

Danzare insieme nella pioggia

*Lo Specialista in attivazione indaga
sulla presa in carico di anziani
che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio.*



Autore: Nadja Lotti

Relatori: Caterina Mele, Emanuele Zabelli

SSSMT - Lugano Specialista in attivazione SA-9 - 2022

*Il vero amore non è
né fisico né romantico.
Il vero amore è l'accettazione
di tutto ciò che è, è stato,
sarà e non sarà.
Le persone più felici
non sono necessariamente
coloro che hanno il meglio di tutto,
ma coloro che traggono
il meglio da ciò che hanno.
La vita non è una questione
di come sopravvivere alla tempesta,
ma di come danzare nella pioggia!*

(Khalil Gibran)

ABSTRACT

Questo lavoro di diploma affronta un tema che risulta essere ancora un tabù per la società; il suicidio dell'anziano, o nello specifico come prendere in carico un anziano che esprime pensieri suicidari e/o a rischio di suicidio. La mia grande ambizione, nel lavoro svolto, consiste nel capire come si potrebbero ottimizzare gli interventi dello Specialista di attivazione attraverso un'indagine multidisciplinare sul territorio svizzero, confrontandosi con altri professionisti.

La finalità di questo scritto è quello di raccogliere punti salienti che si possono utilizzare per ottimizzare gli interventi terapeutici dello Specialista in attivazione.

Il mio lavoro di diploma mira a mettere in evidenza risultati di tipo quantitativi e qualitativi attraverso un sondaggio e dei dati teorici raccolti. A partire da questi, ho potuto individuare e fare emergere degli accompagnamenti, metodologie, approcci e teorie che permettono allo Specialista in attivazione di ottimizzare la presa in carico di anziani che hanno pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio. Dopo aver confrontato i risultati ottenuti dal sondaggio e dati riscontrati nelle ricerche teoriche, ho potuto evidenziare quanto emerso in forma di grafici, con le proposte per una presa in carico più adeguata a questa casistica di anziani.

Dai risultati si evince che ci sono approcci, offerte attivanti e tipologie di terapie più idonee di altre e tra le quali lo Specialista in attivazione può affiancare e considerare particolarmente alla sua metodologia per ottimizzare i suoi interventi. Inoltre, risulta che ogni percorso terapeutico resta molto individuale e "su misura" del paziente, perciò è importante differenziare anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio dagli altri. È inoltre emerso uno spiccato bisogno di collaborazione multidisciplinare per avere una buona presa in carico di anziani di questa casistica.

Dal mio lavoro ho potuto concludere che non esiste una formula precisa per la presa in carico di anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio. Tuttavia, questo lavoro svolto permette allo Specialista in attivazione di dare più consapevolezza nella presa in carico di questa casistica di anziani. Potrebbe essere usato come "strumento indicativo" su come procedere e come affiancare ulteriormente la metodologia dello Specialista in attivazione all'inizio e durante un percorso terapeutico, indicando e consigliando approcci, metodi e offerte attivanti da favorire, ottimizzando infine i suoi interventi terapeutici.

Attraverso l'indagine svolta, lo Specialista in attivazione non va a sostituire altri professionisti, bensì promuove nell'anziano che esprime pensieri suicidari e/o è a rischio di suicidio, una migliore qualità di vita.

Parole chiave: anziano, attività, multidisciplinare, rischio di suicidio, Specialista in attivazione

Sommario

1	INTRODUZIONE	1
1.1	Definizione e contestualizzazione del tema	1
1.2	Motivazione personale e collettiva	2
1.3	Analisi della situazione di partenza	3
1.4	Scopo del lavoro di diploma	3
1.4.1	Obiettivi.....	4
2	QUADRO TEORICO	5
2.1	Riferimenti teorici specifici e significativi rispetto al lavoro svolto	5
2.1.1	A. Il suicidio e rischio di suicidio dell'anziano in Svizzera	5
2.1.2	B. Possibili fattori che causano pensieri suicidari	6
2.1.3	C. Delle possibili terapie e come approcciarsi ad anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio.....	6
2.1.4	D. La figura dello Specialista in attivazione SSS	9
2.2	Metodologia utilizzata, modalità e tempi	10
2.2.1	Approfondimento delle conoscenze rispetto alle terapie proposte nella letteratura e lavori svolti in precedenza.....	10
2.2.2	Organizzazione, strutturazione e la somministrazione del sondaggio	11
2.2.3	Elaborazione e redazione del lavoro di diploma	12
2.3	Materiale utilizzato per la realizzazione del lavoro di diploma	12
3	RISULTATI	13
3.1	Discussione dei risultati della ricerca dei dati teorici	13
3.1.1	B. Possibili fattori che causano pensieri suicidari	13
3.1.2	C. Delle possibili terapie e come approcciarsi ad anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio.....	14
3.2	Discussione dei risultati del sondaggio	15
3.2.1	C. Delle possibili terapie e come approcciarsi ad anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio.....	17
3.3	Discussione dei risultati sulle ricadute dello SA	23
3.3.1	La figura dello Specialista in attivazione SSS	24
4	CONCLUSIONI	27
4.1	Raggiungimento dello scopo e degli obiettivi	27
4.1.1	Scopo del lavoro di diploma	27
4.1.2	Obiettivi.....	27
4.2	Percorso metodologico effettuato.....	29
4.3	Prospettive.....	29
4.4	Implicazioni personali	29
4.5	7 punti chiave per lo SA emersi dall'indagine	30

L'autore è l'unico responsabile di quanto contenuto in questo lavoro.

