



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**L'ABUSO NELL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI
IN RAPPORTO CON I LIVELLI DI EMPATIA
DEL PERSONALE DI ASSISTENZA.
STUDIO OSSERVAZIONALE.**

Relatore: Prof. Ditadi Alessandro

Correlatore: Dott.ssa Elena Filippo

Laureanda: Longhi Angela

Anno Accademico 2014-2015

INDICE

RIASSUNTO

1. PROBLEMA.....	1
1.1 Anziano e invecchiamento.....	1
1.1.1 Dati relativi all'invecchiamento.....	2
1.2 Definizione di empatia.....	2
1.3 L'importanza dell'empatia per il personale di assistenza.....	3
1.4 Il maltrattamento dell'anziano: abuso e violenza.....	5
1.4.1 Fenomeno iceberg.....	6
1.4.2 Definizioni di violenza e abuso.....	7
2. OBIETTIVI.....	11
3. INDAGINE.....	13
3.1 Il campione e il contesto.....	13
3.2 Modalità di indagine.....	13
3.3 Strumenti di indagine.....	13
3.3.1 Il questionario socio-anagrafico-personale per campione personale di assistenza.....	13
3.3.2 Il questionario socio-anagrafico-personale per il campione popolazione generale.....	14
3.3.3 La griglia per l'osservazione.....	14
3.3.4 La Scala BEES.....	16
3.3.4.1 Descrizione generale del contenuto della scala BEES.....	17
3.4 Analisi e discussione dei dati.....	18
3.4.1 Confronto dei livelli di empatia tra il campione "Popolazione generale" e "Personale di assistenza".....	18
3.4.2 Livelli di abusi ed empatia.....	20
3.4.2.1 Abusi ed empatia campione "Personale di assistenza".....	20
3.4.2.2 Abusi ed empatia campioni "Personale di assistenza U.O.1" e "Personale di assistenza U.O. 2".....	22

3.4.2.3 Osservazioni sul questionario socio-anagrafico-personale campione “Personale di assistenza U.O. 1”e Personale di assistenza U.O. 2”	24
3.4.2.4 Descrizione e osservazioni sulla tipologia di abusi.....	24
3.5 Considerazioni sui risultati.....	27
3.6 Limiti dell’indagine.....	28
4. PROPOSTA.....	29
5. CONCLUSIONE.....	33

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

1. RIASSUNTO

“Finchè l'uomo malato non sarà considerato anche secondo il punto di vista delle scienze umane, sarà sempre “mal-trattato”, anche se per ipotesi il trattamento fosse irreprensibile dal punto di vista delle scienze mediche”

S. Spinsanti “Bioetica e Nursing”

1.1 Sintesi del problema

L'aumento dell'età media è una delle conquiste dell'epoca contemporanea. Questa determina un aumento del numero delle persone in età anziana. Questa età è caratterizzata da diverse patologie croniche che provocano frequenti ospedalizzazioni. Gli episodi di cronaca vedono frequentemente protagonisti gli anziani con episodi di abuso e violenza.

L'assistenza alla persona con molteplici patologie e livelli alti di dipendenza è impegnativa. La letteratura segnala come importante nell'assistere il livello di empatia, che notoriamente tende a calare nel tempo in chi assiste.

1.2 Obiettivi

Con questo lavoro si mira a tre obiettivi: primo verificare e connotare i comportamenti non adeguati del personale di assistenza, secondo rilevare le caratteristiche emotive del personale mettendole a confronto con la popolazione generale del territorio. Terzo obiettivo osservare se vi è una relazione tra le caratteristiche emotive del personale di assistenza e i comportamenti agiti nell'assistenza verso l'anziano.

1.3 Strategie

L'indagine è stata svolta in due Unità Operative dell'Azienda Ospedaliera dell' Unità Locale Socio Sanitaria (U.L.S.S.) 13 e nel territorio del Noalese con un campione totale di 80 persone. Al personale sanitario è stata somministrata la Balanced Emotion Empathy Scale (B.E.E.S) che serve a misurare il livello di empatia, inoltre è stato osservato il loro operato durante alcuni turni di lavoro. L'osservazione si è basata su degli indicatori dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Alla popolazione del territorio è stata somministrata la stessa scala somministrata agli infermieri per poter fare un confronto. Lo

studio condotto è stato preceduto dalla consultazione della letteratura scientifica riguardante tale argomento.

1.4 Giudizio di fattibilità

Al fine di realizzare l'indagine è stata necessaria in primo luogo l'autorizzazione dei coordinatori infermieristici e dei Direttori delle Unità Operative in cui è stata effettuata l'indagine.

È stata indispensabile la collaborazione e la disponibilità, sia del personale sanitario sia della popolazione del territorio a cui sono stati somministrati i questionari.

1.5 Indicatori di risultato atteso

Verificare se ci sono differenze tra l'empatia del personale di assistenza e della popolazione generale. Verificare le percentuali di abuso e indagare se c'è relazione con i livelli di empatia degli O.S.S. e degli infermieri.

PROBLEMA

1.1 Anziano e invecchiamento

Per poter cominciare questo studio è stato ritenuto necessario fornire la definizione di anziano. Il concetto di anzianità, in quanto tale, è difficilmente definibile se non si considerano i differenti aspetti cronologico, demografico-statistico, biologico, assistenziale, medico-legale-assicurativo, peraltro molto eterogenei tra loro. Il criterio di definizione più immediato è quello cronologico.¹

Consultando i testi di Medicina Geriatrica² e di Infermieristica³⁻⁴, si trova unanimità nel considerare gli *anziani* gli individui di 65 anni o più.

La vecchiaia è spesso associata ad un declino nella salute (ad es. fisica), che colpisce la capacità di svolgere i propri ruoli sociali, familiari e lavorativi.

Spesso l'essere anziano comporta anche la perdita di autorità, la riduzione delle reti sociali e della qualità della vita, difficoltà materiali ed emotive, e una maggiore dipendenza dagli altri per il proprio benessere. In questa parte della loro vita gli anziani vengono frequentemente ricoverati, uno studio condotto nel 2006 sulla popolazione di questa fascia di età, ha rilevato che la qualità della vita di un anziano subito dopo il ricovero risulta molto compromessa.⁵

Spesso l'attenzione rivolta alle tematiche giovanili, può rischiare di emarginare ulteriormente le persone anziane, rischiando di non tenerle in considerazione e di non ascoltarle nella misura in cui si dovrebbe data la loro esperienza e conoscenza.⁶

Il rischio per gli anziani di essere trattati male può quindi aumentare con i fattori e gli elementi sopra citati.

¹Molinelli A., Odetti P., Viale L., Landolfi M.C., Flick C., De Stefano F., *Aspetti medico-legali e geriatrici del "maltrattamento" dell'anziano*, G Gerontol, 2007, Vol. 55 pp.170-180

²Bosello O., Zamboni M., *Manuale di gerontologia e geriatria*, Ed Piccin-Nuova Libreria, 2011

³Craven Ruth F., Hirlne Constance J., *Principi Fondamentali dell'Assistenza Infermieristica*, Ed. Ambrosiana, Milano 2011, Vol 1, pp. 335

⁴Smeltzer S.C., Bare B.G., Hinkle J.L., Cheever K.H. *Brunner Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica*, Ed. Ambrosiana, Milano 2010, Vol 1, pp. 230

⁵ De Alfieri W., Palleschi. L, Salani B., Zuccaro S. M., *L'impatto del ricovero sulla persona anziana*, Ed. Lavoro, 2006

⁶Soares J.J.F., Barros H., Torres-Gonzales F., Ioannidi-Kapolou E., Lamura G., Lindert J., de Dios Luna J., Macassa G., Melchiorre M.G., Stankunas M., *Abuso e salute tra gli anziani in Europa*. INRCA, Ancona, 2012, pp 24

1.1.1 Dati relativi all'invecchiamento

Secondo l'OMS il Giappone è il Paese più longevo, l'Italia è seconda e prima in Europa.⁷ Dalla ricerca dell'Istituto Nazionale di Statistica⁸ (ISTAT), attualmente, in Italia gli anziani (individui da 65 anni in sù) rappresentano il 21,7% rispetto la popolazione totale ed è previsto un aumento a 32,6% nel 2065. Il primo *Report globale su Invecchiamento e salute* prodotto dall'Organizzazione mondiale per la sanità presentato il 30 Settembre 2015 inizia così "Oggi, per la prima volta nella storia la maggior parte delle persone hanno una aspettativa di vita di 60 anni e oltre".⁹

Secondo il Report la popolazione anziana entro cinque anni supererà quella dei bambini sotto i 5 anni e nel 2050 gli over 60 dagli attuali 900 milioni passerà a quasi 2 miliardi.

1.2 Definizione di empatia

Il termine empatia fu coniato da Edward Titchener, filosofo e psicologo inglese, nel 1909, sulla base greca di *empathia*, come traduzione del termine tedesco *Einfühlung* (sentire dentro), a proposito del godimento estetico di un oggetto.

Fu Theodor Lipps, filosofo e psicologo tedesco, a farne un concetto psicologico, sostenendo che chi osserva un certo gesto in un'altra persona, proietta se stesso nell'altro, provando la medesima emozione. La capacità di fare propria l'esperienza altrui, partendo da una considerazione patologica, attraverso l'identificazione isterica, fu descritta, già nel 1899, da S. Freud, fondatore della psicoanalisi, che stabilì come i pazienti, attraverso tale identificazione, esprimevano nei loro sintomi le esperienze delle altre persone, soffrendo ciò che gli altri soffrivano, e considerando tale aspetto come parte del riconoscimento inconscio di una comune esperienza emotiva.¹⁰ In seguito l'attenzione si spostò dalla condivisione dei vissuti altrui alla relazione paziente-terapeuta.

In questo campo Rogers ha considerato l'empatia come una componente indispensabile nel rapporto terapeutico, che consente di entrare nel mondo di un'altra persona senza giudicarla. Rogers ha definito l'empatia come l'abilità nel percepire il mondo più intimo

⁷ <http://www.onuitalia.com/2015/09/30/oms-bustreo-pensare-alle-donne-in-mondo-che-invecchia/>

⁸ ISTAT 2015

⁹ http://www.repubblica.it/salute/medicina/2015/09/30/news/oms_report_sull_invecchiamento_fra_5_anni_ci_saranno_piu_anziani_che_bambini_-124007567/

¹⁰ Bonino S., Lo Coco A., Tani F., *L'empatia. I processi di condivisione delle emozioni*, Ed. Giunti, Milano, 1998, pp. 9-10

dei valori personali del cliente come se fosse proprio, senza mai perdere la qualità del “come se”.¹¹

Entrare nel mondo di un'altra persona senza giudicarla o volerla analizzare crea i presupposti per un'apertura alla condivisione e alla crescita personale.

L'empatia è una capacità basata sulla consapevolezza delle proprie emozioni, fondamentale nella relazione con gli altri. L'autoconsapevolezza permette di saper gestire le proprie emozioni e quelle degli altri in maniera costruttiva, senza lasciarsi travolgere. In particolare Goleman, psicologo statunitense, conferma che l'empatia si fonda sulla consapevolezza nel senso che quanto più siamo aperti verso le nostre emozioni, tanto più abili saremo nel leggere i sentimenti altrui.¹²

1.3 L'importanza dell'empatia per il personale di assistenza

L'empatia è centrale e funzionale all'assistenza infermieristica in quanto permette all'infermiere di creare un clima di fiducia, necessario per stabilire la reale percezione dei bisogni del cliente. Alla base di una buona assistenza vi è la relazione di aiuto, questa diventa terapeutica quando contiene uno sforzo di comprensione dell'esperienza vitale della persona, con una partecipazione profonda e sincera in termini di empatia, possibile solo in condizioni di maturità affettiva.¹³

L'atteggiamento empatico rende abile l'infermiere nel comprendere la disponibilità della persona a parlare e a capire le risposte in termini di salute. Un investimento con un alto livello di empatia nella relazione infermiere-paziente fornisce un riscontro positivo in termini di salute, che contribuisce a migliorare il concetto di sé e a ridurre lo stress fisiologico, l'ansia e il rischio depressivo.

Nonostante ciò, molti studi¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷ hanno dimostrato che la capacità empatica tende ad abbassarsi nelle professioni di aiuto alla persona come l'assistenza infermieristica.

¹¹ Rogers C., *La terapia centrata sul cliente*, Ed. Martinelli, Firenze, 1970, pp. 92

¹² Goleman D., *Intelligenza Emotiva*, Ed. Rizzoli, Milano, 1996, pp. 124

¹³ Cortese C., Fedrigotti A., *Etica infermieristica*, Ed. Sorbona, Milano, 1985, pp.54-57

¹⁴ Reynolds W., Scott B., *Do nurses and other professional helpers normally display much empathy?*, Journal of Advanced Nursing, 2000, Vol. 3, n. 1, pp. 226-234

¹⁵ Ançel G., *Developing Empathy in Nurses: An Inservice Training Program*, Archives of Psychiatric Nursing, 2006, Vol. 20, n. 6, pp. 249

¹⁶ Reynolds W., Scott B., *Empathy: a crucial component of the helping relationship*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 1999, Vol. 6, pp. 363-370

¹⁷ Wheeler K., Barrett E., *Review and synthesis of selected nursing studies on teaching empathy and implications for nursing research and education*, Nursing Outlook, 1994, Vol. 42 n.5, pp. 230-236

Un infermiere incapace di relazionarsi in modo sano con il paziente, produrrà ripercussioni sulla relazione assistenziale, sulle capacità professionali¹⁸ e trasmetterà le sue difficoltà anche alla persona, facendola sentire diffidente nei confronti della figura che ha di fronte, impedendogli di chiedere aiuto.

Ne consegue un fallimento nella comprensione del cliente e dei suoi bisogni che implica sia la mancata intuizione, da parte dell'infermiere, dei reali bisogni del paziente, funzionali alla presa in carico, sia l'inadeguato supporto emotivo fornito, contribuendo così, seppur in minima parte, ad una risposta in termini di salute non favorevole, come ad esempio un aumento dello stress.¹⁹

Da un livello di empatia non calibrato nasce il rischio per l'infermiere di una totale immedesimazione e di una condivisione non controllata degli stati emotivi del paziente, situazione definita "contagio emotivo". Un forte coinvolgimento emotivo, può essere causa di stress per l'infermiere stesso, che non riesce più, con le proprie risorse, a far fronte alle richieste del paziente. Gli elementi stressogeni di un determinato ambiente sollecitano l'individuo che reagisce secondo la propria personalità (cultura, capacità di difesa, disponibilità individuale a interiorizzare un principio etico) con determinate risorse, elaborando così uno stato d'animo che va dal semplice disagio fino alla sindrome del burnout.²⁰ In questa situazione di stress l'infermiere focalizza l'attenzione su di sé e perde di vista il paziente.

Con il calo dell'empatia e con l'aumento dell'apatia l'infermiere divenendo pessimista e cinico, riduce il senso di colpa e la frustrazione associata al lavoro. Nel distacco dalla professione, inteso come allontanamento emotivo sia dall'utente che dall'attività stessa, che avviene quando vi è un abbandono delle mete e degli ideali originari, l'infermiere avverte un senso di colpa e, per evitarne il peso, tende ad esternarlo sotto forma di rimproveri agli utenti stessi o al sistema.²¹

Per una buona relazione terapeutica è necessario conoscere le proprie aree di vulnerabilità, per non mescolare ruolo professionale e questioni personali.²²

¹⁸ Cortese C., op. cit., pp. 53

¹⁹ Reynolds W., op. cit., pp. 232

²⁰ Venturini L., *Burnout Sindrome e Nuovo Codice Deontologico. Valori e conflitti nella realtà lavorativa dell'infermiere di pronto soccorso*, Emergency Oggi, 2000, Vol. 6, n.3, pp. 12-17

²¹ Pedon A., Maeran R., *Psicologia e mondo del lavoro. Temi introduttivi alla psicologia del lavoro*, Ed. Led, Milano 2001, pp. 279-283

²² Danon M., *Counseling. L'arte della relazione di aiuto attraverso l'ascolto e l'empatia*, Ed. Red, Milano 2009, pp. 61

La professione infermieristica comporta una quotidiana vicinanza con la sofferenza e il dolore delle persone, è quindi richiesta la capacità di fare proprie, seppur in maniera controllata, le emozioni altrui. Senza questa capacità la distanza con il paziente risulta troppo grande e rischia di compromettere non solo l'aiuto, ma addirittura lo stesso riconoscimento dell'altro come persona umana.²³

Senza un buon livello di empatia, di fronte alla sofferenza del paziente si rischia di far prevalere i propri meccanismi di difesa come la negazione.

