



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA

**“L’aggressività dell’assistito demente:
comportamenti da adottare per prevenirla”**

Relatore: **Prof.ssa Elsa Labelli**
Correlatore: **Prof.ssa Anica Casetta**

Laureando:
Samantha Salgarella
Matricola n. 2016473

Anno Accademico 2022/2023

ABSTRACT

Problema: la maggior parte dei pazienti affetti da demenze, nell'arco della storia clinica della malattia, può presentare uno o più disturbi comportamentali e psicologici (BPSD). In particolare il 68-90% dei residenti con demenza nelle case di riposo, o residenze socio-sanitarie, presenta manifestazioni aggressive nei confronti del personale sanitario (Nakahira et al., 2008). I BPSD possono determinare un trattamento sanitario più complicato comportando il sostenimento di maggiori costi (J.B. Hessler et al., 2017). In relazione a quanto premesso, sembra che nelle case di riposo sia in aumento il fenomeno dell'aggressività da parte dei dementi nei confronti degli operatori sanitari (infermieri e O.S.S.), nonostante l'applicazione di interventi raccomandati in letteratura per la gestione degli stessi. Per tale motivo, si è voluto studiare, nel contesto residenziale in esame, se i comportamenti raccomandati dalle Linee Guida, vengono dichiarati come adottati dagli infermieri e dagli O.S.S. al fine di prevenire le manifestazioni aggressive.

Scopo: evidenziare quali sono i comportamenti, o gli interventi assistenziali, raccomandati in letteratura che gli infermieri e gli O.S.S., dichiarano di adottare, nella pratica assistenziale quotidiana, al fine di prevenire le manifestazioni di aggressività da parte degli anziani dementi presenti nelle strutture residenziali.

Materiali e metodi: dal 24 luglio al 25 agosto 2023 agli operatori sanitari (Infermieri e O.S.S.) della Residenza Santa Margherita di Villanova di Fossalta di Portogruaro (Ve) e della Residenza G. Francescon di Portogruaro (Ve) afferenti all'AULSS n. 4 "Veneto Orientale" della Regione Veneto, sono stati somministrati un questionario che indagava la dichiarazione dei comportamenti dagli stessi adottati per prevenire l'aggressività durante l'assistenza quotidiana e una scheda dati anagrafico professionale sulle caratteristiche anagrafiche e professionali del personale.

Risultati: sono stati presi in considerazione tutti gli Infermieri e gli O.S.S. delle due Residenze per Anziani che, nella loro carriera professionale, hanno prestato assistenza ad assistiti con patologie dementigene. Il campione presso la Residenza S. Margherita ha compreso n. 9 (22,5%) Infermieri e n. 31 (77,5%) O.S.S con un'età media di 48,7 ($\pm 9,5$) anni e un tempo di esercizio professionale (anzianità) pari a 19,4 ($\pm 11,2$) anni; n. 31 (77,5%) operano sanitari dichiarano di aver subito un'aggressione sia fisica che verbale. Il campione della Residenza G. Francescon presenta n. 10 (41,7%) Infermieri e n. 14 (58,3%) O.S.S con un'età media di 43,3 ($\pm 12,1$) anni e un tempo di esercizio professionale (anzianità) di 15,9 ($\pm 11,7$) anni; n. 20 (83,4%) dichiarano di aver subito un'aggressione sia fisica che verbale. La media della percentuale dei comportamenti percepiti adottati dagli operatori sanitari, previsti dalla letteratura, per prevenire le manifestazioni aggressive della persona demente, presso la Residenza S. Margherita è stata del 78,4% e presso la Residenza G. Francescon del 79,9%.

Conclusioni: osservando i risultati del presente elaborato, si può concludere che, in entrambe le Residenze, in media i comportamenti percepiti adottati, e previsti dalla letteratura, dagli operatori sanitari (Infermieri e O.S.S.) risultano discretamente elevati. Nonostante ciò, rimane elevata la percentuale di operatori sanitari che continuano a subire aggressioni verbali e fisiche da parte dei residenti dementi durante le attività assistenziali quotidiane. Si consiglia perciò di continuare ad adottare i comportamenti previsti dalla letteratura, ponendo più attenzione a quelli con maggiori prove a sostegno. Potrebbe essere utile puntare anche ad un sistema organizzativo e ambientale più attentamente impostato, che garantisca una miglior sicurezza per l'operatore, con elementi di efficienza. Si dovrebbe perfezionare ulteriormente il reclutamento del personale, intensificare i corsi di formazione, implementare sistemi obbligatori di registrazione e monitoraggio del fenomeno, studiandone le meccaniche di comparsa e prevedere una maggior presenza di supporto psicologico.

Parole Chiave: demenza, aggressione, fattori di rischio di aggressione, gestione aggressione.

Key word: dementia, aggression, risk factors of aggression, management of aggression.

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE

CAPITOLO I - PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1	La persona anziana con demenza e il fenomeno dell'aggressività	5
1.2	Scopo ed obiettivo dello studio	6
1.3	Ipotesi di ricerca	7
1.4	Quesiti di ricerca	7

CAPITOLO II - TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO

2.1	Concetti sulle patologie dementigene	9
2.2	I Disturbi Comportamentali e Psicologici della demenza (BPSD)	10
2.2.1	L'aggressività e le diverse tipologie	12
2.4	Linee Guida: fattori di rischio e comportamenti da adottare per prevenire l'aggressività	13

CAPITOLO III - MATERIALI E METODI

3.1	Disegno di ricerca	17
3.2	Campionamento	17
3.3	Setting	17
3.3.1	Residenza Santa Margherita di Villanova di Fossalta di Portogruaro (VE)	17
3.3.1	Residenza G. Francescon di Portogruaro (VE)	18
3.4	Attività ed affidabilità di raccolta dati	18
3.5	Strumenti di misura	19
3.6	Analisi dei dati	19

CAPITOLO IV - RISULTATI

4.1	Descrizione del campione dello studio	21
-----	---------------------------------------	----

4.1.1	Descrizione del campione per la Residenza Santa Margherita di Villanova di Fossalta di Portogruaro (VE)	21
4.1.2	Descrizione del campione per la Residenza G. Francescon di Portogruaro (VE)	21
4.2	Risultati relativi ai comportamenti adottati dagli operatori sanitari per prevenire l'aggressività	22
4.2.1	Risultati relativi alla Residenza Santa Margherita di Villanova di Fossalta di Portogruaro (VE)	22
4.2.2	Risultati relativi alla Residenza G. Francescon di Portogruaro (VE)	24
4.3	Risultati relativi ai quesiti sull'associazione tra variabili anagrafiche e professionali	25

CAPITOLO V - *DISCUSSIONE*

5.1	Discussione	29
5.2	Limiti dello studio	34

CAPITOLO IV - *CONCLUSIONI*

6.1	Implicazioni per la pratica	35
6.2	Conclusioni	35

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

ALLEGATI

Allegato n. 1 – Scheda dei dati anagrafico-professionali relativa al campione

Allegato n. 2 – Questionario

Allegato n. 3 – Tabella II dei risultati relativi alle caratteristiche anagrafiche

Allegato n. 4 – Tabella III dei risultati relativi alle caratteristiche professionali

Allegato n. 5 – Tabella IV dei risultati relativi al questionario

INTRODUZIONE

La demenza è una sindrome caratterizzata da una progressiva degenerazione delle funzioni cognitive e dalla possibile comparsa di disturbi comportamentali e psicologici (BPSD). La maggior parte dei pazienti affetti da demenze, nell'arco della storia clinica della malattia, può presentare uno o più disturbi comportamentali e psicologici. Il comportamento aggressivo è un BPSD comune, segnalato nel 68-90% dei residenti nelle Residenze sanitarie. Rappresenta una sfida dell'assistenza in quanto è associato ad una compromissione della sicurezza del personale sul posto di lavoro ma anche a conseguenze quali stress, burnout e difficoltà di reclutamento. Si sostiene che il comportamento aggressivo da parte della persona demente, sia dovuto ad un'insoddisfazione dei bisogni personali, ad un ambiente poco favorevole e ad una condizione di salute alterata che incidono sulla sfera globale dell'assistito (Nakahira et al., 2008).

I BPSD, come l'aggressività, possono determinare un trattamento sanitario più complicato comportando il sostenimento di maggiori costi assistenziali. Oltre a questo, possono causare disagio al personale sanitario come evidenzia lo studio di Sampson et al. (2014), in cui si rileva che il 63% di tutti i casi con BPSD erano lievemente preoccupanti o pericolosi (J.B. Hessler et al., 2017).

In relazione a quanto premesso, sembra che nelle Residenze sanitarie sia in aumento il fenomeno dell'aggressività da parte delle persone dementi nei confronti degli operatori sanitari (infermieri e O.S.S.), nonostante l'applicazione di interventi raccomandati in letteratura per la gestione degli stessi. Per tale motivo, l'obiettivo di tale studio è quello di indagare, nel contesto residenziale in esame, se i comportamenti raccomandati dalle Linee Guida, vengono dichiarati come adottati dagli infermieri e dagli O.S.S. al fine di prevenire gli eventi legati ai BPSD, nello specifico l'aggressività.

CAPITOLO I

Presentazione del problema

1.1 La persona anziana con demenza e il fenomeno dell'aggressività

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno demografico ormai noto non soltanto agli esperti ma evidente anche a tutto il resto della popolazione. Secondo quanto riportato dai dati statistici del 2012 dall'Istituto Superiore di Sanità, la percentuale di anziani nel 2050 tenderà a raddoppiare fino a rappresentare il 22% della popolazione mondiale. Tale avvenimento è dovuto ai progressi scientifici e tecnologici che hanno permesso un'aspettativa di vita più lunga sia nei Paesi industrializzati sia nei Paesi in via di sviluppo. Questo traguardo rappresenta sicuramente un enorme successo dell'assistenza sanitaria dell'ultimo secolo, ma altresì segna l'aumento dell'incidenza di patologie croniche e degenerative, tra le quali sono presenti le demenze.

A tal proposito, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Alzheimer's Disease International affermano che la demenza è una priorità sanitaria mondiale che presenta un numero attuale di persone colpite pari a 55 milioni. A rendere la demenza una malattia prioritaria è anche la sua complessità di gestione e di cura che grava sul caregiver e sul Sistema Sanitario Nazionale soprattutto per la presenza dei Disturbi Comportamentali e Psicologici (BPSD) tipici nella demenza, in quanto sono causa più frequente di istituzionalizzazione dell'assistito, di declino rapido della malattia verso uno stato di disabilità e di burnout del caregiver (Belotti, 2012).

I BPSD nella demenza sono sintomi non cognitivi di varia natura ed entità che la persona può manifestare come risposta ad uno stimolo difficile da comprendere, da interpretare o da esprimere. Essi determinano anche un peggioramento della qualità di vita con disagio del paziente ma implicano anche un trattamento sanitario più complicato, comportando il sostenimento di maggiori costi (Hessler et al., 2018).

L'aggressività è un disturbo comportamentale tipico nella demenza ed è un fenomeno molto diffuso nelle case di riposo che compare nella fase intermedia della malattia quando aumenta il fenomeno dell'afasia e dell'agnosia. Per tale motivo, nella maggior parte dei casi, la persona agisce con aggressività per esprimere la sua sensazione di disagio, frustrazione, paura e ansia nell'esecuzione delle attività di vita

quotidiane, dovuta ad una errata interpretazione dell'azione richiesta, o del comportamento altrui. In altri casi, l'aggressività può essere indice di un disturbo fisico che il paziente non è in grado di esprimere o un cambiamento repentino dell'ambiente in cui vive, destabilizzando la sua percezione sensoriale. Sulla base di ciò sopra descritto, sembra che nelle case di riposo sia in aumento il fenomeno dell'aggressività delle persone dementi nei confronti degli operatori sanitari (infermieri e Operatori Socio-Sanitari.), nonostante l'applicazione di interventi raccomandati in letteratura per la gestione degli stessi. Alcuni studi presenti in letteratura hanno indagato la presenza di possibili variabili professionali che possono influenzare la gestione dell'aggressività. Per esempio, uno studio pilota del 2003 eseguito a Taiwan, ha evidenziato che un programma di formazione per caregiver domiciliari di persone affette da demenza con BPSD è utile per ridurre e migliorare la gestione di comportamenti aggressivi, con scarso beneficio però nei comportamenti fisicamente aggressivi (Huang et al., 2003).

Un altro studio, condotto presso una provincia canadese nel 2005, ha confrontato gli assistenti infermieristici in case di cura con e senza unità dedicate per malati con demenza: è stato rilevato che coloro che lavorano presso case di cura con unità dedicate ha una minore probabilità di subire aggressioni e che il numero di assistenti che ha ricevuto un'aggressione è elevato. Inoltre, lavorare da molti anni con una posizione permanente era legato ad un aumento del rischio di aggressione ma con minore richiesta di supporto psicologico (Morgan et al., 2005).

1.2 Scopo ed obiettivo dello studio

In relazione a quanto emerso dai dati epidemiologici e dalla priorità sanitaria che viene data alla demenza, lo studio mira a studiare quali sono gli interventi assistenziali raccomandati in letteratura che gli infermieri e gli O.S.S., dichiarano di adottare, nella pratica assistenziale quotidiana, al fine di prevenire le manifestazioni di aggressività da parte degli anziani dementi presenti nelle strutture residenziali. In particolare:

- identificare quali sono i fattori di rischio per la comparsa di aggressività e quali sono i comportamenti/interventi previsti dalle Linee Guida utili a prevenire tali manifestazioni durante le attività di vita quotidiane della persona demente e

durante l'assistenza sanitaria erogata dagli infermieri e dagli O.S.S della Residenza per Anziani G. Francescon di Portogruaro (Ve) e della Residenza Santa Margherita di Villanova di Fossalta di Portogruaro (Ve), della Regione Veneto.

- individuare eventuali relazioni e differenze nell'adozione dei comportamenti raccomandati dalla letteratura tra infermieri e O.S.S. e tra variabili ricavate presso le strutture residenziali prese in esame.

1.3 Ipotesi di ricerca

Con tale studio è stata prefissata un'ipotesi di ricerca che ha il fine di rilevare se nelle Case di riposo e nelle residenze per anziani, dove sono presenti anziani dementi, gli infermieri e gli O.S.S. hanno la percezione di adottare gli interventi raccomandati in letteratura nella pratica assistenziale quotidiana per la prevenzione delle manifestazioni aggressive nei loro confronti.