1 INTRODUZIONE

I termini di genere maschile nel presente documento si riferiscono a persone di entrambi i sessi.

1.1 Definizione e contestualizzazione del tema

Lavorando in casa per anziani, durante la mia formazione di Specialista in attivazione SSS (in seguito SA), mi sono ritrovata a confrontarmi con la problematica del suicidio da parte di alcuni residenti, i quali hanno espresso pensieri suicidari. Rendendomi conto di non sapere quali siano gli approcci più indicati per accompagnarli con la metodologia dell'attivazione (Comazzi Tröhler & Marchetti Ferrari, 2021, p. 7-21), mi sono chiesta se esistono degli accompagnamenti che si basano su teorie e concetti specifici, come per esempio per i pazienti affetti da demenza dove viene utilizzato il metodo Validation o altre metodologie per la presa in carico. A tal proposito, durante le prime ricerche che ho intrapreso, il Professore Bronisch (1995) sottolinea che "pazienti con tendenze suicidali vanno principalmente sottoposti a terapie individuali, senza però escludere del tutto la terapia in gruppo" (p. 103-104). Tuttavia, la mia ricerca inizia dalla definizione di suicidio: "un atto autolesivo che esita nella morte" (Clayton & P.J., 2019). In questo lavoro intendo focalizzarmi sulla ricerca della presa in carico di anziani che hanno pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio per ottimizzare l'approccio dello SA con la sua metodologia.

A mio avviso, lo SA è particolarmente idoneo per svolgere questo tipo di ricerca e per individuare gli accompagnamenti, in quanto sviluppa competenze e conoscenze delle seguenti scienze: psicologia, psichiatria, geriatria, terapie non farmacologiche, etc. e promuove l'attivazione nel quotidiano (AQ), attivazione nel quotidiano terapeutica (AQT) e terapie d'attivazione (TA) coinvolgendo gli anziani, favorendo l'interazione sociale al fine di ridurre l'isolamento (Comazzi Tröhler & Marchetti Ferrari, 2021, p. 4).

Poiché è importante discutere dell'intervento d'attivazione anche con l'équipe multidisciplinare, cioè di confrontarsi con i vari settori e di interfacciarsi con ergoterapisti, fisioterapisti e psicologi, sono necessarie specifiche competenze relative alla collaborazione che sono acquisite dallo SA attraverso il quinto processo di lavoro (Consiglio della Formazione di Specialista in Attivazione [CdF SA], 2017, p.4).

Lo SA è formato e ha le competenze per gestire dinamiche relazionali con l'anziano, per poter lavorare al meglio con i suoi interessi, bisogni e desideri, basandosi sulla biografia e autobiografia: competenze che troviamo nel terzo processo di lavoro: *l'interazione e gestione*

dei rapporti: “Utilizza modelli e strategie di comunicazione improntati all’empatia (p.e. Validation, Gentlecare, Montessori, Approccio capacitante, ...)”.

Il mio lavoro non ha la finalità di riconoscere un anziano a rischio di suicidio né di realizzare un piano strategico di prevenzione, ma bensì di creare un percorso sulla presa in carico in modo ottimale.

Il percorso di ricerca si delinea come un’indagine che mi permette di capire con quali metodi, teorie, modelli e strategie gli altri professionisti nel settore della geriatria, psicogeriatria e psichiatria lavorano con anziani che hanno pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio. Somministro un sondaggio online che è un’intervista in parte strutturata¹ e in parte semi strutturata² rivolta ad un focus group (gruppo scelto di persone con criteri specifici): a degli SA, psicoterapeuti, psicologi, ergoterapisti e altri professionisti che lavorano in strutture specializzate nella psicogeriatria e psichiatria dell’adulto. L’idea è di raccogliere e analizzare i risultati del sondaggio, al fine di ottenere dei possibili suggerimenti utili allo SA per l’accompagnamento negli interventi di terapia di attivazione. Inoltre, propongo un approfondimento di ricerca su studi svolti, articoli e libri che parlino di terapie per anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio, delle terapie e strategie che vengono messe in atto che si basano su delle teorie e/o concetti per una presa in carico olistico.

La stesura del lavoro di diploma si basa sulle ricerche effettuate e sull’analisi dei dati teorici raccolti, dai quali emergono strategie, accompagnamenti e adattamenti che possono essere affiancati alla metodologia dello SA. Lo SA riesce ad allargare le proprie conoscenze integrandole ai suoi interventi ed alla propria metodologia di attivazione per l’anziano che esprime pensieri suicidari e/o a rischio di suicidio, aprendo un nuovo scenario.

1.2 Motivazione personale e collettiva

A partire dal primo anno di studio sono stata confrontata con la tematica del suicidio, la quale si è più volte riproposta anche successivamente. Durante le esperienze fatte, mi sono trovata dinanzi ad una situazione sensibile, dove mi è stato chiesto di occuparmi di una residente che ha espresso pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio. La mia insicurezza nella presa a carico di questa situazione, mi ha portata a riflettere intensamente, su come lo SA dovrebbe gestire un anziano con pensieri suicidari, in modo semplice ed efficace al contempo. In questo modo è nato il mio interesse nei confronti della tematica stessa, e le lezioni di psichiatria e psicogeriatria avute in seguito, hanno rappresentato un ulteriore incentivo che mi ha spinto ad approfondire e affrontare la tematica. Il mio lavoro risulterebbe agli SA come un supporto per

¹ Le interviste strutturate sono caratterizzate da domande precise, non modificabili.

