



Oltre la dipendenza: identità e senso nei percorsi della cronicità

Problemi di comunicazione e di relazione con l'anziano fragile

Brescia, maggio - settembre 2024

Anna Maria Scotuzzi

Nicola Berruti



Indice

- La comunicazione
- La comunicazione con l'anziano fragile
- La comunicazione con i familiari
- La comunicazione nel (del?) luogo di cura

LUOGO DI CURA

OPERATORI



FAMILIARI

ANZIANO FRAGILE

Parliamone ?



LA COMUNICAZIONE

Comunicazione significa...

Scambiare:

- Informazioni
- Conoscenze
- Bisogni
- Emozioni

tra soggetti diversi coinvolti in un
determinato contesto

Comunicazione NON è...

- divulgazione
- passaggio unidirezionale di notizie

Gli elementi della comunicazione

- Mittente
- Destinatario
- Messaggio
- Canale
- Contesto

Precisazioni sulla comunicazione

Non si può non comunicare.

I messaggi possiedono un aspetto inerente il contenuto ed uno inerente la relazione.

Forme di comunicazione

- Verbale
- Non verbale (linguaggio del corpo)
- Paraverbale (modo in cui «viene detto»)

Prosemica

Studia lo spazio connesso all'interazione comunicativa:

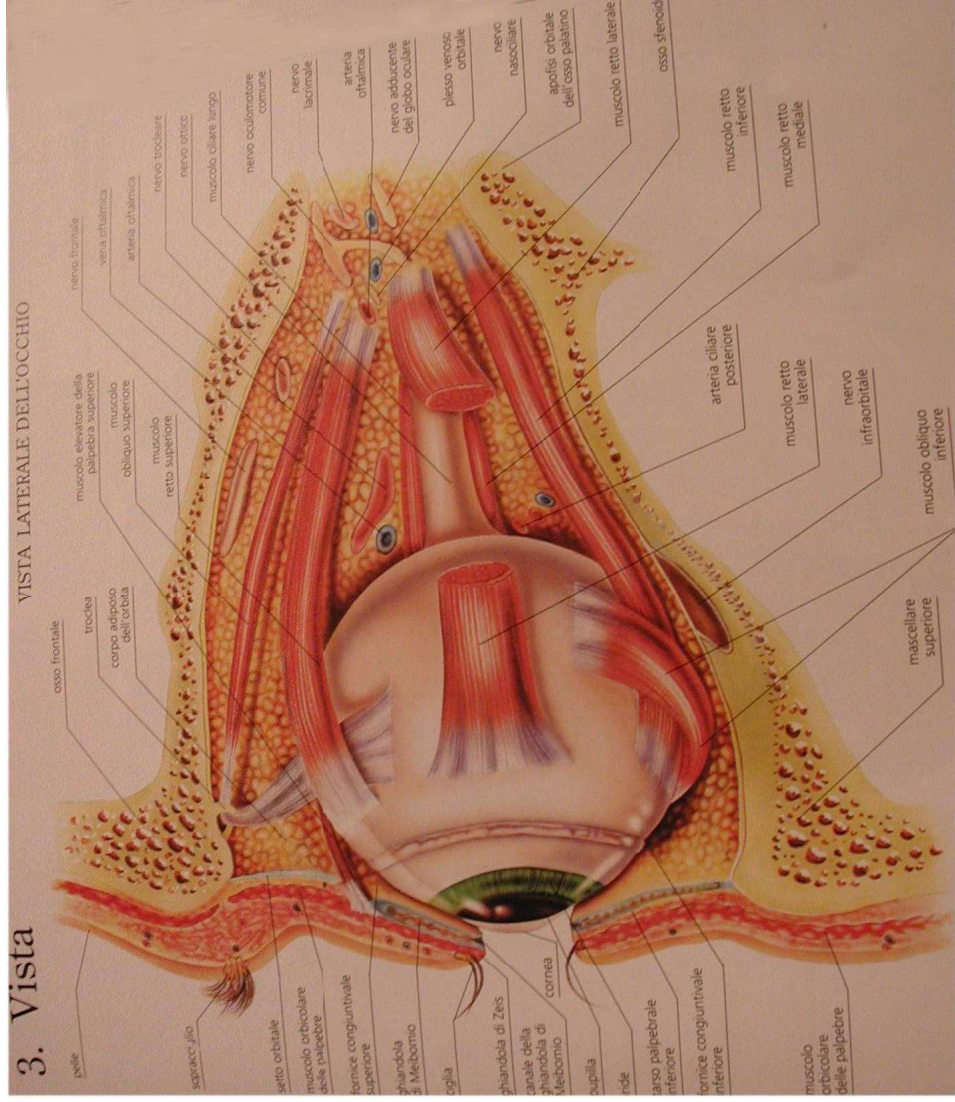
- Intimo
- Personale (45-120 cm)
- Sociale (4 m)
- Pubblico (oltre i 4 m)

LA COMUNICAZIONE CON L'ANZIANO FRAGILE

La comunicazione nell'anziano: Problemi

- Deficit sensoriali (vista e udito)
- Alterazioni emotive (depressione, ansia, bassa autostima)
- Patologie psichiatriche (schizofrenia)
- Deficit neurologici (ictus)
- Deficit cognitivo

L'apparato visivo



L'organo della vista

(parte I)

Distinguiamo:

- **PARTI ACCESSORIE:** palpebre, ciglia, sopracciglia, ghiandole lacrimali, congiuntiva. Proteggono l'occhio dalle impurità, dalla luce troppo intensa e lubrificano l'occhio
- **BULBO OCULARE:** è l'insieme di 3 membrane
 - **Sclera:** *è la membrana più esterna. Costituisce il bianco dell'occhio*
 - **Cornea** *(è la parte anteriore della sclera con diametro 12mm; è trasparente, funge da lente)*
 - **Uvea:** *è la seconda membrana; è più interna e si suddivide in:*
 - **Iride** *(è la parte colorata dell'occhio. Al suo interno c'è il foro pupillare)*

L'organo della vista

(parte II)

- **Corpo ciliare** (*contiene il muscolo ciliare che modifica le curvature del cristallino*)
- **Coroide** (*e' il tratto posteriore dell'uvea*)
- **Retina:** *e' la terza membrana, la piu' profonda. E' tessuto nervoso. Su di essa cornea e cristallino fanno convergere i raggi luminosi. Le cellule retiniche si prolungano nel nervo ottico. Così gli impulsi nervosi si trasmettono lungo le vie ottiche fino al cervello, lobo occipitale dove vengono decodificati come immagini*

Possibili problemi

(parte I)

- **ECTROPION:** lassità della palpebra inferiore; e' causa di una eccessiva lacrimazione
- **ENTROPION:** la palpebra inferiore è rovesciata verso l'interno; è causa di congiuntiviti croniche
- **OSTRUZIONE DEL DOTTO LACRIMALE:** procura continua lacrimazione, possibile infezione del sacco lacrimale ed ulcerazioni della cornea
- **TRICHIASI:** crescita di ciglia aberranti verso l'interno con irritazione della cornea

Possibili problemi

(parte II)

- **CONGIUNTIVITE (ACUTA O CRONICA):** *infiammazione della mucosa congiuntivale causata da virus, batteri, corpi estranei, agenti irritanti, insufficiente lacrimazione.*
- **SCLERITE (ACUTA O CRONICA):** *infiammazione della sclera*
- **ULCERAZIONI CORNEALI:** *causate da batteri o virus.*