1.4 Quesiti di ricerca

I quesiti ai quali si vuole rispondere tramite la realizzazione del suddetto studio sono:

1. quali sono le scale di valutazione del dolore e i trattamenti, previsti dalla letteratura, maggiormente usati dagli operatori sanitari (Infermieri e O.S.S.) per prevenire le manifestazioni aggressive della persona demente nei loro confronti?
2. quali sono i comportamenti previsti dalla letteratura e maggiormente utilizzati dagli operatori sanitari (Infermieri e O.S.S.) delle due Residenze per gestire il fattore di rischio "insonnia e sindrome del sundowing"?
3. qual è il comportamento dichiarato più usato e quello meno adottato, previsto dalla letteratura, per quanto concerne il fattore di rischio "infezione delle vie urinarie" dagli operatori sanitari (Infermieri e O.S.S.) delle due Residenze?
4. qual è il fattore di rischio che presenta una percentuale media minore di comportamenti dichiarati adottati dagli operatori sanitari di entrambe le strutture?
5. qual è il fattore di rischio che presenta una percentuale media maggiore di comportamenti dichiarati adottati dagli operatori sanitari di entrambe le strutture?
6. qual è il comportamento dichiarato meno usato, previsto dalla letteratura, per i fattori di rischio "disagio indotto dalla costipazione" e "nicturia" presso entrambe le Residenze?

7. esiste una associazione tra la dichiarazione di aver subito un'aggressione in ambito da parte degli operatori sanitari delle due Residenze e le variabili U.O. di lavoro, tempo di esercizio professionale (anzianità), corsi di formazione, tempo di permanenza in U.O.?
8. esiste una associazione tra la dichiarazione di adozione dei comportamenti da parte degli operatori sanitari delle due Residenze e le variabili U.O. di lavoro, tempo di permanenza in U.O.?

CAPITOLO II

Teoria e concetti di riferimento

2.1 Concetti sulle patologie dementigene

La demenza è un insieme di segni e sintomi scatenati da molteplici malattie neurodegenerative che colpiscono i domini cognitivi come l'attenzione, la memoria, l'orientamento, il linguaggio, le abilità percettivo-motorie o le cognizioni sociali. Il progressivo e persistente declino della funzione cognitiva conduce la persona con demenza ad una incapacità di svolgere le normali attività di vita quotidiane e ad una coesistenza di alterazioni della sfera emotiva e relazionale (apatia, aggressività, ansia, agitazione, depressione). La definizione di "demenza" è stata revisionata nel 2022 dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) e attualmente conosciuta all'interno del disturbo neuro-cognitivo lieve o maggiore al fine di evidenziare i limiti nell'utilizzo del termine generico "demenza", sia per la sua associazione prevalente con la persona anziana ma anche per porre l'attenzione sull'esistenza di numerose malattie cerebrali degenerative che possono sfociare nella demenza (Emmady et al., 2022).

Nella demenza le cellule cerebrali subiscono danni di entità tale da interferire con la comunicazione e con la trasmissione di segnali tra i vari neuroni delle regioni del cervello. Le prime cellule ad essere danneggiate sono quelle dell'ippocampo e questo spiega il motivo per cui uno dei primi sintomi è proprio la perdita di memoria. Come dichiarato dall'Alzheimer Association nel 2023, i segni e i sintomi della demenza possono variare notevolmente da persona a persona e solitamente compaiono lentamente per poi peggiorare gradualmente. Almeno due delle seguenti funzioni cerebrali devono essere alterate: deficit di memoria, alterazione del linguaggio e della comunicazione, perdita di concentrazione e attenzione, alterazione della capacità di ragionamento e di giudizio e deficit sensoriali visivi ed uditivi.

Il 50-80% delle tipologie di demenza è rappresentato dalla malattia di Alzheimer. Non si tratta di un caratteristico elemento di anzianità, bensì rappresenta un processo patologico neurodegenerativo caratterizzato da un accumulo della proteina amiloide nel sistema nervoso centrale che a lungo andare determina una disfunzione neuronale e da un insufficiente flusso sanguigno cerebrale soprattutto all'inizio della malattia.

Nel tempo, questo processo porta ad una perdita di memoria e ad un decadimento cognitivo tipico dell'Alzheimer (Ma et al., 2022).

Tra le forme secondarie di demenza, quella vascolare, rappresenta la forma più diffusa in quanto responsabile del 20% della perdita di funzione cognitiva: si tratta di un insieme di segni e sintomi accomunati da un'alterazione della vascolarizzazione cerebrale. Infatti si verifica una riduzione dell'afflusso di sangue al cervello con conseguente riduzione dell'apporto di ossigeno e di nutrienti al tessuto cerebrale, causato dalla chiusura di piccoli vasi sanguigni o da altri danni vascolari (Bir et al., 2021b).

La demenza con i Corpi di Lewy è attualmente la forma di demenza su base degenerativa più diffusa dopo la malattia di Alzheimer. I Corpi di Lewy sono aggregati proteici, costituiti dalla proteina alfa-sinucleina, che prevalgono nelle aree corticali (maggiormente presenti nelle regioni temporali e parietali) e limbiche andando a ridurre progressivamente la funzione cellulare portando alla morte neuronale (Jellinger & Korczyn, 2018).

Secondo quanto affermato dall'Istituto Superiore di Sanità, la demenza frontotemporale è una delle forme di demenza più rare distinte dalle altre per l'accumulo di proteine o per alterazioni di geni che danneggiano le cellule del lobo frontale e temporale (adibiti al controllo del linguaggio, del comportamento della capacità di pianificazione) colpendo soggetti tra i 45 e i 60 anni.

2.2 I Disturbi Comportamentali e Psicologici della demenza (BPSD)

I Disturbi Comportamentali e Psicologici sono un gruppo eterogeno di reazioni psicologiche, comportamentali e percettive presenti in tutte le forme di demenza. La loro gestione e prevenzione rappresentano una delle più grandi sfide nella presa in carico di una persona con demenza, in quanto la maggior parte degli assistiti manifesta uno o più disturbi comportamentali nel corso della malattia (Gitlin & Piersol, 2022b). Infatti, sono la causa principale di burnout fisico e psicologico da parte del caregiver durante l'attività di cura quotidiana e, se poco controllati, sono in grado di generare l'istituzionalizzazione dell'assistito (Belotti, 2012).

I BPSD comprendono vari sintomi:

- alterazione dell'umore e modificazione della personalità: la *depressione* accompagnata da *stati ansiosi* è espressione di reazione alla situazione clinica determinata dalla perdita di autonomia, di salute e di ruolo.
- sintomi psicotici: le *allucinazioni* spesso sono visive e si rendono concrete nella persona demente coinvolgendola a livello emotivo; i *deliri* nella demenza sono idee che il malato si fa sulla situazione e sull'ambiente circostante al fine di darsi una motivazione su ciò che sta accadendo attorno a lui.
- sintomi neurovegetativi: le *alterazioni del ritmo circadiano* comprendono insonnia, ipersonnia, vagabondaggio notturno e tendono ad aumentare con il progredire della malattia; mentre le *alterazioni dell'appetito* riguardano una perdita dell'appetito con calo ponderale del peso corporeo fino ad anoressia ma anche iperfagia e consumo di sostanze non edibili.
- alterazioni comportamentali: la *disinibizione* consiste nell'esecuzione di movimenti non finalizzati o impropri rispetto al contesto con uno stato di mancata consapevolezza; l'*aggressività verbale o fisica* si presenta in maniera imprevedibile e con grande intensità ma senza una sequenza logica nell'intenzione di causare il danno; l'*irritabilità* si manifesta spesso all'inizio ed è correlata alle difficoltà riscontrate dall'individuo nell'eseguire le attività di vita quotidiane; l'*affaccendamento* consiste nella ripetizione di comportamenti afinalistici e di manipolazione continuativa di oggetti, parti del proprio corpo o vestiti ed è più frequente nelle fasi intermedie e avanzate; infine il *wandering* si presenta con vagabondaggio senza una meta precisa dell'assistito sia di giorno che di notte.

Non è ancora ben chiara l'eziologia di tali disturbi: in parte sono dovuti al declino progressivo neuro-cognitivo che colpisce la corteccia, l'ippocampo e il sistema limbico ma anche ad un deficit del sistema colinergico che determina un mancato controllo del comportamento e della personalità (Grossberg, 2002).

Non c'è una terapia efficace approvata per il trattamento di tali disturbi, bensì vengono usati alcuni farmaci per alleviare e prevenire la sintomatologia. È fondamentale, in questo caso, l'utilizzo di farmaci agonisti o antagonisti della serotonina, principale neurotrasmettitore e un neuromodulatore del sistema nervoso centrale che risulta essere alterato nella demenza e responsabile, in parte, della comparsa dei BPSD. Gli antipsicotici di seconda generazione sono un gruppo di

farmaci che sono già usati nella demenza come off-label per controllare l'agitazione e l'aggressività, ma presenti nella "scatola nera" dell'associazione americana "Food and Drug Administration" poiché determinano un aumento della mortalità se vengono usati nel trattamento di psicosi demenziali (Chakraborty et al., 2019).

2.2.1 L'aggressività e le diverse tipologie

La definizione di aggressività è stata citata da numerosi autori che ne hanno rilevato svariate sfumature. In comune però ne sottolineano l'istintività dell'essere umano. Freud inizialmente, nel 1900, la definisce come una strategia comportamentale usata per attenuare la tensione dovuta ad un bisogno insoddisfatto. Fromm, però nel 1973, vuole distaccare l'attenzione di Freud proiettando l'aggressività da una parte verso il gesto umano di sfuggire da qualcosa di pericoloso o minaccioso per la sua vita e dall'altra parte come gesto di crudeltà di interesse prettamente umano. Dollard e Miller presentano per la prima volta una definizione di aggressività supportata da dati scientifici sperimentali e semplicistici: spiegano che essa è dovuta ad una situazione di frustrazione estrema per fallimento nel raggiungimento di un obiettivo o per promesse non mantenute (Leonino, 2015).

L'eziopatogenesi di tale fenomeno si verifica a livello del sistema nervoso centrale, il cui ruolo principale viene dato al deficit di serotonina. Infatti, fisiologicamente, la serotonina è il neuromodulatore in grado di contenere le manifestazioni aggressive.

Nella demenza, l'aggressività si innesca nel momento in cui l'anziano non riesce a capire cosa sta succedendo intorno a lui o perché è infastidito dalle azioni di chi li circonda. Inoltre, con il progredire della malattia, la loro disinibizione può impedire la comprensione delle conseguenze di tale comportamento (Vinciullo, 2014).

L'aggressività nell'assistito demente può essere di natura fisica o verbale. Essa, infatti, si sviluppa in varie fasi: inizialmente è presente uno stato d'ansia che, se non si risolve, progredisce verso comportamenti verbali aggressivi (uso di parolacce e di offese). Se questa reazione non è controllata adeguatamente, il comportamento prosegue con una manifestazione aggressiva fisica (colpire, picchiare, mordere).

2.4 Linee Guida: fattori di rischio e comportamenti da adottare per prevenire l'aggressività

Come già menzionato in precedenza, i BPSD sono caratteristici e molto diffusi tra gli anziani dementi. L'opinione di molti ricercatori è che la loro insorgenza sia legata ad una cattiva gestione della relazione con la persona e ad un ambiente sfavorevole. Soprattutto i sintomi più produttivi, quali l'aggressività verbale e fisica, sono spesso una reazione incongrua ad un contesto ritenuto minaccioso (Bartorelli, 2021b).

Di seguito (Tabella I) sono elencati i fattori di rischio che scatenano l'aggressività durante l'assistenza alle attività quotidiane. Sulla base della conoscenza di essi, la letteratura ha previsto dei comportamenti da adottare per prevenirla.

Tabella I – Linee Guida sull'aggressività nella demenza

Fattori di rischio	Manifestazioni comportamentali	Comportamenti da attuare per prevenire l'aggressività
Limitazione della capacità comunicativa e comprensiva	Pescaggio di parole, restare sul vago, ripetizione dei discorsi, incoerenza, mutismo, frustrazione. <u>Aggressività</u> → tentare di esprimere i bisogni e far valere le proprie opinioni.	Garantire un ambiente tranquillo e privo di fonti di distrazione, posizionarsi lentamente ed entro il campo visivo, usare un timbro di voce pacato, scegliere frasi semplici e integrare l'uso di gesti. (Gitlin & Piersol, 2022b)
Frustrazione, paura e ansia nell'eseguire le azioni richieste durante l'igiene personale e la vestizione	Resistenza nell'esecuzione delle attività quotidiane. <u>Aggressività</u> → incomprensione delle azioni richieste o eseguite.	Stabilire una routine quotidiana e un ambiente domestico, selezionare e preparare solo gli oggetti o gli indumenti della giusta taglia, semplici da indossare e coerenti per la stagione, posizionarli nell'ordine in cui devono essere indossati o usati, evitare di rimproverare (le persone dementi sono sensibili alle emozioni altrui) (Gitlin & Piersol, 2022b)
Ambiente sovra-stimolante	Confusione, disorientamento, agitazione, distrazione.	Eliminare i rumori di fondo e gli odori sgradevoli, usare tende per coprire le fonti di distrazione, scegliere oggetti famigliari, illuminare a sufficienza. (Gitlin & Piersol, 2022b)
Deficit visivi ed uditivi	Abbagliamento, restrizione del campo visivo, alterazione del senso di profondità e ridotta sensibilità ai contrasti, sovrapposizione di suoni.	Favorire l'uso di protesi acustiche e occhiali, garantire un'adeguata illuminazione, posizionare gli oggetti entro il campo visivo, usare colori contrastanti e segnali scritti. (Bartorelli, 2021b)
Dolore	Comportamenti aggressivi, agitati e apatici per incapacità di esprimere verbalmente tale disagio. Il dolore nell'anziano demente è sotto-valutato e sotto-trattato per numerose barriere: mancato riconoscimento dal personale; formazione/istruzione insufficiente o non specifica sul processo di valutazione e sui segni e sintomi di disagio; interpretazione errata dei sintomi	Uso di scale di valutazione per individuare la presenza di dolore: l'autovalutazione è il "gold standard" in caso di demenza lieve ed utilizzare le scale osservazionali per le demenze moderate e avanzate. (Achterberg et al., 2020) Somministrazione di paracetamolo (farmaco cardine per queste persone come evidenzia uno studio descrittivo di Resnick et al. (2023) in cui il 53% del campione usa paracetamolo per assistiti con demenza), scarse raccomandazioni sono presenti riguardo l'utilizzo di FANS e oppioidi a causa del

