



# IL PAZIENTE AGITATO E AGGRESSIVO

**FONDAZIONE CASA PROTETTA  
G.B. PLATTIS  
VIA GIOVANNI VICINI 5, CENTO (FE)  
11 ottobre 2016**

*Zani Michele  
Gruppo di Ricerca Geriatrica (BS)  
Società Italiana di Geriatria e Gerontologia  
Fondazione Le Rondini Città di Lumezzane ONLUS, Lumezzane (BS)*

# IL PROGRAMMA: IL PAZIENTE AGITATO E AGGRESSIVO

- Di cosa stiamo parlando?
- Quali sono gli ospiti agitati e aggressivi?
- Quali problemi dobbiamo risolvere?
- Quale sguardo deve avere nei loro confronti?
- Come gestisco agitazione e aggressione?
- L'agitazione e l'aggressività come sintomo o come conseguenza?
- Quali obiettivi dobbiamo perseguire?

# IL PAZIENTE AGITATO E AGGRESSIVO

PROVIAMO A FARE 7 PICCOLI (O GRANDI) PASSI INSIEME...  
MA CON UN APPROCCIO DIVERSO....

## Il primo passo....RICONOSCERE

### AGITAZIONE E AGGRESSIVITA'

Il paziente ha periodi durante i quali rifiuta di collaborare o durante i quali non si lascia aiutare dagli altri? E' difficile da gestire?

# Il secondo passo.... “TIPICIZZARE”

## AGITAZIONE E AGGRESSIVITA'

1. Il paziente diviene irritato con chi cerca di assisterlo o resiste ad attività come il bagno od il cambio dei vestiti?
2. Il paziente è ostinato, volendo le cose fatte a modo suo?
3. Il paziente non collabora, resiste se aiutato da altri?
4. Il paziente presenta altri comportamenti che rendono difficoltosa la sua gestione?
5. Il paziente grida o bestemmia in modo arrabbiato?
6. Il paziente sbatte le porte, dà calci ai mobili, lancia gli oggetti?
7. Il paziente tenta di far male o di colpire gli altri?
8. Il paziente presenta altri comportamenti aggressivi o presenta altre forme di agitazione?

## Il terzo passo.... “IL LORO CONTESTO”

Per demenza si intende una sindrome clinica a decorso cronico progressivo, caratterizzata da perdita della memoria a breve e lungo termine associata a deterioramento di altre funzioni cognitive (quali afasia, aprassia, agnosia, deficit del pensiero astratto o delle capacità di critica) di severità tale da compromettere in modo significativo le attività lavorative, sociali relazionali, con un peggioramento rispetto al precedente livello funzionale, in presenza di un normale stato di coscienza.

(American Psychiatric Association, 1994)

## Il quarto passo.... “IL NOSTRO CONTESTO”

- 1) Esistono modelli di cura differenti in Casa di Riposo?
- 1) I Nuclei Alzheimer rispondono ai bisogni del soggetto affetto da demenza? Un esempio: i BPSD
- 1) Esistono delle “qualità” del personale di assistenza che migliorano gli atteggiamenti nei confronti del soggetto del paziente affetto da demenza istituzionalizzato?
- 1) La presenza di un Nucleo Alzheimer aumenta la qualità complessiva dell’assistenza in Casa di Riposo?

# IL NOSTRO CONTESTO: UNO STUDIO

*Alzheimer Special Care Units Compared With traditional Nursing Home for Dementia care*

*Are There Differences at Admission and Clinical Outcomes?*

Alessandro Nobili et. Al

Alzheimer Dis Assoc Disord

Vol 22, Number 4, October December 2008

# IL NOSTRO CONTESTO: UNO STUDIO

## I PUNTI CRITICI:

Il soggetto affetto da demenza riceve migliori cure a casa o in un servizio residenziale?

Per molti anni i soggetti affetti da demenza sono stati istituzionalizzati in strutture senza specifiche caratteristiche assistenziali: quali sequele?

# IL NOSTRO CONTESTO: UNO STUDIO

DA UN PO' DI STORIA...

Agli inizi degli anni '80 negli Stati Uniti all'interno delle Nursing Home (NH) si aprono delle Special Care Units (SCU) per fornire una migliore assistenza ai soggetti affetti da malattia di Alzheimer con la convinzione che un ambiente protetto e un ambiente sociale favorevole potessero ridurre la disabilità funzionale e cognitiva e migliorare la qualità della vita.

# IL NOSTRO CONTESTO: UNO STUDIO

DA UN PO' DI STORIA...

5 sono le caratteristiche, maggiormente citate dagli studi pubblicati sull'argomento, che rendono questi nuclei "speciali":

ammissione di soggetti con deficit cognitivi imputabili a demenza

presenza di staff selezionato, addestrato, organizzato e supervisionato

pianificazione di attività specifiche per soggetti affetti da demenza

coinvolgimento della famiglia

appropriato ambiente fisico

*Ma purtroppo queste caratteristiche non sono omogeneamente implementate in tutte le strutture con conseguenze sui risultati!*

# IL NOSTRO CONTESTO: UNO STUDIO

... AI GIORNI NOSTRI

Quali dubbi?

Nonostante i criteri stabiliti per costruire e gestire un “nucleo speciale” (differentemente presenti nei diversi nuclei per pazienti affetti da demenza) gli studi non sono ancora riusciti a stabilire definitivamente l’efficacia dei nuclei speciali sugli outcome clinici di un soggetto affetto da demenza rispetto ad un “nucleo normale” di NH.

# IL NOSTRO CONTESTO: UNO STUDIO

## COSA SI PROPONE LO STUDIO?

Comparare le caratteristiche dei pazienti ammessi in Nuclei Alzheimer (NA) e in Nuclei in Casa di Riposo (NCR) e valutare i seguenti outcome:

mortalità

ospedalizzazione a 6 mesi

uso della contenzione fisica

cadute a 6 mesi

uso di farmaci antipsicotici

# IL NOSTRO CONTESTO: UNO STUDIO

COM'E' ORGANIZZATA LA RICERCA?

FASE 1: RECLUTAMENTO DEI CENTRI

Randomizzazione di un campione di NA e NCR

FASE 2: STUDIO QUALITATIVO

Valutazione qualitativa delle caratteristiche strutturali di  
35 Nuclei Alzheimer e 9 Case di Riposo

FASE 3: STUDIO DI RISULTATO

Arruolamento dei pazienti (349 di Nucleo Alzheimer e 81  
di Nuclei di Casa di Riposo) e valutazione di base

FASE 4: FOLLOW UP a 6, 12 e 18 mesi.

