



La Salute Mentale in età avanzata da una prospettiva di salute pubblica: Centro Servizi Anziani e DSM

Emanuele Toniolo

Lendinara 13 aprile 2018

Consideriamo tre aspetti:

1. Il CSA e la rete delle UDO del Dipartimento di Salute Mentale
2. La salute mentale delle persone nei CSA
3. La salute mentale di chi si prende cura di persone in età avanzata: caregivers informali e formali

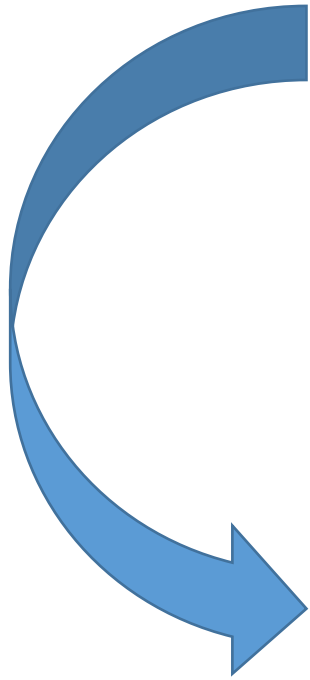
Salute mentale della persona in età avanzata

Salute mentale dell'operatore

Formazione

Lavoro in Equipe

Supervisione



Comportamenti aggressivi: Interazione Staff Utenti

- Gli episodi su **base psicopatologica sono il 17%**. Quest'ultimi tendono ad essere indirizzati agli altri pazienti.
- Gli episodi di **aggressività impulsiva (54%)** sono di solito indirizzati allo staff.

Questi sono precipitati da:

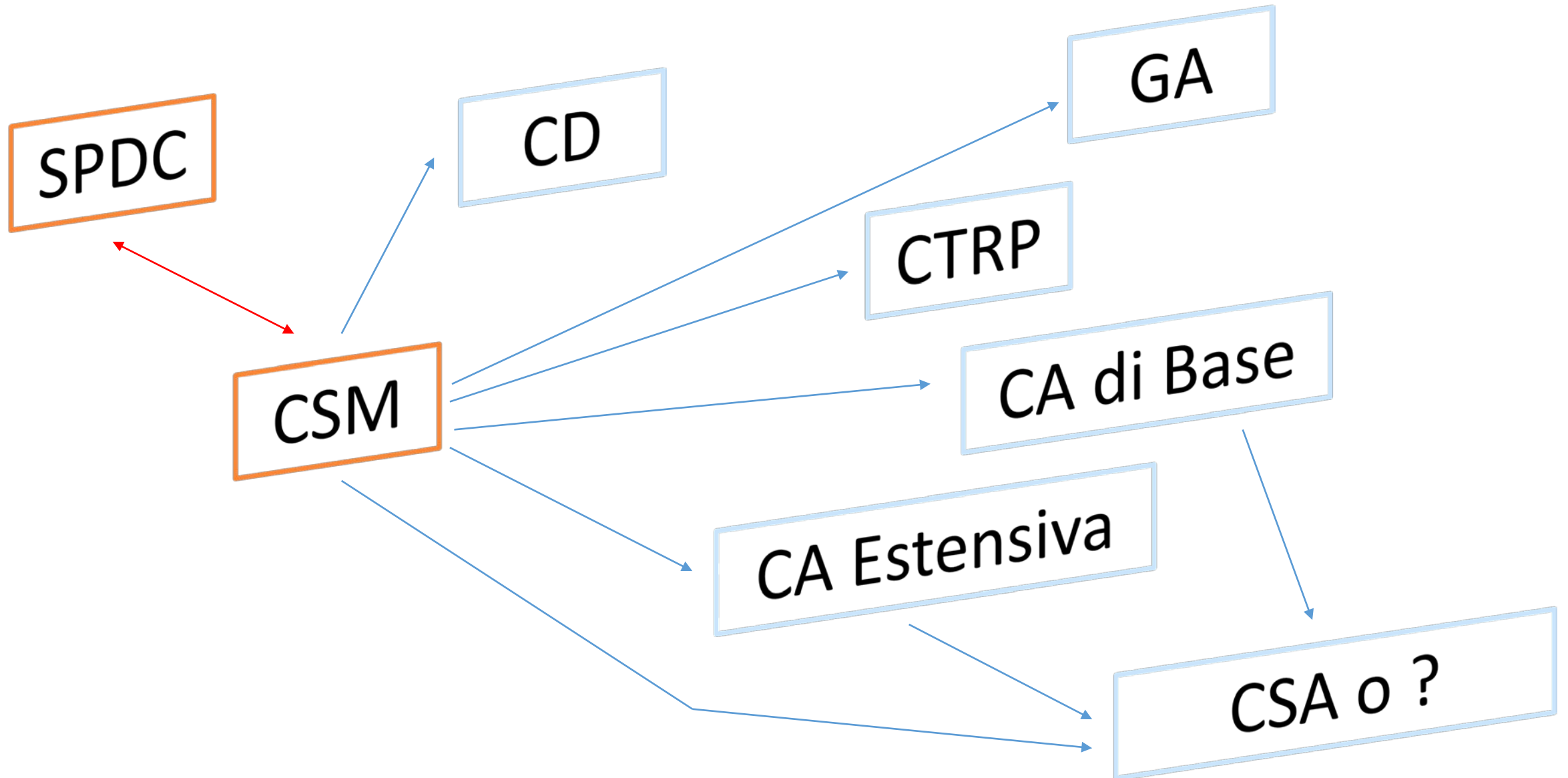
- 1) **tentativi di modificare i comportamenti delle persone** (ad. es. rigidità delle regole)
- 2) **rifiuto ad una richiesta.**