	associati al dolore; mancato utilizzo di strumenti di valutazione adeguati. (McAuliffe et al., 2009)	rischio di eventi avversi. Uso della tecnica del tocco, del massaggio e della musico-terapia come trattamento non farmacologico da preferire, anche se sono stati testati solo in anziani cognitivamente intatti. (Resnick et al., 2023b) (Cravello et al., 2019)
Disidratazione	Confusione, disorientamento, frustrazione e aggressività (sia per la perdita di acqua ma anche per le alterazioni elettrolitiche che incidono sulle funzioni cerebrali) (Mecocci, 2022)	Stabilire l'introito idrico ogni giorno, porgere il bicchiere nella mano dell'assistito a cadenza regolare (per ricordargli di bere), proporre bevande diverse dall'acqua, far assumere un quantitativo di acqua maggiore durante la terapia, usare dispositivi facilitatori (bicchiere con beccuccio). (Gitlin & Piersol, 2022b)
Infezione delle vie urinarie	Incontinenza urinaria, delirium, disorientamento, confusione. <u>Aggressività</u> → incapacità di comunicare il disturbo, frustrazione.	Non sono presenti molti studi riguardo la gestione di tale disturbo nella demenza ma, come ogni altro tipo di anziano fragile, si raccomanda di identificare i sintomi (agitazione, delirio, debolezza, peggioramento dello stato mentale), di prescrivere e somministrare antibiotici mirati e valutare un'eventuale rimozione del catetere vescicale. (Zeng et al., 2020) Uno studio recente presso alcune case di cura ha evidenziato che l'identificazione dei segni e sintomi di IVU diminuisce con l'aumentare della gravità della demenza. Per tale motivo è fondamentale la conoscenza del residente da parte degli operatori sanitari per facilitare un'identificazione precoce di tali sintomi. (Van Eijk et al., 2023)
Frustrazione nell'eseguire le azioni richieste durante l'eliminazione urinaria	Episodi di incontinenza urinaria.	Stabilire una routine con uso della toilette ogni 2-4 ore (per mantenere la vescica vuota ed evitare incidenti), usare indumenti facili da togliere, avere a disposizione un pappagallo o una padella (per facilitare e ridurre la distanza per raggiungere il bagno), evitare rimproveri in caso di incidenti. (Gitlin & Piersol, 2022b)
Frustrazione nell'eseguire le azioni richieste durante l'alimentazione	Difficoltà e confusione nell'iniziare l'azione richiesta, dimenticarsi di mangiare e resistenza.	Preparare la tavola sempre allo stesso modo, usare solo le stoviglie necessarie (rende più semplice l'azione), proporre di usare le mani con il cibo adeguato, usare il cucchiaino e il bicchiere con manico grosso (facilita la presa), usare un piatto con bordo rialzato (facilita la raccolta di cibo). (Gitlin & Piersol, 2022b)
Iperfagia	Amnesia (disordine nel ritmo dei pasti), aprassia (deficit della destrezza), agnosia degli oggetti, abbuffate.	Mantenere una routine quotidiana (programmare anche gli spuntini), servire porzioni piccole di cibo tagliato sul piatto, ridurre al minimo le fonti di distrazione, stimolare l'inizio dell'assunzione di cibo. (Bartorelli, 2021b)
Insonnia e sindrome del sundowning	Alterazione dei ritmi circadiani (degenerazione dei nuclei soprachiasmatici dell'ipotalamo e riduzione della melatonina)	Somministrazione della melatonina (alcuni ricercatori sudamericani ne hanno testato l'efficacia nelle demenze di vario tipo esclusa la malattia di Alzheimer). (Cardinali et al., 2010) Aumentare l'esposizione alla luce solare naturale durante il giorno e ridurla la notte (miglior stimolo esterno che regola il ritmo circadiano), ridurre il rumore e l'attività eccessiva notturna del personale sanitario,

		<p>ridurre i riposi pomeridiani e incrementare l'attività fisica giornaliera in base alle condizioni cliniche dell'assistito (due studi hanno dimostrato che in fase intermedia-avanzata, è presente una maggiore attività motoria notturna e uno stato di sonnolenza giornaliero).</p> <p>(Khachiyants et al., 2011)</p>
Nicturia	Urinare frequentemente, sonno disturbato, angoscia, frustrazione.	<p>Impostare una luce notturna che illumini il bagno (per identificare velocemente la stanza, riducendo il disorientamento), usare biancheria da letto protettiva, lasciare a disposizione, entro il campo visivo, un pappagallo o una padella (in caso di episodi di incontinenza urinaria frequenti), evitare di somministrare grosse quantità di liquidi o caffeina la sera.</p> <p>(Gitlin & Piersol, 2022b)</p> <p>Uno articolo recente ha indagato l'utilità di un sistema che illumini il percorso verso il bagno. Nonostante non ci siano ancora prove, si può concludere che gli stimoli luminosi verso la toilette potrebbero essere un'opzione utile.</p> <p>(Panek & Mayer, 2023)</p>
Disagio in caso di episodi di costipazione	Mancato riconoscimento del sintomo, fastidio, difficoltà di comunicazione.	<p>Garantire una dieta ricca di frutta, verdura, fibre e almeno 6 bicchieri di acqua al giorno (corretto funzionamento intestinale), uso di un poggiatesta per alleviare il dolore, garantire la privacy e rispettare i tempi.</p> <p>(Gitlin & Piersol, 2022b)</p> <p>Lo studio di Chen et al. (2020) mostra un'associazione significativa tra un basso apporto di liquidi e la comparsa di costipazione, suggerendo così un incremento dell'assunzione di liquidi.</p> <p>(Chen et al., 2020)</p>
Paura, ansia e preoccupazione durante il riposo notturno	Disorientamento, confusione, sindrome del sundowning, wandering.	<p>Far esprimere i sentimenti (uso anche di immagini), mantenere una routine quotidiana, far ascoltare musica a basso volume e rilassante, fornire rinforzi positivi, rispettare i tempi.</p> <p>(Gitlin & Piersol, 2022b)</p> <p>Una meta-analisi recente ha dimostrato l'efficacia dell'intervento musicale sulla diminuzione dei sintomi di ansia sulle demenze di vario tipo (p-value >0,0001).</p> <p>(Ting et al., 2023)</p>

CAPITOLO III

Materiali e metodi

3.1 Disegno di ricerca

È stato condotto uno studio di tipo osservazionale-descrittivo prospettico presso due Case di Riposo della Regione Veneto, afferenti al territorio dell'Aulss n. 4 "Veneto Orientale" della Regione Veneto: Residenza per Anziani G. Francescon di Portogruaro (VE) e Residenza Santa Margherita di Villanova di Fossalta di Portogruaro (VE).

Agli Infermieri e agli O.S.S. delle due Case di Riposo è stato chiesto di compilare la Scheda dati anagrafico professionale (Allegato n. 1) ed il questionario (Allegato n. 2) al fine di raccogliere le variabili del fenomeno in studio.

3.2 Campionamento

Il campione preso in considerazione per tale studio ha compreso tutti gli Infermieri e gli O.S.S. delle due Case di Riposo in questione che, nelle loro esperienze professionali e nell'attuale realtà operativa, prestano assistenza a pazienti con demenza di vario tipo e di grado lieve-moderato, che hanno accettato di partecipare allo studio.

3.3 Setting

3.3.1 Residenza Santa Margherita di Villanova di Fossalta di Portogruaro (VE)

La Residenza Santa Margherita è una struttura privata accreditata, situata a Villanova di Fossalta di Portogruaro (VE), ambito territoriale del territorio del Veneto Orientale. È localizzata in un'area lontana dal traffico e ricca di zone verdi. La Residenza ospita circa 140 posti letti e 5 posti in regime semi-residenziale accogliendo anziani non autosufficienti, individui che necessitano di media, o elevata assistenza, persone in stato vegetativo, pazienti con malattia di Alzheimer affetti da disturbi psico-comportamentali. Al suo interno è presente anche un Centro Diurno per persone non autosufficienti che necessitano di supporto fisico, psicologico e sociale giornaliero per sette giorni su sette. Tale struttura dispone di circa 100 figure

professionali, tra cui infermieri, O.S.S., educatori, psicologi e psicoterapeuti, fisioterapisti, logopedista e assistenti sociali. La mission e la politica della Residenza si ispira ai principi sanciti dall'Assemblea Mondiale sui problemi della Condizione Anziana nel documento "Progetto Obiettivo Tutela e Salute dell'Anziano" del 1992.

3.3.1 Residenza G. Francescon di Portogruaro (VE)

La Residenza G. Francescon è una struttura pubblica, si trova a Portogruaro (VE) e ubica in una zona tranquilla del centro storico del Paese. Nasce inizialmente come struttura di accoglienza per i poveri e per gli ammalati cronici ma poi si configura come Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficienza (I.P.A.B.) con Statuto Autonomo. Al suo interno ci sono n. 3 padiglioni principali che comprendono n. 138 posti letto per anziani non autosufficienti, n. 4 posti letto per anziani autosufficienti, altri n. 4 posti per il Centro Diurno e n. 10 posti letto per il Centro Residenziale di Cure Palliative. Gli Infermieri e O.S.S. che lavorano all'interno sono circa 30 con la collaborazione anche di altre figure professionali.

La mission della struttura si pone come obiettivo principale l'impegno di assistere in maniera costante le persone fragili tramite il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.), considerando il loro benessere come fulcro dell'agire professionale.

3.4 Attività ed affidabilità di raccolta dati

Prima di procedere con la raccolta dati, si è provveduto a ricevere l'autorizzazione dal Direttore di Struttura per la Residenza G. Francescon e dal Presidente per la Residenza Santa Margherita. Successivamente è stato fissato un appuntamento con i responsabili operativi delle due strutture per presentare lo studio da condurre al fine di poter ricevere una massima collaborazione con le figure professionali.

L'attività di raccolta dati presso la Residenza Santa Margherita è stata effettuata dal 24 luglio al 31 luglio 2023 per cinque giorni, sfruttando la possibilità di permanere per circa un'ora all'interno del Nucleo Alzheimer con osservazione e integrazione all'interno del reparto; mentre presso la Residenza G. Francescon, la raccolta dati è stata condotta dal 2 al 25 agosto 2023 in cinque giorni. Agli Infermieri e O.S.S. di entrambe le strutture è stata data la possibilità di assistere alla presentazione dello studio con conseguente loro compilazione della Scheda dati anagrafico professionale

e del Questionario. Si è garantito, inoltre l'anonimato del campione preso in considerazione per tale indagine.

3.5 Strumenti di misura

Gli strumenti di misura utilizzati sono stati la Scheda dati anagrafico professionale (Allegato n. 1) ed il Questionario (Allegato n. 2).

La scheda dati anagrafico professionale è stata sviluppata allo scopo di raccogliere le caratteristiche del campione di interesse. Si indagano la qualifica professionale (Infermiere, O.S.S.), l'età, il titolo di studio, il tempo di esercizio professionale, l'esperienza professionale nell'ambito delle demenze, le caratteristiche dell'unità di lavoro, il tempo di esercizio professionale nell'attuale realtà operativa, la frequenza a corsi sulla demenza, l'esperienza di episodi di aggressione in ambito lavorativo assistenziale, la tipologia di aggressione, la presenza e la modalità di rielaborazione degli episodi di aggressione.

Il Questionario è stato creato ed organizzato riportando i Modelli funzionali di Gordon alterati dai fattori di rischio per l'aggressività della persona demente, i fattori di rischio scatenanti reazioni aggressive individuati in letteratura e i rispettivi comportamenti da adottare durante le attività assistenziali quotidiane per ridurre la comparsa di manifestazioni aggressive.

3.6 Analisi dei dati

Con l'analisi dei dati raccolti mediante l'utilizzo di Excel si è provveduto dapprima ad eseguire un'analisi descrittiva delle variabili anagrafiche (qualifica professionale, età, titolo di studio e frequenza a corsi sulla demenza) e successivamente delle variabili professionali (tempo di esercizio professionale, esperienza professionale nell'ambito delle demenze, caratteristiche delle U.O. di lavoro, tempo di permanenza nell'attuale U.O., tipologia di aggressione subita e modalità di rielaborazione dell'episodio aggressivo). Per le variabili "età", "tempo di esercizio professionale" e "tempo di permanenza nell'attuale U.O." è stato calcolato il punto medio di ciascuna classe al fine di poter calcolare media, mediana, deviazione standard, valore minimo e massimo, range e scarto interquartile. L'analisi inferenziale è stata fatta eseguendo

il test sulla correlazione di Pearson tra variabili, calcolando il coefficiente di correlazione e il p-value stabilendo un'alfa del 10%.

CAPITOLO IV

Risultati

4.1 Descrizione del campione dello studio

4.1.1 Descrizione del campione per la Residenza Santa Margherita di Villanova di Fossalta di Portogruaro (VE)

Il campione presso questa Residenza ha preso in considerazione n. 40 operatori sanitari, di cui n. 9 (22,5%) Infermieri e n. 31 (77,5%) O.S.S. L'età media del campione è di 48,7 ($\pm 9,5$) anni, la mediana è di 45 anni e un range di 32,5 anni. Tra i n. 40 operatori sanitari, n. 15 (37,5%) hanno frequentato il corso di formazione Alzheimer; n. 11 (27,5%) hanno ottenuto una formazione sul modello assistenziale Gentlecare; n. 4 (10,0%) hanno eseguito entrambe le formazioni mentre n. 10 (25,0%) non hanno frequentato alcun corso. La media degli anni lavorativi del campione è di 19,4 ($\pm 11,2$) anni, la mediana è di 17,5 anni e il range è di 27,5 anni. N. 7 (17,5%) operatori sanitari lavorano presso U.O. dedicate (Nucleo Alzheimer); n. 15 (37,5%) lavorano presso U.O. miste (assistiti con demenza e altre patologie); n. 8 (20,0%) hanno lavorato in entrambe le U.O., mentre n. 10 (25,0%) operatori sanitari eseguono l'attività professionale in altre U.O. (Stati Vegetativi). In media gli operatori sanitari permangono nell'attuale U.O. per 10,1 ($\pm 5,7$) anni, con una mediana di 15 anni e un range di 14,5 anni. Dei 40 operatori sanitari, n. 31 (77,5%) dichiarano di aver subito un'aggressione sia fisica che verbale; n. 2 (5,0%) hanno subito un'aggressione fisica; n. 3 (7,5%) un'aggressione verbale e n. 4 (10,0%) nessuna aggressione. Tra i n. 36 operatori che hanno subito un'aggressione, n. 11 (27,5%) hanno rielaborato l'episodio tramite un confronto tra colleghi e n. 7 (17,5%) hanno preferito una discussione di gruppo tra Infermieri e O.S.S.; n. 18 (45%) hanno scelto molteplici modalità tra le due sopra elencate, l'incontro psicologico e gli audit clinici.

4.1.2 Descrizione del campione per la Residenza G. Francescon di Portogruaro (VE)

Per la Residenza G. Francescon di Portogruaro (Ve), il campione comprende n. 24 operatori sanitari, di cui n. 10 (41,7%) Infermieri e n. 14 (58,3%) O.S.S. L'età media del campione è di 43,3 ($\pm 12,1$) anni, la mediana è di 45 anni e un range di 32,5 anni.

N. 1 (4,2%) operatore sanitario ha frequentato il corso di formazione Alzheimer; n. 11 (45,8%) hanno una formazione sul modello assistenziale Gentlecare; n. 8 (33,3%) hanno entrambe le formazioni e n. 4 (16,7%) non hanno frequentato corsi. La media degli anni lavorati dagli operatori sanitari è di 15,9 ($\pm 11,7$) anni, la mediana è di 12,5 anni e il range è di 27,5 anni. Le U.O. presso cui esercitano la professione sono le seguenti: n. 4 (16,7%) operatori sanitari lavorano presso U.O. dedicate (Nucleo Alzheimer); n. 19 (79,2%) lavorano presso U.O. miste (assistiti con demenza e altre patologie) e n. 1 (4,2%) ha lavorato in entrambe le U.O. In media gli anni lavorati nell'attuale U.O. sono 7,1 ($\pm 6,0$) anni, con una mediana di 3,5 anni e un range di 14,5 anni. Dei 24 operatori sanitari, n. 20 (83,4%) dichiarano di aver subito un'aggressione sia fisica che verbale; n. 2 (8,3%) un'aggressione verbale e n. 2 (8,3%) nessuna aggressione. Le modalità con cui hanno rielaborato l'episodio sono: n. 2 (8,3%) hanno scelto un confronto tra colleghi e n. 1 (4,2%) ha preferito una discussione di gruppo tra Infermieri e O.S.S.; n. 18 (45%) hanno scelto molteplici modalità tra le due sopra elencate, l'incontro psicologico e gli audit clinici.