² Le interviste semi strutturate sono caratterizzate da un tema prefissato, linee guida e domande prefissate, ma adattabili.

l'accompagnamento ad un anziano con pensieri suicidari e/o a rischio di suicidio e conferendo loro una certa sicurezza. Aiuterebbe inoltre lo SA ad ottimizzare l'approccio, diventare cosciente e consapevole dell'importanza che possono avere nella presa in carico di un anziano che esprime pensieri suicidari e/o a rischio di suicidio.

Non unicamente l'anziano che ha pensieri suicidari beneficerebbe, ma anche l'équipe multidisciplinare. Un anziano più tranquillo, sereno e che tende ad isolarsi di meno, riduce lo stress del caregiver, potrebbe ridurre la somministrazione di medicinali in riserva, e, globalmente, potrebbe aumentare la qualità delle cure. "Una buona collaborazione da parte di tutte le parti in causa contribuirebbe infine a migliorare la qualità di vita" (Barbera & Tortone, 2012, p.22) dell'anziano.

1.3 Analisi della situazione di partenza

Con la creazione di un'analisi SWOT³ (Berry, 2017), ho individuato le forze, debolezze, opportunità e minacce, della situazione di partenza, al fine di focalizzare gli aspetti che possono influenzare lo svolgimento del mio progetto. Una volta individuati questi elementi, ho potuto elaborare strategie, che mi hanno permesso di sfruttare i punti forti e le opportunità; minimizzare i punti deboli e le minacce.

Analizzando i miei punti deboli e le possibili minacce ho potuto constatare, la necessità di basarmi molto sulla lettura teorica e sui risultati raccolti dal sondaggio, in quanto il mio posto di stage durante lo svolgimento del lavoro di diploma è stato svolto nel reparto di geriatria acuta in Ospedale, non nel ramo psicogeriatrico. Le possibili mancanze di collaborazione e della disponibilità da parte di altri settori professionali sono state affrontate con professionalità e rispetto. Avendo pochi studi sul territorio ticinese della tematica, ho sfruttato la mia conoscenza del tedesco per allargare la ricerca nei cantoni oltre Gottardo.

1.4 Scopo del lavoro di diploma

Lo scopo del seguente lavoro è:

Lo Specialista in attivazione indaga sulla presa in carico di anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio, per ottimizzare i suoi interventi terapeutici attraverso un'indagine multidisciplinare, confrontandosi con altri professionisti sul territorio elvetico e in strutture specifiche.

³ Vedi ALLEGATO 1

1.4.1 Obiettivi

I tre obiettivi che mi conducono al raggiungimento dello scopo sono:

1. Ricercare dei lavori e/o studi simili svolti in precedenza da altri settori professionali per analizzare la presa in carico di anziani a rischio di suicidio e/o che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio.
2. Attraverso un sondaggio online, ricercare come viene preso in carico un anziano che esprime pensieri suicidari e/o è a rischio di suicidio da parte di altri professionisti. La somministrazione sarà rivolta a professionisti nell'ambito psicogeriatrico (focus group) con esperienze nella presa in carico di persone che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio, per ottenere suggerimenti per delle terapie, metodi e approcci da attuare.
3. Analizzare i risultati ottenuti dalle ricerche teoriche e dalle interviste effettuate, creando una visualizzazione grafica con accompagnamenti, teorie, approcci e terapie che vengono proposte dagli altri professionisti, in cui emergono quelli che potrebbero migliorare gli interventi dello SA nella presa in carico di anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio.

2 QUADRO TEORICO

L'elaborazione del lavoro ha preso il via con gli approfondimenti teorici di riferimento, che vado a presentare in questo capitolo per individualizzare e ottimizzare la presa in carico dello SA di anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio.

2.1 Riferimenti teorici specifici e significativi rispetto al lavoro svolto

Per semplificare e limitare le ricerche teoriche ho cercato di suddividere gli approfondimenti in quattro temi, che utilizzerò in parte come titoli in questo e nei successivi capitoli:

- A. Il suicidio e rischio di suicidio dell'anziano in Svizzera**
- B. Possibili fattori che causano pensieri suicidari**
- C. Possibili terapie e come approcciarsi ad anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio**
- D. La figura dello Specialista in attivazione SSS**

2.1.1 A. Il suicidio e rischio di suicidio dell'anziano in Svizzera

Un primo approfondimento inizia con una ricerca rispetto alla frequenza di suicidi dell'anziano e far emergere qualche dato scientifico che riguarda il suicidio e il rischio di suicidio dell'anziano in Svizzera. Questo dovrebbe permettermi di aver un identikit dell'anziano a rischio che mi introduce al prossimo capitolo ed evidenziare i possibili fattori di rischio.

Durante le mie ricerche ho trovato un rapporto "*La prevenzione del suicidio in Svizzera piano d'azione 2016*" (Walter ed al., 2016) alla quale mi sono riferita particolarmente al punto: 3.1 e 3.4 Persone anziane e molto anziane, dove emerge che: "un buon 0,5% delle persone dai 70 anni in su hanno pensieri suicidari almeno un giorno su due", che corrisponde a: "due suicidi ogni tre giorni. In Svizzera, nel periodo 2009-2013 ogni anno in media 227 persone anziane e molto anziane hanno messo fine ai loro giorni suicidandosi (esclusi suicidi assistiti). Tre persone suicide su quattro in questa fascia d'età sono uomini...". (Walter ed al., 2016, p. 13).

Analizzando i dati emersi, posso tenere conto che l'anziano più vulnerabile e che ha pensieri suicidari e/o è a rischio di suicidio, è sopra i 70 anni ed è maggiormente di sesso maschile. Nel prossimo capitolo vorrei andare a capire i possibili fattori che possono causare pensieri suicidari, bensì, cosa lo rende tanto vulnerabile da voler o dover compiere questo atto per porre fine alla sua vita.

