

Nozioni fondamentali per

Violenza nella terza età

Strategie di intervento
nell' assistenza anziani/e
www.gewaltimalter.eu



„Gewalt im Alter / Violenza nella terza età“
è un progetto Interreg IV Italia-Austria

I partner del progetto sono: Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der TILAK GmbH e il Dipartimento Sanità, Sport, Politiche Sociali e Lavoro

La violenza nella terza età non è solo una tematica complessa riguardante il settore socio-sanitario ma in generale un vero e proprio tabù sociale. Il progetto Interreg IV Italia-Austria “Violenza nella terza età” si propone di infrangere questo tabù.

Una formazione ad hoc vi può aiutare ad affrontare meglio eventuali situazioni di violenza nella vita professionale. Nel contesto assistenziale, gli/le anziani/e possono essere sia vittime che autori/trici di violenze. Anche a voi può capitare di dovervi confrontare con situazioni del genere nella vita professionale di tutti i giorni. La vostra è una professione che regala gioia e soddisfazioni, ma purtroppo le eccezioni non sono infrequenti.

Questo programma formativo si propone di:

- supportare e aggiornare gli/le operatori/trici professionali del settore socio-assistenziale e sanitario nel confronto con una tematica delicata come quella della violenza e dell’aggressività.
- preparare e formare chi si avvia a una professione nel settore socio-assistenziale e sanitario alla sfida rappresentata dalla “violenza nella terza età”.

Partecipare a questo programma di formazione vi aiuterà a riconoscere la violenza ed adottare i necessari provvedimenti per evitarne il ripetersi; purtroppo infatti, quello della violenza nella terza età è un problema diffuso. Dell’argomento tratta anche il rapporto pubblicato dall’OMS nel 2011 sui maltrattamenti alle persone anziane. Ogni anno in Europa sono più di 8.300 le vittime di omicidio di età pari o superiore ai 60 anni e 10.000 anziani/e sono oggetto di abusi quotidiani da parte di operatori socio-sanitari, familiari o altre persone. Le violenze

si consumano nelle case di riposo, negli ospedali, fra le mura domestiche. Inoltre, la violenza può essere esercitata anche dagli/le stessi/e assistiti/e.

Spesso chi è costretto da una malattia o da altre circostanze legate all'avanzare dell'età ad affidarsi all'assistenza altrui perde la propria indipendenza e la propria capacità di autodeterminazione. Molte di queste persone non sono più in grado di esternare i propri desideri e le proprie necessità e si trovano, così, a dipendere dagli altri.

Chi presta assistenza si trova ad affrontare ogni giorno situazioni anche estremamente impegnative; infatti, spesso, fare la cosa più "giusta" per gli/le assistiti/e è davvero difficile. Un'azione involontariamente "sbagliata" può avere molteplici e pesanti ripercussioni su tutte parti coinvolte: gli/le assistiti/e possono essere feriti nel corpo e/o nella psiche, gli/le auto-ri/trici incorrere in conseguenze sul piano legale.

Indice

Cos'è la violenza nella terza età?	6
Cosa favorisce la violenza?	16
Riconoscere la violenza	23
Prevenzione	30
Disturbi comportamentali e psicologici in corso di invecchiamento patologico	36
Situazione giuridica in Italia	47
Test sul tema Violenza nella terza età.....	57

Cos'è la violenza nella terza età?

Esempio

Lisa F. ha 80 anni e vive da sola. Lisa è sempre stata una donna indipendente, con un proprio stipendio e da quando è rimasta vedova è riuscita comunque a cavarsela egregiamente vivendo da sola nella sua abitazione di proprietà. Da qualche anno, però, la vista di Lisa è andata progressivamente peggiorando e oggi Lisa si trova ad affrontare grandi difficoltà anche in casa propria e può ormai uscire solo se accompagnata.

Sua figlia, impegnata con il lavoro, ha pochissimo tempo da dedicarle e fa del suo meglio per organizzarle la vita nel minimo dettaglio: da anni la figlia si occupa di tutte le questioni burocratiche ed ha accesso al conto corrente della madre; Lisa, infatti, non è più in grado di leggere e quindi non può più gestirlo. Per fare la spesa, Lisa si fa aiutare dalla donna delle pulizie, ma deve comunque sempre chiedere il denaro alla figlia.

Dopo una brutta caduta, in cui ha riportato una frattura del femore, Lisa ha dovuto accettare che un giorno la figlia le mettesse in casa una badante con cui deve convivere. Lisa non accetta la badante e la caccia regolarmente di casa; la figlia, totalmente impotente, è esasperata dalla cocciutaggine della madre e minaccia di farla ricoverare in una casa di riposo. La signora Lisa rimane della propria idea; qualche giorno dopo, tuttavia, cade nuovamente rompendosi diverse costole. Ora non si può più opporre alla presenza della badante, ormai assunta a tempo pieno. La badante è una persona cordiale, ma mette Lisa a letto molto presto perché preferisce trascorrere la serata da sola. Lisa si arrabbia perché è abituata a stare alzata a lungo, e poi, non vuole mangiare quello che la badante le cucina, perché si tratta per la maggior parte di piatti cui non è abituata.

La violenza nei confronti delle persone anziane può assumere diverse forme. Può consistere in abusi fisici e psicologici fino ad arrivare allo sfruttamento economico.

Quindi, la violenza nei confronti degli/le anziani/e può assumere diversi aspetti:

- Violenza fisica
- Violenza psicologica
- Violenza sessuale (in Austria questa forma di violenza si indica perlopiù con l'espressione "violenza sessualizzata")
- Violenza economica
- Violenza strutturale
- Trascuratezza
- Limitazione della libera volontà
- Indicatori di violenza

Violenza fisica: "Mi fai male!"

La violenza fisica si può manifestare con calci, percosse, strattoni, ma anche una contenzione frequente e ingiustificata. Anche la sedazione farmacologica senza il consenso del medico o dei familiari può essere considerata una forma di violenza fisica. Spesso, tracce di violenza fisica si possono riscontrare solo in casi di estrema brutalità e risultano di difficile classificazione; infatti, ematomi e ferite possono essere causati anche da cadute o particolari patologie.

Violenza psicologica: "Chiudi il becco, vecchio imbecille!"

Particolarmente frequente e ricca di sfaccettature, la violenza psicologica è spesso difficilmente riconoscibile. Rientrano nella violenza psicologica gli ordini, le minacce, le coercizioni, i rimproveri, la derisione, gli scherni, le umiliazioni; anche parlare degli/le assistiti/e in loro presenza, ignorarli/e e trascurarli/e (ossia non provvedere adeguatamente alla soddisfazione dei loro bisogni fisici e psicologici essenziali) può essere considera-

ta una forma di violenza psicologica. Nella maggior parte dei casi, le conseguenze di questa forma di violenza si fanno sentire solo dopo molto tempo.

Violenza sessuale: "Questo contatto fisico mi mette a disagio"

Il termine "violenza sessuale" indica qualsiasi tipo di contatto che avvenga senza il libero consenso di chi ne è oggetto. Di violenza sessuale si parla anche nel caso in cui, a causa delle sue condizioni di salute, la persona che ne è oggetto non sia in grado di manifestare il proprio libero consenso.

La violenza sessuale, tuttavia, non si limita soltanto allo stupro o alla coercizione, ma comprende anche:

- i commenti allusivi
- il mostrare materiale pornografico
- il disprezzo del corpo invecchiato
- le manipolazioni inopportune durante l'igiene intima
- il costringere un'anziana signora a portare i capelli corti perché è più facile curarli oppure costringere l'anziano/a ad indossare abiti sgraditi, ad esempio una tuta da ginnastica (gender-based violence).
- il mancato rispetto di abitudini culturali riguardanti l'igiene corporea.
- il non tener conto delle personali preferenze rispetto al personale di cura maschile o femminile.

Vi è, inoltre, un aspetto ancora oggetto di molti tabù: quella della sessualità nella terza età è una risorsa che passa quasi inosservata all'interno delle strutture. Per gli assistiti/e risulta quindi estremamente difficile esprimere adeguatamente le proprie esigenze sessuali. Soprattutto gli/le assistiti/e che a causa di disturbi psicologici non sono ormai più in grado di esprimere chiaramente le proprie esigenze si vedono opporre

un chiaro rifiuto, e questo vita natural durante. Questa è una forma di trascuratezza passiva assimilabile alla violenza.

Violenza economica: "Non ti dò una lira!"

Il termine "violenza economica" indica qualsiasi azione che comporti una dipendenza economica. Di violenza economica si può parlare in caso di sottrazione di mezzi finanziari e di negazione del sostentamento basilare (diritto di abitazione, usufrutto, etc.), di sfruttamento degli/le assistiti/e e di estorsione. La violenza economica può essere dimostrata solo quando l'autore/trice ne trae un vantaggio diretto. Di violenza economica si può parlare anche quando gli/le assistiti/e vengono costretti/e a rinunciare a tutti i loro averi, ad esempio agli oggetti personali e di valore affettivo, cosa che va a compromettere notevolmente il loro benessere all'interno di un ambiente loro estraneo. Questa forma di violenza si può riconoscere nell'organizzazione degli spazi riservati agli/le anziani/e.

Trascuratezza

La violenza nei confronti delle persone anziane non si manifesta solo sotto forma di abusi fisici; anche tutte le azioni e le omissioni in grado di produrre gravi ripercussioni negative sulla situazione di vita e sul benessere emotivo della persona anziana possono essere considerate a pieno titolo "violenza" (Dichiarazione di Toronto sulla Prevenzione Globale dei Maltrattamenti agli Anziani, OMS 2002).

Qualche esempio di comportamento negligente:

- ignorare le persone
- non rispondere
- dare del "tu"
- far attendere a lungo gli assistiti/e per andare in bagno

- lasciare a lungo gli assistiti/e con il pannolone o la traversa sporchi
- lasciare gli assistiti/e a lungo nudi/e
- negare agli/le assistiti/e i necessari ausili/le necessarie risorse

Inoltre:

- la mancata prestazione dell'assistenza necessaria nelle attività quotidiane
- la mancata prestazione delle necessarie cure igieniche ed assistenziali
- la mancata somministrazione di cibo e bevande
- la mancata prestazione di adeguata assistenza in caso di degenza a letto

possono essere causa di difficoltà di orientamento, disturbi della coscienza e dell'attenzione fino ad arrivare alla comparsa delle cosiddette piaghe da decubito.

Limitazione della libera volontà

Che nelle strutture la libera volontà degli/le ospiti sia soggetta a limitazioni è un fatto assodato; emerge, tuttavia, una tendenza verso l'autodeterminazione e l'indipendenza.

Vi sono però anche situazioni in cui, a causa dello stress o per mancanza di tempo, gli/le assistenti si vedono costretti/e a ricorrere continuamente alla violenza: lo fanno e si avvalgono frequentemente della parola per giustificare le proprie azioni.