Oltre alla negazione sono caratteristici alcuni atteggiamenti difensivi, quali risposte di aiuto, caratterizzate da consigli per risolvere la situazione; risposte convenzionali, tipiche di una presa di distanza e di un mancato coinvolgimento emotivo, composte con frasi fatte o proverbi; l'indifferenza, rappresentata dalla mancata manifestazione di alcun tipo di interesse nei confronti della situazione o della persona; l'aggressività, sia a livello verbale che fisico, per il mancato tentativo di comprensione, che rende così la situazione intollerabile; infine la fuga che determina un distanziamento dalla situazione, sia sul piano verbale, sia fisico.²⁴

1.4 Il maltrattamento dell'anziano: abuso e violenza

Se si considera la violenza in senso lato, come mancanza di rispetto, abuso, negligenza, danno fisico secondo la scrittrice Simone De Beauvoir il binomio "vecchiaia-violenza" è quasi un'equazione nel senso che uno sta all'altro e uno rafforza l'altro²⁵.

Vecchiaia e violenza sono concetti legati dalla fragilità dell'anziano, dalla sua debolezza fisica, psichica e dalla vulnerabilità che lo contraddistingue e rende latente il rischio di prevaricazione, l'esercizio di abusi e maltrattamenti in forme più o meno evidenti.

Per completare il quadro, come sottolinea uno studio²⁶ ha un ruolo fondamentale anche l'esistenza di un rapporto fiduciario di cura e di affidamento, quindi la relazione fra la vittima e l'autore della violenza, che con l'avanzare dell'età si impone e cresce.

La preoccupazione relativa ai maltrattamenti nei confronti degli anziani sta aumentando in

²³ Bonino, op. cit., pp. 8

²⁴ Bonino, op.cit., pp. 147

²⁵ Sgritta G.B., Deriu F. *La violenza occulta. Violenze abusi e maltrattamenti contro le persone anziane*, Ed. Lavoro, 2009, pp. 11

²⁶ National Reserch Council, *Elder Mistreatment. Abuse, Neglect, and Exploitation in a Aging America*, The National Academic Press, Washington, 2003, pp. 43

seguito alla consapevolezza che nei prossimi decenni, nei paesi industrializzati così come in quelli in via di sviluppo, si assisterà a un marcato aumento della popolazione anziana: quella che in francese è chiamata *le troisième âge* (la terza età).²⁷

Ma l'abuso verso gli anziani rappresenta secondo alcuni autori una realtà ancora sottostimata nel nostro Paese a causa della registrazione di un basso numero di denunce a dispetto di una probabile prevalenza ben più elevata.²⁸

1.4.1 Fenomeno iceberg

La violenza contro gli anziani è una realtà sfuggente, dinamica e multidimensionale, in larga misura occulta, poco e male esplorata, e per ciò per sua natura opaca e di incerta definizione. È considerata un fenomeno "iceberg" contraddistinto cioè da un sommerso molto più grande della parte che approda, di tanto in tanto nelle aule dei tribunali e tramite i media.

Il sommerso è destinato a crescere considerevolmente considerando le prospettive di crescita della popolazione.

Ma non si può dare per scontato che con l'aumentare degli anziani aumentano anche gli episodi di abuso perché bisogna tener conto che gli anziani del futuro non sono confrontabili a quelli odierni, saranno figure socialmente diverse. Inoltre nel futuro gli anziani vivranno in condizioni diverse e migliori delle attuali, saranno più istruiti e quindi più sani.²⁹ Si può supporre che la vasta presenza attuale di anziani e le loro caratteristiche di vulnerabilità e fragilità possono essere considerati come fattori chiave che conducono a episodi di maltrattamento, in questo studio considerati abusi da parte del personale sanitario, se si pensa all'aumento delle istituzionalizzazioni e dei ricoveri.

Le informazioni attuali riguardo alla violenza che colpisce gli anziani sono molto frammentate, a cominciare dalla classificazione delle sue possibili manifestazioni.

Ogni Stato ha normative diverse e usa criteri differenti per definire la figura dell'anziano, l'abuso, le modalità di accertamento, le conseguenze derivanti da questo.³⁰

²⁷ OMS, Traduzione italiana a cura di Fossati E., *Violenza e salute nel mondo*, Quaderni di sanità pubblica, Ed. CIS, 2002, pp. 199

²⁸ Molinelli A., op. cit, pp. 172

²⁹ Sgritta G.B., Deriu F., *La violenza occulta. Violenze, abusi e maltrattamenti contro le persone anziane*, Ed. Lavoro, 2009, pp. 14-15

³⁰ Sgritta, op. cit, pp. 20-21

Quindi ci sono pareri discordanti su cosa costituisce concretamente un abuso, soprattutto come, se, e da chi viene percepito.

Uno studio³¹ in particolare mostra come sia difficile adottare un'unica definizione ma soprattutto percepire gli abusi e i maltrattamenti, dopo aver intervistato gli infermieri chiedendo cosa fosse l'abuso e quali comportamenti potrebbero dimostrare abuso sono state raccolte diverse risposte, ciò che è emerso dallo studio è stato che l'abuso si verifica quando il risultato del comportamento è una percezione di male in un residente anziano.

È emerso anche che l'intenzionalità del male non è stato un riscontro comune. Un esempio è stato un membro del personale che è entrato in una stanza di un residente senza bussare; anche se non c'era deliberato intento di ferire, il comportamento è stato percepito come offensivo e quindi potenzialmente abusivo.

1.4.2 Definizioni di violenza e abuso

La definizione di violenza elaborata dal WHO nel 1996 è :*“L'uso intenzionale di forza fisica o di potere, minaccioso o reale, contro una persona o un gruppo di persone o una comunità, che risulta o ha una alta probabilità di risultare in lesione fisica, morte, danno psicologico, non sviluppo o deprivazione”*³²

In questa definizione viene associata l'intenzionalità con l'atto stesso a prescindere dal risultato finale, sono quindi esclusi gli incidenti non intenzionali. Il termine “potere” permette di includere le minacce, le intimidazioni, l'incuria e gli atti di omissione.

Nel 1975 in Gran Bretagna con l'espressione “*granny battering*”³³, cioè la violenza fisica contro le “donne anziane”, si parla per la prima volta di abuso nei confronti degli anziani.

Ci sono diverse definizioni dell'abuso verso gli anziani, che prendono in considerazione frequenza, durata, gravità e relative conseguenze degli episodi di violenza, oltre che il contesto culturale di riferimento.

Ad esempio, il Comitato Europeo dei Ministri ed il Consiglio d' Europa, hanno definito l'abuso sugli anziani come *“qualsiasi atto, o la mancanza di misure adeguate, commessi contro le persone anziane che si verificano all'interno della famiglia o nelle istituzioni,*

³¹ Hirst S.P., *Defining Resident Abuse Within the Culture of Long-Term Care Institutions* Clinical Nursing Research, 2002, Vol. 11 n. 3, pp. 267-284

³² Pineo A., Dominguez L.J., Ferlisi A., Galioto A., Vernuccio L., Zagone G., Costanza G., Putignano E., Belvedere M., Di Sciacca A., Barbagallo M., *Violenza contro le persone anziane*, G Gerontol, 2005, pp. 112-119

³³ Burston G..R., “*Granny battering*”, British Medical Journal, 1975, pp. 592.

mettendone a repentaglio la vita, la sicurezza economica, fisica o psicologica, l'autonomia e lo sviluppo della personalità".³⁴

La "UK Action" (Azione del Regno Unito) sul maltrattamento degli anziani ha elaborato una definizione di abuso che è stata poi adottata dalla "International Network for the Prevention of elder abuse" (INPEA - Rete internazionale per la prevenzione degli abusi sugli anziani). La definizione sostiene che: *"L'abuso verso l'anziano è un atto singolo o ripetuto, o la mancanza di misure adeguate, che si verificano all'interno di un rapporto di fiducia e che arrecano danno o disagio ad una persona anziana"*. Tale definizione di abuso contempla cinque tipologie: l'abuso fisico (ad es. causare dolore fisico con percosse), psicologico o emozionale (ad es. urla e grida che causano pena e angoscia), finanziario o materiale (ad es. sfruttamento economico improprio o illegale), sessuale (ad es. contatto sessuale non consensuale) e abbandono (ad es. negligenza nell'adempiere un obbligo di cura verso l'anziano).³⁵

Questa è stata adottata anche dall'OMS che nel 2002 ne ha proposta un'altra: *"l'abuso sull'anziano è una violazione dei diritti umani e una significativa causa di lesioni, malattia, perdita di produttività, isolamento, sofferenza"*.

L'abuso, oltre a generare un torto o una lesione, va ad attaccare la dignità della persona che ha subito la vessazione. Esso può presentarsi in qualsiasi circostanza e in qualsiasi luogo, sia istituzionale (ospedali, case per anziani, centri diurni terapeutici per persone con disturbi cognitivi) che tra le mura domestiche.³⁶

In questo studio è stato considerato l'abuso istituzionale cioè il maltrattamento degli anziani istituzionalizzati o ricoverati, da parte del personale sanitario inteso come infermieri ed Operatori Socio Sanitari (O.S.S.).

Come già detto ci sono vari metodi per definire l'abuso, dopo l'analisi di diversi studi ³⁷⁻³⁸⁻³⁹⁻⁴⁰ è stato scelto di riportare le definizioni dei seguenti tipi di abuso:

- Maltrattamento fisico: comprende l'uso della forza fisica che può risultare in lesioni corporali, dolore fisico o indebolimento. Comprende spintonare, costringere

³⁴ Soares, op. cit, pp 25

³⁵ Soares, op. cit, pp 25

³⁶ Meroni F., Levorato A., *Maltrattamento nell'anziano*, Tribuna medica ticinese, settembre 2011

³⁷ Sgritta G.B., op. cit, pp 40-41

³⁸ Pineao A, Dominguez LJ, Ferlisi A, Galioto A, Vernuccio LZ,G., Costanza G, et al. *Violenza contro le persone anziane*. G Gerontol, 2005, Vol 53, pp 112-119

³⁹ Molinelli, op. cit, pp 172

⁴⁰ Soares J.J.F., op. cit, pp 25

nei movimenti, sovrastare fisicamente, rompere oggetti come forma di intimidazione, sputare contro, dare pizzicotti, mordere, cazzottare, calciare, picchiare, schiaffeggiare, bruciare con le sigarette. La violenza fisica è quasi sempre accompagnata da violenza psicologica.

- Violenza psicologica o di tipo emotivo: l'evidenza di questa violenza sfugge talvolta anche all'accurato controllo degli esperti poiché le modalità per esercitarla sono illimitate e perché per definizione è estemporanea cioè non lascia segni visibili o permanenti⁴¹. Comprende sopraffazione verbale, umiliazione, intimidazione, minacce, ricatti, svalorizzazione e provoca angoscia, pena o dolore di tipo psicologico.
- Abbandono: inteso come abbandono di persone anziane da parte di individui che hanno la custodia fisica o comunque hanno assunto la responsabilità della cura.
- Negligenza: (neglect) costituisce un'area di studio sulla quale gli studiosi si sono soffermati per lungo tempo ma ancora oggi non c'è un pieno accordo sulla sua definizione in generale comprende rifiuto o incapacità dovuta a pigrizia e ad insensibilità ad adempiere gli obblighi, i doveri, le necessità di un anziano. Comprende la trascuratezza nella persona, la mancata alimentazione, l'assenza di assistenza quotidiana, la negazione delle necessità di base e dei servizi, le dimenticanze e le omissioni.⁴²

Per quanto riguarda questo tipo di violenza è legato alla dipendenza della persona anziana. L'essere dipendenti è tra le paure che accompagnano la vecchiaia è quella più temuta: più della solitudine conseguente alla perdita di un coniuge e persino più della morte.⁴³

- Violenza civica: comprende l'arbitraria mancanza di rispetto dei modi e dei tempi dell'essere anziano.
- Violenza medico-sanitario: Eccessiva somministrazione di farmaci o privazione di medicinali necessari.

⁴¹ Sgritta, op. cit, pp. 24

⁴² Clarke M.E., Pierson W., *Management of Elder Abuse in the Emergency Department*, Emergency Medicine Clinics of North America, 1999

⁴³ Sgritta G.B., Deriu F., *L'età dell'incertezza. Insicurezza, sfiducia e paura nella condizione anziana oggi*, Ed Franco Angeli, Milano, 2005, pp 14-42

OBIETTIVI

1. Rilevare i livelli di empatia degli infermieri e degli O.S.S. confrontandoli con un campione della popolazione generale.
2. Rilevare tramite l'osservazione i comportamenti non adeguati definibili come abusi del personale di assistenza verso la persona anziana, così come indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.
3. Verificare se esistono relazioni tra i livelli di empatia e i comportamenti di abuso agiti verso l'anziano.

INDAGINE

3.1 Il campione e il contesto

Il campione di indagine risulta costituito in totale da 80 persone di cui 40 appartenenti alla popolazione generale del territorio, 40 appartenenti al personale sanitario di due unità operative (UU.OO) dell'Azienda Ospedaliera U.L.S.S. 13.

Per quanto riguarda il personale sanitario, i test sono stati somministrati a 10 infermieri e a 10 O.S.S. dell'unità operativa 1 e a 10 infermieri e a 10 O.S.S. dell'unità operativa 2.

Sono stati osservati i comportamenti agiti nell'assistenza verso l'anziano per verificare episodi di abusi, maltrattamenti e violenze con indicatori OMS.

Si è ritenuto opportuno confrontare il livello medio di empatia del campione di infermieri e O.S.S. con il campione di popolazione generale del territorio, per valutare, essendo l'empatia una componente fondamentale nella relazione d'aiuto, se tende a calare nel tempo come rileva la letteratura. E si è cercato se esiste un rapporto tra abusi ed empatia.

3.2 Modalità di indagine

L'indagine è stata svolta somministrando personalmente il questionario socio-anagrafico-personale e la scala B.E.E.S ad ogni persona.

Ad ogni partecipante all'indagine è stato consegnato un foglio di presentazione dove veniva richiesto di partecipare ricordando che i dati sarebbero stati trattati in forma anonima. (ALLEGATO n.1)

Anche l'osservazione è stata fatta personalmente durante i turni di lavoro, sono stati fatti in totale 14 accessi, 7 nell'U.O. 1 e 7 nell'U.O. 2.

3.3 Gli strumenti di indagine

Gli strumenti utilizzati sono tre, il questionario socio anagrafico, la scala B.E.E.S. ed una griglia di osservazione.

3.3.1 Il questionario socio-anagrafico-personale per campione personale di assistenza

Il questionario socio-anagrafico-personale è strutturato in 5 punti, quali l'età anagrafica suddivisa in fasce, il genere, la professione, la formazione, l'esperienza lavorativa in quel contesto (ALLEGATO n.2).

