



L'aggressività nella persona anziana

SACD MENDRISIO – ZONA SUD EXTRA

AGGRESSIVITÀ NELL'ANZIANO

L'aggressività rappresenta uno dei più comuni disturbi comportamentali che il paziente anziano può manifestare a domicilio ed in ospedale.

Il comportamento aggressivo può manifestarsi sia verbalmente che fisicamente



ATTRAVERSO
ESPRESSIONI VERBALI DI
MINACCIA E/O SPUTI



ATTRAVERSO GRIDA



ATTRAVERSO AZIONI
FISICHE COME CALCI,
PUGNI O SPUTI

CAUSE:

- Frustrazione
- Ansia
- Dolore
- Paura
- Stress

- Paura concreta di affrontare interventi o ospedalizzazioni
- Paura non sapere resistere a dolore
- Paura di perdere la propria indipendenza
- Frustrazione legata a perdite di abilità fisiche o cognitive
- Dovere dipendere da altri
- Perdita di capacità di giudizio o dell'autocontrollo
- Percezione di un pericolo o minaccia
- Degrado cognitivo
- Dolori continui senza possibilità di palliazione
- Ansia per l'esito di esami clinici
- Timore di dovere finire in una struttura



- Tutti i comportamenti, compreso quello aggressivo, rappresentano una forma di comunicazione. Sforziamoci di comprendere cosa l'utente cerca di comunicare e soprattutto non metterla sul personale

AGGRESSIVITÀ, CHE FARE?

Non sempre si riesce a prevenire l'aggressività, bisogna però cercare di ridurre al minimo le conseguenze per sé e per gli altri

PASSO 1: TROVARE
MODI ALTERNATIVI
PER REAGIRE ALLE
MANIFESTAZIONI
AGGRESSIVE

- Al momento dell'episodio
- Dopo l'episodio

PASSO 2: RICERCARE
LE CAUSE DEL
COMPORAMENTO
AGGRESSIVO

- Cause fisiche
- Cause ambientali

PASSO 3:
CONTRASTARE LE
CAUSE SCATENANTI

- In che modo è possibile limitare le situazioni che tendono a scatenare dei comportamenti aggressivi?

PASSO 4:
PRENDERSI IL
TEMPO PER
AFFRONTARE LE
PROPRIE EMOZIONI:

- Non ci si può abituare alle aggressioni
- Sensi di colpa, inadeguatezza
- Impotenza, rabbia, stress
- Confrontarsi con i colleghi

COMUNICAZIONE CON L'ANZIANO CON DEMENTIA

- PAZIENZA
- GENTILEZZA
- ACCOGLIENZA
- PARLARE CON CALMA E TONO PACATO
- USARE PAROLE SEMPLICI
- EVITARE METAFORE E MODI DI DIRE
- PARLARE GUARDANDO NEGLI OCCHI L'UTENTE
- ACCOMPAGNARE DISCORSO CON GESTUALITÀ
- EVITARE FRASI CON NEGAZIONI
- LASCIARE IL TEMPO DI RISPONDERE



LE CINQUE FASI DELLA ELABORAZIONE (DEL LUTTO) DELLA PERDITA DELLA PROPRIA AUTONOMIA

Fase della negazione o del rifiuto

Fase della rabbia

Fase della contrattazione o del
patteggiamento

Fase della depressione

Fase dell'accettazione





**CASO
CLÍNICO**

- Signora X.X., 78 anni, celibe, ex-impiegata (contabile)
- Risiede in palazzina abbastanza recente a Chiasso con ascensore, appartamento luminoso e ben curato
- Lucida e orientata
- Difficoltà motorie gravi, si muove con due stampelle
- Ha diversi interessi come musica, foto, informatica
- Si occupa ancora di contabilità per società sportive

Risorse

- Risorse private
- ACD
- Pasti a domicilio
- Medico curante
- Hospice
- Terapisti



Diagnosi

- Poliartrite giovanile invalidante con sindrome neurologica
- Stato depressivo e ansiogeno
- Mielopatia vascolare con parestesia tronco ed emicorpo inf. sin.
- Neuropatia senso motoria nervo ulnare sin
- Edemi arti inferiori
- Defecazione ostruita
- Cadute recidivanti

TERAPIA FARMACOLOGICA

Ketalgin 5 mg	1.5-1.5-1.5-0
Calcimagon D3	1-0-0-0
Neurontin 600 mg	1-1-1-1
Aldactone 50 mg	1-0-0-0
Novalgina 500 mg	2-2-2-0
Calcort 6 mg	1-0-0-0
Neurontin 300 mg	1-0-0-0
Lexotanil 1.5.mg	1-0-0-1
Xanax 0.25 mg	0-1-1-0
Citalopram 20 mg	1-0-0-0
Vit. D3 15 gtt	solo al venerdì
Pantozol 40 mg	1-0-0-0
Prolia 60 mg	ogni 6 mesi autogestito
Movicol	autogestito
Distraneurin 300 mg	autogestito
Laxoberon 10 gtt	autogestito
Novalgina 500 mg	autogestito
Clistere di oppio	1-1-1-0

PROBLEMATICHE RILEVATE



CONSEGUENZE

- Aggressività verbale e autolesionista correlata da progressiva perdita di autonomia
- Scarsa compliance

Aumento disabilità

Aumento carico assistenziale

Maggiore medicalizzazione



STRATEGIE D'INTERVENTO



Approccio costruttivo (non difensivo)

Aumento degli interventi

Regolarità e puntualità degli interventi

Mantenere gli stessi operatori

Motivare gli interventi

Stesso linguaggio e tecniche tra i vari operatori

Ascolto

Focalizzazione su risorse e non sui limiti

Contenere aggressione fisica (autolesiva)

Coinvolgimento interdisciplinare

Proposta badante diurna o CPA

Proposto sostegno psicologico

Propriocezione

Discussione d'èquipe

RISULTATI OTTENUTI

- Maggior serenità
- Aumento compliance
- Accettazione badante diurna
- Permanenza a domicilio prolungato
- Accettazione ricovero in CPA



DOMANDE