Possibili problemi

(parte III)

- **HERPES OFTALMICO:** *infezione del nervo oftalmico da parte del virus herpes zoster.*
- **GLAUCOMA:** *aumento della pressione intraoculare per insufficiente drenaggio dell'umor acqueo.*
- **PRESBIOPIA:** *difficoltà a mettere a fuoco gli oggetti vicini per perdita di elasticità del cristallino. E' considerata una condizione parafisiologica.*
- **CATARATTA:** *opacità del cristallino; può essere centrale o periferica. Determina visione offuscata e fenomeni di abbagliamento.*
- **DEGENERAZIONE MACULARE:** *malattia della retina con diminuzione anche grave del visus*
- **PROBLEMI VASCOLARI:** *trombo/emorragia/vena-arteria retinica*

Consigli per un corretto comportamento con il paziente ipovedente

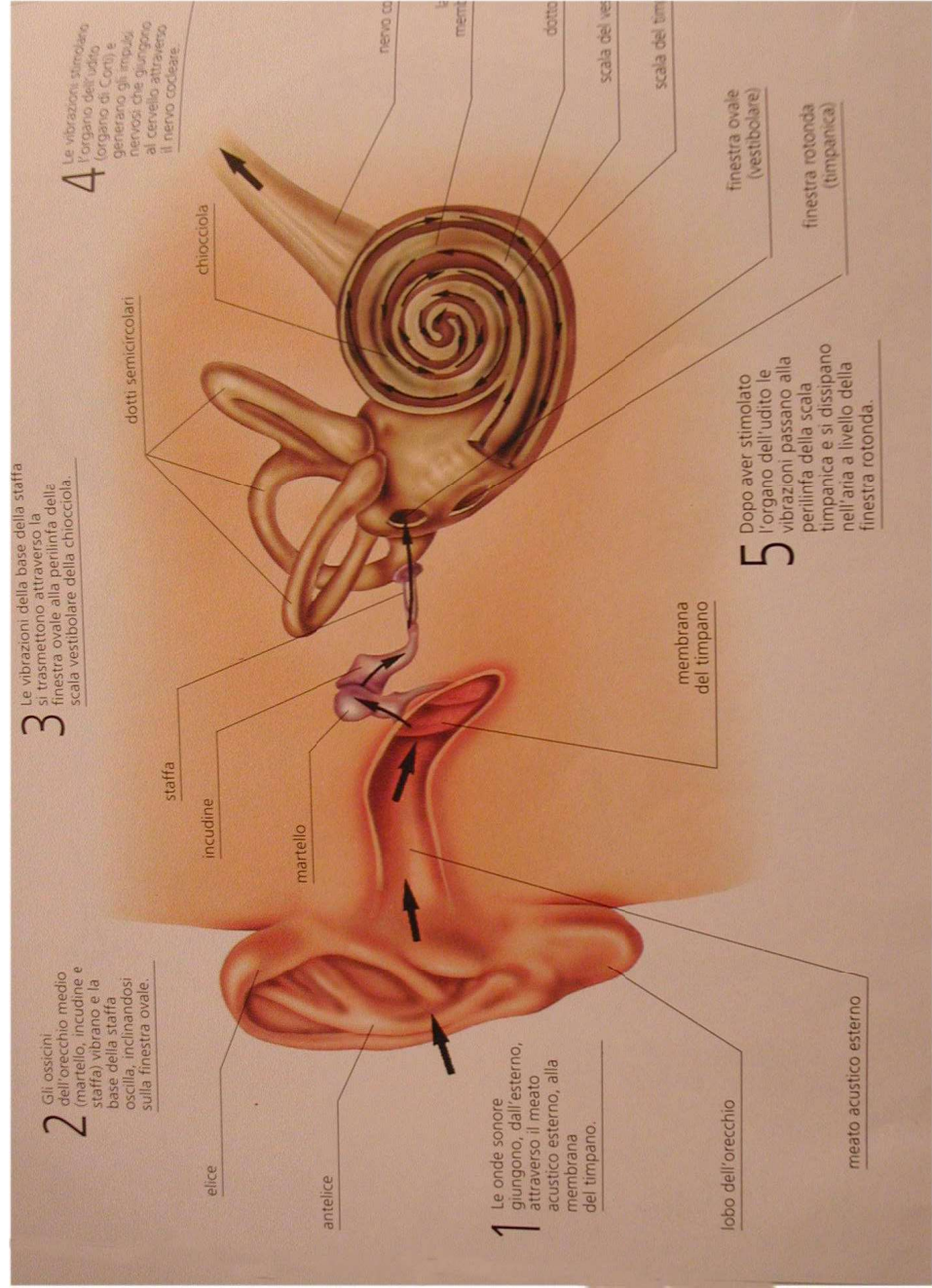
(parte I)

- ✓ **Farsi sempre riconoscere dal paziente**
- ✓ **Spiegare al paziente le proprie intenzioni**
- ✓ **Stimolare il paziente a conoscere attraverso i restanti sensi soprattutto col tatto**
- ✓ **Mettere in rilievo le indicazioni importanti** (*segnalatica, nome sulla porta della camera o ai piedi del letto*)
- ✓ **Identificare il vestiario, gli oggetti personali e gli ambienti con specifici indicatori che facilitino il riconoscimento**

Consigli per un corretto comportamento con il paziente ipovedente (parte II)

- ✓ **Prestare attenzione alla luce** (*intensità' e direzione*)
- ✓ **Mantenere ordinati gli ambienti** (*gli oggetti mal riposti o le sedie collocate disordinatamente sono fattori di rischio per cadute*)
- ✓ **Mantenere una ritualità' nella disposizione degli oggetti e nelle manovre assistenziali**
- ✓ **Utilizzare i presidi per ipovedenti** (*es: audiovisivi, orologio parlante, termometro parlante, ...*)

L'apparato uditivo



L'organo dell'udito

(parte I)

Distinguiamo:

- **ORECCHIO ESTERNO:** padiglione auricolare e condotto uditivo
- **ORECCHIO MEDIO:** cavità limitata da 2 membrane: il **timpano** e la **finestra ovale**. Comunica con la faringe mediante la tromba di Eustacchio che eguaglia la pressione interna ed esterna esercitata dall'aria sul timpano. Il timpano vibra sotto la pressione dell'aria, cioè delle onde sonore, trasmettendo le oscillazioni alla finestra ovale mediante 3 ossicini in catena: martello, incudine e staffa

L'organo dell'udito

(parte II)

- **ORECCHIO INTERNO:** è scavato nell'osso temporale. Comprende: il vestibolo, i canali semicircolari, la chiocciola. I canali semicircolari localizzano i suoni e ci danno anche la percezione della nostra posizione nello spazio; mantengono l'equilibrio. La chiocciola è un piccolo canale a spirale pieno di liquido: endolinfa; nella chiocciola sono immerse le cellule che percepiscono i suoni: organi del Corti. Sono recettori che vengono eccitati dalle onde sonore.
- **LE VIE ACUSTICHE:** i recettori del suono si prolungano nel nervo acustico. Trasmettono gli impulsi elettrici al cervello attraverso le vie nervose acustiche fino al lobo temporale dove questi vengono decodificati in messaggi comprensibili.

