



La Sfida della complessità

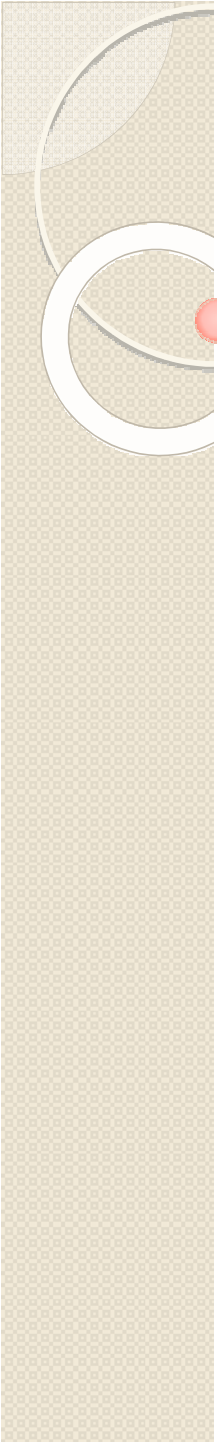
La sfida della relazione: con la persona anziana

Relatrice: prof.ssa Feroldi Gloria



L'intervento toccherà le seguenti tematiche:

- **Significati palesi e latenti dell'anziano**
- **I luoghi di cura – culture organizzative**
- **L'analisi dei bisogni con il paziente anziano**
- **Modello Serra e Modello Deposito**
- **Dibattito conclusivo sui luoghi nei quali significare le azioni quotidiane**



significati palesi e latenti del
processo di cura nell'area anziani



Partiamo da ... noi stessi

“Se fosse...”

➤ Vi chiedo, **con la massima immediatezza**, di pensare a un oggetto, oppure un animale, oppure un fiore che in questo momento associate spontaneamente alla parola “*anziano*”



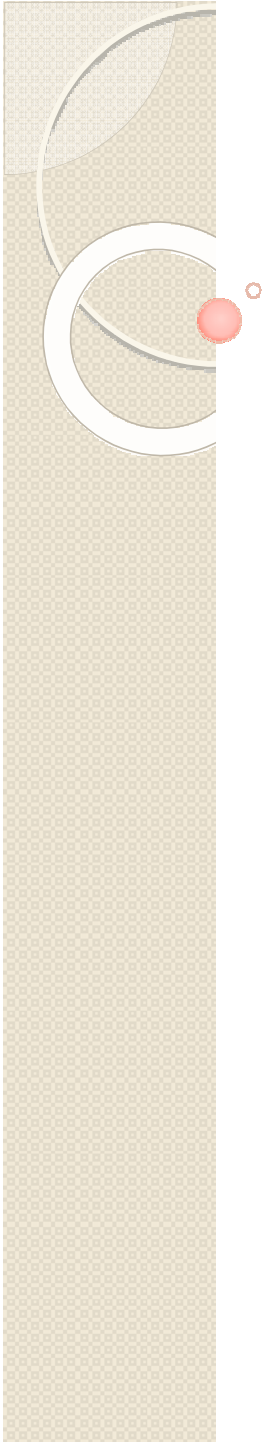
organizzazione vs. istituzione

Organizzazione

- ❑ dimensione che garantisce il raggiungimento consensuale degli obiettivi che gli attori si pongono (organigramma, le procedure..)
- ❑ dimensione, razionale, esplicita, visibile a tutti

Istituzione

- ❑ modalità di relazione che attraversa, condiziona e regola i gruppi e le organizzazioni sociali, che viene collusivamente assunta dai loro membri
- ❑ si maschera ed è implicita nell'organizzazione: ne costituisce il versante emotivo che sostanzia l'agire organizzativo



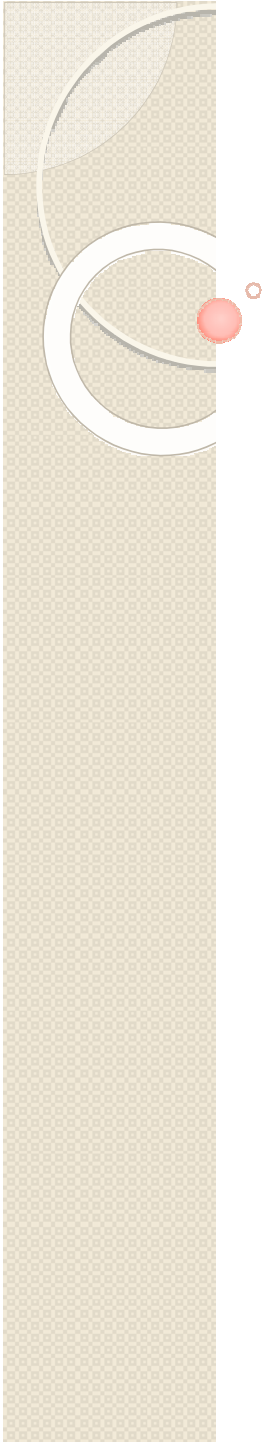
contenitore istituzionale 1

Il “contenitore” non è mai separato dal *legame* con il contenuto (Winnicott, 1964)