Alcuni esempi:

- somministrazione forzata di cibo e bevande
- igiene personale contro la volontà dell'assistito/a
- divieto di contatti con altre persone
- accendere o spegnere radio e televisore senza esserne richiesti

- disturbi del ritmo sonno-veglia
- costringere gli/le assistiti/e a svegliarsi o lavarsi troppo presto

La prevaricazione è un fenomeno comune a tutti gli ambiti della vita. La limitazione della libera volontà può essere causa di malumore, può portare l'anziano/a chiudersi in se stesso, a perdere la voglia di vivere fino a desiderare la morte.

La violenza nella terza età per le donne: aspetti di genere

Una visione di genere della tematica della "violenza nella terza età" dal punto di vista delle donne:

- le donne sono più frequentemente vittime di violenza (nell'immediato contesto sociale)
- la maggior parte delle donne giunge alla terza età (spesso in condizioni di fragilità e vulnerabilità)
- I rapporti di potere in seno alla società contribuiscono a far sì che le donne si trovino spesso svantaggiate (e proprio nella terza età i molteplici svantaggi cui la donna è sottoposta possono comportare pesanti disagi.)
- Comportamenti sessuali violenti, soprusi e minacce nei confronti delle donne da parte di coniugi e compagni di vita non sono, purtroppo, una rarità (spesso anche in età avanzata alcuni uomini fondano la propria autostima sulla potenza sessuale; la vecchiaia non protegge dallo stupro).

E' molto diffusa l'errata convinzione che le donne anziane non siano soggette ad abusi sessuali; gli uomini sfruttano infatti la loro incapacità di difendersi e la loro vulnerabilità e questo fa sì che anche le case di riposo siano teatro di episodi di violenza sessuale. Atti di violenza nei confronti di anziani ed anziane

vengono perpetrati in pubblico, nelle case di riposo-centri di degenza e fra le mura domestiche.

Quella della violenza contro le persone anziane rimane ad oggi una tematica fortemente tabù. E forse l'assordante silenzio che circonda questa tematica è tale perché in questo caso, delle violenze sono autrici anche le stesse donne. Tuttavia, tutte le forme di violenza si verificano in un contesto culturale di stampo maschilista. Da un'analisi sensibile al genere degli atti di violenza emerge chiaramente come, in un contesto culturale di stampo maschilista, mentre per l'uomo violenza è sinonimo di guerra con tutti i mezzi possibili e di eliminazione fisica, in una sorta di furore distruttivo, le donne tendano, invece, a ricorrere alla violenza per autodifesa, eccesso di stress ed esasperazione. Inoltre, una specifica analisi di genere del fenomeno della violenza nella terza età non può non considerare come soprattutto le donne si facciano carico dell'assistenza e della cura dei familiari e che anche le professioni socio-sanitarie e mediche legate all'assistenza delle persone anziane siano svolte in prevalenza da donne.

Modelli di cura e assistenza riconosciuti

Vi presentiamo due modelli di assistenza da tenere eventualmente in considerazione nella prevenzione della violenza:

Attività della vita quotidiana (ATL - Aktivitäten des Täglichen Lebens)

Le attività della vita quotidiana (ATL) si basano sui principi di una vita sana ed offrono agli/le assistenti un utile strumento orientativo per l'identificazione delle esigenze fisiche, psicologiche e psico-sociali degli/le assistiti/e nel quadro del processo assistenziale.

Ciascuna attività ATL deve essere sempre vista in relazione e in interazione con le altre.

Le 12 attività ATL secondo Liliane Juchli sono:

- garantire la sicurezza
- respirare
- essere svegli e dormire
- lavarsi e vestirsi
- muoversi
- mangiare e bere
- regolare la temperatura corporea
- espellere
- comunicare
- sentirsi uomo/donna e comportarsi come tale
- tenersi occupato/a
- trovare un "senso"

Attività ed esperienze esistenziali della vita (AEDL - Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens)

Monika Krohwinkel ha aggiunto alle 12 attività ATL l'elemento "confrontarsi con le esperienze esistenziali della vita", elaborando complessivamente 13 modelli AEDL. Rispetto alle attività ATL, quelle AEDL sono impiegate specificamente nella cura e nell'assistenza delle persone anziane.

Chi è colpito/a dalla violenza nella terza età?

Il fenomeno della violenza nella terza età vede coinvolti diversi "ruoli":

- il ruolo di chi della violenza è vittima, sia come assistito/a che come assistente
- il ruolo di chi della violenza è autore/trice, come assistente professionale o non professionale

- il ruolo di chi , è osservatore-testimone della violenza da parte di assistenti professionali o non professionali, familiari inclusi.

Spesso osservare violenze perpetrate da assistenti o familiari è fonte di insicurezza, dato che non si sa quale sia la cosa più giusta da fare o come si possa veramente dare un aiuto. La presenza di tutti questi ruoli rende difficile sviluppare idonee strategie operative e/o prevenire la violenza, in quanto è necessario affrontare il tema in modo differenziato.

La violenza nella terza età tra autonomia e assistenza

La dipendenza, più o meno consapevolmente accettata, gioca un ruolo fondamentale in questo contesto. Nella loro attività quotidiana, gli/le assistenti si trovano a dover prendere continue decisioni:

- le cure igieniche vanno effettuate ora o più tardi?
- Gli/le assistiti/e mangiano a sufficienza?
- Gli/le assistiti/e assumono una sufficiente quantità di liquidi?
- Si può accettare il rifiuto delle terapie farmacologiche?
- Come rispondere al rifiuto di cure ed assistenza da parte degli/le assistiti/e?
- Come comportarsi in caso di sfasamento del ritmo sonno-veglia?
- Come affrontare eventuali disturbi comportamentali e psicologici?

Questi e molti altri interrogativi continuano a riproporsi giorno dopo giorno. A volte la decisione è semplice; altre volte, invece, decidere si fa più arduo e si va incontro a situazioni conflittuali.

“L’etica“, dice Larissa Krainer, “richiede delle decisioni, ma assumere decisioni e trovare risposte sulle questioni etiche non è per niente facile.“ Quindi per gestire queste gravose situazioni nell’ assistenza è importante da un lato affrontarle come questioni di natura etica e dall’altro comprendere che esistono zone d’ombra che danno origine a tali dilemmi. La tesi di Larissa Krainer e Peter Heintel individua la causa di numerosi conflitti in alcune zone d’ombra di importanza decisiva (Krainer und Heintel, 2010; Heintel, 2005). Le zone d’ombra si caratterizzano sempre per la presenza di posizioni divergenti, ciascuna sorretta da una propria giustificazione e non è, pertanto, possibile risolverli “mettendo a tacere” le posizioni altrui (cioè stabilire se qualcuno ha ragione o torto). Quindi, è importante individuare le contraddizioni , riflettere su di essi e saperli gestire. Le situazioni nell’ assistenza più gravose impongono agli/le assistenti di decidere fra ciò che l’assistito/a desidera e ciò che è meglio per lui/lei. Ogni decisione comporta una ponderazione dei pro e dei contro e nell’etica non possono esistere pretese di assolutezza. (Eckhardt 2010).

Nel processo decisionale, la scelta dipende dalla risposta ai seguenti quesiti:

- cosa vale per noi e perché?
- Cosa è importante per la persona interessata insieme a cui o per cui si deve prendere una decisione?
- Ciò che prevediamo di fare è davvero il meglio possibile per questa persona?

(Da: „Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis“, Kojer Marina, Schmidl Martina, Springer Verlag, 2011)

Cosa favorisce la violenza?

Nella maggior parte dei casi, le violenze che si verificano nell'ambito dell'accompagnamento e dell'assistenza alle persone anziane sono figlie della frustrazione. Le cause della frustrazione sono molteplici e possono essere legate o meno al rapporto di assistenza e cura.

Esempio sul tema "Cosa favorisce la violenza"

La signora Müller lavora in una grande casa di riposo-centro di degenza. Considerato che nell'ultimo periodo ha avuto luogo un consistente cambio di personale e che alcuni dipendenti mancano perché affetti da influenza, si rende necessario distribuire in maniera particolarmente efficiente i compiti da svolgere. Dato che i trattamenti di igiene personale degli/delle ospiti devono concludersi al più tardi entro le 9.30, il/la dirigente tecnico-assistenziale decide che il/la dipendente che fa il turno di notte debba assumersi l'incarico di curare l'igiene personale di più ospiti. Consapevole del proprio dovere, ma con un certo senso di colpa, alle quattro e mezza la signora Müller comincia a fare il bagno ai/le primi/e ospiti e a prestare i trattamenti igienici. Gli/Le anziani/e si ribellano, sono arrabbiati/e e non collaborano. La signora Müller comunica questa circostanza in sede di passaggio di consegne, ma i/le colleghi/e pensano che il problema non sia grave e che gli/le ospiti debbano anch'essi/e andare incontro agli/alle assistenti quando se ne presenta il bisogno.

Sovraccarico nell'assistenza in generale

Nelle attività di assistenza in generale si incontra una serie di difficoltà, tra cui ad esempio:

- Le difficoltà legate a situazioni di assistenza di lunga durata: Nella maggior parte dei casi, le situazioni che richiedono assistenza durano per lunghi periodi e

chiamano coloro che prestano assistenza ad un impegno gravoso che spesso sfocia nel sacrificio ed in un eccessivo carico di stress.

- La quasi totale assenza di risultati positivi: Nonostante il grande impegno, i risultati positivi stentano a vedersi mentre, al contrario, le competenze di vita e le capacità della persona assistita si riducono ogni giorno di più.
- Il confronto quotidiano: Il confronto quotidiano con la fragilità della persona assistita può creare ansia per il proprio futuro.
- La proroga a lungo termine: Dover rimandare i propri interessi ed i propri obiettivi a tempo indeterminato contribuisce a far crescere la propria insoddisfazione rispetto alla situazione in cui ci si trova.
- La carenza di opportunità formative: La carenza di opportunità di formazione e di aggiornamento rende più difficile affrontare particolari situazioni di assistenza con un atteggiamento professionale.
- Il boicottaggio: Può accadere che la persona assistita rifiuti in parte le cure e l'assistenza prestatagli; così, spesso anziché con riconoscenza le attenzioni prestate sono ripagate con diffidenza e accuse.
- Le pretese: La persona assistita ha pretese che risulta difficile soddisfare.
- La pressione psicologica: La continua presenza fisica ed il sentirsi perennemente "a disposizione" mettono chi presta assistenza sotto pressione.
- La presenza di odori sgradevoli: Le frequenti visite al bagno, i continui cambi di biancheria intima, traverse o pannoloni e la presenza di odori sgradevoli sono all'ordine del giorno.

- Relazione asimmetrica: La prolungata dipendenza da assistenza dà complessivamente luogo ad una relazione asimmetrica di cui l'imposizione ed il ricorso alla violenza possono essere parte integrante.