3.3.2 Il questionario socio-anagrafico-personale per il campione popolazione generale

Al campione di popolazione generale è stato somministrato un questionario simile a quello del campione personale sanitario sostituendo la variabile “formazione” con “titolo di studio” e togliendo la variabile “esperienza lavorativa in quel contesto” (ALLEGATO n.3).

3.3.3 La griglia per l’osservazione

La griglia per l’osservazione è stata utilizzata per rilevare la presenza di abusi durante le azioni assistenziali verso gli anziani da parte del personale sanitario inteso come infermieri e O.S.S..

L’osservazione ha avuto luogo durante i turni di lavoro degli infermieri e degli O.S.S., senza interferire con il loro lavoro.

È stato scelto di considerare alcune specifiche azioni infermieristiche dell’assistenza alla persona. Sono state scelte le azioni principali riguardanti i bisogni fondamentali della persona, questa scelta, di definire le azioni da osservare, è stata compiuta per ottimizzare il tempo a disposizione, per avere una visuale chiara e non confusa e per riuscire poi ad avere dei risultati confrontabili tra i due gruppi di lavoro. Le azioni di assistenza considerate sono le seguenti:

- inserimento e gestione del cateterismo vescicale
- rilevazione e monitoraggio dei parametri vitali
- somministrazione terapia
- esecuzione di stick glicemico
- medicazione cateteri, stomie, ferite, aghi cannula, drenaggi
- prelievi ematici
- rifacimento letti
- somministrare i pasti a persone non autosufficienti
- pulire la persona dopo il vomito
- mobilizzare a letto e su carrozzina
- uso del sollevatore
- cambio pannolone
- somministrazione enteroclisma
- preparazione della salma

Si sono osservate le azioni assistenziali e in base alle definizioni di abuso, violenza e alle forme di abuso, assieme a degli indicatori OMS si è stabilito se la situazione presentava o meno abuso.

Degli indicatori OMS di abuso (ALLEGATO n.4), sono stati considerati solo quelli di abuso che si riferiscono a chi fornisce assistenza.

Indicatori OMS di abuso sugli anziani che si riferiscono a chi fornisce assistenza
LA PERSONA CHE ASSISTE L'ANZIANO:
• Appare stanco o sotto tensione
• Sembra eccessivamente o insufficientemente preoccupato
• Biasima l'anziano per situazioni quali l'incontinenza
• Si comporta in modo aggressivo
• Tratta l'anziano come un bambino o in modo disumanizzante
• Non desidera che l'anziano venga interrogato separatamente
• Risponde in modo difensivo quando interrogato; è possibile che sia ostile o evasivo
• Ha prestato assistenza all'anziano per un periodo prolungato

Rispetto agli indicatori di abuso che si riferiscono a chi fornisce assistenza è stato escluso l'indicatore "Non desidera che l'anziano venga interrogato separatamente" poiché non era prevista un'intervista all'anziano ma solo un'osservazione.

L'indicatore "Ha prestato assistenza all'anziano per un periodo prolungato" è stato ritenuto valido per tutte le osservazioni considerando che queste venivano effettuate in due UU.OO in cui la degenza degli utenti è medio-lunga.

Nella griglia dell'osservazione è anche stata riportata la descrizione della situazione, per riuscire ad essere il più possibile oggettivi e per analizzare meglio i dati. Di seguito la griglia con lo schema principale seguito per ogni giornata di osservazione. È stata usata

una griglia ad ogni accesso effettuato nelle due UU.OO., quindi in totale 14 griglie che poi sono state analizzate.

Giorno	Personale osservato	Indicatori OMS di abuso	Azioni assistenziali osservate	Numero abusi osservati	Descrizione
	Numero e qualifica		Numero		

3.3.4 La Scala BEES

La Balanced Emotional Empathy Scale è stata sviluppata da Albert Mehrabian (1996) per rilevare il grado di tendenza empatica. È composta da 30 items, che sono stati formulati metà in modo positivo e l'altra metà in negativo, nel senso che il punteggio ad essi attribuito deve essere invertito per una corretta lettura della dimensione emozionale dell'empatia.⁴⁴

La tecnica del “reverse score” o “punteggio inverso” prevede che vi siano alcune affermazioni simili in contenuto ma diverse nella formulazione, tali che l'individuo dovrà attribuirvi punteggi opposti, questo per garantire allo strumento, essendo comunque auto-somministrato e quindi soggettivo, di avere un buon grado di coerenza interna.

Ad ogni affermazione dev'essere dato un punteggio, il soggetto compilante il test esprime più o meno accordo secondo uno stile di risposta Likert con un range che va da -4 (disaccordo molto forte) a +4 (accordo molto forte) passando per lo 0 che indica la non presa di posizione rispetto l'item (né accordo né disaccordo).

Così facendo si ricava lo “Z score” cioè il valore che rispecchia il livello di empatia.

Questo valore viene interpretato grazie ad una tabella nata con la scala (ALLEGATO n.5), costituita da 10 intervalli con ogni intervallo di 0,5. Il punteggio più alto corrisponde a 2,5 (livello di empatia estremamente al di sopra della media) e il punteggio più basso a -2,5 (livello di empatia estremamente al di sotto della media) passando attraverso lo 0, valore

⁴⁴ Cunico L., Meneghini A., Sartori R., *Misurazione dell'atteggiamento empatico negli infermieri: una prima somministrazione della B.E.E.S. in lingua italiana*, DiPAV, 2003, Vol. 7, pp. 129

medio che corrisponde al valore che ha il 50% della popolazione reale (indagata dall'autore).

La facilità di somministrazione e di calcolo del punteggio dello strumento rendono la scala adatta anche all'assessment professionale, proprio per quelle professioni che richiedono, tra le abilità relazionali, quella di essere in grado di comprendere e condividere le emozioni altrui.⁴⁵

La traduzione italiana della scala è stata fornita dal relatore, con precise indicazioni da parte dell'autore, di non apportare alcuna modifica e di non divulgare con alcun mezzo lo strumento per motivi di copyright. Per tale motivo i questionari contenenti la scala venivano fatti compilare con me presente e la scala non è stata allegata, ma solo descritta.

3.3.4.1 Descrizione generale del contenuto della scala BEES

Nel test, gli items positivi non sono visibilmente distaccati da quelli negativi, si alternano a questi ultimi con una sequenza che non è sempre la stessa. Gli items positivi indagano le emozioni e i comportamenti che scaturiscono di fronte ad alcune situazioni come ad esempio un lieto fine, il finale di un film triste, le parole di canzoni d'amore, vedere persone estranee, anziane o malate in difficoltà, che fanno fatica a muoversi, a vivere, che soffrono, che vengono maltrattate ma anche che effetto hanno le emozioni altrui di felicità o tristezza sul proprio stato d'animo e la capacità di riuscire a comunicare una brutta notizia a qualcuno.

Per quanto riguarda gli items formulati negativamente indagano gli stati emotivi di fronte a situazioni quali l'incapacità di provare dispiacere di fronte alle persone che sono direttamente responsabili della propria infelicità o avere poca compassione per le persone che con il proprio stile di vita causano le proprie malattie, non farsi coinvolgere dai problemi degli amici, far fatica a calarsi nei sentimenti dei personaggi letterari o cinematografici, non essere toccati dalle emozioni delle persone attorno, dalle speranze e dalle aspirazioni degli sconosciuti, non commuoversi o lasciarsi trasportare da situazioni come un matrimonio o dalle emozioni generate da una folla.

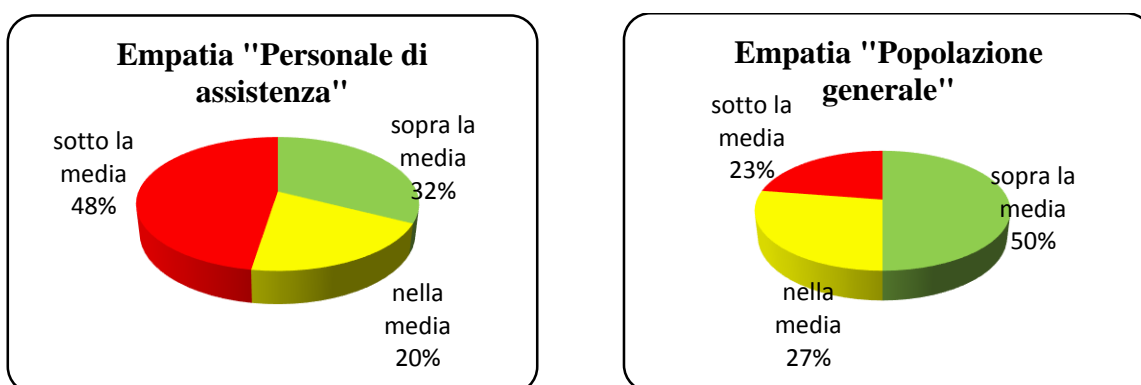
⁴⁵ <http://items.giuntios.it/showArticolo.do?idArt=256&print=true>

3.4 Analisi e discussione dei dati

L'analisi dei dati si sviluppa in tre ambiti principali, il confronto dei livelli di empatia tra il campione "Popolazione generale" e "Personale di assistenza", un ambito sui livelli di abusi ed empatia e uno sulla descrizione degli abusi.

3.4.1 Confronto dei livelli di empatia tra il campione "Popolazione generale" e "Personale di assistenza"

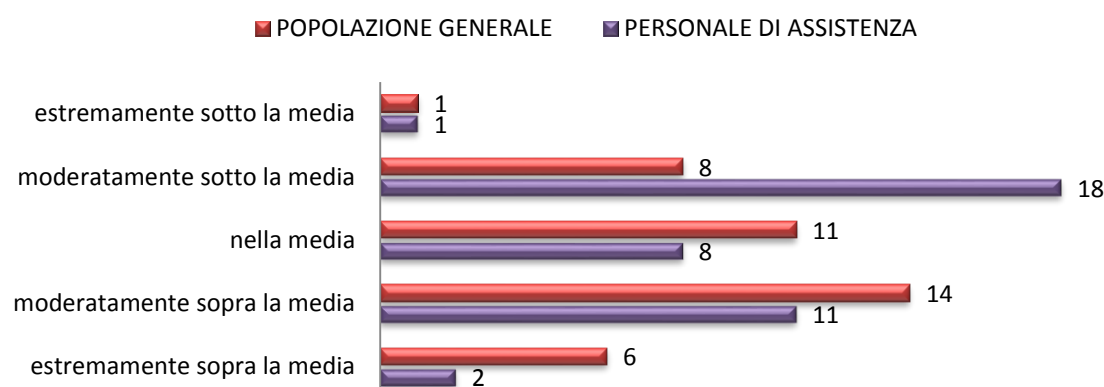
Per analizzare i punteggi ottenuti per ogni questionario (ALLEGATI n.6 n.7) sono state create tre fasce che indicano i livelli di empatia: "sopra la media", "nella media" e "sotto la media" (ALLEGATO n.8).



Dal confronto relativo al livello di empatia tra i due campioni considerati, si nota che il personale di assistenza (infermieri e O.S.S.) ha tendenzialmente un atteggiamento empatico notevolmente più basso rispetto alla popolazione generale e viceversa la popolazione generale mostra un livello di empatia maggiore rispetto al personale di assistenza.

Per verificare la validità di tale confronto è stato utilizzato il test "t di student" (ALLEGATO n.9) con il quale è stata confermata la differenza tra i due punteggi medi di empatia e soprattutto che tale diversità non è dovuta al caso, considerati i margini di errori dell'1% e del 5%.

BESS "PERSONALE DI ASSISTENZA" E "POPOLAZIONE GENERALE"



È possibile ipotizzare che il personale di assistenza abbia un livello di empatia minore rispetto la popolazione generale perché, trovandosi quotidianamente a contatto con realtà colme di dolore e sofferenza potrebbe aver messo in atto dei meccanismi di difesa per evitare il coinvolgimento emotivo.

In letteratura questa ipotesi è stata studiata e sono emerse diverse interpretazioni da diversi autori. Uno studio⁴⁶ relativo alla rilevazione delle capacità empatiche degli infermieri e delle altre figure professionali che lavorano attraverso l'instaurarsi di una relazione empatica ha messo in evidenza un livello di empatia molto basso negli infermieri, giustificando tale risultato con il fatto che i professionisti non conoscono la persona che hanno di fronte, i suoi sentimenti e i suoi vissuti. Di fronte a questa indifferenza verso l'area emotiva del paziente emerge che, gli infermieri poco empatici creano delle barriere all'espressività del soggetto e non riescono ad instaurare una buona relazione in cui il paziente si senta compreso, necessaria per una buona assistenza. Lo psicologo clinico inglese Roger Squier, ha dimostrato che il personale sanitario tende a dominare i colloqui con domande cliniche senza ascoltare i clienti e senza interessarsi ai loro sentimenti e alle loro emozioni. Suggestisce che una possibile spiegazione di tale comportamento è che gli operatori non sanno quali siano i processi che, nella propria relazione con il cliente, sono responsabili di un risultato terapeutico positivo verso quelle persone che soffrono o vivono un'esperienza di crisi.

⁴⁶ Reynolds W., Scott B, *Do nurses and other professional helpers normally display much empathy?*, Journal of Advanced Nursing, 2000, Vol. 3, n. 1, pp. 226-234

Il docente di nursing presso l'Università del South Carolina C. A. Williams , spiega che non solo i pazienti ma anche il personale infermieristico può sperimentare situazioni di difficoltà quando si sente vulnerabile, triste ed esposto durante i rapporti professionali, perché potrebbero essere messi in gioco aspetti della vita a loro sconosciuti.

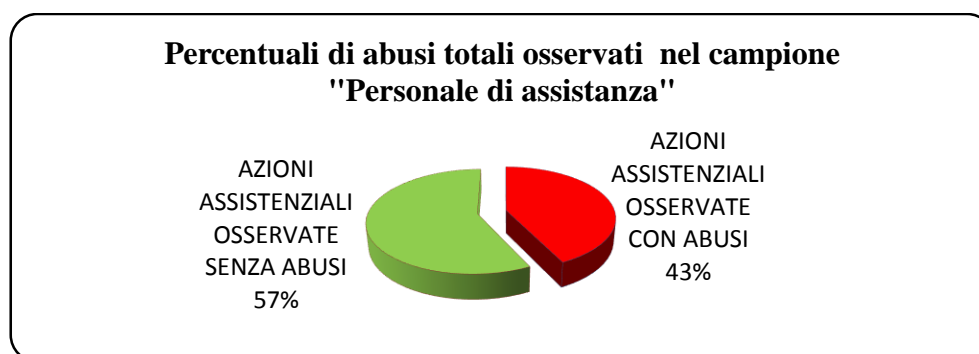
Si ritiene che il confronto tra i due campioni "Popolazione generale" e "Personale di assistenza" è possibile, dopo aver appurato attraverso l'analisi dei dati del questionario socio-anagrafico-personale che si tratta di due campioni tendenzialmente omogenei. (ALLEGATO n.10)

3.4.2 Livelli di abusi ed empatia

Per confrontare gli abusi con l'empatia è stato scelto di considerare inizialmente l'empatia e gli abusi del campione "Personale di assistenza" e successivamente i due gruppi di lavoro U.O. 1 e U.O. 2 separatamente.

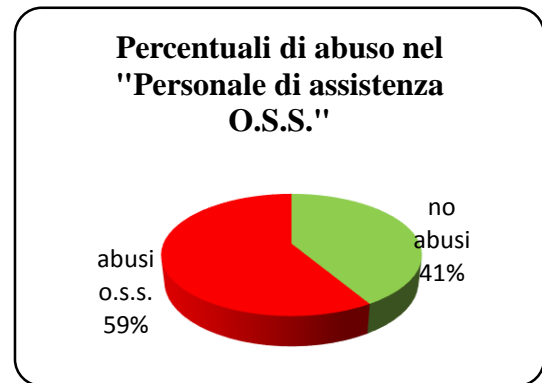
3.4.2.1 Abusi ed empatia campione "Personale di assistenza"

E' stato analizzato il campione "Personale di assistenza" analizzando inizialmente le percentuali di abuso osservate e poi i livelli di empatia risultati attraverso la B.E.E.S. Rispetto a 676 azioni assistenziali totali osservate durante i 14 accessi nelle due UU.OO, quindi considerato il campione "Personale di assistenza", è stato riscontrato che nel 43% dei casi si sono verificate situazioni di abuso.



