"IL SUICIDIO NELL'ANZIANO:
CARICO DI DOLORE ANGOSCIA E FRAGILITA'"
Sala Madrid – 29 Novembre 2013

L'OPERATORE TRA PREVENZIONE E FALLIMENTI…

Itala Orlando
italaorlando@libero.it

SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

Gruppo di Studio SIGG
"La cura nella fase terminale della vita"
sostenuto da un contributo non condizionato della Fondazione Alitti

Agli operatori non piace parlare di suicidio

Di fronte al rischio di suicidio si generano negli operatori paura, stress emotivo, timore della responsabilità (personale e organizzativa), paura delle conseguenze legali

Gli operatori avvertono la ***sproporzione*** tra le risorse materiali, umane, psicologiche, terapeutiche disponibili e la complessità da presidiare.

Il suicidio crea *scandalo* (nell'assunzione del rischio e a evento compiuto). La struttura deve affrontare le complicazioni delle verifiche legali, rischia la perdita di consenso sociale e vede compromessa la percezione della qualità dei servizi erogati.
Il suicidio crea *imbarazzo*, da sempre e comunque, in qualunque comunità, anche in quella tecnica dei servizi alla persona.

Il suicidio coinvolge le équipe e i singoli operatori sotto il profilo della ***responsabilità istituzionale e professionale,*** ma tocca anche la ***relazione di cura*** con l'anziano, in struttura e a domicilio.

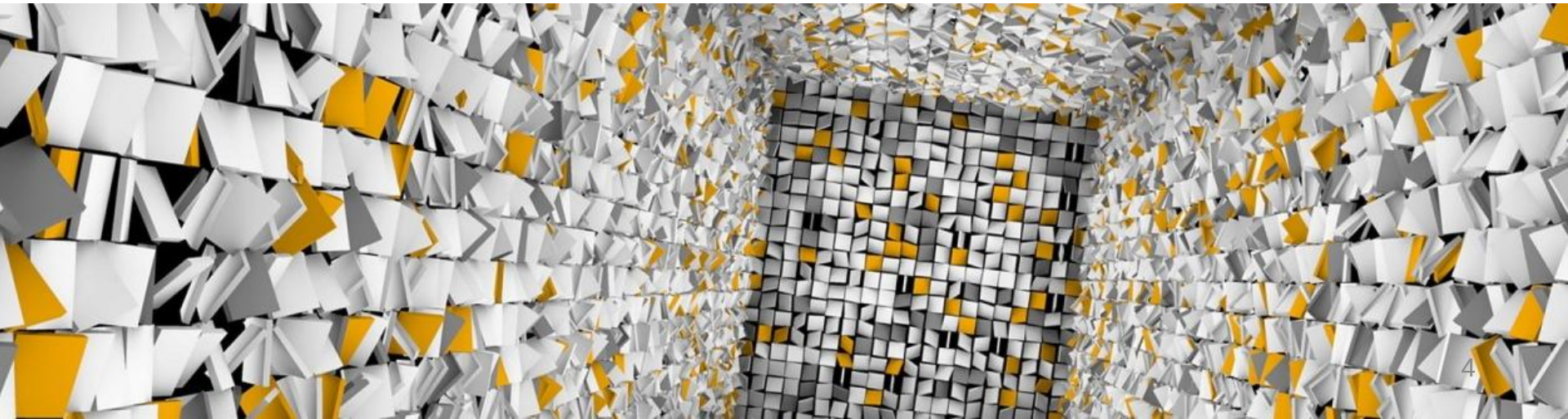
L'argomento può essere analizzato da diversi punti di vista:

- il pdv della ***gestione sanitaria*** → problema di sicurezza del paziente (rischio clinico)
- Il pdv ***terapeutico*** → se collegato a una patologia che va diagnosticata e trattata
- Il pdv della ***cura*** → la modalità di presa in carico del paziente da parte dell'équipe
- Il pdv ***personale*** → misura la capacità di comprendere la sofferenza della persona e di offrire delle alternative al vissuto angosciante che la accompagna
- Il pdv ***culturale*** → i miti, i luoghi comuni, i significati attribuiti dagli operatori a questo fenomeno umano

Il suicidio è una *realtà complessa*, che coinvolge diversi attori sociali e sanitari, è l'emergenza di una ***sofferenza multidimensionale*** da intercettare, comprendere, trattare.