(Da: „Den Ursachen zu Leibe rücken“, Michael Blum in Altenpflege 9/97)

Sovraccarico nell'assistenza residenziale

L'assistenza residenziale in particolare riserva un'ampia serie di difficoltà. Ne forniamo di seguito alcuni esempi:

- Coercizione istituzionale: Solo di rado accade che la persona anziana si trasferisca o soggiorni in una casa di riposo di propria spontanea volontà; di conseguenza, tutte le misure coercitive "istituzionali" possono avere ripercussioni negative.
- Strutture spaziali e temporali: Le strutture spaziali e temporali sono prefissate ed estranee. Il senso di dipendenza, vissuto come una grande minaccia da parte dell'anziano/a dei nostri giorni, può essere causa di sensazione di impotenza, sensi di colpa e malinconia.
- Routine fisse: L'esistenza di routine fisse, che lasciano poca libertà di azione, limita fortemente la sfera privata e sessuale dell'ospite privandolo/a quasi completamente della privacy.
- Perdita dell'autonomia decisionale: La perdita della propria autonomia decisionale, delegata al personale, viene vissuta dagli/le assistiti/e come una prevaricazione. Una situazione in cui la diversità dei ruoli rivestiti dai/dalle protagonisti/e è del tutto evidente: attività frenetica da parte degli/le assistenti a fronte di man-

canza di partecipazione e apatia da parte degli/le assistiti/e.

- Rinuncia alle abitudini e alle conoscenze di un tempo: Può accadere che gli/le assistiti/e debbano rinunciare alle loro abitudini ed alle loro conoscenze, che i contatti con l'esterno si facciano difficili o che il frequente avvicendamento del personale faccia venire meno importanti figure di riferimento.
- Impotenza appresa: Spesso l'impotenza degli/le assistiti/e è "appresa" nella casa di riposo .
- Sovraccarico e pretese eccessive: Il sovraccarico e le pretese eccessive, le tempistiche estremamente strette, specie in caso di assenza o carenza di personale, l'attribuzione di responsabilità per troppi/e assistiti/e e l'assenza di privacy risultano estremamente pesanti.
- Turni di lavoro: Talvolta il lavoro in turni rende difficile intrattenere contatti sociali regolari; la scarsa remunerazione economica e la mancanza di possibilità di carriera minano l'autostima degli/le assistenti.
- Difficoltà di comunicazione: Difficoltà di comunicazione con gli/le ospiti della struttura; i segnali provenienti dagli/le ospiti non vengono raccolti/vengono male interpretati
- Molestie sessuali: Lamentele e mugugni sono tutt'altro che una rarità; inoltre, soprattutto il personale femminile è esposto a molestie a sfondo sessuale da parte di alcuni ospiti.
- Carattere sanzionatorio: A volte i provvedimenti adottati assumono un carattere sanzionatorio.

- Mobbing: A lungo andare, il lavoro di squadra può risultare pesante; quindi, quello del mobbing è un fenomeno che non si può del tutto escludere.

Sovraccarico nell'assistenza domiciliare

Anche l'assistenza domiciliare presenta le sue difficoltà:

- Emarginazione sociale: L'emarginazione sociale della persona assistita e di chi la assiste è provocata dall'isolamento.
- Indipendenza emotiva: Solo raramente chi assiste i genitori dimostra di possedere la capacità di percepirli come individui indipendenti, di mettere dei "paletti" e di aver acquisito una chiara indipendenza emotiva dagli stessi (= maturità filiale).
- Mancanza di apprezzamento: La mancanza di apprezzamento fa aumentare la sensazione di stress e risulta difficilmente compensabile.
- Ristrettezze e preoccupazioni economiche: Il disagio economico nasce principalmente dalla perdita del posto di lavoro.
- Spazi abitativi ristretti: Eventuali condizioni abitative ristrette influiscono negativamente sul benessere degli/le ospiti.
- Offerte di sgravio del carico di assistenza: Spesso non si è adeguatamente informati sulle offerte di sgravio del carico di assistenza.
- Dipendenze: Eventuali dipendenze dell'una o dell'altra parte rendono difficile il rapporto di assistenza.

Esperienze

Il vissuto personale dell'assistito/a influisce sul rapporto di assistenza. Le seguenti esperienze possono favorire la violenza:

- Esperienze di violenza vissute in prima persona
- Presenza di rapporti caratterizzati da violenza in famiglia/nella coppia
- Diverso retroterra culturale degli/le assistenti
- Difficoltà nei rapporti genitori/figlio/a e nella relazione di coppia
- i processi di “transfert” possono portare allo sviluppo di sensazioni negative nei confronti di determinati/e assistiti/e o degli assistenti.

Biografia: A cosa ci si riferisce con i termini “biografia” o “lavoro biografico”?

La biografia è la storia della vita di una persona. La biografia di una persona è legata a doppio filo al suo “destino epocale“, ossia agli eventi storici verificatisi nel corso della sua vita. Il lavoro biografico si esplica nell'impiego e nel coinvolgimento del vissuto personale della persona anziana nel quadro dell'accompagnamento e dell'assistenza. L'obiettivo che si pone il lavoro biografico è quello di riconoscere e promuovere l'individualità della persona anziana, contribuendo così ad agevolare le attività di assistenza e a minimizzare il ricorso alla violenza. Conoscere la biografia degli/le assistiti/e consente di comprenderne meglio lo stile di vita, le abitudini e le peculiarità.

Scarsa psicoigiene

L'uomo è un insieme inscindibile di corpo, mente e anima. Nella nostra società, la psico-igiene riveste grande importanza,

perché solo di rado ci prendiamo cura della nostra psiche con la necessaria dedizione. Finché la nostra testa “funziona”, quasi non ci rendiamo conto di cosa e quanto il benessere mentale significhi. Tuttavia, il progressivo aumento delle malattie mentali è un fenomeno evidente e rappresenta una seria minaccia per la nostra convivenza. Spesso lasciamo che i nostri problemi si trascinino irrisolti, siamo bloccati, ci teniamo tutto dentro, senza cercare una via d’uscita dal vicolo cieco in cui ci troviamo; crediamo di dover sopportare qualsiasi cosa. Ci sono molti modi semplici di fare qualcosa per se stessi. Ogni miglioramento conseguito in uno dei tre ambiti fa sentire i suoi effetti positivi anche sugli altri due:

- corpo
- mente
- anima

Prendersi cura della propria psiche significa:

- chiedere tempestivamente aiuto in caso di sovraccarico
- parlare dei propri problemi (nonostante il sovraccarico)
- curare e tutelare le proprie relazioni
- trovare tempo per la creatività e per il relax

Chi ride vive più a lungo – e soprattutto gode di maggiore salute. E chi ride, può anche piangere. Tuttavia, quanto più i problemi sono opprimenti, tanto più è importante consultare un professionista.

Fonte: www.ganzheitscoaching.at/psychohygiene.htm

Riconoscere la violenza

Come riconoscere la violenza?

“Innanzitutto, occorre contemplare la possibilità che episodi di violenza possano accadere anche nel proprio ambiente. Finché non si crede alla possibilità della violenza nei confronti di persone anziane e bisognose di assistenza sarà impossibile riconoscere la violenza ed i segnali che ce la indicano” (Da: Brucker, www.Medical-tribune.de).

Esempio di violenza nella terza età:

Alla signora M., ospite da ormai 4 mesi di una casa di riposo, è stata diagnosticata una forma di demenza. La signora ha 87 anni e da anni lamenta problemi alle ginocchia che ormai le impediscono praticamente di camminare. Ha un solo figlio che le fa visita un paio di volte la settimana. La signora M. non ha mai accettato di trasferirsi in una casa di riposo; spesso racconta episodi improbabili, ma conserva, tuttavia, ancora momenti di lucidità in cui si esprime con estrema chiarezza. Già pochissimo tempo dopo l'ingresso nella struttura, la signora ha raccontato al figlio di essere stata vittima di presunti maltrattamenti fisici da parte degli/le assistenti, lamentandosi, per esempio, di essere stata costretta a fare cose che non voleva fare (ad esempio, farsi la doccia) bloccandola e tenendola ferma, oppure, di essere stata sgridata in modo tanto brutale da essersi spaventata ed aver sbattuto contro la porta di camera per scappare. A dire il vero, al figlio della signora M. è già capitato di notare talvolta la presenza di lividi sulle braccia ed altre parti del corpo della madre, motivo per cui si è rivolto agli/le assistenti per sapere cosa le fosse accaduto. Le risposte ripetutamente ricevute in diverse situazioni non del tutto chiare (“sua madre ha sbattuto contro qualcosa”, “sua madre è caduta”, “a sua madre vengono subito dei lividi anche solo a lavarla”), pur facilmente comprensibili, non risultavano tuttavia del tutto convincenti. Il figlio non sapeva più bene cosa credere e visto che la casa di riposo era, comunque, importante per la madre, si è guardato dall'essere troppo “insistente”; inoltre, poteva benissimo

trattarsi di un peggioramento dello stato di demenza della madre che ormai magari mentiva senza essere cosciente di farlo.

Non solo la violenza fisica lascia conseguenze ben visibili come ematomi e ferite; anche tutte le altre forme di violenza si manifestano, infatti, con sintomi fisici. La violenza provoca paura e senso di impotenza che creano uno stato di stress permanente, il quale a sua volta dà origine a sintomi riconoscibili.

Indicatori

I seguenti segnali di allarme possono essere indizio di comportamenti violenti:

- Ematomi variamente databili
- Arrossamenti, edemi o graffi in aree del corpo atipiche
- Ferite ai polsi e/o alle caviglie dovute a contenzione
- Emorragie non imputabili a cause patologiche
- Fratture ossee, asportazione di capelli
- Scarsa igiene personale
- Piaghe da decubito
- Contratture non imputabili a cause patologiche
- Ustioni
- Stato di timore, paura, diffidenza
- Sbalzi d'umore, depressione, tendenza a ritrarsi
- Aggressività, trascuratezza
- Disidratazione, riconoscibile dalle condizioni della pelle o da stati confusionali
- Perdita di peso e debolezza fisica (dovuti a carenze nutrizionali)
- Anomalie nella somministrazione dei farmaci
- Assenza di adeguata assistenza medica
- Contenzione frequente e di eccessiva durata

- Disturbi del sonno, inappetenza
- Apatia (indifferenza, insensibilità)
- Uso di un tono poco rispettoso tra assistito/a e assistenti
- Contatti altalenanti con il medico oppure mancata presentazione agli appuntamenti medici
- L'assistito/a non viene lasciato/a solo/a durante la visita medica
- Gli/le assistenti si mostrano indifferenti o irritati nei contatti con gli/le assistiti/e
- Gli/le assistenti paiono inesperti.

Indicatori fisici

Anche il minimo segno di violenza fisica riscontrato sul corpo della persona assistita dovrà essere in ogni caso documentato. Autori/trici di violenza nel contesto dell'assistenza alle persone anziane possono essere gli assistenti, i/le familiari, altri/e ospiti della struttura, altre persone o addirittura gli/le stessi/e assistiti/e. A necessitare di adeguata protezione sono soprattutto gli/le assistiti/e, che rappresentano in ogni caso l'anello più debole di questa "catena", sia nelle strutture di assistenza, che nell'assistenza professionale domiciliare che nell'assistenza privata (Da: „Gefahren für alte Menschen in der Pflege“, Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen, 2006).