# IL NOSTRO CONTESTO: UNO STUDIO

	NH n = 81	ASCU n = 349	P
Age (y), mean (± SD)	85.4 (6.9)	81.2 (7.3)	0.0001
< 80 y, no (%)	16 (17.0)	146 (42.0)	0.0001
≥ 80 y, no (%)	65 (83.0)	203 (58.0)	
Women, n (%)	65 (80.3)	278 (79.7)	0.7
Marital status, no (%)			
Married	12 (14.8)	69 (19.8)	
Widow/er	57 (70.4)	230 (65.9)	0.7
Years of education, mean (± SD)	5.0 (2.4)	5.8 (2.9)	0.02
Living arrangement, no (%)			
Alone	27 (33.3)	97 (27.8)	
With spouse	7 (8.6)	66 (18.9)	
With sons	28 (34.6)	74 (21.2)	
Institution	10 (12.4)	56 (16.1)	0.03
Months from admission, mean (± SD)	26.5 (30.5)	13.6 (14.0)	0.0001
Admitted from, no (%)			
Home	52 (64.2)	175 (50.1)	
Hospital	3 (3.7)	19 (5.4)	
Rehabilitation/other nursing home wards	25 (30.9)	137 (42.1)	0.2
Main purpose of admission, no (%)			
Management of BPSD	19 (23.5)	173 (49.6)	
Comprehensive geriatric assessment	34 (41.9)	99 (28.4)	
Promotion and maintenance of ADL	28 (34.6)	77 (22.0)	0.0001
Nutritional status, no (%)			
Normal	66 (81.5)	276 (79.1)	
Obesity	8 (9.9)	19 (5.4)	
Malnutrition	7 (8.6)	54 (15.5)	0.19
MMSE score, mean (± SD)	7.3 (6.1)	7.8 (7.0)	0.6
Severe MMSE score, mean (± SD)*	1.7 (4.4)	7.1 (7.2)	0.0001
ADL-Bartel Index, mean (± SD)	31 (26.4)	43 (28.2)	0.0005
NPI, mean (± SD)	17.1 (12.2)	22.8 (22.1)	0.0001
CIRS Severity Score, mean (± SD)	1.9 (0.8)	1.6 (0.5)	0.002
Overall no. drugs, mean (± SD)	4.6 (2.4)	4.1 (2.0)	0.08
No (%) treated patients	80 (98.8)	345 (98.9)	0.95
Antipsychotic drugs, mean (± SD)	0.6 (0.7)	0.8 (0.7)	0.09
No (%) treated patients	40 (49.4)	209 (60.0)	0.08

\*Test performed by 123 ASCU patients and 26 NH patients.  
ADL indicates activities of daily living; ASCU, Alzheimer Special Care Unit; BPSD, behavioral and psychologic symptoms of dementia; CIRS, Cumulative Illness Rating Scale; MMSE, Mini-Mental State Examination; NH, traditional nursing home; NPI, Neuropsychiatric Inventory.

## CHI SONO I SOGGETTI RECLUTATI? VALUTAZIONE INIZIALE

Socio-demographic and Clinical Characteristics of Enrolled Patients\*Test performed by 123 ASCU patients and 26 NH patients. ADL indicates activities of daily living; ASCU, Alzheimer Special Care Unit; BPSD, behavioral and psychologic symptoms of dementia; CIRS, Cumulative Illness Rating Scale; MMSE, Mini-Mental State Examination; NH, traditional nursing home; NPI, Neuropsychiatric Inventory.

# IL NOSTRO CONTESTO: UNO STUDIO

## QUALI RISULTATI???

	NH	ASCU	P
Overall mortality, no. deaths (%)	25/81 (30.9)	92/349 (26.3)	
Univariate analysis: HR (CI 95%)	1	1.05 (0.83-1.30)	0.69
Multivariate analysis: HR* (CI 95%)	1	0.85 (0.66-1.08)	0.18
Six-month hospitalization, no. patients (%)	13/77 (16.9)	29/304 (9.5)	
Univariate analysis: OR (CI 95%)	1	0.72 (0.51-1.04)	0.07
Multivariate analysis: OR† (CI 95%)	1	0.67 (0.46-0.99)	0.04
Use of physical restraints at 6 mo, no. patients (%)	53/77 (68.8)	149/302 (49.3)	
Univariate analysis: OR (CI 95%)	1	0.66 (0.51-0.86)	0.003
Multivariate analysis: OR‡ (CI 95%)	1	0.66 (0.48-0.90)	0.009
Falls at six months, no. patients (%)	8/77 (10.4)	62/302 (20.5)	
Univariate analysis: OR (CI 95%)	1	1.49 (1.04-2.29)	0.03
Multivariate analysis: OR§ (CI 95%)	1	1.11 (0.74-1.76)	0.62

Effect on Main Clinical Outcome in Relation to Clinical Setting: Univariate and Multivariate Score Analysis\*Adjusted for age, sex, baseline Barthel Index, baseline CIRS Severity.+Adjusted for age, sex, baseline CIRS Severity, falls at 6 months.++Adjusted for age, sex, baseline falls, baseline NPI score, baseline MMSE score, use of antipsychotics.[S]Adjusted for age, sex, baseline Barthel Index, baseline NPI score.For further details see methods.ASCU indicates Alzheimer Special Care Unit; CI, confidence interval; CIRS, Cumulative Illness Rating Scale; HR, hazard ratio; MMSE, Mini-Mental State Examination; NH, traditional nursing home; OR, odds ratio.

\*Adjusted for age, sex, baseline Barthel Index, baseline CIRS Severity.

†Adjusted for age, sex, baseline CIRS Severity, falls at 6 months.

‡Adjusted for age, sex, baseline falls, baseline NPI score, baseline MMSE score, use of antipsychotics.

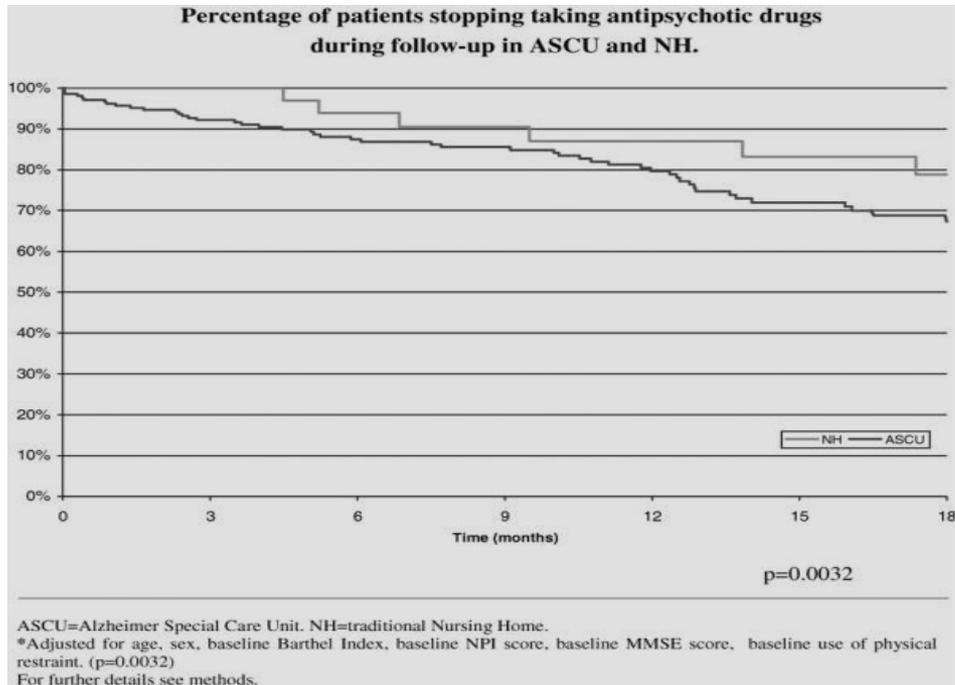
§Adjusted for age, sex, baseline Barthel Index, baseline NPI score.