E' un rischio che è bene non correre sia per la persona che esprime la volontà di morte, sia per il suo contesto familiare e amicale, sia per l'organizzazione e gli operatori curanti.

DA QUI LA NECESSITA' DI **OPERARE IN MODO PREVENTIVO**,
CON METODOLOGIE INTEGRATE
DI **APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE E MULTIDIMENSIONALE**



Nonostante la vasta letteratura sui comportamenti suicidari (suicidi compiuti, suicidi tentati, aspirazione al suicidio), è ancora necessario ***smitizzare i luoghi comuni*** che condizionano le équipe professionali.

Obiettivo primario è **accrescere la *consapevolezza scientifica*** del problema e orientare di conseguenza i comportamenti professionali.

L'OMS ha avviato dal 1999 una iniziativa mondiale di prevenzione del suicidio, a cui sono seguiti numerosi interventi di studio e di pianificazione di interventi.

(cfr Piani sanitari nazionali, Piani regionali e aziendali,
Raccomandazioni ministeriali, linee guida per gruppi professionali)

Il suicidio è un problema ***multifattoriale***, determinato da una complessa interazione tra fattori biologici, genetici, psicologici, sociali e ambientali.

E' necessario saper **valutare le caratteristiche individuali dei pazienti a rischio** di comportamenti autolesivi, distinguendo coloro che sono affetti da ***patologie psichiatriche*** (spesso il suicidio è l'esito di una grave sofferenza psichiatrica) da coloro che invece vivono situazioni di ***disagio esistenziale***, altrettanto grave ma più difficile da cogliere, visto che la dimensione esistenziale è spesso ignorata come causa di benessere o malessere.

Anche i luoghi in cui si trovano le persone vanno considerati nella loro ***specificità***, in quanto possono favorire il compiersi del suicidio (> incidenza del fenomeno nei ricoveri ospedalieri).

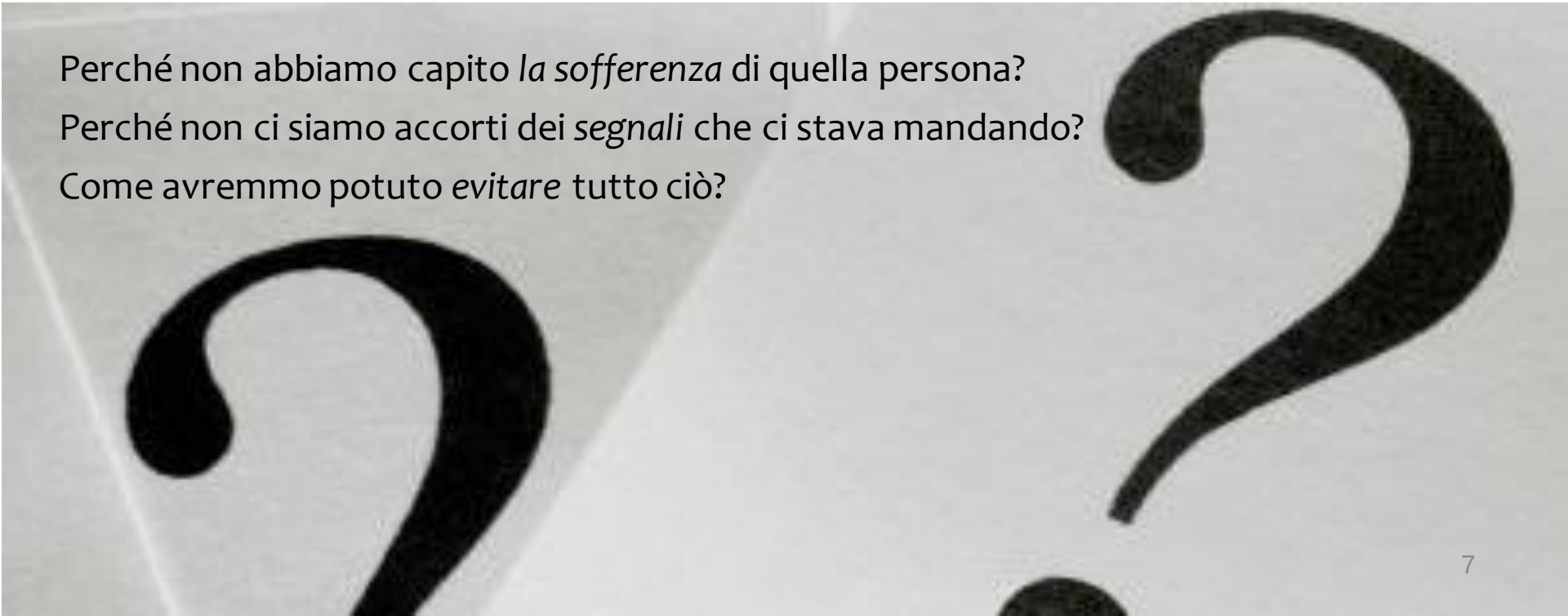
E' opportuno documentare puntualmente gli interventi preventivi messi in atto, fin dalla presa in carico con l'avvio di un **processo anamnestico** che deve essere ricco e articolato e comprendere anche la ricognizione sulla ***storia*** della persona.