2.1.2 B. Possibili fattori che causano pensieri suicidari

Avendo fatto emergere l'anziano vulnerabile per il suicidio, continuo la mia ricerca teorica per capire le possibili cause che portano un anziano ad esprimere pensieri suicidari e/o ad essere a rischio di suicidio. Avere un'indicazione di possibili fattori, permetterà allo SA di ottimizzare la sua presa in carico, affiancando la sua metodologia da SA ai risultati emersi.

Riprendo il rapporto *La prevenzione del suicidio in Svizzera piano d'azione 2016*, dove vengono citati i seguenti fattori: "multimorbilità e solitudine" (Stoppe, 2011), e che "alla multimorbilità si aggiungono disperazione, isolamento sociale, vedovanza o onere di cura di un familiare (Stoppe, 2012). In caso di morte del/della coniuge, il rischio di suicidio è elevato soprattutto negli uomini" (Walter ed al., 2016, p. 19).

Guardando pubblicazioni in italiano, per avere dei confronti, ho trovato nella rivista italiana, *Lavoro Sociale*, un articolo che si intitola *Il suicidio in età anziana: saper riconoscere e affrontare i segnali* del Professore Diego De Leo (2017). Ho estratto qualche frase che fa capire i possibili fattori scatenanti: "La debolezza fisica, la dipendenza dagli altri, la perdita del partner e la solitudine spesso considerati motivi che potrebbero spiegare molti casi di suicidio. Allo stesso modo, il suicidio può essere interpretato come una *uscita* legittima in caso di condizioni di vita umilianti e di perdita della dignità, o di drammatici cambiamenti di status e di ruolo sociale" e "gli uomini sono particolarmente esposti al suicidio: erano abituati ad avere un ruolo, a sentirsi utili e ad avere una presenza attiva nella società; ora sentono che la loro vita non conta nulla" (De Leo, 2017, p. 22-25).

Questi due testi stanno alla base delle mie ricerche teoriche sui possibili fattori. Emergono fattori in comune correlati all'ambito sociale come: la solitudine, isolamento, perdita del ruolo sociale. A conoscenza di questi potenziali fattori che possono essere una causa per avere pensieri suicidari e/o mettere a rischio di suicidio l'anziano, vado ad affrontare il prossimo capitolo nel quale approfondisco le possibili terapie e approcci dei professionisti.

2.1.3 C. Delle possibili terapie e come approcciarsi ad anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio

Ora, essendo consapevole delle possibili cause dei suicidi, vado ad approfondire nella ricerca teorica, i suggerimenti terapeutici e l'approcciarsi nei confronti dell'anziano che esprime pensieri suicidari e/o è a rischio di suicidio.

Sempre De Leo (2017) in un suo articolo descrive fatti rilevanti anche per lo SA: "si dovrebbe in particolare promuovere un senso di utilità e appartenenza ed essere fortemente incoraggiati per preservare l'integrazione sociale e il senso di appartenenza attraverso programmi comunitari" (De Leo, 2017, p. 22-25).

Per indagare invece su come approcciarsi, mi sono riferita ad uno studio, il quale è stato fatto all'attenzione dell'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP: *INTERFACE; Studio e inventario della letteratura sulla prevenzione secondaria e terziaria nelle tendenze suicide: offerte di diagnosi precoce in ambito non medico e medico* (Fässler et al., 2015)⁴:

Gli esperti intervistati ritengono che una relazione continuativa paziente-terapeuta sia più importante di un approccio terapeutico specifico, sia nell'assistenza ai malati di mente che ai suicidi ... promozione della salute per gli anziani soli in solitudine ... Terapia cognitivo comportamentale e Terapia dialettica comportamentale promettenti ... La terapia cognitivo comportamentale nel senso più ampio mostra risultati promettenti per gli adulti ... La terapia cognitivo comportamentale in senso lato è indicata come particolarmente promettente per alcuni pazienti. In alcuni casi, ad esempio, anche la terapia di problem solving è classificata come promettente ...progettazione ottimale: Iniziare nella fase terapeutica - intensiva e continuativa - empatica e individualizzata (p. 15-53).

Nello studio risalta, che viene dato un particolare peso alla "relazione tra paziente e terapeuta" indicando interventi psicoterapici, sui quali lo SA non può intervenire, ma che fanno parte del sondaggio.

Per capire meglio il tutto, ovvero, per fare un riassunto rispetto a quanto emerso finora dalle ricerche teoriche, mi approcio al lavoro di Bachelor di Nicole Zeitler (2014). Dal lavoro "*Suizid im Alter*" (*Suicidio nella terz'età*), elaborato in una Casa per anziani, nella quale alcuni residenti hanno espresso nei suoi confronti più volte il desiderio di morire, l'autrice racconta quanto segue:

Da una prima indagine ha capito che questi anziani spesso si isolano nelle loro camere e che sono poco disposti a partecipare le attività che vengono proposte ...

Il terapeuta deve confrontare varie particolarità per lo svolgimento dei suoi trattamenti. Ha bisogno una buona conoscenza della biografia e i suoi collegamenti, scolarità, educazione, e valori delle diverse fasce d'età. La collaborazione multidisciplinare è necessaria quotidianamente, e può essere, che saranno da considerare anche altre terapie mediche. Il terapeuta ha il compito di procedere individualmente e orientato alle risorse del suo paziente. Sonnenmoser⁵ definisce gli scopi della psicoterapia come qui di seguito [elenco solo alcuni esempi che possono riguardare lo SA]: ricondizionamento dell'autostima, trovare un nuovo ruolo e la situazione della vecchiaia, aumentare contatti e mantenere la capacità comunicativa, attivazione generica, mantenimento della capacità di vivere attimi positivi e favorire il comportamento positivo e aumentare la qualità di vita (Sonnenmoser 2004, p. 169) ... Sonnenmoser scopre inoltre, che la base terapeutica è la relazione di fiducia e la valorizzazione ...