Questa relazione implica *processi di identificazione proiettiva e introiettiva* che promuovono nel bambino l'esperienza di essere “contenuto” dalla madre e favoriscono la creazione del suo mondo interno e lo sviluppo della capacità di pensare (Bion, 1962)

Alla base di questa idea del contenimento troviamo:

- la dimensione relazionale, bidirezionale tra contenitore e contenuto (Bion, 1962)
- una comunicazione che possiamo definire “sufficientemente buona” (Winnicott, 1965)



contenitore istituzionale 2

Le organizzazioni possono funzionare efficacemente come contenitori, arginando l'ansia e sviluppando la capacità di pensare (Obholzer, 1996)

Le organizzazioni possono anche rivelarsi contenitori non in grado di contenere e che quindi subiscono danni oppure diventano “casse di risonanza” delle ansie aggravando ulteriormente i problemi. (Obholzer, 1996; Perini, 2007)

Il rischio che lo scambio sia caratterizzato da non-ascolto e non-comunicazione, non riguarda solo la relazione madre-bambino ma anche la vita organizzativa e il mondo del lavoro

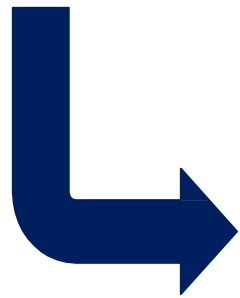


istituzione come “encuadre”

(Pichon-Rivière, 1960; Bleger, 1967)

L' istituzione (il servizio che cura)

NON E' QUASI MAI UNA CORNICE MUTA



PAZIENTE ED OPERATORE SONO
IMMERSI CONTINUAMENTE NEL
RUMORE DI FONDO DELLA PROPRIA
PSICHE E DEL LUOGO IN CUI SI
TROVANO



i luoghi della cura

I luoghi della cura hanno molteplici caratteristiche proprie che li rendono dei *dispositivi disciplinati* (Focault, 1967), in quanto producono effetti educativi, indipendentemente dai loro specifici obiettivi sanitari, assistenziali, terapeutici, ecc.

Se pensiamo a differenti tipologie di servizi – l'ospedale, con i suoi diversi reparti, le comunità o le residenze, i servizi ambulatoriali, i centri diurni... piuttosto che la scuola, il domicilio del paziente, la strada, ecc. – li colleghiamo immediatamente a specifiche *caratteristiche identitarie*



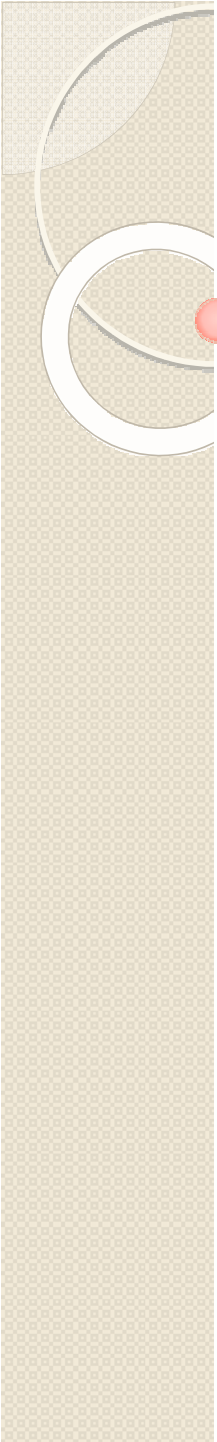
la RSA come eterotopia

(Focault M., 1994)

E la “Casa di Riposo” che luogo è:

- ❑ un dove (negativo) si sistema chi non ha più posto nel mondo, oppure...
- ❑ un luogo in cui fare ancora esperienza, dove vivere positivamente?

Per sua stessa natura la RSA è *un'eterotopia di deviazione*, uno spazio di margine nel quale avviene un mutamento biologico dell'individuo che va dunque separato dal resto della società



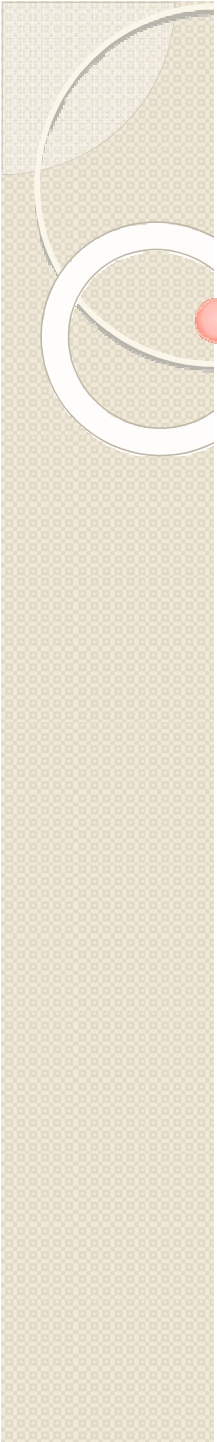
eterotopie: i “contro-spazi”

