanza di un passato stabile con principi educativi fermi e saldi”(INF 6), “personalità tossicofilia “(INF.4), “carenze d'affetto, disturbi dell'alimentazione, creare situazioni per attirare l'attenzione, difficoltà al dialogo e ad aprirsi , mancanza di socialità, fragilità” (INF 2), “particolari: situazione familiare difficile, assenza di un genitore, presenza di difficoltà pre-adolescenziale”(INF 3) “viene a mancare un mezzo si creano delle difficoltà a socializzare e relazionarsi con gli altri” “lutto dei familiari, fattori genetici , assenza di affettività familiare, mancanza di stabilità per lutto o divorzio/ separazione” (INF 5).

Un altro punto importante estrapolato dalle varie interviste con gli infermieri è stata la necessità di formare l'infermiere psichiatrico, non è sufficiente solo la conoscenza delle patologie di base e la farmacologia ad esse correlate. Chiedono una formazione specifica, anche con l'aiuto di neuropsichiatri infantili, psicologi e educatori, per creare un'uniformità dei comportamenti da seguire e attuare in situazioni di autonomia infermieristica. In più dei casi, come riportati nei risultati, l'infermiere agisce secondo la propria esperienza e il proprio " lato umano" che gli permette di compiere scelte che non sempre riescono a rispondere ai bisogni degli adolescenti ricoverati in struttura. Non si tratta solo di conoscere i vari disturbi psichiatrici comuni tra gli adolescenti ma riuscire a creare un percorso personalizzato per ognuno di loro con obiettivi e interventi condivisi e uniformi tra l'equipe in cui partecipa prevalga anche la figura dell'infermiere.

“comprende quali sono gli interventi infermieristici, l' efficacia e i risultati attesi” (INF. 3)

“una formazione specifica per i sanitari tramite anche l'aiuto dei neuropsichiatri infantili per riuscire a migliorare la relazione con i pazienti minorenni” (INF 4)

““Consiglieri dei corsi aggiornamento per la psicoterapia, mezzo con cui l'infermiere può attuare un'assistenza infermieristica a 360 gradi” (INF 7)

“Sarebbe auspicabile un'uniformità dei comportamenti” (INF. 6)

Infatti secondo Bobier l'infermiere è una risorsa preziosa e dovrebbe sviluppare capacità uniche per offrire interventi mirati ai bambini e adolescenti in unità psichiatrica con il fine di migliorare gli esiti terapeutici (18)

Secondo l'articolo “ adolescent psychiatric disorders during the covid-19pandemic and lockdown” la quarantena ha avuto degli effetti negativi prolungati sulla salute psicologica degli individui, inclusi stress post-traumatico, confusione e rabbia.(15)

Inoltre gli adolescenti hanno sperimentato un periodo circondato da insicurezze come la paura della salute dei propri cari, la morte, la separazione dagli amici e la scuola che hanno portato ad uno sviluppo di fattori per un disagio psichiatrico. (15)

Anche gli infermieri intervistati hanno avvertito un aumento dei casi in salute mentale tra gli adolescenti : “come il covid abbia aumentato significativamente lo sviluppo di questa tipologie di malattie” (INF. 7) , “L'unico momento di socialità era la scuola e lo sport,

quando è venuto meno questo si sono create delle dinamiche che hanno portato i minorenni a sviluppare problemi di salute mentale” (INF. 2), “La pandemia ha avuto degli effetti negativi nel loro percorso di cura ma anche per i sanitari” (INF 5)

In particolare loro hanno avvertito una quasi totale avversità e incapacità di rispettare le regole per il contenimento della diffusione del virus (uso della mascherina, distanza inter personale di 2 metri, frequente igiene delle mani) da parte degli utenti in cura. A queste norme si aggiungevano altre limitazioni imposte che prevedevano la limitazione o, in alcuni casi, addirittura sospensione delle visite da parte dei parenti e degli amici e l'interruzione di tutte le attività extra- curricolari create per loro che hanno influito negativamente sul loro percorso di cura.

“Inoltre, a causa delle regole non si può più fare ciò di che facevamo prima (no contatto, no passeggiata, no visite dei parenti, attività per alleviare la degenza, giochi ludici” (INF 7)

“ “limitazione delle visite e addirittura sospensione, uso della mascherina, distanza di sicurezza da rispettare” (INF 8)

“ Ha avuto degli effetti negativi poiché i genitori potevano venire una volta al giorno per 30 minuti circa, gli amici erano contenuti nelle visite” (INF 1)

In letteratura non troviamo molti articoli che analizzano le specificità dell'assistenza infermieristica correlata a pazienti adolescenti mentre dalle interviste sono emerse diverse problematiche condivise che ci incoraggiano sempre di più verso la definizione dell'infermiere psichiatrico per adolescenti.

Le difficoltà assistenziali percepite all'interno del reparto sono state raggruppate con delle parole chiave: RELAZIONE DI FIDUCIA, RESPONSABILITÀ MAGGIORE, IMITAZIONE DEI COMPORTAMENTI, NON ADERENZA TERAPEUTICA E INCAPACITÀ DI RISPONDERE AI BISOGNI DEI PAZIENTI.

In primo luogo gli infermieri avvertono una responsabilità maggiore rispetto agli adulti data probabilmente dalla loro immaturità e costante imitazione dei comportamenti degli utenti maggiorenni che sfociano in atteggiamenti negativi che possono compromettere il loro percorso di cura e anche quello degli altri utenti.