4.2 Risultati relativi ai comportamenti adottati dagli operatori sanitari per prevenire l'aggressività

4.2.1 Risultati relativi alla Residenza Santa Margherita di Villanova di Fossalta di Portogruaro (VE)

La media dei comportamenti previsti dalla letteratura e percepiti adottati dagli operatori sanitari (Infermieri e O.S.S.) presso questa Residenza è stata del 78,4%.

Per quanto riguarda il fattore di rischio "limitazione delle capacità comunicativa e comprensiva" durante l'assistenza all'igiene personale e alla vestizione, n.38 (95,0%) operatori sanitari adottano un atteggiamento, un timbro e un tono di voce calmo, mentre n. 27 (67,5%) aiutano ed usano segnali diversi dalle parole per prevenire l'aggressività. Invece, per il fattore di rischio "frustrazione" durante l'igiene personale e la vestizione, n. 36 (90,0%) operatori sanitari programmano una routine quotidiana delle attività per la persona demente e n. 28 (70,0%) si avvicinano lentamente e frontalmente all'assistito dicendo sempre il proprio nome. Riguardo l'ambiente sovra-stimolante, n. 34 (85,0%) eliminano i rumori di fondo, le distrazioni e gli odori sgradevoli, illuminando anche la stanza a sufficienza e n. 27 (67,5%)

usano le tende per nascondere le fonti di distrazione. Per i deficit visivi e uditivi durante l'igiene personale e la vestizione, n.34 (85,0%) posizionano gli oggetti entro il campo visivo della persona e n. 27 (67,5%) usano colori contrastanti fra oggetti usati e sfondo.

Per quanto concerne l'insorgenza del dolore che si presenta durante l'igiene personale/vestizione e il riposo notturno, in media n. 54,5 (90,0%) valutano il dolore nella demenza moderata identificando segnali corporei; in media n. 27 (67,5%) usano una scala di auto-valutazione per la demenza lieve; in media n. 23 (57,5%) operatori sanitari somministrano il paracetamolo se prescritto, mentre una media di n. 22,5 (56,3%) usano la tecnica del tocco, del massaggio e della musico-terapia. Per la gestione del fattore di rischio "insonnia e sindrome del sundowing" durante l'assistenza al riposo notturno, n. 38 (95,0%) operatori sanitari riducono o eliminano i rumori che possono disturbare il sonno della persona e n. 16 (45,0%) somministrano farmaci agonisti della melatonina o anticolinergici se prescritti. Per alleviare l'ansia, la paura e la preoccupazione durante il riposo notturno, n. 29 (72,5%) fanno ascoltare alla persona demente musica rilassante e n. 27 (67,5%) mantengono una routine quotidiana e un ambiente domestico. Riguardo al fattore di rischio "nicturia", n. 38 (95,0%) garantisce una luce notturna che illumini il percorso verso il bagno e n. 34 (85,0%) evitano di somministrare bevande con caffè o alcol e diuretici la sera. Se insorge il fattore di rischio "iperfagia", n. 37 (92,5%) decidono di servire porzioni piccole con il cibo tagliato a piccoli pezzi e n. 35 (87,5%) preferiscono stimolare l'inizio dell'assunzione e mantenere una routine quotidiana dei pasti. Per controllare la frustrazione durante i pasti principali e gli spuntini, n. 38 (95,0%) operatori sanitari preparano la tavola sempre allo stesso modo e solo con gli utensili utili e n. 26 (65,0%) usano colori contrastanti fra utensili e superficie di appoggio, incoraggiando anche l'uso delle mani. Il fattore di rischio "limitazione della capacità comprensiva e comunicativa" durante i pasti, viene gestita da n. 40 (100,0%) operatori sanitari, descrivendo con parole semplici il cibo presentato e da n. 31 (77,5%) posizionandosi frontalmente e lentamente al paziente mentre descrivono il cibo. N. 36 (90,0%) operatori sanitari offrono una varietà di bevande per gestire l'aggressività indotta dalla disidratazione e n. 29 (72,5%) offrono a cadenza regolare il bicchiere in mano all'assistito. Per quanto riguarda il fattore di rischio "infezione

delle vie urinarie”, n. 38 (95,0%) identificano la presenza di debolezza, febbre >37,8°C, peggioramento dello stato mentale e disuria e n. 11 (27,5%) rimuovono il catetere vescicale se presente. Per gestire il fattore di rischio “disagio indotto dalla costipazione”, n. 29 (72,5%) operatori fanno assumere frutta, verdura, fibre e almeno 6 bicchieri di acqua al giorno alla persona demente e n. 15 (37,5%) mettono a disposizione un poggiatesta per alleviare il dolore.

4.2.2 Risultati relativi alla Residenza G. Francescon di Portogruaro (VE)

La media dei comportamenti previsti dalla letteratura e percepiti adottati dagli operatori sanitari (Infermieri e O.S.S.) presso questa Residenza è stata del 79,9%.

Per il fattore di rischio “limitazione delle capacità comunicativa e comprensiva” durante l’igiene personale e la vestizione, n. 24 (100,0%) operatori sanitari adottano un atteggiamento, un timbro e un tono di voce calmo, dando istruzioni semplici con al massimo due comandi; mentre n. 7 (29,2%) aiutano l’assistito a trovare le parole per esprimersi. Per quanto riguarda, invece, il fattore di rischio “frustrazione” durante l’igiene personale e la vestizione, n. 24 (100,0%) operatori sanitari evitano di rimproverare, di alzare la voce e di usare parole negative e n. 18 (75,0%) dispongono gli oggetti e i vestiti nell’ordine in cui vengono usati o indossati. Riguardo l’ambiente sovra-stimolante, n. 23 (95,8%) eliminano i rumori di fondo, le distrazioni e gli odori sgradevoli, illuminando anche la stanza a sufficienza e n. 17 (70,8%) usano le tende per nascondere le fonti di distrazione. Per i deficit visivi e uditivi durante l’igiene personale e la vestizione, n.44 (100,0%) posizionano gli oggetti entro il campo visivo della persona e n. 15 (62,5%) usano coperture per finestre, illuminando la stanza a sufficienza.

Per la gestione del dolore che si presenta durante l’igiene personale/vestizione e il riposo notturno, in media n. 18 (75,0%) valutano il dolore nella demenza moderata identificando segnali corporei; in media n. 9,5 (39,6%) usano una scala di auto-valutazione per la demenza lieve; in media n. 12,5 (52,1%) operatori sanitari somministrano il paracetamolo se prescritto, e una media di n. 11,5 (47,9%) usano la tecnica del tocco, del massaggio e della musico-terapia. Nella gestione del fattore di rischio “insonnia e sindrome del sundowning”, n. 24 (100,0%) operatori sanitari riducono o eliminano i rumori che possono disturbare il sonno della persona e n. 10

(41,7%) somministrano farmaci agonisti della melatonina o anticolinergici se prescritti. Al fine di ridurre l'ansia, la paura e la preoccupazione durante l'assistenza al riposo notturno, n. 20 (83,3%) fanno ascoltare musica a basso volume e n. 24 (100,0%) mantengono una routine quotidiana e un ambiente familiare. Per quanto concerne il fattore di rischio "nicturia", n. 23 (95,8%) garantisce una luce notturna che illumini il percorso verso il bagno, usano una biancheria da letto protettiva e evitano di somministrare bevande con caffè o alcol e diuretici la sera. In caso di iperfagia durante i pasti principali e gli spuntini, n. 23 (95,8%) tagliano il cibo in piccoli pezzi, stimolano l'inizio dell'assunzione e cercando di mantenere una routine quotidiana. Per gestire la frustrazione durante i pasti principali e gli spuntini, n. 24 (100,0%) operatori sanitari preparano la tavola sempre allo stesso modo e solo con gli utensili utili e n. 13 (54,2%) incoraggiano l'uso delle mani con il cibo adeguato. Il fattore di rischio "limitazione della capacità comprensiva e comunicativa" durante i pasti, viene gestito da n. 24 (100,0%) operatori sanitari mantenendo un atteggiamento, un timbro e un tono di voce calmo, posizionandosi frontalmente e lentamente al paziente ed eliminando le distrazioni. Per gestire l'aggressività indotta dalla disidratazione, n. 24 (100,0%) operatori sanitari offrono una varietà di bevande e n. 13 (54,2%) fanno assumere un quantitativo di acqua maggiore al momento della terapia. Per quanto concerne il fattore di rischio "infezione delle vie urinarie", n. 23 (95,8%) identificano la presenza di debolezza, febbre $>37,8^{\circ}\text{C}$, peggioramento dello stato mentale e disuria e n. 10 (41,7%) rimuovono il catetere vescicale se presente. Per gestire il fattore di rischio "disagio indotto dalla costipazione", n. 29 (72,5%) operatori fanno assumere frutta, verdura, fibre e almeno 6 bicchieri di acqua al giorno alla persona demente e n. 13 (54,2%) mettono a disposizione un poggiatesta per alleviare il dolore.

4.3 Risultati relativi ai quesiti sull'associazione tra variabili anagrafiche e professionali

L'associazione tra le U.O. in cui gli operatori sanitari esercitano la professione e la dichiarazione di adozione dei comportamenti previsti dalla letteratura per prevenire le manifestazioni aggressive è la seguente (Tabella II):

Tabella II – Relazione tra U.O. e adozione dei comportamenti

	Residenza S. Margherita		Residenza G. Francescon	
	U.O. mista	U.O. dedicata	U.O. mista	U.O. dedicata
Indice di correlazione	0,0269	- 0,3019	- 0,0445	0,1124
P-value (α 0,10)	0,8693	0,0583	0,8363	0,6010

Questi dati evidenziano un'associazione significativa e inversa per l'U.O. dedicate presso la Residenza S. Margherita.

Invece l'associazione tra le U.O. in cui gli operatori sanitari esercitano la professione e la dichiarazione di aver subito un'aggressione da parte degli operatori sanitari è (Tabella III):

Tabella III – Relazione tra U.O. e aggressione subita

	Residenza S. Margherita		Residenza G. Francescon	
	U.O. mista	U.O. dedicata	U.O. mista	U.O. dedicata
Indice di correlazione	0,3877	0,2582	- 0,1348	0,1547
P-value (α 0,10)	0,0134	0,1077	0,5299	0,4705

Pertanto, questi dati indicano che esiste un'associazione significativa e diretta soltanto per l'U.O. mista della Residenza S. Margherita.

L'associazione tra aver eseguito il corso Alzheimer e la dichiarazione da parte degli operatori sanitari di aver subito un'aggressione è la seguente (Tabella IV):

Tabella IV – Relazione tra corso Alzheimer e aggressione subita

	Residenza S. Margherita	Residenza G. Francescon
Indice di correlazione	- 0,0167	0,2548
P-value (α 0,10)	0,9186	0,2295

Questi dati dimostrano che non esiste un'associazione significativa tra queste due variabili in entrambe le Residenze.

L'associazione tra aver eseguito il corso sul modello assistenziale Gentlecare e la dichiarazione di aver subito un'aggressione in ambito assistenziale è (Tabella V):

Tabella V – Relazione tra corso Gentlecare e aggressione subita

	Residenza S. Margherita	Residenza G. Francescon
Indice di correlazione	0,0861	0,5878
P-value (α 0,10)	0,5975	0,0025

I dati mostrano un'associazione significativa e diretta tra le due variabili presso la Residenza G. Francescon.

L'associazione tra non aver effettuato nessun corso di formazione e la dichiarazione di aver subito un'aggressione in ambito lavorativo è (Tabella VI):

Tabella VI – Relazione tra l'assenza di corsi di formazione e aggressione subita

	Residenza S. Margherita	Residenza G. Francescon
Indice di correlazione	- 0,0000	- 0,6742
P-value (α 0,10)	1	0,0003

Questi dati dimostrano che esiste un'associazione significativa ed inversa tra queste due variabili solo presso la Residenza G. Francescon.

Invece, l'associazione tra il tempo di permanenza nell'attuale U.O. di lavoro e la dichiarazione di aver subito un'aggressione è (Tabella VII):

Tabella VII – Relazione tra tempo in U.O. e aggressione subita

	Residenza S. Margherita	Residenza G. Francescon
Indice di correlazione	0,1892	- 0,2257
P-value (α 0,10)	0,2423	0,2889

Per cui questi risultati attestano che non è presente alcuna associazione significativa tra le due variabili in entrambe le Residenze.

Invece, l'associazione tra il tempo di permanenza nell'attuale U.O. di lavoro e la dichiarazione di adozione dei comportamenti per prevenire l'aggressione è (Tabella VIII):

Tabella VIII – Relazione tra tempo in U.O. e adozione dei comportamenti

	Residenza S. Margherita	Residenza G. Francescon
Indice di correlazione	- 0,2660	- 0,1642
P-value (α 0,10)	0,0971	0,4431

Per cui questi risultati attestano che è presente un'associazione significativa ed inversa tra le due variabili nella Residenza S. Margherita.

L'associazione tra il tempo di esercizio professionale (anzianità) e la dichiarazione di aver subito un'aggressione è (Tabella IX):

Tabella IX – Relazione tra tempo in U.O. e aggressione subita

	Residenza S. Margherita	Residenza G. Francescon
Indice di correlazione	-0,4032	- 0,1087
P-value (α 0,10)	0,0099	0,6131

Per cui questi risultati attestano che è presente un'associazione significativa ed inversa tra le due variabili presso la Residenza S. Margherita.