Considerando che il 50% rappresenta la metà delle azioni assistenziali osservate , le azioni assistenziali osservate senza episodi di abusi corrispondono al 57%, quindi appena poco più della meta.

Rispetto alle situazioni di abuso totali, 59% sono attribuite agli O.S.S. e 28% al personale infermieristico .



Si osserva una percentuale di abusi mediamente superiore negli O.S.S.

Il fatto che la maggioranza degli abusi sia attribuito al personale di assistenza O.S.S. si ipotizza che può essere dovuto al fatto che la tipologia di compiti svolti dagli O.S.S. essendo ripetitivi e routinari li metta in condizione a maggiore rischio di commettere abusi rispetto agli infermieri.

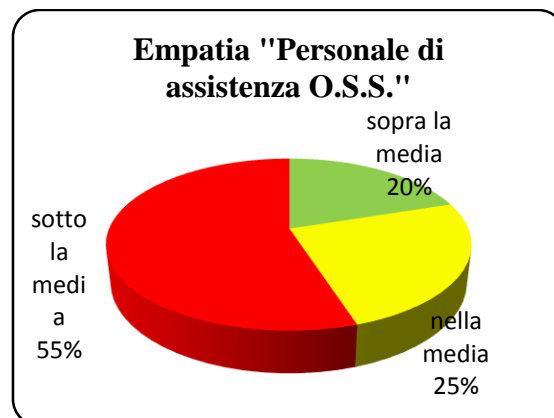
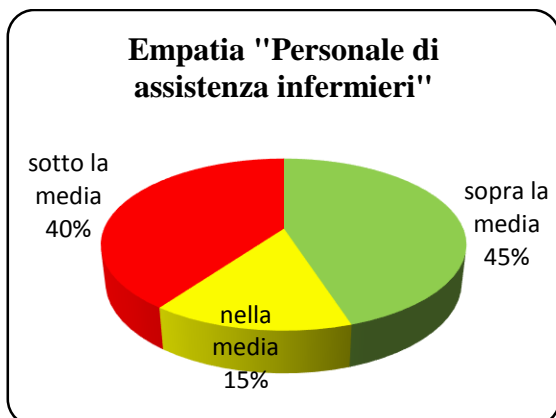
Per quanto riguarda l'empatia del campione "Personale di assistenza", risultava che:

- il 48% dei componenti si colloca nelle fasce che indicano un livello di bassa empatia,
- il 32% si colloca nelle fasce che indicano un livello di empatia alto,
- il 20% occupa un livello medio.

Complessivamente quindi il livello di empatia del campione "Personale di assistenza" è tendenzialmente basso.

È Interessante ricordare che il livello di bassa empatia del campione "Popolazione generale" corrispondeva al 23%, quindi nettamente minore rispetto a quello del campione "Personale di assistenza".

Analizzando i livelli di empatia all'interno del campione "Personale di assistenza" considerando quindi il personale infermieristico e il personale O.S.S. distintamente, dal seguente grafico si nota che il livello empatico è tendenzialmente più basso nel personale di assistenza O.S.S. rispetto al personale di assistenza infermieristico.



Osservazioni:

È interessante notare come il livello di bassa empatia (48%) del campione “Personale di assistenza” si avvicini alla percentuale di abusi rilevati durante le osservazioni del campione stesso: 43%. Probabilmente il 43% di situazioni in cui son stati riscontrati abusi nel campione “Personale di assistenza” è influenzato dal basso livello di empatia del campione stesso. Ma serviranno ulteriori ricerche per confermare il dato con rigosità.

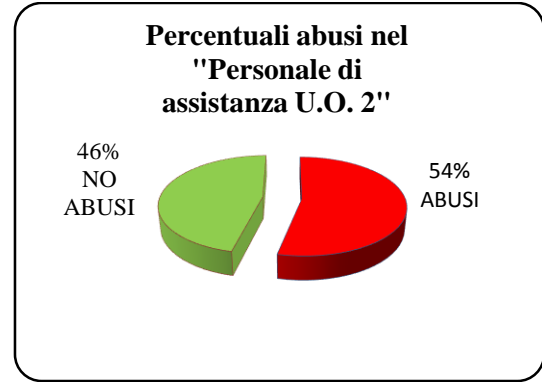
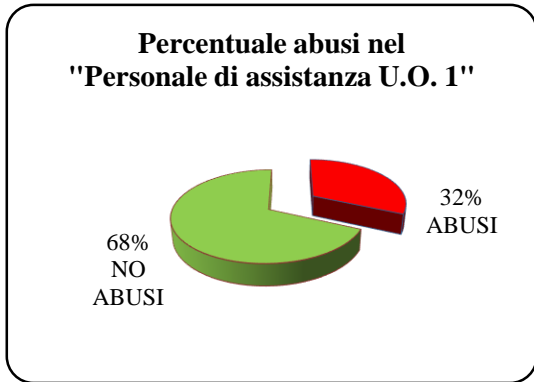
3.4.2.2 Abusi ed empatia campioni “Personale di assistenza U.O. 1” e “Personale di assistenza U.O. 2”

Le due realtà analizzate sono confrontabili per quanto riguarda il tipo di utenza, entrambe sono realtà internistiche in cui l’utenza è soprattutto composta di anziani che effettua degenze medio-lunghe.

Non sono stati analizzati i background dei due gruppi se non per quanto sia stato possibile con i questionari socio-anagrafici-personali che hanno messo in risalto alcune differenze all’interno dei due gruppi.

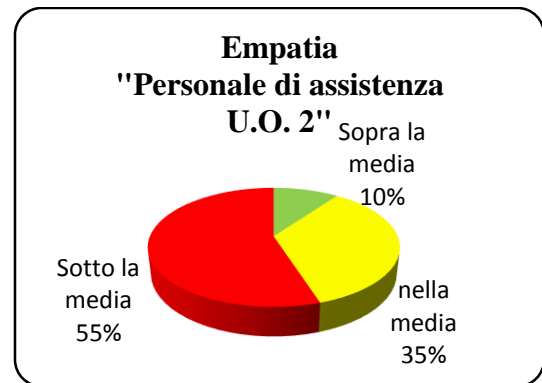
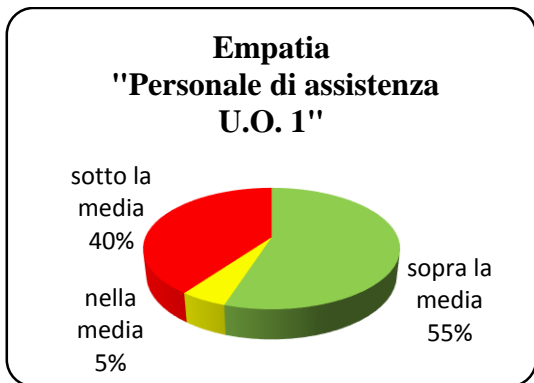
Rispetto a 338 azioni assistenziali osservate durante i 7 accessi nell’U.O. 1 sono stati riscontrati 107 situazioni in cui erano presenti abusi ossia il 32%.

Mentre nell’ l’U.O. 2 rispetto a 338 azioni assistenziali osservate durante i 7 accessi sono stati riscontrati 181 situazioni in cui erano presenti abusi ossia il 54%.



È possibile dire che nell'U.O. 2 il livello di abuso è più alto, attraverso il test "t di student" (ALLEGATO n.11) è possibile affermare che la diversità tra i due punteggi medi di abuso non è dovuta al caso con un margine di errore dell'1% e del 5%.

Per quanto riguarda i livelli di empatia dall'analisi dei risultati ottenuti con il test dell'empatia, risulta che nel "Personale di assistenza U.O. 1" si ha che la maggioranza ha un livello empatico sopra la media, mentre nel "Personale di assistenza U.O. 2" la maggioranza ha un livello empatico sotto la media.



Si nota che il "Personale di assistenza dell'U.O. 1" ha tendenzialmente un livello empatico più alto del "Personale dell'U.O. 2".

Attraverso il test "t di student" è stata verificata la validità di tale confronto, è stata confermata la differenza tra i due punteggi medi di empatia e soprattutto che tale diversità non è dovuta al caso considerati i margini di errore dell'1% e del 5%. (ALLEGATO n.12)

3.4.2.3 Osservazioni del questionario socio-anagrafico-personale campione “Personale di assistenza U.O. 1” e Personale di assistenza U.O. 2”

Dall’analisi dei dati dei questionari socio anagrafici (ALLEGATO n.13) che ha permesso di mettere a fuoco i contesti analizzati Si notano alcune differenze tra i due contesti U.O. 1 e U.O. 2. Per quanto riguarda l’età anagrafica nel campione “Personale di assistenza U.O. 2” il 30% ha un età > 50anni mentre nel campione “Personale di assistenza U.O. 1” i componenti con età anagrafica > 50 anni rappresentano il 15%.

Un'altra differenza rilevante riguarda l’anzianità lavorativa nel contesto, risulta che nel campione “Personale di assistenza U.O. 2” il 15% per personale ha un’esperienza >30 anni lavorativi mentre nel campione “Personale di assistenza U.O. 1” lo 0% ha esperienza > 30 anni. Nell’campione “Personale di assistenza U.O. 2” dunque l’età anagrafica e gli anni di esperienza lavorativa sono maggiori rispetto al “Personale di assistenza U.O. 1, si può ipotizzare che questi due fattori influiscono sul livello di empatia che come è stato dimostrato è più basso nell’ “Personale di assistenza U.O. 2”. La letteratura infatti sostiene che le competenze empatiche risultano maggiori in chi è più giovane e alle prime esperienze lavorative⁴⁷ e che gli infermieri con più esperienza lavorativa mostrano un livello di empatia inferiore rispetto a chi lavora a contatto con le persone da meno tempo.⁴⁸

3.4.3 Descrizione e osservazioni sulla tipologia di abusi

Di seguito le percentuali degli indicatori OMS riferiti a chi presta assistenza, riscontrati più frequentemente.

Appare stanco o sotto tensione	49	17%
Sembra eccessivamente o insufficientemente preoccupato	18	6%
Biasima l’anziano per situazioni quali l’incontinenza	60	21%
Si comporta in modo aggressivo	38	13%
Tratta l’anziano come un bambino o in modo disumanizzante	111	39%
Risponde in modo difensivo quando interrogato; è possibile che sia ostile o evasivo	12	4%

Si nota che la maggior parte (39%) delle situazioni considerate abuso sono episodi in cui il personale di assistenza tratta l’anziano come un bambino. Il personale tende ad approcciarsi agli anziani usando termini diminutivi, a volte vezzeggiativi, a volte

⁴⁷ Ançel, op. cit., pp. 256

⁴⁸ Hojat M. et all, *Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty*, Am J Psychiatry, 2002, pp. 1567

dispreziativi che nella maggior parte delle volte spersonalizzano la persona e la mortificano. I più frequenti sono “nonnino” “vecio mio” verso gli assistiti di sesso maschile e “stellina”, “cara”, “amore”, “tesoro” verso il genere femminile. Vengono usati indistintamente e ripetutamente, anche quando nella stanza ci sono più persone degenti. Per la maggior parte del personale gli assistiti vengono considerati tutti allo stesso modo e appellati con gli stessi nomignoli. Inoltre il personale di assistenza tende ad etichettare gli assistiti con il numero del letto e anche di fronte a loro spesso capita che non sono rispettosi della loro dignità, molte volte si rivolgono senza portare rispetto.

Entrano in stanza, senza quasi guardare la persona, ma guardando solo il numero del letto fanno una domanda, a volte non aspettano neanche la risposta o la fine di questa e se ne vanno.

Oltre a riferirsi a loro con nomi inappropriati li trattano come bambini, spesso quando gli devono comunicare qualcosa lo fanno sillabando come se stessero parlando ad un bambino, quando basterebbe avere l'accortezza e la pazienza di ripetere due volte o la maggior parte delle volte basterebbe creare la situazione ambientale ideale per essere sentiti e capiti visto che molte volte gli anziani hanno deficit visivi e/o uditivi, a volte basterebbe solamente avvicinarsi all'assistito e prestargli la giusta attenzione per farsi capire invece che parlare mentre si fanno altre cose, mentre c'è la televisione accesa con un volume alto.

Inoltre si è notato che spesso il personale di assistenza dà per scontato che la persona, essendo anziana non abbia più nessuna capacità di autocura e tende a sostituirsi a lui (proprio come si fa con i bambini ancora prima di insegnarli a fare le cose da soli) anche nelle cose più semplici che in realtà il più delle volte riuscirebbe a svolgere da solo o aiutato parzialmente. In questo modo non viene preservata l'autonomia dell'assistito e ciò è dannoso per la sua salute. Oltre a non considerare le sue capacità di autonomia l'anziano viene spersonalizzato anche del proprio potere decisionario, il personale di assistenza decide per lui, annullandolo completamente, questo è stato osservato soprattutto per la decisione del pasto, o per la scelta di stare a letto o in sedia, di camminare o usare la carrozzina. Le disposizioni mediche e infermieristiche, a volte, sono effettuate senza tener conto delle caratteristiche della persona. Un'altra cosa osservata è che il personale di assistenza nei confronti delle persone anziane è poco tollerante, oltre a trattarlo in modo disumanizzante con gli atteggiamenti, i comportamenti, chiamandolo con nomignoli a volte lascia

trascorrere molto tempo prima di rispondere al campanello, a volte lo silenzia senza andare ad ascoltare il motivo della chiamata (“è vecchio! E vuole solo farmi perdere tempo” , “adesso aspetta, bisognerà cambiarlo di nuovo, che schifo”....) e a volte glielo stacca pure. Nel 21% dei casi l’anziano è biasimato per situazioni quali l’incontinenza, sono stati tristemente osservati atteggiamenti in cui venivano espressi giudizi negativi sia espressamente sia tacitamente, la mimica facciale del personale sanitario di fronte a persone che dovevano essere cambiate dopo aver scaricato, in situazioni di incontinenza, o che avevano sporcato il letto esprimeva disgusto. Spesso alla mimica si aggiungevano rimproveri “lo fai apposta”, “ti diverti a farla ovunque perché poi a pulirti sono io” e commenti negativi, “che puzza”, “che schifo”, “mi viene da vomitare”, le minacce non mancavano “se tra dieci minuti risuoni per farti ricambiare ti lascio lì fino a fine turno”, “non ti porto più da bere se continui a bagnare il letto in questo modo” e così via. In generale per ogni abuso si è notato che se nel contesto si trovavano due persone del personale di assistenza i commenti, i rimproveri, le battute di poco gusto, le minacce tendevano ad aumentare.

Il 17% del personale osservato appare stanco o sottotensione solitamente verbalizza questo stato, le verbalizzazioni più ricorrenti sono “che stress”, “questo turno è infinito”, “non vedo l’ora che finisca questo turno”, “chi me l’ha fatto fare”, tale stanchezza e tensione si rilevano anche oggettivamente: personale che sbadiglia, sbuffa e guarda spesso l’orologio. Tutti questi atteggiamenti e comportamenti sono abusi che danneggiano la persona assistita in questo caso anziana e con caratteristiche di fragilità per sua natura.

