

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di medicina

Corso di Laurea in Infermieristica



**GENTLE CARE: APPROCCIO PROTESICO ALLA
PERSONA CON DISTURBO NEUROCOGNITIVO**

Indagine osservazionale tra due realtà del bellunese

Relatore: Prof. Patrizio Giacomo

Correlatore: Dott.ssa Baiolla Marina

Laureanda: Troi Francesca

matricola n. 2012019

Anno accademico 2022/2023

ABSTRACT

Problema: il disturbo neurocognitivo è un deterioramento globale, progressivo e inarrestabile che, in Italia, attualmente, conta circa 1,2 milioni di persone ma il numero è destinato a crescere. Vengono meno alcune delle funzioni fondamentali quali, *in primis*, la memoria e le abilità necessarie all'interazione sociale, rendendo problematica la routine quotidiana. Nelle fasi più avanzate, la comparsa di disturbi comportamentali comporta difficoltà di gestione e spesso si ricorre all'istituzionalizzazione. Il modello Gentlecare è uno dei modelli assistenziali nato in Canada negli anni '90 per la presa in carico di questi assistiti.

Scopo: indagare i risultati che emergono in alcuni *Nursing Sensitive Outcomes* dall'assistenza con approccio Gentlecare rispetto ad uno convenzionale.

Materiali e metodi: l'indagine osservazionale è stata realizzata attraverso una raccolta dati in due strutture per anziani della provincia di Belluno con un'apposita griglia. Il campione è di 60 soggetti totali, 30 selezionati in una struttura e 30 nell'altra. Non sono stati imposti dei limiti per quanto riguarda l'età oppure il genere degli assistiti selezionati nel campionamento, l'unico requisito per la selezione del campione di studio è stata l'aver la diagnosi di disturbo neurocognitivo.

Risultati: dall'analisi dei dati emergono dei benefici riscontrabili nella diminuzione del numero di cadute, nel miglioramento delle abilità riguardanti le ADL, la mobilità e il profilo cognitivo.

Conclusioni: il modello ideato da Moyra Jones risulta essere vantaggioso in termini di risultati sensibili all'infermieristica per quanto riguarda l'assistenza alla persona con disturbo neurocognitivo.

CAPITOLO I - INTRODUZIONE

1.1 - Scelta dell'argomento e obiettivi dell'elaborato pag.3

CAPITOLO II - STRUTTURE CONCETTUALI

2.1 - Il disturbo neurocognitivo: aspetti demografici, implicazioni e ipotesi assistenziali pag. 5

2.1.1 - Trattamento VS contenzione pag. 4

2.1.2 - Aspetti etici e legali pag. 8

CAPITOLO III – MATERIALI E METODI

pag. 11

3.1 - Campionamento e tempistiche pag. 11

3.2 - Raccolta dei dati e criteri di ricerca pag. 11

CAPITOLO IV – RISULTATI

pag. 15

CAPITOLO V – DISCUSSIONE

pag. 17

CAPITOLO VI – CONCLUSIONI

pag. 21

6.1 - Limiti pag. 21

6.2 - Implicazioni future pag. 22

BIBLIOGRAFIA

pag. 23

SITOGRAFIA

pag. 23

CAPITOLO I - INTRODUZIONE

1.1 Scelta dell'argomento e obiettivi dell'elaborato

Nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) il termine "demenza" è stato sostituito da "disturbo neurocognitivo", ovvero quell'insieme di disordini cronico-degenerativi che vede un progressivo declino di una o più funzioni fondamentali come la memoria, l'attenzione, le abilità linguistiche e prassiche che permettono di percepire la realtà che ci circonda e di relazionarsi con le altre persone. Può essere differenziato in lieve oppure maggiore (1).

Ad oggi il decorso del disturbo neurocognitivo è inarrestabile e irreversibile in quanto la sintomatologia vede un progressivo peggioramento (2). Nelle fasi iniziali il soggetto può presentare difficoltà nello svolgimento delle *instrumental activities of daily living* (iADL), quelle attività che consentono di vivere in modo indipendente come gestire il denaro o un'eventuale terapia farmacologica, utilizzare i mezzi pubblici, provvedere alla spesa e alle pulizie domestiche. Le fasi più avanzate portano la persona a non essere più in grado di prendersi cura di sé in completa autonomia, eseguire l'igiene personale, soddisfare il bisogno di fame e sete, comunicare sensazioni di paura o disagio, esplicitare il dolore e localizzarlo. Non è improbabile la comparsa di manifestazioni comportamentali quali sintomi psicotici (allucinazioni e deliri), stati d'ansia e depressione, irritabilità, attività motoria aberrante, autolesionismo, aggressività verbale o fisica verso gli altri, alterazioni del ritmo circadiano e dell'appetito proprio per esprimere un disagio o un bisogno che non riescono a comunicare (3). Si ha un'importante interferenza nelle attività della routine quotidiana, un impoverimento a livello socio-relazionale e un aumento del grado di assistenza richiesto (4); per questo motivo le persone con decadimento neurocognitivo vengono spesso istituzionalizzate. Va posta l'attenzione sul fatto che l'organizzazione assistenziale è stata strutturata principalmente per erogare servizi a soggetti con mobilità ridotta e non a soggetti in cui l'attività motoria, anche senza uno scopo preciso, può aumentare (5); la mancanza di una terapia risolutiva che possa contrastare l'avanzare della patologia, pone il mondo sanitario di fronte ad una sfida: ci si chiede, infatti, quali siano i possibili

interventi di tipo non farmacologico per garantire un'assistenza a queste persone (6).

Per fornire una risposta a questo interrogativo, è nato in Canada il modello protesico *Gentlecare*, con l'obiettivo di garantire il benessere della persona. Indicatore di benessere, secondo il modello, è il momento in cui i disturbi comportamentali sono ridotti o addirittura assenti grazie ad una riorganizzazione protesica di ambienti, persone e attività. Gli esiti positivi che ne derivano non sono visibili soltanto a livello comportamentale, ma anche riscontrabili in alcuni *nursing sensitive outcomes* (NSO), come messo in evidenza da un confronto di dati raccolti in due strutture assistenziali residenziali della provincia di Belluno, nelle quali una basa l'assistenza alla persona con disturbo neurocognitivo proprio sul *Gentlecare*, mentre l'altra utilizza un approccio convenzionale.

CAPITOLO II - STRUTTURE CONCETTUALI

2.1 - Il disturbo neurocognitivo: aspetti demografici-epidemiologici, implicazioni e ipotesi assistenziali

In Italia si contano circa 1,2 milioni di anziani affetti da demenza (7), con un'incidenza femminile del 65%. La prevalenza è destinata ad aumentare vertiginosamente al crescere dell'età e, secondo alcune ipotesi, nei prossimi 30 anni i casi saranno destinati a triplicare (8). Il disturbo neurocognitivo è stato definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità una priorità mondiale di salute pubblica (8) e molte sono le ripercussioni che questa patologia ha sia a livello economico che in termini di assistenza. I costi socio-sanitari si attestano sui 10-12 miliardi di euro annui (9) e nei prossimi anni queste cifre ne risentiranno e saranno condizionate non solo dall'invecchiamento demografico ma anche da un'assistenza poco performante e non adeguata alle esigenze dell'utenza; emerge dunque la necessità di garantire una qualità di vita alla persona che manifesta un disturbo neurocognitivo (10).

E' proprio su questo obiettivo che si incontrano alcune difficoltà: in Italia esistono normative e iniziative che hanno lo scopo di sviluppare una migliore assistenza per questo target di utenza (ad esempio il Piano nazionale demenze oppure i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) ma mancano documenti di programmazione e organizzazione per i professionisti sanitari e *caregivers*. (9) Manca, quindi, un denominatore comune: un metodo assistenziale per rispondere ai bisogni di questi soggetti. Il fatto che la persona perda le funzioni cognitive ma spesso conservi quelle motorie porta ad episodi di *wandering*, il girovagare senza sapere quale sia la direzione e senza uno scopo preciso, implicando problematiche di sorveglianza. Nell'atto di sorvegliare qualcuno non si crea una relazione, manca il rapporto empatico tra assistente e assistito; inoltre, il termine "sorveglianza" fa apparire labile il limite tra "libertà" e "sicurezza" (10). I soggetti in questione richiedono particolari attenzioni per quanto riguarda la loro sicurezza poiché la percezione di situazioni pericolose potrebbe essere alterata a causa del decadimento neurocognitivo. In una casa di riposo, a titolo esemplificativo, anche una porta di uscita può rappresentare

una potenziale fonte di pericolo; qualora la persona avesse le capacità motorie per varcare l'uscio, ma non quelle cognitive per affrontare il mondo che sta oltre, è responsabilità infermieristica identificare e attuare un modello assistenziale che riesca a far fronte a determinati rischi.

Le difficoltà che si incontrano nel trovare un metodo efficace sono conseguenti al fatto che i sistemi assistenziali, sia a domicilio che nelle strutture sanitarie, sono allestiti per provvedere a limitazioni di tipo motorio; manca un'organizzazione per quanti, pur non avendo impedimenti motori, necessitano di assistenza per sopperire a deficit cognitivi (6). La qualità delle cure erogate, infatti, risulta essere ancora inadatta soprattutto quando si manifestano i *Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia* (BPSD), ovvero l'insieme dei sintomi comportamentali (2).

Ha origine e si sviluppa in Canada negli anni '90 grazie alla terapeuta occupazionale Moyra Jones, il modello *Gentlecare*, definito anche modello protesico, secondo il quale il soggetto malato riesce ad ottenere dall'ambiente fisico e sociale in cui vive ciò che gli è stato tolto con la patologia e non è più recuperabile. La protesi, quindi, si costruisce grazie all'armonia della triade del *Gentlecare*, composta da persone che si relazionano con la persona malata, da attività svolte nell'arco delle 24 ore in base alle inclinazioni del soggetto e dall'ambiente in cui vive. Nello specifico, le persone coinvolte nell'assistenza della persona con disturbo neurocognitivo (siano esse professionisti sanitari o *caregivers*) ricoprono un ruolo di primaria importanza: accolgono i bisogni e i disagi del malato, si prodigano per trovare soluzioni protesiche attraverso un atteggiamento empatico, un linguaggio adeguato e un comportamento coerente, condividendo progetti, obiettivi personalizzati e difficoltà riscontrate con l'équipe e la famiglia, creando in questo modo un'alleanza terapeutica (11). Il modello presenta delle criticità, tra cui la necessità di garantire all'équipe una formazione continua, elemento cardine che potrebbe pesare sulle risorse che l'azienda mette a disposizione e quindi risultare carente per una mancanza di finanziamenti. Emergono, però, anche alcuni aspetti positivi nell'adottare il modello *Gentlecare*, tra cui la riduzione dei disturbi non cognitivi ed aggressivi,

il miglioramento del rendimento, la partecipazione attiva alle attività di cura della persona malata e la riduzione dei costi (12).

