

4 dicembre 2009

L'AGGRESSIVITÀ E LA PAURA NELLA SOCIETÀ GLOBALIZZATA

Lorenzo Pezzoli, psicologo e psicoterapeuta FSP



L'AGGRESSIVITÀ E LA PAURA NELLA SOCIETÀ GLOBALIZZATA

Lorenzo Pezzoli, psicologo e psicoterapeuta FSP

PREMESSA

Il titolo di questa giornata di studio è coraggiosa o, meglio, sono coraggiosi coloro che propongono ai professionisti convenuti di riflettere a proposito di un tema delicato. Ma quale è il tema, quale pista ci viene suggerita per approcciare i contesti sanitari? Le parole hanno un significato, a volte più di uno: le parole evocano, catalizzano l'attenzione, se messe assieme costituiscono grappoli di semantiche che ci potrebbero portare lontano. Avendo la responsabilità di aprire una prima finestra su questi argomenti e queste tematiche mi sono sentito di procedere per gradi, per tappe, avvicinando progressivamente ciascun termine della nostra tematizzazione odierna per poi tentare, consapevole della parzialità delle mie conclusioni, una integrazione tra questi concetti. Conclusioni che hanno la pretesa di aprire l'argomentare e non certo di mettere una parola definitiva su un argomento così complesso e profondo. Paura e aggressività sono parole molto evocative, con una forza intrinseca che ne basta la nominazione per attivare reti interne di significati a forte intensità emotiva. Sono parole che incontriamo nei territori di cura e quindi di malattia ma anche negli arcipelaghi della quotidianità confrontati con le incertezze che attengono la nostra biografia: incertezze della biologia (malattie, traumi, vecchiaia, decadimento) e incertezze della biografia (mancanze, carenze, solitudini, emarginazioni, abbandoni, tradimenti). Elementi, tutti questi, che possono destare paura, che mettono a contatto ciascuno con il limite e il finito, un limite e un finito che può assumere una connotazione minacciosa.

LA CURA

"La medicina scientifica ha infatti radicalmente impedito di rendersi conto che il senso della malattia consiste nel condurre, chi ne è colpito, al senso della vita." Viktor von Weizsäcker

Eccoci dunque alla prima stanza, alla prima parola, che affronteremo: la cura. In ognuno di noi, nella società che abitiamo e che in qualche modo ci riflette, c'è la tentazione di un universo manicheo che vede da un lato il malato, la malattia, il male (anche quello morale) e magari anche la morte, almeno nelle sue evocazioni più velate, e dall'altro il curante, il sano, l'istituzione e, perché no, la medicina e il farmaco. La parola "cura" definisce un ambito e chi vi appartiene: definisce l'area della malattia (presunta o reale), della debolezza, della dipendenza, così come il farmaco, il trattamento, definisce *quale è*

l'oggetto della cura. Questa divisione tra universi è imprecisa, è meno netta di quella che si vorrebbe che fosse, perché l'uomo, come ci ricordava Nice nello scritto polemico "Genealogia della morale", *l'uomo é l'animale malato*: "...l'uomo è l'animale più malato, più insicuro, più mutevole, più indeterminato di qualsiasi altro animale, non vi è dubbio, è l'animale malato." (Nice, Genealogia della morale).

Nella cura c'è paura perché quando c'è la cura c'è il male nelle sue dimensioni fisiche di malattia come pure nelle sue declinazioni psichiche di solitudine, incertezza e fragilità. Nella cura c'è paura: la paura del malato, del sofferente, dell'emarginato, di colui che si confronta con un limite, a volte proprio *col* limite e che, attraverso questo, fa affiorare quegli elementi ancestrali evocati dalla paura: l'abbandono, la solitudine, la perdita se non della vita della propria identità (sicuramente quella di sano). Nell'essere oggetto di cura il malato, il sofferente, il disagiato, torna a sperimentare questi sentimenti arcaici dell'essere piccolo, bisognoso, indifeso. E quando si è piccoli non è sempre possibile, anzi lo è molto raramente, *non è sempre possibile* attaccare *e/o* fuggire dinnanzi a un pericolo. Due operazioni, queste, tipiche se confrontati con una minaccia e quindi alla paura che tale minaccia suscita. Si attacca o si fugge quando si hanno le forze e le risorse per farlo. Nel primo caso ci si ingaggia in un "corpo a corpo" con il pericolo: lo si fa quando si percepisce di avere delle probabilità di successo e una buona autostima che sorregge la presunzione di riuscita. Nel secondo caso, nella fuga, si mobilitano le risorse per allontanarsi dal pericolo e così far recedere la paura togliendosi da una situazione di minaccia. Chi può, dunque, fugge o attacca ma chi non ne ha la possibilità, un neonato, un piccolo, e chi è messo nella sua posizione come un malato, può solo afferrare o stringere. Magari stringere troppo fino a soffocare o afferrare così con forza fino a far male. Due gesti presenti all'inizio del percorso ontogenetico che garantiscono vicinanza con chi si cura o si potrebbe curare di lui. La palla passa così al campo del curante e anche delle sue paure. Dalla parte di chi, pur avendo a che fare con la malattia e la sofferenza non ne porta su di sé direttamente le stigmate ma sviluppa, in una relazione, questi temi profondi e coinvolgenti. Sentire l'altro che, più o meno fisicamente, si aggrappa e stringe può spaventare o comunque trasmettere a livello profondo sentimenti ancestrali che richiamano ciò che produce queste reazioni arcaiche: la paura. *L'uomo che cura* attraversa il limite del dualismo salute malattia e considera il male, qualunque sia e a chiunque appartenga, qualcosa che lo riguarda e che, in fondo, gli appartiene. L'uomo che cura si espone, dovrebbe saperlo, alla paura e si presta a un costante dialogo con essa. Ma solo chi ha paura può aver coraggio: il coraggio di incontrare l'altro, di vedere l'altro abitare dentro di sé. Non c'è coraggio senza paura. Quando incontriamo il coraggio da solo deve comparire il sospetto dell'irresponsabilità.

LA PAURA

*"Ogni civiltà è il prodotto di una lunga lotta contro la paura."
Guglielmo Ferrero, 1942*

La paura è un'emozione e come tutte le emozioni non ha un'accezione etica (giusta o sbagliata) quanto un'accezione di utilità: utile quando, quanto e come. In altre parole a

cosa serve, rispetto a cosa e perché. “All’origine, dunque, la paura è uno stato psicofisico che serve alla sopravvivenza dell’individuo e del gruppo: è semplice, riconoscibile, attiva le difese e l’immaginazione. Senza questa emozione non potremmo vivere a lungo tant’è che chi ne è privo corre dei grossi rischi.” (A. Olivero Feraris in Galati, Le emozioni primarie, pag. 144). L’analfabetismo emozionale della nostra epoca, se c’è qualcosa di globalizzato forse è proprio questo, non evita di sentire le emozioni quanto impedisce di elaborarle, di considerarle, verbalizzarle, di farle attraversare il confine che le trasforma da stati emozionali attinenti alla propria fisiologia, ad esperienze emozionali e cioè elementi che vanno a costruire la storia e la biografia del soggetto. In altre parole questo analfabetismo impedisce l’incontro con le emozioni e con la paura, in particolare in quanto percepite come potenzialmente destrutturanti. Così, e forse a maggior ragione, la paura ha subito il destino delle emozioni e, più delle altre, è stata guardata con sospetto abbinata alla debolezza e alla fragilità. A questo proposito c’è stata una guerra vera e propria a livello educativo prima e culturale poi per esorcizzare la paura identificandola come fattore di fragilità e inciampo nel (presunto almeno) luminoso percorso maturativo del soggetto. Come dice l’adagio di retaggio psicoanalitico *c’è il rischio di diventare ciò che più si combatte*: noi non abbiamo eliminato la paura, l’abbiamo negata e, negandola, la viviamo fino a estremi patologici senza saperla trattare. L’importanza della paura come emozione indicatrice e la necessità di intraprendere un dialogo con essa è di tale importanza evolutiva e adattiva che le sue tracce hanno depositato elementi nei più antichi testi narrativi. Saggiamente gli antichi erano sì interessati all’oggetto in sé: la paura, ma anche al destino psicologico di questo oggetto come pure al trattamento e alla gestione dello stesso. Erano interessati perché consapevoli, loro, che la paura è un’emozione inevitabile ma evitabili sono le derive di questa emozione o, se non proprio evitabili, si può imparare entro certi limiti a gestirle.

Per gli antichi la paura e l’immagine di tutte le paure era il volto della Gorgone. Un volto, e uno sguardo, che pietrifica, immobilizza, ferma. Colui che guarda ed è visto dalla Gorgone diventa di sasso, fermo nella posa estrema del confronto con la paura. Così è quando la paura supera certi limiti, blocca le risorse di reazione, le strategie di gestione, le capacità di controllo. Coloro che proditoriamente si sono avventurati nel confronto con la paura, nell’intento di sconfiggere la Gorgone, hanno fatto una brutta fine, si sono pietrificati. La paura non si può semplicemente sconfiggere o eliminare, un simile obiettivo porta al fallimento dell’impresa. La paura non è battibile con un corpo a corpo tradizionale, con la presunzione di essere il più forte. Questo porta alla capitolazione. Per incontrare e controllare la paura, controllare e non sconfiggere perché il destino della Gorgone non finisce con la sua decapitazione, occorre fare la via di Perseo, una via che porta giù, nelle profondità dell’umano, a contatto con il mistero della vita e della morte.

lo sguardo di Medusa ha la proprietà di fermare il tempo al momento del trauma. Non da possibilità di sviluppo e storia, non da accesso a dimensioni altre da quella della pietrificazione che è l’immagine del tempo che si è inesorabilmente fermato nel momento del contatto con le emozioni primarie del trauma.

Il viaggio di Perseo è un viaggio agli inferi, nei propri inferi se prediligiamo una lettura analitica alla vicenda. Infatti l’eroe, che non nega la paura ma la accoglie come una realtà

con la quale misurarsi, scende prima dalle Graie, le sorelle canute delle Gorgoni in cui vecchiaia e giovinezza si mescolano in maniera orripilante, queste gli indicheranno la via per arrivare dalle Ninfe e quest'ultime daranno a Perseo l'indicazione della via che lo porterà dalla Gorgone. Atena e Apollo offriranno al protagonista, del quale sono sponsor ante litteram, gli strumenti per uccidere l'unica tra le Gorgoni ad essere mortale ma lo forniranno anche di un sacco all'interno del quale conservarne la testa: un invito a non rimuovere, cancellare, negare la memoria della paura ma di conservarla nel posto giusto, un posto accessibile ma sicuro dove poterla utilizzare nelle future difficoltà.

Nei contesti di cura dove la dialettica con i territori oscuri dell'animo umano è sempre aperta come aperto è sempre il confronto con i limiti, nei contesti di cura lo sguardo di Gorgone ha più probabilità di pietrificare, fermare, bloccare il gesto di cura ogni qual volta chi si appresta a compierlo non ha percorso il viaggio di Perseo, il *proprio* viaggio di Perseo, quel viaggio di incontri con parti di sé che gli consentiranno non solo di gestire il confronto con Medusa, ma anche di compiere quel processo per cui il volto di Gorgone, da oggetto di minaccia, diventa oggetto di protezione: *“Per avanzare nei momenti cruciali e decisivi dell'esistenza occorre assumersi il rischio totale di andare a fondo.”* (G. P. Quaglino, A colazione con Jung, pag. 72). Andare a fondo, inoltrarsi per le strade percorse da Perseo, è il cammino che aspetta l'uomo che incontra la paura e che vuole averne la meglio: all'uomo che abita i luoghi della cura che, come abbiamo ricordato, sono i luoghi della malattia, del margine, del male. L'uomo che cura *ha paura* ma per questo può anche avere il coraggio di scendere, scendere per risalire con la testa di Medusa: *“Ogni rinnovamento della vita passa attraverso zone torbide per procedere verso la chiarezza.”* (Opere di C. G. Jung, vol. 6, pag. 249).

AGGRESSIVITÀ

“Fuggire, aggirare, attaccare, resistere, aggrapparsi, bloccarsi sono i modi con cui si affronta il pericolo che la paura evidenzia”

Se lo scopo della paura è quello di “annunciare il pericolo, di creare un clima di allarme e quindi di indurre tutti coloro che ricevono il messaggio a mettersi in salvo e a organizzarsi una difesa” (Anna Olivero Ferraris in Galati, Le emozioni primarie, pag. 143) almeno nella sua dimensione difensiva di preparazione alla lotta e al confronto la paura ha una parentela con l'aggressività. L'aggressività difensiva, a differenza di quella espansiva che dà al soggetto l'energia per realizzarsi, *l'aggressività difensiva* serve a tutelare l'identità personale che è minacciata (non solo fisicamente) da un pericolo. Davanti alle porte di Ilio non c'è solo Agamennone, non ci sono solo Aiace e Achille che sbarcano per la conquista della città, non ci sono solo loro come eroi del poema, ci sono i troiani che cercano di difendere le loro case, la loro identità, dall'invasione. Così come suggerito in quest'immagine possiamo considerare un'aggressività espansiva e una aggressività reattiva e difensiva. Gran parte dell'aggressività nasce dalla paura, dall'impossibilità a sottrarsi a situazioni pericolose. Parte dell'aggressività può essere interpretata come una

risposta a uno stimolo percepito come pericoloso. Per alcuni autori la chiave di lettura dell'aggressività è la paura: "potremmo leggere l'aggressività proprio come stimolo prodotto dalla paura, una paura che (...) produce una sensazione di insicurezza e genera ansia che a sua volta si esprime con l'aggressività e la colpa." (Vittorino Andreoli). In un periodo in cui l'incertezza segna il passo della nostra contemporaneità, un'epoca dove si sono progressivamente sgretolate le certezze rassicuranti (magari un po' asfittiche ma rassicuranti) che regolavano i nostri sistemi la frustrazione che ne deriva e la paura che genera un futuro incerto, concretamente incerto, muovono reazioni nelle quali l'aggressività gioca un ruolo importante. Aggressività rivolta verso coloro che vengono individuati come generatori dell'incertezza che si vive, ma anche aggressività verso sé stessi, quando la via dell'estroffessione non riesce, è impedita, o non si sentono le forze e le energie per contrastare un universo che si percepisce come frustrante ma verso il quale ci si sente impotenti.