For further details see methods.

ASCU indicates Alzheimer Special Care Unit; CI, confidence interval; CIRS, Cumulative Illness Rating Scale; HR, hazard ratio; MMSE, Mini-Mental State Examination; NH, traditional nursing home; OR, odds ratio.

# IL NOSTRO CONTESTO: UNO STUDIO

## QUALI RISULTATI???



Percentage of patients stopping taking antipsychotic drugs during follow-up in Alzheimer Special Care Units and traditional nursing home.

# IL NOSTRO CONTESTO: UNO STUDIO

## CONCLUSIONI

Differenza nelle condizioni di base dei soggetti

Riduzione nei soggetti accolti nei NA rispetto a quelli ricoverati in NCR dell'ospedalizzazione, dell'uso della contenzione fisica e più alta probabilità di diminuzione dell'uso di antipsicotici

Vivere nei NA o nei NCR non ha un impatto significativo sulla progressione del declino cognitivo e funzionale

Nei NA si è osservata una significativa riduzione dei disturbi del comportamento

# IL NOSTRO CONTESTO: I N.A. E I BPSD

*Special care Units for persona with Dementia: Expected and Observed Effects  
on Behavioral Symptoms*

Kate Maslow – Alzheimer Dis Assoc Disord

Vol. 8, Suppl 3 pp 127/137 – 1994

*Behavioral and psychotic Symptoms of Dementia (BPSD).*

*Improvements in a Special Care Unit: a factor analysis*

M. Colombo et al. – Arch Gerontol Geriatr Suppl 1 (2007) 113-120

# IL NOSTRO CONTESTO: I N.A. E I BPSD

- “... i disturbi del comportamento sono comuni nei soggetti residenti in casa di riposo e hanno conseguenze negative sui residenti stessi, sui loro familiari sui membri dello staff e sui soggetti non affetti da demenza ...”
- “... i BPSD rappresentano incomprensibili necessità che il soggetto spesso non riesce ad esprimere. Identificare e quindi rispondere a queste necessità può aiutare a prevenire o risolvere i BPSD e aumentare la qualità della vita...”
- “... i BPSD sono associati a una peggior prognosi, a una diminuzione delle abilità funzionali, a una precoce istituzionalizzazione ...”

# IL NOSTRO CONTESTO: I N.A. E I BPSD

Tra le maggiore cause di “mal gestione” dei BPSD ricordiamo:

gli operatori delle case di riposo spesso non conoscono un appropriato metodo di risposta ai BSPD

inappropriate risposte non fanno altro che esacerbare i sintomi già presenti  
utilizzo inappropriato di antipsicotici e della contenzione fisica

# IL NOSTRO CONTESTO: I N.A. E I BPSD

## OBIETTIVO

Investigare le modificazioni dei BPSD durante la permanenza di soggetti affetti da demenza in Nuclei Alzheimer.

## METODI E SOGGETTI

I BPSD sono stati valutati e monitorati attraverso l'utilizzo della versione italiana validata dell'NPI (all'ingresso e alla dimissione).

L'approccio per la gestione dei BPSD è stato di tipo non farmacologico (approccio protesico).

# IL NOSTRO CONTESTO: I N.A. E I BPSD

Modificazione degli items dell'NPI all'ammissione e alla dimissione

	AMMISSIONE	DIMISSIONE
<b>DELUSIONE</b>	4.8+4.7	0.9+2.1
<b>ALLUCINAZIONE</b>	2.9+4.0	0.3+1.5
<b>DISFORIA</b>	4.2+4.1	2.3+3.3
<b>ANSIA</b>	3.6+4.6	2.3+3.2
<b>EUFORIA</b>	0.5+1.6	0.1+0.6
<b>APATIA</b>	5.2+4.6	2.9+3.7
<b>DISINIBIZIONE</b>	1.5+3.0	0.7+1.6
<b>IRRITABILITA'</b>	4.9+4.7	1.2+2.4
<b>ATTIVITA' MOTORIA ABERRANTE</b>	5.2+5.3	1.9+3.2
<b>DISTURBI DEL SONNO</b>	5.1+5.2	0.9+2.3
<b>DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE</b>	2.8+4.0	1.0+2.3
<b>AGITAZIONE</b>	<b>5.2+4.9</b>	<b>1.5+2.6</b>

# IL NOSTRO CONTESTO: I N.A. E I BPSD

## CONCLUSIONI

In conclusione, nello studio, viene dimostrato che i BPSD diminuiscono durante la permanenza nei Nuclei Alzheimer

*“... special care units have been developed to care for the increasing number of dementia resident in nursing homes ...”*

# IL NOSTRO CONTESTO: NOI

*Staff attitudes towards institutionalised dementia resident*

Sundaran Kada et al. - Journal of Clinical Nursing

18, 2383-2392 - 2009

# IL NOSTRO CONTESTO: NOI

## OBIETTIVO

Esplorare l'atteggiamento positivo e la propensione a erogare un'assistenza centrata sulla persona dello staff di cura nei confronti dei soggetti dementi istituzionalizzati rispetto all'età, alla formazione specifica, all'esperienza lavorativa, al setting lavorativo

I due criteri sono stati valutati attraverso l'ADQ (Approach to Dementia Questionnaire).

Esempi:

Approccio positivo "è possibile prendersi cura dei pazienti dementi"; approccio negativo "non c'è speranza per i soggetti affetti da demenza"

Assistenza centrata sulla persona: "è importante per il soggetto affetto da demenza avere stimoli e piacevoli attività per occupare il proprio tempo"; "le persone affette da demenza sono più sostenute quando trattate con comprensione e rassicurazione"

# IL NOSTRO CONTESTO: NOI

## POPOLAZIONE

14 case di riposo e un ospedale per una popolazione di 291 soggetti

## METODO

Sondaggio con questionario strutturato

# IL NOSTRO CONTESTO: NOI

## NODI CRUCIALI

Le conoscenze e le attitudini dello staff di cura sono importanti per trovare cambiamenti positivi nella cura dei soggetti affetti da demenza. [...]

Una mancanza di conoscenze modifica gli atteggiamenti dello staff.

Atteggiamenti positivi focalizzano le abilità del paziente e sono essenziali per assicurare un'alta qualità delle cure e del benessere del soggetto, mentre atteggiamenti negativi si concentrano sulle carenze dei pazienti e sui fallimenti.