(Focault M., 1994)

L'eterotopia (*dal gr. etero e 'topos': luogo diverso*) ci impone di restare fuori dalla vita di tutti i giorni disciplinata e caotica

Si tratta di **“luoghi che si oppongono a tutti gli altri e sono destinati a cancellarli, a compensarli, a neutralizzarli o a purificarli”**

Sono dei “*contro-spazi*”: luoghi dove il tempo si ferma e torna umano, dove la vita si confronta con la malattia e con la morte, senza espellerle, ma accettandole come parte della vita stessa



la RSA: quali significati

- ✓ La RSA ratifica la perdita della propria autonomia e il disinvestimento nei rapporti con il mondo
- ✓ Non è un luogo pensato e scelto, bensì molto spesso subito, estraneo al mondo, alla vita attiva
- ✓ La marginalità non è pensata per coltivare altro
- ✓ In RSA la vita “si fa autenticamente e totalmente trasparente” (Heidegger M., 1927) per la presenza attiva della morte e del margine



ripensare alla residenzialità

Andare oltre all'idea di residenzialità come forma di controllo della “*marginalità*” (Focault, 1994) per coglierne gli aspetti che ci aprono a nuove conoscenze e nuovi significati

RSA come uno *spazio istituzionale* entro cui ritagliare degli ambienti di vita che abbiano le stesse caratteristiche della vita reale, ma che consentano di produrre determinati effetti, costruendo così un o specifico campo d'esperienza

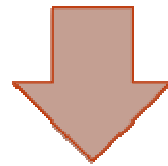
Cambiamento epistemologico: ***come progettare la quarta età***, il fine vita?

una nuova tecnologia educativa

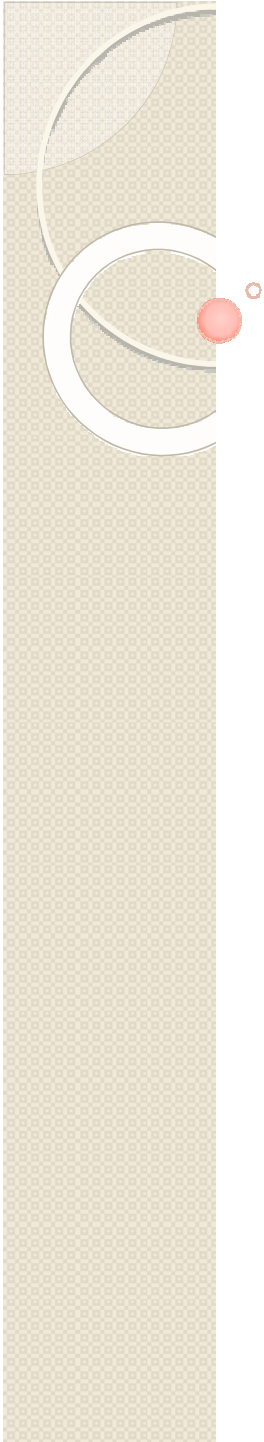
(Massa R., 2001)

AGIRE SU: - **GLI SPAZI**
 - **I TEMPI**
 - **I CORPI**

NELLE LORO DIMENSIONI MATERIALI E SIMBOLICHE



CREARE UN CAMPO D'ESPERIENZA
CAPACE DI PRODURRE NUOVI
SIGNIFICATI VITALI NELLA CURA

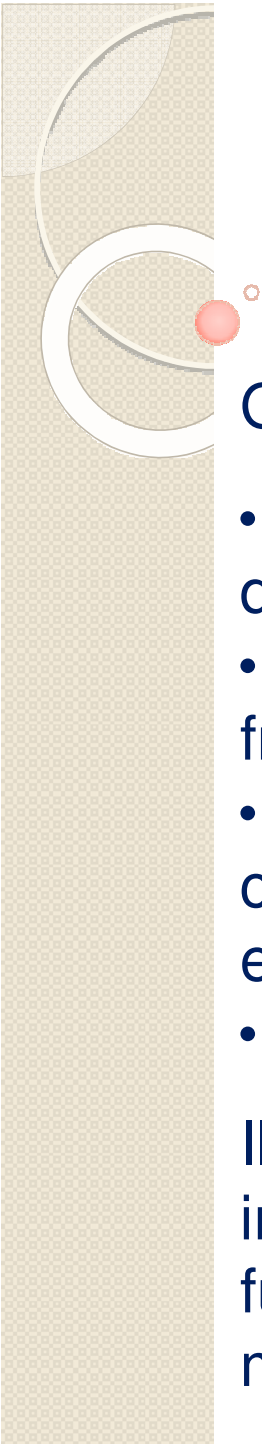


il setting istituzionale - 1

Il setting è l'insieme degli aspetti strutturali: il contesto, l'ambiente fisico, il contenitore, in cui si realizza e prende forma l'intervento