Con questo lavoro di ricerca, i miglioramenti tangibili derivanti dal seguire il modello di assistenza ideata da Moyra Jones hanno trovato conferma.

2.1.1 - Trattamento VS contenzione

Attualmente non esistono trattamenti farmacologici capaci di arrestare il decorso del disturbo neurocognitivo (8). Nella visione comune, parlando di questa patologia ci si focalizza sui deficit cognitivi, tralasciando la componente comportamentale. Proprio nelle fasi più avanzate, invece, l'anziano può manifestare sintomi psicotici (allucinazioni e deliri), stati d'ansia e depressione, irritabilità, attività motoria aberrante, autolesionismo, aggressività verbale o fisica verso gli altri, alterazioni del ritmo circadiano e dell'appetito. Per la presenza dei BPSD, la gestione del paziente risulta complessa e si ricorre spesso all'istituzionalizzazione (3). Per controllare alcuni disturbi quali agitazione, stato confusionale oppure *wandering* e potenziale aumento di cadute, come trattamento e intervento risolutivo, ci si avvale della contenzione, che può essere di varie tipologie. Nelle residenze sanitarie per anziani la percentuale degli utenti contenuti varia dal 41% al 64%. In particolare, quella di tipo farmacologico vede un utilizzo pari al 52,4% (13). I farmaci somministrati con il fine di avere un controllo sul disturbo comportamentale secondario a deficit neurocognitivo sono antipsicotici, antidepressivi e benzodiazepine, che hanno, però, un'efficacia limitata nel tempo, nonché molti effetti collaterali, tra i quali un aumentato rischio di mortalità (5).

Oltre alla contenzione farmacologica, esiste quella meccanica: in questo caso la libertà e l'intenzionalità dei movimenti della persona vengono ridotti al minimo con l'utilizzo di strumenti come cinture addominali a letto e in carrozzina oppure polsiere e cavigliere fissate ad un letto o ad una sedia. Anche per questa tipologia coercitiva ci sono numerose evidenze sugli effetti negativi che essa

comporta, tra i quali il peggioramento del disturbo, lesioni da decubito, infezioni, diminuzione della massa, del tono e della forza muscolare e il rischio di lesioni fatali (5).

Un ulteriore tipo di contenzione che viene usata per gestire i BPSD è quella di tipo ambientale, consistente nella chiusura a chiave delle vie di uscita, nel nascondere gli ascensori con delle tende, nel posizionamento di tavolini davanti alle carrozzine per evitare che la persona riesca a spostarsi. Questi interventi rappresentano il fallimento del sistema assistenziale, generando nelle persone disabilità, insicurezze e atteggiamenti oppositivi. Il modello di Moyra Jones, al contrario, vede come strategia ai sopracitati interventi, un “accudimento protesico individuale” (14). Per riuscire nell’intento risulta fondamentale una partecipazione attiva intesa come attività che ridona spazio, luce e protagonismo alle persone che vivono nei luoghi di cura (15). Come afferma Moyra Jones, “l’inattività distrugge la persona” (16).

E’ opportuno ricordare che questi comportamenti inappropriati non sono intenzionali; tutta l’équipe che ruota attorno alla presa in carico dell’anziano con disturbo neurocognitivo deve essere adeguatamente e costantemente formata per comprendere il linguaggio che esprime con i comportamenti non verbali, le richieste che la persona malata trasmette e che spesso sono suppliche di vicinanza o di aiuto (17). Controllando la sintomatologia comportamentale con i farmaci oppure con dispositivi fisici, si eliminano la possibilità di esprimere un disagio, il tentativo di comprenderne le cause e quindi la possibilità di agire su di esse (es. componente dolorosa, ambiente eccessivamente stimolante...) (18).

2.1.2 - Aspetti etici e legali

Parlando di contenzione non si possono non considerare gli aspetti etici e legali. L’infermiere fonda la sua attività professionale sul Codice Deontologico, ove sono raccolti e descritti i valori etici, le competenze e le responsabilità professionali (19). Nel predetto Codice, all’art. 35, si tratta della contenzione,

dichiarando che *“l’infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico”*. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea [...] La contenzione deve comunque essere motivata [...] deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l’attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita”.

Similmente, anche nella Carta Costituzionale della Repubblica Italiana (20) sono enunciati principi affini; l’art. 13 sancisce l’inviolabilità della libertà personale e l’art. 32 dispone che *“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”*. Oltre ai numerosi studi che evidenziano i rischi conseguenti all’applicazione della contenzione fisica (5) per gestire i disturbi comportamentali, esistono, dunque, suddette norme che ricordano al professionista la necessità che l’assistito venga effettivamente contenuto il meno possibile e solo se strettamente inevitabile, per un periodo di tempo limitato e costantemente sotto solerte controllo.

Dal punto di vista giuridico, il contenere fisicamente una persona come prassi per trattare le manifestazioni comportamentali senza prima aver tentato altri interventi meno impattanti ed eticamente più corretti, potrebbe comportare illeciti penalmente perseguibili, tra i quali figurano abuso di mezzi di contenzione e disciplina (art. 571 CP), maltrattamento (art. 572 CP) e sequestro di persona (art. 605 CP). In caso di morte a causa di un uso improprio delle misure contenitive, si configurerebbero omicidio colposo (art. 589 CP) e lesioni personali colpose (art. 590 CP) (21).

CAPITOLO III - MATERIALI E METODI

Il modello protesico ideato da Moyra Jones come approccio infermieristico alla persona con disturbo neurocognitivo ha evidenziato alcuni benefici quali il miglioramento della sintomatologia comportamentale e la partecipazione efficiente alle attività di cura proposte all'individuo (12). L'elaborato nasce con l'intento di indagare alcuni NSO derivanti dall'applicazione del Gentlecare e vederne i risultati. Per poter realizzare l'indagine, è stata richiesta la disponibilità e la collaborazione di due strutture residenziali per anziani della provincia di Belluno: "Villa San Giuseppe" a Pieve di Livinallongo del Col di Lana e "Casa del Sole" a Ponte nelle Alpi. Il modello protesico viene utilizzato nella prima struttura citata, mentre la seconda struttura applica un modello assistenziale standard.

3.1 - Campionamento e tempistiche

Il campione oggetto di indagine è formato da 60 persone totali: 30 per ciascuna struttura. E' stata scelta una metodologia di campionamento di convenienze senza limitazioni relative a criteri di inclusione riguardanti limiti di età o di genere degli assistiti. L'unico criterio di inclusione richiesto è stato l'aver la diagnosi di disturbo neurocognitivo. L'arco temporale a cui fanno riferimento i dati forniti è di un anno, precisamente dal 01 giugno 2022 al 31 giugno 2023. Tale criterio di tempo è stato considerato al fine di poter ottenere un periodo di osservazione sufficientemente lungo da consentire un paragone tra gli esiti dei due modelli assistenziali posti a confronto.

3.2 - Raccolta dei dati e criteri di ricerca

La raccolta dati è stata effettuata previa autorizzazione e sottoscrizione di consenso da parte degli enti coinvolti nello studio (Allegato n. 1).

Per poter raccogliere le informazioni necessarie a rispondere al quesito di ricerca, ci si è avvalsi di una griglia di raccolta dati e, poiché non è stata trovata alcuna scheda già validata che soddisfacesse i criteri ricercati, è stata creata *ex novo* (si veda Allegato n. 2).

La tabella è composta da 8 macro aree così definite: età del soggetto e genere, contenzione, cadute, lesioni da pressione, alzate garantite agli utenti, giorni di ospedalizzazione e alcune scale di valutazione (indice di Barthel modificato per le ADL e mobilità, *Short Portable Mental Status Questionnaire*). Gli indicatori sopracitati sono stati ulteriormente suddivisi in elementi che ricercano aspetti specifici, come descritto in seguito.

La categoria denominata “contenzione” è stata scelta come indicatore di risultato in quanto Moyra Jones rifiuta tale intervento per la gestione dei disturbi comportamentali e cognitivi, e gli effetti negativi e potenzialmente fatali trovano ampia descrizione in letteratura (13). In aggiunta a quanto già noto, l'intento è quello di considerare in concreto gli effetti che l'atto contenitivo ha sulla persona, in particolare in termini di *Body Mass Index* (BMI) e di valutazione cognitiva, entrambi elementi richiesti in fase di raccolta dati. Gli elementi della contenzione precisamente ricercati sono l'eventuale utilizzo di terapia farmacologica somministrata a fini contenitivi e l'uso di meccanismi atti a limitare la libertà di movimento della persona quali sponde a letto, cinture posizionate in carrozzina e/o letto.

Un'altra categoria di esito considerata riguarda le cadute: l'anzianità e il disturbo neurocognitivo sono tra i fattori di rischio delle stesse (22). Si è voluto selezionare, per ogni assistito, quante volte si è verificato l'evento avverso e, di queste, le circostanze in cui è stato necessario ricorrere ad un accesso al pronto soccorso; inoltre è stato chiesto il numero di fratture riportate (se presenti) in seguito ad una caduta e se si è riusciti a riportare l'anziano alle sue condizioni di mobilità precedenti l'accaduto. L'inserimento dei dati riguardanti le cadute permette di analizzare le conseguenze di aver scelto un modello assistenziale rispetto ad un altro, correlato anche all'uso di mezzi di contenzione. Quest'ultima, infatti, viene spesso giustificata come soluzione per abbattere il rischio di caduta ma non si considera che costringendo l'individuo a

posture obbligate e all'immobilità, la massa muscolare tende a diminuire e conseguentemente si ha un aumento del rischio in questione quando la persona ha la possibilità di muoversi liberamente (23). Va considerato anche che, con la somministrazione di farmaci quali antipsicotici, antidepressivi e benzodiazepine, si ha un importante cambiamento del tono dell'umore e alterazioni dello stato di vigilanza che compromettono la capacità di spostarsi in totale sicurezza.