L'uomo malato è l'uomo i cui confini sono stati violati, l'uomo malato vive l'incertezza che si fa corpo, il suo corpo. La questione oggi non è tanto la presenza e la legittimità dell'aggressività, la questione oggi è la forma con la quale l'aggressività viene manifestata, verso cui viene orientata, il destino comportamentale se mi consentite l'immagine, dell'aggressività. E allora dovremmo considerare molti elementi che ci portano a osservare come l'agito violento, la condotta di vessazione, l'incapacità di contenere il conflitto, sono fattori che emergono nei contesti di cura. Emergono non solo e tanto nelle condotte dei pazienti, ma anche nelle condotte dei curanti. Un argomento delicato e scottante ma che non è possibile nascondere sotto una parvenza manichea, come dicevo all'inizio di questa riflessione, che ascrive al mondo del malato tutto il male (da quello fisico a quello morale) e al mondo del curante se non tutto il bene, le migliori intenzioni.

CONCLUSIONE

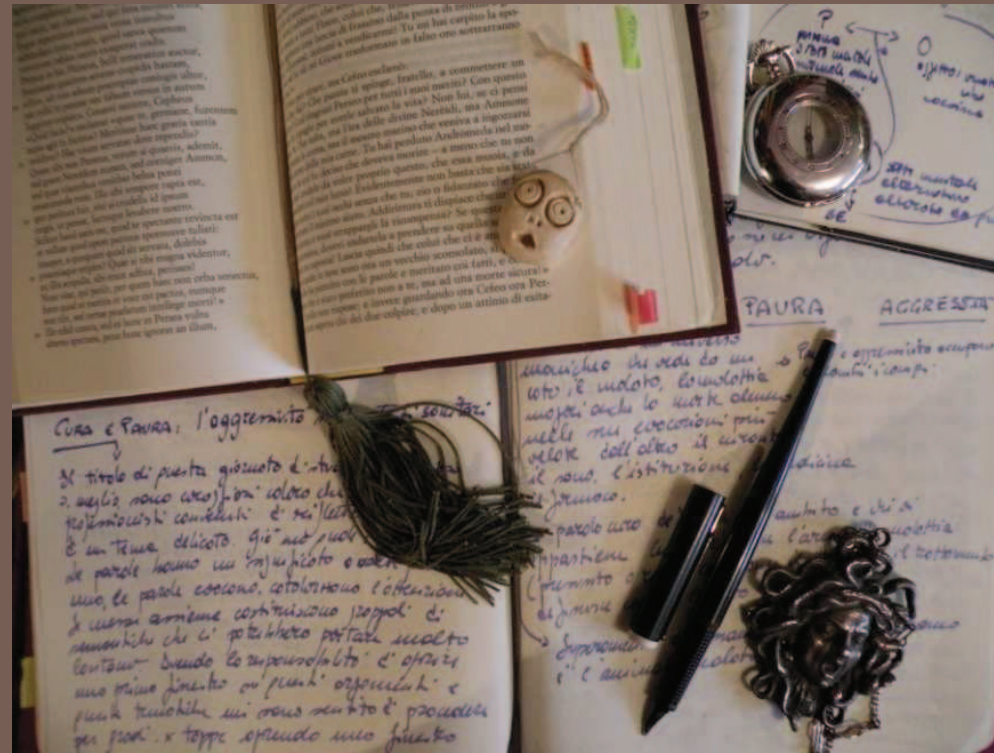
Ho voluto compiere con voi un percorso, un tragitto, aprire delle porte, guardare velocemente cosa sta nelle stanze: la cura con le sue provocazioni, la paura e il volto antico e inquietante della Gorgone che ancora oggi occhieggia dagli arcipelaghi del disagio, il riscatto di Perseo, la discesa agli inferi per imparare a incontrare la paura, l'aggressività in una società sempre più in difficoltà nella gestione di questa entità. Nell'uomo malato così come nell'uomo che cura, si mescolano le storie che ho cercato di percorrere sommariamente. Nel loro incontro, generato dallo stato del primo (malattia, marginalità, sofferenza) e da una disposizione che diventa scelta, e ruolo del secondo (colui che si prende cura) le emozioni come la paura intessono un dialogo con le parti profonde di ciascuno, parlano e comunicano anche senza le parole, anche senza la consapevolezza di questa comunicazione. La nostra società, società evoluta nel campo sanitario, società delle sempre più luminose tecnologie, dei perfetti e rassicuranti sistemi di qualità, la nostra società pensa di essere riuscita a controllare, dominare e vincolare grazie a questa macchina organizzativa le emozioni profonde e gli istinti basali. Nel momento in cui crede questo viene sorpresa dalla loro esondazione, viene spiazzata, messa in crisi.

Nessuno pensa che i contesti sanitari siano luoghi neutri, che oltre a un altrove sociale configurino anche un altrove psichico in cui non abitano le emozioni e gli istinti. I contesti sanitari vivono la "non neutralità" della nostra quotidianità, una condizione che si accentua poiché si incontrano punti nodali, centrali della nostra esistenza. Forse ci può essere la tendenza a considerarli come tali pensando forse che questo ne indichi in qualche modo qualità e professionalità e ne definisca i profili in modo netto. Ma non è rendendo o, meglio, pensando questi luoghi come neutri che li rendiamo tali. Anzi, laddove si concentrano le grandi tematiche umane, dove c'è l'attesa e la speranza ma dove risiede anche la disperazione e lo sconforto maggiori sono le emozioni e tra queste la paura. E con la paura e la frustrazione compare l'aggressività nelle sue declinazioni estroflesse e introflesse.

L'evoluzione tecnologica della società che abitiamo, ricordando che il mondo non coincide con la nostra società, non preserva dalla paura, non garantisce dalle manifestazioni più violente dell'aggressività. Un mondo senza paura e senza aggressività non è un mondo umano.

IL RESTO DELLA CONCLUSIONE SARÀ PRONUNCIATO AL CONVEGNO

CURA PAURA AGGRESSIVITÀ



Lorenzo Pezzoli

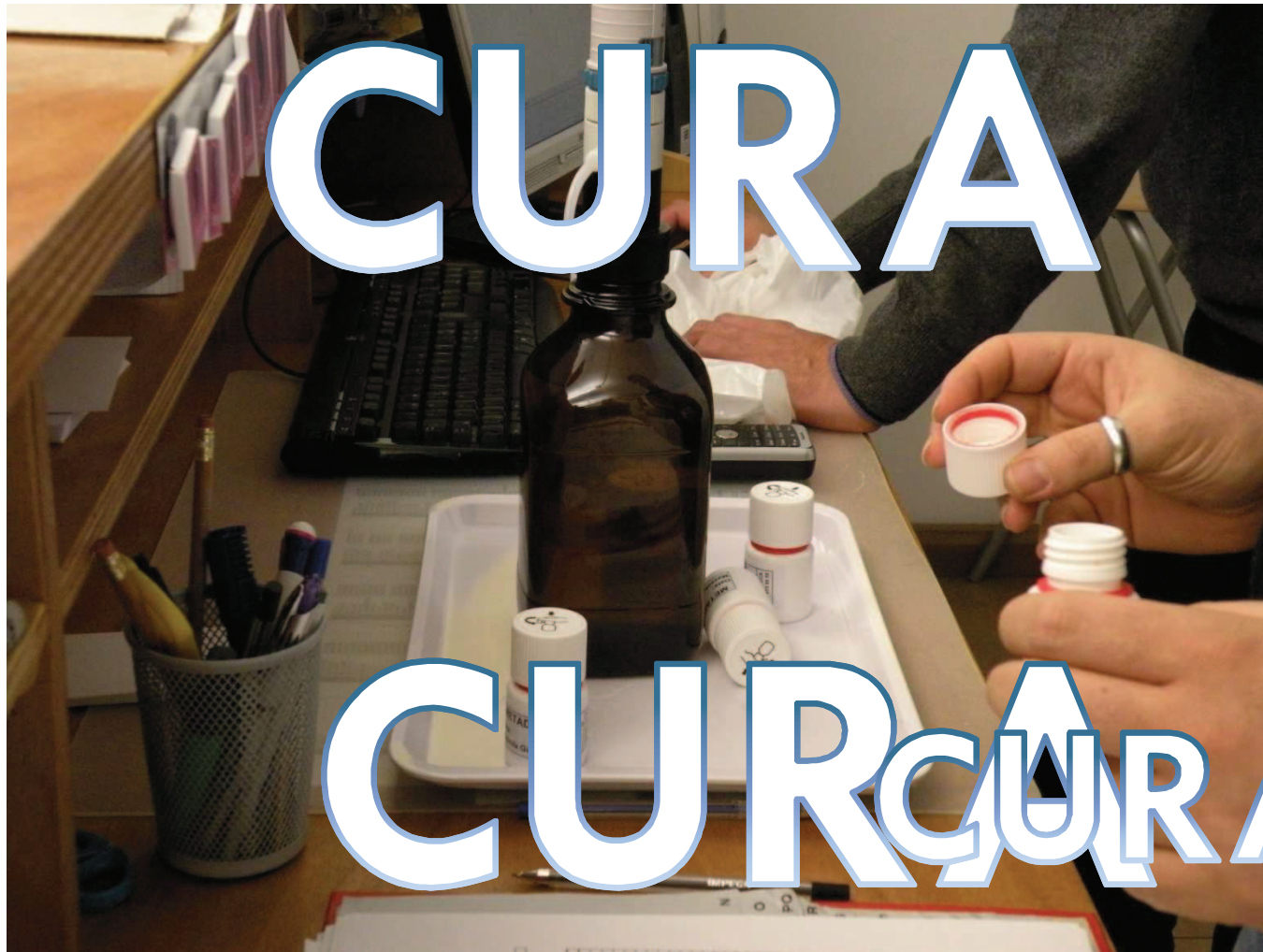
Giornata di studio - Aula magna USI - Lugano, 4 dicembre 2009

“La medicina scientifica ha infatti radicalmente impedito di rendersi conto che il senso della malattia consiste nel condurre, chi ne è colpito, al senso della vita.”

Viktor von Weizsäcker

CURA

CURA



CURCURA

CURA

CURA

CURA

CURCURA



CURA

CURA



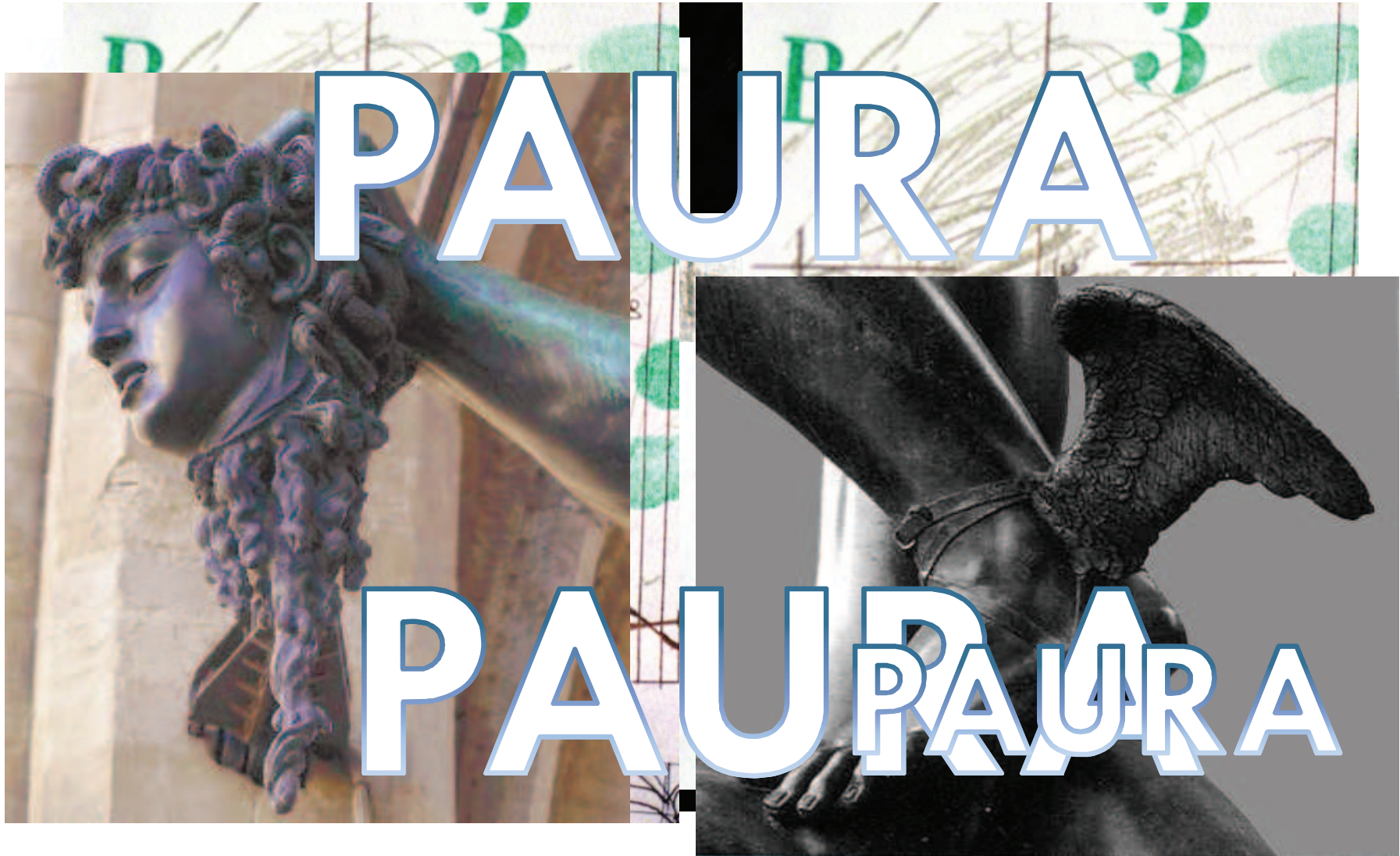
PAURA




**“OGNI CIVILTÀ È IL
PRODOTTO DI UNA LUNGA
LOTTA CONTRO LA PAURA.”**

Guglielmo Ferrero, 1942

PAURA







**“Ogni rinnovamento della vita
passa attraverso zone torbide
per procedere verso la
chiarezza.”**

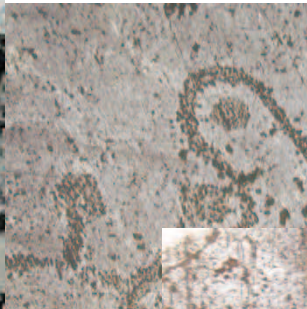
(Opere di C. G. Jung, vol. 6, pag. 249).