Indicatori di violenza

La violenza ha origine già dalla dimensione sociale; la società odierna estromette la vecchiaia, la malattia e la morte dalla nostra vita quotidiana. Queste esperienze elementari vengono delegate alle istituzioni; il dolore e la morte vengono scaricati su medici e assistenti di ospedali, case di riposo e ospizi (Tiro-

lo) e/o strutture residenziali pubbliche (Alto Adige) e banditi così dalla quotidianità. Una forma di violenza, questa, contro la quale non esiste alcun tipo di strumento giuridico; solo la sensibilizzazione della società può portare a cambiamenti duramente sostenibili in questo campo. Spesso all'atto pratico, "riconoscere la violenza" si rivela più difficile di quanto si creda! Gli/le assistiti/e si trovano a subire diverse forme di violenza (si veda il modulo "Cos'è la violenza nella terza età?") soprattutto da familiari o assistenti da cui dipendono e da cui si aspettano aiuto, cure e attenzioni. Spesso il silenzio che avvolge questa sfera fa sì che gli indicatori della violenza non risultino visibili all'esterno e sfuggano così a qualsiasi controllo (i.a. Kosberg 1988). La soglia del pudore che impedisce alle vittime di parlare delle violenze subite è molto alta e gli/le assistiti/e affetti da disturbi psichici non sono praticamente in grado di raccontare le proprie esperienze di violenza. Quando, poi, la persona anziana si oppone alle violenze subite c'è ragione di temere una escalation. Inoltre, talvolta i segni di violenza risultano difficilmente riconoscibili anche ai/alle professionisti/e del settore. Nella terza età, infatti, le persone sono affette con sempre maggiore frequenza da vari problemi di salute con sintomi ambigui, a monte dei quali potrebbe anche esserci una violenza. A volte anche gli stessi medici nutrono incertezze, dovute al timore di avanzare false accuse e alle relative conseguenze legali.

Tenendo gli occhi sempre ben aperti si può, in ogni caso, riconoscere una situazione potenzialmente in grado di sfociare nella violenza o una situazione di violenza già in corso (Cfr.: Gefahren für alte Menschen in der Pflege, Editore: Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen)

Aspetti interculturali

La violenza interculturale deriva dai sistemi di valori vigenti, dai luoghi comuni e dai pregiudizi negativi esistenti in seno ad un dato contesto sociale nei confronti di determinati gruppi di popolazione come, ad esempio, le persone con background migratorio. Accuse infondate e atteggiamenti denigratori nei confronti delle persone anziane favoriscono l'insorgere ed il diffondersi in seno alla società di opinioni e condotte discriminatorie nei loro confronti, andando così a creare un terreno fertile per la tolleranza verso comportamenti irrispettosi, umiliazioni e maltrattamenti (Da: "Gewalt erkennen – Ältere Menschen in Institutionen", Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, pag. 9). Sempre più spesso l'assistenza dei familiari è affidata ad assistenti retribuiti/e. Non si tratta di qualcosa di scontato e molti familiari vivono questa situazione come un fallimento personale. Tuttavia, la realtà odierna rende sempre più spesso necessario (ed economicamente possibile) affidare queste incombenze ad altre persone. Nonostante la crescente domanda, quest'attività è poco stimata e mal retribuita come tipicamente femminile. Ad accudire e prestare assistenza domiciliare alle persone anziane sono quasi esclusivamente donne e ragazze provenienti dall'estero (quelle che in Italia vengono chiamate "badanti"). Di norma, le badanti vivono in casa della persona assistita e sono, più o meno, a sua disposizione 24 ore su 24. In questo contesto, le maggiori difficoltà nascono perlopiù dalle problematiche psicogeriatriche che affliggono gli/le assistiti/e, ma anche dalla comunicazione, a causa della scarsa conoscenza della lingua straniera o del dialetto locale. Le persone anziane migranti di solito vengono assistite dai familiari, con il supporto dei servizi di assistenza domiciliare. Ad oggi, le strutture

non risultano ancora completamente preparate all'accoglienza di assistiti/e provenienti da retroterra culturali diversi; un'assistenza sensibile alle diversità culturali e religiose presuppone una buona dose di apertura mentale e la disponibilità a collaborare con i familiari, in special modo nell'ultima fase della vita. La violenza interculturale favorisce e/o promuove l'insorgere di situazioni di violenza diretta (personale) e indiretta (strutturale) (Da: „Gewalt erkennen – Ältere Menschen in Institutionen“, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, pag. 9).

Conclusioni

Il benessere degli/le anziani/e assistiti/e è il metro di giudizio su cui tarare qualsiasi attività socio-assistenziale e sanitaria. La maggior parte delle persone desidera trascorrere per quanto possibile una vita attiva ed autonoma fra le mura domestiche. Tutte le persone hanno obiettivi, sogni, compiti, imparano cose nuove, si impegnano nella sfera privata e in quella sociale. Si tratta di importanti forme di realizzazione personale che, anche nella terza età, contribuiscono a mantenere una persona sana ed attiva. Ma per rendere tutto ciò realtà anche in età molto avanzata o in caso di grave malattia, non si può prescindere dal sostegno altrui.

Visto il sempre maggiore numero di persone sole, stanno prendendo sempre più piede nuove forme di cura ed assistenza ambulatoriale, ivi incluse le reti sociali e l'assistenza di quartiere. Grazie all'aiuto di nuove forme di abitazione, di mobilità, di servizi di prossimità, di aiuto reciproco e di strutture di coinvolgimento, lo stato e la società civile possono creare i presupposti atti a consentire alle persone di rimanere attive ed autonome anche nella terza età.

La violenza nel contesto di assistenza è un grande rischio. Quando le esigenze e i sogni degli/le anziani/e occuperanno un ruolo di primo piano tra gli impegni quotidiani delle persone che li assistono e li curano, avremo meno bisogno di preoccuparci del loro benessere.

Prevenzione

Quali sono le strategie operative e di prevenzione di cui disponiamo per affrontare la violenza? Nei paragrafi che seguono, vi forniamo alcuni esempi di strategie operative che in alcune circostanze possono contribuire ad alleviare il carico di assistenza e rappresentano, pertanto, un passo importante sulla strada della prevenzione. Si tratta di strategie che, pur non risultando sempre attuabili in qualsiasi situazione e in qualsiasi struttura, costituiscono in ogni caso un utile spunto di riflessione.

4 esempi

Nonostante il modello di team nursing solitamente in uso presso il proprio reparto, al momento del passaggio delle consegne l'infermiera Karin si rivolge ai/le colleghi/e chiedendo loro se qualcuno/a sia disposto/a a farsi carico per la giornata del signor V, un ospite molto difficile, talvolta aggressivo, con cui, essendo in servizio da quattro giorni, non se la sente di avere a che fare.

L'infermiera Paula nota che negli ultimi tempi il tono con cui fra i/le colleghi/e si parla degli/le ospiti si è fatto molto irrispettoso, se non addirittura brutale. Pertanto chiede alla direzione infermieristica di organizzare per il proprio team un corso di formazione sulla comunicazione finalizzato a riflettere su questo comportamento a rischio.

L'assistente Paul, che non va in ferie ormai da tempo, chiede alla direzione della struttura di poter prendere urgentemente qualche giorno libero; ha, infatti, seri problemi privati perché la moglie gli ha chiesto la separazione ma il suo impegno lavorativo al momento è assai gravoso e gli impedisce di tentare di salvare il salvabile a casa.

Da molto tempo, l'assistente Sonja non dorme più bene; ciò la rende estremamente labile; inoltre, nota ogni giorno di più come negli ultimi tempi le esigenze degli/le assistiti/e la "snervino". L'infermiera si confida con una collega che le consiglia di chiedere una supervisione individuale.

Terminologia

Il termine "prevenzione" viene dal Latino "praevenire" e significa fare in modo che qualcosa non avvenga.

Con il termine "strategie operative" si intende una serie di provvedimenti pianificati atti a conseguire determinati scopi ed obiettivi in modo ragionato e ponderato.

Il termine "Intervento" viene dal Latino e significa: influenza, ingerenza, chiarimento, mediazione, interruzione, mediazione. In linea di massima, si deve partire dal presupposto che non esistono contesti di assistenza del tutto estranei alla violenza, così come non esistono soluzioni valide per tutti i pazienti, e soprattutto che la violenza può continuare a presentarsi.

Sono 3 i pilastri che si identificano nel quadro della prevenzione della violenza e dei relativi interventi:

- Prevenzione primaria & intervento
- Prevenzione secondaria & intervento, e
- Prevenzione terziaria & intervento

Prevenzione primaria

La prevenzione primaria consiste nell'educazione all'agire non violento in ambito familiare, scolastico e formativo. La comunicazione empatica, l'attenzione per i sentimenti altrui, la capacità di "mettersi nei panni degli altri" e di interrogarsi sui propri pregiudizi verso le persone anziane e malate sono i presupposti e gli strumenti per una realtà non-violenta.

Esempi di prevenzione primaria:

- Approccio etico: Quanto vi conoscete? Siete stati/e vittime di violenza nell'infanzia e nell'adolescenza? Durante il vostro percorso educativo e formativo avete partecipato a lezioni o tavole rotonde sul tema della violenza?
- Capacità di auto-percezione ed auto-riflessione: Imparate a conoscere voi stessi/e! Come reagisco in situazioni di grande pressione o di stress? Parlo mai con gli/le altri/e degli eccessivi carichi di lavoro e della mancanza di tempo? Prendo troppo alla leggera gli errori compiuti? Trovo facile accettare l'aiuto altrui? Sono in grado di riconoscere i miei problemi e le mie difficoltà personali e di reagirvi tempestivamente?
- Formazione, perfezionamento e aggiornamento: Quanto siete interessati/e? Quando è stata l'ultima volta che avete partecipato ad un corso di perfezionamento/aggiornamento sul tema della violenza?
- Conoscenza dei fattori individuali, dei fattori patogeni e del vissuto della persona assistita: Nel corso della vostra formazione avete già acquisito delle conoscenze in merito al lavoro di biografia e ai quadri clinici caratterizzati da un elevato potenziale di aggressione?
- Sensibilizzazione: Nel corso del vostro percorso formativo e di aggiornamento o del vostro percorso professionale vi siete già confrontati con materiali informativi dedicati al tema della violenza? Siete mai stati invitati/e a conferenze o altri eventi dedicati al tema della violenza?

- Riflessione sulla presenza di contenuti violenti o aggressivi nel linguaggio: Come parlo con gli altri? (in modo non violento, empatico, critico ...)
- Psico-igiene: Mi capita di portarmi a casa i problemi lavorativi dalla struttura, dal tirocinio? Oppure riesco a “staccare”? Partecipo ad intervizioni su singoli casi e/o supervisioni? Mi concedo del tempo per il relax?
- Adeguamento delle strutture esistenti alle esigenze individuali: E’ possibile, ad esempio, riorganizzare l’ambiente per consentire alle persone affette da demenza di poter godere di un’idonea libertà di movimento? Ho abbastanza tempo per offrire cure ed assistenza attente alle esigenze dei singoli individui?

Prevenzione secondaria

Prevenzione secondaria significa riconoscere e porre tempestivamente termine alla violenza tramite interventi e accompagnamento immediati. In tale contesto occorre tenere sempre bene a mente il possibile verificarsi di qualsiasi forma di violenza e reagirvi con sensibilità.