Nella tabella compare anche la voce "lesioni": nel dettaglio si è voluto prendere visione del numero di lesioni da pressione, in quanto fanno parte degli esiti sensibili ad interventi infermieristici (24). Collegato all'argomento delle lesioni, è stata presa in considerazione la routine di mobilizzazione, alzarsi dal letto dopo le ore notturne e dopo il riposo post prandiale, che viene garantita agli ospiti delle strutture. Anche in questo caso è possibile fare un ragionamento correlato al BMI: alzarsi e muoversi regolarmente anziché trascorrere la maggior parte delle ore allettati, contribuisce al mantenimento del tono e della massa muscolare.

Il numero di giorni di ospedalizzazione nel periodo di riferimento utile all'osservazione è stato incluso nell'indagine poiché, considerati i benefici descritti in letteratura derivanti dall'approccio Gentlecare (12), si è voluto notare gli effetti di quest'ultimo sulle condizioni di salute dell'anziano, per lo più pluripatologico, in termini di necessità di cure specializzate ed avanzate presso un presidio ospedaliero.

L'ultima voce prevista dalla griglia di compilazione racchiude alcuni strumenti di misurazione relativi alla situazione funzionale, alla mobilità e allo stato cognitivo della persona. I punteggi ottenuti derivano dalla compilazione di due scale di valutazione: il *Modified Barthel Index* per quanto riguarda l'autonomia funzionale e l'aspetto del movimento, e lo *Short Portable Mental Status Questionnaire* eseguita dalla figura professionale dello psicologo per la parte cognitiva.

CAPITOLO IV - RISULTATI

La prevalenza del genere femminile rispetto a quello maschile trova conferma come dichiarato in letteratura (8), con una prevalenza presso la struttura di Livinallongo pari all'83% degli assistiti e a Ponte nelle Alpi pari all'80%.

L'età media degli assistiti presso la struttura di Livinallongo è pari a 87,9 anni (min. 66; max. 102) mentre per la struttura di Ponte nelle Alpi è di 85,4 anni (min. 67; max. 96).

Esaminando i dati riguardanti la contenzione, risulta che la struttura che adotta il modello Gentlecare, non applica alcun tipo di contenzione meccanica. Nella struttura di confronto, invece, risultano essere contenuti meccanicamente 23 assistiti (76,6%) con le sponde a letto e, di questi, 13 (43,3%) con anche cintura in carrozzina e 2 (6,6%) anche a letto.

La contenzione di tipo farmacologico in senso stretto non è adottata in alcuna delle due strutture. Non si registrano infatti somministrazioni di farmaci a scopo sedativo al di fuori del regolare piano terapeutico. La terapia farmacologica prevista per il controllo dei disturbi comportamentali presso la struttura che segue il Gentlecare coinvolge 16 assistiti su 30 (53%). In totale le somministrazioni giornaliere sono 25, con una media di 1,6 somministrazioni ad assistito. I farmaci prevalentemente utilizzati sono antidepressivi (64%), antipsicotici (28%) e benzodiazepine (8%).

Nella struttura di confronto, invece, vengono somministrati quotidianamente farmaci secondo regolare regime terapeutico a 25 assistiti (83,3% del campione) per un totale di 43 somministrazioni, con una media di 1,7 somministrazioni ad assistito. Anche in questo contesto vengono utilizzate le classi farmaceutiche precedentemente considerate con delle variazioni rispetto alla frequenza del loro utilizzo. Rimane prevalente l'utilizzo degli antidepressivi (46,5%), a seguire gli antipsicotici (35%) e infine un sensibile aumento nell'utilizzo delle benzodiazepine (18,5%).

Il numero delle cadute annue registrate a Villa S. Giuseppe risultano essere 31, da attribuirsi complessivamente a 14 assistiti (46,7% del campione). Di queste,

12 (39% delle cadute) verificatesi in 5 persone senza alcun tipo di contenzione e 19 (61%) da attribuirsi a 8 persone che assumono in media 1,7 farmaci per la gestione del disturbo comportamentale (nello specifico 13 somministrazioni divise in 1 benzodiazepina, 8 antidepressivi e 4 antipsicotici). La media di cadute per persona soggetta a contenzione è di 2,37.

Nella struttura Casa del Sole sono state registrate 35 cadute da attribuire complessivamente a 10 assistiti (33,3% del campione). Di queste, 6 (17% delle cadute) verificatesi in un assistito senza nessuna contenzione e 29 (83%) da attribuirsi a 9 assistiti soggetti a contenutezza. Di queste 29 cadute, 18 sono avvenute in assistiti contenuti sia farmacologicamente che con sponde a letto e 2 anche con cintura in carrozzina. I farmaci somministrati per la gestione del disturbo comportamentale assunti dagli assistiti che hanno registrato cadute sono in media 1,77 al giorno (nel dettaglio 16 somministrazioni divise in 4 benzodiazepine, 9 antidepressivi e 3 antipsicotici). La media delle cadute registrate per gli assistiti soggetti a contenzione si attesta 3,2 eventi ad assistito.

Presso la struttura di Livinallongo vengono garantiti due momenti di movimentazione, uno al mattino e uno al pomeriggio (totale 60 movimentazioni), a ciascun assistito, mentre nella struttura di Ponte Nelle Alpi vengono garantiti i medesimi momenti di movimentazione ma non a tutti gli assistiti (totale 54 movimentazioni).

Le conseguenze delle cadute sono analoghe in entrambe le strutture, riportando l'incidenza di fratture in due casi in entrambi i contesti (nello specifico: una frattura di femore e una a livello cervicale a Livinallongo del Col di Lana e due fratture di femore a Ponte nelle Alpi).

I dati dichiarati rispetto alle lesioni da pressioni sono 2 (6,7% del campione) a Villa S. Giuseppe, una a livello del sacro e l'altra ad un alluce, in entrambi i casi di primo grado. I punteggi medi di ADL e mobilità, in questi due assistiti, corrispondono rispettivamente a 44/60 e a 36/40, le alzate sono garantite sia al mattino che al pomeriggio. A Casa del Sole le lesioni risultano essere 5 (16,7% del campione) di cui 4 lesioni a livello del sacro, una di primo grado, 2 di

secondo e una di quarto grado, e una lesione al tallone di terzo grado. Tutte le lesioni corrispondono ad assistiti con profili di ADL e mobilità con valori medi rispettivi di 55 su 60 punti e 39,4 punti su 40; le alzate vengono garantite per tutti al mattino, mentre al pomeriggio a 2 utenti su 5. Gli assistiti presentano tutti sponde a letto e 2 sono soggetti a contenzioni meccaniche anche quando mobilizzati in carrozzina.

I punteggi medi relativi agli item ADL e mobilità presso la struttura di Livinallongo presentano una media di 27,8 (min 1; max 60) per le ADL e 22,9 (min. 0; max. 40) per la mobilità. Rispetto ai valori iniziali registrati nell'anno precedente 22 assistiti su 30 (73%) hanno ottenuto un miglioramento nel punteggio relativo alle ADL e 15 su 30 nella mobilità (50%), con una media di miglioramento rispettivamente di 20,8 e 8,2 punti.

Nella struttura di Ponte nelle Alpi i valori medi delle ADL registrano un punteggio di 43,9 (min. 12; max. 60), mentre rispetto al punteggio di mobilità si registra 31,6 (min. 8; max. 40). Rispetto ai valori iniziali registrati nell'anno precedente, 5 assistiti su 30 (17%) hanno ottenuto un miglioramento nelle ADL e 7 (23%) nella mobilità con un miglioramento medio rispettivo di 2,8 e 7,1 punti.

Prendendo in esame i risultati delle valutazioni dello *Short Portable Mental Status Questionnaire*, il punteggio medio SHORT registrato al momento dell'ingresso nella struttura di Livinallongo è di 6,8/10 mentre per la struttura di Ponte nelle Alpi si attesta a 5,6/10. Il punteggio medio registrato in entrambe le strutture a distanza di un anno è pari a 6,9/10, registrando un incremento nel punteggio rispettivamente di 0,1/10 negli assistiti di Livinallongo e 1,3/10 negli assistiti di Ponte nelle Alpi. Presso Villa San Giuseppe nella struttura dell'Alto Agordino, 17 anziani su 30 (57%), hanno ridotto o mantenuto il punteggio SHORT con un miglioramento medio di 1,18 punti. Presso la struttura Casa del Sole nel bellunese, il miglioramento viene registrato in 6 casi su 30 (20%) con un dato medio di decremento del punteggio pari a 1,16 punti.

I punteggi medi attuali relativi all'item BMI presso la struttura di Livinallongo presentano una media di 21,28 (min 14,89; max 31,47). Rispetto ai valori iniziali

registrati nell'anno precedente 13 assistiti su 30 (43,3%) hanno ottenuto un incremento nei valori dell'indice di massa corporea (media 1,27; min. 0,07, max. 2,94), 11 assistiti (36,7%) hanno registrato una diminuzione del valore (media -1,15; min. -0,19, max. -3,21), mentre 6 assistiti (20%) hanno mantenuto valori stabili.

Nella struttura di Ponte nelle Alpi i valori rilevati relativi al BMI presentano una media di 21,68 (min 14,89; max 31,47). Rispetto ai valori iniziali registrati nell'anno precedente 20 assistiti su 30 (66,6%) hanno ottenuto un incremento nei valori dell'indice di massa corporea (media 2,57; min. 0,4, max. 6,21), 9 assistiti (30%) hanno registrato una diminuzione del valore (media -2,46; min. -0,39, max. - 5,33), mentre un solo assistito (3,3%) ha mantenuto valori stabili.

CAPITOLO V - DISCUSSIONE

Dall'analisi dei dati forniti dalle due strutture è possibile fare alcune considerazioni per quanto riguarda i modelli assistenziali seguiti per l'assistenza alla persona con disturbo neurocognitivo.

La contenzione di tipo farmacologico non è presente in alcuna struttura, ma si rende opportuno considerare la classe a cui appartengono i farmaci usati nella gestione dei BPSD come terapia farmacologica di base e, soprattutto, gli effetti che ne possono derivare. Nel controllo delle manifestazioni comportamentali nella persona con disturbo neurocognitivo, vengono usati antipsicotici, benzodiazepine e antidepressivi. La categoria che provoca sedazione, e di conseguenza alterazione della capacità di pensiero, sonnolenza e confusione, è quella delle benzodiazepine. Gli antipsicotici, in particolare di prima generazione, se usati nel lungo termine, possono dare sintomi extrapiramidali che comprendono bradicinesie, tremori e andatura strisciante (25) che ricordano la sintomatologia parkinsoniana. Tra gli effetti collaterali che possono dare, c'è l'ipotensione ortostatica. Per gli effetti che comportano, è quindi da tenere in considerazione un possibile aumento di cadute.