Bronisch (1995, p. 103-104) sottolinea che: pazienti con tendenze suicidalistiche vanno principalmente sottoposti a terapie individuali, senza però escludere del tutto la terapia in gruppo. La terapia del comportamento vede i problemi degli anziani come seguito della perdita di competenze sociali. Questa si orienta infine a delle problematiche attuali che sono spesso il fattore per comportamenti suicidalistici. La terapia di comportamento cognitiva ha a sua volta il compito di istruire gli anziani ad acquisire nuovi comportamenti e competenze sociali ... (p. 42-45).

⁴ Traduzione personale dal tedesco. Vale per tutti i testi tradotti in questo lavoro.

⁵ Dr. Marion Sonnenmoser è una psicologa e scrittrice per riviste professionali e giornali.

Un altro libro che conferma quanto affermato da Zeitler (2014), è il *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen*, una pubblicazione del gruppo di lavoro “*Persone anziane*” nel programma nazionale di prevenzione suicidio in Germania. (Lindner et al., 2014).

Il libro indica approcci, terapie e attività da proporre, le quali sono anche rilevanti per le attività terapeutiche dello SA:

Il dialogo è valido come migliore aiuto per anziani che sono a rischio di suicidio ... La terapia di psicofarmaci (antidepressivi) è da integrare alle terapie quando c'è una media-grave depressione abbinati al rischio di suicidio ...

Ulteriori provvedimenti importanti sono le offerte terapeutiche, ma la loro efficacia sulla depressione e sul rischio di suicidio non è stato valutato a sufficienza, come ad esempio: movimento fisico, ergoterapia, o terapia della luce. Misure che sostengono l'ambito sociale e le terapie adeguate a delle malattie fisiche spesso possono portare a sollievo psichico e a diminuire il rischio di suicidio ...

L'atteggiamento dei collaboratori e il loro modo strategico di mettere in atto delle interventi hanno un ruolo decisivo. Si capisce che l'atteggiamento dei collaboratori e il loro comportamento verso il paziente devono essere rispettosi i quali vengono trasmessi con gesti non verbali, azioni, reazioni. Ritualità e regole introdotte per interventi di gruppo e del singolo dovrebbero essere il più possibile individuali e orientati al paziente, formato secondo i suoi bisogni e alle sue risorse ... L'atmosfera, la struttura e i contenuti delle occupazioni dovrebbero soddisfare e corrispondere alle capacità, gli interessi e il piano d'aiuto dei pazienti. Per mettere in atto cioè, è indispensabile che i collaboratori di un team si rispettino e che seguano insieme un concetto di cure che è stato elaborato. In essi dovrebbero essere stimolati la creatività e l'auto iniziativa. Le basi per un concetto globale di trattamento sono: ergoterapia, terapia del movimento e del corpo, musico-, arte-, danza, terapia creativa, procedure di rilassamento, gruppi omogenei suddivisi a problemi e disturbi, allenamento di sicurezza in sé stesso, terapie individuali e di gruppo, promuovere le attività della vita quotidiana (per esempio cucinare, fare la spesa, passeggiare, stare in compagnia), promuovere le abilità sociali (come prevenzione contro la solitudine) ... (p. 93-127).

Emerge tra l'altro il bisogno di lavorare in modo multidisciplinare, promuovere le abilità sociali, le offerte terapeutiche e i tipi di interventi da proporre, i quali sono in risonanza con la metodologia dello SA e la psicoterapia che è da integrare nel lavoro multidisciplinare.

Tutto questo rientra in Qualità di vita⁶. Il “*Glossario O.M.S. della Promozione della Salute*” (Barbera & Tortone, 2012), pubblicato dall'organizzazione Mondiale della Sanità, scrive:

La qualità della vita riflette la percezione degli individui di veder soddisfatti i propri bisogni e di non vedere negate le opportunità di raggiungere la felicità e di sentirsi realizzati, indipendentemente dallo stato di salute fisico e dalle condizioni sociali ed economiche. In promozione della salute, l'obiettivo di migliorare la qualità della vita, prevenendo allo stesso tempo anche l'insorgere di malattie evitabili, è diventato un obiettivo sempre più importante. Ciò assume una particolare rilevanza quando si tratta di soddisfare i bisogni degli anziani, dei malati cronici, dei malati terminali e dei disabili... (p. 22).

⁶ Con qualità della vita si intendono le percezioni che gli individui hanno della propria collocazione nella vita, in relazione al contesto culturale e al sistema di valori in cui vivono e rispetto ai propri obiettivi, aspettative, standard e interessi. Si tratta di un concetto molto ampio che comprende, in modo complesso, lo stato di salute fisico e psicologico di ogni singolo individuo, il livello di indipendenza, le relazioni sociali, le credenze personali e il rapporto con le caratteristiche salienti dell'ambiente.

2.1.4 D. La figura dello Specialista in attivazione SSS

Nei capitoli precedenti sono andati ad approfondire la teoria sul suicidio in Svizzera, i possibili fattori nonché le terapie e gli approcci all'anziano che esprime pensieri suicidari e/o è a rischio di suicidio. Ora entro nel capitolo dello SA, individuando quali sono le sue peculiarità, le competenze specifiche che dispone inerente al tema trattato nel mio lavoro di diploma.

