



PRO – 09 Protocollo disturbi comportamentali

PREVENZIONE, CORRETTA ASSISTENZA E RELAZIONE CON PERSONE AFFETTE DA DISTURBI COMPORTAMENTALI, SINTOMI DI DEPRESSIONE E DEFICIT COGNITIVI

Sommario

Applicabilità	2
Gestione del rischio.....	2
Emergenza Covid-19	4
Informazioni documentate da conservare.....	5
Revisione del Protocollo	5
1. PREMESSA SULLA VALUTAZIONE	5
2. IL CARICO FAMILIARE	6
3. DISTURBI COGNITIVI (NEGLI OSPITI AFFETTI DA DEMENZA, DISABILITA', RITARDO MENTALE, ETC)	6
4. DISTURBI COMPORTAMENTALI (NEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA, DISABILITA', RITARDO MENTALE, DEFICITI COGNITIVI, ECC.)	8
5. DISTURBI DELL'UMORE (DEPRESSIONE ED APATIA)	11
6. PREVENZIONE DISTURBI COMPORTAMENTALI, DEFICIT COGNITIVI E SINTOMI DEPRESSIVI	12
Allegato 1 – La gestione a caldo – Alcuni spunti di metodo – di E. Farinetti	12
Allegato 2 - ELENCO DELLA MODULISTICA ALLEGATA	13

Numero Revisione	Motivo	Data	Firma Legale Rappresentante	Firma RAQ
00	Prima emissione	31/03/2011		
01	Revisione	13.07.2020	FIRMATO A DISTANZA	FIRMATO A DISTANZA



Applicabilità

Fattore di rischio	n. Protocollo	Titolo del Protocollo adottato al fine di implementare un'azione di sistema atta ad affrontare il rischio connesso con il fattore specifico individuato	RSA CD e AD anziani	CAP	Comunità e CD Minori	Nidi d'infanzia	CDD / CDS	CIAF/CAG/Educativa	Servizi immigrati e medd. Ling.	Assistenza scolastica	Assistenza sociale
Disturbi comportamentali	09	Protocollo Disturbi comportamentali	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Le misure di seguito indicate sono applicate in base alla pertinenza della specifica attività per la tipologia di ospiti del servizio/struttura. Per ciascun servizio / struttura può essere allegato un protocollo specifico che individua, tenuto conto della valutazione del rischio, particolari disposizioni derogatorie ovvero indicazioni operative rilevanti riguardo altresì alla tipologia di ospiti o ad altre esigenze specifiche del servizio.

Il Coordinatore si fa carico di tenere aggiornato il suddetto elenco e di trasmetterlo al RAQ che ne verifica la rispondenza al SGI e lo archivia tra gli elenchi della documentazione a sistema.

Gestione del rischio

La valutazione del rischio è il processo complessivo d'identificazione, analisi e ponderazione del rischio. L'attività di valutazione del rischio è applicata ai singoli processi aziendali, inclusi pertanto i processi di erogazione connessi all'applicazione del presente protocollo, e deriva dalla comprensione del contesto (fattori interni ed esterni) e delle parti interessate (cfr. Sez. 04 MGI e PG 04 Gestione del Rischio). Tale comprensione evidenzia fattori di rischio e opportunità che determinano la definizione dei processi aziendali e le loro interazioni.

In linea con i principi seguiti della norma IEC 31010:2009, la metodologia seguita per la valutazione del rischio è quella che, valuta la grandezza del rischio (indice del rischio) come moltiplicatore di una matrice quadrata 4x4, quindi:



P				
4	8	12	16	
3	6	9	12	
2	4	6	8	
1	2	3	4	C

$R = P \times C$
 R = indice del rischio;
 P = probabilità o frequenza del verificarsi dell'evento;
 C = ponderazione delle conseguenze derivanti

Range numerico	Livello	Valutazione indice dei rischi (R) Misure di contenimento
----------------	---------	---

1 – 3	Rischio basso	Nessuna AC specifica, consolidamento dei livelli di Rischio, valutazione eventuali miglioramenti.
4 – 8	Rischio medio	Predisposizione AC od obiettivi di miglioramento nel medio periodo, aumento del monitoraggio e del controllo.
9 – 16	Rischio alto	Predisposizione AC urgenti, stretto monitoraggio e controllo della fonte di Rischio.