Esempi di prevenzione secondaria:

- Osservare: osservare con attenzione anziché guardare altrove!
- Valutare rischi e pericoli
- Identificare ed osservare gli eventuali indicatori di violenza
- Prendere sempre sul serio eventuali indizi ed identificarli
- Parlare di quanto osservato con l’immediato superiore

- Affrontare con attenzione ogni situazione di sospetto (sia l'autore che la vittima)
- Rivolgersi ad aiuti/consulenti esterni/e
- Documentazione obiettiva e scevra da giudizi
- Psico-igiene (si veda l'esempio "Prevenzione primaria e relativi interventi")

Prevenzione terziaria

Con il termine "prevenzione terziaria" si intendono le procedure e le azioni intraprese in seguito ad una diagnosi (sospetto) di "violenza in contesto di assistenza" che abbia evidenziato un' urgente necessità di intervento. Dopo un episodio di violenza non si devono sottoporre vittima e autore ad eccessive pressioni. Non accusare, non creare sensi di colpa, ma piuttosto mettere in primo piano il necessario sostegno alla vittima. Un'azione sbagliata o violenta deve comportare delle conseguenze; ciò non significa, tuttavia, che si debba necessariamente trattare di "punizioni". Nel quadro della prevenzione generale è importante affrontare e discutere apertamente l'episodio di violenza verificatosi. Promuovendo in tutte le strutture una sana "cultura dell'errore" si può minimizzare il rischio di ulteriori episodi di violenza.

Esempi di prevenzione terziaria:

- Proteggere le vittime di violenza e allontanarle dalla "zona di pericolo".
- Le responsabilità di tutti i soggetti interessati devono risultare inequivocabili.
- Verificare con attenzione osservazioni oggettive e soggettive.

- Rispettare i desideri e le decisioni delle vittime di violenza.
- Se possibile, sostituire subito l'assistente.
- Predisporre idonei interventi psicologici, terapeutici e/o di crisi.
- Analizzare e discutere l'accaduto in forma interdisciplinare.
- Mettere in discussione le strutture, ad esempio: perché di notte la porta viene sempre chiusa a chiave? Perché oggi erano in servizio solo due assistenti?
- Avanzare proposte di modifica: orari di servizio diversi, modelli abitativi di tipo segregativo .
- Promuovere l'organizzazione di regolari riunioni dei team e la collaborazione interdisciplinare.
- Psico-igiene (si vedano gli esempi relativi a "Prevenzione primaria e relativi interventi").

Disturbi comportamentali e psicologici in corso di invecchiamento patologico

Definizione

Con il termine “disturbi comportamentali e psicologici in corso di invecchiamento patologico” si indica una serie di comportamenti inusuali che vanno a limitare la libertà di azione della persona interessata e/o di altri.

Esempio: L'infermiera Margit ha timore di entrare nella stanza della signora H. per aiutarla nell'igiene personale quotidiana. Ogni volta che tenta di aiutarla ad alzarsi, la signora H. la prende a male parole: “Lasciami in pace, puttana, lo so che vuoi solo i miei soldi “!

Alcuni sinonimi del termine "disturbi comportamentali e psicologici" sono:

- "Condotta deviante"
- "Disturbi comportamentali"
- "Creatività comportamentale"

Disturbi comportamentali

Fra i disturbi comportamentali tipici dell'invecchiamento patologico ricordiamo:

- Isolamento sociale
- Depressioni
- Disturbi del ritmo sonno-veglia
- Agitazione/attività motoria afinalistica
- Diffidenza

- Aggressività
- Vaneggiamenti, allucinazioni

Tutti i sintomi associati a questi disturbi mettono a dura prova tanto gli/le assistiti/e che gli/le assistenti e rappresentano, pertanto, un potenziale ed indiscutibile fattore di rischio per l'insorgere di violenza.

Invecchiamento patologico

Nel capitolo che segue si prenderanno in esame le cinque principali alterazioni comportamentali e psicologiche:

- Invecchiamento patologico dovuto a demenza
- Psicosi
- Dipendenze
- Depressioni
- Disturbi d'ansia

Invecchiamento patologico dovuto a demenza

Esempio: Alcuni anni fa, la signora S. ha notato che la sua memoria iniziava a vacillare. Aveva difficoltà a ricordare nomi ed eventi. Una volta, poi, si è dimenticata sul fornello la marmellata di fragole che stava cuocendo. Dopo qualche tempo, anche le persone che le stavano vicine hanno iniziato a notare che la signora S. aveva qualcosa che non andava.

La demenza è una sindrome particolare, caratterizzata da alterazioni croniche o progressive della memoria e del pensiero, cui spesso si accompagnano la perdita di funzioni intellettive quali la capacità di orientamento e di giudizio, del controllo emotivo ed alterazioni del comportamento sociale e della motivazione.

Sintomi come ansia, depressione, agitazione, sfasamento del ritmo sonno-veglia, allucinazioni, vaneggiamenti ed aggressivi-

tà rendono arduo lo svolgimento delle attività di cura ed assistenza.

Epidemiologia: Circa l'1% della popolazione è affetto da demenza; il principale fattore di rischio è rappresentato dall'avanzare dell'età. Tra gli ultra-novantacinquenni la percentuale di soggetti affetti da demenza sale addirittura al 50%. Le diverse forme di demenza sono classificate in base alla causa che le provoca, come sotto descritto.

Forme di demenza neurovegetativa primaria

Con i termini "primario" e "neurovegetativo" si definiscono una serie di sintomi e quadri clinici causati da alterazioni patologiche a livello cerebrale. Circa l'85% di tutte le demenze è di natura primaria e neurovegetativa.

Decorso della malattia

Stadio iniziale: distrazione, irritabilità, stanchezza, amnesia, disturbi del sonno, sbalzi di umore, alterazioni delle capacità mnemoniche; l'eloquio verbale crea problemi che il/la paziente maschera pretendendo sempre meno da se stesso/a o isolandosi.

Decorso: disinteresse sociale generalizzato, rifiuto del nuovo, riduzione delle attività quotidiane, decadimento della personalità

Stadio avanzato: progressiva immobilità, incontinenza urinaria e fecale, depressione, mancanza di coscienza della malattia, gravi disturbi della memoria, della concentrazione e dell'attenzione, disorientamento temporale, spaziale e personale, incapacità di azione

Forme di demenza meno frequenti come, ad esempio, quella fronto-temporale si caratterizzano per una sintomatologia che

include non solo alterazioni della personalità e mancanza di tatto sociale ma anche forme di autolesionismo.

Demenze primarie

- Patologie neurodegenerative (circa 65%)
- Morbo di Alzheimer (circa 55%)
- Demenza fronto-temporale
- Demenza a corpi di Lewy
- Demenza Parkinsoniana
- Altre forme

Quadro clinico: La maggior parte delle patologie neurodegenerative comporta alterazioni micro e macroscopiche come, ad esempio, i caratteristici depositi di proteine filamentose e la morte di cellule nervose. Alcune aree del cervello possono subire danni tali da non essere più in grado di assolvere ad alcuna funzione. Una diagnosi definitiva delle cause di una patologia neurodegenerativa di tipo demenziale può avvenire solo in sede di esame autoptico.

Patologie vascolari (circa 20%)

- Microangiopatia (SAE)
- Macroangiopatia (demenza multi-infartuale - MID)
- Singoli infarti in localizzazioni strategiche

Quadro clinico: Le demenze vascolari sono provocate da una successione di infarti cerebrali di lieve entità. Diversi fattori di rischio quali, ad esempio, ipertensione, adiposità e diabete possono portare a trombosi cerebrali recidivanti con rilassamento del tessuto della corteccia cerebrale, del tronco encefalico e dei gangli basali.

Sintomi: la malattia insorge in modo improvviso; il decorso è variabile ed intermittente e/o caratterizzato da confusione notturna. Nella maggior parte dei casi, le alterazioni della personalità insorgono in uno stadio più avanzato della patologia rispetto ai pazienti affetti da Alzheimer.

Altri sintomi: depressione, cefalea, vertigini, deficit neurologici, disturbi cognitivi, disturbi della deambulazione, della parola, della deglutizione e disturbi sensoriali.

Forme di demenza secondarie

Fra le demenze secondarie si annoverano le malattie di tipo demenziale la cui causa è da attribuirsi ad encefalopatie tossico-metaboliche così come alla presenza di masse intracerebrali. In questo caso, quindi, l'organo direttamente interessato dalla malattia non è il cervello ma sussistono altre patologie di tipo organico che provocano ripercussioni a livello cerebrale.

Demenze secondarie:

- Encefalopatie tossico-metaboliche (circa 5%):
- Intossicazioni croniche (ad esempio, da farmaci, droghe o alcool)
- HIV ed altri tipi di encefalite
- Disturbi metabolici (ad es. a livello epatico/renale)
- Carenza di vitamina B12
- Disidratazione
- Altro

Altre cause trattabili di demenza secondaria:

- Processi espansivi intracerebrali, ad es. tumori (circa 5%)
- Ematoma subdurale cronico
- Idrocefalia normotensiva

Le malattie di tipo demenziale hanno per circa il 15% cause secondarie e possono avere come conseguenza patologie inter-nistiche, neurologiche o psichiatriche di base. Sono poi numerose le patologie accompagnate da una sintomatologia di tipo demenziale che risulta, pertanto, necessario escludere per via diagnostica tramite approfondita anamnesi. La tempestiva i-identificazione delle cause ed il loro altrettanto tempestivo trattamento portano di norma ad un rapido regresso dei sintomi. Qualora, tuttavia, le sensibili cellule nervose siano rima-
ste esposte troppo a lungo ad effetti nocivi si possono rischia-
re danni permanenti irreversibili.

Per approfondire le vostre conoscenze sul tema delle “demen-
ze “, vi rimandiamo al nostro articolo pubblicato sulla home-
page www.gewaltalter.eu.

Psicosi

Esempio: Una signora ospite di una casa di riposo rifiuta di assumere qual-
siasi tipo di cibo perché sostiene che le pietanze sono state preparate con i
cadaveri degli/le altri/e ospiti defunti/e e per paura di essere lei stessa
“trasformata in un insaccato “. Inoltre, la signora non riesce più a dormire
tutta la notte perché “attraverso la porta aperta vengono continuamente
gettate nella stanza teste mozzate” che spargono sangue ovunque.

Con il termine “psicosi” si intende una patologia psichiatrica
che si manifesta con la temporanea perdita del rapporto con
la realtà esterna e con una serie di disturbi di eziologia diso-
mogenea e in parte ignota.

Psicosi endogene: Le psicosi endogene (endogeno = che viene
dall’interno) si manifestano senza dare luogo a gravi e riscon-
trabili alterazioni fisiche o cerebrali. Fra le forme di psicosi en-

dogena si annoverano la schizofrenia, la sindrome maniaco-depressiva e determinate forme isolate di depressione.

Psicosi esogene: Le psicosi esogene (esogeno = che viene dall'esterno) si possono manifestare a causa di alterazioni a livello fisico o cerebrale (ad esempio, infezioni, tossicosi, processi espansivi) e hanno origine fisica.