Possibili problemi

- **CERUME:** *e' la causa piu' frequente di ipoacusia.*
- **PRESBIACUSIA:** *difficolta' a percepire i toni piu' alti e le sibilanti (s,z). I rumori e la voce alta sono percepiti come fastidiosi.*
- **OTOSCLEROSI:** *causa sordita'. E' impedita la mobilita' degli ossicini nell'orecchio medio.*
- **OTITI ACUTE O CRONICHE:** *infiammazioni orecchio medio o esterno.*
- **SORDITA' DA FARMACI:** *es: streptomicina, neomicina, antitubercolari.*

Consigli per un corretto comportamento con il paziente ipoacustico

- ✓ Parlare in ambiente tranquillo (*sfruttare meglio le capacità residue*)
- ✓ Parlare distintamente piuttosto che a voce alta
- ✓ Pronunciare chiare le consonanti (*le vocali si evidenziano da se'*)
- ✓ Parlare rivolti verso il paziente
- ✓ Usare la mimica ma non in modo disordinato
- ✓ Generalmente e' poco utile gesticolare
- ✓ Usare correttamente la protesi
- ✓ Usare carta e penna
- ✓ Avere molta comprensione e pazienza (*spesso i sordi sviluppano idee paranoiche*)

Depressione



Dati statistici

- 15/30 % degli anziani
- Un anziano su 4 soffre di depressione
- Il rischio di suicidio aumenta con il passare degli anni

Cause neurobiologiche

- diminuito apporto di ossigeno
- cambiamenti in senso degenerativo
- alterazioni del metabolismo
- modificazioni dei neurotrasmettitori
(es. serotonina e noradrenalina)

Cause fisiche

- calo funzioni globali e calo salute
- calo vigore e forza
- calo motilità
- calo funzioni intellettuali
- calo funzioni sensoriali
- calo libido

Cause psicologiche

- perdita di ruolo e del senso di appartenenza
- perdita di motivazioni, di volontà
- perdita di lavoro e prestigio
- cambiamenti nella cultura
- perdita degli affetti

Sintomi

- Pessimismo
- Anedonia
- Rallentamento
- Lentezza di pensiero e di parola
- Stanchezza
- Ansia
- Agitazione
- Cefalea
- Stipsi
- Bulimia
- Perdita libido
- Insonnia o eccessiva sonnolenza

Schizofrenia



Schizofrenia

E' un disturbo caratterizzato dall'alterazione della percezione, del pensiero, del comportamento, dell'affettività.

L'origine non è nota, tuttavia è probabile una causa genetica e una base biologica (alterazioni della struttura cerebrale quali assottigliamento della corteccia e alterata attività della dopamina). Tra i fattori rischio: infezioni virali prenatali, traumi infantili, stress ambientale

Sintomi

- Isolamento
- Sospettosità
- Irritabilità
- Deliri
- Allucinazioni
- Appiattimento affettivo
- Povertà dell'eloquio

Deficit neurologici



Ictus cerebrale

E' una grave malattia acuta dovuta all'interuzione della circolazione cerebrale per embolia, trombosi o emorragia.

I fattori di rischio per l'ictus cerebrale

- Fumo
- Ipertensione arteriosa
- Diabete mellito
- Obesità
- Età avanzata
- Sesso maschile
- Malformazioni di vasi arteriosi o venosi cerebrali

I sintomi dell'ictus cerebrale

- Perdita della funzione motoria (paralisi)
- Perdita della sensibilità
- Perdita del linguaggio (afasia)

SLA (sclerosi laterale amiotrofica)

E' una patologia neurodegenerativa
progressiva che conduce alla paralisi dei
muscoli volontari.

Colpisce le cellule del sistema nervoso
centrale (motoneurone) responsabili della
contrazione dei muscoli volontari

SLA: sintomi

- Debolezza muscolare
- Spasmi muscolari
- Affaticamento
- Voce debole e incomprensibile
- Difficoltà alla parola
- Disfagia
- Insufficienza respiratoria

Deficit cognitivi



La demenza

E' una sindrome **clinica, acquisita e cronica** (durata media 8-10 anni) che comporta alterazioni della sfera **cognitiva, affettiva, comportamentale**, tali da interferire con le usuali attività sociali e lavorative dell'individuo con deterioramento della **qualità di vita e perdita dell'autonomia**.

Sintomi cognitivi della demenza

- Deficit mnesici
- Deficit dell'attenzione e della concentrazione
- Disorientamento spazio-temporale
- Aprassia
- Afasia, dislessia, agrafia
- Deficit di ragionamento astratto, di critica e giudizio
- Acalculia
- Agnosia
- Deficit visuospatiali

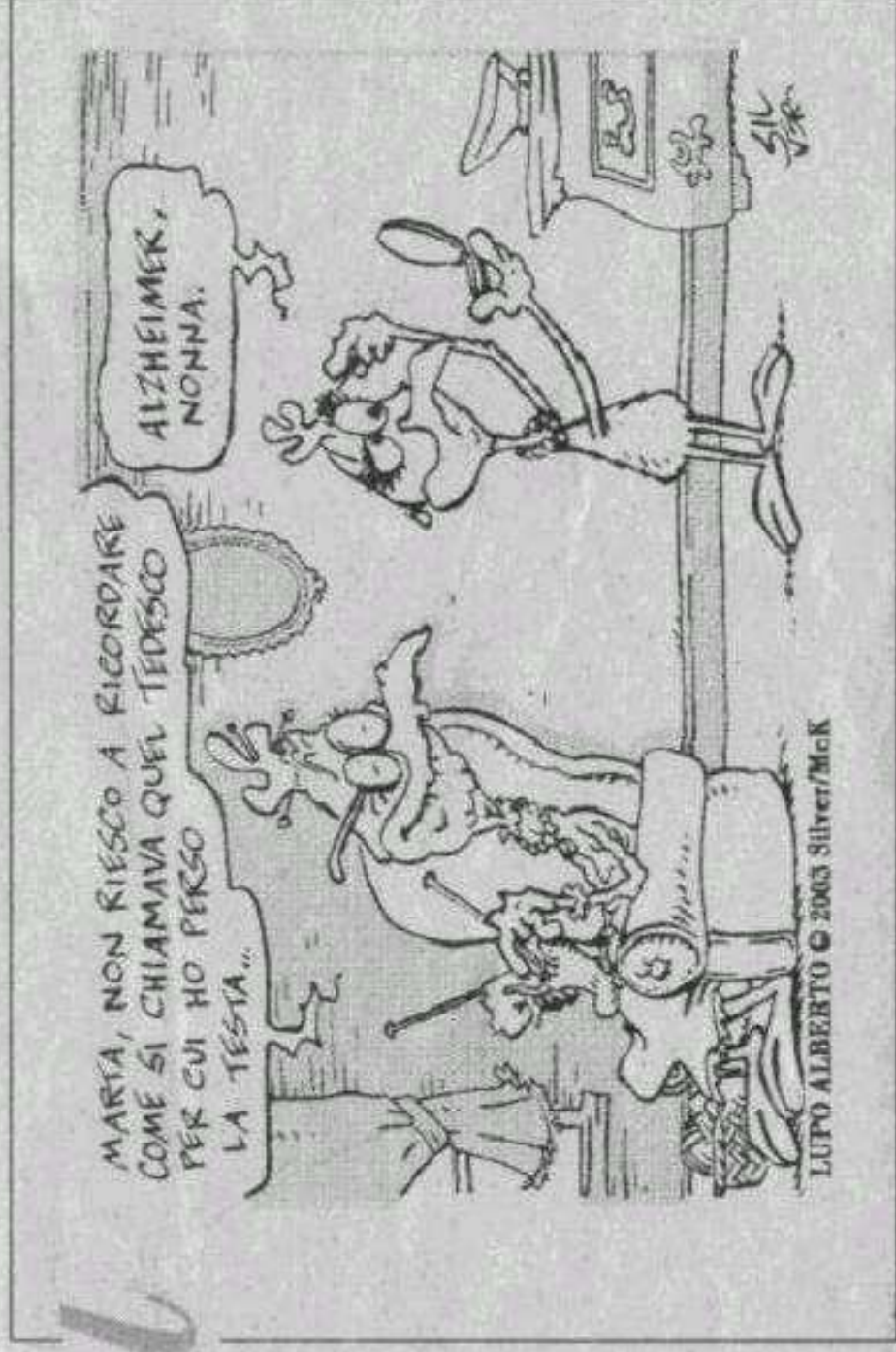
I disturbi del linguaggio nella persona demente