Indice numerico	Livello	Definizione/criterio
-----------------	---------	----------------------

1	Improbabile	Indica la scarsissima probabilità del verificarsi dell'evento per la mancanza della presenza oggettiva del rischio in esame. Non sono noti episodi già verificatisi. Assenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento susciterebbe incredulità.
2	Occasionale	Indica la scarsa possibilità del verificarsi dell'evento. Sono noti solo rarissimi episodi già verificatisi o che sarebbero potuti accadere. Scarsa presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento ipotizzato susciterebbe grande sorpresa.
3	Probabile	Indica la possibilità concreta del verificarsi dell'evento. È noto qualche episodio in cui alla non conformità ha fatto seguito l'evento. Presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento ipotizzato susciterebbe una moderata sorpresa.
4	Molto probabile	Esiste una correlazione diretta tra la non conformità rilevata ed il verificarsi dell'evento ipotizzato. Si sono già verificati episodi per la stessa non conformità rilevata in situazioni operative simili. Alta presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità.

Indice numerico	Livello	Definizione/criterio
-----------------	---------	----------------------

1	Lieve	Evento di scarsa entità, con conseguenze facilmente contenibili
2	Media	Evento di media entità, che coinvolge parte dell'Organizzazione
3	Grave	Evento di grave entità, che coinvolge parte dell'Organizzazione
4	Gravissima	Evento di grave entità, che coinvolge l'intera Organizzazione



La Cooperativa elabora, per i diversi servizi, una valutazione del rischio specifico di erogazione, a partire dall'applicazione del presente protocollo tenendo conto:

- Delle NC rilevate rispetto al processo considerato
- Delle AC intraprese a seguito di NC o reclami riferibili al processo
- Dei reclami pervenuti relativamente al processo
- Di eventuali eventi critici, near miss o criticità rilevate e riferibili al processo
- Dei risultati di controlli, verifiche, ispezioni anche di Enti esterni relativamente al processo
- Dei risultati degli audit interni relativi al processo
- Dell'efficacia della formazione erogata che ha un impatto sul processo
- Dei risultati conseguiti dalle azioni di miglioramento intraprese relativamente al processo considerato
- Dell'andamento del processo e di altri aspetti specifici inerenti il processo
- Di ulteriori fattori rilevanti del contesto interno od esterno impattanti sul processo
- Dei risultati derivanti dalle indagini di soddisfazione del cliente e del clima interno
- Dai rapporti del servizio dei Coordinatori dei servizi e delle strutture

Emergenza Covid-19

In relazione all'emergenza Covid – 19 la Cooperativa ha adottato le misure di sicurezza da applicare all'erogazione del servizio, mediante protocolli speciali, procedure e documenti organizzativi. Il presente protocollo, per quanto incompatibile con le più strette misure di sicurezza previste, viene da queste modificato senza necessità di specifica revisione.

Il quadro normativo di riferimento è in costante evoluzione. [A questo link del sito web del Dipartimento della Protezione Civile](#) sono disponibili in costante aggiornamento i provvedimenti normativi a livello governativo e regionali relativi alla gestione dell'emergenza.

[A questo link](#) in particolare sono disponibili le Ordinanze del Presidente della Regione Toscana specificamente inerenti la gestione dell'emergenza nelle strutture socio-sanitarie.

[A questo link](#) in particolare è disponibile la documentazione prodotta dall'A.USL Toscana Nord Ovest inerenti la gestione dell'emergenza nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Si fa riferimento a tale documentazione quale aggiornamento delle leggi e della documentazione di origine esterna.

Ai fini della gestione dell'emergenza, le autorità sanitarie e di protezione civile emettono altresì protocolli e linee guida con indicazioni operative da applicare e/o raccomandazioni suggerite riferibili ad esempio a strutture o servizi assistenziali e socio-sanitari specifici. Anche tale documentazione viene acquisita dal sistema come documentazione di origine esterna ed è oggetto sia di trasmissione ai servizi interessati, che di applicazione nella documentazione di erogazione del servizio.

In particolare vengono formalmente recepite nel sistema di gestione:

- le Ordinanze del Presidente della Regione Toscana sopra richiamate e applicabili al contesto aziendale;
- le Delibere di GR Toscana applicabili al contesto aziendale

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015	Pag. 5 di 13
	Protocollo disturbi comportamentali	PRO – 09 Rev. 01 del 13.07.2020

- le Linee di indirizzo della Regione Toscana applicabili al contesto aziendale
- le Linee di indirizzo elaborate dall'A. USL Toscana Nord Ovest – Unità di Crisi Gestione dell'emergenza COVID-19;
- Rapporti Covid-19 a cura dell'Istituto Superiore di Sanità <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>

Informazioni documentate da conservare

Presso i singoli servizi / strutture sono in uso modulistica specifica per la registrazione delle informazioni documentate da conservare inerenti lo svolgimento degli atti assistenziali. In alcune strutture è in uso altresì il gestionale e-personam che progressivamente consente di sostituire la registrazione cartacea con la registrazione digitalizzata.