La disponibilità psichica dell'operatore ad accogliere la situazione che si presenta (Meltzer, 1967)

“Una relazione che si prolunga per anni con il mantenimento di un complesso di norme e atteggiamenti non è altro che la definizione stessa di un'istituzione. Il setting è quindi un'istituzione nel cui ambito si verificano fenomeni che chiamiamo comportamenti” (Bleger, 1966)

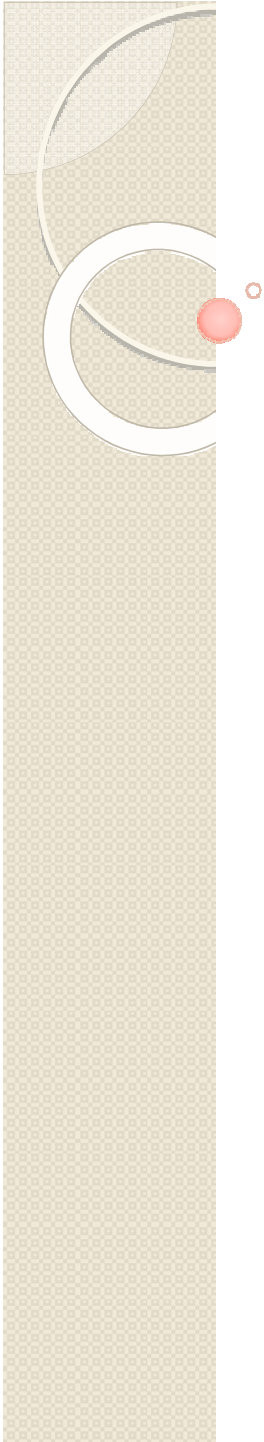


il setting istituzionale - 2

Gli elementi che costituiscono il setting sono:

- il **luogo** nel quale avvengono gli incontri: la stanza e la disposizione degli arredi;
- il **tempo** nel quale si svolgono gli incontri: la loro frequenza e durata;
- le **norme** che regolano il lavoro: accessibilità e conclusione, funzioni dei partecipanti (operatori, pazienti, esperti, ecc.) e le comunicazioni;
- il **compito** per il quale ci si ritrova.

Il setting e l'istituzione divengono i depositari delle parti indifferenziate dell'individuo e del suo “mondo interno”, fungendo così da contenitori di funzioni psichiche molteplici (Bleger, 1966)



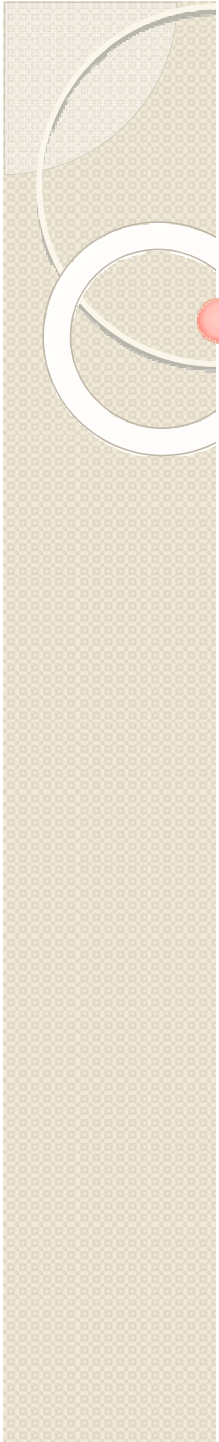
il setting istituzionale - 3

La presenza di un vertice istituzionale (funzioni gerarchiche superiori) determina il più delle volte l'instaurarsi di due setting:

□ uno “***pensato***”, intenzionale, posto in atto dal singolo operatore o dall'equipe di lavoro

□ un altro “***agito***”, cioè “non pensato”, composto da norme, regolamenti, consuetudini o imprevisti organizzativi

dove il primo è costantemente messo alla prova e spesso sconfessato dal secondo



l'invecchiamento come processo creativo - I

PER L'UTENTE

Possiamo considerare il processo d'***invecchiamento*** non esclusivamente come una perdita progressiva di capacità e funzionalità dell'organismo, bensì ***come un processo creativo*** che spinge la persona, nel corso della sua vita, a modificare e ad attarsi, implementando in modo inedito capacità precedentemente conseguite e acquisendo nuove strategie cognitive e comportamentali

Ogni fase della vita è caratterizzata da perdite di competenze e funzioni alle quali si accompagnano però nuove acquisizioni che servono ad orientarsi verso obiettivi caratteristici dei diversi periodi evolutivi di realizzazione personale