AGGRESSIVITÀ

fuggire **aggirare**
bloccarsi **resistere**
attaccare **aggrapparsi**

**sono i modi con cui si affronta
il pericolo che la paura
evidenzia.**

AGGRESSIVITÀ



conclusione

**Le grandi cose accadono
in silenzio**



K. Jaspers

Statistica

- Sette di dieci operatori sanitari nei reparti acuti sono stati aggrediti durante un anno dai pazienti e dai familiari

Di cui: 50 % aggressività verbale

25 % aggressività fisica

(S. Hahn)

- Su 340 collaboratori di casa di cura, il 69% ha detto di essere stato regolarmente aggredito verbalmente e il 50% di questi anche fisicamente.

(M.Glaus)

In realtà?

- Difficoltà di gestire l'aggressività da parte del personale
- Pochi ospedali hanno una strategia chiara per la gestione dell'aggressività

Fattori scatenanti

- Strutture organizzative complesse
- Vicinanza fisica e psichica
- Paura
- Frustrazione

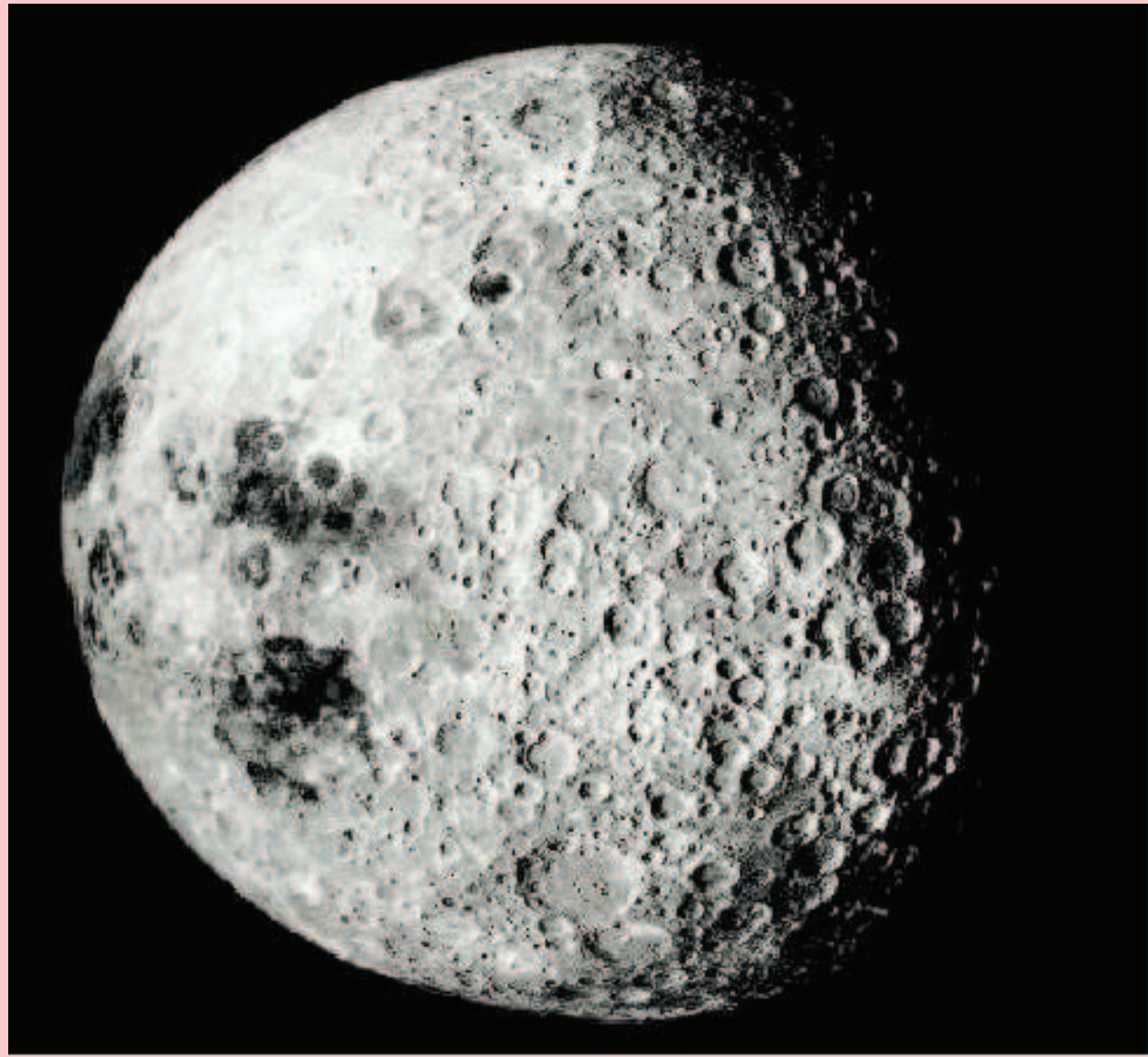
Teoria della frustrazione

- L'aggressività è sempre una conseguenza della frustrazione
- La frustrazione porta sempre a una forma di aggressività

(Dollard / Miller, 1939)

Come gestire?

Capire cosa succede !



- Competenze sociali e comunicative per reagire in merito (formazione)
- Riflettere su se stesso

Formazione



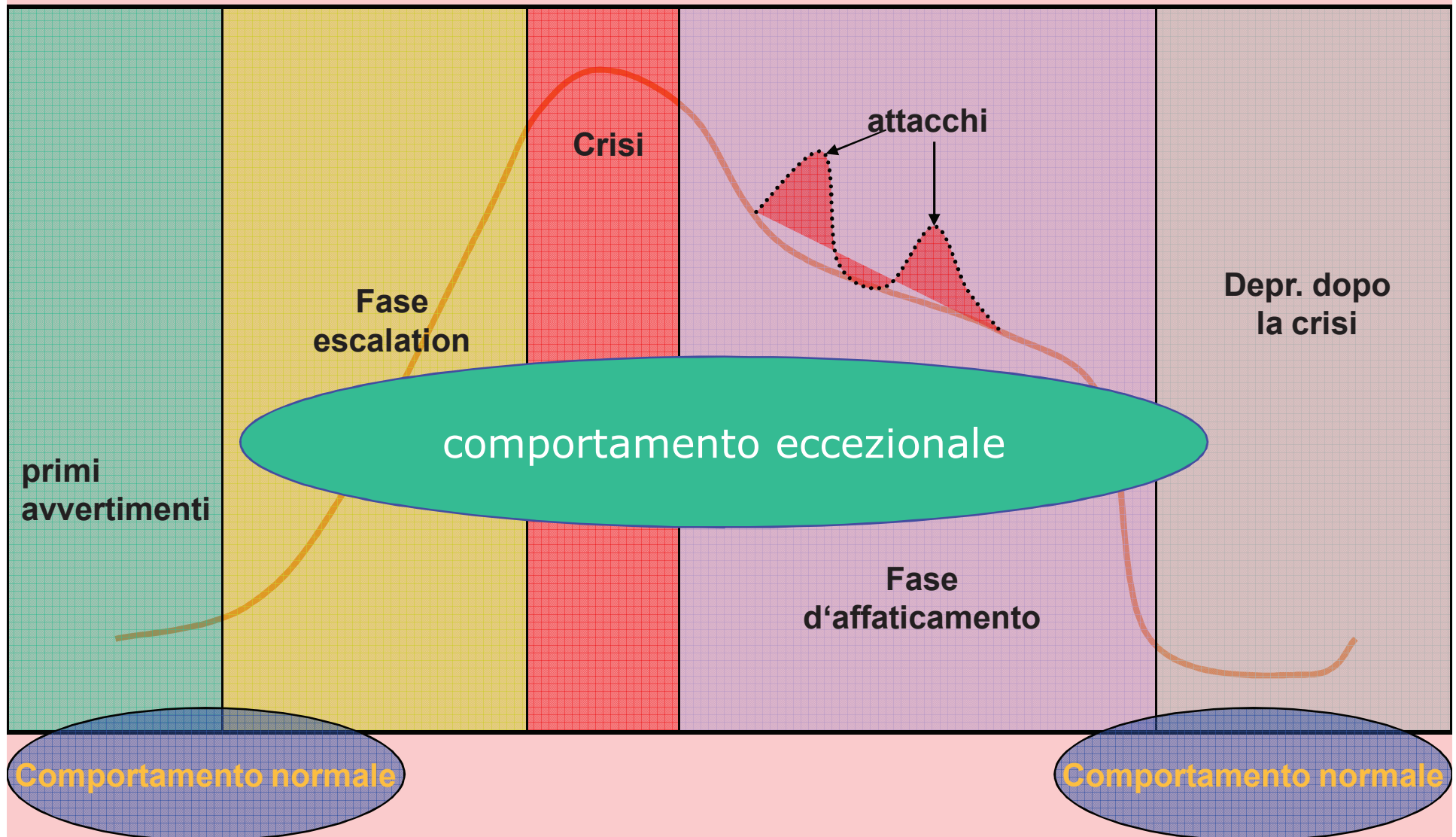
Maggiore sicurezza

Lessico

- Escalation: aumentare progressivamente, intensificare gradualmente, discussione sempre più aggressiva tra persone.
- Deescalation: interruzione dello sviluppo di una fase d'aggressività, il livello aggressivo diminuisce.
- Prevenzione: prendere le misure necessarie ad impedire che un potenziale pericolo si manifesti.