- **NEOLOGISMI**
- **PARAFASIE VERBALI FORMALI**
- **PARAFASIE VERBALI SEMANTICHE**
- **ANARTRIA**
- **GERGALISMI, AGRAMMATISMO,**
- **PALILALIA**
- **ECOLALIA**
- **STEREOTIPIE**
- **ANOMIE**
- **DISPROSODIA**
- **AFASIA FLUENTE**
- **AFASIA NON FLUENTE - MUTISMO**

La demenza non e' solo deterioramento cognitivo

SU

RIDIAMOCI





Ma anche e soprattutto...problemi comportamentali

Disturbi comportamentali nella demenza (NPI)

- Sintomi psichiatrici
- Agitazione
- Alterazioni dell'umore
- Alterazioni della personalità
- Disturbi dell'attività psico-motoria
- Sintomi neuro-vegetativi

1. Deliri
2. Allucinazioni
3. Agit./aggressività/vocalizzi
4. Depressione/disforia
5. Ansia
6. Euforia/esaltazione
7. Apatia/indifferenza
8. Disinibizione
9. Irritabilità/labilità
10. Attività motoria aberrante
11. Disturbi del sonno
12. Disturbi dell'appetito, dell'alimentazione e della sfera sessuale

Caratteristiche dei disturbi comportamentali

- ETEROGENEI
- FLUTTUANTI
- PRESENTI IN QUALSIASI FASE DELLA DEMENZA
- TALVOLTA PRECEDONO IL DEFICIT COGNITIVO
- SONO UNA DELLE PRINCIPALI CAUSE DI ISTITUZIONALIZZAZIONE

- **INFLUENZATI DA:** malattia, perdita del sonno, alterazioni di alvo e diuresi...
- **EFFETTO COLLATERALE O PARADOSSO ALL'USO DI FARMACI**
- **DIPENDENTI DALL'AMBIENTE:** luogo non familiare, alterazioni del microclima o della luminosità, rumore...
- **MODULATI DAL RAPPORTO CON CAREGIVER:** ansia, stress, malattia del caregiver...

COME INTERAGIRE CON LA
PERSONA CHE HA DISTURBI
COMPORTAMENTALI

*TENTARE DI INSTAURARE UNA
RELAZIONE COL DEMENTE:
APPROCCIO PROTETICO*

Modello protesico	Modello tradizionale
Tempi lenti, individualizzati	Intensività, efficacia
Approccio personalizzato	Protocolli
Riconosce e valorizza il positivo, ciò che resta	Centrato sulle perdite
Approccio dinamico, variabile nel tempo	Approccio statico
Cura del malato	Cura della malattia
Famiglia sempre coinvolta	Famiglia esclusa
Comunicazione, informazione, integrazione	Organizzazione autocentrata
Multidimensionalità e multiprofessionalità	Specializzazione
Coinvolgimento affettivo	Distacco emotivo

La comunicazione con la persona demente

Linguaggio verbale

- Frasi brevi e semplici
- Tono di voce e ritmo
- Velocità e pause (necessarie ma non eccessive)
- Verifica della comprensione

Linguaggio non verbale

- Sguardo, mimica, sorriso (frequente)
- Gestualità (lenta) e contatto fisico
- Empatia

Punti focali per una comunicazione efficace col paziente anziano/demente

- Relazione immediata, spontanea, paritaria, senza atteggiamenti compassionevoli
- Rapporto rilassante, non impegnativo, non frustrante
- Deve favorire la normalità dei comportamenti
- Utilizza di preferenza il registro non verbale e la comunicazione empatica
- Appaga la dimensione affettiva del demente, il suo bisogno di serenità
- Permette la comunicazione anche a livello del “non senso” e della ripetitività
- Permette al demente di riscoprire un ruolo adulto



*Non abbiate paura di baciarli
o di farvi baciare da loro
non prenderete l'Alzheimer.*

*E allora sorridete pure
e loro capiranno.*

*Carezzateli senza paura
sentiranno...
comprenderanno ancor di piu' tutto il resto*

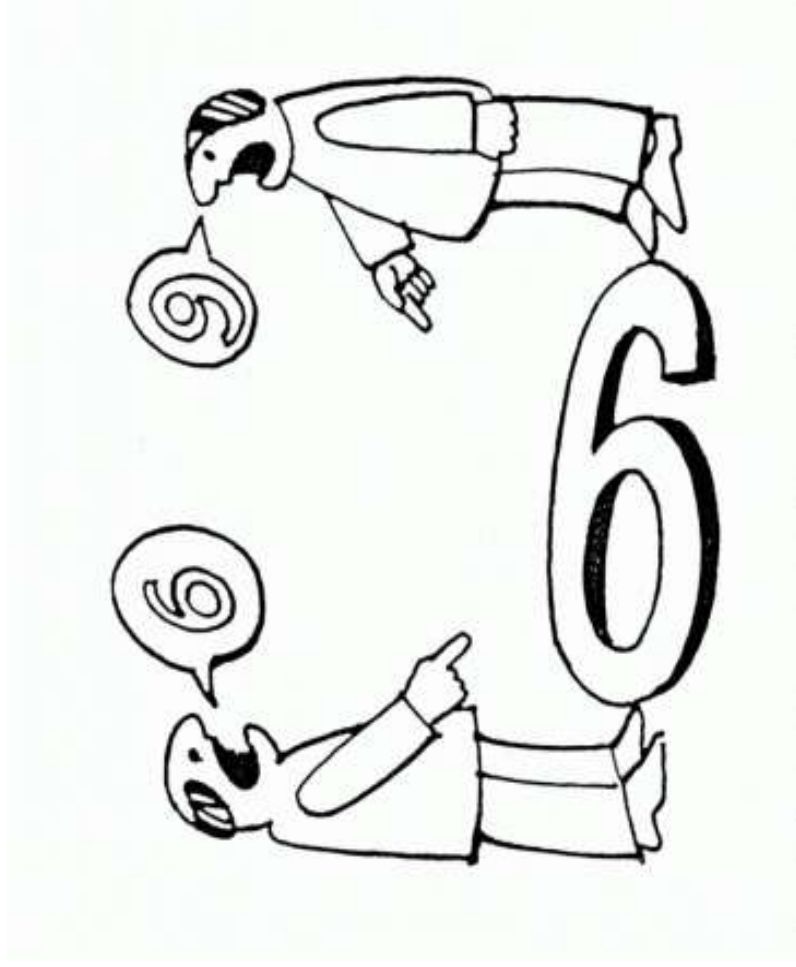
*Abbracciateli...
cantate con loro
vi seguiranno.*

Scherzate con loro delle miserie che sono comuni ad entrambi.