CAPITOLO V

Discussione

5.1 Discussione

Come affermato nei capitoli precedenti, il fenomeno dell'aggressività nella persona demente è assai diffuso. Per la gestione corretta di tale problema, in letteratura sono presenti i fattori di rischio con i relativi comportamenti da adottare al fine di ridurre tale manifestazione e le sue conseguenze. Tra i fattori di rischio, quello più menzionato in letteratura, che richiede uno specifico trattamento, è il dolore. Le revisioni di Achterberg et al. (2020) e di Cravello et al. (2019) affermano che l'autovalutazione del dolore (in caso di demenza lieve) e l'uso di una scala osservazionale (nel caso di demenza moderata), sono i prerequisiti per una buona gestione di esso. Con il presente studio si è potuto notare che la maggioranza degli operatori sanitari di entrambe le Residenze utilizza i due tipi di scale di valutazione; anche se in misura minore quella di auto-valutazione, considerata peraltro il Gold Standard in letteratura. Nel dettaglio presso la Residenza S. Margherita in media più della metà degli operatori adottano entrambe le scale di valutazione del dolore sia durante l'assistenza all'igiene personale/vestizione sia durante il riposo notturno (una media nelle due attività assistenziali del 67,5% per la scala di auto-valutazione e una media del 90,0% per la scala osservazionale). Mentre presso la Residenza G. Francescon meno della metà degli operatori utilizza la scala di auto-valutazione durante l'assistenza all'igiene personale e al riposo notturno (una media del 39,6%) e tre quarti degli operatori usa le scale osservazionali in entrambe le attività assistenziali (in media il 75,0%). Tali risultati mostrano che gli operatori sanitari tendono a sotto-valutare la stima che il residente dà al proprio livello di dolore, dando priorità all'osservazione diretta dei segnali corporei. Questo influenza e devia la scelta del trattamento più appropriato che contribuirebbe a contenere l'aggressività. In merito al trattamento del dolore, in entrambe le Residenze viene maggiormente usato il Paracetamolo. Risultati simili si possono riscontrare nello studio descrittivo più recente di Resnick et al. (2023), in cui risulta che il 52,0% del campione utilizza il paracetamolo e che il 43% utilizza approcci generali non farmacologici. Infatti i risultati di tale elaborato mostrano che il trattamento

farmacologico con paracetamolo rimane quello maggiormente usato in entrambe le strutture (in media per entrambe le attività assistenziali il 57,5% per la Residenza S. Margherita e il 52,1% per la Residenza G. Francescon) a scapito dei trattamenti non farmacologici (in media il 56,3% per la Residenza S. Margherita e il 47,9% per la Residenza G. Francescon), quali il tocco terapeutico, il massaggio e la musicoterapia.

È importante porre l'attenzione, con lo studio di interesse, che in entrambe le Residenze il fattore di rischio che presenta una percentuale media minore di adozione di comportamenti è il dolore che si presenta durante l'assistenza all'igiene personale e alla vestizione (Residenza S. Margherita 59,4% e Residenza G. Francescon 49,0%). Questi risultati possono far intuire, come riportato dalla revisione di McAuliffe et al. (2009), che il dolore rimane un sintomo sotto-valutato e sotto-trattato dal personale sanitario sia per le difficoltà riscontrate nell'approccio alla persona demente sia per un'incapacità di riconoscimento di tale disagio.

Altri comportamenti raccomandati, indagati tra gli operatori sanitarie delle due Residenze, sono stati quelli utilizzati per gestire un altro fattore di rischio quale l'*“insonnia e sindrome del sundowing”*. La revisione di Khachiyants et al. (2011) riporta che l'approccio non farmacologico (terapia della luce intensa, musicoterapia, esercizio fisico, aromaterapia) per la gestione dei disturbi comportamentali, quale l'aggressività, è considerato la terapia di prima linea rispetto al trattamento farmacologico. Con lo studio in questione, si può confermare che l'adozione dell'approccio non farmacologico è maggiore in entrambe le Residenze rispetto a quello farmacologico. In particolare l'intervento non farmacologico raccomandato in letteratura più usato dagli operatori sanitari presso le due strutture è stato quello di ridurre o eliminare i rumori di fondo che possono disturbare il sonno con una percentuale del 95,0% presso la Residenza S. Margherita e il 100,0% presso la Residenza G. Francescon. Meno della metà degli operatori presso la Residenza S. Margherita (45,0%) e la Residenza G. Francescon (41,7%) utilizzano farmaci, quali agonisti della melatonina e anticolinergici, per trattare l'insonnia e la sindrome del sundowing.

Lo studio di Van Eijk et al. (2023) specifica che per identificare precocemente i sintomi di una possibile Infezione delle vie urinarie (IVU) in pazienti con demenza, è

necessario che l'operatore sanitario conosca il residente in maniera approfondita perché la compromissione comunicativa e la ridotta consapevolezza, caratteristici della demenza, possono determinare un ritardo nell'identificazione e diagnosi di IVU oltre che ad un errato trattamento. I risultati del suddetto studio mostrano che il 95,0% degli operatori sanitari presso la Residenza S. Margherita e il 95,8% della Residenza G. Francescon dichiarano di identificare la presenza di segni e sintomi di IVU. Per cui, come riportato dallo studio di Van Eijk et al., potrebbe sussistere il fatto che gli operatori sanitari esercitano la loro professione da molto tempo nell'attuale struttura/U.O. e che per questo motivo conoscano a sufficienza i residenti affetti da demenza, identificando precocemente la presenza di IVU. Si può osservare, infatti, che la maggioranza degli operatori sanitari coinvolti dallo studio (il 45,31% dell'intero campione) lavora da più di 10 anni nell'attuale U.O. di lavoro.

Invece, come riporta la revisione di Zeng et al. (2020) sembra che il catetere vescicale negli anziani istituzionalizzati sia il fattore di rischio più importante associato alle IVU, per cui si raccomanda di gestire correttamente o rimuovere il presidio. Dallo studio condotto, però, risulta che il comportamento dichiarato adottato in misura minore per questo fattore di rischio, sia proprio la possibile rimozione del catetere vescicale: n. 11 (27,5%) operatori sanitari presso la Residenza S. Margherita e n. 10 (41,7%) presso la Residenza G. Francescon. Non si può, però, trarre alcuna conclusione sulla possibile motivazione di un'adozione limitata di tale comportamento, in quanto non si è potuto osservare direttamente l'attuazione di tale raccomandazione durante le attività assistenziali quotidiane.

Per il disagio indotto dalla costipazione, il comportamento che è stato dichiarato utilizzato dagli operatori sanitari con una percentuale minore in entrambe le Residenze è l'utilizzo di un poggiatesta per alleviare il dolore mentre la persona demente è seduta sul wc: rispetto alla Residenza G. Francescon, in cui tale intervento risulta essere adottato da poco più della metà degli operatori sanitari (54,2%), la Residenza S. Margherita presenta una percentuale bassa di adozione (37,5%). Tuttavia lo studio condotto da Chen et al. (2020) dimostra che esiste un'associazione significativa tra un basso apporto di liquidi e la comparsa di stitichezza. Per tale motivo la letteratura raccomanda di incrementare l'apporto di liquidi negli anziani: in particolare Gitlin & Piersol (2022b) specificano l'importanza di far assumere frutta,

verdura e almeno 6 bicchieri di acqua al giorno. Effettivamente, tale studio mostra che il comportamento viene dichiarato adottato dal 72,5% presso la struttura S. Margherita e dall'83,3% presso la Residenza G. Francescon.

Con lo studio si può desumere che l'iperfagia e la limitazione delle capacità comprensiva e comunicativa durante l'assistenza ai pasti principali e agli spuntini sono i due fattori di rischio, che presentano in parità la percentuale media più alta di adozione dei comportamenti, previsti dalla letteratura, presso la Residenza S. Margherita (90,0% degli operatori sanitari). Invece, presso la Residenza G. Francescon, la nicturia, che si presenta durante l'assistenza al riposo notturno, presenta la percentuale media più alta di adozione dei comportamenti previsti dalla letteratura per poter essere gestita correttamente al fine di prevenire le manifestazioni aggressive da parte della persona demente (95,8%).

Uno articolo recente di Panek & Mayer (2023), nonostante la scarsità di prove a sostegno di tale comportamento presenti in letteratura, ha ritenuto utile la presenza di un sistema che illumini il percorso verso il bagno durante la notte per aiutare la persona demente ad orientarsi e gestire correttamente il fenomeno della nicturia. Con lo studio eseguito, si può attestare che questo tipo di intervento viene dichiarato adottato in misura maggiore rispetto agli altri per gestire il fattore di rischio "nicturia": il 95,0% presso la Residenza S. Margherita e il 95,8% presso la Residenza G. Francescon.

Come riportato nel capitolo "Teorie e concetti di riferimento", una revisione sistematica e meta-analisi recente di Ting et al. (2023), dimostra l'efficacia dell'utilizzo di un intervento musicale per ridurre i sintomi di ansia, preoccupazione e paura nei vari tipi di demenza. Presso le Residenze, coinvolte in questo elaborato, la dichiarazione di adozione di tale comportamento risulta discretamente elevata: il 72,5% degli operatori sanitari nella Residenza S. Margherita e l'83,3% presso la Residenza G. Francescon.

Lo studio pilota di Huang et al., 2003 eseguito a Taiwan, nonostante presenti un campione diverso dal presente studio, dimostra che un programma di formazione è utile per ridurre gli agiti aggressivi da parte delle persone dementi. Dalle analisi statistiche di tale elaborato, si hanno risultati contrastanti con lo studio appena menzionato. Infatti, emerge che, soltanto presso la Residenza G. Francescon, esiste

un'associazione significativa e inversa tra l'assenza di partecipazione a corsi di formazione e la dichiarazione di aver subito episodi aggressivi da parte di residenti dementi ($r -0,6742$ e $p 0,0003$): questi valori fanno intendere che maggiore è la possibilità che gli operatori sanitari non partecipino a corsi di formazione, minore sarà la dichiarazione aver subito un'aggressione. Sempre presso questa Residenza, dalle analisi statistiche emerge che maggiore è la frequenza al corso di formazione "Gentlecare", maggiore è la dichiarazione di aver subito un'aggressione in ambito assistenziale ($r 0,5878$ e $p 0,0025$).

Lo studio di Morgan et al. (2005) ha dimostrato che gli assistenti infermieristici che lavorano presso case di cura con unità dedicate ha una minore probabilità di subire aggressioni. Malgrado il presente elaborato coinvolga un campione differente (O.S.S. e Infermieri), le analisi statistiche mostrano che non ci sono associazioni significative, presso entrambe le Residenze, tra l'esercizio professionale in U.O. dedicate e la dichiarazione di aver subito un'aggressione (Residenza S. Margherita $r 0,2582$ e $p 0,1077$; Residenza G. Francescon $r 0,1547$ e $p 0,4705$). Però, presso la Residenza S. Margherita, emerge un'associazione significativa ed inversa tra l'esercizio professionale in U.O. dedicate e la dichiarazione di adozione dei comportamenti previsti dalla letteratura per prevenire l'aggressività ($r -0,3019$ e $p 0,0583$): per cui maggiore sarà la possibilità che un operatore sanitario lavori presso U.O. dedicate (Nucleo Alzheimer), minore è la dichiarazione di adozione dei comportamenti.

Sempre dallo studio di Morgan et al. (2005) è stato rilevato che lavorare da molti anni con una posizione permanente era legato ad un aumento del rischio di aggressione ma con minore richiesta di supporto psicologico. Le analisi statistiche del mio elaborato rilevano che non esiste un'associazione significativa tra il tempo di permanenza nell'attuale U.O. e la dichiarazione di aver subito un'aggressione in entrambe le Residenze (Residenza S. Margherita $r 0,1892$ e $p 0,2423$; Residenza G. Francescon $r -0,2257$ e $p 0,2889$), bensì nella Residenza S. Margherita affiora che maggiore è il tempo di permanenza nell'attuale U.O., minore è la dichiarazione di adozione dei comportamenti che prevengono l'aggressività ($r -0,2660$ e $p 0,0971$) e che maggiore è il tempo di esercizio professionale (anzianità), minore è l'adozione degli interventi assistenziali per ridurre l'aggressività ($r -0,4032$ e $p 0,0099$).

Si vuole anche sottolineare che non esiste alcuna associazione significativa, in entrambe le Residenze, tra l'aver subito un'aggressione in ambito lavorativo e la percezione di adozione dei comportamenti previsti dalla letteratura per prevenire agiti aggressivi (Residenza S. Margherita $r -0,1894$ e $p 0,2419$; Residenza G. Francescon $r 0,2177$ e $p 0,3068$). Questo è sorprendente, poiché, al meglio delle mie conoscenze, è ragionevole pensare che maggiore è la dichiarazione di adozione dei comportamenti, minore è l'aggressione subita.

Nello studio di Morgan et al. (2005) viene anche marcata la preoccupazione dell'elevato numero di aggressioni subite dagli assistenti infermieristici e dall'ampia percentuale di aggressioni fisiche subite dagli stessi sia nelle U.O. dedicate (65,0%) sia nelle U.O. miste (73,0%). In consenso con quanto sopra menzionato, dal presente studio si delinea un'elevata percentuale di aggressioni subite: nella residenza S. Margherita il 90,0% operatori sanitari e tra di essi il 77,5% ha subito entrambe le aggressioni (fisica e verbale); presso la Residenza G. Francescon il 91,7%, di cui l'83,4% degli operatori sanitari ha subito entrambe le aggressioni.

5.2 Limiti dello studio

Il presente studio ha voluto indagare se gli operatori sanitari (Infermieri e O.S.S.) di due strutture residenziali appartenenti al territorio dell'AULSS n°4 "Veneto Orientale" dichiarano di adottare i comportamenti, previsti dalla letteratura, durante le attività assistenziali per prevenire agiti aggressivi da parte di anziani dementi tramite un questionario (Allegato n.2). Se ci fosse stato a disposizione un lasso di tempo maggiore, sarebbe stato interessante osservare in prima persona i comportamenti adottati e l'eventuale comparsa di aggressività della persona demente. Un altro limite è stata la scarsa presenza in letteratura di studi che supportassero e dimostrassero l'efficacia delle Linee Guida riguardo i comportamenti da adottare per prevenire l'aggressione in questo gruppo di assistiti. Inoltre, la numerosità del campione coinvolto è stata limitata e, per tale motivo, i risultati ottenuti tramite le varie analisi statistiche non possono essere generalizzati.

CAPITOLO VI

Conclusioni

6.1 Implicazioni per la pratica

Pur non potendo generalizzare i risultati ottenuti da tale studio, si suggerisce di porre attenzione alle percentuali ottenute di adozione dei comportamenti che prevengono l'aggressività dell'assistito demente, in quanto possono essere un'opportunità per migliorare la pratica assistenziale e per individuare i punti di forza e di debolezza interni della propria struttura. Inoltre, l'elaborato vuole fungere da spunto per eventuali studi futuri più approfonditi riguardo il tema dell'aggressione in ambito delle demenze. Lo studio ha voluto anche porre l'accento sulla sensibilizzazione riguardo l'argomento delle aggressioni in ambito lavorativo-assistenziale al fine di stimolare il personale sanitario al continuo aggiornamento sulle Linee Guida per la prevenzione di tali manifestazioni da parte degli assistiti dementi. Si consiglia quindi di intensificare il sistema di organizzazione gestionale e ambientale interno riguardo al fenomeno dell'aggressività, disponendo di sistemi di registrazione e di monitoraggio, di maggiore collaborazione multidisciplinare, di rafforzamento e ampliamento della formazione e di supporto al personale, vittima di agiti aggressivi.