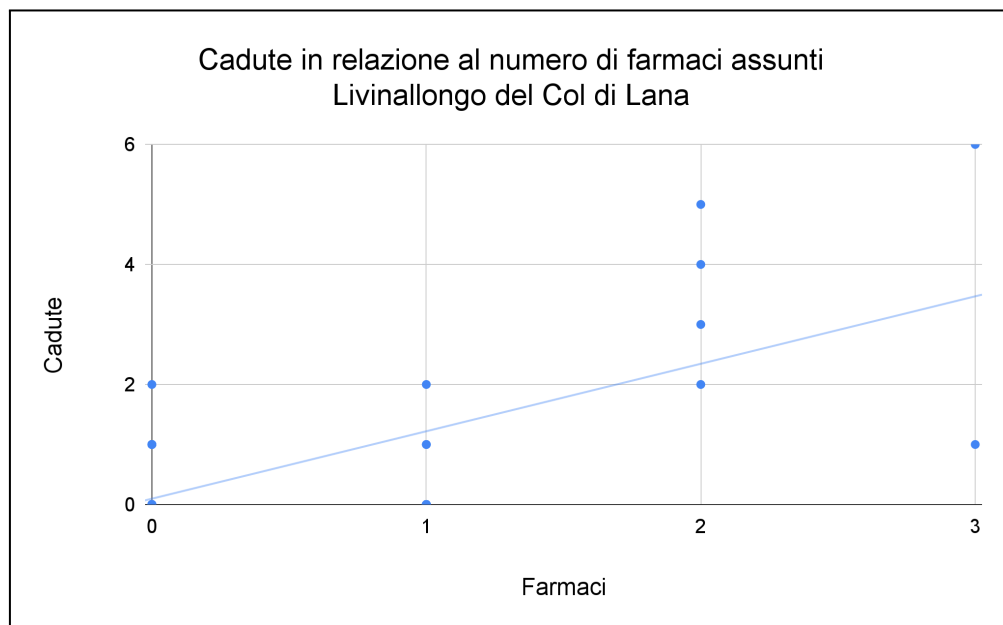


Grafico 1 - Tendenze relative al numero di cadute registrate in relazione con il numero di farmaci psicoattivi assunti da ciascun assistito presso la struttura di Livinallongo del Col di Lana.

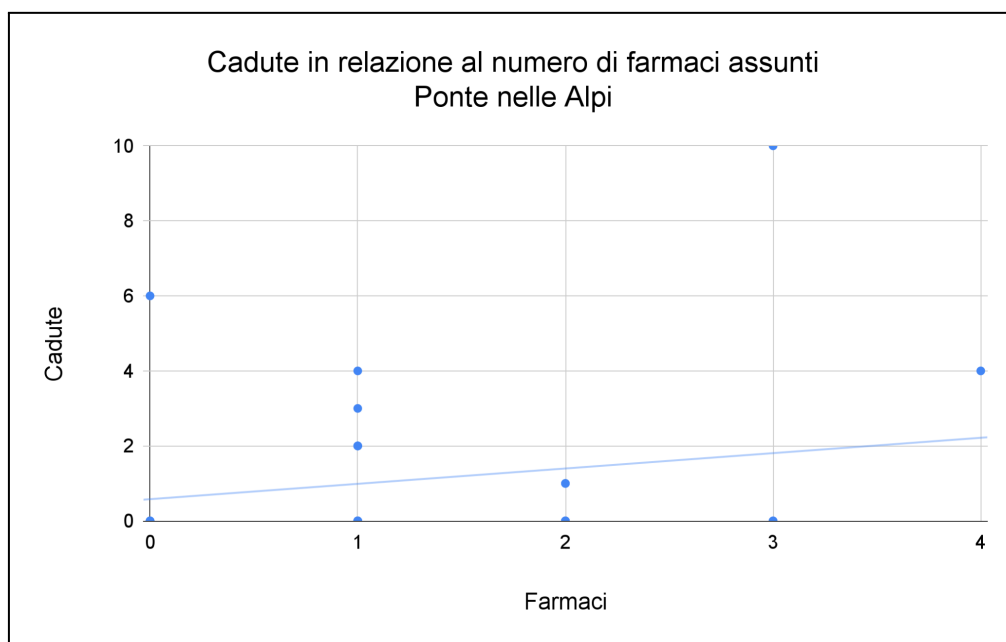


Grafico 2 - Tendenza relativa al numero di cadute registrate in relazione con il numero di farmaci psicoattivi assunti da ciascun assistito presso la struttura di Ponte nelle Alpi.

Osservando, quindi, i dati riguardanti la contenzione e mettendoli in relazione con i dati inerenti le cadute, è possibile fare alcune considerazioni.

Il numero totale di cadute registrate in entrambe le strutture è quasi sovrapponibile, 31 per la struttura di Livinallongo e 35 per la struttura di Ponte nelle Alpi. Il dato rilevante deriva dall'analisi dei singoli eventi di caduta in quanto si registra presso la struttura di Livinallongo un rischio di caduta pari al 46,7%, poiché il numero complessivo di cadute registrate è da attribuirsi a 14 assistiti su un totale di 30. Nella struttura di Ponte nelle Alpi viene registrato, invece, un rischio di caduta pari al 33,3% in quanto il numero complessivo delle cadute registrate è da attribuirsi a 10 dei 30 assistiti presenti all'interno del campione in analisi. Tali differenze nel rischio di caduta sono da attribuire ai due modelli assistenziali applicati nelle due strutture. Presso la struttura di Livinallongo, dove viene implementato il modello Gentlecare, non vengono applicate contenzioni di tipo meccanico pertanto gli assistiti sono in grado di potersi muovere privi di strumenti coercitivi e questo li espone ad un maggiore rischio di cadere, visti anche i fattori di rischio intrinseci alla terapia farmacologica, all'età e alla malattia. Presso la struttura di Ponte nelle Alpi,

invece, vengono applicate contenzioni meccaniche, questo riduce sensibilmente il rischio degli assistiti di cadere in quanto sono vincolati da strumenti coercitivi che non rendono loro possibile la deambulazione in autonomia.

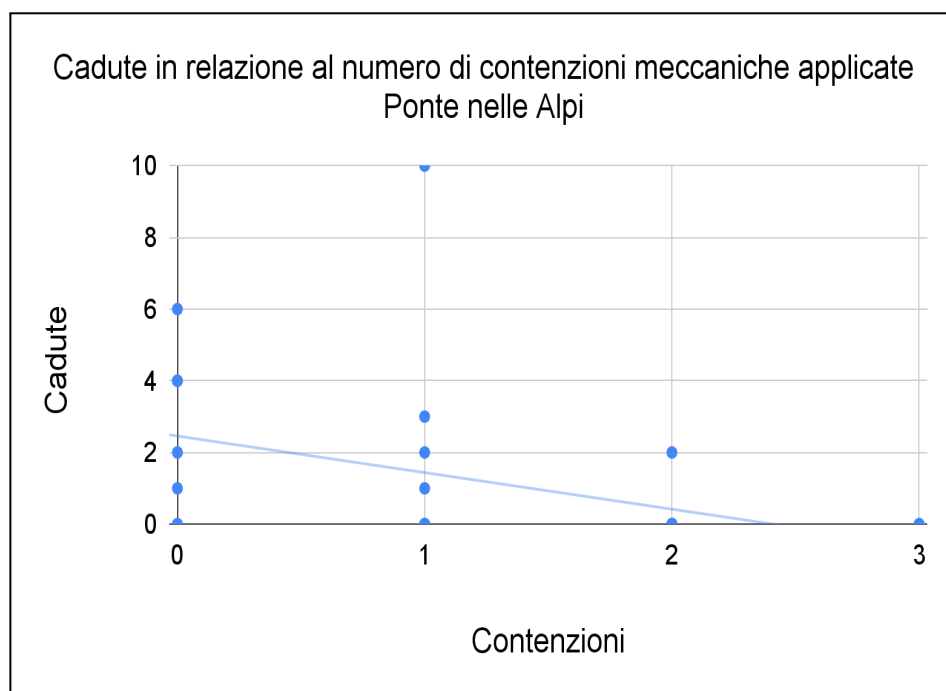


Grafico 3 - Tendenza relativa al numero di cadute registrate in relazione con il numero di contenzioni meccaniche applicate a ciascun assistito presso la struttura di Ponte nelle Alpi.

Da tali dati è possibile sostenere che presso la struttura di Livinallongo vi è un maggiore numero di assistiti esposti al rischio di caduta ma la frequenza degli eventi è distribuita su un numero maggiore di assistiti, con un valore medio di 2,2 cadute ad assistito. Presso la struttura di Ponte nelle Alpi si registra un rischio minore di caduta ma una distribuzione della frequenza maggiore con un valore medio di 3,5 cadute ad assistito. Se vengono considerati i momenti nei quali vengono garantite le movimentazioni degli assistiti, ne risulta che, mettendo in relazione il numero di movimentazioni garantite con il numero di cadute registrate, presso la struttura di Livinallongo si osserva una frequenza di caduta pari a 1 evento ogni 1,9 movimentazioni (60/31), mentre per la struttura di Ponte nelle Alpi il valore è di 1 evento ogni 1,5 movimentazioni (54/35).

La contenzione, di qualsiasi tipo essa sia, viene giustificata come metodo per tutelare dal rischio di caduta il soggetto con malattia dementigena (26). L'analisi dei dati disponibili, relativi alle cadute, suggerisce che il modello Gentlecare è stato in grado di fornire esiti sovrapponibili al modello "tradizionale" senza però utilizzare strumenti coercitivi fisici, quali cinture e spondine, e utilizzando un numero di farmaci inferiore. Pertanto l'applicazione di contenzioni meccaniche e il maggiore numero di farmaci somministrati non si dimostra in grado di diminuire il numero complessivo di eventi di caduta, in quanto la riduzione del rischio di caduta nella struttura di Ponte nelle Alpi è da attribuirsi al fatto che meno assistiti hanno la possibilità di muoversi liberamente all'interno degli spazi della struttura, mentre chi ha la possibilità di muoversi, tendenzialmente, ha registrato un maggiore numero di cadute medio rispetto alla struttura di Livinallongo. Tali elementi sono da considerarsi due indicatori di qualità e sicurezza nelle cure in quanto l'utilizzo di strumenti di contenzione meccanica e l'utilizzo di farmaci psicoattivi è associato ad un aumento del rischio di complicanze ed eventi avversi gravi (5).