In allegato al presente protocollo (allegato 2) l'elenco della modulistica ad esso riconducibile in uso presso ciascun servizio / struttura. Il Coordinatore si fa carico di tenere aggiornato il suddetto elenco e di trasmetterlo al RAQ che ne verifica la rispondenza al SGI e lo archivia tra gli elenchi della documentazione a sistema. Resta inteso che ciascun servizio non sia autorizzato ad introdurre autonomamente nuova modulistica e che ciò avvenga attraverso l'ordinario processo di emissione.

Revisione del Protocollo

Il presente protocollo è sottoposto a revisione triennale e ogniqualvolta ciò si renda necessario. La revisione può essere proposta anche dai singoli servizi per il tramite del Coordinatore e/o dell'infermiere laddove presente.

La proposta di revisione può essere inoltrata al RAQ via email indicando:

- n. pagina oggetto di modifica;
- paragrafo da modificare;
- testo del paragrafo da modificare;
- testo proposto per la modifica

1. PREMESSA SULLA VALUTAZIONE

L'ospite della Struttura è un soggetto che presenta diversi livelli di autonomia legati al complesso delle proprie condizioni psichiche, fisiche e relazionali.

La prima valutazione di tali condizioni, necessariamente multidisciplinare, è svolta dal sistema integrato dei servizi sociali territoriali a cui l'utente si rivolge. Scopo di tale valutazione è infatti anche quello di rilevare, a fronte dell'analisi delle condizioni generali e specifiche e della "storia di vita" del soggetto, le migliori opportunità per mantenere, rafforzare, ripristinare le sue condizioni di autonomia.

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015	Pag. 6 di 13
	Protocollo disturbi comportamentali	PRO – 09 Rev. 01 del 13.07.2020

Pertanto la destinazione del soggetto alla struttura, è successiva all'attività di valutazione posta in essere, con le diverse professionalità necessarie, dai servizi territoriali. Alla struttura compete comunque un'attività valutativa al momento dell'ingresso e affidata all'equipe multidisciplinare del Centro stesso, che la rileva utilizzando l'apposita scheda prevista nella procedura di riferimento.

2. IL CARICO FAMILIARE

La struttura semiresidenziale rappresenta un valido supporto oltre che per l'ospite anche per la famiglia e riduce i tempi di istituzionalizzazione. Molto importante è accompagnare i familiari nel percorso di autonomia che viene svolto all'interno del centro. Un aspetto preponderante nelle residenze per anziani, ma sempre di più anche nei soggetti disabili, è legato alla demenza. Il demente, almeno fino ad oggi in Italia, vive in casa per tutta o quasi la sua "carriera" demenziale assistito dai familiari. Questo è certamente positivo dal punto di vista del paziente, poiché è ben noto che l'istituzionalizzazione di questi soggetti comporta generalmente un peggioramento del livello di vita oltre che una riduzione delle aspettative di vita (senza tener conto degli elevati costi sociali), ma comporta anche, per contro, un carico altamente stressante per i familiari. Non possiamo chiudere, perciò, questo capitolo senza fare un breve cenno ai complessi problemi connessi al *management* del paziente demente.

I problemi che maggiormente preoccupano i familiari sono certamente diversi da quelli che di solito prende in considerazione il medico o comunque hanno un significato diverso tanto sul piano pratico che su quello emozionale. Le loro preoccupazioni, infatti, riguardano prevalentemente i rischi ai quali il soggetto può andare incontro, i danni che può provocare agli altri, i problemi legati all'assistenza, l'incontinenza, eccetera, ed i loro bisogni sono essenzialmente quelli legati allo stress indotto da un'attività prolungata e poco gratificante, di avere maggiori informazioni sulle modalità di cura e di assistenza, come la necessità di turni di riposo, di partecipare ad attività gratificanti extrafamiliari, di aiuto nelle attività domestiche, di poter contare su strutture assistenziali che possano farsi carico del paziente per brevi periodi di tempo in caso di necessità, eccetera). Per molti è importante avere maggiori informazioni sulle modalità di cura e di assistenza per poter svolgere un ruolo più attivo e non sentirsi spettatori impotenti e rassegnati del progressivo sgretolamento della personalità di una persona cara: sarebbe necessario, perciò, renderli coscienti dell'importanza del loro ruolo e, al tempo stesso, educarli a svolgere un ruolo di sollecitazione attiva del paziente nello svolgimento delle attività della vita quotidiana (igiene personale, abbigliamento, alimentazione...), coinvolgerli nell'attività di riabilitazione nel tentativo di sfruttare tutte le capacità funzionali del soggetto per ottenere migliori prestazioni nei diversi settori (psicomotricità, umore, attenzione, autocoscienza, partecipazione sociale...), insegnare loro la tolleranza verso comportamenti noiosi o distruttivi.