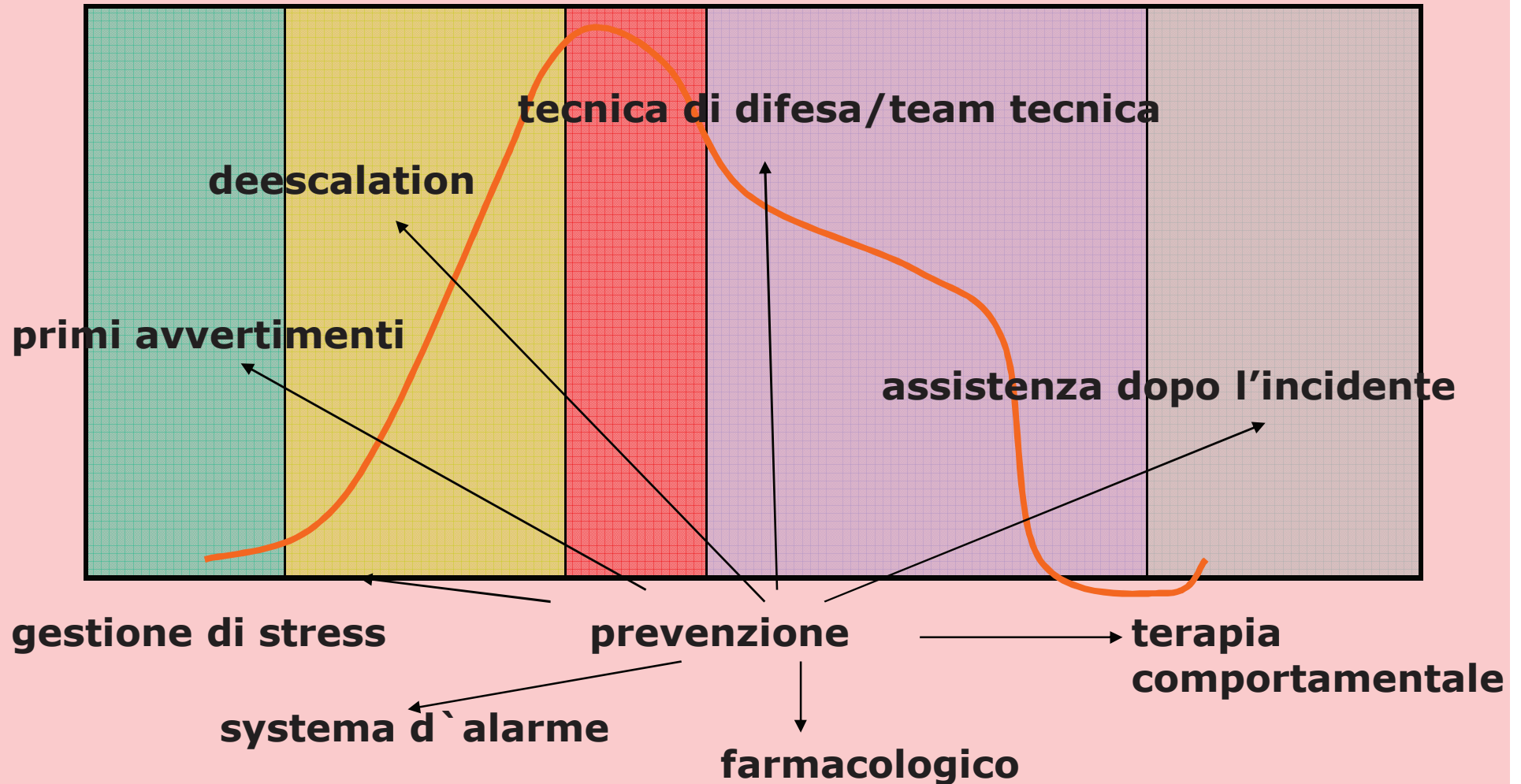
Fasi in una situazione di violenza

Breakwell 1995

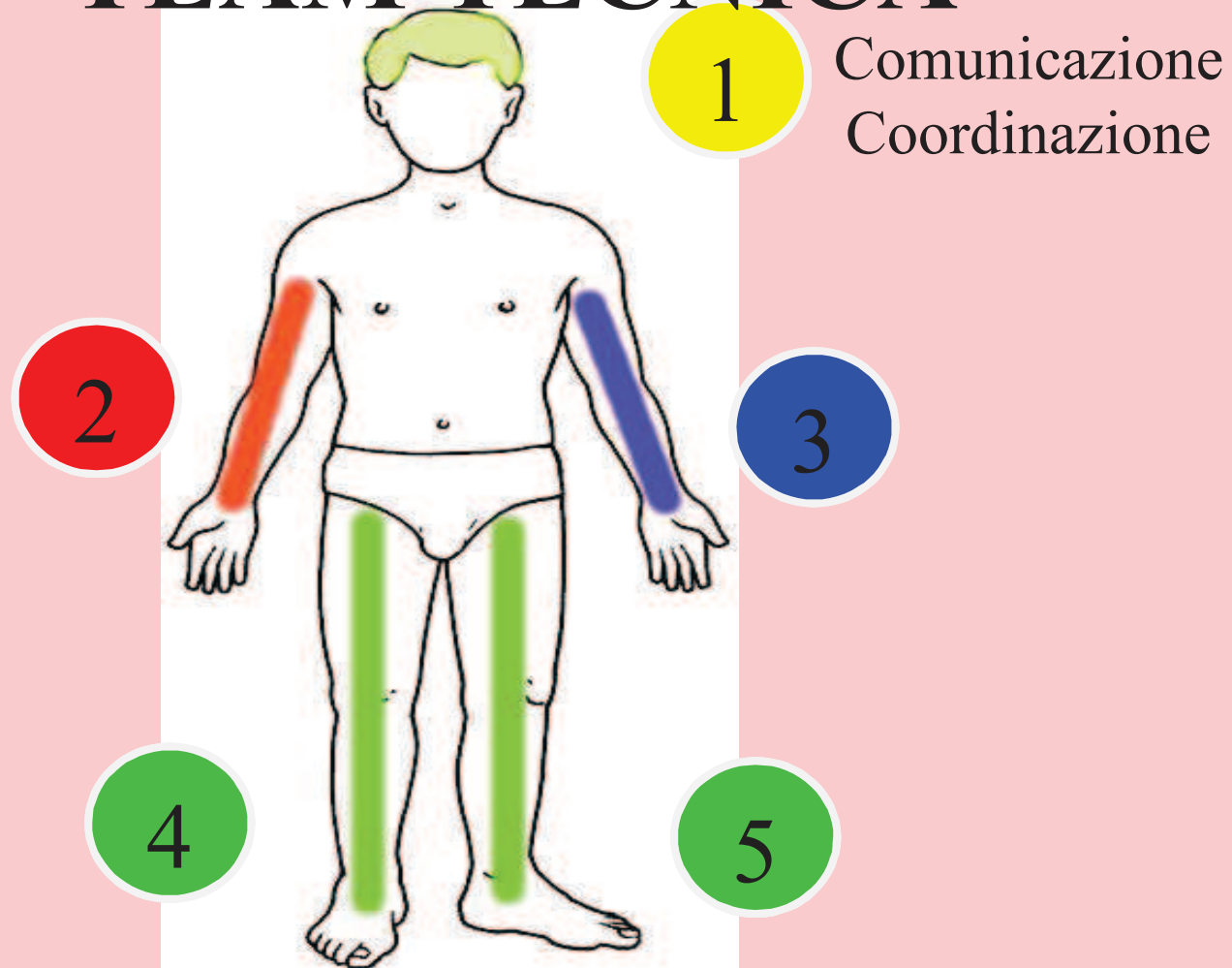


Fasi in una situazione di violenza

Breakwell 1995



TEAM TECNICA

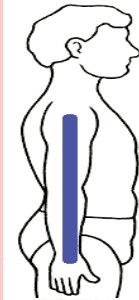


TEAM TECNICA

1



2



3

4



5



Disagio sociale e sicurezza ontologica: le basi della violenza

Sandro Cattacin
Giornata di Studio ASI-SBK, Sezione Ticino

Lugano, 4 dicembre 2009



I temi trattati

- Contesto - La produzione sistematica di precarietà
- Sicurezza ontologica
- Da la logica assicurativa alla logica dei diritti individuali
- Rendere possibile la mobilità sociale



Contesto

Contesto - La produzione sistematica di precarietà

Sicurezza ontologica

Da la logica assicurativa alla logica dei diritti individuali

Rendere possibile la mobilità sociale

- Indebolimento della sicurezza sociale
 - **destabilizzazione degli orizzonti temporali**
 - **destabilizzazione del modello uniforme di cittadinanza**
 - **destabilizzazione del governo nazionale del territorio**
- Conseguenze al livello della società
 - **società delle ineguaglianze crescenti (Castells 1998),**
 - **società della perdita di sicurezza (Beck 1986)**
 - **società dell'aumento delle situazioni di precarietà (Castel 1995)**

3/11

Le pressioni sociali - produzione di precarietà - tre tendenze

Contesto - La produzione sistematica di precarietà

Sicurezza ontologica

Da la logica assicurativa alla logica dei diritti individuali

Rendere possibile la mobilità sociale

- dal modello fordista uniforme alla logica flessibilista - paura materiale
- società pluralizzata, individualizzata e caratterizzata da una "comunitarizzazione anarchica" - paura soggettiva, esistenziale
- l'accelerazione, la differenziazione e la globalizzazione dei flussi migratori - paura sociale, paura dell'altro



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DES SCIENCES
ÉCONOMIQUES ET SOCIALES
DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

4/11

Lugano ASI 041209

Insicurezza e sicurezza ontologica I

Contesto - La
produzione
sistemica di
precarità

Sicurezza ontologica

Da la logica
assicurativa alla
logica dei diritti
individuali

Rendere possibile
la mobilità sociale

- Giddens: sicurezza ontologica come situazione di base di una società democratica
- Nancy Fraser contro Axel Honneth
 - **Sicurezza materiale (ridistribuzione)**
 - **Riconoscimento: identità e rispetto (autoaiuto, reti d'inserimento sociale et sistemico)**



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DES SCIENCES
ÉCONOMIQUES ET SOCIALES
DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

Sicurezza ontologica II

Contesto - La
produzione
sistemica di
precarità

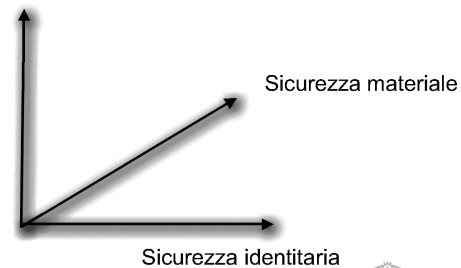
Sicurezza ontologica

Da la logica
assicurativa alla
logica dei diritti
individuali

Rendere possibile
la mobilità sociale

- Tre assi dell'agire debole

Sicurezza dei legami sociali



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DES SCIENCES
ÉCONOMIQUES ET SOCIALES
DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

Sicurezza ontologica III - le risorse

Contesto - La produzione sistematica di precarietà

Sicurezza ontologica

Da la logica assicurativa alla logica dei diritti individuali

Rendere possibile la mobilità sociale

- Frazer e Honneth - tutti due...
 - **Risorse umane (materiali) e inserimento - saper fare**
 - **Risorse sociale e inserimento - the strength of weak ties**
 - **Risorse fisiche (e psichiche) e inserimento - identità e lavoro**
- L'individuo al centro della riproduzione di una società senza classi e delle opportunità disperate (liquid modernity)

7/11

Lugano ASI 041209

Insicurezza - conseguenze sociali sull'agire

Contesto - La produzione sistematica di precarietà

Sicurezza ontologica

Da la logica assicurativa alla logica dei diritti individuali

Rendere possibile la mobilità sociale

- Sofferenza - isolamento
- Rabbia - condivisione, radicalizzazione
- Riflessività - auto-organizzazione, mobilitazione

8/11

Lugano ASI 041209

Contesto - sicurezza ontologica - risorse - opportunità

Contesto - La produzione sistematica di precarietà

Sicurezza ontologica

Da la logica assicurativa alla logica dei diritti individuali

Rendere possibile la mobilità sociale

- La sicurezza crea capacità d'azione
- Il contesto determina le opportunità
- Le opportunità (e la risorsa “esperienziale”) aprono una via all'utilizzo di risorse
- Pensare l'agire nella società delle ineguali opportunità, delle ineguali distribuzioni delle risorse, delle ineguali sicurezze



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DES SCIENCES
ÉCONOMIQUES ET SOCIALES
DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

Da la logica assicurativa alla logica dei diritti individuali

Contesto - La produzione sistematica di precarietà

Sicurezza ontologica

Da la logica assicurativa alla logica dei diritti individuali

Rendere possibile la mobilità sociale

- Rompere i corporativismi e permettere la mobilità sociale et territoriale
- Un modello di “capacity and capability building” contro l'esclusione (Sen)
- Evitare l'esclusione attraverso l'apertura di porte (di opportunità)



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DES SCIENCES
ÉCONOMIQUES ET SOCIALES
DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

Rendere possibile la mobilità sociale

Contesto - La produzione sistematica di precarietà

Sicurezza ontologica

Da la logica assicurativa alla logica dei diritti individuali

Rendere possibile la mobilità sociale

- Cittadinanza differenziata che permette la mobilità sociale
 - **garanzie di sicurezza ontologica materiale (Allocazione universale), sociale e psicologica**
 - **politica delle opportunità**
 - **urban citizenship - luoghi di co-decisione (partecipazione)**



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DES SCIENCES
ÉCONOMIQUES ET SOCIALES
DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

RABBIA E AGGRESSIVITA' NEI LUOGHI DI CURA

*In quali forme si manifesta
l'aggressività nella casa per anziani*

Rita Pezzati

*Centro Terapia Cognitiva di Como – U.O. di Geriatria - Ospedale Beata Vergine di Mendrisio –
Università Professionale Svizzera Italiana (SUPSI)*

Lugano 4 dicembre 2009

CENNI DI STATO DELL'ARTE

Cenni storici e incidenza

Fenomeno relativamente

- **giovane**
- **diffuso ma sommerso, ancora poche**

conoscenze del fenomeno in ambito scientifico

(Buzgovà et al 2009; Sandvide et al 2004; Gates D. et al 2003)

- **complesso, uno degli elementi che concorre**
es. definizione e distinzione tra rabbia,
aggressività e violenza

Curiosità

Ricerca bibliografica :Key words riporta a Violence

CENNI DI STATO DELL'ARTE

AGITATION IN ELDERLY PERSON: AN INTEGRATIVE REPORT OF FINDINGS IN A NURSING HOME

*J. Cohen-Mansfield et al., 1992,
Inter. Psychogeriatrics, Vol 4, Suppl. 2*

Abstract. Agitated behaviors in the nursing home pose a major problem for caregivers. Our data showed that the syndrome of agitation – aggressive behavior, physically nonaggressive behavior and verbally agitated behaviors- are differentially related to medical and psychosocial variables. Physically nonaggressive behavior may be adaptive for a resident who presents a deteriorated stage of dementia. Verbally agitated behaviors may be a form of help-seeking behavior for residents with physical disease and depressed affect.

DEFINIZIONE

L'**aggressività** è un'attitudine, e le attitudini sono distinte dagli stati interni (Guidano, 2008).

Il comportamento aggressivo non è necessariamente accompagnato da pensieri e sentimenti ostili.

Nella prospettiva etologica, l'aggressività viene considerata 1 componente innata della costituzione umana, ma perde la propria connotazione negativa assumendo 1 significato adattivo ed evolutivo. Il comportamento aggressivo è attivato da situazioni ambientali percepite come pericolo o minaccia. (Liotti 2006)

La **rabbia** è una delle più precoci fra le emozioni, insieme al piacere e al dolore. Le due cause prototipiche sono la presenza di un ostacolo al soddisfacimento di un desiderio e l'imposizione di un danno fisico o psicologico. Se immaginiamo una situazione che simboleggia la rabbia, potremmo pensare al tentativo frustrato di liberarci da legami ingiusti che ci opprimono, o alla reazione verso qualcuno che maliziosamente ci toglie sotto al naso il cibo che ci spettava. In senso meno materiale, si prova rabbia ogni volta che sentiamo di essere minacciati sia nella nostra incolumità fisica che nella nostra immagine pubblica. (D'Urso, 1999)

DEFINIZIONE

L'**aggressività** è un'attitudine, e le attitudini sono distinte dagli stati interni (Guidano, 2008).