La descrizione dello SA e in particolar modo le sue competenze le quali si prestano per lo svolgimento del lavoro di diploma, vengono descritte nel Programma quadro (Organizzazione mantello del mondo del lavoro per il settore sanitario [OdASanté] & Associazione svizzera dei centri di formazione sociosanitaria [ASCFS], 2008/2015), come seguente:

La terapia d'attivazione si rivolge a persone che necessitano di un'incentivazione mediante interventi terapeutici specifici dell'organizzazione e della gestione della loro situazione di vita. La terapia d'attivazione è quindi una procedura che si basa sulle risorse e sulle competenze della persona ed è indicata e calibrata al singolo o al gruppo. La terapia d'attivazione viene pianificata ed eseguita a medio-lungo termine e rivalutata di continuo. L'intervento si orienta agli scopi e al processo dell'attivazione e considera il sapere di diversi concetti delle seguenti scienze: psicologia, geriatria, neurologia, formazione, gerontologia, ecc. ... fanno parte dei provvedimenti metodici della terapia d'attivazione le attività cognitive, sociali, artistico-musicali, creative e pratiche della vita quotidiana (Programma quadro, 2008) ... (p. 4).

Da questa descrizione emerge una sintonia tra i risultati delle ricerche teoriche dei capitoli **B. Possibili fattori che causano pensieri suicidari** e **C. Delle possibili terapie e come approcciarsi ad anziani** e la figura professionale dello SA: le terapie orientate all'anziano e alla sua situazione di vita ad esempio, come pure il tipo di interventi (attività), orientato alle sue risorse e competenze in una pianificazione a medio-lungo termine, intervenendo con delle attività sociali e pratiche della vita quotidiana. Inoltre la conoscenza delle varie scienze apprese durante la formazione come psicologia e geriatra.

Esplicito in seguito i cinque passi metodologici del processo della terapia d'attivazione estratti dal documento del corso di Attivazione (Comazzi Tröhler & Marchetti Ferrari, 2021):

1° Passo: Raccolta dati → Lo specialista in attivazione realizza una raccolta dati della persona e del gruppo. Pone attenzione al rilevamento globale della situazione momentanea della persona e del gruppo. Crea il collegamento tra la conoscenza del proprio campo professionale con quello di altri ambiti professionali.

2° Passo: Analisi dati e formulazione degli scopi → Lo specialista in attivazione analizza i dati raccolti e descrive la situazione momentanea della persona e del gruppo. Da questa analisi deduce gli scopi terapeutici a medio-lungo termine.

3° Passo: Pianificazione intervento → Lo specialista in attivazione pianifica la messa in atto di provvedimenti e metodi. Sceglie, considerando la persona, la forma terapeutica migliore, l'uso dei mezzi terapeutici, il procedimento terapeutico e pianifica, in accordo con le persone coinvolte, un piano d'intervento.

4° Passo: Esecuzione → Lo specialista in attivazione pianifica la messa in atto di provvedimenti e metodi. Sceglie, considerando la persona, la forma terapeutica migliore, l'uso dei mezzi terapeutici, il procedimento terapeutico e pianifica, in accordo con le persone coinvolte, un piano d'intervento.

5° Passo: Valutazione → Lo specialista in attivazione analizza i risultati del proprio intervento. Documenta le sue osservazioni, le esperienze e i risultati in relazione agli scopi, ai provvedimenti e ai metodi pianificati, all'atteggiamento della persona, al proprio modo di lavorare e alla propria attitudine. Ne trae le conclusioni e determina il procedere. (p.5)

Oltre ai passi metodologici, viene citato anche il seguente paragrafo: “La terapia d’attivazione presuppone da parte dello SA un atteggiamento orientato alle risorse e alle soluzioni, che indirizzi il focus su quanto disponibile e su quanto possibile. È fondamentale percepire e riconoscere in una persona le sue possibilità e le sue risorse interne ed esterne. Se si vuole sostenere una persona perché abbia una vita quotidiana autodeterminata e responsabile è fondamentale basare la riflessione e l’azione sulle risorse della persona stessa” (Comazzi Tröhler & Marchetti Ferrari, 2021, p. 5).

Lo SA ha le conoscenze indispensabili per proporre un intervento adeguato ed efficace, utilizzando la metodologia e le sue competenze relazionali. Egli ha una conoscenza approfondita dell’anziano e del suo stato attuale, dei suoi interessi, dei bisogni, della sua biografia e una solida metodologia che gli permette di verificare l’effetto dell’attivazione nel quotidiano e della terapia d’attivazione, per proporre, se necessario, i necessari miglioramenti come descritto nel primo e nel secondo processo di lavoro del mansionario dello SA (CdF SA, 2017). Durante lo svolgimento e la ricerca del lavoro di diploma possono emergere alcuni tipi di approcci, metodi e tecniche supplementari che possono essere integrati per ottimizzare l’intervento dello SA. Inoltre, è formato nella collaborazione interprofessionale con altri operatori, servizi e professionisti.

2.2 Metodologia utilizzata, modalità e tempi

In questo capitolo vado a descrivere in maniera dettagliata la metodologia utilizzata, la modalità e i tempi per lo svolgimento del progetto, al fine di raggiungere gli obiettivi e lo scopo che mi sono prefissata, prendendo in considerazione anche i punti problematici.