Renato Bottura

LA COMUNICAZIONE CON I FAMILIARI

I PUNTI DI VISTA



La malattia cosa comporta per la famiglia?

- Cambia le relazioni
- Ristruttura il tempo di vita
- Crea delle aspettative rispetto all'evoluzione della malattia, agli altri e a se stessi

Il processo di cura

Progressione della malattia



Aumento dell'accudimento



Aumento dell'assunzione di responsabilità da parte del familiare



L'accudimento diventa un **ruolo**

LA CURA RIVOLTA AL PIÙ FRAGILE: cosa comporta?

MALATO

FAMILIARE



IL CARICO

Demenza: la malattia del riconoscimento

Inversione dei ruoli (genitori-figli)

Il malato, un tempo genitore capace di cure e sostegno, diviene «figlio» bisognoso di attenzione e accudimento. L'accudimento diventa un ruolo: **essere genitore del proprio genitore** (paradosso)

Nasce una crisi di identità:

- Il figlio non è più **riconosciuto** dal genitore: la «storia» viene cancellata. Si annulla la nascita.
- Il genitore diventa così un **estraneo**, anche se visivamente rimane «il nostro familiare» (ulteriore paradosso). C'è solo l'involucro esterno con dentro sempre più **vuoto** (i ricordi svaniscono)

I figli curano i genitori: la cura della riconoscenza

Riconoscere ciò che si è ricevuto e ciò che si è dato.

Il genitore ha dato la vita al figlio (posizione di **credito**)



Desiderio di ricambiare nel momento in cui il genitore malato è bisognoso di cura (posizione di **debito**)

E con la demenza? Dove è la «riconoscenza»?

DEMENZA: la malattia del lungo addio

Lutto anticipatorio

Rappresenta il dolore di una perdita che non si è ancora concretizzata: il caregiver perde lentamente il familiare che conosceva, ma non diventa vedovo

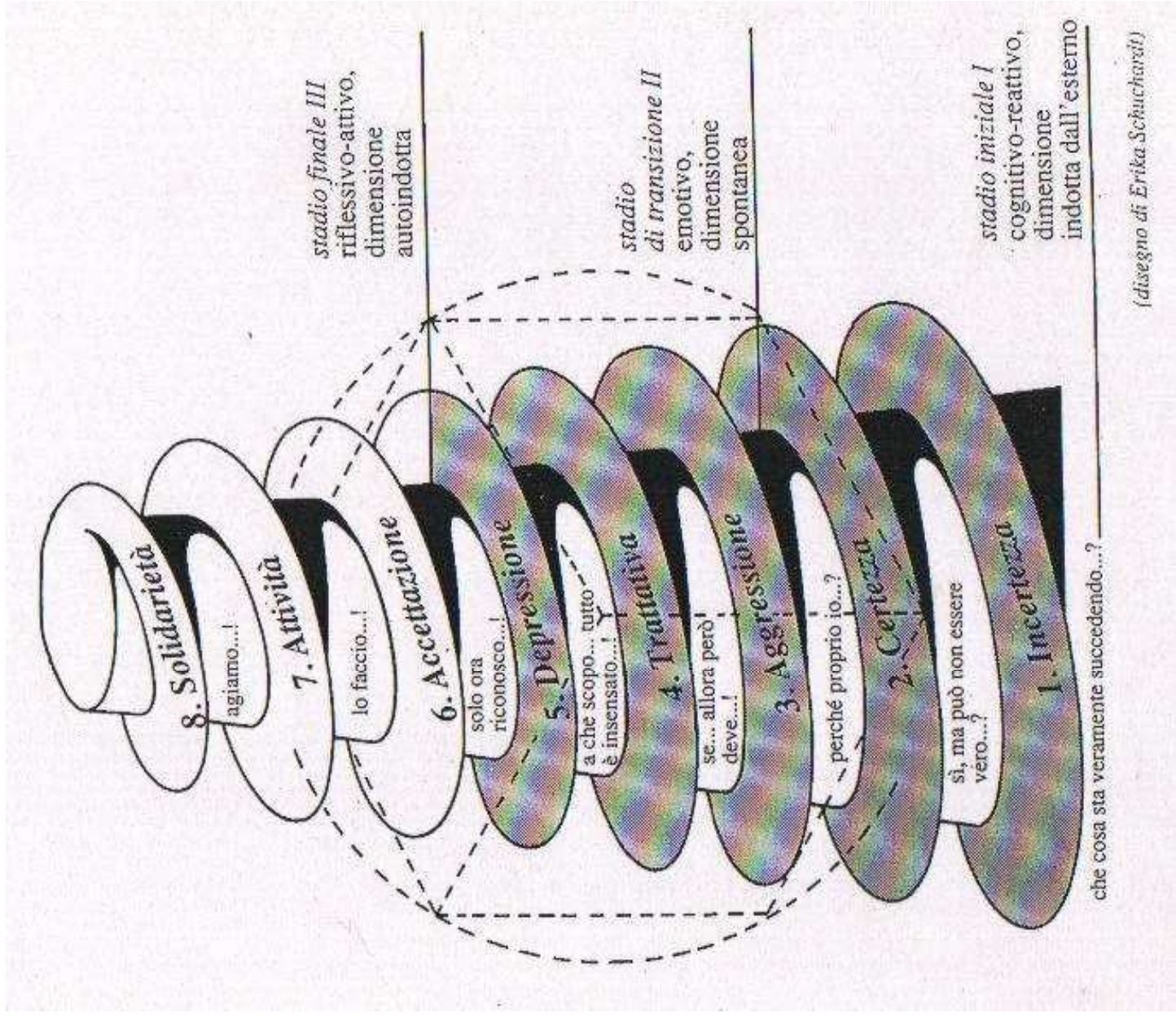
Lutto ambiguo

La persona malata è fisicamente presente, ma psicologicamente assente o cambiata

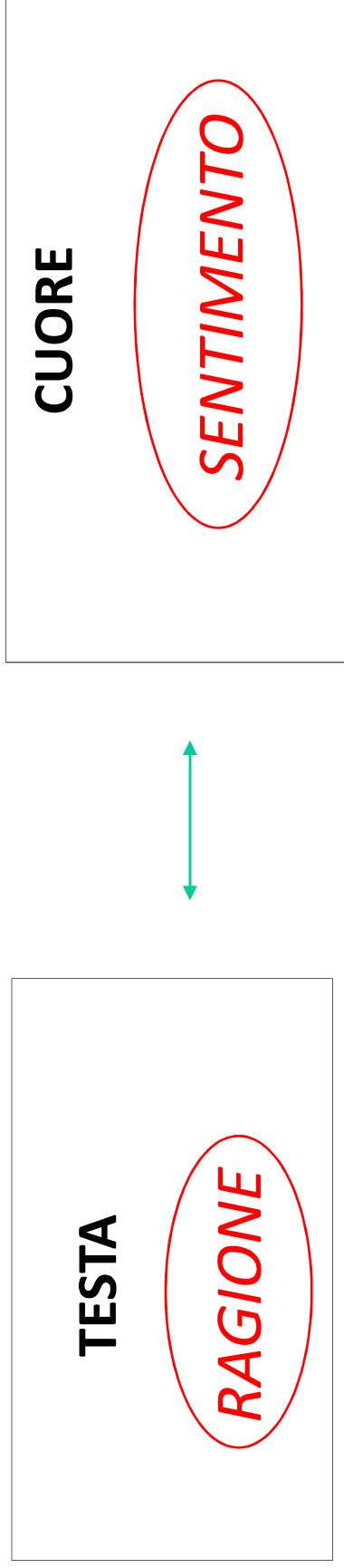
5 fasi del lutto: reazioni emotive alla malattia