Nella struttura con il modello Gentlecare, infatti, pur avendo riscontrato un maggior numero di assistiti che hanno registrato delle cadute (14 persone su 30), gli esiti gravi sono stati 2, al pari della struttura di confronto, con meno assistiti che hanno registrato delle cadute (10 su 30). A parità di eventi registrati, i dati consentono di sostenere che nella struttura di Livinallongo, nonostante il maggiore rischio di caduta, si osserva una probabilità di caduta con esito grave (frattura) pari a 1/7, mentre nella struttura di Ponte nelle Alpi la probabilità dello stesso evento è pari a 1/5.

Questi dati consentono inoltre di considerare un altro aspetto, ovvero la relazione presente tra gli eventi di caduta, i punteggi relativi le ADL, la mobilità e gli esiti delle cadute. Nella struttura di Livinallongo si registrano punteggi medi relativi agli item ADL e mobilità più bassi rispetto alla struttura di Ponte nelle Alpi (Livinallongo ADL 27,8 e MOB 22,9; Ponte nelle Alpi ADL 43,9 e MOB 31,6), pertanto un punteggio migliore in questi item sembrerebbe in relazione ad una minore probabilità di incorrere in un esito grave in seguito ad una

caduta. I dati quindi suggeriscono che, rispetto alla gestione delle cadute, sia possibile promuovere la non-contenzione e implementare un modello che prevede la libertà nel movimento.

Tra gli *items* ricercati figurano i valori derivanti dal *Modified Barthel Index* per gli aspetti dell'autonomia delle *Activities Daily Living* (ADL) e della mobilità al momento di ingresso in struttura e allo scadere del periodo di osservazione. Ponendo a confronto i due contesti assistenziali si denota come il modello Gentlecare sia riuscito a garantire un miglioramento superiore a 3,4 volte rispetto al contesto di confronto per quanto riguarda le ADL e di più del doppio per il parametro relativo la mobilità.

Va specificato che il miglioramento medio in termini di punteggio è stato nettamente superiore nella struttura Gentlecare per quanto riguarda l'aspetto delle ADL (Livinallongo -11,3; Ponte nelle Alpi +11). Con l'approccio protesico, l'assistito è parte attiva del suo programma di cura e assistenza creando, in questo modo, l'opportunità di potenziare o mantenere le abilità residue (27). Anche per l'aspetto della mobilità sono emersi migliori risultati nella struttura di Livinallongo rispetto a quella di Ponte nelle Alpi, seppur con una minima differenza di punteggio medio (Livinallongo +0,6; Ponte nelle Alpi +7,2).

Osservando i risultati dei punteggi inerenti lo stato cognitivo, si nota che in entrambe le strutture si sia registrato un declino dello stato cognitivo registrato tramite punteggio SHORT (Livinallongo +0,1; Ponte nelle Alpi +1,3). L'aspetto che merita attenzione è che a Ponte nelle Alpi, il punteggio medio SHORT registrato al momento dell'ingresso nella struttura è di 5,6/10, mentre a Livinallongo è di 6,8/10. Il punteggio medio registrato in entrambe le strutture a distanza di un anno è pari a 6,9/10, registrando quindi un peggioramento rispettivamente di 1,3/10 negli assistiti di Ponte nelle Alpi e 0,1/10 negli assistiti di Livinallongo, da mettere in relazione con un'età media più alta a "Villa S. Giuseppe" (Livinallongo 87,9; Ponte nelle Alpi 85,4).

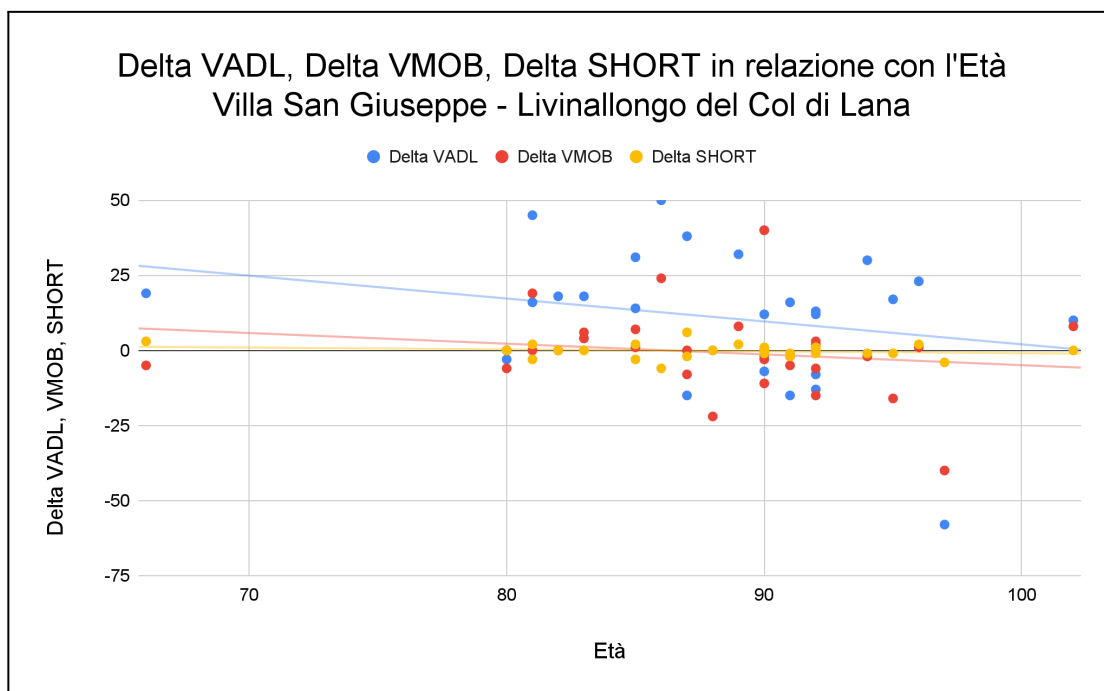


Grafico 4 - Tendenza relativa alla differenza di punteggio delle *Activities Daily Living* (VADL), mobilità (VMOB) e livello cognitivo (SHORT) registrate a distanza di un anno tra la prima e la l'ultima rilevazione, in relazione con l'età degli assistiti, presso la struttura di Livinallongo del Col di Lana.

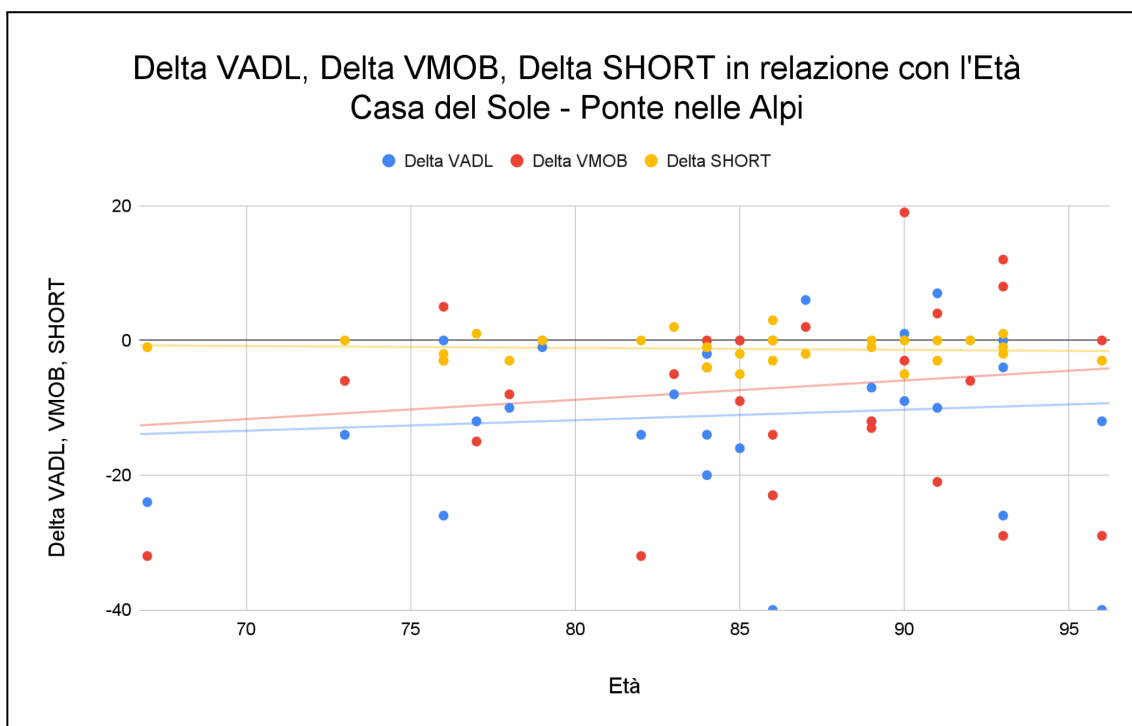


Grafico 5 - Tendenza relativa alla differenza di punteggio delle *Activities Daily Living* (VADL), mobilità (VMOB) e livello cognitivo (SHORT) registrate a distanza di un anno tra la prima e la l'ultima rilevazione, in relazione con l'età degli assistiti, presso la struttura di Ponte nelle Alpi.

E' possibile quindi affermare che il modello di Moyra Jones risulti efficace anche in termini di mantenimento del profilo cognitivo.

Considerando i risultati dell'indagine delle lesioni da pressioni (LDP), emerge che nella struttura che assiste con un modello convenzionale, l'incidenza delle LDP risulta essere più del doppio rispetto alla struttura che applica il modello Gentlecare, con stadi di lesione maggiori (media stadio 2,4 con valori min. 1; max. 4) in assistiti che registrano punteggi di ADL e mobilità inferiori rispetto alla struttura che assiste con modello Gentlecare. Altro fattore rilevante consiste che nella struttura di Ponte nelle Alpi, gli assistiti che riportano LDP sono contenuti fisicamente, anche quando mobilizzati in carrozzina.

I dati suggeriscono come il modello Gentlecare, garantendo maggiore libertà di movimento e migliori autonomie, possa ridurre l'insorgenza di lesioni da pressione, limitandone anche lo stadio e quindi la gravità.