2.2.1 Approfondimento delle conoscenze rispetto alle terapie proposte nella letteratura e lavori svolti in precedenza

Ho svolto le mie ricerche teoriche da novembre 2021 a marzo 2022, avvicinandomi intanto alla stesura del lavoro di diploma. Nello specifico, per tutta la durata di ricerca ho potuto affrontare e approfondire le mie conoscenze riguardo la presa in carico di anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio. Ricerca avuta attraverso la lettura di diversi libri come *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen* (Lindner et al., 2014) dalla Germania, e pubblicazioni online di De Leo (2017) dall’Italia, studi scientifici quali *INTERFACE* (Fässler et al., 2015) in Svizzera e lavori di Bachelor come *Suizid im Alter* (Zeitler, 2014). Dalla vasta documentazione reperibile, ho così ristretto le mie ricerche soprattutto sulle possibili

terapie e la presa in carico che lo SA potrebbe affiancare come ad esempio *La prevenzione del suicidio in Svizzera piano d'azione 2016* (Walter ed al., 2016).

2.2.2 Organizzazione, strutturazione e somministrazione del sondaggio

Il sondaggio ha rappresentato un elemento piuttosto impegnativo, sia da un punto di vista organizzativo, sia per il coinvolgimento di diverse persone e professionisti, dove mi è stato richiesto un investimento temporale molto lungo, ossia da novembre 2021 a marzo 2022.

Parallelamente alla ricerca letteraria, ho creato un sondaggio di prova, utilizzando *Google Moduli*, che ho inviato inizialmente ai docenti della formazione SA del CPS di Lugano in Ticino.

Il sondaggio di prova mi ha permesso di adeguare la terminologia utilizzata, in quanto era necessario utilizzare un linguaggio tecnico e comprensibile per i diversi professionisti (per esempio delle psicoterapie, piuttosto che terapie attivanti o metodi). Inoltre, il primo sondaggio mi ha fatto capire in che modo rendere il sondaggio ufficiale più accessibile ed efficace.

Ho creato inoltre altri due sondaggi: uno in lingua tedesca e uno in francese, basandomi sul sondaggio italiano; entrambi tradotti dall'italiano con l'aiuto di persone madre lingua. La traduzione in tedesco è risultata complessa in quanto con la traduzione 1:1 spesso si otteneva un altro significato. Mi sono resa conto che il linguaggio è tecnico ed occorre quindi avere una conoscenza della materia per la traduzione corretta e specifica. Per l'invio dei sondaggi, ho creato un account Google, associato ad un nuovo indirizzo mail, unicamente per il sondaggio.

Nello stesso tempo, ho redatto una lista con un elenco di strutture principalmente psicogeriatriche in tutta la Svizzera, nelle quali possibilmente lavorano SA, ergoterapisti, psicologi e/o psicoterapeuti. Inizialmente ho telefonato ad ognuno per presentare il mio lavoro, la mia ricerca e di conseguenza favorire la partecipazione. Ho riscontrato un ostacolo che non avevo calcolato, nel periodo tra dicembre 2021 e gennaio 2022, diverse strutture avevano collaboratori in presenza ridotta, professionisti non reperibili a causa della pandemia Covid-21, quindi ho riscontrato difficoltà nella comunicazione.

Nel febbraio 2022 ho creato sul mio account Google tre gruppi di contatti, secondo la lingua e un gruppo con i miei relatori. Complessivamente ho inserito 85 indirizzi mail. 38 in italiano, 7 in francese e 40 in tedesco. Ho controllato tutte le impostazioni dei tre sondaggi e inviato una mail di gruppo ai relatori per una prova.

In seguito ho inviato nel marzo 2022 il sondaggio ai tre gruppi preimpostati, dando un limite di partecipazione e risposta fino al 20 marzo 2022. Purtroppo nel frattempo ho ricevuto diverse segnalazioni, di ricezione spam. Ho rinviato quindi il sondaggio per un secondo tentativo (escludendo chi ha precedentemente risposto), con una conferma di lettura alla mail. I giorni seguenti ho ricevuto tante mail con una risposta automatica per assenze per le vacanze e dai restanti, una risposta di lettura.

2.2.3 Elaborazione e redazione del lavoro di diploma

Partendo dalle indagini teoriche attraverso la lettura ho iniziato in marzo 2022 a redigere la parte del Quadro teorico del lavoro di diploma. Questo mi ha permesso di sfruttare al massimo il tempo a disposizione; in attesa delle risposte al sondaggio.

Verso fine marzo ho chiuso il sondaggio e ho potuto analizzare i risultati raccolti. Per l'analisi dei risultati ho elaborato i dati del sondaggio in tedesco e in italiano (in Svizzera Francese non ho avuta nessuna partecipazione) creando dei grafici raggruppando entrambi i dati in un unico risultato. Questi dati mi hanno permesso di confrontare i risultati della ricerca teorica con i risultati del sondaggio, per poi svolgere la stesura completa del lavoro di diploma.

2.3 Materiale utilizzato per la realizzazione del lavoro di diploma

Qui di seguito spiego quale materiale ho utilizzato per la realizzazione del mio lavoro, entrando più nel dettaglio. Per la parte del Quadro teorico ho utilizzato come riferimenti teorici il materiale didattico CPS per lo SA (attivazione, psicogeriatría, psichiatria), ricerche fatte in precedenza come quella di *INTERFACE* (Fässler et al., 2015) in Svizzera, studi/pubblicazioni scientifici per esempio di De Leo (2017) dall'Italia e progetti come *La prevenzione del suicidio in Svizzera piano d'azione 2016* (Walter ed al., 2016), libri e testi che trattano il tema *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen* (Lindner et al., 2014) e *Suizid im Alter* (Zeitler, 2014) redatti in Germania.