# IL NOSTRO CONTESTO: NOI

## CONCLUSIONI (1)

### ATTEGGIAMENTO POSITIVO

Le nursing assistant paragonate alle registered assistant hanno un più basso atteggiamento positivo

Gli operatori con più di 50 anni hanno un più basso atteggiamento positivo rispetto agli operatori con meno di 40 anni

Gli operatori che lavorano da più di 10 anni hanno un più basso atteggiamento positivo rispetto agli operatori che lavorano da meno di 10 anni

Gli operatori con una formazione specialistica in geriatria, psichiatria o demenza hanno un più alto atteggiamento positivo rispetto agli operatori senza formazione specifica

# IL NOSTRO CONTESTO: NOI

## CONCLUSIONI (2)

### PROPENSIONE A EROGARE UN'ASSISTENZA CENTRATA SULLA PERSONA

La propensione a erogare un'assistenza centrata sulla persona è più bassa negli operatori con più di 50 anni rispetto agli operatori con meno di 40 anni

# IL NOSTRO CONTESTO: NOI

## CONSIGLI

Gli autori raccomandano i datori di lavoro di incoraggiare e facilitare lo sviluppo del personale offrendo una formazione che miri a diffondere un atteggiamento più positivo

# IL NOSTRO CONTESTO: LA STRUTTURA

*Does the Presence of a dementia Special Care Unit Improve Nursign Home Quality?*

Andrea Gruneir, Kate L. Lapane, Susane C. Miller and Vincent Mor

J Aging Health 2008; 20 ;837

# IL NOSTRO CONTESTO: LA STRUTTURA

## OBIETTIVO

Quantificare l'effetto dell'introduzione di una nuova dementia special care unit (D-SCU) sulla erogazione di assistenza a tutti i residenti in Nursing Home (NH) sui seguenti outcome: contenzione fisica, alimentazione enterale, utilizzo di farmaci antipsicotici

# IL NOSTRO CONTESTO: LA STRUTTURA

## RISULTATI

In tutte le NH diminuì l'utilizzo della contenzione fisica, aumentò l'utilizzo dei farmaci antipsicotici mentre il resto restò invariato.

L'introduzione dei D-SCU non è associata a un cambiamento degli outcomes presi in considerazione

## DISCUSSIONE

Differenze nei processi di cura tra le NH con o senza D-SCU sono il risultato delle differenze di filosofia e cultura che sta alla base delle aperture dei D-SCU e non il risultato di diffusione di pratiche di assistenza presenti nei D-SCU

# UN PICCOLO PASSO INDIETRO....DEMENTIA

Per demenza si intende una sindrome clinica a decorso cronico progressivo, caratterizzata da perdita della memoria a breve e lungo termine associata a deterioramento di altre funzioni cognitive (quali afasia, aprassia, agnosia, deficit del pensiero astratto o delle capacità di critica) di severità tale da compromettere in modo significativo le attività lavorative, sociali relazionali, con un peggioramento rispetto al precedente livello funzionale, in presenza di un normale stato di coscienza.

(American Psychiatric Association, 1994)

# UN PICCOLO PASSO INDIETRO...DEMENZA DSM IV

*a) Presenza di deficit cognitivi multipli caratterizzati da:*

Compromissione mnesica

Uno o più dei seguenti deficit cognitivi:

Afasia, Aprassia, Agnosia, Deficit del pensiero astratto

*b) I deficit cognitivi interferiscono significativamente nel lavoro, nelle attività sociali o nelle relazioni con gli altri, con peggioramento significativo rispetto al precedente livello funzionale*

*c) I deficit non si manifestano esclusivamente durante un delirium*

# UN PICCOLO PASSO INDIETRO...DEMENZA

## AMNESIA (Deficit di memoria)

Perdita totale o parziale della memoria, sia quella a breve termine (pochi secondi) che quella a lungo termine (da pochi secondi a anni), che può riguardare materiale appreso ex-novo e/o materiale ormai immagazzinato (aspetti autobiografici); il contenuto della traccia mnesica può essere verbale, visuo-spaziale o di altra natura.

# UN PICCOLO PASSO INDIETRO...DEMENTIA

## DISORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE

E' un aspetto del deficit di memoria e riguarda la capacità di collocare gli eventi e la propria persona in una data dimensione spaziale o temporale. Si può manifestare come difficoltà di apprendimento (es. l'orientamento in uno spazio nuovo) che come difficoltà di recupero di una informazione nota (es. orientamento all'interno della propria casa)

# UN PICCOLO PASSO INDIETRO...DEMENTIA

## AFASIA (disturbo del linguaggio)

Difetto di adattamento delle parole all'idea che si tratti di un'idea da esprimere o che si tratti di comprenderla. Può riguardare sia materiale scritto (alessia: incapacità di leggere; agrafia: incapacità di scrivere) che quello orale. Nelle fasi iniziali della demenza può manifestarsi con difficoltà a reperire le parole per denominare gli oggetti (anomia).

# UN PICCOLO PASSO INDIETRO...DEMENZA

## AGNOSIA

Disturbo del riconoscimento degli oggetti e delle persone, indipendente da un deficit sensoriale.

Tipica è l'incapacità di riconoscere volti noti (prosopagnosia).

# UN PICCOLO PASSO INDIETRO...DEMENZA

## APRASSIA

Difficoltà o incapacità di compiere movimenti mirati in assenza di paresi.

E' il disturbo per cui il paziente non riesce più a vestirsi correttamente (aprassie nell'abbigliamento) o ad utilizzare oggetti come le chiavi e le posate (aprassia ideo-motoria)

# UN PICCOLO PASSO INDIETRO...DEMENZA

## ACALCULIA

Difficoltà o impossibilità a compiere operazioni matematiche anche semplici, sia a mente che a carta o penna.

## Quinto passo...i BPSD

Ma cosa sono e come si presentano i disturbi del comportamento?

Perché tanto interesse?

# Quinto passo...i BPSD

## I BPSD

### *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*

La crescente attenzione sui BPSD è stata portata da studi epidemiologici e clinici, che hanno rilevato come i BPSD, piuttosto che i deficit cognitivi, siano la causa più frequente di istituzionalizzazione e di aumento della disabilità. Inoltre numerosi studi hanno rilevato che i BPSD inducono gravi difficoltà nella gestione assistenziale del malato: maggiore prescrizione farmacologica e necessità di interventi medici, più elevato stress dei caregiver, incremento dei costi per la gestione della malattia. La loro presenza contribuisce a peggiore ulteriormente il livello di autonomia nelle attività quotidiane, già compromesso a causa dei deficit cognitivi

*“La gestione del paziente demente” - Marco Trabucchi, Stefano Boffelli*

# Quinto passo...i BPSD

## Quali difficoltà???

1. La prevalenza dei BPSD è estremamente variabile
1. I BPSD sono eterogenei, fluttuanti, spesso associati a variabili somatiche ed ambientali
1. L'evoluzione dei BPSD non è lineare