E' opportuno avvalersi di consulenze specialistiche.

Purtroppo nonostante le precauzioni e le azioni di prevenzione, le persone scelgono talvolta di togliersi la vita.

Gli interventi di prevenzione, benchè messi in atto correttamente, nel rispetto dei protocolli aziendali, non scalfiscono la libertà individuale
di volere la morte (il suicidio è espressione di una forte decisionalità) e **possono mostrarsi insufficienti** se ridotti a meri interventi esterni, di controllo strutturale
e organizzativo, ***senza l'impegno ad entrare nella criticità soggettiva,***
orientando la relazione verso l'interiorità della persona.

Le domande sorgono solo dopo…



Perché non abbiamo capito *la sofferenza* di quella persona?

Perché non ci siamo accorti dei *segnali* che ci stava mandando?

Come avremmo potuto *evitare* tutto ciò?

Nei servizi si tende a stabilire relazioni di cura insufficienti proprio dal punto di vista umano. L'operatore non va *oltre le pratiche codificate*, evita di esplorare la soggettività della persona. Di fatto non si considera rilevante l'ascolto e l'accoglienza della sofferenza.

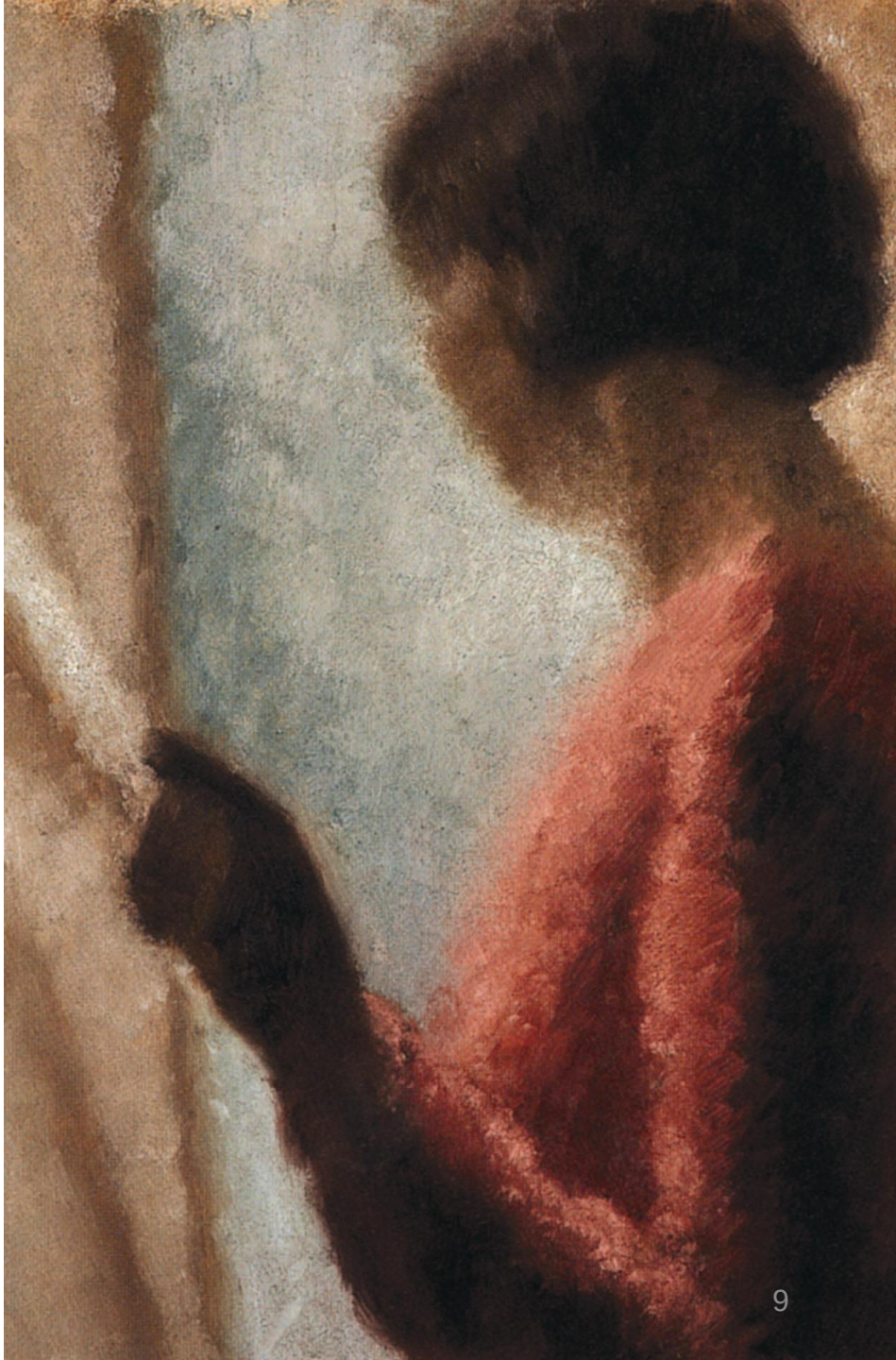
Vi sono parti del paziente che non conosciamo e non sappiamo conoscere: l'interiorità, la motivazione a vivere, i desideri, i pensieri profondi, le emozioni: aspetti che condizionano il senso della vita.