Delirio: Con il termine "delirio" si indica una sindrome organico-cerebrale di origine fisica. Il delirio deve essere affrontato come un'emergenza sanitaria. Fra i fattori scatenanti si annoverano: Infezioni febbrili, Disidratazione, Disturbi elettrolitici, Operazioni chirurgiche, Astinenza dall'alcool

Dipendenze

Esempio: Il signor R., medico in pensione, sta consumando la sua cena in refettorio. Probabilmente ha di nuovo bevuto un po'. Mentre un'operatrice gli passa accanto, il Sig. R le palpa il didietro e tenta, quindi, di toccarle il seno. Ogniqualevolta il signor R., di norma persona molto seria e distinta, riceve la visita di un ex collega, l'eccessivo consumo di alcool lo porta poi a compiere questo tipo di molestie sessuali.

La dipendenza è l'assunzione compulsiva di determinate sostanze o di determinati comportamenti in forma periodica o cronica. Esistono diversi tipi di dipendenza:

Alcolismo: Si parla di alcolismo cronico quando il consumo abituale di bevande alcoliche porta alla comparsa di una sintomatologia chiaramente identificabile che può sfociare in un'intossicazione cronica causa di danni fisici, psichici e/o sociali.

Che quello dell'alcolismo sia un problema che affligge soltanto i giovani è una convinzione quanto mai errata. Molto spesso un incremento del bere problematico e del consumo quotidiano di alcool si riscontrano a partire dal settantesimo anno di

vita, e nella terza età gli effetti di questo comportamento risultano ben diversi.

Dipendenza da farmaci: Con il termine “dipendenza da farmaci” si intende la più o meno regolare assunzione di farmaci non indicati dal punto di vista medico. La dipendenza si può esplicare nell’assunzione di un’eccessiva quantità di farmaci e/o nella loro assunzione per periodi di tempo eccessivi. Fra i farmaci più comunemente e frequentemente assunti si annoverano antidolorifici, tranquillanti, sonniferi e ansiolitici.

Stupefacenti: Una migliore e più efficace assistenza medica consente oggi alle persone tossicodipendenti di raggiungere un’età sempre più avanzata, tuttavia la loro vulnerabilità a patologie fisiche e psicologiche e la loro necessità di assistenza aumentano, anche se, contrariamente a quanto comunemente si pensa, è difficile che persone di età avanzata consumino consapevolmente droghe come, ad esempio, cocaina ed eroina. E tuttavia, l’accesso alle droghe e la loro diffusione sono andati aumentando nel corso dei decenni.

Esistono poi anche altre forme di dipendenza come, ad esempio, la dipendenza dal gioco, la cleptomania, la dipendenza sessuale, etc. Anche queste possono essere all’origine di episodi di violenza. Il costante aumento del numero di persone affette da dipendenze rappresenterà in futuro una sfida di proporzioni non trascurabili.

Depressioni

La depressione è una malattia psicologica caratterizzata da stati di abbattimento. Tutti occasionalmente ci sentiamo tristi o depressi. In età avanzata, la concomitanza di più cause e motivi può causare rassegnazione, preoccupazione e malinconia. Il pensionamento, la perdita del/lla compagno/a di vita, la

manca di una rete sociale, eventi di vita stressanti, problemi fisici e ristrettezze economiche sono solo alcune delle molteplici cause di depressione. La depressione si manifesta in diverse forme, caratterizzate da una sintomatologia estremamente ampia, di cui di seguito proponiamo qualche esempio:

- Disturbi affettivi come, ad esempio, sensazione di vuoto, apatia, malumore, irritabilità che può arrivare all'aggressività
- Disturbi del sistema motorio come, ad esempio, stanchezza inspiegabile, passività, indecisione, fiacchezza, tono di voce basso e monotono
- Disturbi del pensiero come, ad esempio, deficit di attenzione e di concentrazione, disturbi della memoria, perdita d'interesse, atteggiamento base negativo
- Disturbi comorbili come, ad esempio, disturbi del sonno, inappetenza, perdita di peso, senso di inferiorità, insicurezza, fantasie suicidarie, pensieri suicidari
- Sintomi fisici come, ad esempio, angina pectoris, dolori addominali, disturbi vescicali di vario genere, etc.

Disturbi d'ansia

Esempio: Il signor Josef, 77 anni, è sempre molto teso e inquieto. E' molto preoccupato per la sua salute. Il signor Josef dice di soffrire da mesi di insonnia. Quando di notte giace a letto insonne, il cuore gli batte all'impazzata, avverte una sensazione di costrizione alla gola e più volte alla settimana pensa di stare per avere un infarto. Il Sig. Josef è stato sottoposto a controlli medici internistici che, tuttavia, non hanno evidenziato alcun tipo di causa organica. L'assistente in servizio notturno si impaurisce ogni volta che il campanello del signor Josef suona.

Disturbi ansiosi e sindromi ansiose sono fra le più frequenti patologie psicologiche della terza età. Nella maggior parte dei

casi, questi disturbi d'ansia accompagnano chi ne soffre sin dalla prima o media età adulta e, se non curati nel corso degli anni, perdurano spesso fin nella terza età. I disturbi ansiosi si suddividono in quattro categorie:

Ansia generalizzata: Il disturbo d'ansia generalizzato è uno stato d'ansia ed inquietudine (ansia anticipatoria) che si protrae per più settimane; a chi ne è colpito pare, a seconda del soggetto, di vivere in un mondo pieno di sciagure, disgrazie e pericoli.

Sintomi: Nervosismo e agitazione motoria, Sintomi vegetativi come, ad esempio, palpitazioni, sudorazione, vampate, diarrea e vertigini, tremori, tensione muscolare (espressione facciale sofferente), sensazione di “nodo alla gola” fino alla difficoltà respiratoria, sensazione di stordimento, alterazioni del pensiero, disturbi del sonno, irritabilità.

Attacchi di panico: Con il termine “attacco di panico” si descrive un improvviso attacco d'ansia che si manifesta senza una precisa relazione con una specifica situazione o uno specifico oggetto. Il disturbo si caratterizza per il debutto estremamente brusco e raggiunge il suo picco nel giro di pochi minuti. Un attacco di panico può durare per ore. Sintomi:

Disturbi del pensiero, paura di morire, palpitazioni, dolore toracico (a seconda del soggetto, extrasistole, timore di avere un attacco cardiaco), difficoltà respiratorie, senso di soffocamento, iperventilazione

Fobie: Con il termine “fobia” si indicano la paura irrazionale e il conseguente tentativo di evitare determinati oggetti e situazioni. Gli stati d'ansia si presentano in modo episodico. Il disturbo limita fortemente chi ne soffre nelle relazioni sociali e nella sfera d'azione, andando a ridurre considerevolmente la qualità della vita.

Disturbi ossessivo-compulsivi: Un disturbo ossessivo-compulsivo è una patologia psichiatrica che si manifesta sotto forma di pensieri ossessivi e comportamenti compulsivi. Lo sforzo di interrompere questa forma di pensiero e comportamento ripetitivo è fonte di ansia.

Fonti bibliografiche

- Lind S. (2003): Demenzerkrankte Menschen pflegen: Grundlagen, Strategien und Konzepte. Hans Huber Verlag, Berna
- Perrar K., Sirsch E., Klutschke A. (2007): Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe. Thieme-Verlag, Stoccarda
- Rieck K. (2011): Verhaltensauffälligkeiten und Psychosen bei älteren Menschen. Fachtagung Gerontopsychiatrie, Evangelisches Krankenhaus Bethanien GmbH, Greifswald
- Steidl S., Nigg B. (2011): Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie: ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Facultas-Verlag, Vienna
- Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs: Publikation (2007). Alder Print und Media AG, Brunnadern
- <http://www.pflege-abc.info/pflege-abc/artikel/demenzformen.html>
- <http://www.demenz-hilfe.at/10472.html>

Situazione giuridica in Italia

Esempio: In occasione delle varie visite di assistenza domiciliare, si nota che un anziano signore che vive da solo comunica sempre meno e in poco tempo ha subito un forte dimagrimento. L'uomo ha un solo figlio che, a sua detta, gli fa spesso visita anche se, tuttavia, gli/le assistenti non lo conoscono. Da un po' di tempo l'anziano signore si è fatto molto timoroso; nonostante i mezzi non gli manchino manifesta sempre più spesso marcate preoccupazioni economiche ed è così turbato da passare ormai molte notti insonni. Visto che l'uomo non ne vuol sapere di confidarsi, gli/le assistenti chiedono di poter parlare col figlio che, tuttavia, sostenendo di non avere tempo per incontrarli/e per motivi di lavoro, pretende di risolvere qualsiasi problema per telefono: il figlio afferma di non aver notato nulla di strano, che non gli pare che il padre sia diverso dal solito e che l'insonnia sia da attribuirsi al fatto che spesso la sera il padre ha abitudini alimentari molto scorrette/poco regolari. Lo stato psicofisico dell'anziano peggiora e il figlio semplicemente smette di rispondere ai ripetuti tentativi di contattarlo fatti dai servizi.

Parlando di violenza nella terza età in Italia, occorrerà avere presente il seguente quadro normativo:

- Disposizioni di diritto penale
- Obblighi di denuncia, segnalazione e documentazione
- Protezione delle vittime e limitazioni della libertà
- Servizi di consulenza/aiuto e assistenza alle vittime di violenza
- Approfondimento sulle procedure legali

Quadro normativo relativo alle persone anziane

La legge Italiana non prevede norme particolari in materia di tutela delle persone anziane. Si applicano, pertanto, le disposizioni di legge generali in materia di prevenzione e contrasto della violenza che trovano applicazione in relazione a qualsiasi

soggetto. Solo qualora a causa di sopravvenuta, accertata condizione di impedimento psichico o fisico venga meno la sua capacità di decidere in modo libero e consapevole o vi sia il rischio che possa fare del male a sé stessa, e sempre che risultino soddisfatte determinate condizioni chiaramente prescritte dalla legge, la persona anziana può, previa pronuncia di interdizione (e con misure di protezione particolari, quali la nomina di un tutore), assumere la posizione di soggetto giuridico particolare. In questo modulo, tuttavia, non parleremo di questa particolare posizione giuridica ma piuttosto di persone anziane con piena capacità giuridica e di agire, come avviene nella maggior parte dei casi. L'erogazione agli/lle anziani/e di un'assistenza rispettosa e priva di violenza da parte di assistenti professionali e non è garantita non solo dalla legge ma anche da una serie di norme deontologiche (chiaramente definite all'interno di tutti gli ordini professionali ed eventualmente regolamentate con idonee misure disciplinari). Nel contesto di assistenza è sempre importante sapere e tenere a mente che molte forme di violenza non sono tollerate dalla legge.

Questioni importanti in materia di diritto penale

Vi proponiamo di seguito una serie di interrogativi di particolare rilevanza sul tema delle disposizioni penali.

Le molte forme di violenza psicologica sono punite dal Codice Penale?