«Il concetto di cambiamento nell'invecchiamento implica di per sé sia il declino che lo sviluppo» (Laicardi & Pezzuti, 2000)

l'invecchiamento come processo creativo - 2

PER L'OPERATORE

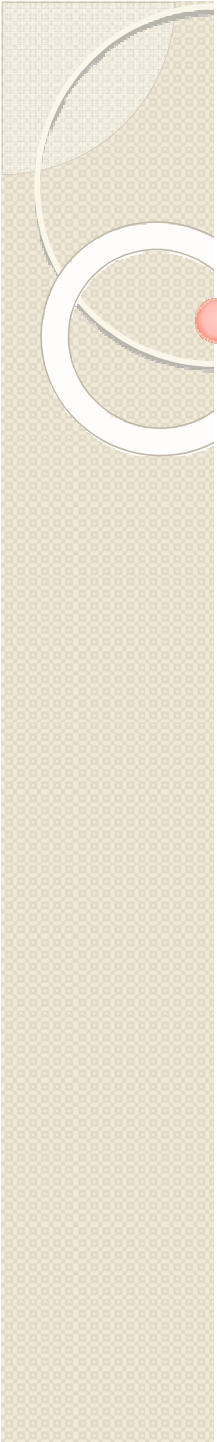
Aspetto professionale

Il **processo d'invecchiamento dell'utenza** può essere occasione per avviare una **ricerca di nuove strade** affinché le autonomie vengano mantenute e/o modificate ripensando progetti con una nuova chiave di approccio.

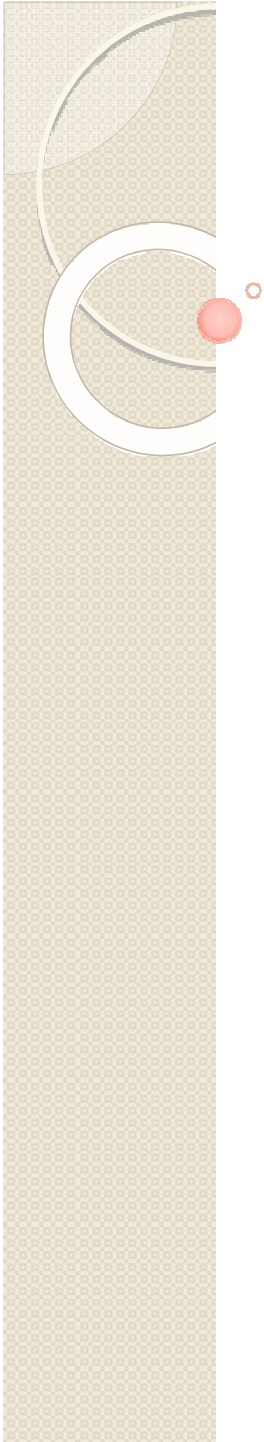
Si tratta di provare ad approcciare la progettualità ponendosi come ricercatori di nuovi equilibri, nuovi bisogni e nuove risposte

Aspetto personale

Si tratta di iniziare ad immaginare come l'organizzazione e il gruppo di lavoro di cui si è parte possa **patrimonializzare e valorizzare l'esperienza progettuale maturata** negli anni dagli operatori più «storici» provando ad immaginare nuove prospettive di approccio al lavoro con l'utenza e/o per l'utenza



L'analisi dei bisogni nel paziente anziano



le dimensioni controtransferali

(Sandler, Christopher, Holder, 1973)

Il controtransfert in origine viene definito come un processo inconscio che riguarda ***l'insorgenza di conflitti e problemi non risolti*** del terapeuta che ne ostacolano il suo operato (Freud, 1959)

Negli anni il concetto va modificandosi, fino ad essere considerato come una risposta emotiva utile per ogni relazione d'aiuto: si tratta di sentimenti consci o inconsci dell'operatore, ***legati all'utente o alla propria esperienza personale***

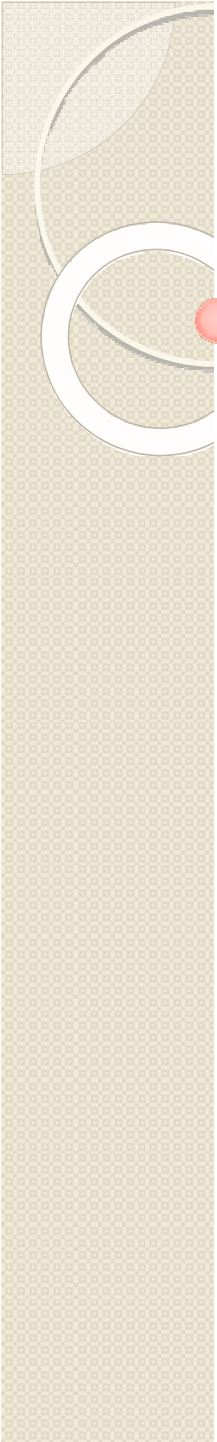
Per attuare un intervento di cura responsabile dobbiamo ***affrontare le nostre reazioni emotive e il loro significato senza sentirci troppo minacciati***



La relazione con il paziente anziano - 1

Quando entriamo in relazione con l'anziano e/o i suoi familiari, entriamo in contatto con:

- ***Sentimenti***: paura di essere ammalato, dolore per i limiti/deficit, per timore per il futuro, ecc.
- ***Interpretazioni/idee***: riguardo a ciò che non va e al perché è accaduto
- ***Aspettative/desideri***: riguardo a ciò che dovrebbe essere fatto nei suoi confronti
- Il suo ***contesto di vita***: familiare, sociale, amicale, ex-lavorativo, ecc.