- Shock (fase diagnosi) e **negazione** (*forse non è così...*)
- **Rabbia** (*come mai è successo a lui/lei, proprio adesso! È colpa di...*)
- **Patteggiamento o negoziazione** (*se...*)
- Ansia (instabilità della malattia e iperattivismo), **depressione** (non è più quello di prima, delusione) e impotenza (incapacità a fronteggiare i problemi, frustrazione)
- **Accettazione** (riconciliazione con la realtà)

UNA SCALATA verso l'accettazione della malattia



CONFLITTO



Fattori che influenzano lo stress dei caregiver

Legati al **paziente**:

- ✓ dipendenza funzionale
- ✓ BPSD
- ✓ gravità e durata della malattia

Legati alla **relazione** paziente / caregiver:

- ✓ qualità della relazione
- ✓ prima della malattia
- ✓ dopo l'insorgenza della malattia

Legati al **caregiver**:

- ✓ tratti di personalità
- ✓ instabilità emotiva, depressione
- ✓ strategie di coping
- ✓ età più giovane
- ✓ dimensione spirituale e religiosa
- ✓ livelli socio-economici

Legati al **contesto**:

- ✓ isolamento sociale
- ✓ conflitti familiari
- ✓ disponibilità di supporti formali e informali
- ✓ ambientale rurale / urbano

«IL PASSAGGIO DEL TESTIMONE»

Famiglia  RSA



Aspettative e desideri

- Immagine personale di come sarà il luogo di cura
- Riabilitazione (fantasie di salvezza)
- Mantenimento delle abitudini precedenti
- Co-gestione e personalizzazione delle cure
- Camera singola o speranza di un adatto compagno/a di stanza
- Cibo e vestiti
- Riconoscimento per il proprio «lavoro» di cura (sentimenti di inadeguatezza e di colpa)

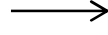
«IL PASSAGGIO DEL TESTIMONE»

Dismissione del compito assistenziale



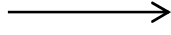
Perdita

Parte del percorso di malattia



Scelta vissuta come fallimento,
abbandono e con senso di colpa

Scelta migliore tra le possibilità
disponibili per proseguire
una adeguata assistenza



Verso chi cura:

1. Iper-controllo
2. Sfiducia e critica
3. Ricerca assistenza perfetta

Verso chi cura:

1. Collaborazione e fiducia
2. Delega totale

Possibili «passaggi»

- Completa delega
- Competizione e conflitto
- Collaborazione forzata
- Collaborazione sinergica

Il familiare ha difficoltà a **DELEGARE** la cura

Il familiare può manifestare *resistenze*, a causa di:

- Sfiducia (“Ad un estraneo non importa nulla”)
- Onnipotenza (“Come lo curo io, nessuno può farlo”)
- Inadeguatezza e colpa (“Lo abbandono”)
- Convinzione di venire meno ad un compito

Ideale familiare: la famiglia deve occuparsi in maniera totale di se stessa e dei suoi componenti

Una volta avvenuto il passaggio...

Ambivalenza

- Desiderio di libertà vs senso di colpa
- Stanchezza-sensazione di inadeguatezza vs attaccamento-dipendenza affettiva
- Accettazione razionale vs accettazione emotiva

Conflitti

- Caregiver principale vs gli altri membri della famiglia
- Diritti del malato vs diritti degli altri familiari (coniuge, figli)
- Condizionamenti “sociali”
- Problemi economici

FIDUCIA

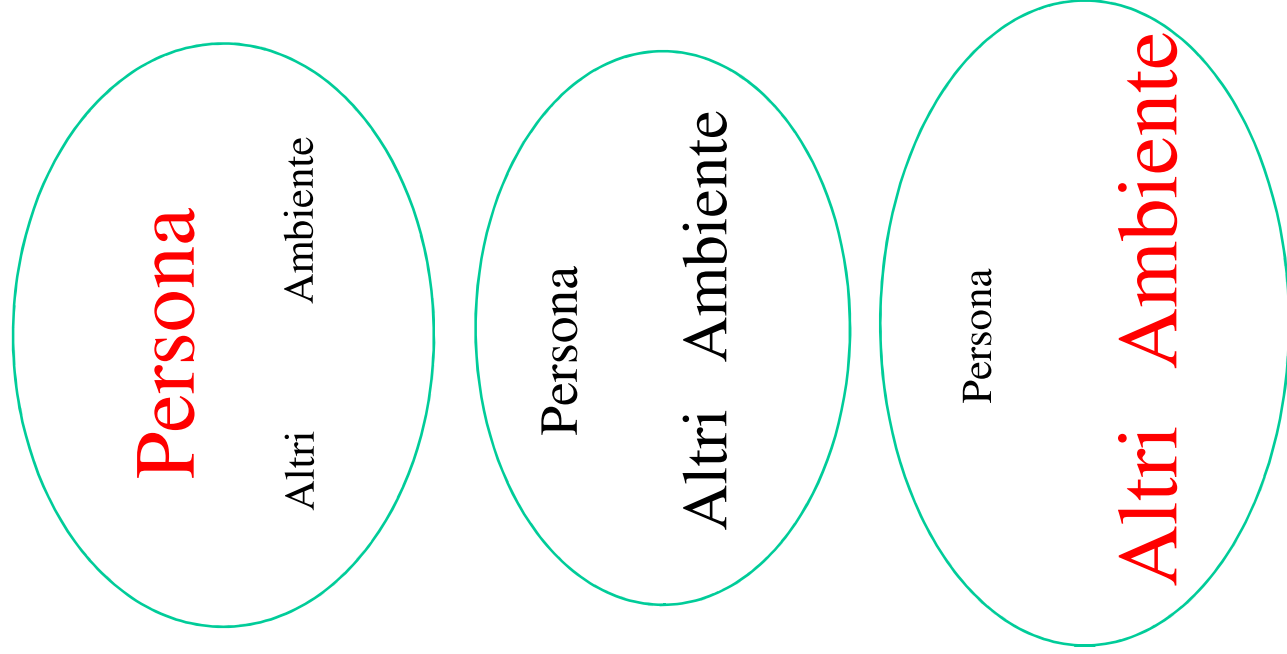
- “Avere fede”
- Sentimento di *sicurezza* che deriva dal *confidare* in qualcuno o in qualcosa
- Un ponte tra il presente e il futuro (*aspettative* riguardo al futuro, cioè la *speranza*)



LA COMUNICAZIONE NEL (DEL?) LUOGO DI CURA

CONTESTO ISTITUZIONALE

LUOGO DI CURA = LUOGO DI VITA



Progressivamente la **Persona** perde il controllo del proprio comportamento.