Sono presenti delle difformità rispetto all'attività di riabilitazione, volta a riportare le condizioni cliniche e l'autonomia dell'anziano ad uno status ottimale per la ripresa delle normali attività di vita. Nell'applicazione del modello Gentlecare, l'attuazione del regime terapeutico riabilitativo è stato garantito nel 100% dei casi di frattura (tot. 2); diversamente, nella struttura di confronto, è stato garantito nel 50% dei casi di frattura (tot. 2) a causa di sintomatologia dolorosa non controllata che ha impedito un percorso riabilitativo. I risultati non sono, però, ascrivibili al tipo di modello assistenziale scelto.

Rispetto ai dati relativi al numero di giorni di ospedalizzazione in un anno, si registrano un totale di 35 giorni per Villa San Giuseppe, attribuibili alle fratture riportate in seguito a cadute e in un caso a polmonite da SARS-CoV 2. Nella struttura Casa del Sole, in due casi l'ospedalizzazione è da attribuirsi alle fratture in seguito a cadute e in quattro casi è conseguente a problematiche di origine medico-chirurgica (BAV da disionie, volvolo intestinale, insufficienza respiratoria e anemia, ischemia arto inferiore) per un totale di 53 giorni. Nonostante la letteratura metta in evidenza benefici del modello Gentlecare per la salute della persona, (27) dall'indagine in merito non sono emersi risultati

ascrivibili a questa teoria in quanto la necessità di ricovero è dovuta a fattori esterni e non dipendenti dal modello assistenziale implementato.

E' stato osservato anche l'aspetto relativo all'indice di massa corporea, dal momento che emergono evidenze circa gli effetti negativi che la contenzione ha sul tono e sulla massa muscolare (5); poiché l'aspetto della contenzione è stato oggetto di osservazione, si è ritenuto opportuno indagare anche le modificazioni del BMI. Le analisi hanno consentito di osservare che i valori medi dell'indice BMI registrati in entrambe le strutture sono sovrapponibili, con una differenza non significativa. E' stato possibile osservare che presso la struttura di Livinallongo rispetto alla struttura di Ponte nelle Alpi è stata registrata una minore oscillazione tra le variazioni dei valori di BMI durante l'anno di osservazione (Livinallongo +1,27, -1,15; Ponte nelle Alpi +2,57, -2,46) con un numero maggiore di assistiti (Livinallongo 6; Ponte nelle Alpi 1) che hanno mantenuto un indice BMI invariato nel tempo. Ponendo in relazione i dati relativi al BMI con i dati relativi alla mobilità è possibile osservare che nella struttura di Livinallongo vi è una tendenza variabile del BMI indipendente dai valori di mobilità registrati (Grafico 6), mentre nella struttura di Ponte nelle Alpi si osserva una tendenza all'aumento del BMI all'aumentare del punteggio della mobilità (grafico 7), corrispondente alla riduzione delle capacità.

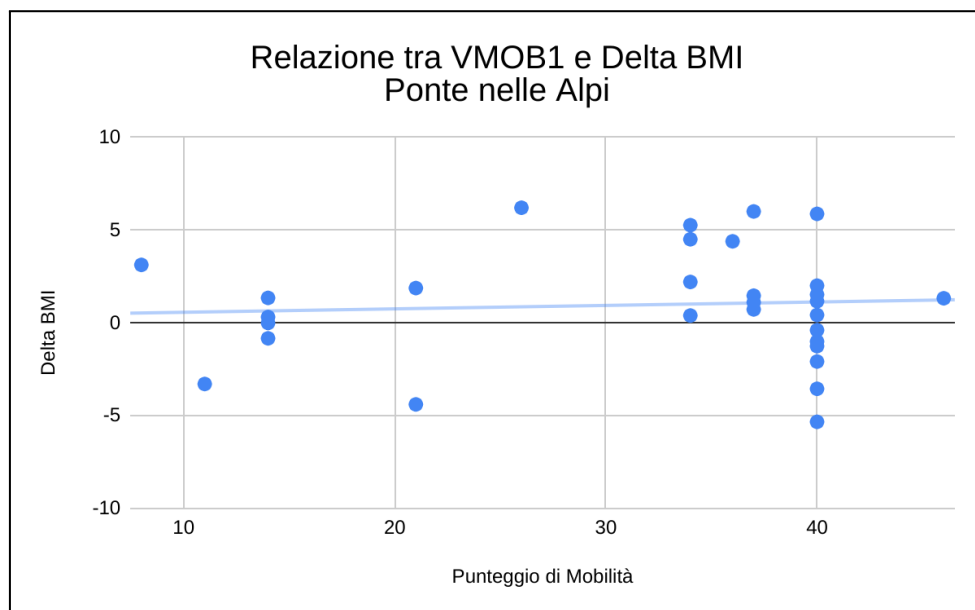


Grafico 6 - Tendenza relativa alla differenza nei valori di BMI (Delta BMI) registrati in relazione con i punteggi di mobilità (VMOB1) presso la struttura di Ponte nelle Alpi.

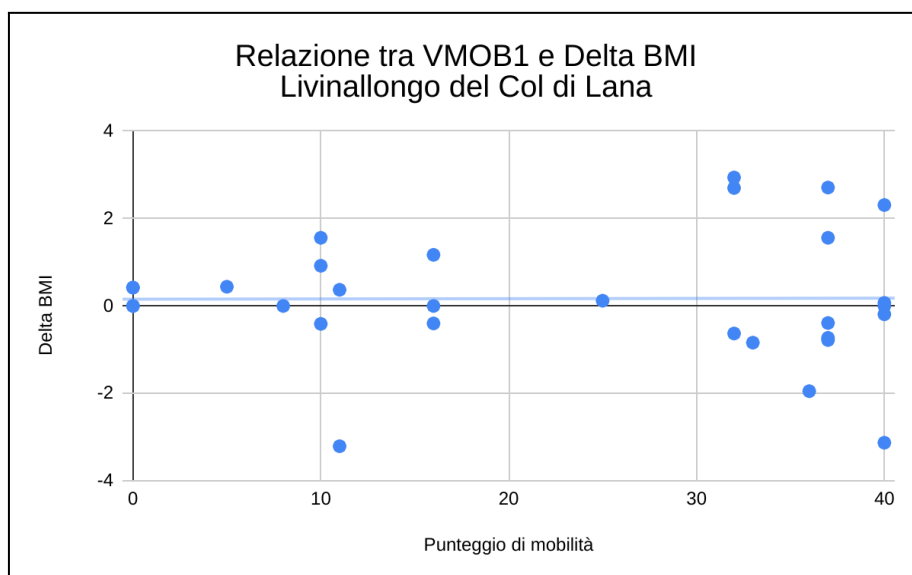


Grafico 7 - Tendenza relativa alla differenza nei valori di BMI (Delta BMI) registrati in relazione con i punteggi di mobilità (VMOB1) presso la struttura di Livinallongo del Col di Lana.

Tali dati suggeriscono che vi possa essere una relazione tra le minori variazioni nei punteggi BMI nella struttura dove si registrano migliori punteggi nell'area motoria, indicando i benefici che il modello Gentlecare può apportare anche negli indici di massa corporea. Non si evidenziano particolari relazioni tra i valori di BMI e le contenzioni applicate.

CAPITOLO VI – CONCLUSIONI

I dati presi in esame con questa indagine osservazionale confermano alcuni benefici che la persona anziana con disturbo neurocognitivo trae dall'essere assistita secondo il modello Gentlecare, come descritto nella letteratura di riferimento (12).

In modo particolare, è possibile evidenziare i benefici derivanti dalla diminuzione dell'utilizzo di terapia sedativa e della contenzione meccanica che si traduce in un minor rischio di cadute.

Emerge, inoltre, un giovamento per quanto riguarda l'autonomia della persona nelle ADL e nella mobilità, nonché nel profilo cognitivo e nei valori di BMI come emerge dalla letteratura di riferimento (11).

In termini di necessità di cure ospedaliere, non sono stati portati alla luce dati utili a scegliere di adottare un modello di assistenza piuttosto che un altro.

Il punto cardine per garantire questo tipo di assistenza è la formazione del personale sanitario; la patologia dementigena ha in sé ancora molti aspetti che sono in fase di studio e approfondimento: necessita, perciò, di un'adeguata conoscenza e un puntuale aggiornamento dell'équipe al fine di assicurare una gestione quanto più ottimale di una sindrome complessa come il disturbo neurocognitivo. Prima di accedere alla formazione, è bene avere un quadro chiaro delle figure che si occupano e sono a stretto contatto della persona malata, comprendere le necessità formative di ognuno in merito ed eventuali adeguamenti che vanno fatti a livello strutturale in quanto ambiente e persone sono due dei tre elementi fondamentali e inscindibili su cui si fonda il modello Gentlecare.

6.1 - Limiti

Nonostante alcuni risultati positivi messi in evidenza, la presente indagine osservazionale presenta dei limiti in termini di raccolta e analisi di dati. *In primis*, tra gli aspetti che hanno reso difficoltoso l'inizio dello svolgimento della raccolta dati, è stata la mancanza di una griglia già validata e per questo motivo è stata ideata *ex novo*. Un ulteriore limite va considerato per quanto riguarda il

campione. Per avere una visione più ampia e, quindi, maggiori dati a disposizione a supporto dei risultati, sarebbe stato proficuo prendere in considerazione un campione più ampio, spaziando l'indagine anche in altre strutture della provincia.

Le informazioni sono state reperite all'interno dei sistemi informatici di raccolta dati e archiviazione delle strutture, ma poiché è stato chiesto alle strutture di selezionare 30 assistiti rientranti nel target oggetto di tesi tra il totale degli ospiti che risulta essere in numero maggiore, vi è la possibilità che si sia verificata una scelta non completamente casuale. Inoltre le schede di rilevazione dei dati sono state compilate direttamente dalle strutture, previa informazione ed addestramento dei compilatori, senza la presenza del ricercatore in loco.

6.2 - Implicazioni future

I risultati emersi da questa indagine osservazionale hanno posto una questione da approfondire per quanto riguarda l'assistenza a persone con disturbo neurocognitivo secondo il modello ideato da Moyra Jones. Infatti, nonostante siano emerse alcune considerazioni positive a riguardo, nel presente studio rimangono ancora inesplorati alcuni temi. La triade protesica del Gentlecare è formata da ambienti, persone e attività e Moyra Jones ritiene che l'elemento con maggiore potere sia la parte delle persone, le definisce "la terapia". Sarebbe, pertanto, opportuno e interessante approfondire il punto di vista delle persone (non solo l'équipe sanitaria ma anche i *caregivers*) che sono direttamente coinvolte nella gestione della persona con disturbo neurocognitivo e gli esiti che l'alleanza terapeutica tra persone e assistito produce.