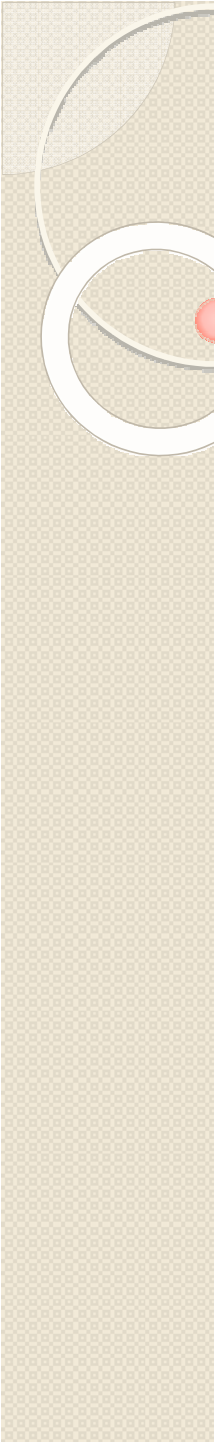


La relazione con il paziente anziano - 2

Ascoltare l'anziano non è solo stimolante in termini di conoscenza culturale e sociale, ma permette di:

- ✓ comprendere meglio certi suoi **atteggiamenti**
- ✓ cogliere i **sentimenti** che stanno dietro le vicende che lo coinvolsero e ancora tornano attuali
- ✓ confrontarsi con le sue **domande** e quelle dei suoi familiari
- ✓ comprendere di quali **bisogni** lui e i suoi familiari sono portatori

Ascoltare l'anziano è però un **processo complesso**, che deve fare i conti con i suoi deficit e richiede di saper sviluppare una comunicazione alternativa



domande vs bisogni – 1

- La domanda non equivale alla richiesta: la richiesta di intervento comporta sempre una **domanda di relazione** che necessita di un'analisi specifica per individuarne il senso
- La domanda costituisce il **significato simbolico inconscio** della richiesta
- Con la domanda il paziente comunica dimensioni non evidenti, riferite a sé e alla propria relazione con il contesto, che non sono così facilmente esprimibili attraverso la sola componente intenzionale del discorso, o il solo linguaggio



domande vs bisogni – 2

- La domanda può essere ***analizzata, interpretata, capita insieme***: dall'operatore (dall'equipe degli operatori) e da chi la pone
- La domanda comunica qualcosa che *ha a che fare con le emozioni*: nella domanda c'è sempre una componente emotiva
- La domanda c'è sempre, anche *quando non è espressa*: in questo caso si è in presenza di una **domanda implicita/latente** vs **domanda esplicita/manifesta**



so-stare nell'incertezza

so-stare nell'incertezza

Accogliere la domanda portata dal paziente e/o dai suoi familiari, significa sviluppare la **capacità negativa** (Bion, 1970): ascoltarsi, analizzare le proprie emozioni, misurarsi con il rischio di cedere alla tentazione di agire, rispondendo collusivamente alla richiesta

Fase molto ansiogena e depressiva, dove l'operatore si misura con la sua capacità di:

- a. utilizzare gli **strumenti** della propria tecnica professionale e dell'analisi organizzativa
- b. raccogliere ed elaborare i **dati acquisiti** e la rete di relazioni esistenti
- c. misurarsi con la propria "**domanda interna**"



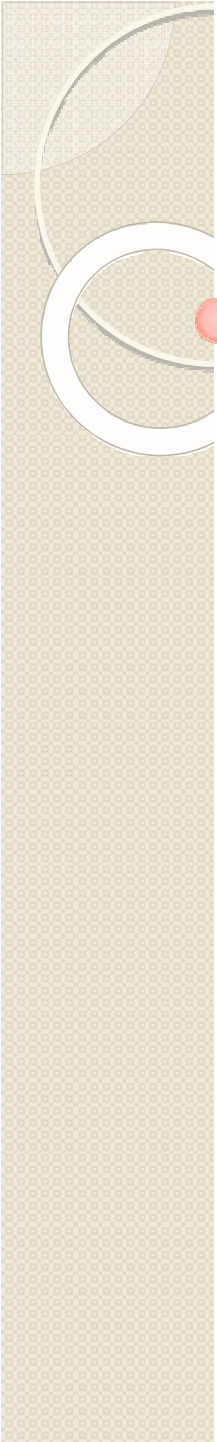
costruire ipotesi concrete

Costruire ipotesi concrete di intervento educativo significa ***sostare nell'incertezza*** tra onnipotenza e impotenza, mia e dell'altro:

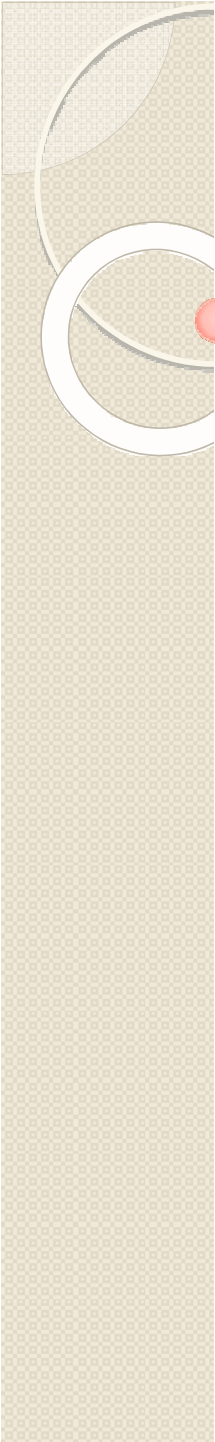
- ★ fare i conti con ***le dimensioni di impotenza***, perché solo chi non è potente fa delle ipotesi
- ★ contenere ***le fantasie di essere onnipotente***

Fare i conti con ***la propria potenza relativa*** non è mai facile, perché si chiamano in causa elementi plurimi, insomma è una bilancia che è costantemente in agitazione

Da un punto di vista operativo, la potenza relativa dell'educatore si gioca dunque in una ***continua ricerca di equilibrio all'interno di un complesso gioco di variabili***



Modello Serra e Modello Deposito



il modello deposito

(Miller e Gwynne, 1975)

Il **modello deposito** rappresenta il tentativo di trasferire il modello ospedaliero nell'organizzazione residenziale:

- ❑ obiettivo di **prolungare la vita fisica**
- ❑ il paziente è definito in termine di **deficit funzionale fisico**
- ❑ centratura sull'erogazione di **prestazioni mediche, infermieristiche ed assistenziali**
- ❑ l'**ambiente fisico** richiama fortemente quello ospedaliero
- ❑ il **comportamento del personale** infermieristico e assistenziale è caratterizzato dal modello medico

il circolo della dipendenza - 2

(Hall, 1980)



il modello serra

(Miller e Gwynne, 1975)

Per evitare di proporre ai residenti una sopravvivenza passiva, l'istituzione deve sviluppare le loro capacità residue:

- ❑ la persona che entra nella residenza ha delle **potenzialità inesprese**, da sviluppare

- ❑ stimolarli a conservare la loro **indipendenza** al più lungo possibile

- ❑ l'**ambiente fisico** deve essere strutturato in modo da promuovere situazioni atte a migliorare le loro capacità

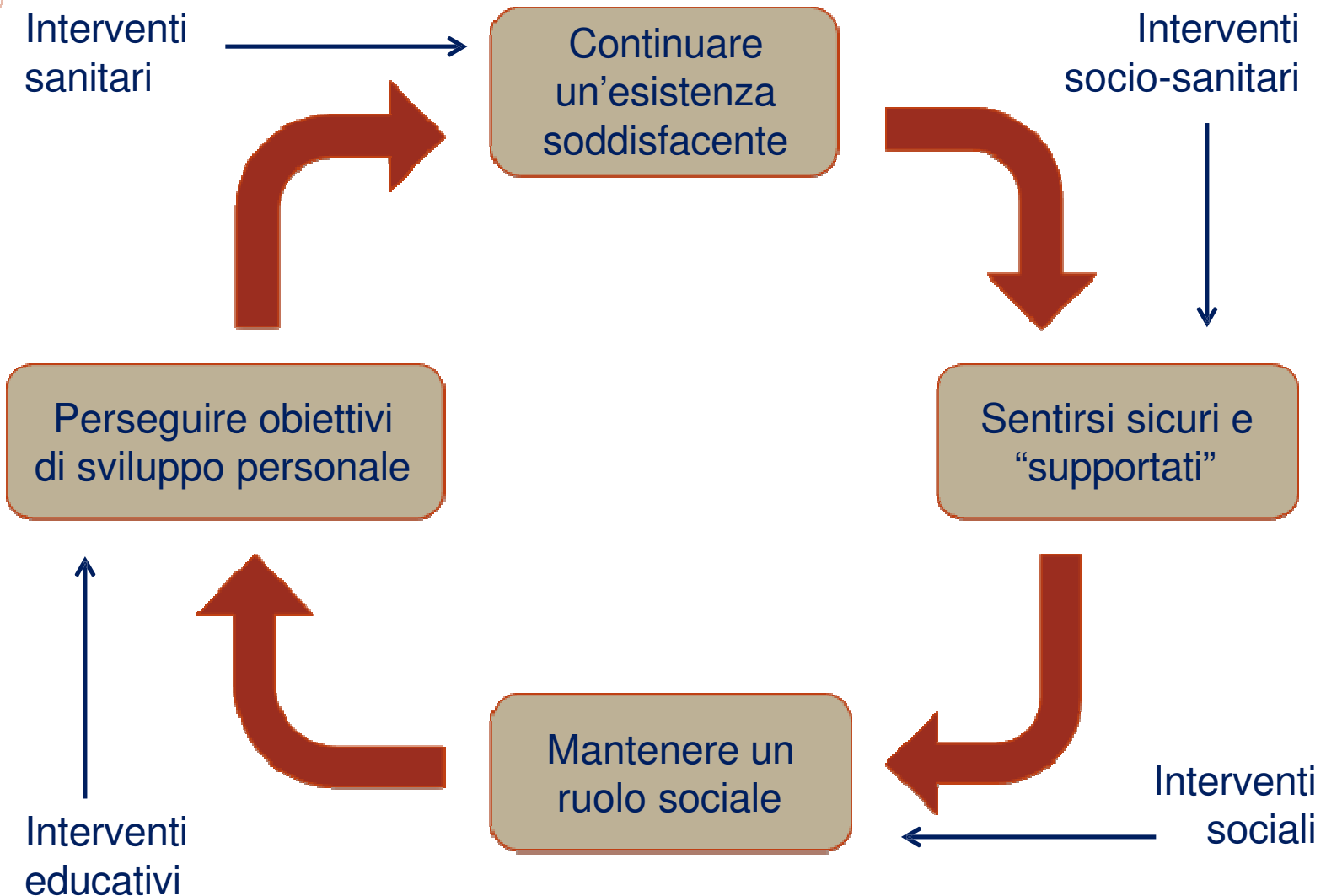
Il **modello serra** richiede:

- ① l'assunzione di una **concezione più domestica dello spazio di vita**

- ② l'approccio **empowering dei residenti**

il circolo virtuoso dell'autonomia

(Hall, 1980)





Incoraggiamento a fare da soli

L'**empowerment** caratterizza la moderna cultura dei servizi:

- ❑ l'obiettivo non è rimuovere le incapacità funzionali, ma assistere e **prendersi cura della persona** nella sua globalità
- ❑ **incoraggiare i residenti a fare da soli**, a poter disporre di spazi d'influenza e intervento
- ❑ richiede una notevole **disponibilità di tempo** da dedicare a ciascun residente da parte del personale
- ❑ l'offerta di **ruoli sociali da assumere** all'interno della struttura, rappresenta un forte supporto motivazionale
- ❑ partecipare all'**elaborazione del piano di cura** che li riguarda personalmente
- ❑ partecipare alla **gestione quotidiana della struttura**, sia operativamente, sia nei processi decisionali

Sostenere i caregivers 1

➤ Potenzialmente, i familiari rappresentano la terapia non farmacologica più intensiva ed efficace, in quanto:

- forniscono *informazioni* utili agli operatori e **veicolano l'attuazione della cura**
- con la loro presenza e affetto hanno una forte ***influenza sul benessere della persona anziana***

➤ Ma il “caregiving” è un'attività destabilizzante e complessa, che porta la persona a sperimentare:

- sentimenti di ***rabbia, stanchezza, senso di colpa***, per non essere adeguato al compito
- ***sintomi depressivi e stati d'ansia***
- ***tensione*** che si esprime sul piano fisico



sostenere i caregivers - 2

Gli interventi più diffusi per i caregivers sono :

- ***counselling psicologico*** individuale o familiare
- ***gruppi di supporto*** e psicoeducativi

Obiettivi

- Favorire il superamento di ***problematiche personali*** derivanti dall'assistenza
- Fornire ***informazioni corrette*** circa la malattia
- Offrire supporto nella ***ricerca di strategie*** da adottare per far fronte ai disturbi comportamentali e ai deficit conseguenti alla patologia
- Favorire la progressiva ***accettazione della malattia***

le culture dell'accompagnamento

	Approccio psico-pedagogico dell'anziano	Approccio geriatrico all'anziano fragile
punti di forza	• spiccata personalizzazione e progettualità • utilizzo della relazione come strumento d'intervento	• utilizzo di una metodologia scientifica • valutazione multidimensionale e approccio globale
punti di debolezza	• scientificità della metodologia • ridotto utilizzo degli strumenti di valutazione • carente approccio globale	• eccessiva standardizzazione dell'intervento • rischio di sanitarizzare dell'esperienza di vita • scarsa attenzione alla relazione



la cultura dell'integrazione

(Breitenbach, 2004)

*“Il vero dibattito non è scegliere tra due contesti di presa in carico bensì **porsi la questione dei bisogni di ciascuna di queste persone** nell’ambito di un percorso personalizzato e nel loro ambiente”*



per concludere...

“ – La cosa più importante è mantenersi attivi, - conclude risoluto il medico. – Non si isoli, signor Luria, anche se fa fatica a riconoscere le persone. Non fugga la vita, al contrario. La cerchi, ci sguazzi.”

(Il tunnel – Abraham B. Yehoshua, 2018)