Dopo aver assistito a tali abusi, se mi trattenevo nella stanza con le persone anziane, o quando il personale di assistenza si accorgeva che non mi sintonizzavo con loro, con le loro azioni e parole (e probabilmente dal mio volto traspariva il mio disappunto), diventava più sfuggente nei mie confronti. Molte volte invece mi sono imbattuta in un personale scontroso, che scaricava la tensione rispondendo in malo modo e spesso è stata rivolta personalmente a me tale affermazione “Sei ancora in tempo, cambia strada”. Più di una persona del personale di assistenza osservata mi ha detto quasi a giustificarsi dei loro modi “non sono così fuori, se non fai così non arrivi a fine turno”. Ma non si può pensare ad un’assistenza efficace se il primato delle emozioni e dei sentimenti viene lasciato fuori dal contesto di cura.

Dal rapporto (ALLEGATO n.14) delle situazioni di abuso totali con le azioni assistenziali totali osservate si nota che la maggior parte di episodi di abuso si verificano durante il rifacimento letti (21%), durante il cambio pannolone (15%), durante la mobilizzazione su sedia o carrozzina (14%), durante la somministrazione della terapia (13%).

Le azioni assistenziali durante le quali sono stati riscontrati più abusi nell'U.O. 1 sono il rifacimento letti 24%, la mobilizzazione a letto e su carrozzina 13% e la somministrazione terapia 13%. Mentre nell'U.O. 2 sono il rifacimento letti 19%, il cambio pannolone 17%, la mobilizzazione a letto e su carrozzina 14% e la somministrazione terapia 13%. (ALLEGATO n.15)

3.5 Considerazioni sui risultati

1) L'indagine ha messo in evidenza la bassa empatia del personale ospedaliero di assistenza rispetto alla popolazione generale, confermando ciò che sostiene la letteratura.

2) I dati sugli abusi mettono in evidenza aspetti preoccupanti nell'estensione del fenomeno: gli abusi sono il 43% degli atti assistenziali osservati.

3) La maggior parte degli abusi si concentrano prevalentemente nelle attività di cura della persona, mentre nelle attività tecniche procedurali appaiono nettamente meno. Questo conferma ciò che emerge da numerosi fatti di cronaca, dove è l'accudimento alla persona l'anello debole negli abusi. Bisognerebbe approfondire la ricerca per coglierne le ragioni. Si possono ipotizzare: la svalorizzazione dell'anziano, la presenza di fattori che provocano repulsione, gli odori, per esempio. La routinarietà di alcune funzioni, la fatica fisica, il poco valore sociale di alcune funzioni (contrapposto però al grande valore dato dall'assistito), la debolezza dell'anziano che non ostacola i soprusi. Tutto ciò può dare chiavi interpretative ma non giustificative.

4) Le Unità Operative su cui è stata fatta l'indagine presentano rilevanti differenze nei livelli di empatia, confermate dalla significatività.

5) La differenza di percentuale di abusi tra le due UU.OO presenta anche qui notevoli e significative differenze.

6) L'ipotesi di correlazione tra livelli di empatia e percentuali di abuso, pur bisognosa di ulteriori approfondimenti, è stata evidenziata.

È stato osservato infatti che a livelli di empatia più bassi del personale di assistenza corrispondono percentuali di abusi maggiori.

3.6 Limiti dell'indagine

Si è riscontrato che l'utilizzo della griglia per l'osservazione è stato più efficace se durante l'osservazione ci si limitava a quest'ultima e non si affiancavano infermieri o O.S.S. nelle azioni assistenziali poiché si perdeva gran parte dell'osservazione.

Nel documento OMS è specificato che la tabella contiene un elenco di indicatori che possono essere utilizzati come utile guida in caso di sospetto maltrattamento e che la presenza di uno degli indicatori di questa tabella (ALLEGATO), comunque, non deve essere considerata una prova dell'effettivo verificarsi di un abuso.⁴⁹

Si può considerare la desiderabilità sociale come un elemento che non è andato ad influire in modo rilevanti nelle osservazione perché lo scopo dello studio è stato esplicito solo ai coordinatori delle UU.OO e non direttamente al personale di assistenza osservato, inoltre dai dati si osserva che esistono molte situazioni di abuso e che la presenza dell'osservatore non ha condizionato l'agire del personale di assistenza.

⁴⁹ OMS, Traduzione italiana a cura di Fossati E., *Violenza e salute nel mondo*, Quaderni di sanità pubblica, Ed. CIS, 2002, pp. 215

PROPOSTA

La proposta è rivolta al personale sanitario ed ha due fronti.

Da un lato si considerano gli abusi, situazioni purtroppo sempre più in aumento, riscontrati anche nella realtà indagata. Dall'altro si considera l'empatia, capacità che ogni individuo possiede e che quindi può essere insegnata, sviluppata ed allenata.

La proposta, inizialmente prevede la restituzione dei risultati dei test ai coordinatori delle Unità Operative indagate, si propone poi un incontro di discussione con i partecipanti seguiti da corsi di formazione ed aggiornamento. In questi corsi, verranno fornite le definizioni di "abuso", "maltrattamento" e "violenza" per aumentare la conoscenza di tali fenomeni. Per quanto riguarda l'empatia verrà data l'opportunità di conoscere meglio questo aspetto indispensabile per la relazione d'aiuto e quindi verrà data la possibilità di allenare la propria competenza emotiva attraverso le tecniche supportate dalla letteratura.

Sono state considerate sette fonti ^{50_51_52_53_54_55_56} che forniscono indicazioni sull'insegnamento all'empatia.

Tra le strategie più usate per contrastare il calo dell'empatia:

- 1) La formazione di piccoli gruppi di lavoro e di discussione sull'empatia, sulle tecniche di comunicazione, verbale e non, sull'ascolto attivo, sull'approccio relazionale con il paziente. Sono strategie che inizialmente vengono sperimentate all'interno del gruppo, attraverso il rispecchiamento e la comunicazione della percezione dei sentimenti altrui, per poi essere utilizzate nella relazione con il paziente. Il gruppo si focalizza sull'identificazione dello stato emozionale dell'infermiere, per aumentare l'autoconsapevolezza e rendere il professionista più abile nell'espressione delle proprie emozioni. (strategia riportata in 7 fonti su 7).

⁵⁰ Wheeler K., Barrett E., *Review and Synthesis of Selected Nursing Studies on Teaching Empathy and Implications for Nursing Research and Education*, Nursing Outlook, 1994

⁵¹ Ançel G., *Developing Empathy in Nurses: An Inservice Training Program*, Archives of Psychiatric Nursing, 2006

⁵² BenBassat J., Baumal R., *What Is Empathy, and How Can It Be Promoted During Clinical Clerkship?*, Academic Medicine, 2004

⁵³ Stepien K.A., Baernstein A., *Educating for Empathy*, Journal of General Internal Medicine, 2006

⁵⁴ Stephan W.J., Finlay K., *The Role of Empathy in Improving Intergroup Relations*, Journal of Social Issues, 1999

⁵⁵ DasGupta S., Charon R., *Personal Illness Narratives: Using Reflective Writing to Teach Empathy*, Academic Medicine, Aprile 2004

⁵⁶ Mercer S.W., Reynolds W.J., *Empathy and quality care*, British Journal of General Practice, 2002

- 2) Gli esercizi di scrittura riflessiva per ampliare la percezione della propria esperienza, individuare comportamenti non terapeutici e per comprendere lo stato d'animo del paziente sia secondo la percezione dell'infermiere, sia del paziente stesso (strategia riportata in 5 fonti su 7).
- 3) La visione di video o rappresentazioni teatrali inerenti situazioni caratterizzate dall'espressione e condivisione di emozioni, seguita da una discussione finalizzata all'elaborazione della percezione dei sentimenti propri e altrui (strategia riportata in 4 fonti su 7).
- 4) Il role playing privilegia l'azione rispetto al racconto, è un momento in cui l'esperienza viene rappresentata piuttosto che raccontata, riservando in un secondo momento la riflessione necessaria. Il role playing può essere considerata una strategia per imparare a sostenere dei ruoli con maggiore adeguatezza (strategia riportata in 4 fonti su 7).
- 5) Le riunioni periodiche con un supervisore per discutere quali modalità di approccio relazionale con il paziente siano costruttive o meno (strategia riportata in 3 fonti su 7).
- 6) Lo studio da autodidatta sulle competenze empatiche e sulle strategie per instaurare una relazione empatica d'aiuto sana e costruttiva (strategia riportata in 2 fonti su 7).

Giudizio di fattibilità

L'indagine ha consentito di rilevare la necessità di migliorare la relazione empatica personale di assistenza-paziente, fondamentale per una buona assistenza centrata sul paziente, per non rischiare di intraprendere un percorso di disumanizzazione dell'assistenza e dunque arrivare anche ad episodi di maltrattamento, e violenza.

Per l'attuazione della proposta, oltre alla realizzazione di programmi di aggiornamento e formazione, è richiesta la disponibilità del personale di assistenza che intende attuare tale suggerimento e di conseguenza uno spazio comune del proprio tempo, per intraprendere un percorso di crescita verso l'autoconsapevolezza, con benefici in primis verso sé stessi e quindi di conseguenza verso il paziente, focus dell'assistenza infermieristica.

Indicatori di risultato

Si propone di divulgare e osservare i risultati della messa in atto di tale proposta, in modo tale da valutare quanti accettano questo tipo di percorso e rilevare dopo circa un anno i risultati.

La scala BEES, grazie alle sue proprietà, come il tempo breve di somministrazione, potrebbe essere uno strumento utile per la verifica dei risultati. Un miglioramento o peggioramento del livello di empatia, del singolo o dell'Unità Operativa, potrebbe essere un indicatore di successo o insuccesso del programma di formazione attuato. La prima misurazione dell'empatia, eseguita attraverso questa indagine, può fungere come valore di partenza con cui confrontarsi per valutare la riuscita degli interventi, volti a supportare e sensibilizzare il personale di assistenza al lato emotivo dell'assistenza.

CONCLUSIONI

A seguito dello studio condotto la situazione attuale rispetto alla presenza di abusi verso gli anziani da parte del personale di assistenza è indicativa che il fenomeno sfuggente e offuscato dei maltrattamenti, degli abusi e della violenza verso gli anziani è una realtà che interessa le UU.OO indagate.

Essendo l'empatia un elemento fondante per una buona relazione e di conseguenza per un'assistenza alla persona ottimale si sono rilevati i livelli di empatia nel personale di assistenza che si era osservato per la rilevazione degli abusi e in un campione di popolazione generale.

Si evidenzia che la popolazione generale ha un livello di empatia maggiore rispetto al personale di assistenza. Questa differenza può essere dovuta, come sostiene la letteratura, al fatto che lavorando quotidianamente a contatto con la sofferenza l'empatia tende a calare a seguito dell'innescamento di alcuni meccanismi di difesa, causati da insufficiente autoconsapevolezza delle proprie emozioni e dei propri sentimenti, da situazioni di stress e dalla poca collaborazione tra colleghi nel favorire un clima di relazione costruttivo.

Per quanto riguarda le rilevazioni degli abusi sono state fatte alcune osservazioni in rapporto ai livelli di empatia. Si è osservato che in entrambe le UU.OO. indagate la percentuale di abuso è più alta tra gli O.S.S. che tra gli infermieri. Si è ipotizzato che tale differenza può essere dovuta al fatto che i compiti che svolge l'O.S.S. sono ripetitivi, routinari e tendono a logorare la persona che li compie, inoltre l'O.S.S. passa molto più tempo a contatto con gli assistiti, rispetto all'infermiere e questo lo induce ad un maggior rischio di commettere abusi, soprattutto se è stressato e ha un livello di empatia basso.

In conclusione di tale lavoro sono stati proposti corsi di formazione per aumentare la conoscenza sugli abusi agli anziani tra il personale di assistenza e sono state proposte tecniche, supportate dalla letteratura per allenare ed aumentare l'empatia.

Serviranno ulteriori studi per confermare con rigosità che il livello di empatia influenza gli abusi.

BIBLIOGRAFIA

1. Ançel G, *Developing Empathy in Nurses: An Inservice Training Program*, Archives of Psychiatric Nursing, 2006, Vol. 20, n. 6, pp. 249-257
2. Benbassat J., Baumal R., *What Is Empathy, and How Can It Be Promoted, during Clinical Clerkships?*, Academic Medicine, Vol. 79, n. 9, 2004, pp. 832-839
3. Bonino S., Lo Coco A., Tani F., *Empatia. I processi di condivisione delle emozioni*, Ed. Giunti, Milano 1998
4. Bosello O., Zamboni M., *Manuale di gerontologia e geriatria*, Ed Piccin-Nuova Libreria, 2011
5. Cigna A., *La misurazione dell'empatia negli infermieri. Utilizzo della Balanced Emotional Empathy Scale*, Tesi di laurea, Padova, anno accademico 2009\2010
6. Clarke M.E., Pierson W., *Management of Elder Abuse in the Emergency Department*, Emergency Medicine Clinics of North America, 1999
7. Cortese C., Fedrigotti A., *Etica Infermieristica*, Ed. Sorbona, Milano 1985
8. Craven Ruth F., Hirlne Constance J., *Principi Fondamentali dell'Assistenza Infermieristica*, Ed. Ambrosiana, Milano 2007, Vol 1
9. Cunico L., Meneghini A., Sartori R., *BEES balanced emoziona empathy scale adattamento italiano*, Ed Giuntio.s, 2012
10. Cunico L., Meneghini A., Sartori R., *Misurazione dell'atteggiamento empatico negli infermieri: una prima somministrazione della B.E.E.S. in lingua italiana*, DiPAV, 2003, Vol. 7, pp. 125-140
11. Danon M., *Counseling. L'arte della relazione di aiuto attraverso l'ascolto e l'empatia*, Ed. Red, Milano 2009
12. DasGupta S., Charon R., *Personal Illness Narratives: Using Reflective Writing to Teach Empathy*, Academic Medicine, Vol. 79, n. 4, 2004, pp. 351-356
13. De Alfieri W., Palleschi. L, Salani B., Zuccaro S. M., *L'impatto del ricovero sulla persona anziana*, Ed. Lavoro, 2006
14. Goleman D., *Intelligenza Emotiva*, Ed. Rizzoli, Milano 1996
15. Hirst S.P., *Defining Resident Abuse Within the Culture of Long-Term Care Institutions*, Clinical Nursing Research, 2002, Vol. 11 n. 3, pp. 267-284

16. Hojat M. et al, *Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty*, Am J Psychiatry, 2002, pp. 1563-1569
17. ISTAT 2015
18. Mehrabian Albert, *Manual for the Balanced Emotional Empathy Scale*, Los Angeles 2000
19. Mercer, S. W., Reynolds W. J., *Empathy and quality care*, British Journal of General Practice, 2002, pp. 9-12
20. Molinelli A., Odetti P., Viale L., Landolfi M.C., Flick C., De Stefano F., *Aspetti medico-legali e geriatrici del "maltrattamento" dell'anziano*, G Gerontol, 2007, Vol. 55 pp.170-180
21. National Reserch Council, *Elder Mistreatment. Abuse, Neglect, and Exploitation in a Aging America*, The National Academic Press, Washington, 2003, pp 43
22. OMS, Traduzione italiana a cura di Fossati E., *Violenza e salute nel mondo*, Quaderni di sanità pubblica, Ed. CIS, 2002
23. Pedon A., Maeran R., *Psicologia e mondo del lavoro. Temi introduttivi alla psicologia del lavoro*, Ed. Led, Milano 2001
24. Pineo A., Dominguez L.J., Ferlisi A., Galioto A., Vernuccio L., Zagone G., Costanza G., Putignano E., Belvedere M., Di Sciacca A., Barbagallo M., *Violenza contro le persone anziane*, G Gerontol, 2005, pp.112-119
25. Reynolds W., Scott B, *Do nurses and other professional helpers normally display much empathy?*, Journal of Advanced Nursing, 2000, Vol. 3, n. 1, pp. 226-234
26. Reynolds W., Scott B, *Empathy: a crucial component of the helping relationship*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 1999, Vol. 6, pp. 363-370
27. Rogers C., *La terapia centrata sul cliente*, Ed. G. Martinelli, Firenze 1970
28. Sgritta G.B., Deriu F., *L'età dell'incertezza. Insicurezza, sfiducia e paura nella condizione anziana oggi*, Ed. Franco Angeli, Milano, 2005, pp 14-42
29. Sgritta G.B., Deriu F., *La violenza occulta. Violenze, abusi e maltrattamenti contro le persone anziane*, Ed. Lavoro, 2009
30. Smeltzer S.C., Bare B.G., Hinkle J.L., Cheever K.H. *Brunner Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica*, Ed. Ambrosiana, Milano 2010, Vol 1