Per valutare l'impegno, il carico e lo stress che questi pazienti rappresentano per i familiari, sono stati messi a punto alcune scale di valutazione. La prima, storicamente, è la *Relatives' Stress Scale -RSS* che Greene e Collaboratori hanno messo a punto nel 1982 come naturale complemento di un'altra loro scala, la *Behaviour and Mood Disturbance Scale - BMDS* (Greene et al., 1982), di cui abbiamo già fatto cenno: la BMDS, creata per la valutazione del soggetto demente da parte dei familiari, è in grado di fornirci una visione del comportamento di questi paziente attraverso gli occhi delle persone che gli vivono accanto e la RSS fornisce una valutazione del tipo e dell'intensità dello stress per le persone che hanno il carico e la responsabilità dell'assistenza di un familiare demente e dei meccanismi psicologici di adattamento della famiglia alla presenza ed all'assistenza del demente stesso. Più recentemente sono state messe a punto due altre scale, la *Memory and Behavior Problems Checklist - MBPC* e la *Burden Interview - BI* (Zarit e Zarit, 1990); la MBPC si propone di stabilire la frequenza con cui il demente mette in atto comportamenti problematici e quali sono i comportamenti più disturbanti per la famiglia, la BI misura le reazioni ai compiti connessi con l'assistenza a questi pazienti. I due strumenti, il primo di etero ed il secondo di autovalutazione, si rivolgono direttamente a coloro che assistono i dementi ed in generale sono assai ben accettati poiché sono vissuti come un segno di interessamento nei confronti di un'attività che essi sentono spesso ignorata o sottovalutata.

3. DISTURBI COGNITIVI (NEGLI OSPITI AFFETTI DA DEMENZA, DISABILITA', RITARDO MENTALE, ETC)

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015	Pag. 7 di 13
	Protocollo disturbi comportamentali	PRO – 09 Rev. 01 del 13.07.2020

I disturbi cognitivi osservabili negli ospiti presenti in Struttura possono essere così classificati e trattati:

- Perdita di memoria: Non alterarsi per le ripetizioni ma rispondere alle ripetute richieste, cercare di dare messaggi/compiti semplici e diretti, presentarsi sempre noi e gli altri, ricordare dove e cosa facciamo, rassicurare sul fatto che siamo in un luogo amico e familiare, cercare agganci con un passato positivo (ricordi quando..?) per spostare l'attenzione sulle dimenticanze odierne, cercare di stimolare la memoria con giochi e letture semplici/ripetizioni di parole e piccole frasi
- Disorientamento: Il disorientamento, nei casi di demenza, è spesso uno dei primi sintomi della malattia e rappresenta uno dei maggiori disturbi per gli ospiti stessi, nel senso che determina uno dei maggiori punti di difficoltà (soprattutto negli stadi lievi della malattia): il non saper riconoscere il luogo in cui ci si trova e di non sapere che giorno, mese e anno sia, sono una fonte di forte preoccupazione. Dopo aver rassicurato il paziente è utile cercare di aiutarlo a capire il tempo (magari con l'aiuto di calendari e orologi), ripetendogli la data e l'ora e il luogo. Dire sempre chi siamo e cosa facciamo, dire che tornerà a casa a quella data ora, oppure che siamo in un luogo familiare, dire dove siamo e dov'è e che cosa fa la sua famiglia (se richiesto), narrare la storia della nostra conoscenza dell'ospite ("sono...." quello con cui andasti...facesti...)
- Disturbi dell'attenzione: Non lasciare l'ospite nella distrazione, cercare di impiegarlo in attività personali o di gruppo semplici, colloquiare con lui di cose pratiche che lo interessino, cercare di lavorare sulle abilità residue
- Iposensorialità: Accertarsi che vista e udito siano il più possibile congrui e nel tal caso riferire alle figure competenti, non dare stimoli troppo eccessivi (suoni, luci)
- Rallentamento ideomotorio: Finalizzare lo stimolo all'utente in quel momento cercando di vederlo per quello che è in questo momento e non quello che era in precedenza.
- Comprensione ridotta: è necessario scandire parole e concetti con ripetizioni periodiche appropriate, cercare di stimolare l'immaginazione e la comprensione con esempi semplici, individuare qualche esempio relativamente a cose o situazioni che interessano l'utente
- Progettualità ridotta: cercare di stimolare gli interessi dell'ospite con piccole finalità giornaliere (es. igiene, bisogni personali, interessi, etc): è molto importante agire sulla gratificazione quando si ottiene anche un minimo risultato