Il comportamento è necessaria da pensieri e Nella prospe l'aggressività componente costituzione propria con assumendo ed evolutivo

aggressivo e attivato da situazioni ambientali percepite come pericolo o minaccia. Liotti 2006)

VIOLENZA:

- aggressioni fisiche, psicologiche, sessuali o economiche
 - comportamenti minacciosi
 - abusi verbali
- che occorrono sul posto di lavoro

(Occupational Health and Safety Administration's, 1996)

La **rabbia** è una delle più precoci fra le emozioni, insieme al piacere e al dolore. Le due cause prototipiche sono la presenza di un ostacolo al

desiderio e o fisico o siamo una gia sare al rarci da orimono, o uno che sotto al va. In

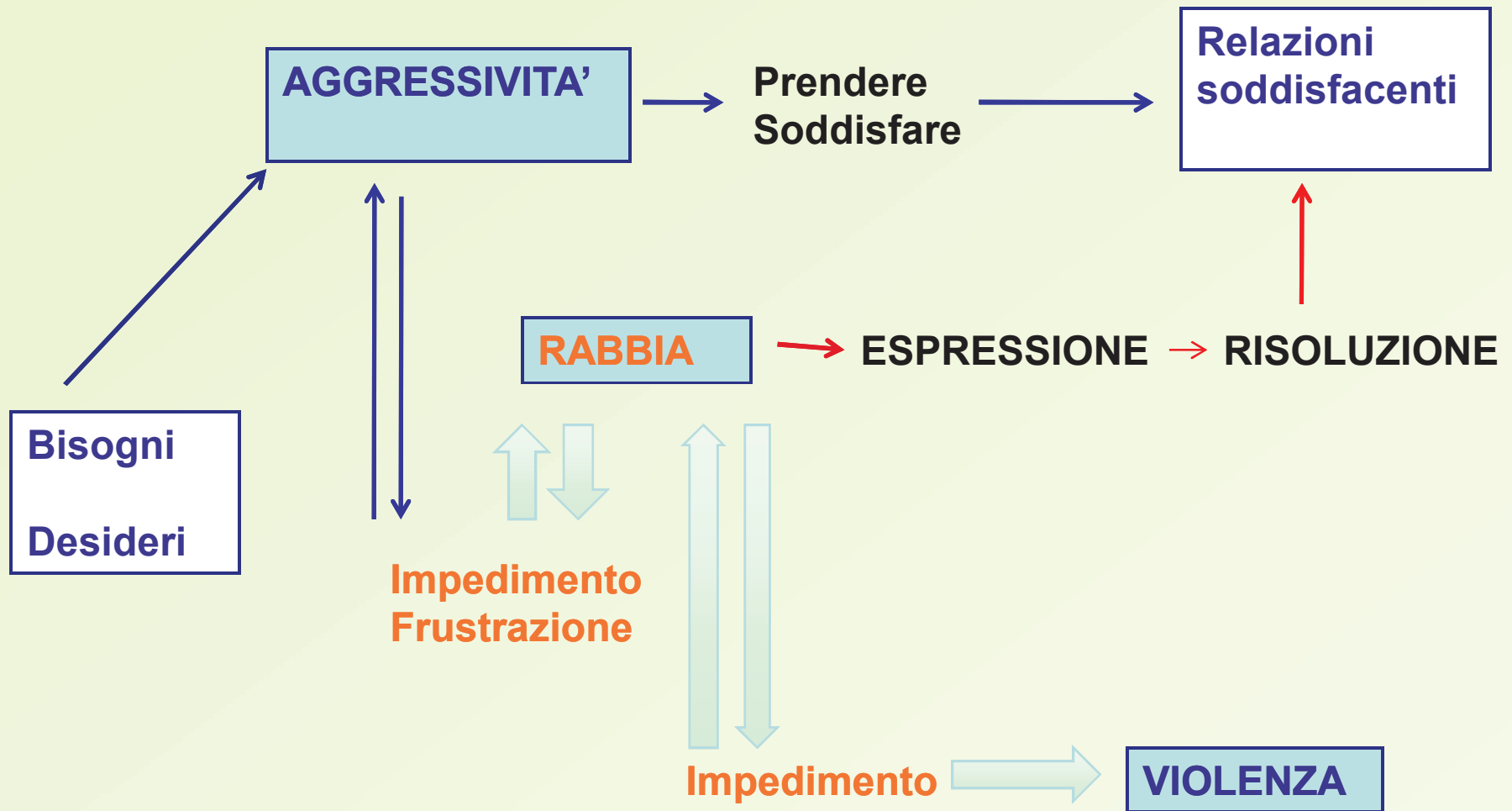
senso meno materiale, si prova rabbia ogni volta che sentiamo di essere minacciati sia nella nostra incolumità fisica che nella nostra immagine pubblica.(D'Urso, 1999)

Aggressività – Rabbia – Violenza

**spesso usati come termini intercambiabili per descrivere
comportamenti di sopraffazione, prevaricazione**

SEMPLIFICAZIONE

**Quando questi affetti si trasformano uno nell'altro
senza consapevolezza e i sentimenti perdono il loro
significato profondo e originario !!!!**



OPERATORI VITTIME

Oltre il 50% delle persone affette da demenza sono fisicamente e verbalmente aggressivi (Skovdahl K. et al, 2003)

93% residenti con demenza mostrano stati di agitazione almeno 1 volta settimana

- stimoli nocivi: perdita spazio personale/rumori/perdita controllo ambiente
- !! Comportamenti aggressivi spesso non prevedibili
- > cure di base

(Gates et al. 2003)

*Issues in Mental Health Nursing, 24:77
Copyright © Taylor & Francis Inc.
ISSN:061-2840 print/1096-4673 online
DOI:10.1080/01612840390228040*

RELATIONSHIPS OF AND ANGER TO C

Donna Gates, EdD, MSN
Evelyne Fitzwater, DSN,
College of Nursing, Univer
Ohio, USA

Paul Succop, PhD
Departement of Environn
University of Cincinnati, Cincinnati, Ohio, Usa

OPERATORI VITTIME

40% operatori (su 499) dice di aver ricevuto violenza
18% operatori dice di esserne esposto giornalmente

Issues in Mental Health
Copyright © Taylor & Francis
ISSN: 061-2840 print
DOI: 10.1080/01612840.2004.10555555

X lo + durante l'igiene

(Sanvide A. et al. 2004)

**RELATIONSHIP
AND ANGER**

51% operatori (su 124) dice ricevere violenze fisiche ,
aggressioni

48% di tipo verbale

4% di tipo sessuale

(Gates D. et al., 2003)

**Donna Gates
Evelyn Fitzpatrick**
College of Nursing
Ohio, USA

Paul Succop
Department of
University of Cincinnati

*16-25% su 100 équipes de nursing riportano esperienze di
violenze ed aggressioni, soprattutto i tempi pieni*

(Äström S. et al., 2002)

(Gates et al. 2003)

03)

ibili

OSPITI VITTIME

Aumento delle aggressioni parallelo all'aumento dei pazienti assegnati

- **fretta degli operatori → pressione del tempo nel'approccio**
- **aggressioni verso gli operatori contribuiscono a un clima negativo che influenza anche le cure dell'ospite**

(Gates et al., 2003)

Fattori esterni che influenzano:

regime istituzionale / organizzazione impropria del lavoro / errata selezione del personale / sottodotazione èquipe / fattori professionali (gestione, controllo...)

Fattori interni che influenzano:

Caratteristiche personali (conoscenze e abilità, condotta etica, impegno professionale, responsabilità, interessi nella professione, + burn out, problemi personali, educazione insufficiente)

(Buzgova R., Ivanova K, 2009)

OSPITI VITTIME

Di chi è il problema dell'agitazione?

Dell'osservatore o dell'ospite?

E' manifestazione di distress del paziente o un sintomo della demenza che pone problemi di gestione all'èquipe curante?

Cohen –Mansfield e coll. (1999) propongono

- **Comportamenti di agitazione verbale: *richiamo di aiuto***
- **comportamenti fisici non aggressivi: *andrebbero incoraggiate e incanalate dentro attività e stimoli appropriati***
- **Comportamento aggressivo: *un senso di rinuncia o di cattiva relazione interpersonale possono esacerbare questi comportamenti***

(Buzgova R., Ivanova K, 2009)

OSPITI VITTIME

Aumento delle aggressioni parallelo all'aumento dei

Di chi è il NELL'INTERAZIONE OSPITE-OPERATORE

Dell'osservazione

E' manifesto Abusi nelle aree di:

- Scelte personali
- Depersonalizzazione
- Etichettature

Cohen -M - Maltrattamento

**- Comportamento
aiuto**

(Sandvide A et al, 2004)

**- comportamento
incoraggiato**

appropriati

- Comportamento aggressivo: un senso di rinuncia o di cattiva relazione interpersonale possono esacerbare questi comportamenti

(Buzgova R., Ivanova K, 2009)

dotta
si

AMBEDUE VITTIME E AUTORI: BIDIREZIONALITA'

3 temi:

- 1) Malintesi reciproci**
- 2) Invasione spazi personali**
- 3) Accettazione violenza sul lavoro**

(Sandvide A. et al, 2004)

OSPITI: fattori che contribuiscono
Comportamenti aggressivi, malattia, disturbi
cognitivi e comunicativi

OPERATORI: emozioni
Impotenza, vergogna, rabbia, irritabilità, colpa

I SISTEMI MOTIVAZIONALI INTERPERSONALI (Liotti, 2001)

Sono disposizioni innate universalmente
presenti negli esseri umani

Sono i principi organizzatori
delle interazioni sociali

I Sistemi Motivazionali Interpersonali (Liotti, 2001)

IL SISTEMA AGONISTICO- RITUALE

“quando non ci sono risorse sufficienti per tutti, mostrati il più forte e stai a vedere come si comporta il tuo nemico!”


META DEL SISTEMA: definire il rango di dominanza e sottomissione .

È ATTIVATO DA:

- 1) percezione che una risorsa è limitata;
- 2) segnali mimici di sfida provenienti da un conspecifico;
- 3) nell'uomo anche da ridicolizzazione, colpevolizzazione o giudizio.

MANTENIMENTO DEI RANGHI :RITUALITA'

- Subroutine di dominazione
 1. ripetizione segnali di minaccia
 2. !!!! comportamenti di accudimento
- Subroutine di resa o sottomissione



Se accudimento non richiesto
rischio di aggressivita':
interpretato come **gesto aggressivo**
di dominazione

SMI ed EMOZIONI (Liotti, 2001)

	OSTACOLI NEL CONSEGUIMENTO DELLA META	AVVICINAMENTO-RAGGIUNGIMENTO DELLA META
Sistema dell'attaccamento	Paura (da separazione) Collera (protesta) Tristezza (da perdita) Disperazione Distacco emozionale	Conforto Gioia Sicurezza Fiducia
Sistema dell'accudimento	Ansiosa sollecitudine Colpa	Tenerezza protettiva Gioia
Sistema agonistico	Paura (da giudizio) Vergogna Umiliazione Tristezza (da sconfitta) Invidia	Collera (da sfida) Trionfo, potenza Orgoglio Disprezzo Superiorità

SMI ed EMOZIONI (Liotti, 2001)



**Emozioni simili sono condivise da SMI differenti:
Sono cioè definite con lo stesso nome emozioni che hanno
funzioni biologiche differenti**



NECESSITA`DI FORMAZIONE

Aggressive and violent incidents: perceptions of training and support among staff caring for older people and people with injury

*F. Badger e B. Mullan
J. Of Clinical Nursing, 13, 52*

Importanza della CULTURA DELLA CURA

X permettere ruoli e aspettative su come il curante debba incontrare il paziente e determinare le priorità sul lavoro
Da una modalità centrata sul compito, a una centrata sul “lavoro riflessivo”

Training di formazione

Aiutare l'operatore a compensare attraverso il senso di empatia, immaginazione e flessibilità la mancanza di possibilità di adattamento che il paziente manifesta come comportamento aggressivo

CON AGGIORNAMENTI CLINICI E SUPERVISIONE

(Skovdahl, 2003)

NECESSITA` DI FORMAZIONE

A partire dal riconoscimento della circolarità della violenza

- oltre all'apprendimento di conoscenze, approccio educativo con opportunità di praticare le abilità
 - lavoro sulle *emozioni e i sentimenti esperiti e COME QUESTE INFLUENZANO LE CURE*
 - includere strategie per aiutare gli operatori a capire come la loro RABBIA influenzi le loro abilità di cura e coping
- SUPPORTO

NECESSITA` DI FORMAZIONE

3 gruppi di infermieri, terapisti e psicologi (287) sono stati valutati attraverso questionari aperti e accompagnati in un training centrato sulle abilità tecniche di gestione dell'aggressività ma meno sulla capacità di cogliere i segnali precursori e di dare senso alle situazioni e poterle quindi cogliere sul nascere.

→ i partecipanti valutano il training molto interessante
Richiedono che si delinea in modo più legato alle
necessità dei singoli staff la modalità di formazione

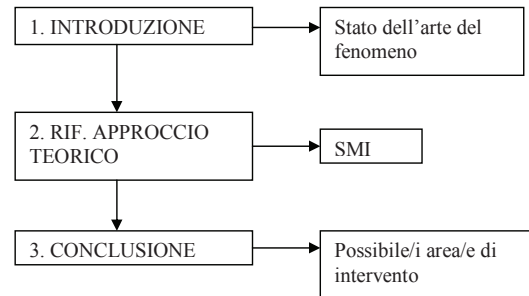
NECESSITA` DI FORMAZIONE

!!!!!!! STUDI DI PREVENZIONE

GRAZIE

Tema dell'intervento: in quali forme si manifesta l'aggressività nella casa per anziani.

Titolo: La rabbia nei luoghi di cura: una questione da esplorare



Struttura (ipotizzata) dell'intervento:

1. QUADRO GENERALE DEL FENOMENO:

- Cenni storici: da quando si inizia a parlare di questo fenomeno, incidenza dello stesso
- Dove è diffuso
- Ad oggi quali sono le conoscenze di cui disponiamo

Lo studio del **fenomeno** è relativamente **giovane**: gli articoli meno recenti trovati risalgono ai **primi anni 90**.

Relativa diffusione complessità sono le caratteristiche di questo fenomeno.

Si tratta di un fenomeno **diffuso, ma sommerso** di cui ancora poche sono le conoscenze in ambito scientifico, ne testimoniano, infatti la povertà degli studi in questo ambito (affermazione sostenuta da cit. in art.).

La **complessità** deriva dal fatto che uno degli elementi che concorre in questo senso è ad esempio la **definizione e la distinzione tra violenza e aggressività**. Ad es. è interessante notare come la ricerca bibliografica sia più facilitata se si utilizza “violenza” o “abuse” inglese vs “aggressività”.

studio del 92 (al momento solo abs, in biblico) individua tre tipologie di “agitazioni” dei malati dementi che mettono in difficoltà gli operatori e che sono diversamente correlate con variabili mediche (intese penso come condizione di malattia del malato) e psicosociali.

1. comportamenti aggressivi sono pochi studiati nonostante siano maggiormente correlati all'ingravescenza della malattia.
2. comportamenti fisici non aggressivi sono letti come comportamenti “adattivi”
3. comportamenti verbali aggressivi individuati come una forma di richiesta di aiuto e espressione di aspetti depressivi

Le cause sono riconducibili alle caratteristiche degli operatori, dell'istituzione e a quelle del malato. Nell'articolo si individua la necessità di una maggiore attenzione al fenomeno e della necessità di creare una “cultura etica” dell'istituzione, cioè che si ispiri ai principi etici.