## Quinto passo...i BPSD

### CLASSIFICAZIONE SINTOMATOLOGICA BPSD

- *Psicosi* (deliri pranoidei, strutturati o misidentificazioni; allucinazioni)
- *Alterazioni dell'umore* (depressione, euforia, labilità emotive)
- *Ansia*
- *Sintomi neurovegetativi* (alterazioni del ritmo sonno veglia, dell'appetito, del comportamento sessuale)
- *Disturbi dell'attività psicomotoria* (vagabondaggio, affaccendamento afinalistico, acatisia)
- *Agitazione* (aggressività verbale o fisica, vocalizzazione persistente)
- *Alterazioni della personalità* (indifferenza, apatia, disinibizione, irritabilità)

# Quinto passo...i BPSD

## CLASSIFICAZIONE SINROMICA BPSD

Quali gruppi:

1. Cluster dei disturbi affettivi
2. Cluster psicotico
3. Le alterazioni di personalità
4. Sintomi di tipo frontale frontale
5. Cluster nevrotico

# Quinto passo...i BPSD

## CLUSTER DEI DISTURBI AFFETTIVI *DISTURBI D'ANSIA E DEPRESSIONE*

- 1)Caratterizzano la fase iniziale della demenza (50% presenta stato ansioso – 30% sintomi depressivi)
- 1)Sintomatologia: stanchezza, sonno irregolare, inappetenza, perdita di peso e comportamenti non specifici quali l'agitazione e l'aggressività
- 1)Sintomi più frequenti: sindrome di Godot (chiedere sempre la stessa cosa), torcersi le mani di continuo, cantilenare, paura di essere abbandonati, fobia di uscire di casa e la paura della folla e del rumore
- 1)Attenzione: miglioramento del quadro depressivo = lievi miglioramento dello stato cognitivo

# Quinto passo...i BPSD

## **CLUSTER PSICOTICO** **DELIRI E ALLUCINAZIONI**

1. Caratterizzano la fase moderata e severa della malattia (45% dei pazienti con Alzheimer, 38% dei paziente Vascolari)
1. Sintomatologia: deliri di tipo paranoideo (di gelosia o di furto) spesso scatenato da fattori cognitivi concausali (in particolare disturbi visuoperceptivi e disturbi mnesici); frequenti sono le misendificazioni (la moglie con la madre); le allucinazioni si presentano nella fase avanzata della malattia spesso costituite da illusioni visive ad esordio prevalentemente notturno.

# Quinto passo...i BPSD

## ALTERAZIONI DELLA PERSONALITA' APATIA E DISINIBIZIONE

Non sempre la personalità viene modificata durante la demenza!!

Sintomatologia:

Il 70% dei pazienti manifesta apatia

Il 40% dei pazienti manifesta irritabilità

Il 30% dei pazienti manifesta disinibizione

Queste alterazione della personalità sono le più difficili da gestire per i caregiver e innescano meccanismi di difesa e di rifiuto con conseguenti difficoltà di relazione e una accentuazione della sintomatologia da parte del paziente.

Apatia (“non disturbante”) = riduzione dell’attività motoria = aggravamento dello stato funzionale

# Quinto passo...i BPSD

## SINTOMI DI TIPO FRONTALE

### Alterazione del comportamento sociale

1. Perdita della consapevolezza personale: scarsa igiene e pulizia
2. Perdita della consapevolezza sociale: perdita di tatto oppure cleptomania
3. Segni di disinibizione verbale o sessuale: comportamenti violenti o molesti nei confronti dell'altro sesso, ilarità non appropriata al contesto
4. Rigidità mentale o inflessibilità
5. Ipeoralità: bulimia, tabagismo, alcolismo
6. Comportamenti stereotipati e perseverativi: comportamenti compulsivi, preoccupazioni ritualistiche
7. Facile distraibilità
8. Inconsapevolezza dei pasti: malnutrizione calorico proteica

# Quinto passo...i BPSD

## CLUSTER NEVROTICO

Irritabilità, agitazione, aggressività, wondering

1. Agitazione psicomotoria : fino al 60% dei pazienti
2. Vocalizzazione
3. Atteggiamenti aggressivi: irritabilità, agitazione, aggressività (dovuti a comportamenti reattivi a situazioni ambientali malinterpretate oppure a deliri o allucinazioni oppure a una malattia somatica)
4. “Sundowning syndrome”
5. Affaccendamento
6. Vagabondaggio

	AD LIEVE	AD MODERATA	AD SEVERA
Deliri	12%	25%	31%
Allucinazioni	12%	15%	8%
Agitazione	47%	55%	85%
Depressione	12%	45%	62%
Ansia	24%	65%	54%
Euforia	18%	0%	8%
Apatia	47%	80%	92%
Disinibizione	35%	40%	31%
Irritabilità	35%	40%	54%
Affaccendamento	12%	30%	84%

# NPI: Neuropsychiatric Inventory

		NO	FR	GR	FxG	C.GIV.
Deliri	NA	0	1 2 3 4	123	_____	1234
Allucinazioni	NA	0	1 2 3 4	123	_____	1234
Agitazione	NA	0	1 2 3 4	123	_____	1234
Depressione	NA	0	1 2 3 4	123	_____	1234
Ansia	NA	0	1 2 3 4	123	_____	1234
Euforia	NA	0	1 2 3 4	123	_____	1234
Apatia	NA	0	1 2 3 4	123	_____	1234
Disinibizione	NA	0	1 2 3 4	123	_____	1234
Irritabilità	NA	0	1 2 3 4	123	_____	1234
Attività motoria aberrante	NA	0	1 2 3 4	123	_____	1234
Coportamento notturno	NA	0	1 2 3 4	123	_____	1234
Comportamento	NA	0	1 2 3 4	123	_____	1234

## Quinto passo...i BPSD

# ***RIDURRE I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO***

### **Perché?**

- 1) aumentano il carico assistenziale della persona,
- 2) sono fonte di stress per chi assiste,
- 3) peggiorano il livello di autonomia della persona,
- 4) aumentano i costi della malattia.

# Quinto passo...i BPSD

## *RIDURRE I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO*

### Obiettivi:

#### 1) Ridurre

- la frequenza
- la gravità.