Tra i fattori coinvolti nel suicidio andrà quindi inclusa anche **la dimensione esistenziale.**

Talvolta, invece, si sceglie la via breve, ritenendo che il dramma del suicidio si possa spiegare solo con l'ipotesi della malattia mentale.

… si è andati avanti su questa via fino al punto da dichiarare malato di mente ogni suicida. Così viene a cessare il problema dei motivi che determinano il suicidio. Il problema del suicidio rimane sbrigativamente risolto essendo collocato al di fuori del mondo normale. (*L'attesa e la speranza* di E.Borgna)

Non c'è da stupirsi: non riconosciamo nemmeno a noi stessi la rilevanza di queste parti, chiusi dentro uno schema terapeutico – assistenziale codificato e strutturato su prestazioni e piani di lavoro.
Ma le emozioni del paziente e dell'operatore, cacciate dalla porta rientrano dalla finestra.
In occasione di un evento come il suicidio.
gli operatori provano **sentimenti** di sfiducia, agiscono vissuti di inadeguatezza, con perdita dell'autostima, sensazione di sconfitta, incapacità professionale, stress emotivo, aumento delle tensioni interne, colpevolizzazioni, rabbia, stupore, voglia di cambiare mestiere.
L'équipe deve fare i conti non solo con le proprie reazioni, ma anche con la **necessità di fronteggiare i familiari del suicida e il contesto**.
Si apre un problematico processo di elaborazione del lutto.