Il 39% degli episodi di aggressività è determinato da una interazione pz-staff: limitazione della libertà, mettere una forma di costrizione, negare una richiesta (ad es. poter fumare una sigaretta, avere del cibo, avere dei soldi, fare una telefonata, ecc)

Gli **operatori aggrediti** su base impulsiva hanno:

- a) **una attitudine autoritaria,**
- b) **una tendenza a rimproverare,**
- c) **alti livelli di ansia,**
- d) **poca esperienza**
- e) **poco training**

1. Il CSA e la rete delle UDO del Dipartimento di Salute Mentale



2. La salute mentale delle persone nei CSA

LINEA GUIDA

[Mental wellbeing of older people in care homes](#)

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). December 12, 2013.

[Home care for older people](#)

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). June 22, 2016.

[Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs](#)

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). December 1, 2016

Fattori di rischio:

- minaccia allo spazio personale dell'individuo;

Le principali dimensioni dell'attaccamento ai luoghi sono:

- continuità;
- durata;
- intensità;
- qualità emozionale;
- consapevolezza che il soggetto ha del proprio attaccamento a un luogo;
- propensione personale a stabilire legami di attaccamento ai luoghi;
- capacità di ricostruire nuovi legami di attaccamento dopo una perdita.

Baroni Maria Rosa et al., La valutazione psicologica dell'anziano, Roma, Carocci, 2005

I bisogni psicologici che stanno alla base del legame di attaccamento con la propria casa sono:

- controllo e uso esclusivo di un territorio “primario”, di cui cioè ci sentiamo proprietari esclusivi;
- espressione dell’identità personale dell’individuo; continuità e stabilità nel tempo della propria identità, ma anche dell’identità familiare;
- bisogno di spazio personale e di privacy, con funzioni di auto protezione e di regolazione della comunicazione e dell’intimità;
- bisogno di spazio per relazioni sociali più o meno estese;
- bisogno di prendersi cura di un ambiente importante per il proprio sostegno personale.

2. La salute mentale delle persone nei CSA

Fattori di rischio:

- minaccia allo spazio personale dell'individuo;
- rottura non solo dell'attaccamento a un luogo ma anche di relazioni familiari, amicali e di vicinato;
- possibile compresenza di altre fonti di stress, come la vedovanza e l'insorgere di malattie d'invalidità
- socializzazione forzata con gli altri ospiti;
- mancanza di controllo sulle proprie attività, a cominciare dagli orari delle normali routine quotidiane;
- problemi di densità e di affollamento.

Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)

I sintomi cognitivo comportamentali nella demenza

Sono “alterazioni della percezione, del contenuto del pensiero, dell’umore o del comportamento, che si osservano frequentemente in pazienti con demenza” IPA Consensus Conference, 1996

Sintomi comportamentali comprendono:

- l’aggressività,
- le urla,
- il movimento continuo,
- la agitazione,
- la disinibizione sessuale,
- i comportamenti culturalmente inadeguati,
- la tesaurizzazione,
- le imprecazioni
- il pedinamento

Sintomi psicologici includono:

- l’ansia,
- l’umore depressivo,
- le allucinazioni ed i deliri

Ospite non affetto da demenza

Depressione

Psicosi

Sdr ansiose

Problemi che possono rispondere ai farmaci:

- ansia
- depressione
- disturbi del sonno
- manie
- deliri ed allucinazioni
- aggressività verbale o fisica
- comportamento sessuale inappropriato

Sintomi che non rispondono ai farmaci:

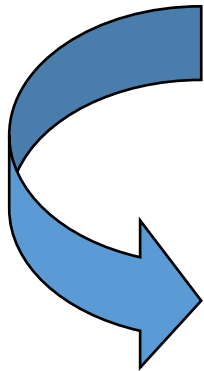
- wandering
- urinare o defecare in modo inappropriato
- Vestirsi e svestirsi in modo inappropriato
- ripetere all'infinito atti (perseveramento) o vocalizzazioni
- mangiare roba "non mangiabile"
- mirare o strappare i mezzi di tutela
- spingere la sedia a rotelle contro altri o contro il muro

La psicopatologia dell'anziano si presenta spesso con quadri minori, nascosti, integrati nell'assetto esistenziale senile tanto da essere facilmente trascurati, sottostimati, interpretati non come condizione patologica, ma come modalità dell'essere anziani.