31. Soares J.J.F., Barros H., Torres-Gonzales F., Ioannidi-Kapolou E., Lamura G., Lindert J., de Dios Luna J., Macassa G., Melchiorre M.G., Stankunas M., *Abuso e salute tra gli anziani in Europa*. INRCA, Ancona, 2012
32. Spinsanti S., *Bioetica e nursing. Pensare, riflettere, agire*, Ed.Mc Graw Hill, Milano, 2001
33. Stephan W. G., Finlay Krystina, *The Role of Empathy in Improving Intergroup Relations*, Journal of Social Issues, Vol. 55, n. 4, 1999, pp.729-743
34. Stepien K. A., Baernstein A., *Educating for Empathy*, Journal of General Internal Medicine, 2006, pp. 524-530
35. Venturini Luca, *Burnout Sindrome e Nuovo Codice Deontologico. Valori e conflitti nella realtà lavorativa dell'infermiere di pronto soccorso*, Emergency Oggi, 2000, Vol. 6, n. 3, pp. 12-17
36. Wheeler K., Barrett E., *Review and synthesis of selected nursing studies on teaching empathy and implications for nursing research and education*, Nursing Outlook, 1994, Vol. 42, n. 5, pp. 230-236

SITOGRAFIA:

- <http://items.giuntios.it/showArticolo.do?idArt=256&print=true>
ultimo accesso: 20\10\2015
- <http://www.onuitalia.com/2015/09/30/oms-bustreo-pensare-alle-donne-in-mondo-che-invecchia/>
ultimo accesso: 18\10\2015
- http://www.repubblica.it/salute/medicina/2015/09/30/news/oms_report_sull_invecchiamento_fra_5_anni_ci_saranno_piu_anziani_che_bambini_-124007567/
ultimo accesso: 20\10\2015

ALLEGATI

INDICE ALLEGATI

ALLEGATO 1 Presentazione

ALLEGATO 2 Questionario socio-anagrafico-personale per il campione “Personale di assistenza”

ALLEGATO 3 Questionario socio-anagrafico-personale per il campione “Popolazione generale”

ALLEGATO 4 Indicatori OMS di abuso

ALLEGATO 5 Interpretazione del punteggio di empatia secondo gli intervalli originari

ALLEGATO 6 Punteggi della scala B.E.E.S. nel campione “Personale di assistenza”

ALLEGATO 7 Punteggi della scala B.E.E.S. nel campione “Popolazione generale”

ALLEGATO 8 Interpretazione del punteggio di empatia

ALLEGATO 9 Test “t di student” livelli di empatia Campione “Popolazione generale” e “Personale di assistenza”

ALLEGATO 10 Risultati del questionario socio-anagrafico-personale campioni “Popolazione generale” e “Personale di assistenza”

ALLEGATO 11 TEST “t di student” livelli di abuso campione “Personale di assistenza U.O. 1” e “Personale di assistenza U.O. 2”

ALLEGATO 12 Test “t di student” livelli di empatia campione “Personale di assistenza U.O. 1” e “Personale di assistenza U.O. 2”

ALLEGATO 13 Risultati del questionario socio-anagrafico-personale campioni “Personale di assistenza U.O. 1” e “Personale di assistenza U.O. 2”

ALLEGATO 14 Abusi in rapporto alle azioni assistenziali

ALLEGATO 15 Abusi in rapporto alle azioni assistenziali U.O. 1 e U.O. 2

Allegato n.1
Presentazione

PRESENTAZIONE

Buongiorno, sono Angela Longhi una studentessa del 3° anno del Corso di Laurea in Infermieristica Sede di Mirano –Università degli Studi di Padova- , sono attualmente impegnata nella tesi di Laurea finalizzata a dimostrare se esista *una relazione tra l'empatia del personale di assistenza e i comportamenti agiti nei confronti della persona anziana.*

A tal proposito Le chiedo cortesemente di rispondere ai questionari allegati:

- Questionario socio anagrafico personale
- BEES (Balanced Emotion Empathy Scale) che serve a misurare il livello di empatia con 30 brevi quesiti.

Nel ringraziarla per il tempo che potrà dedicare, le comunico che i dati anonimi verranno trattati solo in forma aggregata in funzione della tesi.

Se di interesse tali dati potranno essere resi noti.

Ringrazio

Angela Longhi

Allegato n.2

**Questionario socio-anagrafico-personale per il campione “Personale di
assistenza”**

QUESTIONARIO SOCIO-ANAGRAFICO-PERSONALE PER IL CAMPIONE “PERSONALE DI ASSISTENZA”

- Età anagrafica: (indicare con una X)

≤30	
31-40	
41-50	
>50	

- Genere: M F
- Professione: OSS Infermiere
- Formazione: Regionale Universitaria
- Esperienza lavorativa in questo contesto: (segnare con una X)

Inferiore a 3 anni	
Da 3 a 11 anni	
Da 11 a 20 anni	
Da 21 a 30 anni	
Maggiore di 30 anni	

Allegato n.3

**Questionario socio-anagrafico-personale per il campione “Popolazione
generale”**

QUESTIONARIO SOCIO-ANAGRAFICO-PERSONALE PER IL CAMPIONE “POPOLAZIONE GENERALE”

- Età anagrafica: (indicare con una X)

≤30	
31-40	
41-50	
>50	

- Genere: M F

- Titolo di studio: (indicare con una X)

Diploma istruzione primaria	
Diploma istruzione secondaria 1°	
Diploma istruzione secondaria 2°	
Laurea	

- Professione: _____

Allegato n.4

Indicatori OMS di abuso

INDICATORI OMS DI ABUSO

La seguente tabella è stata riportata dal documento OMS⁵⁷

Tabella 5.1 Indicatori di abuso sugli anziani

Indicatori che si riferiscono all'anziano				Indicatori che si riferiscono a chi fornisce l'assistenza
Fisici	Comportamentali e psicologici	Sessuali	Economici	
<ul style="list-style-type: none"> • L'anziano riferisce di aver subito un'aggressione fisica • Cadute e ferite non spiegate • Bruciature o lividi inconsueti o in posizioni insolite • Tagli, impronte di dita o altre prove di contenzione fisica • Prescrizioni eccessivamente ripetute o utilizzo di farmaci al di sotto della necessità • Malnutrizione o disidratazione non dovute a malattia • Evidenze di assistenza inadeguata o di scarsa igiene • La persona cerca attenzione medica da parte di diversi medici o centri medici 	<ul style="list-style-type: none"> • Modifiche delle abitudini alimentari o problemi legati al sonno • Paura, confusione o atteggiamento rassegnato • Passività, allontanamento dalla realtà o progressiva depressione • Senso di impotenza, disperazione o ansia • Affermazioni contraddittorie, o altra bivalenza non dovuta a confusione mentale • Riluttanza a parlare chiaramente • Rifiuto del contatto fisico, visivo o verbale con chi lo assiste • La persona anziana viene isolata dagli altri 	<ul style="list-style-type: none"> • L'anziano riferisce di aver subito un'aggressione sessuale • Comportamento sessuale fuori luogo rispetto alle consuete relazioni dell'anziano e al suo precedente modo di essere • Cambiamenti comportamentali inspiegabili, ad esempio aggressività, allontanamento dalla realtà o automutilazione • Segnalazioni frequenti di dolori addominali, o sanguinamenti vaginali o anali senza spiegazioni • Infezioni genitali ricorrenti o lividi sul petto o nell'area genitale • Biancheria intima strappata, macchiata o con tracce di sangue 	<ul style="list-style-type: none"> • Prelievi di denaro irregolari o non caratteristici dell'anziano • Prelievi di denaro che non rispecchiano le possibilità dell'anziano • Modifiche di testamento o di intestazione di proprietà per lasciare casa o beni a "nuovi amici o parenti" • Scomparsa di beni • L'anziano "non riesce a trovare" gioielli o altri oggetti personali • Attività sospetta sulla carta di credito • Mancanza di beni di conforto, quando l'anziano se li potrebbe permettere • Problemi di salute fisica o mentale non trattati • Livello di assistenza inadeguato al reddito o alle possibilità dell'anziano 	<ul style="list-style-type: none"> • La persona che assiste l'anziano appare stanco o sotto tensione • Sembra eccessivamente o insufficientemente preoccupato • Biasima l'anziano per situazioni quali l'incontinenza • Si comporta in modo aggressivo • Tratta l'anziano come un bambino o in modo disumanizzante • Ha una storia di abuso di sostanze o di abusi ad altre persone • Non desidera che l'anziano venga interrogato separatamente • Risponde in modo difensivo quando interrogato; è possibile che sia ostile o evasivo • Ha prestato assistenza all'anziano per un periodo prolungato

⁵⁷ OMS, Traduzione italiana a cura di Fossati E., *Violenza e salute nel mondo*, Quaderni di sanità pubblica, Ed. CIS, 2002, pp. 216

Allegato n.5

Interpretazione del punteggio di empatia secondo gli intervalli originari

INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO DI EMPATIA SECONDO GLI INTERVALLI ORIGINALI

L'autore propone una scala di valutazione del punteggio suddivisa in 10 intervalli.

INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO	INTERVALLI
Estremamente al di sopra della media	2,5
Considerevolmente al di sopra della media	2
Molto al di sopra della media	1,5
Moderatamente al di sopra la media	1
Leggermente al di sopra le media	0,5
Nella media	0
Leggermente al di sotto le media	-0,5
Moderatamente al di sotto la media	-1
Molto al di sotto della media	-1,5
Considerevolmente al di sotto della media	-2
Estremamente al di sotto della media	-2,5

Allegato n.6

Punteggi della scala B.E.E.S. nel campione “Personale di assistenza”

PUNTEGGI DELLA SCALA B.E.E.S. NEL CAMPIONE “PERSONALE DI ASSISTENZA”

Il campione è composto da 40 persone appartenenti al personale sanitario dell'U.O. 1 (10 infermieri e 10 O.S.S) e dell'U.O. 2 (10 infermieri e 10 O.S.S).

Ad ognuno è stato assegnato un punteggio rispetto al livello di empatia, sulla base dell'elaborazione dei parametri assegnati a ciascuno dei 30 items.

Personale di assistenza U.O. 1	PUNTEGGIO
1	2,5
2	2,4
3	0,7
4	1,5
5	1,5
6	0,7
7	1,4
8	-1,4
9	-0,5
10	-1,3
11	0,7
12	0,6
13	0,5
14	0,6
15	-0,3
16	-1,4
17	-0,6
18	-0,6
19	-0,8
20	-1,3

Personale di assistenza U.O. 2	PUNTEGGIO
1	-8,0
2	-0,7
3	-0,5
4	1,4
5	-0,5
6	-0,6
7	-0,6
8	-0,8
9	-1,3
10	0,7
11	-0,8
12	-0,3
13	-1,2
14	-1,3
15	-0,1
16	-0,2
17	0,5
18	-2,5
19	0,4
20	0,3

Deviazione standard U.O. 1 = 1,229238

Deviazione standard U.O. 2= 1,894445

Allegato n.7

Punteggi della scala B.E.E.S. nel campione “Popolazione generale”

PUNTEGGI DELLA SCALA B.E.E.S. NEL CAMPIONE “POPOLAZIONE GENERALE”

Il campione è costituito da 40 persone del territorio.

POP. GENERALE	PUNTEGGIO	POP. GENERALE	PUNTEGGIO
1	2,5	21	-2,3
2	2,3	22	0,3
3	2,2	23	0,2
4	2,4	24	0,4
5	2,0	25	0,4
6	2,1	26	0,3
7	1,8	27	0,1
8	1,7	28	0,3
9	1,8	29	0,3
10	0,7	30	-0,3
11	0,6	31	-0,4
12	0,8	32	0,4
13	1,2	33	-0,6
14	1,1	34	-1,4
15	0,8	35	-1,2
16	0,8	36	-1,4
17	1,1	37	-1,3
18	0,6	38	-1,4
19	1,0	39	-0,7
20	1,1	40	-0,5

Deviazione standard = 1,19678

Allegato n.8

Interpretazione del punteggio di empatia

INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO DI EMPATIA

Per analizzare i risultati sono state create tre fasce che indicano i diversi livelli di empatia: sopra la media, nella media e sotto la media.

Rifacendosi alla scala originale dell'autore, si sono scelti come intervalli per ogni livello i seguenti parametri.

LIVELLO EMPATIA	FASCE INTERPRETAZIONE PUNTEGGIO	INTERVALLI
Alto	Sopra la media	2,5 - 0,6
Medio	Nella media	0,5 - -0,4
Basso	Sotto la media	-0,5 - -2,5

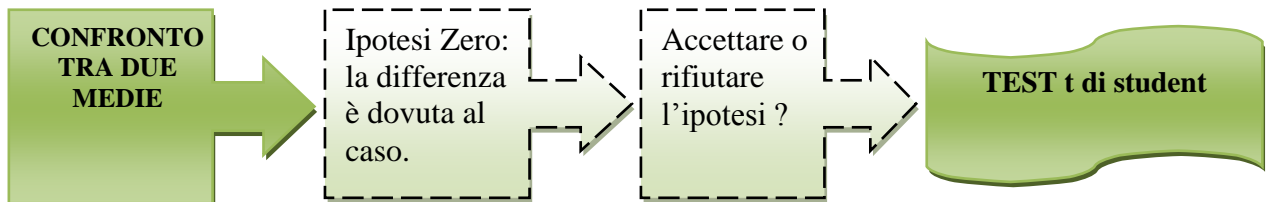
Allegato n. 9

**Test “t di student” livelli di empatia Campione “Popolazione generale” e
“Personale di assistenza”**

TEST “t di student” LIVELLI DI EMPATIA CAMPIONE “POPOLAZIONE GENERALE” E “PERSONALE DI ASSISTENZA”

Attraverso questo test è possibile, in base alla media dei punteggi di empatia, valutare se i due campioni “Personale di assistenza” e “Popolazione generale” hanno o meno lo stesso livello medio di empatia.

- Media campione “Personale di assistenza”: -0,28
- Deviazione Standard campione “Personale di assistenza”: 1,663515
- Media campione “Popolazione generale”: 0,495
- Deviazione Standard campione “Popolazione generale”: 1,19678



$$t = \frac{\text{differenza tra le due medie}}{\text{deviazione standard media}} \cdot \sqrt{\frac{\text{fattore di dimensione}}{n_a + n_b}}$$

The equation is annotated with labels: "differenza tra le due medie" above the numerator, "deviazione standard media" below the denominator, "fattore di dimensione" above the square root term, and "n_a n_b" inside the square root.

Grado di libertà: Numero Osservazioni-Numero Gruppi : (80-2) =78

- $t = 1,691276$
- con $\alpha = 0,05$ si ha $z = 1,66$
- con $\alpha = 0,01$ si ha $z = 2,38$

Essendo t diverso da z , considerando due margini di errore, 5% e 1%, la diversità tra le medie non è dovuta al caso e quindi i due campioni non hanno lo stesso livello di empatia.