La scarsa capacità di comprendere e dare corretto significato alle informazioni determina, nelle persone in oggetto, una scorretta interpretazione degli stimoli esterni (in generale eventi e situazioni) e un'errata attribuzione emozionale agli stessi stimoli. Succede spesso, così, che gli ospiti attribuiscono particolari emozioni anche a quelle situazioni che noi definiremmo neutre, o alle quali risponderemmo con risposte quasi automatiche. Se una persona non è in grado di percepire e comprendere pienamente una situazione, o se non riesce a dare il corretto senso ad un ambiente, essa avrà anche un'alterazione sul piano emotivo e, di conseguenza, cambierà il suo comportamento.

Per utilizzare un esempio che meglio faccia comprendere quanto appena detto, immaginiamo di camminare, di notte, in un vicolo in cui vi è anche una nebbia fitta. Ad un certo momento sentiamo dietro di noi dei passi senza riuscire bene a vedere chi sia. Probabilmente inizieremo ad entrare in uno stato di allerta: il cuore aumenterà la frequenza dei suoi battiti, affretteremo il passo e inizieremo a girarci sempre più spesso, cominceremo a sudare e, forse, a sentire un tremolio a mani e piedi. In questa situazione il nostro corpo, i nostri sensi e, soprattutto, il nostro cervello, cercheranno di trovare una soluzione, cercheranno di capire prima di tutto se si tratta di una situazione pericolosa o se non succederà nulla.

Seguendo la metafora, nel caso di un ospite demente, è come se fosse perennemente nella nebbia, sempre nella situazione di non sapere quale significato attribuire ad una situazione che sta vivendo; non solo, se e quando riesce a farlo, il deficit di memoria potrebbe impedirgli di ricordarlo! Il sistema di allerta quindi potrebbe continuare ad attivarsi e disattivarsi senza una strategia precisa. Infine, occorre considerare anche che il tutto è aggravato da una alterazione della regolazione interna, che spesso non permette di regolare il bisogno di cibo, sonno, caldo e freddo.



4. DISTURBI COMPORTAMENTALI (NEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA, DISABILITA', RITARDO MENTALE, DEFICITI COGNITIVI, ECC.).

Le cause delle anomalie comportamentali possono essere:

- Organiche (dolore, febbre, malattie metaboliche, etc)
- Psiciche (psicosi con deliri, allucinazioni, ansia, ossessioni, preoccupazioni varie)
- Neurologiche (epilessie, cerebropatie varie: vascolari, tossiche, etc)

Qualora si osservino queste situazioni è compito dell'operatore avvertire subito l'assistente sociale o l'infermiere, ove presente, che provvederà subito ad avvisare il medico di famiglia. E' necessario però inoltre un intervento di tipo comportamentale che cerchi di eliminare le cause (ove possibile) , di togliere i fattori di rischio e di rasserenare l'ambiente di lavoro, gli altri utenti ed i familiari.

Prima di descrivere in modo dettagliato i singoli disturbi comportamentali è opportuno segnalare che, in linea generale, è molto difficile trattarli e che sarebbe meglio lavorare per prevenirli.

Inoltre, bisogna ricordare che oltre ad essere dei sintomi di particolari patologie i disturbi comportamentali esprimono sempre un disagio del paziente: in quel preciso momento e in quel preciso luogo il paziente è disturbato da qualcosa a cui non riesce a dare un significato; l'unico modo che ha di esprimere il suo disagio è quello di usare una forma molto primitiva di comunicazione, quella emotiva che agisce proprio quando la persona non è più in grado di usare la logica, la razionalità per dare spiegazione funzionale ed adattiva ad un problema. Lui non è in grado, ma chi lo assiste sì! È quindi un preciso dovere dell'operatore, per quanto possibile, cercare di risolvere il problema del paziente.

Di seguito sono elencate le tipologie di disturbi comportamentali che si possono riscontrare all'interno della struttura con le conseguenti modalità di intervento:

Aggressività

Può essere verbale o fisica. Generalmente è rivolta verso il caregiver (soprattutto se non è abituale). Le persone affette da demenza mostrano molta forza: tuttavia questa non riesce ad essere né coordinata né finalizzata, è quindi opportuno evitare di spaventarsi e rimanere controllati, avere una voce calma. Di fondamentale importanza è anche pensare alla propria incolumità, non mettendosi in situazioni senza via di uscita.