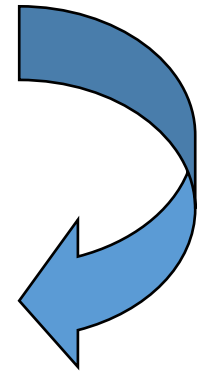
Confusione tra

invecchiamento psicologico

depressione:



- perdita della capacità di provare piacere,
- riduzione degli interessi,
- perdita o coartazione della temporalità, l'annullamento del futuro e della speranza,
- l'intuizione della fine del proprio ciclo vitale,
- crollo dell'autostima, pessimismo, rallentamento



LA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO: DATI DI PREVALENZA

	PREVALENZA (%)	Diagnosi non viene posta
Popolazione generale	Depressione maggiore 1-3% Sintomi depressivi 15-17%	
Medicina generale	Depressione maggiore 10-12% Sintomi depressivi 20%	60-70% dei casi
Reparti ospedalieri	Depressione maggiore 10-15 % Sintomi depressivi 20-25 %	80-90% dei casi
Strutture residenziali	Depressione maggiore 12-22% Sintomi depressivi 30-40%	40-80% dei casi

PECULIARITA' DELLA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO


- **PIU' Sintomi somatici (algie, disturbi GI, urinari cardiaci, cefalee ecc)**
- **PIU' Sintomi cognitivi (memoria e attenzione)**
- **Depressione senza tristezza ma con**
 - apatia**
 - ridotto interesse**
 - astenia**
- **Componente motoria accentuata sia come rallentamento che come agitazione**
- **Nervosismo, irritabilita'**
- **Rifiuto ad alimentarsi o ad assumere terapie**

LA DEPRESSIONE NEL PAZIENTE ANZIANO

Decorso:

- Remissione: Durata dell'Episodio piu' lunga di quella dell'adulto 1-4 vs 4-6 Mesi
- Cronicizzazione: 25% Soprattutto se non trattata
- Ricorrenza: 70% entro i primi 24 mesi
- Evoluzione in Demenza : Esordio Depressivo, Pseudodemenza depressiva, Forme primarie

LA DEPRESSIONE E LE MALATTIE SOMATICHE NELL'ANZIANO

 DETERMINA UN AUMENTO DI MORTALITÀ SIA SUICIDARIA (5x superiore nei maschi anziani) CHE PER CAUSE MEDICHE (2-4x)

 DETERMINA UN AUMENTO DI MORBILITÀ PER SPECIFICHE MALATTIE (neurologiche, cardiovascolari, metaboliche, tumorali, infiammatorie)

 CONDIVIDE CON LE MALATTIE SOMATICHE ALCUNI MECCANISMI FISIOPATOLOGICI

**DEPRESSIONE E
COMPORTAMENTI
AUTOLESIVI NELLE
STRUTTURE SOCIO
SANITARIE PER ANZIANI**

LA DEFINIZIONE DI UN PROTOCOLLO DI INDAGINE

PARTE A – INDIVIDUAZIONE UTENTI

Parte anagrafica di Utente ed Operatore

Criteri di inclusione e cut off

Può essere somministrata da operatori formati a supporto dell'attività dello Psicologo

N.B. : Solo se l'utente soddisfa i requisiti richiesti la somministrazione continua permettendo di selezionare e valutare ogni singolo caso in modo più efficiente ed efficace

PARTE B – VALUTAZIONE UTENTI

Breve scheda Socio-Anagrafica

(in questa sessione l'attività dello psicologo può essere supportata da un altro operatore)

Valutazione a due livelli:

- Cognitivo (MMSE e SPMSQ presenti nelle S.V.A.M.A. somministrate a cadenza trimestrale)
- Presenza e gravità Disturbo Depressivo:
 - in assenza di deficit cognitivo **PHQ-9**
 - in presenza di deficit cognitivo **Cornell Scale**

PARTE C – TRATTAMENTO E MONITORAGGIO

TRATTAMENTO

- Descrizione da parte del MMG del quadro clinico dell'utente
- Indicazioni relative ad un eventuale consulenza Psichiatrica
- Descrizione farmacoterapia (principio attivo e dosaggi) ed Interventi in struttura

PARTE C – TRATTAMENTO E MONITORAGGIO

MONITORAGGIO

- A 15 O 30 giorni motivando tale scelta
- SINTOMI: Valuto se l'utente soddisfa ancora i criteri di inclusione
- Aggiorno sezioni MMG, Consulenza Psichiatrica, Farmacoterapia, Interventi in struttura ogni volta che vengono apportate delle modifiche.