In un articolo del 2004 si sostiene come la violenza sia bidirezionale tra ospiti e operatori. Sempre in questo stesso articolo si mette in evidenza come, attraverso l'analisi qualitativa di interviste agli operatori, ad esempio l'invasione degli spazi personali (ad es. il non volersi alzare dal letto, non volere vestirsi) e la tolleranza dell'accettazione della violenza come parte del proprio lavoro siano tematiche centrali che ruotano attorno al concetto di aggressività (violenza) e che fanno parte della narrativa degli operatori. (questo nei nostri termini può essere letto come: per operatore ad es. rispetto dei doveri di cura, igiene etc... vs per ospite invasione personale e mantenimento propria identità e desideri (e quindi quanto la struttura ospitante rispetti identità, ritmi del malato? E dunque centralità)

2. IL NOSTRO APPROCCIO TEORICO

- aggressività = riferimenti agli SMI (ev. contributo guarracino)

-

3. CONCLUSIONI

- apertura sulla formazione come possibile spazio di intervento

CASO 1**Racconto**

È la trascrizione di un racconto spontaneo fatto da una paziente donna, giunta in pronto soccorso per un forte mal di gola e stato febbrile, alla quale durante una conversazione informale le è stato chiesto come è stato l'arrivo in PS.

Mirella De Paris

Mah! Sono arrivata al segretariato per annunciarvi: mi hanno fatto diverse domande, facevo fatica a parlare e non stavo bene. So che è necessario rispondere alle domande, ma quando non si sta bene si fa più fatica. In seguito mi hanno riferito di seguire le frecce rosse fino al lift e scendere al piano - 1 (siccome non è la prima volta che arrivo in pronto soccorso conoscevo la strada, ma a dire la verità la prima volta ho fatto fatica a capire dove dovevo andare...).

Giunta al piano di sotto, sono stata accolta da un infermiere che, dopo avermi chiesto cosa fosse il problema, mi mostrò la sala d'aspetto e mi disse di attendere. A dire la verità, avrei voluto spiegare nel dettaglio cosa fosse il mio problema (avevo mal di gola è vero, però avrei voluto un momento in più per dare altre informazioni in merito al mio stato di salute)..Se devo dare un giudizio, posso dire che non mi sono sentita molto "considerata" anzi, la sensazione che mi ha trasmesso era quasi come se "ero arrivata su per niente"...come se ero di disturbo...

Anche la sala d'aspetto non mi ha aiutato molto; c'era molto rumore, telefoni che non cessavano di squillare,..... Ero molto disturbata perché non avevo privacy. Quando finalmente un infermiere è venuto a chiedermi quale era il mio problema, in mezzo alla sala di attesa, ricordo che mentre parlavo con lui mi sono dovuta anche spostare perché nel frattempo stavano trasportando un paziente con il lettino . Lo spazio è molto piccolo, non riesco a concentrarmi su me stessa perché intorno a me c'era molto movimento. Chi entrava, chi usciva da ogni porta e ti passava davanti. La struttura mi ha dato quasi un senso di disagio. Avrei preferito un luogo più protetto e riservato dove poter trovare un po' di tranquillità durante l'attesa.

La sala d'attesa del pronto soccorso è un ambiente freddo e poco accogliente. In più per problemi di rete non riesco a comunicare con il cellulare. Se non si sta bene e si vuole avvisare un familiare o qualcun d'altro, bisogna ricorrere alla cabina telefonica, ma al giorno d'oggi non c'è più nessuno che ha la tessera prepagata e la segreteria del PS non te la vende. Lo trovo terribilmente scomodo, specialmente se, come ho già detto, non stai bene e hai bisogno di parlare con qualcuno....è un posto scomodo: non c'è una finestra, la luce è troppo forte.....

Io avevo tanto male, desideravo ricevere qualcosa per i dolori per calmarmi e rilassarmi dal momento che erano due notti che non dormivo e mi bruciava la gola. Ero nervosa a causa dei dolori, ero stanca e sfinita. Volevo essere curata e rassicurata, ma purtroppo, non posso dire di aver avuto questa sensazione. Avrei desiderato un'accoglienza un po' più calorosa, di essere stata ascoltata un po' di più. Invece ho avuto la sensazione di essere stata "liquidata" in un momento.. provavo rabbia anche perché non ho avuto la possibilità di comunicare il mio problema come avrei voluto.....

Sono arrivata alle 17.00 e ho atteso più di due ore. All'inizio mi sono seduta in attesa che qualcuno mi facesse entrare...Guardavo le persone sedute con me che aspettavano il loro turno di visita. Ho letto un paio di riviste e man mano che passava il tempo più mi innervosivo. Non c'era nessuno che

entrava dalla porta per dirmi qualcosa...per sapere quanto tempo dovevo ancora aspettare. I medici erano in corridoio e parlavano fra di loro...si sentiva "tutto di tutti", parlavano di pazienti, delle terapie che dovevano fare...Insomma, io ero arrivata per un mal di gola...ma sinceramente, non avrei voluto che qualcuno sentisse fatti riguardanti la mia persona.

Dopo più di un ora che stavo aspettando non ho visto nessun infermiere che potesse dirmi qualcosa, mi sono alzata e ho cominciato a camminare avanti e indietro, ogni tanto dalle porte scorrevoli che si aprivano intravedevo medici e infermieri che parlavano tra loro c'era un medico al telefono .qualcuno era anche seduto...insomma...ho avuto l'impressione di vedere persone che non avevano molta voglia di lavorare. L'infermiere che mi ha accolto era come "sparito". Stufa di aspettare e di non sapere nulla ho bussato alla porta:l'infermiere mi ha aperto la porta e gli ho chiesto:"ma arriva qualcuno o cosa?"...

L'unica informazione che avevo ottenuto era quella di aspettare che arrivasse il mio turno e che al momento i box erano tutti occupati. Ero convinta di essere stata dimenticata. C'erano persone che entravano in visita prima di me e non capivo il motivo...avevo pensato che probabilmente erano dei conoscenti o parenti del personale e perciò erano più agevolati.

Per finire mi hanno fatto entrare e accomodare e dopo alcune veloci domande senza darmi troppo spazio a spiegare il mio problema mi hanno detto che dovevo aspettare la visita del medico. intorno erano tutti di corsa, se chiedevo qualcosa la classica risposta era "un po' di pazienza signora, tra un momento ci occuperemo anche di lei!...oppure "scusi signora ma devo andare da un paziente,.. rientri dentro e la chiameremo noi..."

Insomma tutte risposte vaghe, di corsa...C'era sicuramente tanto da fare ma insomma...anche io avevo diritto di sapere qualcosa.

Avevo male, tanto male. Il dolore era un altro elemento che, oltre all'attesa mi ha reso maggiormente nervosa. Non vedere nessuno per lungo tempo, non avere una persona di riferimento per un eventuale necessità sono elementi che hanno favorito ad aumentare ancora il mio malumore. Quando volevo sapere qualcosa, nessuno è stato in grado di rispondermi in maniera esaustiva...Sembrava che cercavano di evitarmi.

Questi sono circa i motivi per cui alla fine, quando la mia pazienza si è esaurita sono esplosa (la paziente ha gridato a voce alta:

"...ma arriva qualcuno adesso o cosa?...mi state prendendo per.....?...").

CASO 2

Situazione:

Signora Letizia, è una vedova di 86 anni, residente in una Casa Anziani dal 2007. Si presenta come una signora dall'aspetto estremamente curato, loquace, dimostra di apprezzare molto i complimenti inerenti il suo aspetto esteriore con un gran sorriso e un lieve turgore delle guance. È una signora che dice di esser fiera della sua capacità ancora integra di prendere decisioni e racconta che avendo offerto tutta la sua giovinezza al proprio marito e alla cura dei suoi figli, ora si trova qui in una Casa Anziani suo malgrado, in quanto i figli non riuscivano più, con l'ausilio dell'aiuto domiciliare a tenerla a casa.

Ascoltando i suoi discorsi, la Signora si lamenta di tutto e di tutti : il cibo non è cucinato correttamente, la salsa non è abbastanza raffinata, la sua camera non ha la vista sul lago e il personale non ha sempre tempo per accompagnarla a fare delle lunghe passeggiate nel parco. Malgrado questo, la Signora Letizia dice di esser contenta della propria vita ed ora che è vedova, la vecchiaia non ci voleva proprio in quanto percepita dalla stessa come l'inizio della decadenza finale. Racconta volentieri, quando ci si intrattiene con lei, dell'importanza del suo lavoro di sarta che non è un lavoro manuale come tutti credono, da plebei, ma è un lavoro in cui si "usa la testa" in quanto da un pezzo di stoffa si crea un vestito che connota socialmente la persona che lo indossa. Racconta ammirata dei viaggi che avrebbe voluto intraprendere, della vita di società che avrebbe voluto condurre per una donna del suo temperamento, della sua cultura, della sua classe ma purtroppo nella vita, a causa del suo matrimonio con una persona non certo benestante, ha dovuto servire persone che non sapevano apprezzare il lavoro altrui.

Situazione familiare:

vedova da circa 28 anni, ha 2 figli, una figlia la quale viene tutti i giorni a trovarla e si intrattiene con lei diverse ore nel pomeriggio e che l'asseconda in tutti i suoi desideri e un figlio che viene settimanalmente a renderle visita e a suo dire " la sorella e la madre sono un corpo e un anima, mentre lui sin da piccolo è stato sempre messo da parte nella relazione, ma di ciò non si è mai preoccupato e non si preoccupa ancora oggi in quanto anche se lui dice qualcosa, non è mai stato ascoltato". Il figlio è rientrato dal Brasile in gennaio 2008 dopo un matrimonio, secondo la residente "rovinoso", ed abita nell'appartamento della mamma (in affitto).

Situazione economica:

- AVS Fr.- 2023 circa
- Retta giornaliera in CpA, Fr.- 75
- Cassa malati prima dell'intervento del curatore 414.40 ma attualmente sono state tolte delle prestazioni complementari
- Pensione italiana (non scoperto se non dopo esser stata messa su curatela, l'ammontare è di circa 500.- mensili)
- Libretto di risparmio (non scoperto sino al momento della curatela ma completamente estinto dalla figlia, quindi non se ne conosce l'importo)
- La figlia della residente gestiva i suoi beni su richiesta diretta della residente e quindi tutte le fatture venivano inviate al suo indirizzo
- All'entrata in Cpa richiesta per la PC in quanto risultava solo l'AVS, richiesta accordata
- Concretamente comunque con l'AVS e la pensione italiana sarebbe riuscita a pagare la retta senza problemi. La PC le è stata tolta al momento che si è scoperto che la residente riceveva anche la pensione italiana, senza averla mai denunciata.

Nessun problema per i pagamenti sino al gennaio 2009 poi la figlia ha iniziato a non più pagare sia la retta, sia la cassa malati, sia le altre fatture riguardanti la Signora Letizia.

Dopo un mese di mancato pagamento 1° richiamo senza effetto

Idem il mese successivo, 2° richiamo : la direzione parla con la figlia per conoscere le ragioni del mancato pagamento; la figlia dice che ha avuto contrattempi ma che comunque salderà il conto il più rapidamente possibile

Passano ancora 2 mesi e 2 mesi ancora senza alcun pagamento

Si informa la figlia che in mancanza ancora di un ulteriore pagamento si procederà con procedura legale per incasso (> 21.000 Fr.-) .

La figlia solo allora dice di non avere più soldi e non ha dato altre spiegazioni (o almeno l'istituto non le conosce malgrado a più riprese le è stato chiesto la ragione per la quale non ha più pagato la retta della mamma). A questo punto, si informa la residente dell'accaduto e si inoltra richiesta di pignoramento. Successivamente, visto che la residente, malgrado sia in grado di discernere, non ha voluto occuparsi personalmente di gestire i suoi beni, né di farli gestire da qualsiasi altra persona di sua fiducia, le è stata proposta una curatela.

La residente non ha mai accettato di buon occhio la curatela, dimostra ancora molto rancore e inferisce verso tutte le persone che hanno dovuto intervenire per dirle la verità oltre ai momenti in cui si rende conto che l'importo che può gestire è minimo per le sue spese personali .

A partire dal momento della conoscenza dei fatti la residente inizialmente è sprofondata in uno stato depressivo grave ed ora a distanza di quasi un anno, incolpa tutti della sua situazione, racconta a tutti che è a causa della CpA che lei si ritrova in questa situazione e si innervosisce molto, insultando tutti, tranne la figlia, di questo stato di cose.

Attualmente è divenuta molto esigente, intollerante verso chiunque non soddisfa immediatamente le sue richieste, offende e denigra altri residenti ed ha un vocabolario molto nutrito e fiorito al momento in cui per esempio, la coiffeuse non la prende ogni settimana per la messa in piega o quando non può telefonare così a lungo (con la figlia rimaneva ore al telefono) ecc...

In sintesi i rapporti con la figlia che gestiva i suoi beni sono ottimi, anche se esige che venga in orario a trovarla tutti i giorni e ad assecondare i suoi desideri, la figlia ha espresso al personale curante che si sente soffocata dalle molteplici richieste ed esigenze della madre.

Con il figlio i rapporti sono freddi (come sempre anzi, peggiorati al momento il cui, lo stesso si era permesso di dire alla mamma che nutriva qualche dubbio sulla gestione economica dei suoi beni da parte della sorella, la residente in questa occasione aveva cacciato il figlio fuori dalla camera in malissimo modo e lui ne aveva risentito molto).