Allegato n.10

Risultati del questionario socio-anagrafico-personale campioni

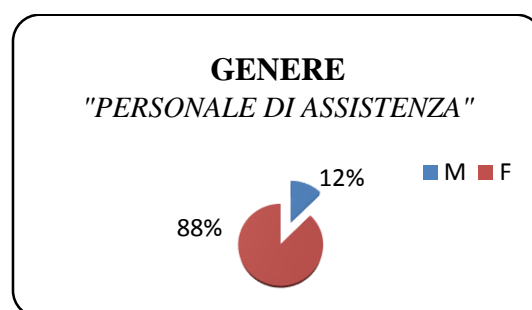
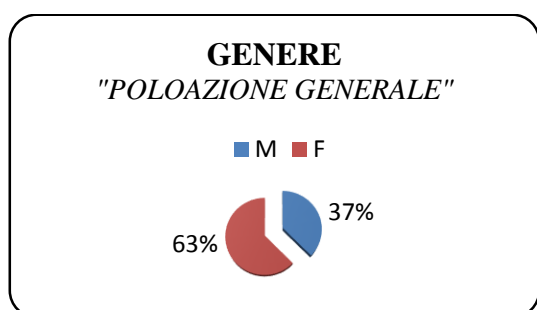
“Popolazione generale” e “Personale di assistenza”

RISULTATI QUESTIONARIO SOCIO-ANAGRAFICO-PERSONALE CAMPIONI “POPOLAZIONE GENERALE” E “PERSONALE DI ASSISTENZA”

Il questionario socio-anagrafico-personale per il campione “Personale sanitario” è strutturato in 5 punti, mentre per il campione “Popolazione generale” in 4.

Di seguito è riportata l’analisi per ogni variabile comune e non comune ai due campioni, con le dovute distinzioni tra “Popolazione generale” e “Personale sanitario”.

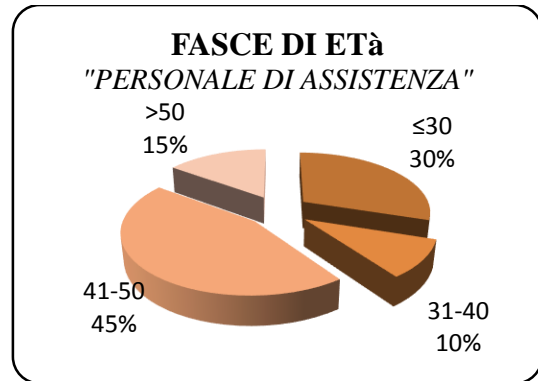
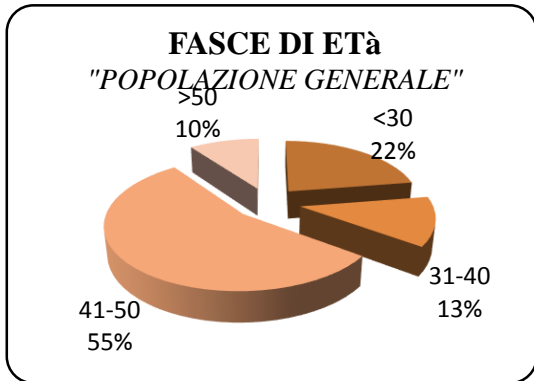
GENERE: M F



Dal punto di vista del genere si nota che i due campioni sono molto omogenei tra di loro infatti in entrambi vi è una presenza maggioritaria femminile: 63% nel campione “Popolazione generale” e 88% nel campione “personale di assistenza”. Mentre i maschi rappresentano rispettivamente 37% nel campione “Popolazione generale” e 12% nel campione “personale di assistenza”.

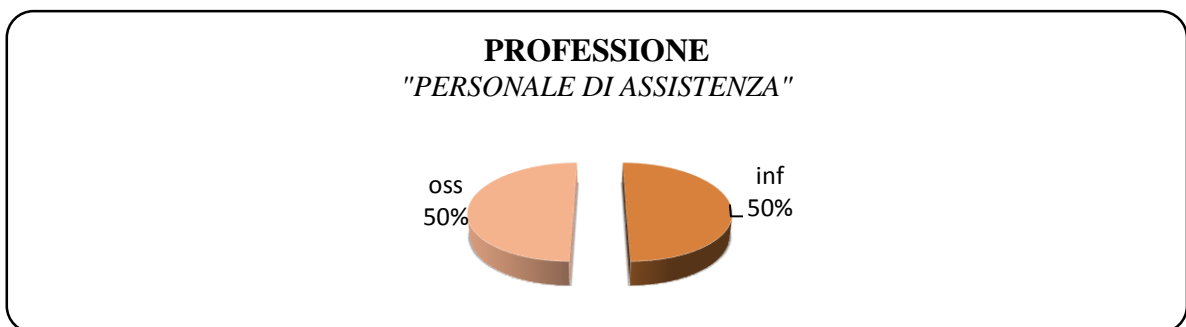
FASCE DI ETÀ:

≤30	
31-40	
41-50	
>50	

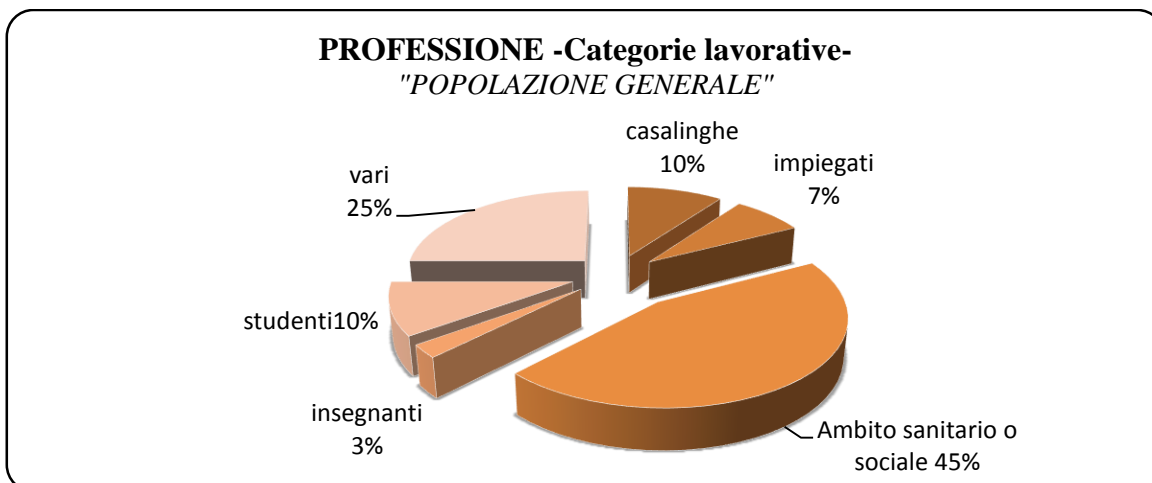


Per quanto riguarda l'età anagrafica, suddivisa in quattro fasce, i due campioni risultano essere tendenzialmente omogenei, le differenze più significative tra il campione "Popolazione generale" e il campione "Personale di assistenza" si rilevano: nella fascia ≤ 30 rispettivamente con 22% nel campione "Popolazione generale" e 30% nel campione "Personale di assistenza", nella fascia 41-50 rispettivamente con 55% nel campione "Popolazione generale" e 45% nel campione "Personale di assistenza".

PROFESSIONE: per quanto riguarda questa variabile il campione "Personale sanitario" doveva indicare con una crocetta se: OSS o Infermiere , mentre il campione "Territorio" aveva lo spazio per scrivere la propria professione. Le professioni del campione "Territorio" sono state raggruppate in categorie lavorative.



Per quanto riguarda la professione nel campione "Personale di assistenza" si ha che il 50% sono infermieri e il 50% sono O.S.S..



Nel campione "Popolazione generale" rispetto alle categorie lavorative si ha che 10% sono casalinghe, 45% lavora in ambito sanitario e sociale (psicologo, farmacista, educatore), 7% come impiegati, 3% come docente, 10% sono studenti, 25 % in vari ambiti (commessa, parrucchiera, agente di viaggio, geometra, operaio, ferroviere, corriere, cameriere, chef, architetto).

TITOLO DI STUDIO per il campione "Popolazione generale":

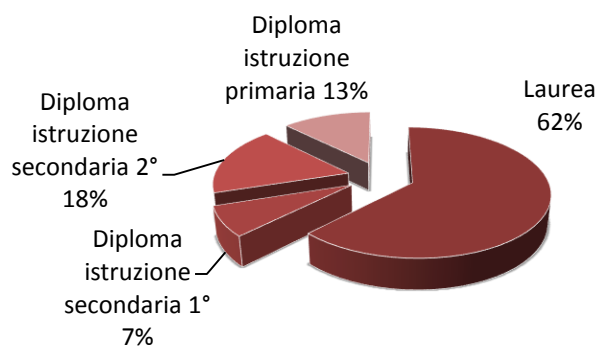
Diploma istruzione primaria	
Diploma istruzione secondaria 1°	
Diploma istruzione secondaria 2°	
Laurea	

Per quanto riguarda il titolo di studio nel campione "Popolazione generale": 62% ha una laurea 13% ha un diploma di istruzione primaria, 7% ha un diploma di istruzione secondaria di primo grado, 18 % ha un diploma di istruzione secondaria di secondo grado. Mentre nel campione "Personale di assistenza" si ha che il 50 % sono gli O.S.S. con formazione regionale, 12% infermieri con formazione regionale e il 38% infermieri con formazione universitaria

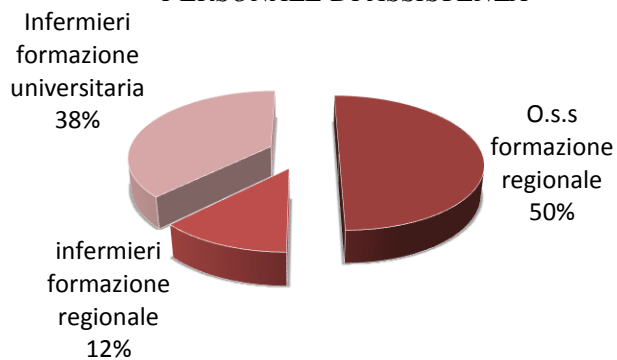
FORMAZIONE per il campione "Personale di assistenza":

Regionale Universitaria

TITOLO DI STUDIO
"POPOLAZIONE GENERALE"



FORMAZIONE
"PERSONALE DI ASSISTENZA"



ESPERIENZA LAVORATIVA NEL CONTESTO: variabile presente solo nel questionario rivolto al campione "Personale sanitario".

L'analisi di questa variabile è presente nel prossimo allegato (ALLEGATO n.13)

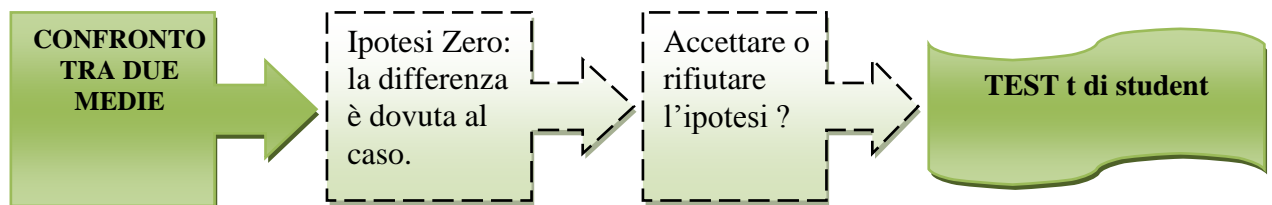
Allegato n. 11

**TEST “t di student” livelli di abuso campione “Personale di assistenza
U.O. 1” e “Personale di assistenza U.O. 2”**

TEST “t di student” LIVELLI DI ABUSO CAMPIONE “PERSONALE DI ASSISTENZA U.O. 1” E “PERSONALE DI ASSISTENZA U.O. 2”

Attraverso questo test è possibile, in base alla media di abusi verificati in una settimana, valutare se i due campioni “Personale di assistenza U.O. 1” e “Personale di assistenza U.O. 2” hanno o meno lo stesso livello medio di abuso.

- Media campione “Personale di assistenza U.O. 1”: 15,28571
- Deviazione Standard campione “Personale di assistenza U.O. 1”: 11,04105
- Media campione “Personale di assistenza U.O. 2”: 25,85714
- Deviazione Standard campione “Personale di assistenza U.O. 2”: 8,783101



$$t = \frac{\text{differenza tra le due medie}}{\text{deviazione standard media}} \cdot \sqrt{\frac{\text{fattore di dimensione}}{n_a + n_b}}$$

The equation is annotated with labels: "differenza tra le due medie" (difference between the two means) above the numerator, "deviazione standard media" (average standard deviation) below the denominator, "fattore di dimensione" (dimension factor) above the square root term, and n_a and n_b inside the square root.

Grado di libertà: Numero Osservazioni-Numero Gruppi : (14-2) =12

- $t = 1,982459$
- con $\alpha = 0,05$ si ha $z = 1,78$
- con $\alpha = 0,01$ si ha $z = 2,68$

Essendo t diverso da z , considerando due margini di errore, 5% e 1%, la diversità tra le medie non è dovuta al caso e quindi i due campioni non hanno lo stesso livello di abuso.

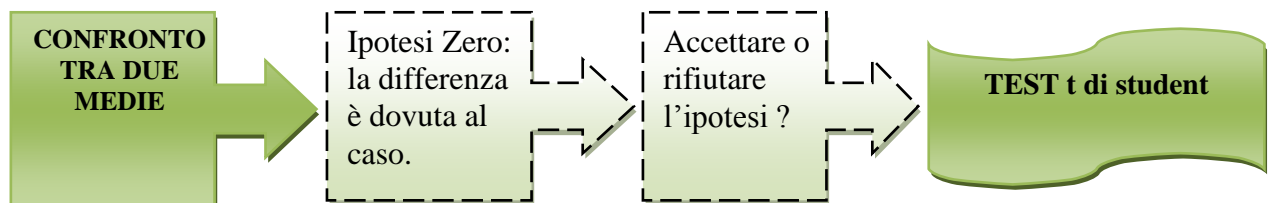
Allegato n. 12

Test “t di student” livelli di empatia campione “Personale di assistenza U.O. 1” e “Personale di assistenza U.O. 2”

TEST “t di student” LIVELLI DI EMPATIA CAMPIONE “PERSONALE DI ASSISTENZA U.O. 1”E “PERSONALE DI ASSISTENZA U.O. 2”

Attraverso questo test è possibile, in base alla media dei punteggi di empatia, valutare se i due campioni “Personale di assistenza U.O. 1” e “Personale di assistenza U.O. 2” hanno o meno lo stesso livello medio di empatia.

- Media campione “Personale di assistenza U.O. 1”: 0,245
- Deviazione Standard campione “Personale di assistenza U.O. 1”: 1,229238
- Media campione “Personale di assistenza U.O. 2”: -0,805
- Deviazione Standard campione “Personale di assistenza U.O. 2”: 1,894445



$$t = \frac{\text{differenza tra le due medie}}{\text{deviazione standard media}} \cdot \sqrt{\frac{\text{fattore di dimensione}}{n_a + n_b}}$$

The equation is annotated with labels: "differenza tra le due medie" above the numerator, "deviazione standard media" below the denominator, "fattore di dimensione" above the square root term, and "n_a n_b" inside the square root.