Il Codice Penale non contempla espressamente la violenza psicologica; ciò non significa, tuttavia, che questa forma di violenza rimanga impunita. Per quanto riguarda, ad esempio, la fattispecie di reato di cui all'Art. 572 CODICE PENALE (Maltrattamenti a familiari e conviventi) nella giurisprudenza è ormai

invalsa da tempo l'interpretazione secondo cui la nozione di "famiglia" sia da estendersi anche al contesto sociale prossimale ed il termine "maltrattamento" debba ricomprendere qualsiasi atto ripetuto (non isolato!) che vada intenzionalmente a ledere l'integrità fisica o morale della persona, ad es. assoggettandola a controllo (anche economico), spaventandola, tenendola sotto pressione, facendo uso della forza a suo danno ecc.

In quali casi scattano le sanzioni penali e quali sono le sanzioni irrogate?

Occorre, innanzitutto, considerare che la legge punisce con diverse sanzioni di tipo pecuniario e detentivo tutte le forme di violenza perpetrate con dolo (ossia intenzionalmente) da parte dell'autore/trice; in assenza di comprovati elementi di dolo, l'autore/trice non viene punito/a. Anche questa regola presenta, tuttavia, due eccezioni: in caso di lesioni personali o morte, ove ricorrano condotta colposa, negligenza, imprudenza, inettitudine o inosservanza della legge, all'autore/trice può essere contestato il reato di lesioni personali colpose o di omicidio colposo.

E se si perde la pazienza?

Gli/le assistenti raramente incorrono in atti dolosi penalmente perseguibili, salvo il caso in cui perdano la pazienza e "puniscano" intenzionalmente gli/le assistiti/e. Occorre, pertanto, promuovere tra gli addetti ai lavori una maggiore consapevolezza delle molteplici forme di violenza psicologica (insulti, maltrattamenti, coercizione, abbandono, negligenza, etc.). Occorre inoltre tenere bene a mente la sottile distinzione esistente fra dolo, colpa e circostanze attenuanti. Una regola cui attenersi sempre: gli/le assistenti dovrebbero tenere sempre bene a mente questa sottile distinzione e ricorrere a "mezzi

estremi“ (ad esempio, contenzione, sedazione) solo qualora ciò risulti conforme alle vigenti direttive per l’assistenza o sia stato ordinato dal medico con idonea prescrizione scritta.

Cosa si intende per “violenza nei confronti degli/le assistenti”?

Anche gli/le assistenti sono regolarmente esposti ad aggressioni o altre forme di violenza da parte degli/le assistiti/e, atti che configurano anch’essi un reato e possono, pertanto, essere denunciati alle autorità di pubblica sicurezza. La denuncia non è, tuttavia, il primo ed unico mezzo cui ricorrere: saper gestire queste situazioni in modo adeguato è parte integrante del bagaglio professionale degli addetti ai lavori e si possono identificare altre forme di sostegno in grado di impedire il verificarsi di ulteriori episodi di violenza. In casi estremi, qualora siano vittime di violenza, gli/le assistenti possono naturalmente sporgere denuncia; la decisione spetta, in ogni caso, alle persone interessate.

Denuncia – querela

Andiamo ora ad illustrare la differenza fra “ denuncia d’ufficio“ e “querela di parte”.

Denuncia d’ufficio: Ai sensi della legge, in Italia gli/le assistenti attivi nel contesto di servizi pubblici o a finanziamento pubblico sono tenuti/e a denunciare presso la competente Procura della Repubblica solo determinati reati di violenza. La persona che sporge denuncia non deve essere essa stessa coinvolta nella situazione di violenza; l’obbligo di denuncia sorge anche solo in caso di effettiva conoscenza del fatto e di fondato sospetto che lo stesso sia avvenuto.

Querela di parte: Molti reati di violenza possono essere perseguiti penalmente solo se la parte offesa decide di presenta-

re querela. Questo può rappresentare un problema (ad esempio nel caso del testimone/osservatore di una violenza) in quanto non si può costringere la persona offesa a sporgere denuncia se non intende farlo. Spesso per la parte offesa non si tratta tanto di “non volere” quanto piuttosto di “non potere” in quanto ad esempio potrebbe trovarsi a vivere in una situazione di totale dipendenza dall’autore/trice della violenza oppure non ha semplicemente la concreta possibilità di farlo (a causa di problemi di mobilità, di mancanza di esperienza con le autorità/con la burocrazia, ecc.) o ancora perché oggettivi motivi di salute o le proprie condizioni psico-cognitive glielo impediscono.

Documentazione

Documentare adeguatamente è molto importante!

Per svolgere bene la propria attività nel rispetto delle norme professionali definite ed attuate presso il rispettivo posto di lavoro, il personale socio-sanitario e assistenziale ha più di un motivo di garantire un’adeguata documentazione delle attività svolte. Ciò assume una rilevanza professionale ancora maggiore nelle situazioni in cui potrebbero verificarsi episodi di violenza. Una buona documentazione non deve contenere altro che la descrizione delle condizioni fisiche o psicologiche degli/le assistiti/e e/o di altri fatti cui si sia eventualmente assistito di persona. Quando si tratta di riportare quanto affermato da parti in causa o terzi, risulta particolarmente importante essere in grado di indicare con esattezza da chi tale affermazione è stata fatta e in quali circostanze ciò sia avvenuto. L’attenzione è un requisito di fondamentale importanza per assolvere adeguatamente all’obbligo di documentazione, sia nel proprio interesse professionale che per quello degli/le as-

sistiti/e, sia naturalmente per quello delle autorità cui la documentazione va presentata.

Protezione delle vittime di violenza nella terza età

La procedura legale che si apre in caso di reato non è solo resa lunga, tecnicamente complessa e tortuosa per motivi procedurali. Solo di rado, infatti, essa offre alla vittima di violenza ciò che per quest'ultima è più importante: una tempestiva protezione e la certezza che quanto avvenuto non accadrà mai più; e in un secondo momento la soddisfazione del naturale senso di giustizia attraverso il riconoscimento e la punizione della condotta violenta.

La procedura legale è poi irta di problemi e ritardi, di cui di seguito offriamo solo qualche esempio:

- La necessaria tempistica di indagine da parte degli inquirenti
- La presenza di diversi percorsi processuali difficilmente comprensibili senza idonea assistenza legale
- L'importanza della disponibilità di concreti elementi di prova perché si possa arrivare a una sentenza di condanna.

Purtroppo l'ordinamento Italiano non prevede ancora alcun tipo di strumento formalizzato di tutela delle vittime di violenza in seno al sistema giudiziario, il che comporta che molto spesso le vittime di violenza siano abbandonate a se stesse oppure, nel migliore dei casi, si possano affidare esclusivamente ad una rete di servizi esterni al sistema giudiziario che, per di più, sono in grado di esercitare poca o nessuna influenza sul percorso processuale. Di conseguenza, in Italia, per la vittima di violenza la decisione se adire o meno le vie legali si

trasforma generalmente in un dilemma, visto che non si può contare su di un'efficace sistema di protezione delle vittime. Un problema, questo, che nel caso di vittime in età avanzata si fa ancora più gravoso visto che queste spesso non sono in grado di districarsi all'interno di un sistema così complesso o corrono il rischio di non essere in grado, come principali testimoni della causa da loro stessi promossa, di esprimersi con la necessaria incisività e far sentire le proprie ragioni (a causa di eventuali impedimenti dovuti all'età).

Forme di limitazione della libertà

Due esempi tratti dalla realtà di assistenza quotidiana:

Caso 1: Josef, anziano signore in avanzato stato di demenza, è stato affidato alle cure di una casa di riposo. Vista la sua aggressività e la sua agitazione l'operatore decide di "tenerlo calmo" installandogli sul letto due alte sponde laterali.

Caso 2: Una sera, per calmarla, un/a assistente somministra a un'ospite della casa di riposo, la signora H, 20 gocce del sedativo "Haldol"; la signora H ha avuto un grave attacco d'ansia e il medico non risultava raggiungibile; l'assistente è passibile di sanzioni penali?

Si opera una distinzione fra tutela costituzionale e tutela garantita da leggi nazionali e internazionali.

Vi proponiamo di seguito una panoramica della terminologia più utilizzata in materia di misure privative/limitative della libertà.

Limitazione della libertà: Con il termine "limitazione della libertà" si intende il trattamento sanitario coatto o l'imposizione coatta di misure atte a limitare la libertà di movimento di una persona assistita o in cura presso la struttura ("ospite") contro la sua volontà o senza il suo consenso; tale limitazione può essere attuata attraverso l'impiego di mezzi

fisici (meccanici o elettronici) o mediante la somministrazione di farmaci o mediante il minacciato ricorso a tali mezzi e/o misure.

Nessuna limitazione della libertà: Quando l'ospite capace di intendere e di volere fornisce il proprio consenso all'adozione di misure restrittive della libertà di movimento ("consenso informato"), ad esempio nel contesto di un contratto di assistenza o di determinati trattamenti sanitari o qualora nel contesto di assistenza l'ospite venga trattato/a nel rispetto delle direttive vigenti o di una prescrizione medica scritta, non si ha una limitazione della libertà.

Consenso informato: Si parla di consenso informato quando il/la paziente fornisce di propria spontanea volontà il proprio consenso alle misure limitative della libertà o all'effettuazione dei trattamenti farmacologici, dopo essere stato esaustivamente informato in merito; sia le informazioni che il consenso dovrebbero, se possibile, avere forma scritta (ed essere debitamente sottoscritte).

Il trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O) e l'assistenza sanitaria obbligatoria (A.S.O.): Le possibilità di restrizione della libertà personale sono rigidamente disciplinate dalla Costituzione italiana (art. 13 e 32) e da leggi nazionali, per cui nessuno/a può essere sottoposto/a a forme di restrizione della libertà contro la sua volontà e in violazione della legge. Anche in campo medico, con la riforma del settore psichiatrico avvenuta con la legge N. 180/1978 (Legge Basaglia), recepita dalla legge n. 833/1978 (articoli 33-35) e a tutt'oggi in vigore, l'adozione di provvedimenti di trattamento sanitario obbligatorio e di assistenza sanitaria obbligatoria è stata inquadrata in modo molto chiaro dalla legge onde impedire l'eventuale diffondersi dell'abuso di tali strumenti. Analogamente, negli anni

è stata data sempre maggiore importanza al "consenso informato" dei/delle pazienti che usufruiscono dei servizi sanitari e dei/delle fruitori/trici dei servizi sociali (e delle persone in genere quando si tratta di decisioni che riguardano aspetti fondamentali della loro vita), con l'assumere una posizione chiara nelle leggi, nella giurisprudenza, negli ordinamenti delle professioni mediche e assistenziali e nei regolamenti degli istituti interessati (case di riposo e simili).

Misure limitative della libertà nel settore socio-sanitario e assistenziale: Il sistema sanitario si è dovuto dotare di chiare direttive perché, qualora si manifesti la necessità di adottare eventuali misure limitative della libertà, ciò avvenga nel rispetto di tutte le disposizioni di legge. E' pertanto di estrema importanza attenersi rigorosamente a tali direttive nell'attività di assistenza quotidiana. Riassumendo, secondo le succitate fonti giuridiche la legge vieta qualsiasi trattamento farmacologico o qualsiasi misura coatta (come, ad esempio, il trattamento sanitario obbligatorio o una limitazione della libertà personale o della libertà di movimento attraverso l'impiego di mezzi fisici (meccanici o elettronici) o la somministrazione di farmaci o mediante il minacciato ricorso a tali mezzi e/o misure) che non risulti conforme alle disposizioni di legge o alle specifiche direttive elaborate dai servizi competenti.