Mentre si cerca di valutare la situazione è utile cercare di tranquillizzare e rassicurare la persona. È importante sapere che l'aggressività non è intenzionale e consapevole ma è frutto di una errata valutazione a causa dei deficit e tenere presente che le reazioni aggressive esprimono paura, confusione, disagio ed incomprensione.

La prima cosa da fare è cercare di individuare la causa scatenante ma non è sempre possibile. Utile risulta anche orientare il paziente nel tempo e nello spazio cercando di diminuire la confusione.

COMPORTEMENTI DA EVITARE

Avere un atteggiamento di confronto sullo stesso piano dell'anziano/disabile atteggiamenti di sfida

Considerare l'aggressione fisica o verbale un'offesa personale

COMPORTEMENTI DA SEGUIRE

Mantenere tranquillità

Rispettare il loro "spazio personale". Tenere una distanza di sicurezza



Alzare la voce	Parlare con tono pacato facendo capire alla persona che non le si farà del male
Tentare di spingere via la persona confusa o di mettere in atto un'altra forma di contatto fisico (in quanto può essere male interpretato).	Se è possibile, chiedere alle altre persone di ritirarsi e di non interferire
Approcciare la persona da dietro o con richiami contemporanei di più membri dello staff	Chiedere alla persona che cosa la turba: cercare di identificare le ragioni del suo comportamento aggressivo (ASCOLTARE, solo dopo rispondere)
Voler calmare a tutti i costi	Prevedere alternative al comportamento o distrarre l'attenzione della persona
Costringere in un angolo una persona confusa (perché può far insorgere sentimenti di minaccia e di allarme)	Ascoltare le lagnanze, essere flessibili e ricettivi, non rigidi né rifiutanti
Usare mezzi di contenzione	Non mostrare paura, timore, ansia che possono spingere l'anziano/disabile confuso ad essere ancora più agitato e violento.

Allucinazioni e deliri

Le allucinazioni sono percezioni sensoriali non corrispondenti alla reale presenza di un oggetto esterno, l'ospite ritiene questi fenomeni corrispondenti alla realtà: vede/sente qualcuno/qualcosa con il quale spesso interagisce (vede, ad esempio, un marziano che è lì in quel momento e reagisce con paura o sorpresa come se effettivamente gli extraterrestri fossero sbarcati sulla terra). Il malato si può disporre emotivamente in sintonia col contenuto di queste esperienze, e non della realtà circostante, ed è molto difficile modificare la sua convinzione se egli stesso non ha consapevolezza della alterazione della sua percezione.

In questi casi spesso è inutile contrastarla e, come per l'aggressività, è inutile cercare di modificare convinzioni erranee: non si tratta di essere d'accordo o meno su un argomento di carattere generale, ma di un disturbo comportamentale e discuterne potrebbe far aumentare l'angoscia e il disorientamento del soggetto. Occorre aiutare l'ospite a superare gli stati di angoscia e ad aggrapparsi alle funzioni residue per aumentare il contatto con la realtà del momento. In questo senso sembra utile utilizzare anche gli elementi delle allucinazioni o dei deliri per aiutarlo a esprimere il problema e iniziare ad elaborarlo. Questo non significa che bisogna entrare nel comportamento allucinatorio, facendo finta di sentire o vedere quello che sta vedendo o sentendo il paziente: niente di più sbagliato.

Quando invece il paziente ha consapevolezza della presenza di un'allucinazione questa può provocare angoscia ed è quindi opportuno aiutare il paziente a superare la situazione rendendo la cosa accettabile come fenomeno dell'invecchiamento e spostando l'attenzione ad altre aree di funzionamento più integre, valorizzandole.

Deliri

Nel caso dei deliri, invece, l'ospite è convinto di cose che non sono vere, ma la percezione non è relativa a quel momento (la persona è convinta che i marziani vivano a casa sua ma non li ha mai visti). Non è possibile convincere l'ospite della loro falsità. Il carattere di immutabilità è ciò che caratterizza il delirio.

Di fronte all'anziano/disabile delirante si riscontrano sostanzialmente due tipi di atteggiamento:

1. quello di rifiuto: con conseguente abbandono ed isolamento a causa del timore dell'ambiente



circostante che non riesce a creare una barriera di contenimento al delirio;

2. l'estrema disponibilità a soddisfare i bisogni dell'anziano/disabile colludendo con il delirio che rischia di diventare sempre più inattaccabile.