6.2 Conclusioni

L'invecchiamento demografico è un fenomeno che rappresenta, senza dubbio, l'enorme progresso scientifico e tecnologico degli ultimi anni, ma è altresì un avvenimento che ha segnato l'inizio dell'innalzamento di patologie croniche e degenerative, come la demenza. La demenza comprende un insieme di svariati segni e sintomi tali da determinare una complessa gestione e assistenza quotidiana che, con la progressione della malattia, implica frequentemente l'istituzionalizzazione della persona. Per tale motivo, si richiede un continuo aggiornamento del personale sanitario al fine di erogare la migliore assistenza. Tale studio ha voluto prendere in considerazione una delle più diffuse manifestazioni comportamentali e psicologiche della demenza: l'aggressività. Per cui è stata prefissata, a inizio elaborato, l'ipotesi di rilevare se nelle Case di riposo e nelle residenze per anziani, dove sono presenti anziani dementi, gli infermieri e gli O.S.S. hanno la percezione di adottare gli

interventi raccomandati in letteratura nella pratica assistenziale quotidiana per la prevenzione delle manifestazioni aggressive nei loro confronti.

Si può evidenziare, quindi, che in entrambe le strutture residenziali (Residenza S. Margherita e Residenza G. Francescon), la percezione di adottare i comportamenti previsti dalla letteratura, per prevenire e controllare le manifestazioni aggressive sia discretamente elevata, come è stato dimostrato dalle analisi statistiche. Nel particolare la Residenza S. Margherita possiede una percentuale media di adozione dei comportamenti del 78,4% e la Residenza G. Francescon del 79,9%. Nonostante i risultati ottenuti da questo elaborato e sebbene ci sia un'elevata percentuale del campione che partecipa ai corsi di formazione (il 75,0% degli operatori sanitari presso la Residenza S. Margherita e l'83,3% presso la Residenza G. Francescon), rimane alta la percentuale di operatori sanitari che ha subito episodi aggressivi da parte di persone dementi in entrambe le strutture residenziali, ricevendo aggressioni sia di tipo fisico che verbale. La persistenza del fenomeno dell'aggressione può essere dovuta ad una recente carenza di personale sanitario che grava sull'efficienza di un adeguato sistema sanitario nazionale basato sulla migliore assistenza. Per cui questo problema giova sicuramente sull'efficacia delle prestazioni lavorative in quanto, oltre ad una minore dedizione nei confronti di questo gruppo di assistiti che peraltro necessitano di una sorveglianza intensa, è presente anche una collaborazione ridotta tra le figure professionali. Questi due fattori potrebbero spiegare i risultati di tale elaborato ed essere il motivo per cui non è ancora presente un'adozione totale e completa, da parte di Infermieri e O.S.S., dei comportamenti che prevengono l'aggressività nella persona demente.

Secondo i risultati ottenuti, per il fattore di rischio "dolore" che si presenta durante l'assistenza all'igiene personale/vestizione e al riposo notturno, si suggerisce di attenersi a ciò che viene specificato in letteratura e quindi di dare la priorità all'utilizzo di scale di auto-valutazione al fine di mantenere come punto focale dell'erogazione dell'assistenza il livello di dolore percepito dal paziente. Nel momento in cui viene meno la capacità di comunicare il dolore, si consiglia di integrare la valutazione anche con le scale osservazionali. Solo in questo modo si riuscirebbe a definire, in collaborazione con il medico, il piano terapeutico adeguato senza precipitare in un accanimento terapeutico e causare l'effetto rebound,

peggiorando così la manifestazione aggressiva e velocizzando la degenerazione della malattia. Inoltre si rammenta l'importanza di preferire trattamenti non farmacologici (tocco terapeutico, massaggio e musico-terapia) al trattamento farmacologico per la gestione dell'aggressività indotta dal dolore. Infatti, le evidenze scientifiche raccomandano sempre di più questo tipo di approccio per le persone con demenza al fine di contenere gli effetti collaterali dei farmaci.

Anche la costipazione può rappresentare una conseguenza della presenza di dolore non rilevato e non trattato adeguatamente. E per tale motivo viene manifestato con possibili reazioni aggressive. Si invita a scegliere con più frequenza l'utilizzo di un poggiapiedi per alleviare il dolore mentre la persona demente è seduta al wc.

Per una gestione più efficace del fattore di rischio "infezione delle vie urinarie (IVU)", è consigliato ridurre al minimo il turn-over degli operatori sanitari che prestano assistenza alle persone dementi. Questo perché una maggiore permanenza del personale all'interno dell'U.O. permette una conoscenza approfondita dei residenti e quindi anche un ambiente familiare per la persona demente: aiuterà a identificare precocemente i segni e sintomi di IVU, riducendone il rischio di aggressività come manifestazione tardiva. Utilizzando questo tipo di approccio organizzativo, si riuscirà anche ad attivare un protocollo per la diagnosi e per il trattamento personalizzato e mirato. Come già menzionato, con la recente carenza di personale sanitario, si tende a individuare strategie di gestione più veloci dei residenti che necessitano di un'assistenza più intensa. Ma molto spesso queste strategie si allontanano dalle Linee Guida presenti in letteratura. L'uso del catetere vescicale in questo gruppo di pazienti è molto diffuso anche quando non richiesto dalle condizioni cliniche della persona stessa. Si raccomanda di utilizzare, perciò, il presidio solo quando strettamente necessario, evitando di considerarlo come strategia per controllare l'eliminazione urinaria e soprattutto l'incontinenza. Infatti, il catetere vescicale è un presidio che richiede una gestione molto accurata e attenta perché espone il paziente ad un maggior rischio di contatto con agenti patogeni, mettendo in contatto il tratto urinario con l'ambiente esterno.

Dai risultati dello studio, si consiglia di continuare ad utilizzare l'approccio non farmacologico per gestire l'aggressività indotta dall'insonnia e dalla sindrome del sundowning poiché in letteratura sono presenti ancora scarse evidenze sull'efficacia,

con pochi studi a supporto, dell'utilizzo di melatonina o farmaci anticolinergici per l'elevata possibilità di comparsa di effetti collaterali. In particolare, si raccomanda fermamente di esporre maggiormente i pazienti dementi alla luce naturale diurna e aumentare l'intrattenimento pomeridiano al fine di ridurre i riposi che giovano sull'adeguato ciclo sonno-veglia.

Con questo elaborato si vuole mettere in luce che, oltre all'adozione dei comportamenti previsti dalla letteratura, sono necessari un sistema organizzativo interno della struttura ben impostato con un adeguamento ambientale che consenta una diminuzione più significativa degli eventi aggressivi. Innanzitutto, i corsi di formazione devono coinvolgere tutto il personale sanitario ed essere costanti e ravvicinati, per aggiornare sulle più recenti strategie di prevenzione e di gestione in un'ottica multidisciplinare al fine di poter garantire un'assistenza personalizzata. Circa un quarto del campione totale (21,9%; in particolare il 25,0% presso la Residenza S. Margherita e il 16,7% presso la Residenza G. Francescon) deve essere ancora formato riguardo l'assistenza alla persona demente. La maggior parte del campione (n. 28 operatori sanitari su un totale di n. 64) esegue la propria attività professionale da più di 20 anni e questo può essere un motivo per cui la percentuale di aggressioni si mantiene elevata in quanto la formazione potrebbe essere datata e non aggiornata, causando così una superficialità nell'identificazione dei fattori di rischio dell'aggressività e della sua prevenzione. L'anziano demente è presente anche in U.O. miste e non solo dedicate, quindi è necessario formare anche gli operatori di questi reparti. Infatti, la maggior parte del campione di questo studio, si concentra principalmente su U.O. miste (n. 34 operatori su un totale di n. 64). Oltre a ciò, la formazione deve essere seguita da opportune sicurezze ambientali ed organizzative. Un primo passo che aprirebbe questa strada è quello di considerare le aggressioni come eventi sentinella all'interno della propria struttura e di rendere obbligatoria la loro registrazione in un sistema che ne permetta il monitoraggio continuo, indicando miglioramenti, o peggioramenti. Infatti, molto spesso, non sono segnalate perché considerate come parte integrante della propria professione, o come eventi inevitabili. Per sicurezza ambientale e organizzativa si vuole intendere anche la presenza di figure professionali, come gli psicologi, che siano messe a disposizione per gli operatori sanitari che hanno subito atti di violenza in quanto possono

coinvolgere la sfera emozionale e psicologica, ostacolando il problem solving del fenomeno con un'assistenza meno centrata alla persona demente aggressiva. Infatti dai risultati ottenuti, una minima parte degli operatori sanitari (n. 13 operatori su un totale di n. 64) ha scelto una rielaborazione dell'episodio aggressivo subito mediante l'incontro psicologico.

BIBLIOGRAFIA

Achterberg, W. P., Lautenbacher, S., Husebo, B. S., Erdal, A., & Herr, K. (2020). Pain in dementia. *Pain Reports*, 5(1), e803. <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000803>

Bartorelli, L. (2021b). *I volti dell'Alzheimer. Nuovi modelli di cura delle demenze*, 22, 24-25; 41-46.

Bir, S. C., Khan, M. S., Javalkar, V., Toledo, E. G., & Kelley, R. E. (2021). Emerging Concepts in Vascular Dementia: A review. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 30(8), 105864. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105864>

Cardinali, D. P., Furio, A. M., & Brusco, L. I. (2010). Clinical aspects of melatonin intervention in Alzheimers disease progression. *Current Neuropharmacology*, 8(3), 218–227. <https://doi.org/10.2174/157015910792246209>

Chakraborty, S., Lennon, J. C., Malkaram, S. A., Zeng, Y., Fisher, D., & Dong, H. (2019). Serotonergic system, cognition, and BPSD in Alzheimer's disease. *Neuroscience Letters*, 704, 36–44. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2019.03.050>

Chen, C., Liang, T., Chen, H., Lee, Y., Chuang, Y., & Chen, N. (2020). Constipation and Its Associated Factors among Patients with Dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 9006. <https://doi.org/10.3390/ijerph17239006>

Cravello, L., Di Santo, S., Varrassi, G., Benincasa, D., Marchettini, P., De Tommaso, M., Shofany, J., Assogna, F., Perotta, D., Palmer, K., Paladini, A., Di Iulio, F., & Caltagirone, C. (2019). Chronic Pain in the Elderly with Cognitive Decline: A Narrative Review. *Pain and Therapy*, 8(1), 53–65. <https://doi.org/10.1007/s40122-019-0111-7>

Emmady, P. D., Schoo, C., Tadi, P., & Del Pozo, E. (2022). Major Neurocognitive Disorder (Dementia) (Nursing). In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Gitlin, L. N., & Piersol, C. V. (2022b). *Guida per i caregiver di persone con demenza*. Maggioli Editore, 8, 30-36, 50-56, 90-99, 106-111.

Grossberg, G. T. (2002). The ABC of Alzheimer's Disease: Behavioral symptoms and their treatment. *International Psychogeriatrics*, 14(S1), 27–49. <https://doi.org/10.1017/s1041610203008652>

Hessler, J. B., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Junge, M. N., Leonhardt, S., Weber, J., & Bickel, H. (2018). Behavioural and psychological symptoms in general hospital patients with dementia, distress for nursing staff and complications in care: Results of the General Hospital Study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(3), 278–287. <https://doi.org/10.1017/S2045796016001098>

Huang, H., Shyu, Y. L., Chen, M., Chen, S., & Lin, L. (2003). A pilot study on a home-based caregiver training program for improving caregiver self-efficacy and decreasing the

behavioral problems of elders with dementia in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(4), 337–345. <https://doi.org/10.1002/gps.835>

Jellinger, K. A., & Korczyn, A. D. (2018). Are dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease dementia the same disease? *BMC Medicine*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1016-8>

Khachiyants, N., Trinkle, D., Son, S. J., & Kim, K. Y. (2011). Sundown Syndrome in Persons with Dementia: An Update. *Psychiatry Investigation*, 8(4), 275. <https://doi.org/10.4306/pi.2011.8.4.275>

Ma, C., Hong, F., & Yang, S. (2022). Amyloidosis in Alzheimer's Disease: Pathogeny, etiology, and related therapeutic directions. *Molecules*, 27(4), 1210. <https://doi.org/10.3390/molecules27041210>

McAuliffe, L., Nay, R., O'Donnell, M., & Fetherstonhaugh, D. (2009). Pain assessment in older people with dementia: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 2–10. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04861.x>

Morgan, D. G., Stewart, N. J., D'Arcy, C., Forbes, D., & Lawson, J. (2005). Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(3), 347–358. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00846.x>

Nakahira, M., Moyle, W., Creedy, D., & Hitomi, H. (2008). Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 18(6), 807–816. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02479.x>

Resnick, B., Boltz, M., Galik, E., Ellis, J., Kuzmik, A., Drazich, B., McPherson, R., & Kim, E. (2023b). A descriptive study of treatment of pain in acute care for patients living with dementia. *Pain Management Nursing*, 24(3), 248–253. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.12.010>

Panek, P., & Mayer, P. (2023). Light as a Possible Guidance in the Toilet Room from the View of Dementia Experts. *Studies in health technology and informatics*, 301, 225–226. <https://doi.org/10.3233/SHTI230044>

Ting, B., Chen, D. T., Hsu, W. T., Liang, C. S., Malau, I. A., Li, W. C., Lee, S. L., Jingling, L., & Su, K. P. (2023). Does Music Intervention Improve Anxiety in Dementia Patients? A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of clinical medicine*, 12(17), 5497. <https://doi.org/10.3390/jcm12175497>

Van Eijk, J., Rutten, J. J. S., Hertogh, C. M., Smalbrugge, M., & Van Buul, L. W. (2023). Observation of urinary tract infection signs and symptoms in nursing home residents with impaired awareness or ability to communicate signs and symptoms: The development of supportive tools. *International Journal of Older People Nursing*, 18(5). <https://doi.org/10.1111/opn.12560>

Zeng, G., Zhu, W., Lam, W., & Bayramgil, A. (2020). Treatment of urinary tract infections in the old and fragile. *World journal of urology*, 38(11), 2709–2720. <https://doi.org/10.1007/s00345-020-03159-2>

SITOGRAFIA

Belotti, G. (2012). *Disturbi psico-comportamentali* <https://www.alzheimerbergamo.it/la-malattia/disturbi-psico-comportamentali/>
(Ultima consultazione: il 4 settembre 2023 alle ore 16:10)

(n.d.). *Demenza fronto-temporale*. <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/d/demenza-fronto-temporale>
(Ultima consultazione: il 6 settembre 2023 alle ore 15:20).

Leonino A.C. (2015). *Aggressività*. <https://www.psiconline.it/le-parole-della-psicologia/aggressivita.html>
(Ultima consultazione: il 6 settembre 2023 alle ore 15:30).

Mecocci P. (2022) *La disidratazione nel paziente anziano e la cura delle patologie croniche - Azienda Ospedaliera Perugia*. <https://www.ospedale.perugia.it/notizie/la-disidratazione-nel-paziente-anziano-e-la-cura-delle-patologie-croniche>
(Ultima consultazione: il 6 settembre 2023 alle ore 12:20)

(n.d.). *Sintomi, test, assistenza sulla demenza | Italia | Alzheimer's Association*. Alzheimer's Association. <https://www.alz.org/it/cosa-e-la-demenza.asp>
(Ultima consultazione: il 6 settembre 2023 alle ore 15:10).