Servizi di consulenza/aiuto

PRONTO INTERVENTO POLIZIA: 113

PRONTO INTERVENTO CARABINIERI: 112

PRONTO INTERVENTO SANITARIO: 118

EMERGENZA ANZIANI: 800 001 800

CASE DELLA DONNA

Link in Italiano: http://www.provincia.bz.it/it/servizi/servizi-categorie.asp?bnsvf_svid=1008480

Link in Tedesco: http://www.provinz.bz.it/de/dienste/dienste-kategorien.asp?bnsvf_svid=1008480

Test sul tema Violenza nella terza età

Il seguente test può essere compilato dalle persone interessate ed è utile per la verifica dei contenuti della formazione. Nei casi in cui alle domande sono state date delle risposte corrette, l'esaminando può richiedere un certificato. Per riceverlo, è sufficiente inviare all'Ufficio Anziani e distretti sociali le risposte insieme ai propri dati: nome e cognome, luogo e data di nascita, recapito/indirizzo (vedi le relative informazioni alla fine del test).

Inoltre, sul sito www.gewaltimalter.eu, anche in lingua italiana, è possibile accedere in modalità e-learning ai contenuti di questa formazione. In questo caso il relativo certificato potrà essere scaricato online.

Ulteriori informazioni:

Ufficio Anziani e distretti sociali

Via Canonico Michael Gamper 1

39100 Bolzano

Tel. 0471 41 82 50

Fax. 0471 41 82 69

Ufficio.Anziani@provinz.bz.it

Nella maggior parte dei casi il trasferimento in una struttura avviene volontariamente.

o Vero

o Falso

Il mantenimento di routine quotidiane stabili influisce complessivamente sul benessere degli/le ospiti.

o Vero

o Falso

Demandare il potere decisionale ad altri è complessivamente motivo di sollievo per gli/le ospiti.

o Vero

o Falso

Talvolta, nel contesto assistenziale, le persone anziane assistite vengono premiate o punite.

o Vero

o Falso

Oggigiorno, la maggior parte delle persone anziane avverte la dipendenza come qualcosa di molto minaccioso.

o Vero

o Falso

La perdita delle competenze di vita da parte degli/le assistiti/e influisce positivamente sull'impegno degli/le assistenti.

o Vero

o Falso

Talvolta avviene che gli/le assistiti/e boicottino le cure loro prestate.

o Vero

o Falso

A lungo andare, il contatto ravvicinato può indurre stress negli/le assistenti.

o Vero

o Falso

Il contatto quotidiano con persone anziane può far sorgere timori per il proprio futuro.

o Vero

o Falso

Gli/le ospiti degli istituti godono di notevole libertà di movimento e della possibilità di conservare la propria privacy.

o Vero

o Falso

Spesso l'impotenza degli/le assistiti/e è "appresa" nella casa di riposo.

o Vero

o Falso

Soprattutto quando si assistono i propri familiari è difficile considerarli individui indipendenti.

o Vero

o Falso

Le condizioni abitative influiscono sul benessere degli/le ospiti.

o Vero

o Falso

Spesso nell'assistenza domiciliare mancano informazioni sui servizi offerti per alleviare il carico assistenziale.

Vero

Falso

Non tutte le azioni e le omissioni che si ripercuotono in modo gravemente negativo sulla situazione di vita e sul benessere emotivo dell'anziano/a sono da considerarsi violenza.

Vero

Falso

Lesioni ed ematomi sono sempre un indizio di violenza (perpetrata con l'intento di recare danno).

Vero

Falso

Gli sbalzi d'umore possono essere un indizio di violenza.

Vero

Falso

Perdita di peso e debolezza fisica non sono indizi di violenza.

Vero

Falso

L'inesperienza degli/le assistenti può portare alla violenza.

Vero

Falso

Anche gli/le altri ospiti di una struttura di assistenza alle persone anziane possono essere autori/trici di atti di violenza.

Vero

Falso

Parlare degli/le assistiti/e in loro presenza è un atto di violenza psicologica.

Vero

Falso

La violenza ha sempre conseguenze visibili.

Vero

Falso

Se al momento dell'ingresso in una struttura una persona anziana è costretta a lasciare a casa i suoi oggetti, anche di valore affettivo, si parla di violenza.

Vero

Falso

Le minacce sono una forma di violenza fisica.

Vero

Falso

La violenza strutturale è esercitata direttamente da una persona.

Vero

Falso

La mancata prestazione degli aiuti necessari nella vita quotidiana può comportare difficoltà di orientamento e disturbi della coscienza e dell'attenzione fino alla comparsa delle cosiddette piaghe da decubito.

o Vero

o Falso

Si può parlare di violenza quando gli/le ospiti sono costretti a chiedere il permesso per uscire dalla casa di riposo.

o Vero

o Falso

Il vissuto personale del/lla paziente non ha alcuna rilevanza.

o Vero

o Falso

Riflettere sulle proprie azioni ed analizzarle può contribuire a prevenire la violenza.

o Vero

o Falso

Un ambiente rispondente alle esigenze degli/le assistiti/e agevola le attività di cura e assistenza e protegge dalla violenza.

o Vero

o Falso

Se sono testimone di un atto di violenza che non mi riguarda direttamente, lo ignoro.

o Vero

o Falso

La collaborazione interdisciplinare può favorire un'assistenza non violenta e prevenire la violenza.

o Vero

o Falso

Non documento mai eventuali situazioni sospette.

o Vero

o Falso

Se il corpo di una persona non ne presenta tracce, non si può parlare di violenza.

o Vero

o Falso

Il modo in cui mi rivolgo agli/le ospiti non ha importanza, le parole non possono essere considerate un atto di violenza.

o Vero

o Falso

Prevenzione ed intervento sono legati a doppio filo.

o Vero

o Falso

Quando nella mia istituzione vengono perpetrati atti di violenza non c'è in ogni caso nulla che possa fare e così tengo la bocca chiusa per evitare che qualcuno poi se la prenda con me.

o Vero

o Falso

L'azione di prevenzione della e di contrasto alla violenza si basa su 5 pilastri

Vero

Falso

Il mio vissuto pers. non influisce in alcun modo sulle mie azioni

Vero

Falso

La psico-igiene dovrebbe essere un requisito indispensabile per tutti gli operatori del settore dell'assistenza e cura.

Vero

Falso

La creatività comportamentale è sinonimo di disturbi comportamentali e psicologici.

Vero

Falso

La demenza primaria e la demenza cerebrale organica sono curabili.

Vero

Falso

Nei primi stadi della demenza si hanno frequenti episodi di incontinenza fecale e/o urinaria e situazioni di immobilità.

Vero

Falso

L'elevata pressione sanguigna può scatenare psicosi.

o Vero

o Falso

L'alcolismo svolge un ruolo di primo piano anche nella terza età.

o Vero

o Falso

Il numero di persone affette da dipendenze subirà un forte calo in futuro.

o Vero

o Falso

La depressione è un disturbo fisico il cui sintomo principale è lo stato di abbattimento fisico.

o Vero

o Falso

Sintomi come perdita di peso, apatia e pensieri suicidari sono indizio di depressione.

o Vero

o Falso

Le patologie e le sindromi ansiose sono fra i disturbi psicologici più comuni della terza età.

o Vero

o Falso

Attacchi di panico, fobie e disturbi ossessivo-compulsivi rientrano nella categoria delle psicosi.

o Vero

o Falso

Se un/a ospite lamenta dolori cardiaci, dispnea e sensazione di soffocamento gli/le somministro 20 gocce di antidolorifico.

o Vero

o Falso

Con il termine “fobia” si indica la paura degli interventi chirurgici.

o Vero

o Falso

I disturbi comportamentali e psicologici sono fattori di rischio potenziali per l’insorgere di violenza.

o Vero

o Falso

L’impianto di una sonda PEG può essere effettuato solo con il preventivo consenso dell’ amministratore/trice di sostegno ((ove nominato/a).

o Vero

o Falso

Con il termine “privazione della libertà” si intende qualsiasi forma di limitazione.

o Vero

o Falso

Minacciare di privare una persona della libertà non costituisce di per sé una privazione della libertà.

o Vero

o Falso

Se in caso di pericolo per sé e per gli altri si dispone una misura privativa della libertà bisogna impiegare, tra l'altro, il mezzo di privazione più blando.

o Vero

o Falso

Una lesione personale colposa che comporta un danno alla salute con prognosi inferiore ai 14 giorni non è punibile.

o Vero

o Falso

Se l'ospite di una casa di riposo accetta una misura di privazione della libertà (ad es. l'installazione di una sponda antica-duta sul letto), non occorre più darne comunicazione alla direzione infermieristica e/o alla direzione della struttura.

o Vero

o Falso

In caso di aggressione da parte dell'ospite di una casa di riposo posso difendermi in modo adeguato.

o Vero

o Falso

In alcuni casi, le disposizioni della Legge sulle case di riposo (HeimAufG, Austria) si applicano anche alle cliniche.

o Vero

o Falso

Se impiego la violenza fisica sono sempre punibile

o Vero

o Falso

In qualità di operatore/trice addetto/a all'assistenza domiciliare di persone malate posso sporgere denuncia alla polizia in caso di sospetti maltrattamenti da parte dei familiari.

o Vero

o Falso

Dati dell'esaminando:

Nome e cognome: _____

Data e luogo di nascita:

Nato il ____/____/____ a _____

Indirizzo:

Telefono: _____/_____

Il test compilato vá spedito al seguente indirizzo

Ufficio Anziani e distretti sociali

c.a. dott.ssa Brigitte Waldner

Via Canonico Michael Gamper 1

39100 Bolzano

T 0471 41 82 50

Fax 0471 41 82 69

Ufficio.anziani@provinz.bz.it

Edito

A cura di

Ufficio Anziani e distretti sociali

Dott.ssa Brigitte Waldner

Via Canonico Michael Gamper 1

I-39100 Bolzano

T +39 0471 41 82 50

<http://www.provincia.bz.it/politiche-sociali>

Ufficio per la Formazione del personale sanitario

Dott.ssa Evi Schenk

Via Canonico Michael Gamper 1

I-39100 Bolzano

T +39 0471 41 81 55

<http://www.provincia.bz.it/sanita/>

Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der TILAK GmbH (AZW)

Mag. ^a Esther Jennings

Innrain 98

A-6020 Innsbruck

T +43 0512 5322-0

www.azw.ac.at

Immagine di copertura

Gettyimages. La persona raffigurata è una modella e non ha alcun rapporto diretto con il tema „Violenza nella terza età”.

Ulteriori informazioni sul tema „Violenza nella terza età“:
numero verde

800 001 800

oppure

www.gewaltimalter.eu



Gewalt im Alter
Violenza nella terza età

AUTONOME PROVINZ
BOZEN - SÜDTIROL

Resort Gesundheit, Sport,
Soziales und Arbeit



PROVINCIA AUTONOMA
DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Dipartimento Salute, Sport,
Politiche sociali e Lavoro

azw
Wir bilden Gesundheit