La soluzione ottimale sta nel mezzo: non negare i bisogni di rassicurazione dell'anziano/disabile ma stimolare l'autonomia personale e la capacità critica al fine di riportarlo alla realtà quotidiana senza traumi.

Irritabilità, ripetitività, eccessivo attaccamento

Anche in questo caso è utile rimanere calmi e rassicurare il paziente, cercando di orientarlo nello spazio e nel tempo.

Risulta utile, in genere per tutti gli anziani, /disabili indirizzare l'attenzione e l'attivazione verso qualcosa di utile da fare: piegare indumenti, mandarlo a prendere un bicchiere d'acqua, fargli preparare la tavola per una sola persona. Le cose da far fare ad una persona con demenza/oligofrenia devono essere semplici e occorre essere sicuri che siano in grado di farle, in caso contrario probabilmente aumenteremmo angoscia, ansia e disorientamento. E' inoltre importante modificare i propri comportamenti in modo che non appaiono minacciosi, impositivi e contraddittori.

Per quanto riguarda la ripetitività e l'eccessivo attaccamento bisogna dire che ripetere continuamente le stesse frasi e le stesse domande o fare "l'ombra" delle persone che prestano assistenza dipende dalla malattia. L'atteggiamento migliore sembra essere quello di continuare a rispondere alle domande e alle richieste del paziente, magari cercando di utilizzare un sano umorismo che permetta di sdrammatizzare le emozioni negative di chi accudisce.

Autolesionismo e Stereotipie

Tranquillizzare con tono calmo, cercare di distrarre/occupare con attività conosciute come gratificanti per il paziente, liberare il campo da possibili agenti/luoghi contudenti, nel caso di gravi cerebropatie utilizzare guanti per graffi e morsi, vestiti più pesanti, unghie corte, capelli corti, etc.

Coprolalia

Non mettersi a rimproverare violentemente, gratificare quando si comporta con educazione, lavorare sulle "buone maniere" nel gruppo e sottolineare l'educazione di rapporto

Gestione anomalie comportamentali (controllo sessuale, sfinterico ed alimentazione)

Cercare di prevedere il bisogno ed accompagnare od invitare ad andare ai servizi igienici, invitare a rivestirsi con persone dello stesso sesso, ricordare quando si è mangiato e distrarre (stiamo preparando da mangiare, etc), individuare cibi sani, cercare di allontanare oggetti pericolosi ed equivoci (bottiglie con detersivi, etc) ed oggetti piccoli, come per i bimbi

Disturbi del comportamento alimentare

Per prima cosa occorre ricordare che i pazienti con demenza o oligofrenia amano le abitudini, anche per quanto riguarda l'alimentazione: il mantenimento di orari fissi e di regole che possono contenere l'ansia.

Sarà importante allora rispettare gli orari di somministrazione dei pasti. Inoltre, visto che uno degli obiettivi principali della cura in strutture residenziali o semiresidenziali è quello di mantenere il più a lungo possibile le autonomie residue, la cosa importante per i pazienti – da far comprendere anche ai familiari – non è il rispetto del galateo a tavola, ma l'indipendenza: anche se il paziente mangia con le mani o si sporca facilmente non importa. Meglio che si sporchi un po' o che ci metta dieci minuti in più, rispetto a quanto ci metterebbe se lo aiutassimo, piuttosto che perdere del tutto un'altra abilità. E' importante inoltre favorire pasti "gratificanti" su un obiettivo concordato, eliminare cibi "a vista", sottolineare correlazione cibo/malessere (es. "hai vomitato, ti fa male la pancia")



Disinibizione

Per disinibizione si intende la perdita della capacità di controllare gli impulsi o la diminuita capacità di evitare di dire o fare cose socialmente inopportune. Questa mancanza di freni inibitori si può manifestare anche nel linguaggio come logorrea (eccesso di produzione verbale non adeguato alla situazione).

In generale non bisogna compiacersi o incentivare il comportamento del paziente, ma occorre comunque comprendere che non è un "maleducato" ma una persona malata o con disabilità. Dare gratificazioni in caso di comportamento corretto

PICA

Controllo dell'ambiente, controllo dell'utente

5. DISTURBI DELL'UMORE (DEPRESSIONE ED APATIA)

Per disturbi dell'umore ci si riferisce principalmente a depressione e apatia, che per prima cosa vanno accuratamente distinte, per una loro corretta gestione. Spesso, anche se l'ospite non è consapevole della sua malattia, percepisce comunque i propri insuccessi e che qualcosa è cambiato rispetto ad una volta. Questo, di conseguenza, procura frustrazione, angoscia e flessione dell'umore e/o ansia.