→ NPI

#### 2) Migliorare la qualità della vita

- del paziente,
- di chi lo assiste

## Quinto passo...i BPSD

### ***RIDURRE I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO***

- 1) Interventi sull'ambiente
- 2) Interventi sulla relazione
- 3) Interventi sulla persona

# Quinto passo...i BPSD

## ***RIDURRE I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO***

### *Organizzare lo spazio*

- ✓ *suoni, colori, movimento*
- ✓ *percorsi*
- ✓ *ausili*

## Quinto passo...i BPSD

# ***RIDURRE I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO***

### *Adottare corretti stili di relazione*

1. *la parola e il gesto*
2. *la presenza*

# Quinto passo...i BPSD

## RIDURRE I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

### **Attanti**

Queste tecniche identificano gli antecedenti e le conseguenze di poter  
comportamenti e suggeriscono modifiche all'ambiente che minimizza  
l'insorgenza di comportamenti e conseguenze

### **Sindrome sensitiva**

Attività ricreative, arte terapia, terapia occupazionale. Questi interventi  
normalizzano il piacere e il piacere del lavoro e del divertimento

### **Sindrome emozionale**

Interventi quali la psicoterapia di supporto, la mindfulness, la terapia di validazione  
e l'integrazione sensibile

### **Sindrome cognitiva**

Qui la terapia di riabilitazione alla realtà, il neuro training, il training  
procedurale

# Quinto passo...i BPSD

## RIDURRE I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

### Stadi della demenza

	lieve	moderat	severo
ROT	*	*	0
3R Therapy (ROT+Riattivazione+Reminiscenza)	*	*	
Terapia di Reminiscenza	*	*	
Terapia di Validazione		*	*
Stimolazione della memoria procedurale motoria	*	*	
Stimolazione della memoria procedurale sensoriale e cognitiva	*		
Memotecniche	*		
Stimolazione della memoria prospettica	*		

Il sesto passo....IL DELIRIUM

**THINK DELIRIUM**

# Il sesto passo....IL DELIRIUM

## DIAGNOSI DI DELIRIUM – DSM IV

1. Disturbo dello stato di coscienza (ridotta consapevolezza dell'ambiente) con ridotta capacità di fissare, mantenere e spostare l'attenzione.
1. Alterazioni della sfera cognitiva (deficit di memoria, disorientamento temporo-spaziale, disturbi del linguaggio) non giustificabili da una demenza preesistente o in evoluzione.
1. Il disturbo si manifesta in un periodo di tempo breve (di solito ore o giorni) ed ha un decorso fluttuante nel corso della giornata.
1. C'è evidenza dalla storia, dall'esame obiettivo, o da altri accertamenti che il disturbo è una diretta conseguenza di una patologia medica in corso, di un'intossicazione da farmaci o da una sindrome di astinenza..

# Il sesto passo....IL DELIRIUM

## RIPRENDIAMO QUALCHE CONCETTO...

□ Ipercinetico: caratterizzato dal riscontro all'esame obiettivo di ansia, iperattività o aggressività transitoria e fluttuante alterazione dello stato di coscienza.

Ipocinetico: prevale letargia, ipoattività, rallentamento ideomotorio

Modalità di manifestazione:

✓ Misto: il corteo sintomatologico è caratterizzato dall'alternanza di queste due condizioni

✓ Ipocinetico

✓ Misto

# Il sesto passo....IL DELIRIUM

## COME DIFFERENZIARE IL DELIRIUM DALLA DEMENZA ?

*CLINICAL FEATURES OF DELIRIUM, DEMENTIA, AND DEPRESSION  
Adapted from Foreman MD, Grabowski R. Diagnostic dilemma: cognitive  
impairment in the elderly. J Gerontol Nurs 1992; 18(9):5-12*

# Il sesto passo....IL DELIRIUM

	<b>DELIRIUM</b>	<b>DEMENZA</b>
<b><u>Insorgenza</u></b>	Acuto o subacuto, spesso alla sera	Cronica, generalmente insidiosa
<b><u>Decorso</u></b>	Di breve durata, i sintomi fluttuanti di giorno peggiorano alla sera, nella notte e al risveglio	Lungo, non ci sono sintomi diurni particolari ma essi sono progressivi e relativamente stabili nel tempo
<b><u>Progressione</u></b>	Inattesa, brusca	Lenta ma costante

# Il sesto passo....IL DELIRIUM

	<b>DELIRIUM</b>	<b>DEMENZA</b>
--	-----------------	----------------

<b><u>Durata</u></b>	Ore, meno di un mese, raramente lunga	Mesi o anni
<b><u>Coscienza</u></b>	Ridotta	Chiara
<b><u>Vigilanza</u></b>	Apatia o ipervigile, fluttuante	Generalmente normale

# Il sesto passo....IL DELIRIUM

	<b>DELIRIUM</b>	<b>DEMENZA</b>
<b><u>Attenzione</u></b>	Peggiorata, fluttuante	Generalmente normale
<b><u>Orientament</u> <u>o</u></b>	Generalmente peggiorato, fluttuante in casi severi	Può essere peggiorato
<b><u>Memoria</u></b>	Recente e immediata peggiorata	Recente e remota peggiorata
<b><u>Pensiero</u></b>	Disorganizzato, distorto, frammentato, rallentato o accelerato, parla incoerentemente	Difficoltoso alle astrazioni, pensiero impoverito, giudizio impoverito, le parole difficili da trovare

# Il sesto passo....IL DELIRIUM

	<b>DELIRIUM</b>	<b>DEMENZA</b>
<b><u>Percezione</u></b>	Distorta; illusione, delusione, allucinazioni, difficoltà a distinguere tra la realtà e percezioni errate	Percezioni errate spesso assenti
<b><u>Comportamento motorio</u></b>	Variabile, ipocinetico, ipercinetico o entrambi	Normale, ma può esserci aprassia
<b><u>Ciclo sonno-veglia</u></b>	Disturbato, il ciclo si può invertire (scambiare il giorno per la notte)	Frammentato

# Il sesto passo....IL DELIRIUM

	<b>DELIRIUM</b>	<b>DEMENZA</b>
<b><u>Caratteristiche associate</u></b>	Variabili cambi emotivi, sintomi da autonomia ipereccitata, esagerazioni della personalità, associato con malattie fisiche	Influisce superficialmente, labile, tenta di nascondere i deficit intellettivi, cambia la personalità, afasia, agnosia, manca di comprensione (insight)
<b><u>Stato mentale nei test</u></b>	Distratto nel suo compito	Sbaglia riguardo alla sua famiglia, frequentemente "sbaglia le risposte", fa fatica con i test, fa un grande sforzo per cercare appropriate risposte

# Il sesto passo....IL DELIRIUM

## RIPENDIAMO QUALCHE CONCETTO...

- ✓ DELIRIUM PREVALENTE:

Presente all'ammissione in reparto

- ✓ DELIRIUM INCIDENTE:

Quando si sviluppa durante la degenza

# Il sesto passo....IL DELIRIUM

## CHI SONO I PAZIENTI A RISCHIO

Elle M et al. 1998

(Meta-analisi di 27 studi pubblicati fra il 1966 e il 1995)

1. Preesistente demenza
2. Condizione medica severa
3. Abuso di alcool
4. Limitazione funzionale
5. Na<sup>+</sup> sierico alterato
6. Sesso maschile
7. Depressione
8. Alterazione udito
9. Alterazione vista

# Il sesto passo....IL DELIRIUM

## CHI SONO I PAZIENTI A RISCHIO

Inouye, JAMA 1996

- ✓ FATTORI PREDISPONENTI
- ✓ FATTORI PRECIPITANTI

# CHI SONO I PAZIENTI A RISCHIO

## ➤ **Fattori predisponenti**

## ➤ **Fattori precipitanti**

- Età avanzata
- Deficit cognitivo
- Gravità/severità di malattie
- Deficit multisensoriale
- Disabilità nelle ADL
- Sesso maschile
- Depressione
- Alcolismo
- Malnutrizione