Un'équipe colpita da un evento-suicidio necessita di interventi di sostegno psicologico e di supervisione finalizzati:

- alla rielaborazione emotiva dell'evento
- al riesame tecnico della vicenda
- alla ricostruzione delle mancanze e degli errori
- alla consapevolezza dei limiti personali e di gruppo

con l'obiettivo di ricostruire un ambiente sereno per consentire una ripresa positiva del lavoro, arricchiti dell'esperienza vissuta e di nuovi apprendimenti.

Apprendere la cognizione del limite.

Di fronte alla morte del suicida ci si trova davanti a un mistero di cui forse non si erano colti l'entità e l'eccedenza, abituati come si è a ragionare per standard.
Il limite è la misura di ciò che possiamo fare, del rischio che possiamo correre, sapendo quando è bene fermarsi, per non credersi onnipotenti, ma
avendo fatto tutto quello che era possibile fare, anche rispetto
alla prevenzione prescritta.

Comunque c'è sempre la possibilità di fallire
E questo è il lato doloroso dell'esperienza dell'operatore.

Il senso del ***limite*** pone l'operatore di fronte al bivio:
rischiare o fermarsi?
inoltrarsi in una relazione di senso con la persona
o limitarsi a ciò che è sicuro e prescritto?

Come trovare un ***bilanciamento tra la prudenza e il coraggio del rischio?***

Ciò è possibile solo dentro un'esperienza professionale **dialogica,** impegnata nel confronto e nella condivisione, che permetta di negoziare con se stessi e con il contesto il grado di coinvolgimento e di rischio.

Si mette in gioco ***la qualità di un gruppo di lavoro.***

Se il gruppo è supportivo dà spazio alla
la dialettica e all'assunzione del rischio.
Se vi è frammentazione professionale, senza una visione comune, l'operatore sarà solo e quasi certamente sceglierà la strada della prudenza organizzativa, che non scommette sulla persona e sulla sua complessità.

Fronteggiare il fenomeno suicidio comporta, quindi, l'**allineamento** e l'integrazione di prospettive diverse e complementari:

- ✓ Capacità di ***lettura del rischio*** nell'ottica di ridurre i danni per le persone e diminuire le loro sofferenze
- ✓ Capacità di mettere in atto tutte le ***misure oggettive di prevenzione*** del rischio, compresa la revisione dei processi assistenziali attuati
- ✓ Capacità di attivare ***relazioni di ascolto*** profonde e personalizzate, intercettando e legittimando la sofferenza dell'anziano (tristezza, angoscia, paura, insignificanza)
- ✓ Consapevolezza che l'anziano, finchè non muore, è vivo, si pone domande, ha desideri, *ha* ***bisogno di senso***, di relazioni, di prospettive e di valore
- ✓ Capacità di ***lavorare in modo integrato***, usando gli strumenti assistenziali e terapeutici normalmente disponibili con obiettivi di conoscenza e promozione della persona
- ✓ Capacità di andare ***oltre i farmaci*** **e il** ***nursing***

Tra prevenzione e fallimento, verso nuove progettualità

C'è una speranza (…) che non spera nulla,
che si alimenta della propria incertezza;
la speranza creatrice, quella che estrae la sua stessa forza dal vuoto, dall'avversità, dall'opposizione, senza per questo opporsi a nulla senza lanciarsi in alcun tipo di guerra.

E' la speranza che crea stando sospesa,
senza ignorarla,
al di sopra della realtà,
quella che fa emergere la realtà ancora inedita,
la parola non detta.

Maria Zambrano, *I beati, 1991*

grazie

italaorlando@libero.it