L' **Ambiente** e gli **Altri** hanno sempre più potere di influenzare le sue scelte

Il comportamento, alla fine,
*non è più una scelta, ma
una REAZIONE*

Possibili rapporti fra le capacità individuali e le richieste ambientali, specie se continuate o ripetute

COMPETENZA AMBIENTALE DELL'INDIVIDUO	LIVELLO DELLE RICHIESTE AMBIENTALI	COMPORTEMENTO
Normale	Normali	Calmo
Normale	Aumentate	Stress (positivo o negativo)
Ridotta	Ridotte	Calmo
Ridotta	Normali	Stress (negativo)
Ridotta	Aumentate	Reazione catastrofica

competenze

capacità professionali

esperienza

modelli operativi

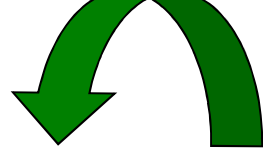
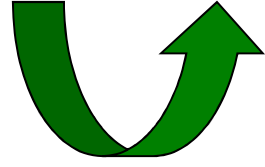
equilibrio emotivo

vissuti

capacità relazionali

modelli culturali

operatore



ospite

storia individuale

capacità funzionali

competenza psichica

personalità

modalità relazionali

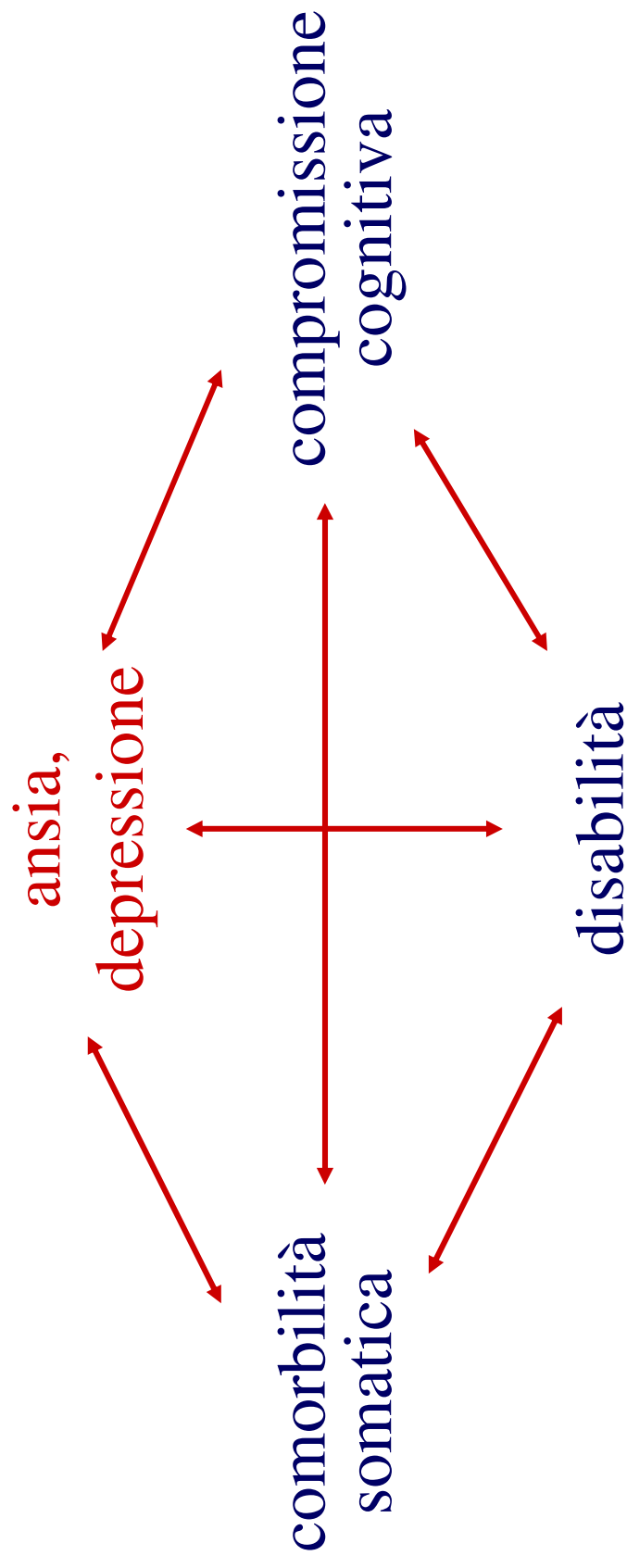
meccanismi di adattamento
alla malattia

La relazione con l'anziano fragile istituzionalizzato

- La condizione di malattia, di disabilità e di dipendenza
- Il contesto istituzionale
- I modelli culturali ed operativi di riferimento

L'anziano e la malattia: problemi psicologici

- Distorsione dello schema corporeo (“fondamento indispensabile ... al vissuto di identità personale”, A. Imbasciati, 2005)
- Aumento dell'insicurezza, dell'ansia, della depressione
- Sentimenti di autosvalutazione, di solitudine, di abbandono, di isolamento, di marginalità sociale, di esclusione



Nella relazione tra paziente e sanitario si dovrebbe stabilire un'interazione basata sulla collaborazione per una progettualità comune, per il raggiungimento di un fine condiviso ...

... ma il rapporto paritetico essenziale alla collaborazione si situa in un'inevitabile quanto sostanziale differenza: l'imprescindibile condizione di dolorosa dipendenza in cui è posto il paziente.

L'autonomia del paziente è inesorabilmente fragile.

Si corre così il rischio, da parte dell'operatore, di percepire l'altro non più come persona ma come "cosa".

A. Imbasciati, M. Margiotta, 2005

Il contesto istituzionale

Un'istituzione totale può essere definita come il luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che – tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo – si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato.

Erving Goffman, Asylums, 1968



Uno degli assetti sociali fondamentali nella società moderna è che l'uomo tende a dormire, a divertirsi e a lavorare in luoghi diversi, con compagni diversi, sotto diverse autorità o senza alcuno schema razionale di carattere globale.

Caratteristica principale delle istituzioni totali può essere appunto ritenuta la **rottura delle barriere che abitualmente separano queste tre sfere di vita.**

- **Primo**, tutti gli aspetti della vita si svolgono nello stesso luogo e sotto la stessa, unica autorità.
- **Secondo**, ogni fase delle attività giornaliera si svolge a stretto contatto di un enorme gruppo di persone, trattate tutte allo stesso modo e tutte obbligate a fare le medesime cose.
- **Terzo**, le diverse fasi delle attività giornaliera sono rigorosamente schedate secondo un ritmo prestabilito ..., dato che il complesso di attività è imposto dall'alto da un sistema di regole formali esplicite e da un corpo di addetti alla loro esecuzione.
- **Per ultimo**, le varie attività forzate sono organizzate secondo un unico piano razionale, appositamente designato al fine di adempiere allo scopo ufficiale dell'istituzione.

E. Goffman, 1968

Il contesto istituzionale:

l'Istituzione totale (1)

- Convivenza obbligata, perdita della privacy
- Tempi, ritmi e regole seguono la “razionalità” dell’istituzione e non le esigenze/desideri/abitudini degli utenti
- Completa dipendenza della persona ricoverata dal personale di assistenza
- Tendenza alla spersonalizzazione dei rapporti e alla categorizzazione delle persone

E. Goffman, 1968

Il contesto istituzionale:

L'Istituzione totale (2)

- L'istituzione è sorretta da una struttura burocratica e gerarchica, in cui il ricoverato non ha alcun potere
- La persona ricoverata subisce la progressiva mortificazione del "sé" precedente e la totale perdita dei ruoli pregressi e può solo acquisire il ruolo di ricoverato

E. Goffman, 1968

Le conseguenze dell'istituzionalizzazione

Alla condizione di istituzionalizzazione la persona deve forzatamente rispondere con meccanismi di adattamento che, pur potendosi esprimere in forme diverse (ribellione, colonizzazione, passivizzazione), innescano un cambiamento della sua personalità il cui punto di arrivo è l'assunzione di un comportamento completamente passivo, di "ritiro dalla situazione" ("l'internato ritira apparentemente l'attenzione da tutto, riducendola ai soli eventi relativi al proprio corpo").