E' necessario rassicurare l'ospite sulla possibilità di compiere degli errori e di non essere più "funzionale" come prima: puntare sull'opportunità di far riposare il corpo e la possibilità di essere ancora utile per sé e per gli altri; sono ristrutturazioni che possono funzionare nell'immediato, con gli ospiti. E' necessario assumere un atteggiamento di comprensione, per permettere all'ospite di aprirsi. Anche in questo caso vale l'opportunità di impiegare l'ospite in attività che lo mantengano occupato, facendolo sentire utile, fermo restando che sia qualcosa in cui l'ospite possa senz'ombra di dubbio riuscire: anche il più piccolo insuccesso potrebbe essere deleterio per il suo umore.

I sintomi della depressione possono essere di diverso tipo:

- Psicici quali tristezza, disforia, testa "confusa"
- Fisici quali lamentele somatiche, rallentamento, disappetenza, insonnia/ipersonnia
- Comportamentali quali perdita di interesse, anergia, mutacismo, atteggiamenti aggressivi, perdita di abilità acquisite, irrequietezza motoria, anomalie dei parametri vitali (lamentele fisiche, disturbi appetito e sonno/veglia)
- Cognitivi (meno evidenti nella disabilità in quanto si parte già da un deficit cognitivo di base) quali perdita di attenzione, difficoltà a terminare compiti notoriamente effettuati, difficoltà ad articolare la parola e/o a comprendere.
- Relazionali quali ritiro sociale, conflittualità, eccessiva "timidezza" in rapporti strutturati

In questi casi è importante individuare precocemente i sintomi con una buona osservazione ed avvisare l'assistente sociale/medico di famiglia/figure tutorie.

E' importante inoltre cercare di capire se ci sono delle cause che possono determinare questa situazione quali cambio di ambiente, lutti, litigi, cambio di operatori, malattie fisiche, problemi familiari ed eventualmente provare ad agire su questi disturbi coinvolgendo le figure interessate.

L'operatore nei casi di depressione deve stimolare il paziente senza pressarlo, somministrazione della corretta terapia e monitorare il decorso della patologia con osservazioni da fare all'assistente sociale od alle figure di riferimento

 <p>C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale</p>	Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015	Pag. 12 di 13
	Protocollo disturbi comportamentali	PRO – 09 Rev. 01 del 13.07.2020

6. PREVENZIONE DISTURBI COMPORTAMENTALI, DEFICIT COGNITIVI E SINTOMI DEPRESSIVI

Per prevenire l'insorgenza e/o il peggioramento, ove già presente, dei suddetti disturbi esistono delle buone regole da rispettare:

1. È importante cercare di osservare che cosa sta succedendo. Osservare quindi il paziente, i suoi movimenti, di cosa parla o cosa fa.
2. Cercare di mettersi nei suoi panni: se fossi al suo posto perché mi comporterei così?
3. La prevenzione di anomalie comportamentali in pazienti che hanno come base del disturbo i deficit cognitivi, quindi che hanno difficoltà e/o impossibilità di comunicare un vissuto disturbato in modo convenzionale e condivisibile in una realtà normodotata, passa attraverso la conoscenza dell'utente, dei suoi comportamenti abituali, della sua storia personale e del suo ambiente di vita.
4. Ogni deviazione del comportamento dell'utente, anche se non grave, deve essere monitorato attentamente dagli Operatori ed essere fonte di comunicazione e confronto fra gli stessi.
5. In caso di cambiamento di atteggiamento del soggetto bisogna sempre pensare a fattori fisici, quindi avvertire il Medico di riferimento, per competenza.
6. Indagare l'ambiente di vita (notizie da casa, traslochi di Struttura, nuovi utenti, nuovi Operatori, ecc.)
7. Pensare, in caso di utenti impegnati in attività, ad una sovrastimolazione, per cui rivalutare sempre il progetto con Operatori e Assistente Sociale

Allegato 1 – La gestione a caldo – Alcuni spunti di metodo – di E. Farinetti



C.R.E.A.
Società Cooperativa Sociale

Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente
UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015

Protocollo disturbi comportamentali

Pag. 13 di 13

PRO – 09
Rev. 01 del 13.07.2020

Allegato 2 - ELENCO DELLA MODULISTICA ALLEGATA

SERVIZIO / STRUTTURA _____

E- personam

€ Si

€ No

In caso di risposta 'Si' indicare quali sezioni sono utilizzate:

- ...
- ...
- ...

Indicare quali moduli legati al presente protocollo sono in uso:

Modulo	In uso (✓)

Aggiornato al _____