Vinciullo, F. (2014). *Aggressività: genesi, fenomenologia e meccanismi scatenanti*. State of Mind. <https://www.stateofmind.it/2014/06/psicologia-aggressivita/>
(Ultima consultazione: il 6 settembre 2023 alle ore 11:10)

ALLEGATI

ALLEGATO n. 1

**Titolo dello studio:
“L’AGGRESSIVITA’ DELL’ASSISTITO DEMENTE:
COMPORTAMENTI DA ADOTTARE PER PREVENIRLA”**

Scheda dei dati anagrafico professionali

Qualifica professionale:

- Infermiere
- O.S.S.

Età:

- 18-20 anni
- 21-30 anni
- 31-40 anni
- 41-50 anni
- > 50 anni

Titolo di studio:

- Scuola Regionale per Infermieri
- Laurea triennale in Infermieristica
- Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche
- Master di primo livello
- Master di secondo livello
- Altro _____

Tempo di esercizio professionale:

- 0-5 anni
- 6-10 anni
- 11-15 anni
- 16-20 anni
- >20 anni

Esperienza professionale nell’ambito delle demenze:

- No
- Si

Caratteristiche dell’unità di lavoro

- U.O. dedicate (Nucleo Alzheimer)
- U.O. con assistiti con demenza e altre
- Altro _____

Tempo di esercizio professionale nell’attuale realtà operativa:

- 0-1 anno
- 2-5 anni
- 6-10 anni
- >10 anni

Frequenza a corsi sulla demenza:

- No
- Sì, formazione continua specifica (Gentlecare)
- Sì, formazione specifica assistito Alzheimer
- Altro _____

Esperienza di episodi di aggressione in ambito lavorativo assistenziale:

- No
- Sì

Tipologia di aggressione:

- Fisica
- Verbale
- Altro _____

Episodi di aggressività rielaborati:

- No
- Sì

Modalità di rielaborazione:

- Confronto tra colleghi
- Incontro psicologico
- Audit clinici
- Discussione tra il gruppo di infermieri e O.S.S.
- Altro _____

ALLEGATO n. 2

Titolo dello studio:

L'AGGRESSIVITA' DELL'ASSISTITO DEMENTE: COMPORAMENTI DA ADOTTARE PER PREVENIRLA

Questionario

Di seguito saranno riportati i fattori di rischio che pongono la persona demente in una condizione potenziale di aggressività. Le si chiede di rispondere riportando quali comportamenti adotta durante le attività assistenziali quotidiane cercando di gestire tale situazione.

Modello funzionale compromesso dai fattori di rischio: <u>attività ed esercizio fisico</u>		
Fattore di rischio associato all'aggressività: limitazione delle capacità comprensiva e comunicativa		
Al fine di prevenire la reazione aggressiva della persona con demenza, quali di questi interventi mette in atto durante l'assistenza all'igiene personale e alla vestizione per gestire tale fattore di rischio?		
a) Mantenere un atteggiamento, un timbro e un tono di voce calmo e tranquillizzante	SI	NO
b) Dare istruzioni verbali semplici e precise con uno o al massimo due comandi	SI	NO
c) Usare segnali diversi dalle parole	SI	NO
d) Aiutare a trovare le parole per esprimersi	SI	NO
e) Posizionarsi nel suo campo visivo lentamente e frontalmente	SI	NO
Modello funzionale compromesso dai fattori di rischio: <u>attività ed esercizio fisico</u>		
Fattore di rischio associato all'aggressività: frustrazione nell'eseguire le azioni richieste		
Al fine di prevenire la reazione aggressiva della persona con demenza, quali di questi interventi mette in atto durante l'assistenza all'igiene personale e alla vestizione per gestire tale fattore di rischio?		
a) Avvicinarsi lentamente e dal davanti, dicendo sempre il proprio nome	SI	NO
b) Evitare di rimproverare, di alzare la voce e di usare parole negative	SI	NO
c) Posizionare gli oggetti nel campo visivo e selezionare solo quelli utili e semplici	SI	NO
d) Programmare e mantenere una routine quotidiana di esecuzione delle attività	SI	NO
e) Disporre gli oggetti e i vestiti nell'ordine in cui vengono usati o indossati	SI	NO
Modello funzionale compromesso dai fattori di rischio: <u>attività ed esercizio fisico</u>		
Fattore di rischio associato all'aggressività: ambiente sovra-stimolante		
Al fine di prevenire la reazione aggressiva della persona con demenza, quali di questi interventi mette in atto durante l'assistenza all'igiene personale e alla vestizione per gestire tale fattore di rischio?		
a) Eliminare i rumori di fondo e le distrazioni, odori sgradevoli o nocivi	SI	NO
b) Usare i paraventi o le tende per nascondere le fonti di distrazione	SI	NO
c) Usare i soliti prodotti e confezioni che siano famigliari alla persona	SI	NO
d) Illuminare a sufficienza la stanza	SI	NO
Modello funzionale compromesso dai fattori di rischio: <u>attività ed esercizio fisico</u>		
Fattore di rischio associato all'aggressività: deficit visivi e uditivi nell'eseguire le azioni richieste		
Al fine di prevenire la reazione aggressiva della persona con demenza, quali di questi interventi mette in atto durante l'assistenza all'igiene personale e alla vestizione per gestire tale fattore di rischio?		
a) Incoraggiare l'uso di occhiali e protesi acustiche	SI	NO
b) Usare coperture per finestre e illuminare a sufficienza la stanza	SI	NO
c) Posizionare gli oggetti utili all'attività nel campo visivo della persona	SI	NO
d) Usare colori contrastanti fra oggetti usati e sfondo e usare segnali scritti o gesti	SI	NO

Modello funzionale compromesso dai fattori di rischio: attività ed esercizio fisico		
Fattore di rischio associato all'aggressività: dolore nell'eseguire le azioni richieste		
Al fine di prevenire la reazione aggressiva della persona con demenza, quali di questi interventi mette in atto durante l'assistenza all'igiene personale e alla vestizione per gestire tale fattore di rischio?		
a) Prima e dopo l'attività usare una scala di auto-valutazione per la demenza lieve	SI	NO
b) Prima, durante e dopo l'attività, identificare la presenza di rigidità o tensione nei movimenti, espressioni facciali e vocalizzazioni in caso di demenza moderata	SI	NO
c) Usare la tecnica del tocco, del massaggio o della musico-terapia prima dell'attività	SI	NO
d) Somministrare paracetamolo prima dell'attività, se prescritto	SI	NO

Modello funzionale compromesso dai fattori di rischio: sonno e riposo		
Fattore di rischio associato all'aggressività: insonnia e sindrome del sundowning		
Al fine di prevenire la reazione aggressiva della persona con demenza, quali di questi interventi mette in atto durante l'assistenza al riposo notturno per gestire tale fattore di rischio?		
a) Ridurre o eliminare la presenza di rumori che possono disturbare il sonno o evitare un'eccessiva attività del personale	SI	NO
b) Esporre la persona il più possibile alla luce naturale diurna	SI	NO
c) Stabilire una routine del sonno con riduzione dei riposi giornalieri e aumento dell'esercizio fisico	SI	NO
d) Somministrare farmaci agonisti della melatonina o anticolinergici, se prescritto	SI	NO

Modello funzionale compromesso dai fattori di rischio: sonno e riposo		
Fattore di rischio associato all'aggressività: paura, ansia e preoccupazione nell'eseguire le azioni richieste		
Al fine di prevenire la reazione aggressiva della persona con demenza, quali di questi interventi mette in atto durante l'assistenza al riposo notturno per gestire tale fattore di rischio?		
a) Consentire alla persona di esprimere i sentimenti o usare immagini di stati d'animo	SI	NO
b) Mantenere il più possibile la sua routine quotidiana e un ambiente domestico	SI	NO
c) Far ascoltare musica rilassante a volume basso	SI	NO
d) Garantire un'illuminazione notturna adeguata nelle aree usate	SI	NO
e) Rispettare i tempi necessari dell'assistito nell'eseguire le azioni richieste	SI	NO
f) Fornire rinforzi positivi per le azioni svolte	SI	NO

Modello funzionale compromesso dai fattori di rischio: sonno e riposo		
Fattore di rischio associato all'aggressività: nicturia		
Al fine di prevenire la reazione aggressiva della persona con demenza, quali di questi interventi mette in atto durante l'assistenza al riposo notturno per gestire tale fattore di rischio?		
a) Impostare una luce notturna che possa illuminare il percorso verso il bagno	SI	NO
b) Usare biancheria da letto protettiva o mettere a disposizione ausili di fianco al letto ed entro il campo visivo della persona (padella, pappagallo)	SI	NO
c) Evitare l'uso di bevande contenenti caffeina o alcol la sera ed evitare la somministrazione di diuretici	SI	NO

Modello funzionale compromesso dai fattori di rischio: sonno e riposo

Fattore di rischio associato all'aggressività: <u>dolore</u>		
Al fine di prevenire la reazione aggressiva della persona con demenza, quali di questi interventi mette in atto durante l'assistenza al riposo notturno per gestire tale fattore di rischio?		
a) Valutare la presenza di dolore con scala di auto-valutazione per la demenza lieve	SI	NO
b) Verificare la presenza di protezione di parti corporee, vocalizzazioni, espressioni facciali e rigidità muscolare in caso di demenza moderata	SI	NO
c) Uso della tecnica del tocco, del massaggio o della musico-terapia	SI	NO
d) Somministrare paracetamolo prima di coricarsi, se prescritto	SI	NO

Modello funzionale compromesso dai fattori di rischio: nutrizionale – metabolico

Fattore di rischio associato all'aggressività: <u>iperfagia</u>		
Al fine di prevenire la reazione aggressiva della persona con demenza, quali di questi interventi mette in atto durante l'assistenza ai pasti principali e agli spuntini per gestire tale fattore di rischio?		
a) Servire porzioni piccole sul piatto	SI	NO
b) Tagliare il cibo in piccoli pezzi	SI	NO
c) Stimolare l'inizio dell'assunzione del cibo evitando distrazioni	SI	NO
d) Mantenere una routine quotidiana, programmando i pasti	SI	NO

Modello funzionale compromesso dai fattori di rischio: nutrizionale – metabolico

Fattore di rischio associato all'aggressività: <u>frustrazione nell'eseguire le azioni richieste</u>		
Al fine di prevenire la reazione aggressiva della persona con demenza, quali di questi interventi mette in atto durante l'assistenza ai pasti principali e agli spuntini per gestire tale fattore di rischio?		
a) Preparare la tavola in modo semplice e sempre allo stesso modo, presentando solo gli utensili necessari	SI	NO
b) Usare colori contrastanti tra utensili e superficie di appoggio	SI	NO
c) Incoraggiare l'uso delle mani con il cibo adeguato	SI	NO
d) Usare una ciotola o un piatto con bordo rialzato, una tazza trasparente e una sola posata con manico ingrossato (cucchiaio)	SI	NO

Modello funzionale compromesso dai fattori di rischio: nutrizionale – metabolico

Fattore di rischio associato all'aggressività: <u>limitazione della capacità comunicativa e comprensiva</u>		
Al fine di prevenire la reazione aggressiva della persona con demenza, quali di questi interventi mette in atto durante l'assistenza ai pasti principali e agli spuntini per gestire tale fattore di rischio?		
a) Mantenere un atteggiamento, un timbro e un tono di voce calmo	SI	NO
b) Descrivere con parole semplici il cibo presentato	SI	NO
c) Posizionarsi nel campo visivo lentamente e davanti mentre si descrive il cibo	SI	NO
d) Aiutare a trovare le parole per esprimersi e usare segnali diversi	SI	NO
e) Eliminare i rumori e le distrazioni mentre si comunica (tv o radio)	SI	NO

Modello funzionale compromesso dai fattori di rischio: nutrizionale – metabolico

Fattore di rischio associato all'aggressività: <u>disidratazione</u>		
Al fine di prevenire la reazione aggressiva della persona con demenza, quali di questi interventi mette in atto durante l'assistenza ai pasti principali e agli spuntini per gestire tale fattore di rischio?		
a) Offrire a cadenza regolare il bicchiere nella mano del paziente	SI	NO
b) Far assumere un quantitativo di acqua maggiore al momento della terapia	SI	NO
c) Definire l'introito idrico ogni giorno	SI	NO
d) Offrire una varietà di bevande durante la giornata	SI	NO
e) Far usare dispositivi facilitatori l'assunzione di liquidi (bicchiere con beccuccio)	SI	NO

Modello funzionale compromesso dai fattori di rischio: eliminazione urinaria		
Fattore di rischio associato all'aggressività: frustrazione nell'eseguire le azioni richieste		
Al fine di prevenire la reazione aggressiva della persona con demenza, quali di questi interventi mette in atto durante l'assistenza all'eliminazione urinaria per gestire tale fattore di rischio?		
a) Stabilire una routine quotidiana per la persona con uso della toilette ogni 2-4 ore	SI	NO
b) Far indossare un abbigliamento facile da togliere (chiusure in velcro o indumenti elasticizzati, evitando le cerniere)	SI	NO
c) Mettere a disposizione ausili (padella o pappagallo) di facile accesso per la persona durante la giornata	SI	NO
d) Evitare atteggiamenti negativi o rimproveri in caso di "incidenti"	SI	NO

Modello funzionale compromesso dai fattori di rischio: eliminazione urinaria		
Fattore di rischio associato all'aggressività: deficit visivi e uditivi nell'eseguire le azioni richieste		
Al fine di prevenire la reazione aggressiva della persona con demenza, quali di questi interventi mette in atto durante l'assistenza all'eliminazione urinaria per gestire tale fattore di rischio?		
a) Usare una fotografia del wc o una freccia che indichi la direzione del bagno	SI	NO
b) Usare una comoda, padella o pappagallo da mettere accanto al letto	SI	NO
c) Usare una luce notturna o la luce del bagno sempre accesa	SI	NO
d) Incoraggiare l'uso di occhiali o di apparecchi acustici	SI	NO
e) Favorire la frequenza di luoghi abituali della persona	SI	NO

Modello funzionale compromesso dai fattori di rischio: eliminazione urinaria		
Fattore di rischio associato all'aggressività: infezioni delle vie urinarie		
Al fine di prevenire la reazione aggressiva della persona con demenza, quali di questi interventi mette in atto durante l'assistenza all'eliminazione urinaria per gestire tale fattore di rischio?		
a) Identificare la presenza di debolezza, febbre >37,8°C, peggioramento dello stato mentale e disuria	SI	NO
b) Somministrare la terapia antibiotica mirata, secondo prescrizione medica	SI	NO
c) Rimuovere il catetere vescicale, se presente	SI	NO

Modello funzionale compromesso dai fattori di rischio: eliminazione intestinale		
Fattore di rischio associato all'aggressività: disagio nell'eseguire le azioni richieste		
Al fine di prevenire la reazione aggressiva della persona con demenza, quali di questi interventi mette in atto durante l'assistenza ad episodi di costipazione per gestire tale fattore di rischio?		
a) Stabilire una routine quotidiana, accompagnando al wc la persona alla stessa ora	SI	NO
b) Lasciare il tempo alla persona di stare seduta sul wc, garantendo privacy	SI	NO
c) Far usare un poggiatesta per alleviare il dolore	SI	NO
d) Far assumere frutta, verdura, fibre e almeno 6 bicchieri di acqua al giorno	SI	NO

ALLEGATO n.3

Tabella I: caratteristiche anagrafiche di n. 40 operatori sanitari (Infermieri e O.S.S.) della Residenza Santa Margherita di Villanova di Fossalta di Portogruaro (Ve) e n. 24 operatori sanitari (Infermieri e O.S.S.) della Residenza G. Francescon di Portogruaro (Ve).