3. La salute mentale di chi si prende cura di persone in età avanzata: caregivers informali e formali

Il concetto di *burden of care*, il livello del carico assistenziale, è stato definito nel 1980 da **Steven H. Zarit**, gerontologo americano, come il senso di disagio psicofisico, sociale e finanziario del *caregiver*

Le variabili bio-psico-sociali che influenzano la percezione del burden sono essenzialmente di 4 tipi:

- Caratteristiche dell'assistito
- Caratteristiche del caregiver
- Caratteristiche della relazione assistente-assistito
- Caratteristiche del contesto sociale

Le **caratteristiche dell'assistito** riguardano il grado di severità della malattia rispetto a:

Disturbi della sfera cognitiva

- Disturbi della funzionalità quotidiana e sociale
- Sintomi psicologici e comportamentali.
- Quantità di tempo complessivo che la sua assistenza richiede.

Mentre quest'ultimo aspetto non risulta essere un adeguato predittore della percezione di carico, i **sintomi psicologici e comportamentali** (deliri, vagabondaggio, aggressività) esercitano il maggiore effetto sul carico assistenziale.

Rispetto alle **caratteristiche del caregiver**, sono:

- Socio demografiche (età, **etnia**, livello di istruzione)
- Stato di salute
- Caratteristiche psicologiche (tratti di personalità, **stili di coping**)
- Rete sociale a sua disposizione

Rispetto al **clima emotivo/qualità della relazione**, Vitaliano e coll. (1991) hanno identificato tre tipologie che la definiscono:

- Coinvolgimento positivo empatico
- Atteggiamento critico verso l'assistito
- Rabbia e ostilità

Questa ultima tipologia appartiene a caregivers che lamentano maggiori livelli di stress, depressione, minore sostegno sociale e peggiore stato di salute.

Fattori intrinseci al lavoro:

- *contenuti del compito*
- *modalità di lavoro*
- *carico fisico e mentale*
- *condizioni ambientali*
- *orari, tempi*

Ruolo nell'organizzazione:

- *pressione, ambiguità, conflitti*
- *soddisfazione*
- *autorità, riconoscimento*

Struttura e clima dell'organizzazione:

- *tipo di organizzazione*
- *partecipazione a decisioni*
- *autonomia e controllo*

Relazioni umane

- *colleghi, superiori, subalterni*
- *clienti, pazienti, gruppo sociale*

COMPORAMENTI SINTOMATICI DI SITUAZIONI DI STRAIN

ATTEGGIAMENTI DI “FUGA” DAL LAVORO

- **ASSENTEISMO CRONICO E RITARDO CRONICO**
- **PAUSE PROLUNGATE**
- **INTOLLERANZA DEL POSTO DI LAVORO ASSEGNATO**
- **CRISI DEPRESSIVE**
- **SONNOLENZA SUL LAVORO**
- **RITARDATO RITORNO DA VACANZE, PERMESSI, MISSIONI**
- **INFORTUNI RIPETUTI**

DECREMENTO DELLE PERFORMANCE

- **AUMENTATA INSICUREZZA NEL FARE E NEL DECIDERE**
- **AUMENTATO NUMERO DI ERRORI**
- **AUMENTATO NUMERO DI PRODOTTI INADEGUATI**
- **DISTRUZIONE DI STRUMENTI DI LAVORO**
- **INCAPACITÀ A COMPLETARE IL LAVORO**
- **INCAPACITÀ A RISPETTARE I TERMINI DI CONSEGNA**
- **DIMINUITA CAPACITÀ DIRETTIVA DEI MANAGER**

ALTRE

- **COMPORAMENTI ANTISOCIALI**
- **COMPORAMENTI SLEALI**
- **ISOLAMENTO SOCIALE**
- **ECCESSIVO RICORSO ALLA TUTELA ASSICURATIVA**
- **PROBLEMI IN FAMIGLIA**

QUADRI CLINICI

- **LA SINDROME STRESS CORRELATA**
- **LA SINDROME DA BURNOUT**
- **LA PATOLOGIA MOBBING CORRELATA**



Grazie per
l'attenzione

e.toniolo@iusve.it, emanuele.toniolo@aulss5.veneto.it,