Grado di libertà: Numero Osservazioni-Numero Gruppi : 38

- $t = 2,079321$
- con $\alpha = 0,01$ si ha $z = 2,43$
- con $\alpha = 0,05$ si ha $z = 1,69$

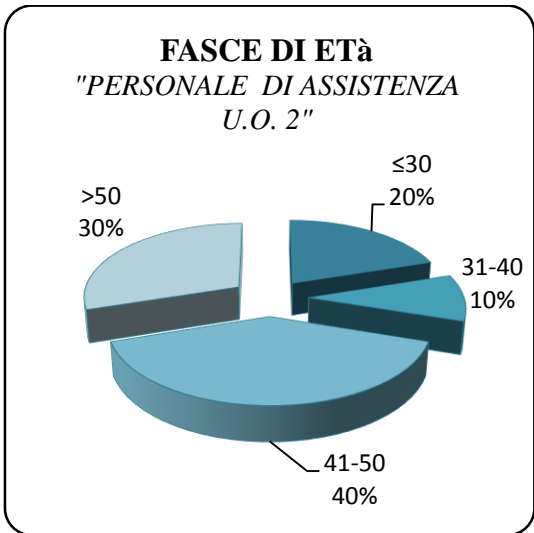
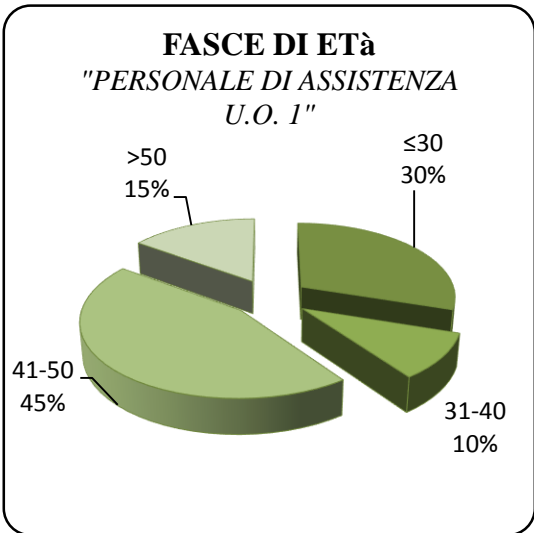
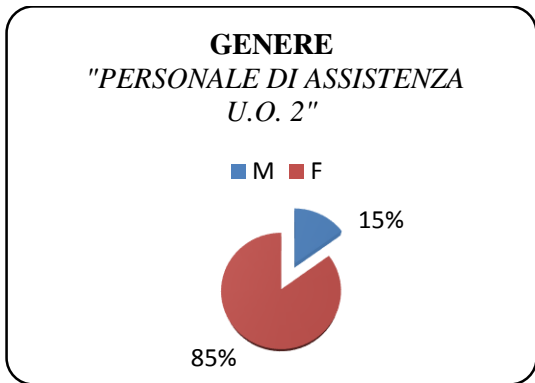
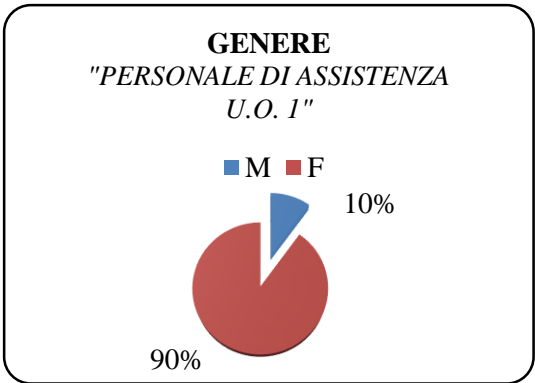
Essendo t diverso da z , considerando due margini di errore, 5% e 1%, la diversità tra le medie non è dovuta al caso e quindi i due campioni non hanno lo stesso livello di empatia.

ALLEGATO n.13

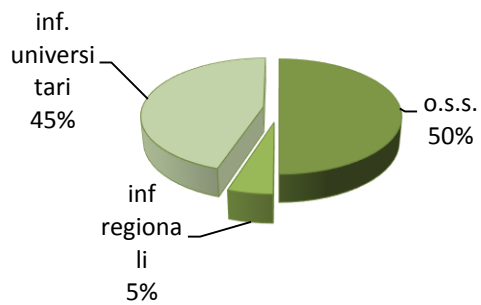
**Risultati del questionario socio-anagrafico-personale campioni “Personale
di assistenza U.O. 1” e “Personale di assistenza U.O. 2”**

**RISULTATI DEL QUESTIONARIO SOCIO-ANAGRAFICO-PERSONALE
CAMPIONI “PERSONALE DI ASSISTENZA U.O. 1” E “PERSONALE DI
ASSISTENZA U.O. 2”**

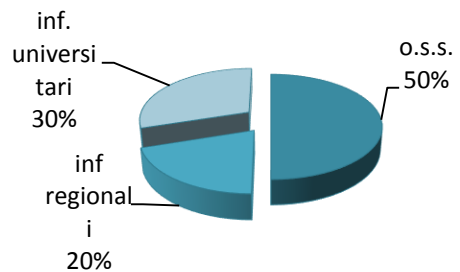
	“personale di assistenza U.O. 1”	“Personale di assistenza U.O. 2”
Genere	90% femminile 10% maschile	85% femminile 15% maschile
Età	30% ≤30 10% 31-40 45% 41-50 15% >50	20% ≤30 10% 31-40 40% 41-50 30% >50
Profession e	50% Infermieri 50% Oss	50% Infermieri 50% Oss
Titolo di studio	50% oss con formazione regionale 5% infermieri con formazione regionale 45% infermieri con formazione universitaria	50% oss con formazione regionale 20% infermieri con formazione regionale 30% infermieri con formazione universitaria
Anzianità lavorativa nel contesto	<10 : 65% 11-20 : 15% 21-30 : 20% >30 : 0%	<10 : 45% 11-20 : 20% 21-30 : 20% >30 : 15%



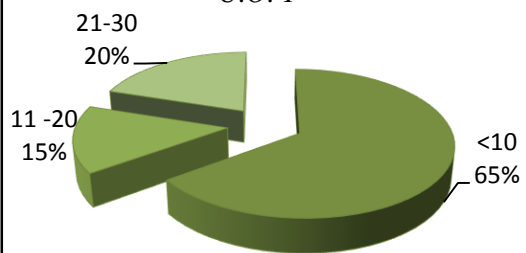
TITOLO DI STUDIO
"PERSONALE DI ASSISTENZA
U.O. 1"



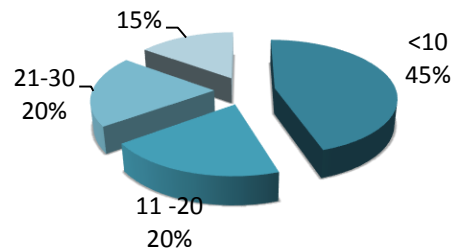
TITOLO DI STUDIO
"PERSONALE DI ASSISTENZA
U.O. 2"



ESPERIENZA LAVORATIVA
NEL CONTESTO
"PERSONALE DI ASSISTENZA
U.O. 1"



ESPERIENZA
LAVORATIVA NEL
CONTESTO
"PERSONALE DI ASSISTENZA
>30 U.O. 2"



ALLEGATO n.14

Abusi in rapporto alle azioni assistenziali

ABUSI IN RAPPORTO ALLE AZIONI ASSISTENZIALI:

Di seguito le percentuali di abuso riferite all'azione assistenziale:

rifacimento letti	60	21%
somministrare i pasti a persone non autosufficienti	26	9%
pulire la persona dopo il vomito	6	2%
preparazione della salma	7	2%
prelievi ematici	24	8%
esecuzione di stick glicemico	5	2%
inserimento e gestione del cateterismo vescicale	8	3%
somministrazione terapia	38	13
uso del sollevatore	12	4%
mobilizzazione a letto e su carrozzina	40	14%
cambio pannolone	42	15%
rilevazione e monitoraggio dei parametri vitali	1	0%
medicazione cateteri, stomie, ferite, aghi cannula, drenaggi	9	3%
somministrazione enteroclisma	10	4%

Le due tabelle seguenti mostrano per ogni azione assistenziale quante volte è stato riscontrato l'indicatore:

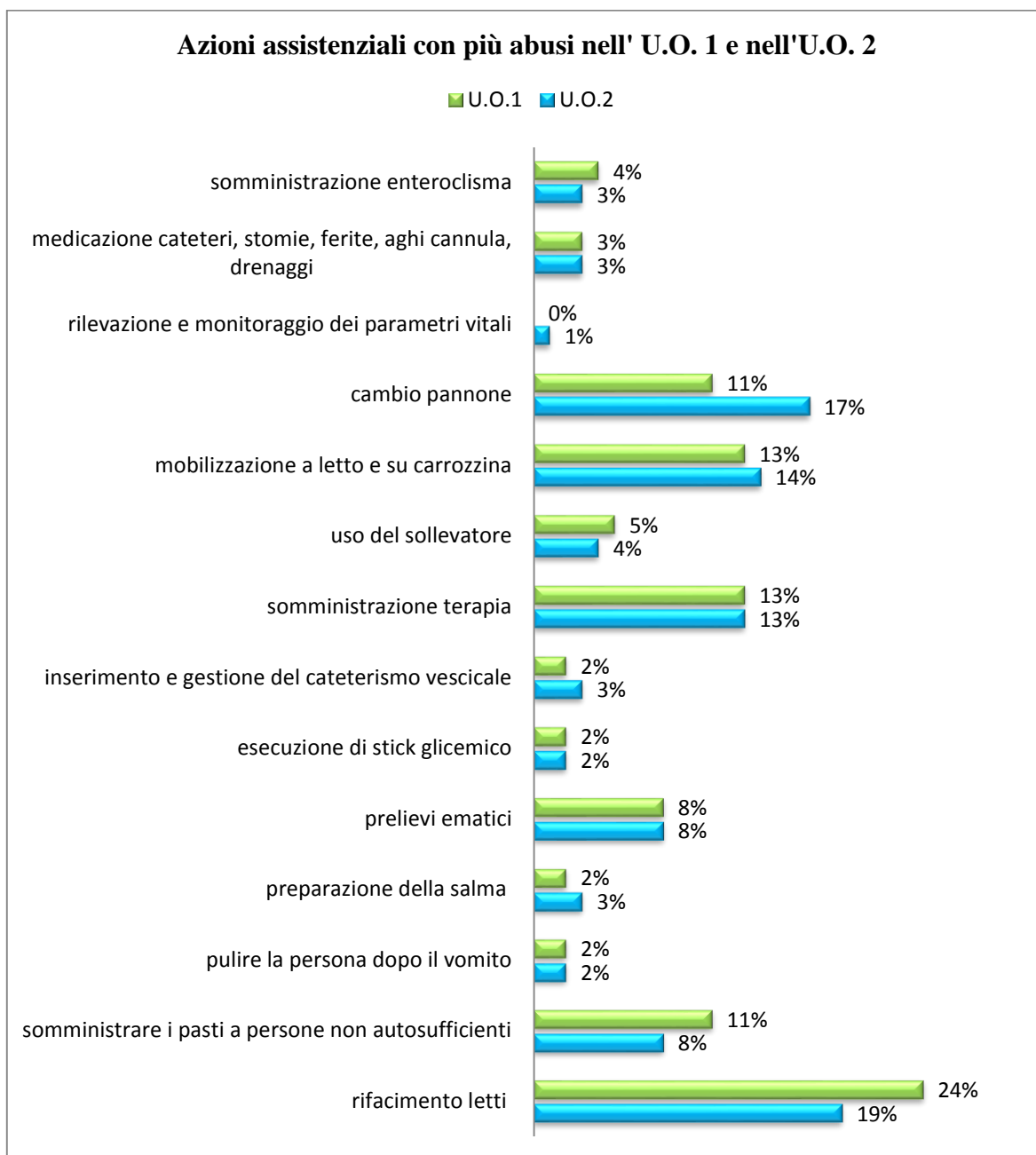
Appare stanco o sotto tensione	49
Sembra eccessivamente o insufficientemente preoccupato	18
Biasima l'anziano per situazioni quali l'incontinenza	60
Si comporta in modo aggressivo	38
Tratta l'anziano come un bambino o in modo disumanizzante	111
Risponde in modo difensivo quando interrogato; è possibile che sia ostile o evasivo	12

rifacimento letti	60	27	10	3	20
Somministrare i pasti a persone non autosuff.	26	6	20		
pulire la persona dopo il vomito	6	4	2		
preparazione della salma	7	1	6		
prelievi ematici	24	13	1	10	
esecuzione di stick glicemico	5	5			
inserimento e gestione del cateterismo vescicale	8	8			
somministrazione terapia	38	22	2	12	2
uso del sollevatore	12	9	3		
mobilizzazione a letto e su carrozzina	40	10	30		
cambio pannolone	42	20	3	18	1
rilevazione e monitoraggio dei parametri vitali	1	1			
medicazione cateteri, stomie, ferite, aghi cannula, drenaggi	9	3	6		
somministrazione enteroclisma	10	10			

ALLEGATO n.15

Abusi in rapporto alle azioni assistenziali U.O. 1 e U.O. 2

ABUSI IN RAPPORTO ALLE AZIONI ASSISTENZIALI U.O. 1 e U.O. 2





SISTEMA
BIBLIOTECARIO
DI ATENEIO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Deposito di copia della tesi per i servizi del Sistema Bibliotecario di Ateneo

Il/la sottoscritto/a Angela Longhi

nato/a a Camposampiero

il 05\01\1993 residente a Noale, Via Martiri della libertà 15

tel. 3472740413

e-mail angela.longhi.1@studenti.unipd.it

matricola 1054621

laureato/a presso la Scuola di Medicina e chirurgia, Corso di laurea in Infermieristica,

autorizza la segreteria a consegnare presso la
biblioteca medica "Vincenzo Pinali" copia elettronica della propria tesi in formato PDF.

Tipologia della tesi consegnata

X Laurea Triennale

Anno Accademico 2014-2015

Data della tesi 9\11\2015

**Titolo della tesi L'ABUSO NELL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI IN RAPPORTO
CON I LIVELLI DI EMPATIA DEL PERSONALE DI ASSISTENZA.STUDIO
OSSERVAZIONALE.**

Parole chiave

Abstract inserito nel file

Tesi: X sperimentale compilativa ricerca epidemiologica

Relatore Prof. Ditadi Alessandro

Correlatore Dott.ssa Elena Filippo

Padova, li 9\11\2015

Firma dell'autore Angela Longhi

Liberatoria per la fruizione della tesi per i servizi di biblioteca

Il/la sottoscritto/a Angela Longhi

autorizza il deposito in accesso aperto (messa in rete del testo completo) della propria tesi di laurea in [Padua@thesis](#), l'archivio istituzionale per le tesi e autorizza inoltre le attività utili alla conservazione nel tempo dei contenuti⁵⁸

Dichiara, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000:

- la completa corrispondenza tra il materiale depositato in [Padua@thesis](#) e l'originale cartaceo discusso in sede di laurea;
- che il contenuto della tesi non infrange in alcun modo i diritti di proprietà intellettuale (diritto d'autore e/o editoriali) ai sensi della Legge 633 del 1941 e successive modificazioni e integrazioni;

Per il deposito in accesso aperto, dichiara altresì:

- che la tesi non è il risultato di attività rientranti nella normativa sulla proprietà intellettuale industriale e che non è oggetto di eventuali registrazioni di tipo brevettuale;
- che la tesi non è stata prodotta nell'ambito di progetti finanziati da soggetti pubblici o privati che hanno posto a priori particolari vincoli alla divulgazione dei risultati per motivi di segretezza.

Data 9\11\2015

Firma Angela Longhi

AVVERTENZA: l'autore che autorizza il deposito del testo completo della propria tesi nell'archivio istituzionale [Padua@thesis](#) mantiene su di essa tutti i diritti d'autore, morali ed economici, ai sensi della normativa vigente (legge 633/1941 e successive modificazioni e integrazioni).

⁵⁸ Fatta salva l'integrità del contenuto e della struttura del testo, possono essere effettuati:

- il trasferimento su qualsiasi supporto e la conversione in qualsiasi formato
- la riproduzione dell'opera in più copie