E. Goffman, 1968

La sindrome da istituzionalizzazione: i meccanismi di adattamento

L'anziano recupererà il potere che ha perso negli scambi relazionali quotidiani utilizzando l'espedito dei **sintomi**, che si impongono all'interessato (e a coloro che lo circondano), per restituirgli una posizione centrale.

Louis Ploton, 2003

ritiro dalla situazione: l'internato ritira apparentemente l'attenzione da tutto, riducendola ai soli eventi relativi al proprio corpo. La persona ricoverata subisce la progressiva mortificazione del "sé" precedente e la totale perdita dei ruoli pregressi e può solo acquisire il ruolo di ricoverato

linea intransigente: l'internato sfida intenzionalmente l'istituzione rifiutando, apertamente, di cooperare con il personale

conversione: il paziente sembra assumere su di sé il giudizio che in genere lo staff ha di lui, e tenta di recitare il ruolo del perfetto ricoverato

colonizzazione: la realtà dell'istituzione è vissuta dall'internato "come se si trattasse di tutta la realtà" (istituzionalizzazione)

E. Goffman, 1968

La sindrome da istituzionalizzazione: il personale

... le diverse fasi delle attività giornaliera sono rigorosamente schedate secondo un **ritmo prestabilito**

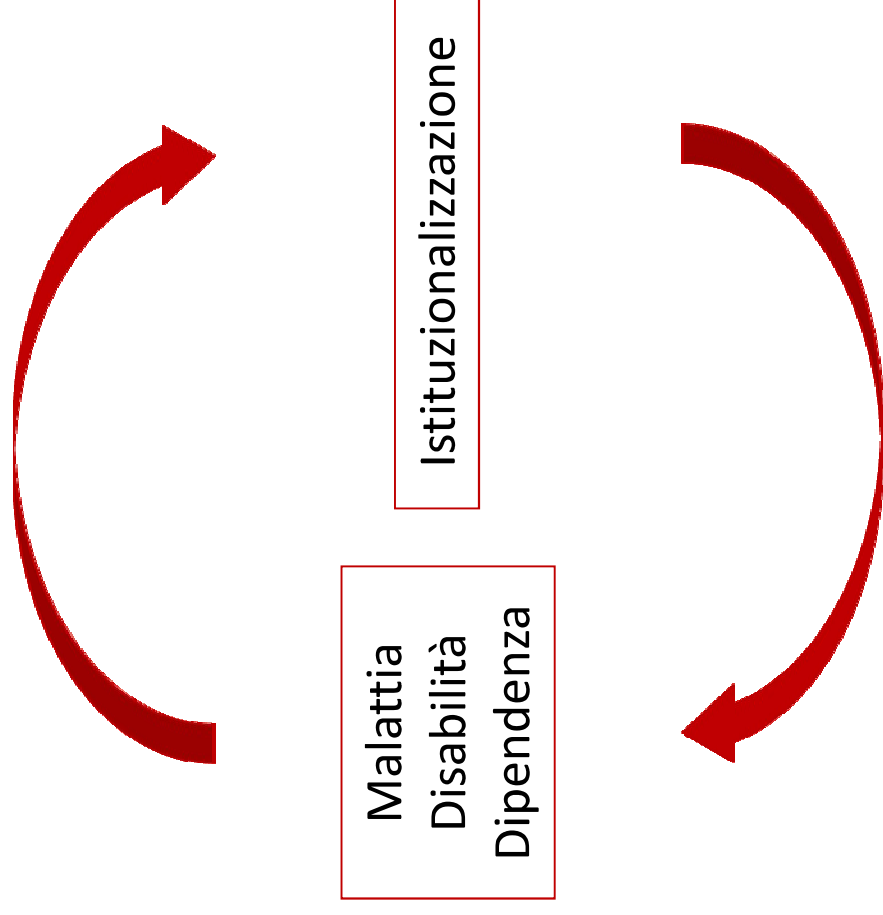
... il complesso di attività è imposto dall'alto da un sistema di **regole formali**

... le varie attività sono organizzate secondo un unico **piano razionale**


E. Goffman, 1968

In una prospettiva storica il peso della malattia e della dipendenza nel determinare il ricorso all'istituzionalizzazione ha ridotto l'impatto traumatico di questo passaggio, favorendo nella persona un miglior **adattamento**.

D'altra parte l'efficacia adattativa della malattia e della dipendenza rischiano di rappresentare un ostacolo al ripristino dell'autonomia (il **«circolo vizioso» della dipendenza**).



Oltre l'istituzione totale

- Mortificazione
 - Espropriazione
 - Reificazione
 - Riduzione alla malattia ed alla dipendenza funzionale
- 
- Valorizzazione
 - (Ri)affermazione dell'identità personale
 - Restituzione di (margini di) autonomia
 - Resilienza

Tra i due mondi

Mondo del **PRIMA**
(conosciuto)

- Persone
- Oggetti
- Abitudini
- Luoghi



Mondo del **DOPO**

(sconosciuto e standardizzato)

- Operatori e ospiti
- Letto, vestiti, bavaglia
- Orari e regole comuni
- Camera da letto, bagno...

Quando entra in RSA la persona (e la famiglia) si separa dalle sicurezze/insicurezze del mondo precedente e cerca nuove sicurezze, una nuova forma di attaccamento, una nuova *Base sicura* (J. Bowlby)

Favorire le capacità

Riconoscimento delle **Identità Molteplici e non di una Mono-identità**
(l'ospite della RSA solo come una persona che necessita di assistenza)

- ... ampliare “l’area della capacità di scelta”
- ... restituire alla persona “il controllo della sua dipendenza”
- ... stimolare “l’interesse del paziente, il suo desiderio, la sua fiducia in sé, il senso del proprio valore”

L. Ploton, 2003

Focalizzare l’attenzione «sulla persona più che sulla funzione, sulla motivazione più che sul risultato, sull’accogliere l’iniziativa quando si manifesta piuttosto che sulla stimolazione»
P. Vigorelli, 2011

Ognuno è un genio, ma se si giudica
un pesce dalla sua abilità ad
arrampicarsi su un albero, lui passerà
tutta la vita a credersi stupido

Albert Einstein

Per migliorare la relazione con l'anziano disabile istituzionalizzato

- Conoscere e comprendere i problemi psicologici ed i meccanismi di difesa dell'anziano disabile
- Riconoscere e contrastare i meccanismi dell'Istituzione totale
- Sviluppare le nostre competenze comunicative
- Assumere modelli culturali ed operativi “terapeutici”

... confrontarsi con l'irreversibilità della perdita psicofisica, senza rinunciare ad avere obiettivi, ma anche senza perseguire all'infinito prestazioni impossibili.

A. Guaita, 2002

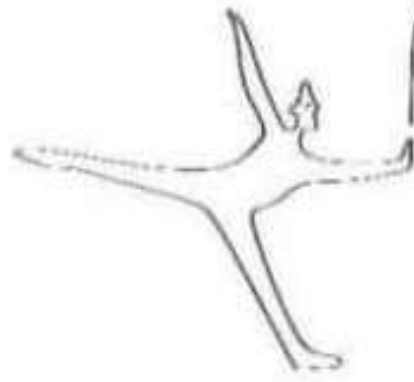
Utilizzare la relazione come strumento terapeutico

Utilizzare se stessi come farmaco

Investire in quello che si fa, credere nei risultati che si intende raggiungere



I piani



La vita