“considero fortemente negativo il ricovero di adolescenti insieme a pazienti adulti poiché assorbono gli esempi negativi che trovano all’interno dell’SPDC: il fumo, essere indolenti, scarse interesse verso le attività, rifiuto delle terapia” (INF 6)

“sfuggono i progetti terapeutici e riabilitativi ed è difficile reintrodurli in determinati canoni in linea per ragazzi della loro età” (INF 7)

Un’ altra tematica affrontata è stata la difficoltà di creare una relazione terapeutica paziente – infermiere adeguata a causa dei loro disturbi psichiatrici e dalla mancanza di strutture adeguate alle loro esigenze che allungavano il loro periodo in reparto permettendogli di osservare, conoscere e imparare l’ambiente intorno a loro.

“avversità quasi assoluta del paziente di cercare di comprendere il suo percorso terapeutico/ di vita” (INF.4)

“disturbo borderline che presentavano interpretativi, agitati, non sempre è facile interloquire con loro” (INF.8)

“i pazienti minorenni imparavano molto bene l’ambiente e il personale, in particolare i limiti e debolezze di chi hanno di fronte” (INF.5)

Dal punto di vista emotivo alcuni infermieri si sentivano maggiormente coinvolti nel loro percorso adottando spesso un atteggiamento se i pazienti fossero i loro figli e di maggiore protezione rispetto agli adulti mentre altri colleghi riuscivano, se non all’inizio del loro percorso lavorativo, a mantenere il distacco emotivo.

“ti impegna e coinvolge molto più emotivamente rispetto ad altre situazioni che hanno come protagonisti gli adulti” (INF 6)

“ti destabilizza emotivamente molto vedere giovani con patologie psichiatriche e soprattutto comprendere la loro storia passata” (INF.7)

I limiti di questo progetto sono:

- campione limitato
- studio monocentrico che risente del contesto

5.2 CONCLUSIONE

L'assistenza al paziente minore psichiatrico richiede molteplici competenze per rispondere ai loro bisogni a cui non sempre l'infermiere riesce a dare risposta. Sono state descritte come esperienze difficoltose a causa della mancanza di strutture adatte per la loro età in cui, anche solo la presenza di altri ragazzi nella stessa situazione o l'attuazione di non solo interventi farmacologici ma anche esercizi terapeutici riabilitativi, possano avere obiettivi di cura diversi come: un minor periodo di degenza, maggior compliance terapeutica ed esiti di cura ottimali.

In letteratura abbiamo dedotto quali siano i disagi psichiatrici più frequenti nell'adolescenza e sono state confermate dalle informazioni ricevute dagli infermieri che prestano assistenza a pazienti minori tramite delle interviste semistrutturate previo consenso. Ora è certo come l'isolamento da COVID-19 abbia influenzato la salute mentale e sia un punto di partenza per aumentare i servizi che prestano assistenza ai minori per un completo reinserimento nella società odierna.

Analizzando gli interventi infermieristici relativi l'assistenza infermieristica sono state elencate quale siano le principali difficoltà incontrate: maggior senso di responsabilità rispetto agli adulti, complessità a creare una relazione paziente- infermiere salda e duratura nel tempo, reazione con gli altri utenti adulti ed imitazione dei loro comportamenti.

In conclusione, gli infermieri sostengono come un adeguato aggiornamento su quale siano le principali indicazioni per costruire una relazione ottimale con il paziente minore, un rafforzamento del lavoro tra équipe (medico, infermiere e altre figure sanitarie) e l'introduzione di interventi mirati possa incidere positivamente sul loro percorso medico.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Definizione Salute e Malattia, OMS.
2. (Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati. Pubblicata nella gazzetta ufficiale n. 43 del 22 febbraio 1904).
3. Articolo 32 Costituzione Italiana.
4. Definizione Salute Mentale, OMS.
5. DSM- 5, 2013. Manuale internazionale diagnostico e statistico dei disturbi mentali dell'American Psychiatric Association, utilizzato per le categorie diagnostiche anche in Italia).
6. OMS, La rete dei servizi per la salute mentale, 20 gennaio 2022.
7. <https://www.neuroneews24.it/salute-degli-adolescenti-strategia-oms/>
8. Tarun Dua, esperto di salute mentale presso l'OMS
9. [DGR n. 1109 del 06 agosto 2020](#)
10. <https://www.aulss2.veneto.it/ricerca>
11. <https://www.aulss3.veneto.it/Polo-adolescenti>
12. <https://www.aulss1.veneto.it/service/servizio-territoriale-eta-evolutiva/>
13. <https://unric.org/it/oms-covid-19-aumenta-del-25-i-casi-di-ansia-e-depressione/>
14. Adolescenti e famiglie con disagi dovuti al Covid. Al via il secondo gruppo del progetto “Outdoor”, n 51/2022.
15. Guessoum, S. B., Lachal, J., Radjack, R., Carretier, E., Minassian, S., Benoit, L., & Moro, M. R. (2020). Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry research*, 291, 113264.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113264>
16. Amianto, F., Problemi psicologici in adolescenza e possibili strategie di soluzione. *Riv. Psicol. Indiv.*, n. 86: 67-81 (2019)

17. La gestione dell'acuzie nel minore. Azioni di prevenzione e risposte al bisogno di ricovero in ambiente ospedaliero. L'esperienza dell'Alto Adige. In: IX congresso internazionale coordinamento SPDC. Gli SPDC oggi: dalla gestione dell'acuzie psichiatrica al nuovo ruolo nella rete dei servizi, 2017)
18. Bobier, C., Dowell J., & Swadi, H. (2009). An examination of frequent nursing interventions and outcomes in an adolescent psychiatric inpatient unit. *International journal of mental health nursing*, 18(5), 301-309.