Un ulteriore approfondimento potrebbe riguardare i risultati derivanti dall'ambiente protesico, un ambiente quanto più simile a casa, funzionale e sicuro, creato a misura di persona con demenza, per gestire i BPSD e garantire un'adeguata qualità di vita. Da qui poi si potrebbe considerare l'utilizzo di eventuali dispositivi tecnologici pensati *ad hoc* e le implicazioni economiche che ne conseguono.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. American Psychiatric Association, DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Raffaello Cortina Editore, 2023
2. G. Rusmini, Assistenza alle persone affette da demenza: principali evidenze dall'ultimo rapporto OECD, I luoghi della cura online, 2019 vol.2
3. R. Rubbino, La demenza non è solo una questione di memoria. Aspetti psicologici e comportamentali nei disturbi neurocognitivi lievi e maggiori, 2020
4. <https://demenze.regione.veneto.it> (04/10/2023)
5. Schneider et al., Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease, The New England journal of medicine, 2006, vol. 355, 15, 1525-38
6. A. Guaita, La RSA come protesi di sostegno e benessere per gli anziani, (in) Residenze Sanitarie per Anziani, a cura di M. Trabucchi et al., edizioni Il Mulino, 2022
7. <https://www.iss.it/le-demenze> (04/10/2023)
8. <https://www.salute.gov.it/portale/demenze/homeDemenze.jsp> (15/09/2023)
9. A. Cartabellotta et al., Linee guida per la diagnosi, il trattamento e il supporto dei pazienti affetti da demenza, Evidence 2018;10(10): e1000190
10. A. Guaita, Le persone con demenza nella società di oggi: il passaggio dalla quantità alla qualità, I luoghi della cura online, 2019 vol.5
11. E. Bortolomiol et al., Gentlecare: cronache di assistenza, edizioni Centro Studi Erickson, 2015, pag. 18-31
12. M. Jones, Gentlecare un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer, edizioni Carocci Faber, 2005, pag. 50
13. https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/05/Item-24_La-contenzione-fisica-e-farmacologica.pdf (31/10/2023)

14. M. Jones, *Gentlecare un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer*, edizioni Carocci Faber, 2005, pag. 173
15. E. Bortolomiol et al., *Gentlecare: cronache di assistenza*, edizioni Centro Studi Erickson, 2015, pag.30
16. M. Jones, *Gentlecare un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer*, edizioni Carocci Faber, 2005, pag. 174
17. M. Trabucchi, *Aiutami a ricordare*, edizioni San Paolo, 2022, pag.9-13
18. Abraham J et al., Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints of older people in general hospital settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022
19. <https://www.fnopi.it> (17/09/2023)
20. <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione> (17/09/2023)
21. <https://www.gazzettaufficiale.it/sommario/codici/codicePenale> (19/09/2023)
22. <https://www.epicentro.iss.it/incidenti-domestici/rischi-cadute-anziani#fattori> (04/10/2023)
23. Hamers et al., "Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents." *Journal of advanced nursing*, 2004, vol. 45,3, 246-51
24. Paola Di Giulio, *La politica degli esiti sull'organizzazione e sull'assistito: una nuova visione oltre i nursing sensitive outcomes*, Torino, Rimini 35mo congresso ANIARTI, 2016
25. Muscettola G. et al., *Reazioni avverse neurologiche e psichiche agli antipsicotici*, 1999, vol. 5
26. M. Jones, *Gentlecare un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer*, edizioni Carocci Faber, 2005, pag. 97
27. E. Bortolomiol et al., *Gentlecare: cronache di assistenza*, edizioni Centro Studi Erickson, 2015, pag. 102

ALLEGATI

Allegato n.1 - Consenso alla raccolta dati



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

*Scuola di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica
Sede didattica di Feltre*

PROCEDURA RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER ATTIVITA' DI STUDIO E/O RACCOLTA DATI FINALIZZATE ALLA TESI DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

PREMESSA :

L'accesso ai dati nelle strutture socio-sanitarie è consentito esclusivamente per le finalità di cura e assistenza e limitatamente ai dati utili per la risposta alle problematiche della persona assistita, inoltre i dati devono rimanere riservati (norme sulla privacy e sul segreto d'ufficio), **pertanto l'accesso e la raccolta di dati finalizzati alla tesi deve essere preventivamente autorizzato** dall'Azienda Sanitaria/Ente di Cura/Istituto. Nel caso questa attività venga effettuata al di fuori dell'anno accademico che si sta frequentando (oltre il 30 settembre) oppure in Aziende diverse dall'AULSS 1 Dolomiti, *deve essere predisposto il progetto formativo e di orientamento individuale* (PFO) da definire per tempo con la propria tutor ed il Coordinatore di sede.

COME RICHIEDERE L'AUTORIZZAZIONE ACCESSO/RACCOLTA DATI NELL'AULSS 1 DOLOMITI

1.1 COMPILAZIONE DELLA SCHEDA

Per ottenere l'autorizzazione all'accesso/raccolta dati finalizzata alla tesi **lo studente deve fare richiesta formale alla direzione dell'Azienda** tramite la scheda di: *Richiesta autorizzazione accesso/raccolta dati finalizzata alla tesi*; indicando chiaramente nella scheda:

- argomento di interesse / titolo della tesi
- scopo dell'indagine
- dati ricercati
- metodo di indagine che si intende utilizzare e destinatari
- il periodo di effettuazione dell'attività

A tale scopo lo studente deve:

- A)** definire con il relatore un progetto di massima relativo al lavoro di tesi e concordare la natura dei dati da indagare e la metodologia di indagine; quindi far apporre sulla scheda il visto del relatore; (1^ facciata del modulo)
- B)** contattare personalmente i Responsabili delle UU.OO./Servizi nelle quali si è previsto di effettuare lo studio, presentando il progetto di tesi e la tipologia di indagine che si intende condurre al fine di verificarne preventivamente la fattibilità della raccolta dati;
- C)** compilare la parte in alto della 2^ facciata del modulo, compresi i propri dati, e sottoscriverla; **D)** prendere appuntamento con il Coordinatore della sede, dott. Capretta, che ne verificherà la correttezza di compilazione e coerenza alle finalità per cui viene effettuata la raccolta dati ed ottenere così il visto dello stesso.

Alla richiesta andranno inoltre allegati eventuali questionari, matrici dell'intervista o altri

strumenti utilizzati nello studio.

1.2 A CHI INOLTARE L'AUTORIZZAZIONE - CHI AUTORIZZA

La richiesta di autorizzazione va indirizzata al rappresentante legale dell'Azienda/Ente in cui si intende raccogliere i dati. Le aziende, a seconda della loro organizzazione interna, individuano chi è incaricato di rilasciare l'autorizzazione. (per Aziende diverse dall'AULSS 1 Dolomiti informarsi a chi rivolgersi)

Le domande di autorizzazione relative all'Aziende ULSS 1 Dolomiti andranno fatte

- pervenire: ▪ Alla Direzione Medica Ospedaliera (per le sedi ospedaliere)
- Alla Direzione del Distretto (per le sedi territoriali)
- Alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione (per le relative sedi)

Per richieste ad altre Aziende / ULSS / Enti **lo studente deve informarsi** e poi **utilizzare** le modalità di autorizzazione previste in quelle sedi e la richiesta verrà trasmessa tramite il Coordinatore del Corso di Laurea accompagnata dal progetto di tesi, come da format contenuto nelle indicazioni per l'elaborato di tesi.

E' sempre opportuno che lo studente recapiti personalmente la richiesta e concordi con il personale dell'ufficio preposto al rilascio dell'autorizzazione la modalità per il ritiro della stessa dopo che è stata vistata. (attenzione ai tempi necessari per il completamento dell'iter della domanda)

1.3 ACCESSO/RACCOLTA DATI

La richiesta di accesso/raccolta dati risulta formalmente accolta quando è stata vistata dal legale rappresentante dell'ente/azienda/istituto (o un suo delegato) ed è stata indicata la persona a cui fare riferimento in azienda per l'accesso ai dati (responsabile o incaricato al trattamento dei dati). A questo punto lo studente, con l'autorizzazione, deve presentarsi al referente aziendale indicato per concordare la modalità di accesso e raccolta dei dati.

1.4 IMPEGNI DELLO STUDENTE :

Lo studente assicura che la raccolta dati verrà effettuata nel rispetto delle norme di garanzia della privacy ed i dati raccolti **verranno utilizzati esclusivamente per la realizzazione del lavoro di tesi, inoltre i dati saranno trattati in forma aggregata e pertanto anonima.**

Lo studente si impegna inoltre a **trasmettere i risultati dell'indagine** al responsabile dell'U.O./Servizio presso cui sono stati raccolti i dati, è importante dare riscontro di quanto emerso dall'indagine a chi è stato coinvolto nella stessa.

1.5 APPROVAZIONE DA PARTE DEL COMITATO ETICO

Qualora lo studio finalizzato alla tesi **coinvolga direttamente** utenti o pazienti di un'Azienda Sanitaria, Ente di Cura, Istituto Residenziale, anche assistiti ambulatorialmente o a domicilio, lo studente deve acquisire in merito all'indagine/studio il **parere del Comitato Etico** di riferimento.



*Scuola di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica
Sede didattica di Feltre*

Al
Azienda.....
Via.....
.....

Oggetto: richiesta autorizzazione accesso/raccolta dati finalizzata alla tesi.

Il sottoscritto _____ studente del terzo anno del
Corso di Laurea in Infermieristica, sede didattica di Feltre, nell'Anno Accademico ____/____ chiede
di poter svolgere attività di raccolta dati finalizzata alla propria tesi di laurea come di seguito presentata:

ARGOMENTO DI INTERESSE / TITOLO DELLA TESI:

SCOPO DELL'INDAGINE:

DATI RICERCATI:

METODO :

- questionario: destinatari _____ intervista: destinatari _____
osservazione diretta: destinatari _____
consultazione documentazione sanitaria:(specificare): _____
Altro : _____

EVENTUALI ALLEGATI ALLA RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE:

- questionario matrice intervista griglia di osservazione altro

Nome del relatore: _____ **Firma** _____

Unità Operative o Servizi Socio-Sanitari presso le quali si effettuerà l'attività di raccolta dati:

Periodo di rilevazione dei dati: dal ___/___/___ al ___/___/___

Lo studente assicura che la raccolta dati verrà effettuata nel rispetto delle norme di garanzia della privacy (D.Lgv. 196/2003) e che i dati verranno utilizzati esclusivamente per la realizzazione del lavoro di tesi, **pertanto verranno raccolti e trattati in forma assolutamente anonima** ed i dati sensibili e personali non saranno in alcun modo comunicati o diffusi se non nel modo succitato. Lo studente si impegna inoltre a trasmettere i risultati dell'indagine al responsabile dell'U.O./Servizio presso cui sono stati raccolti.