Caratteristiche	Residenza S. Margherita Operatori Sanitari (n. = 40) - N.(%)	Residenza G. Francescon Operatori Sanitari (n. = 24) - N.(%)
Qualifica professionale		
Infermiere	9 (22,5)	10 (41,7)
O.S.S.	31 (77,5)	14 (58,3)
Età (anni)		
18-20	0 (-)	0 (-)
21-30	1 (2,5)	4 (16,7)
31-40	7 (17,5)	6 (25,0)
41-50	13 (32,5)	6 (25,0)
>50	19 (47,5)	8 (33,3)
Media (\pm SD)	48,7 (9,5)	43,3 (12,1)
Mediana (range)	45 (32,5)	45 (32,5)
Titolo di studio		
Scuola Regionale per Infermieri	1 (2,5)	3 (12,5)
Laurea triennale in Infermieristica	6 (15,0)	6 (25,0)
Laurea magistrale in Infermieristica	1 (2,5)	0 (-)
Master di primo livello	1 (2,5)	1 (4,2)
Master di secondo livello	0 (-)	0 (-)
Altro (corso O.S.S.)	31 (77,5)	14 (58,3)
Frequenza a corsi sulla demenza		
Nessun corso	10 (25,0)	4 (16,7)
Formazione Alzheimer	15 (37,5)	1 (4,2)
Formazione modello assistenziale Gentlecare	11 (27,5)	11 (45,8)
Entrambe le formazioni	4 (10,0)	8 (33,3)

ALLEGATO n. 4

Tabella II: caratteristiche professionali di n. 40 operatori sanitari (Infermieri e O.S.S.) della Residenza Santa Margherita di Villanova di Fossalta di Portogruaro (Ve) e n.24 operatori sanitari (Infermieri e O.S.S.) della Residenza G. Francescon di Portogruaro (Ve).

Caratteristiche	Residenza S. Margherita Operatori Sanitari (n. = 40) - N.(%)	Residenza G. Francescon Operatori Sanitari (n. = 24) - N.(%)
Tempo di esercizio professionale		
0-5 anni	7 (17,5)	5 (20,8)
6-10 anni	4 (10,0)	6 (25,0)
11-15 anni	3 (7,5)	3 (12,5)
16-20 anni	7 (17,5)	1 (4,2)
>20 anni	19 (47,5)	9 (37,5)
Media (\pm SD)	19,4 (11,2)	15,9 (11,7)
Mediana (range)	17,5 (27,5)	12,5 (27,5)
Esperienza professionale nell'ambito delle demenze		
Si	38 (95,0)	23 (95,8)
No	2 (5)	1 (4,2)
Caratteristiche dell'unità di lavoro		
U.O. dedicate (Nucleo Alzheimer)	7 (17,5)	4 (16,7)
U.O. con assistiti con demenza e altre	15 (37,5)	19 (79,2)
Entrambe le U.O.	8 (20,0)	1 (4,2)
Altro (stati vegetativi)	10 (25,0)	0 (-)
Tempo di esercizio nell'attuale realtà operativa		
0-1 anno	5 (12,5)	5 (20,84)
2-5 anni	6 (15,0)	9 (37,5)
6-10 anni	8 (20,0)	2 (8,33)
>10 anni	21 (52,5)	8 (33,33)
Media (\pm SD)	10,1 (5,7)	7,1 (6,0)
Mediana (range)	15 (14,5)	3,5 (14,5)
Tipologia di aggressione subita		
Fisica	2 (5,0)	0 (-)
Verbale	3 (7,5)	2 (8,3)
Entrambe le tipologie	31 (77,5)	20 (83,4)
Nessuna aggressione	4 (10,0)	2 (8,3)

Rielaborazione dell'episodio di aggressione

Confronto tra colleghi	11 (27,5)	2 (8,3)
Incontro psicologico	0 (-)	0 (-)
Audit clinici	0 (-)	0 (-)
Discussione tra il gruppo di Infermieri e O.S.S.	7 (17,5)	1 (4,2)
Confronto tra colleghi + incontro psicologico	4 (10,0)	1 (4,2)
Confronto tra colleghi + audit clinici	0 (-)	0 (-)
Confronto tra colleghi + discussione di gruppo	8 (20,0)	7 (29,2)
Incontro psicologico + audit clinici	0 (-)	0 (-)
Incontro psicologico + discussione di gruppo	0 (-)	0 (-)
Audit clinici + discussione di gruppo	0 (-)	0 (-)
Confronto tra colleghi + incontro psicologico + audit clinici	0 (-)	0 (-)
Confronto tra colleghi + incontro psicologico + discussione	3 (7,5)	2 (8,3)
Incontro psicologico + audit clinici + discussione di gruppo	1 (2,5)	0 (-)
Confronto tra colleghi + incontro psicologico + audit clinici + discussione di gruppo	2 (5,0)	0 (-)
Nessuna rielaborazione	4 (10,0)	11 (45,8)

ALLEGATO n. 5

Tabella III: risultati relativi agli interventi messi in atto da n.24 operatori sanitari (Infermieri O.S.S.) durante le attività assistenziali quotidiane, in relazione ai fattori di rischio dell'aggressività della persona demente, presso la Residenza G. Francescon di Portogruaro (Ve).

Attività assistenziali	Fattori di rischio	Comportamenti da adottare	Residenza S. Margherita	Residenza G. Francescon
Igiene personale e vestizione	Limitazione delle capacità comunicativa e comprensiva	Mantenere un atteggiamento, un timbro e un tono di voce calmo.	38 (95,0%)	24 (100,0%)
		Dare istruzioni verbali semplici con al massimo due comandi.	36 (90,0%)	24 (100,0%)
		Usare segnali diversi dalle parole.	27 (67,5%)	14 (58,3%)
		Aiutare a trovare le parole.	27 (67,5%)	7 (29,2%)
		Posizionarsi entro il campo visivo lentamente e frontalmente.	29 (72,5%)	22 (91,7%)
Igiene personale e vestizione	Frustrazione nell'eseguire le azioni richieste	Avvicinarsi lentamente e frontalmente, dicendo sempre il proprio nome.	28 (70,0%)	19 (79,2%)
		Evitare di rimproverare, di alzare la voce e di usare parole negative.	37 (92,5%)	24 (100%)
		Posizionare gli oggetti nel campo visivo e selezionare quelli utili.	34 (85,0%)	23 (95,8%)
		Programmare e mantenere una routine quotidiana delle attività.	36 (90,0%)	19 (79,2%)
		Disporre gli oggetti e i vestiti nell'ordine in cui sono usati.	30 (75,5%)	18 (75,0%)
Igiene personale e vestizione	Ambiente sovra-stimolante	Eliminare i rumori di fondo le distrazioni e gli odori sgradevoli.	34 (85,0%)	23 (95,8%)
		Usare le tende per nascondere le fonti di distrazione.	27 (67,5%)	17 (70,8%)
		Usare i soliti prodotti e confezioni che siano famigliari alla persona.	28 (70,0%)	18 (75,0%)
		Illuminare a sufficienza la stanza.	34 (85,0%)	23 (95,8%)
Igiene personale e vestizione	Deficit visivi e uditivi nell'eseguire le azioni richieste	Incoraggiare l'uso di occhiali e protesi acustiche.	31 (77,5%)	20 (83,3%)
		Usare coperture per finestre e illuminare a sufficienza la stanza.	33 (82,5%)	15 (62,5%)
		Posizionare gli oggetti utili entro il campo visivo della persona.	34 (85,0%)	24 (100,0%)
		Usare colori contrastanti fra oggetti usati e sfondo, e gesti.	27 (67,5%)	16 (66,7%)
Igiene personale e vestizione	Dolore nell'eseguire le azioni richieste	Prima e dopo l'attività usare una scala di auto-valutazione per la demenza di grado lieve.	20 (50,0%)	7 (29,2%)
		Prima, durante e dopo l'attività identificare la presenza di segnali del corpo legati al dolore per la demenza di grado moderato.	37 (92,5%)	18 (75,0%)
		Uso della tecnica del tocco, del massaggio e della musico-terapia.	20 (50,0%)	11 (45,8%)
		Somministrare paracetamolo prima dell'attività, se prescritto.	18 (45,0%)	11 (45,8%)

Assistenza al riposo notturno	Insonnia e sindrome del sundowning	Ridurre o eliminare i rumori che possono disturbare il sonno.	38 (95,0%)	24 (100,0%)
		Esporre la persona alla luce naturale diurna il più possibile.	24 (60,0%)	14 (58,3%)
		Stabilire una routine del sonno con riduzione dei riposi giornalieri e aumento dell'esercizio fisico.	27 (67,5%)	20 (83,3%)
		Somministrare farmaci agonisti della melatonina o anticolinergici, se prescritto.	16 (45,0%)	10 (41,7%)
Assistenza al riposo notturno	Paura, ansia e preoccupazione	Consentire di esprimere i sentimenti o usare immagini di stati d'animo.	33 (82,5%)	19 (79,2%)
		Mantenere la routine quotidiana e un ambiente domestico.	27 (67,5%)	24 (100,0%)
		Far ascoltare musica rilassante a volume basso.	29 (72,5%)	20 (83,3%)
		Garantire un'illuminazione notturna.	36 (90,0%)	23 (95,8%)
		Rispettare i tempi nelle attività.	38 (95,0%)	24 (100,0%)
		Fornire rinforzi positivi.	34 (85,0%)	21 (87,5%)
Assistenza al riposo notturno	Nicturia	Usare una luce notturna che illumini il percorso verso il bagno.	38 (95,0%)	23 (95,8%)
		Usare biancheria da letto protettiva o ausili (padella, pappagallo) di fianco al letto.	35 (87,5%)	23 (95,8%)
		Evitare l'uso di bevande contenenti caffè o alcol e diuretici la sera.	34 (85,0%)	23 (95,8%)
Assistenza al riposo notturno	Dolore	Valutare il dolore con una scala di auto-valutazione per la demenza di grado lieve.	34 (85,0%)	12 (50,0%)
		Identificare la presenza di segnali del corpo legati al dolore per la demenza di grado moderato.	35 (87,5%)	18 (75,0%)
		Uso della tecnica del tocco, del massaggio e della musico-terapia.	25 (62,5%)	12 (50,0%)
		Somministrare paracetamolo prima di coricarsi, se prescritto.	28 (70,0%)	14 (58,3%)
Assistenza ai pasti principali e agli spuntini	Iperfagia	Servire porzioni piccole sul piatto.	37 (92,5%)	22 (91,7%)
		Tagliare il cibo in piccoli pezzi.	37 (92,5%)	23 (95,8%)
		Stimolare l'inizio dell'assunzione.	35 (87,5%)	23 (95,8%)
		Mantenere una routine quotidiana.	35 (87,5%)	23 (95,8%)
Assistenza ai pasti principali e agli spuntini	Frustrazione nell'eseguire le azioni richieste	Preparare la tavola in modo semplice e sempre allo stesso modo, solo con gli utensili utili.	38 (95,0%)	24 (100,0%)
		Usare colori contrastanti fra utensili e superficie di appoggio.	26 (65,0%)	21 (87,5%)
		Incoraggiare l'uso delle mani.	26 (65,0%)	13 (54,2%)
		Usare una ciotola o un piatto con bordo rialzato, una tazza trasparente e una sola posata con manico ingrossato (cucchiaio).	32 (80,0%)	15 (62,5%)
Assistenza ai pasti principali e agli spuntini	Limitazione delle capacità comunicativa e comprensiva	Mantenere un atteggiamento, un timbro e un tono di voce calmo.	39 (97,5%)	24 (100,0%)

		Descrivere con parole semplici il cibo presentato.	40 (100,0%)	23 (95,8%)
		Posizionarsi entro il campo visivo lentamente e frontalmente mentre si descrive il cibo.	31 (77,5%)	24 (100,0%)
		Aiutare a trovare le parole.	32 (80,0%)	12 (50,5%)
		Eliminare i rumori di fondo le distrazioni mentre si comunica.	38 (95,0%)	24 (100,0%)
Assistenza ai pasti principali e agli spuntini	Disidratazione	Offrire a cadenza regolare il bicchiere in mano.	29 (72,5%)	20 (83,3%)
		Far assumere un quantitativo di acqua al giorno maggiore al momento della terapia.	32 (80,0%)	13 (54,2%)
		Definire l'introito idrico ogni giorno.	33 (82,5%)	21 (87,5%)
		Offrire una varietà di bevande.	36 (90,0%)	24 (100,0%)
		Far usare dispositivi facilitatori l'assunzione di liquidi.	35 (87,5%)	21 (87,5%)
Assistenza all'eliminazione urinaria	Frustrazione nell'eseguire le azioni richieste	Stabilire una routine quotidiana con uso della toilette ogni 2-4 ore.	35 (87,5%)	18 (75,0%)
		Far indossare un abbigliamento facile da togliere.	38 (95,0%)	24 (100,0%)
		Mettere a disposizione ausili di facile accesso (pappagallo, padella).	32 (80,0%)	18 (75,0%)
		Evitare atteggiamenti negativi o rimproveri in caso di "incidenti".	38 (95,0%)	21 (87,5%)
Assistenza all'eliminazione urinaria	Deficit visivi e uditivi nell'eseguire le azioni richieste	Usare una fotografia del wc o una freccia che indichi il bagno.	27 (67,5%)	19 (79,2%)
		Usare ausili di fianco al letto.	34 (85,0%)	16 (66,7%)
		Usare una luce notturna.	38 (95,0%)	23 (95,8%)
		Incoraggiare l'uso di occhiali e protesi acustiche.	31 (77,5%)	20 (83,3%)
		Favorire la frequenza a luoghi abituali della persona.	30 (75,0%)	24 (100,0%)
Assistenza all'eliminazione urinaria	Infezione delle vie urinarie	Identificare la presenza di debolezza, febbre >37,8°C, peggioramento dello stato mentale e disuria.	38 (95,0%)	23 (95,8%)
		Somministrare la terapia antibiotica mirata, come da prescrizione.	24 (60,0%)	14 (58,3%)
		Rimuovere il catetere vescicale.	11 (27,5%)	10 (41,7%)
Assistenza all'eliminazione intestinale	Disagio indotto dalla costipazione	Stabilire una routine quotidiana, accompagnando la persona al wc sempre alla stessa ora.	28 (70,0%)	22 (91,7%)
		Lasciare il tempo di stare seduta sul wc garantendo la privacy.	35 (87,5%)	24 (100,0%)
		Far usare un poggiatesta per alleviare il dolore.	15 (37,5%)	13 (54,2%)
		Far assumere frutta, verdura, fibre e 6 bicchieri di acqua al giorno.	29 (72,5%)	20 (83,3%)