Il 25% dei soggetti con delirium sono dementi

Il 40% dei dementi ricoverati in ospedale sviluppa delirium

# Il sesto passo....IL DELIRIUM

## CHI SONO I PAZIENTI A RISCHIO

### ➤ Fattori predisponenti

### ➤ **Fattori precipitanti**

- Evento clinico avverso
- Intervento di chirurgia maggiore
- Ricovero in UTI
- Farmaci psicoattivi
- Deprivazione di sonno
- Ipotensione
- Febbre o ipotermia
- Disordini metabolici
- Uso di contenzione fisica
- Dolore
- Cateterismo vescicale

# Il sesto passo....IL DELIRIUM

## PATOGENESI DEL DELIRIUM

**Fattori predisponenti/vulnerabilità**

**Alta vulnerabilità**

Demenza severa

Gravità di malattia

Deficit multisensoriale

Buona salute

**Bassa vulnerabilità**

**Fattori precipitanti**

**Evento clinico avverso**

Chirurgia maggiore

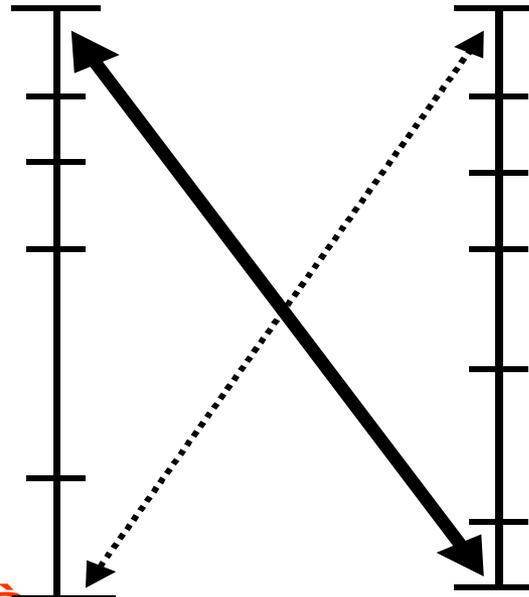
Unità di Terapia Intensiva

Farmaci psicoattivi

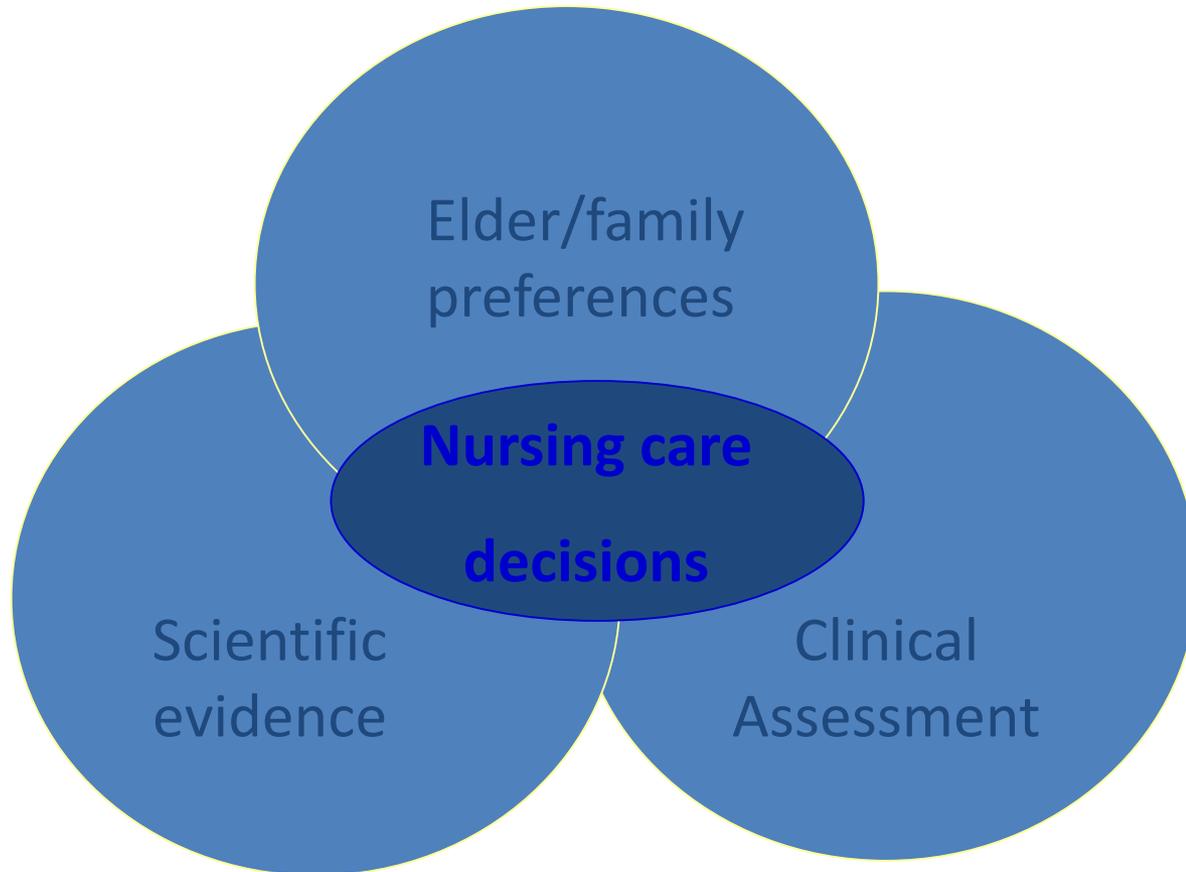
Deprivazione di sonno

Singola dose di ipno-inducente

**Nessun evento clinico avverso**



# Il settimo passo....LE SCELTE



# Il settimo passo....LE SCELTE

## Il nursing del paziente demente



Clinical  
assessment

*Roeline W., Pasman A. et Al*

Feeding nursing home patients with severe dementia: a qualitative study

Journal of Advanced Nursing, 2003; 42:304

Le infermiere interpretano diversamente i disturbi comportamentali dei pazienti dementi e di conseguenza assumono decisioni diverse e contraddittorie.

# Il settimo passo....LE SCELTE

## Il nursing del paziente demente



Clinical  
assessment

*Marianne C. McCarthy*

Detecting acute confusion in older adults: Comparing clinical reasoning of nurses working in acute, long-term, and community health care environments

Research in Nursing & Health, 2003; 26: 203-212

I risultati rinforzano l'intuizione che l'abilità delle infermiere a riconoscere il delirium e a differenziarlo dalla demenza, in setting diversi, può essere attribuita alla loro personale filosofia riguardo l'invecchiamento.