Feltre, _____ (firma studente)

Telefono dello studente: _____ e-mail: _____

Visto del Coordinatore del Corso di Laurea: _____

Al fine dell'autorizzazione si allegano la seguente documentazione:

questionario matrice intervista griglia di osservazione altro

PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA AULSS 1 Dolomiti

In relazione alla domanda dello studente _____ di accesso/raccolta dati finalizzata alla tesi presso le unità operative / servizi: _____

_____ da effettuarsi con le modalità indicate nella presente richiesta:

Si esprime parere favorevole alla raccolta dati dello studente e si indica come referente aziendale per l'accesso ai dati: _____ Si

precisano i seguenti vincoli a cui lo studente deve attenersi nella raccolta dati:

Non si accoglie la richiesta dello studente per i seguenti motivi:

Luogo e data: _____

Il legale rappresentante dell'ente o suo delegato:

(timbro e firma)

Allegato n. 3 - Griglia elaborazione dati struttura Casa del Sole - Ponte nelle Alpi

Pz	Gen	Età	Mob Matt.	Mob Pom.	Farm.	Cont. Mec.	Cadute	LDP	Stadio LDP	Fratt.	GG Osp.	VADL0	VADL1	Delta VADL	VMOB0	VMOB1	Delta VMOB	SHORT0	SHORT1	Delta SHORT	BMI0	BMI1	Delta BMI
1	F	67	1	1	3	1	10	0	0	0	0	16	40	-24	2	34	-32	7	8	-1	36,13	31,62	4,51
2	F	73	1	1	4	0	4	0	0	0	0	20	34	-14	2	8	-6	6	6	0	29,3	26,17	3,13
3	M	76	1	1	2	0	0	0	0	0	0	11	37	-26	19	14	5	4	6	-2	28,08	27,76	0,32
4	F	76	1	1	3	3	0	0	0	0	0	60	60	0	37	40	-3	6	9	-3	13,03	14,03	-1
5	M	77	1	1	0	0	6	0	0	0	0	10	22	-12	11	26	-15	7	6	1	26,78	20,57	6,21
6	F	78	1	1	2	1	1	0	0	0	0	18	28	-10	29	37	-8	1	4	-3	31,6	30,49	1,11
7	M	79	1	0	2	1	0	0	0	0	19	45	46	-1	34	34	0	4	4	0	18,62	16,41	2,21
8	F	82	1	0	0	2	0	0	0	0	0	46	60	-14	8	40	-32	10	10	0	21,21	20,78	0,43
9	M	83	1	1	2	0	1	0	0	0	0	18	26	-8	16	21	-5	6	4	2	25,69	30,08	-4,39
10	F	84	1	1	1	2	0	0	0	0	0	58	60	-2	40	40	0	6	7	-1	23,14	17,26	5,88
11	F	84	1	0	0	1	0	1	4	0	0	37	57	-20	36	40	-4	6	7	-1	13,78	17,33	-3,55
12	F	84	1	1	1	1	0	0	0	0	0	46	60	-14	30	34	-4	3	7	-4	18,83	18,43	0,4
13	M	85	1	1	1	1	3	0	0	0	0	30	46	-16	28	37	-9	0	5	-5	27,47	26	1,47
14	F	85	1	1	1	2	0	0	0	0	0	58	58	0	40	40	0	8	10	-2	22,27	22,66	-0,39
15	F	86	1	1	1	2	2	0	0	1	7	18	41	-23	11	34	-23	7	4	3	24,34	19,07	5,27
16	F	86	1	0	2	2	0	1	2	0	0	60	60	0	40	40	0	10	10	0	21,64	22,89	-1,25
17	F	86	1	1	3	2	0	0	0	0	0	10	50	-40	26	40	-14	1	4	-3	24,22	23,05	1,17
18	M	87	1	1	1	0	4	0	0	0	0	22	16	6	16	14	2	2	4	-2	28,73	27,38	1,35
19	F	89	1	1	2	0	0	0	0	0	0	5	12	-7	2	14	-12	6	7	-1	19,03	19,03	0
20	F	89	1	1	3	3	0	0	0	0	0	43	55	-12	24	37	-13	8	8	0	20,43	14,42	6,01
21	F	90	1	1	0	2	0	0	0	0	0	51	60	-9	37	40	-3	10	10	0	17,63	15,62	2,01
22	F	90	1	1	1	1	0	0	0	0	5	50	49	1	40	21	19	3	8	-5	19,57	17,69	1,88
23	F	91	1	0	1	2	0	0	0	0	0	50	60	-10	19	40	-21	10	10	0	19,15	21,23	-2,08
24	F	91	1	1	1	1	0	0	0	0	0	40	33	7	40	36	4	1	4	-3	29,64	25,24	4,4
25	F	92	1	0	0	2	0	0	0	0	2	60	60	0	40	46	-6	10	10	0	13,33	12	1,33
26	F	93	1	1	2	2	0	1	2	0	0	24	50	-26	11	40	-29	6	8	-2	17,15	15,62	1,53
27	F	93	1	1	1	1	0	0	0	0	0	11	15	-4	19	11	8	6	5	1	23,83	27,12	-3,29
28	F	93	1	1	1	0	2	0	0	0	0	14	14	0	26	14	12	6	7	-1	24,65	25,48	-0,83
29	F	96	1	1	1	2	0	1	3	0	8	46	58	-12	40	40	0	7	10	-3	18,67	24	-5,33
30	F	96	1	1	1	1	2	1	1	1	12	10	50	-40	8	37	-29	2	5	-3	21,67	20,94	0,73

Allegato n. 4 - Griglia elaborazione dati struttura Villa San Giuseppe - Pieve di Livinallongo del Col di Lana

Pz	Gen	Età	Mob Matt.	Mob Pom.	Farm.	Cont. Mec.	Cadute	LDP	Stadio LDP	Fratt.	GG Osp.	VADL0	VADL1	Delta VADL	VMOB0	VMOB1	Delta VMOB	SHORT0	SHORT1	Delta SHORT	BMI0	BMI1	Delta BMI
1	M	66	1	1	0	0	1	0	0	0	24	37	18	19	11	16	-5	7	4	3	22,03	22,43	-0,4
2	F	80	1	1	0	0	1	0	0	0	0	52	55	-3	34	40	-6	9	9	0	18,73	18,66	0,07
3	M	80	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	3	3	0	18,94	18,94	0
4	M	81	1	1	1	0	2	0	0	0	0	58	13	45	27	8	19	7	10	-3	15,82	15,82	0
5	F	81	1	1	1	0	1	0	0	1	2	24	8	16	0	0	0	8	6	2	21,23	20,81	0,42
6	M	82	1	1	0	0	0	0	0	0	0	47	29	18	37	37	0	6	6	0	22,66	23,05	-0,39
7	F	83	1	1	2	0	2	0	0	0	0	14	10	4	11	5	6	6	6	0	26,75	26,31	0,44
8	F	83	1	1	3	0	6	0	0	0	0	44	26	18	15	11	4	8	8	0	23,05	22,68	0,37
9	F	85	1	1	1	0	0	0	0	0	0	51	20	31	18	11	7	10	8	2	22,03	25,24	-3,21
10	F	85	1	1	0	0	0	0	0	0	0	45	31	14	34	33	1	3	6	-3	18,31	19,15	-0,84
11	F	86	1	1	2	0	3	0	0	0	0	53	3	50	40	16	24	1	7	-6	24,61	23,44	1,17
12	F	87	1	1	1	0	0	0	0	0	0	60	22	38	40	40	0	10	4	6	26,95	30,08	-3,13
13	F	87	1	1	0	0	1	0	0	0	0	31	46	-15	8	16	-8	5	7	-2	27,56	27,56	0
14	F	88	1	1	1	0	0	0	0	0	0	41	41	0	15	37	-22	10	10	0	19,53	17,97	1,56
15	M	89	1	1	1	0	0	0	0	0	0	60	28	32	40	32	8	7	5	2	20,83	21,46	-0,63
16	F	90	1	1	0	0	2	0	0	0	0	43	3	40	40	0	40	5	6	-1	22,35	21,93	0,42
17	F	90	1	1	1	0	0	1	1	0	0	51	58	-7	40	40	0	8	7	1	20,89	18,58	2,31
18	F	90	1	1	2	0	1	0	0	0	0	51	53	-2	14	25	-11	10	10	0	15,01	14,89	0,12
19	F	90	1	1	1	0	1	0	0	0	0	51	39	12	34	37	-3	8	8	0	22,99	20,28	2,71
20	F	91	1	1	2	0	5	0	0	1	9	17	1	16	5	10	-5	7	8	-1	21,09	19,53	1,56
21	F	91	1	1	1	0	0	0	0	0	0	13	28	-15	8	10	-2	5	7	-2	32,39	31,47	0,92
22	F	92	1	1	1	0	0	0	0	0	0	52	60	-8	34	40	-6	9	10	-1	14,82	14,82	0
23	F	92	1	1	2	0	4	0	0	0	0	53	41	12	34	32	2	8	7	1	20,2	17,26	2,94
24	F	92	1	1	1	0	0	0	0	0	0	35	48	-13	40	37	3	8	8	0	16,8	17,58	-0,78
25	F	92	1	1	0	0	1	0	0	0	0	40	27	13	22	37	-15	10	9	1	19,47	20,2	-0,73
26	F	94	1	1	0	0	0	0	0	0	0	32	2	30	8	10	-2	6	7	-1	25,15	25,56	-0,41
27	F	95	1	1	0	0	0	1	1	0	0	47	30	17	16	32	-16	5	6	-1	21,63	18,93	2,7
28	F	96	1	1	0	0	0	0	0	0	0	54	31	23	37	36	1	8	6	2	19,53	21,48	-1,95
29	F	97	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	58	-58	0	40	-40	3	7	-4	20,45	20,64	-0,19
30	F	102	1	1	0	0	0	0	0	0	0	14	4	10	8	0	8	3	3	0	21,64	21,64	0