Testimonianze lette da Stefano Rossi

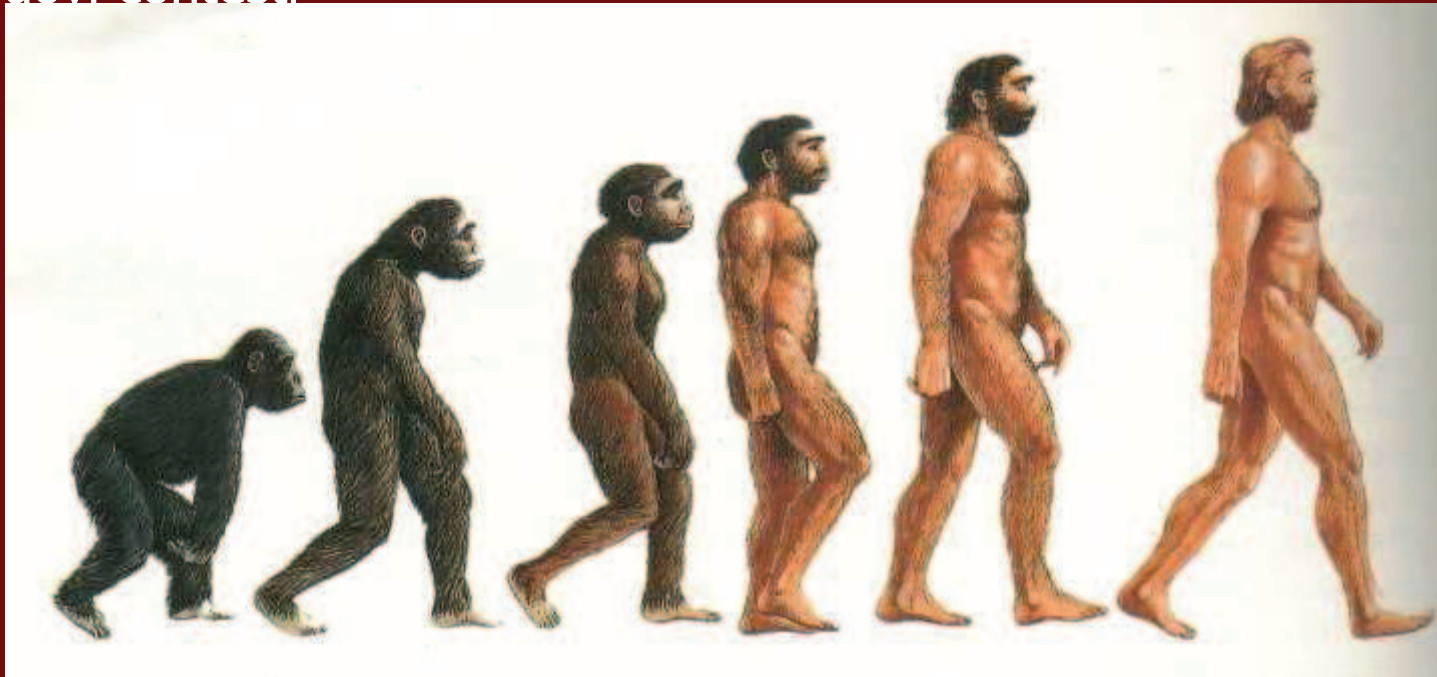


Lo sguardo dello psichiatra in contesti non psichiatrici

Dr. Hernán Jaime

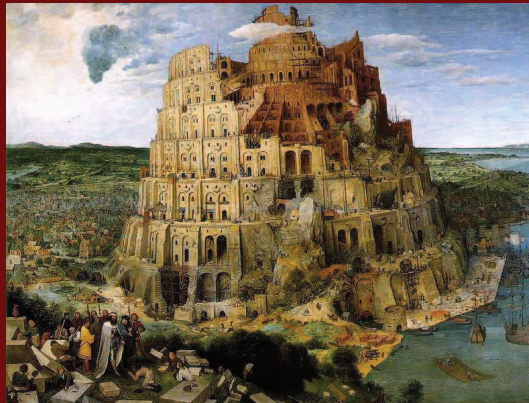
L'evoluzione dello psichiatra nei contesti non psichiatrici

- Lo psichiatra ha dovuto imparare ad uscire dal divano per andare in nuovi contesti



L'evoluzione dello psichiatra nei contesti non psichiatrico

- Lo psichiatra a dovuto imparare nuovi linguaggi nel contesto della malattia somatica



psicologichese vs somatiche

- Teorizzazione della realtà (soggettiva)
- Tempi lenti del trattamento e della guarigione
- Tendenza alla chiusura per rispetto all'intimità
- Terminologia a volte poco comprensiva anche per lo stesso psichiatra
- Pragmaizzazione della realtà (oggettiva)
- Tempi corti di trattamento e di guarigione
- Tendenza alla condivisione e passaggio rapido dell'informazione
- Termini tecnici nuovi

Le domande tacite

- Come devo affrontare l'emozione del paziente ?
- In che modo devo tener conto della mia emozione ?
- Cosa mi chiede la famiglia del paziente ?
- Cosa mi chiede il mio ruolo, i miei superiori o i miei subalterni ?

La solitudine dello psichiatra

- Nuova cornice di contesto referenziale, poca condivisione dei vissuti
- Nuovi codici di linguaggio
- Scarsa manifestazione dell'espressione delle emozioni e dei pensieri autoreferenziali
- Maggiore velocità nel passaggio all'azione

La paura dell'aggressività

- Perché non si parla di essa
- Perché non è condivisa
- Perché non si era abituati ad essere a confronto con essa
- Perché non si trova una strategia in equipe per affrontare il paziente aggressivi

La tragicommedia della paura

- Il linguaggio emotivo in contesti non psichiatrici



Tragicomedia della paura

- Atto primo: La paura dell'aggressività
- Atto secondo: La paura della morte altrui
- Atto Terzo: La paura della propria morte

La paura dell'aggressività

Atto I

- “ Non vedo l'ora che arrivi lo psichiatra
....mi suscita paura...ma anche rabbia...e
meglio chiamare la polizia e lasciarlo
tranquillo....fino a che arrivi lo psichiatra”

NOI

- Spesso si cade nella trappola dell'onnipotenza
- Dobbiamo assumere una posizione soggettiva ed emozionale al plurale NOI invece di IO

La paura della morte altrui

Atto II

- “ Non so cosa dirle...sento delle cose contrastanti...da un lato mi fa pena ...dell'altro mi fa rabbia...non capisco perché lo ha fatto...è lì da sola in camera...sento che questo non è suo luogo...fra lo stress del lavoro nostro...non so come comportarmi nei suoi confronti ”

IO-TU

- La paura della morte incomprensibile ci colloca nella difficile condizione come curanti di dover accudire qualcuno che non capiamo.
- Il vissuto di solitudine è la causa ultima che provoca nel paziente tale decisione.
- Dobbiamo imparare a ritualizzare l'incontro con il suicida, con la sua solitudine

La paura della propria morte

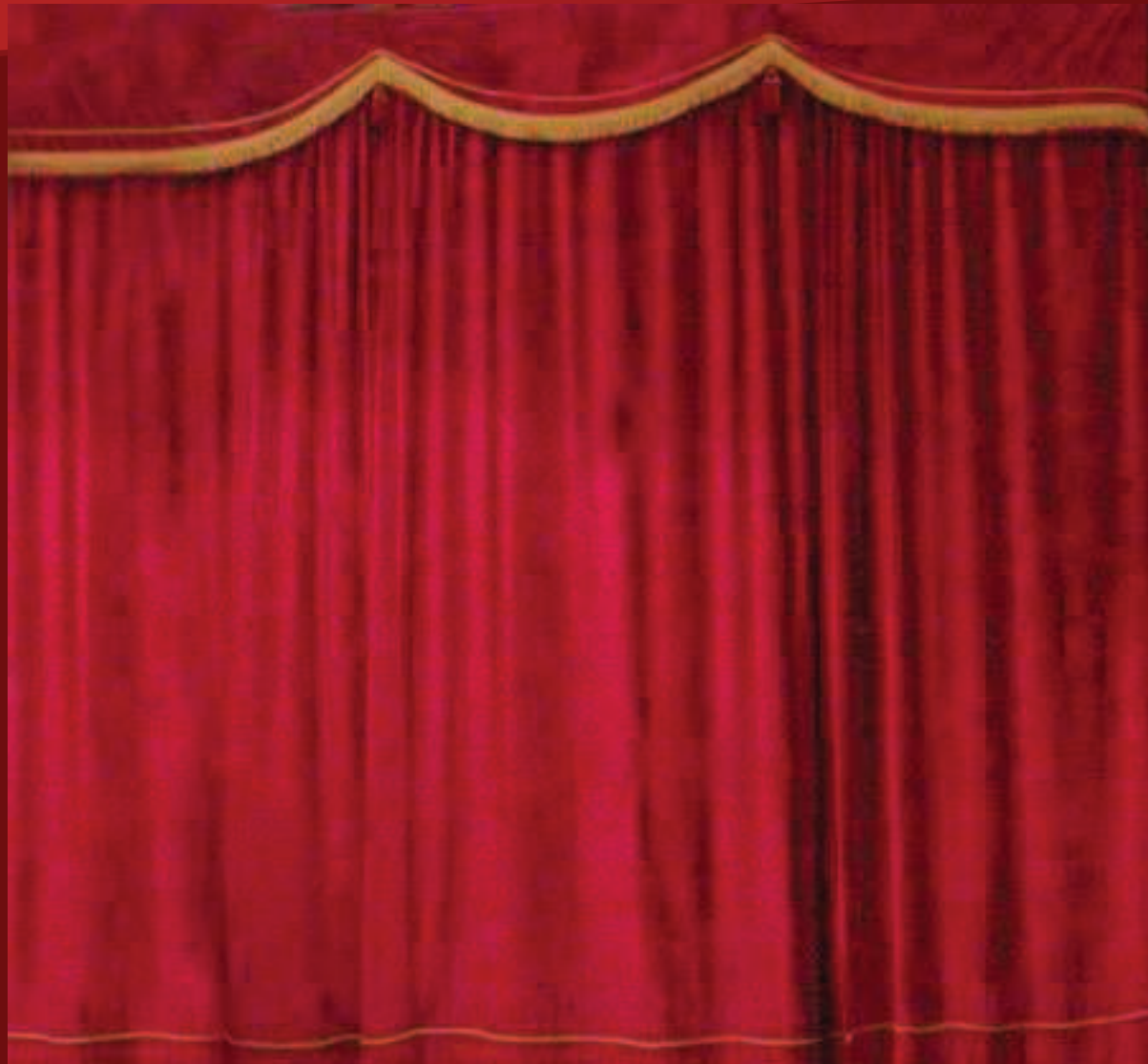
Atto III

- “ Non capisco...il medico l'ha informato chiaramente che non gli resta tanto da vivere...e lui si ostina a chiedere ancora altri studi...non si rende conto che sta morendo ?...sono stufo di spiegargli e continuare a spiegare....la psichiatra dice che è una negazione...io non riesco a capire la sua mente...”

IO

- La paura della propria morte è un sentimento naturale che spesso neghiamo
- Più imparo a stare con la mia paura più potrò condividere il processo della morte del paziente
- Dobbiamo essere sereni nella posizione IO, con noi stessi

FINE



L'AGGRESSIVITA NEI CONTESTI SANITARI

Uno sguardo dello psichiatra nei contesti non psichiatrici (Dr. med. Hernán Jaime, psichiatra)

Spesso chi si occupa della psichiatria di "liaison", in contesti non psichiatrici ci si confronta con il dovere dare delle risposte a delle domande generate da una serie di aspettative da parte del collega medico o del personale infermieristico "somatista", che non hanno nulla a che vedere con la domanda che viene posta esplicitamente.

Spesso dietro ad una domanda formulata allo psichiatra si nasconde da parte dei colleghi la paura di non sapere come affrontare, ad esempio, l'incertezza di una risposta emotiva inattesa davanti ad una diagnosi infausta, davanti al non sapere come affrontare il pianto o la rabbia del paziente, davanti al non sapere come affrontare la propria paura rispetto alla propria incertezza.

Proprio per questo motivo spesso la risposta dello psichiatra nei contesti non psichiatrici deve essere doppia, da un lato deve rispondere alla domanda esplicita che viene formulata e dall'altro lato alla domanda implicita che lo psichiatra deve scoprire, e che spesso appare nel decifrare il modo in cui viene posta tale domanda (analisi del contesto, analisi della dinamica della relazione medico- paziente, analisi della malattia in relazione al medico e alla famiglia del paziente).

In tal senso il compito dello psichiatra è quello di essere doppiamente efficace in entrambe le risposte in modo tale da colmare i due quesiti posti da parte dei colleghi. Per questo motivo lo psichiatra di "liaison" deve imparare i diversi "linguaggi" dei diversi contesti in cui vengono formulate talune domande. Ad esempio in una ricerca realizzata da parte del servizio di consulenza psichiatrica ospedaliera l'aspettativa più importante da parte del medico nella consulenza psichiatrica era la velocità della risposta ossia che, quando più rapidamente veniva formulata la risposta scritta nel suo rapporto da parte dallo psichiatra, più soddisfatto era il medico richiedente.

Questa aspettativa ci ha confrontato con il dover imparare a calibrare la nostra velocità e il nostro tempo d'intervento per riuscire ad essere più ascoltati dai colleghi "somatisti". Partendo dalla premessa della psichiatria che per anni è stata relegata alla scrivania per non dire al divano, ad un linguaggio ermetico e per certi versi indecifrabile fra noi stessi, abbiamo dovuto imparare a parlare un linguaggio "somatico" che era quello di essere veloci e leggibili per il collega.

La psichiatria di "liaison" è questo. È essere ascoltabili e leggibili dai colleghi che chiedono dati duri e precisi, a noi che veniamo dal mondo delle continue costruzioni delle realtà, dai tempi lenti dei cambiamenti terapeutici, dalle approssimazioni teoriche. Infine, essere uno psichiatra di "liaison" vuol dire essere un esperto dell'integrazione di linguaggi differenti e a differenti velocità.

Questa sfida si complica quando dobbiamo introdurre nella nostra risposta non solo quello che spesso si aspetta il collega medico o infermiere "somatista" che è quello di fare una corretta diagnosi, esprimerla e prescrivere un corretto trattamento psicofarmacologico. Dobbiamo nella misura del possibile introdurre qualcosa del nostro linguaggio

“psicologichese” nel ascolto dei colleghi che parlano il “somatichese” per poter sentire che il nostro ruolo non solo si limita a fare diagnosi e prescrivere psicofarmaci.

Un elemento chiave in questo passaggio del linguaggio è quello d'introdurre l'idea della crisi. Per crisi si intende la perdita della capacità dell'individuo e di un sistema di adattamento ad una situazione data, ossia che dobbiamo introdurre l'idea di significati emotivi e /o relazionali possibili che spiegano tale crisi. Pertanto nella nostra restituzione al collega dobbiamo far “vivere” gli aspetti autobiografici, famigliari e sociali nel contesto di un senso terapeutico, su una lettura di tipo relazionale. Ossia che nella risposta dobbiamo introdurre l'idea di una o alcune possibili ipotesi esplicative di tale stato di crisi e allo stesso tempo offrire anche delle probabili soluzioni congrui a tale lettura.