Clinical  
assessment

# Il settimo passo....LE SCELTE

## Il nursing del paziente demente

***Bartels SJ, Horn SD, Smout RJ, Dums AR.***

**Agitation and depression in frail nursing home elderly with dementia: treatment characteristics and service use.**

**Am J Geriatr Psychiatry, 2003;11: 231-238**

I pazienti affetti da demenza complicata da un mix di agitazione e depressione hanno un più elevato numero di ospedalizzazioni e assumono più psicofarmaci.



Clinical  
assessment

# Il settimo passo....LE SCELTE

## Il nursing del paziente demente

***Maria Frampton***

**Review**

**Experience assessment and management of  
pain in people with dementia**

**Age and Ageing 2003; 32: 248-251**

**La consapevolezza da parte dei medici ( e degli  
infermieri) della possibile presenza/esperienza di  
dolore nei soggetti dementi è il presupposto  
fondamentale alla valutazione e al trattamento.**



Scientific  
evidence

# Il settimo passo....LE SCELTE

## Il nursing del paziente demente

*R. S. Doody, J.C. Stevens, C. Beck, R.M. Dubinsky, J.A. Kaye, L. Gwyther, R.C. Mohs, L.J. Thal, P.J. Whitehouse, S.T. DeKosky, and J.L. Cummings*

**Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology**

**Neurology, May 2001; 56: 1154 - 1166**



Scientific  
evidence

# Il settimo passo....LE SCELTE

## Il nursing del paziente demente

compensare la perdita di memoria e il disorientamento

- **Studio**

Revisione di 380 lavori di letteratura (RCT i o altri studi che includevano >20 partecipanti)

- **Principali risultati**

Farmaci

1. **Gli inibitori della colinesterasi sono efficaci nel trattamento della Demenza di Alzheimer**
2. **Gli antipsicotici riducono l'agitazione e gli antidepressivi riducono la depressione nei soggetti affetti da demenza**

*R. S. Doody, Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology Neurology, May 2001; 56: 1154 - 1166*



Scientific  
evidence

# Il settimo passo....LE SCELTE

## Il nursing del paziente demente

ottimizzare lo stato funzionale  
ridurre i disturbi comportamentali

- **Principali risultati**

Nursing

1. **La formazione specifica degli infermieri in casa di riposo riduce l'utilizzo non necessario di psicofarmaci.**
2. **L'assistenza proporzionata alle capacità del soggetto, la semplificazione delle procedure e il rinforzo positivo aumentano l'autonomia funzionale.**
3. **La modificazione del comportamento, l'utilizzo delle schede minzionali e il richiamo verbale riducono l'incontinenza urinaria.**

*R. S. Doody, Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology Neurology, May 2001; 56: 1154 - 1166*



Scientific  
evidence

# Il settimo passo....LE SCELTE

## Il nursing del paziente demente

ridurre i disturbi comportamentali

*Arne Fetveit , Arvid Skjerve, Bjørn Bjorvatn*

**Bright light treatment improves sleep in institutionalised elderly - an open trial**

**International Journal of Geriatric Psychiatry 2003; 6: 520-526**



Scientific  
evidence

# Il settimo passo....LE SCELTE

## Il nursing del paziente demente

ridurre i disturbi comportamentali

*E. Joy Bowles, Dilys M. Griffiths, Letitia Quirk, Anne Brownrigg and Karen Croot*

**Effects of essential oils and touch on resistance to nursing care procedures and other dementia-related behaviours in a residential care facility**

**International Journal of Aromatherapy 2002;12: 2-74**



Scientific  
evidence

# Il settimo passo....LE SCELTE

Il nursing del paziente demente

garantire la sicurezza

*Evans LK, Strumpf NE, Allen Taylor SL, Capezuti E,  
Maislin G, Jacobsen B.*

**A clinical trial to reduce restraints in nursing homes.**

**Journal of the American Geriatrics Society  
1997;45(6): 675-81**



Scientific  
evidence

# Il settimo passo....LE SCELTE

## Il nursing del paziente demente

garantire la sicurezza

- **Studio**

Trial controllato randomizzato.

- **Setting**

Nursing homes

- **Pazienti**

643 residenti randomizzati in tre gruppi

- **Intervento**

1. Gruppo 1: assistenza da infermiere formate ad hoc
2. Gruppo 2: assistenza da infermiere formate e che potevano ottenere consulenza specialistica
3. Gruppo 3: controllo

Evans LK, Strumpf NE, Allen Taylor SL, Capezuti E, Maislin G, Jacobsen B. [A clinical trial to reduce restraints in nursing homes](#). Journal of the American Geriatrics Society 1997;45(6): 675-81.



Scientific  
evidence

# Il settimo passo....LE SCELTE

## Il nursing del paziente demente

garantire la sicurezza

- **Risultati**

1. Nessuna differenza tra gruppo 1 e controllo
2. Significativa riduzione della contenzione nel Gruppo 2
3. In tutti i 3 gruppi si è comunque osservata una riduzione della contenzione:

Gruppo 3: 11%      Gruppo 1: 23%      Gruppo 2: 56%

Evans LK, Strumpf NE, Allen Taylor SL, Capezuti E, Maislin G, Jacobsen B. [A clinical trial to reduce restraints in nursing homes](#). Journal of the American Geriatrics Society 1997;45(6): 675-81.

# COSA NON FARE CON PAZIENTI CONFUSI E AGITATI

1. Non mettersi sullo stesso piano del paziente, non ritenersi offesi dalle sue affermazioni o dai suoi comportamenti
2. Non avvicinare la persona da dietro né con richiami contemporanei a più persone
3. Non ridicolizzarla, non molestarla e non usare nomignoli
4. Non urlare, non dare informazioni errate
5. Non manifestare paura o ansia che potrebbero aumentare la sua aggressività
6. Evitare stimoli luminosi o sonori diretti e improvvisi
7. Non costringere la persona confusa con la forza fisica
8. Evitare di ricorrere a mezzi di contenzione

# COSA FARE CON PAZIENTI CONFUSI E AGITATI

1. Essere calmi, cortesi, trasmettere disponibilità
2. Fermarsi a parlare qualche minuto usando frasi brevi e chiare
3. Incoraggiare la risposta
4. Fargli capire che non gli si vuole far del male
5. Parlare stando di fronte: essere flessibili e tolleranti abolendo rigidità e rifiuto
6. Avere sempre il pieno controllo della comunicazione metaverbale
7. Operare in maniera che sia una sola persona a gestire la relazione (possibilmente chi riscuote maggiore fiducia nell'ospite) (.....)

# COSA FARE CON PAZIENTI CONFUSI E AGITATI

8. Cercare di capire se c'è qualcosa che lo spaventa o le ragioni dell'eventuale aggressività
9. Analizzare ed ascoltare tutto quello che si dice anche se incoerente
10. Evitare di parlare "senza senso"
11. Valutare se è meglio orientarlo alla realtà oppure se è più opportuno spostare la sua attenzione su altri temi
12. Cercare di identificare e mettere in relazione le cause del comportamento agitato (ad es. ostruzione urinaria, stitichezza, incontinenza, febbre...)