In questo senso l'imparare a comunicare con i colleghi ci permette d'imparare dei linguaggi in modo reciproco e allo stesso tempo noi psichiatri sentiamo che l'ascolto del collega “somatista” porta come risultato l'imparare a stare con il paziente in altro modo.

Nel caso preciso delle problematiche in cui troviamo pazienti aggressivi, oppure una situazione in cui un paziente provoca in noi sentimenti di paura (di ogni indole) introduciamo un elemento in più nella nostra osservazione. Oltre alla dimensione cognitiva del dover condividere delle ipotesi esplicative di una determinata situazione è necessario considerare meglio le emozioni che ci suscita il paziente, e il perché di tali emozioni. Per questo motivo è necessario che nella equipe ci sia una buona comunicazione fra i membri e una adeguata capacità di autoregolarsi. Il poter parlare delle proprie emozioni in funzioni della situazione problematica, così come il poter discutere sulle emozioni che suscita il paziente deve essere una moneta di interscambio corrente.

Dopo questa introduzione ho il piacere di presentare “La tragicommedia della paura”.

Una corta rappresentazione che si svolge in tre atti sono dei monologhi che raccontano sulla paura vissuta dall'interno delle nostre protagoniste. Le tre sono delle infermiere che attraverso un monologo autoriflessivo, per certi versi caricaturale ci permettono di dare chiarezza alle paure, alle premesse che spesso stanno a monte dei punti di vista delle faccende quotidiane nei reparti, ma che ci fanno riflettere sul come dobbiamo essere.

Vediamo se questi monologhi vi lasciano solo riflessivi o vi suscitano al dialogo.

LA TRAGICOMEDIA DELLA PAURA IN TRE ATTI

Primo atto:

LA PAURA DELL'AGGRESSIVITÀ

MONOLOGO di un'infermiera del PS di un ospedale generale

“ Non vedo l'ora che arrivi lo psichiatra. È meglio che si sbrighi, questo paziente mi suscita paura...mi provoca anche rabbia...se potessi dargli un pugnoma è molto più grande e forte di me...”

“Questo qui è scappato da un manicomio criminale...chissà cosa ha combinato... poi è riuscito a sopravvivere per alcuni giorni nel bosco... mi guarda con uno sguardo minaccioso e provocatorio... e meglio stare alla larga e lasciarlo da solo... e meglio chiamare la polizia e lasciarlo lì tranquillo nel box fino a che arrivi lo psichiatra e decida il suo trasferimento alla clinica psichiatrica”.

La paura dell'aggressività spesso è legata alla falsa premessa che si crea quando si entra in relazione con la persona aggressiva, che è quella di pensare che quando ci confrontiamo con una persona aggressiva dobbiamo contenere la rabbia e l'aggressività dell'altro da soli. Il soggetto aggressivo spesso si colloca in una posizione onnipotente e quindi di riflesso ci costringe a cadere in questo errore di valutazione della realtà che è quella di diventare eroi in grado di risolvere da soli il problema che la persona aggressiva ci presenta.

Nel dover affrontare il paziente aggressivo invece dobbiamo imparare a pensarci al plurale, introducendo l'avverbio NOI e controcambiandolo per il IO.

Nella posizione soggettiva di “noi” possiamo operare addentrandoci in uno stato emotivo differente, acquistando una maggiore sicurezza, una maggiore serenità e una maggiore chiarezza nei confronti del paziente.

“Noi” sta per un bisogno sociale che il paziente chiede di essere contenuto e compreso, sta per un bisogno istituzionale di dare una risposta di accoglienza, di limite e di contenimento nei suoi confronti, sta per un bisogno di un'équipe di cura che offre una risposta adeguata ad una sofferenza emotiva espressa in un modo che deve essere trasformato attraverso una risposta integrale e consensuale nei confronti del soggetto aggressivo.

L'aggressività potrebbe avere differenti cause. Potrebbe essere la conseguenza di uno stato confusionale per un abuso di sostanze stupefacenti, oppure posttraumatica, potrebbe essere uno stato delirante persecutorio, potrebbe essere la dimostrazione di un

comportamento caratteriale, potrebbe essere uno stato allucinatorio di tipo schizofrenico. Infine, qualsiasi sia la sua causa, è necessario pensarci e viverci all'interno della posizione "noi".

Nella posizione soggettiva di "noi" introduco inoltre due aspetti che sono importanti nella gestione dell'aggressività. Da un lato il noi presuppone l'esistenza di un'équipe in grado di essere strategicamente in chiaro su come e quando procedere ad un'intervento di accoglienza o di contenimento. Presuppone un lavoro di consenso precedente che mi permette come operatore di sentirmi accompagnato nella decisione che devo portare avanti, pure nel caso in cui mi dovessi trovare da solo con il paziente aggressivo.

Dall'altro lato il noi mi permette di sentirmi rassicurato nei confronti della mia attitudine nei confronti dell'onnipotenza del soggetto aggressivo. Mi permette di stare al di fuori della trappola relazionale nella quale mi vuole costringere a cadere. Il sentimento di essere accompagnato mi permette di poter dire alla persona aggressiva, che mi sfida, che siamo noi, la mia équipe, la mia istituzione e infine la società che si confronta con lui nel bisogno di contenere il suo comportamento.

Per questo motivo nel caso del paziente aggressivo è necessario che all'interno dell'équipe esista un elevato indice di solidarietà e di consenso. Deve essere anche chiaro anticipatamente come e quando procedere ad esempio ad un intervento di contenimento. I soccorritori e il personale della polizia deve essere incluso in questo ordine di procedura. Negli ospedali psichiatrici questi elementi formano parte di una routine, nei contesti non psichiatrici questi aspetti vanno imparati.

Secondo atto:

LA PAURA DELLA MORTE ALTRUI

MONOLOGO di una infermiera del reparto di cure intense

“ non so cosa dirgli...qualsiasi cosa dica mi sento ridicola...ho paura di provocare una risposta dalla quale poi non sarò in grado di uscirne... e poi sento delle cose contrastanti... da un lato mi fa pena... dall'altro mi fa rabbia... perché non riesco a capire che abbia potuto fare quello che ha fatto...è lì da solo...sento che questo non è il suo luogo”.

La paura della morte differente, della morte scelta attraverso il suicidio, suscita non poche interrogativi. Si tratta di una ricerca attiva della propria morte. Spesso è qualcosa di incomprensibile. Invece abbiamo il dovere di comprendere, oppure almeno di essere consapevoli di quanto non comprendiamo. Ma dobbiamo avvicinarci al paziente che è ancora vivo, lì nel letto da solo, in silenzio, magari con gli occhi chiusi, magari con uno sguardo perso nel vuoto, magari con la gola secca. Dobbiamo avvicinarci e stare con lui...magari solo per farlo sentire di stare meno solo. La maggior parte dei tentativi di suicidio avvengono quando il paziente si sente solo...profondamente solo. Non dobbiamo giudicarlo, solo lui sa le ragioni che lo hanno portato a tale ricerca di fine...dobbiamo farlo stare meno solo.

Si tratta di maturare una posizione di accompagnamento ad un altro, non è IO, non è NOI si tratta di essere con l'altro è un Io -Tu. Una posizione di estrema intimità in un Io-Tu che ci permette di affrontare con serenità la ritualizzazione dell'incontro emotivo con l'altro, pure se si tratta di una strana e lontana scelta per i nostri parametri.

Terzo e ultimo atto:

LA PAURA DELLA PROPRIA MORTE

MONOLOGO di un'infermiera del reparto di oncologia

“ Non capisco... il medico l'ha informato chiaramente che non gli resta tanto da vivere...e lui si ostina ancora a chiedere ulteriori analisi...un secondo parere... altri farmaci... io mi chiedo... non si rende conto che stà morendo ?... non si rende conto che gli resta poco e che non ha senso continuare con questo atteggiamento ?... sono stufo di spiegare e continuare a spiegare le cose ... è possibile che non capisca... che gli resta poco da vivere ?

Spesso la morte in oncologia ci colloca catapultati all'avere a che fare con l'immaginario della propria morte. La paura della propria morte è un sentimento naturale. Ma spesso noi la neghiamo, negando la paura della morte neghiamo la morte del morente che ci tocca curare fino alla sua fine.

La paura della propria morte va affrontata, sia da un punto di vista psicologico sia da un punto di vista esistenziale. Dobbiamo essere in grado di confrontarci con queste domande. Nessuno più che in oncologia si vede quotidianamente confrontato con questa tematica. Si tratta del processo di morte nella presa a carico del paziente, spesso lenta e piena di tempi psicologici di negazione, per poi arrivare alla rassegnazione e infine all'accettazione. A volte non succede niente di questo e ci sentiamo persi. Per questa ragione lavorare in oncologia ci permette di vivere un ruolo professionale che ci fa maturare da vicino la nostra propria morte, la rappresentazione che abbiamo di essa, la nostra propria solitudine.

Da un punto di vista emotivo si tratta di permetterci di pensare serenamente nel nostro profondo IO. Solo IO morirò e solo IO dovrò affrontare da sola quel passaggio.

Serocca d'Agno, 16.11.2009

Dr. med. Hernán Jaime
FMH Psichiatria e Psicoterapia

L'ESPERIENZA DEL BUS IN CURE INTENSE

di Fontana Flavia



Il bus, il corpo, la piazza.

Il bus è una metafora utilizzata per spiegare quello che avveniva mensilmente nel nostro gruppo di terapia intensiva; infatti ci si ritrovava dopo il lavoro e seduti comodamente si prendeva il bus, il biglietto era gratuito e la destinazione sempre sconosciuta, ma con la possibilità di poter direzionare il bus a seconda di ciò che ognuno di noi aveva voglia di raccontare.

Il bus è un'esperienza di gruppo, dove il nostro psichiatra, il Dr. Jaime, era l'autista e con maestria e professionalità ci accompagnava inconsciamente o meno nei meandri del nostro essere, facendoci sentire emozioni da tempo represses, e visitare posti semi sconosciuti.

Il bus rappresenta molto bene il modello che si era creato; infatti il gruppo che partecipava si sentiva libero di entrare ed uscire, o meglio salire e scendere dal bus in qualsiasi momento, caratteristica che ne determinava un certo dinamismo e libertà, sia nella partecipazione che nell'espressione di sé.

L'integrità dell'approccio terapeutico descritto fin ora riguarda anche il corpo, ossia la chiara manifestazione dei nostri sentimenti nei confronti dei corpi che si curano, dei corpi che vista la gravità della situazione, sono completamente gestiti da noi. Occuparsi di questi corpi significa entrare in una dimensione ed in un'intimità tutta particolare e delicata, che consapevolmente o meno ha un'influenza sul nostro modo di vivere e di rapportarci agli altri.

La piazza è il punto di incontro, il punto di partenza dove ci si trova e si parte per un nuovo viaggio. La piazza ha anche il significato di apertura, caratteristica importante delle nostre cure intensive; infatti il nostro reparto oltre a presentare orari di visita molto ampi, permette le visite anche ad orari extra, questo per ridurre gli stati d'ansia e favorire il contatto con il proprio caro.

In merito all'aggressività nei contesti sanitari, il bus è stato molto utile nella comprensione di alcuni comportamenti da parte di pazienti, che per le ragioni più svariate, avevano un approccio particolarmente ostile nei confronti del team curante. La condivisione delle diverse esperienze e vissuti nei confronti di queste persone ha permesso di avere visioni differenti, portando maggior consapevolezza e riflessione su quello che ancora si può fare, quando l'aggressività non è violenza, ma solo un disperato modo di chiedere aiuto.

Attraverso l'esperienza del bus e con altri percorsi personali, mi rendo conto di quanto sia importante per l'operatore sanitario avere un sostegno di tipo psicologico per affrontare e capire le dinamiche che si vivono giornalmente; e di quanto sia determinante avere voglia di mettersi in gioco per scoprire un po' più sé stessi e gli altri.

Fontana Flavia



Cura e Paura l'aggressività nei contesti sanitari

#####

La nostra realtà a domicilio: una situazione di osservazione privilegiata

ci rechiamo a domicilio dell'utente perciò l'approccio è diverso siamo noi che dobbiamo adattarci, cercare di instaurare una relazione di fiducia e poi solo in un secondo tempo possiamo proporre eventuali cambiamenti Offriamo cure infermieristiche, cure di base, aiuti di economia domestica, consulenza igienica, sanitaria e sociale, educazione e prevenzione sanitaria, consulenza ai genitori con bambini 0-3 anni, informazione e attivazione delle risorse disponibili sul territorio

Ruolo team valutazione SCuDo:

Da maggio 2008 team di valutazione, composto da:

2 INF psi
2 INF onco
2 INF gen
1 OSS

- 1 identificare i bisogni reali
- 2 definire i problemi e le risorse
- 3 garantire una presa in carico personalizzata
- 4 considerare la situazione e la diagnosi medica
- 5 stabilire la figura professionale più idonea
- 6 attivare la rete di sostegno formale ed informale
- 7 rispettare i criteri di base per la presa in carico
- 8 conquistare la fiducia dell'utente
- 9 mantenere un atteggiamento empatico
- 10 rilevare i dati tramite RAI-HC
- 11 definire il piano di cura
- 12 introdurre presso l'utente i colleghi di zona che assicureranno la continuità delle cure

Cura e Paura, l'aggressività nei contesti sanitari

Il servizio, per sostenere e accompagnare i propri collaboratori, prevede:

1 protocolli specifici:

protocollo violenza a domicilio

protocollo violenza su minori

protocolli collaborazione altri servizi (Ingrado, CTR, SAS, SMP, SPS ...)

protocollo contenzione

2 riunioni d'èquipe e multidisciplinari (rete), coerenza d'intenti

3 supervisione mensile con uno psichiatra (Dr. Jaime H.)

4 rivalutazione e monitoraggio costante della situazione

5 introduzione di misure specifiche per un dato problema, attivazione rete di sostegno

6 la possibilità di dire no, prendere le distanze e in un secondo tempo riattivare gli interventi

7 aggiornamenti regolari con specialisti del settore

coordinatore violenza domestica, polizia cantonale

dr.ssa Caranzano M., per violenza/abusi minori

ecc...