Per quanto concerne invece la realizzazione del sondaggio, ho creato tramite il *Moduli Google* tre sondaggi separati, in italiano, tedesco e francese. Mi è stato possibile creare questi sondaggi grazie alle lezioni della materia "Diploma". Ho sviluppato un sondaggio in parte strutturato e in parte semi-strutturato, inviandolo ad un *focus group*, tramite un account *Google* e *gmx*.

Per la creazione dei grafici inseriti in questo documento, ho utilizzato il programma *word Grafico*, perché i risultati del sondaggio in italiano e in tedesco erano da raggruppare in un risultato unico, e i risultati dei *Moduli Google* erano suddivisi per la lingua. Le interviste inserite negli allegati invece sono dei *print screen* fatti dai sondaggi originali.

3 RISULTATI

Questo capitolo va ad analizzare e mettere in evidenza i risultati emersi dall'indagine, dai dati teorici e dal sondaggio. A partire da quanto è emerso, ho potuto individuare e farò apparire degli accompagnamenti, metodologie, approcci e teorie che permettono allo SA di ottimizzare la sua presa in carico di anziani che hanno pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio, al fine di poter dare un'idea di come migliorare la presa in carico da parte dello SA, confrontando i risultati delle ricerche teoriche fatte e da quanto ottenuto dal sondaggio. Sulla base di quanto emerso, potrò dare o meno una risposta alla domanda che mi sono posta per lo svolgimento di questo lavoro: come può Lo SA attraverso un'indagine multidisciplinare, ottimizzare i suoi interventi terapeutici sulla presa in carico di anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio, confrontandosi con altri specialisti sul territorio elvetico e in strutture specifiche?

3.1 Discussione dei risultati della ricerca dei dati teorici

In questo capitolo vengono mostrati i risultati dell'indagine bibliografico/teorica ottenute attraverso la ricerca di dati teorici.

3.1.1 B. Possibili fattori che causano pensieri suicidari

Negli anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio si sono riscontrati diversi possibili fattori in comune, a parte l'alta percentuale del sesso maschile (Walter ed al., 2016, p.13). Mi limito a presentare i fattori che sono fondamentali per lo SA e la sua metodologia di lavoro. Le funzioni corporee e la particolarità della situazione sono spesso descritte deficitarie e compromesse come risulta dal rapporto *La prevenzione del suicidio in Svizzera piano d'azione 2016* (Walter ed al., 2016, p. 19) e dall'articolo del Professore Diego De Leo (2017):

- ✓ **Motorio – sensoriali:** multimorbilità
- ✓ **Cognitivo – percettivo:** ridotta capacità comunicative
- ✓ **Psico – sociale:** solitudine, isolamento sociale, perdita del ruolo, della competenza sociale e la presenza di egli, inutilità, scarso senso dell'appartenenza, ridotta autostima e capacità comunicative, bisogni insoddisfatti, sentimenti di non essere realizzati
- ✓ **Autonomia (BADL):** ridotta autonomia

3.1.2 C. Possibili terapie e come approcciarsi ad anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio

In questo paragrafo vado ad illustrare i singoli risultati, in cui sono indicate proposte per delle possibili terapie e come approcciarsi all'anziano che esprime pensieri suicidari e/o è a rischio di suicidio emerse dalla ricerca teorica.

3.1.2.1 *Proposte di interventi individuali o di gruppo emersi*

Dalle ricerche teoriche è emerso che tendenzialmente è consigliato proporre un intervento individuale piuttosto che di gruppo, come viene sottolineato da Sonnenmoser (2004), da Bronisch (1995) e nel lavoro di Bachelor di Zeitler (2014), ad un anziano che esprime pensieri suicidari e/o è a rischio di suicidio.

- ✓ **Individuale:** procedure individuali
- ✓ **Maggiormente terapia individuale:** individualizzata senza escludere del tutto la terapia in gruppo

3.1.2.2 *Metodi di intervento terapeutico emerse*

Il libro *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen* (Lindner et al., 2014) descrive i seguenti metodi di intervento terapeutico:

- ✓ **ADL / AVQ⁷** (cucina, giardinaggio, ...): cucinare, fare la spesa, passeggiare, stare in compagnia
- ✓ **Creativo** (pitturare, feltro, saponi, costruzioni in legno, ...): arte-terapia
- ✓ **Movimento** (Yoga, passeggiate, ...): movimento, danzaterapia
- ✓ **Musicale** (suonare, cantare, ascoltare, musicoterapia, ...): musicoterapia
- ✓ **Wellness** (massaggi, cura di sé, bagno terapeutico, ...): procedure di rilassamento

3.1.2.3 *Approcci, metodi, teoria, concetti e accompagnamenti emersi*

Nei riferimenti teorici ho trovato per lo più approcci e accompagnamenti utilizzati per lavorare con anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio. De Leo (2017), lo studio *Interface* (Fässler et al., 2015), il lavoro di Bachelor (Zeitler, 2014), la pubblicazione *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen* (Lindner et al., 2014) e il *Glossario O.M.S della Promozione della Salute* (Barbera & Tortone, 2012) suggeriscono in particolar modo:

- ✓ **Approcci consigliati:** relazione continuativa paziente - terapeuta, un approccio sistemico che include l'ambiente del paziente, empatia, relazione di fiducia.
- ✓ **Metodi consigliati:** rituali e regole introdotte per interventi di gruppo e del singolo dovrebbero essere il più possibile individuali e orientati al paziente, ai suoi bisogni e risorse.

⁷ ADL/AVQ = attività della vita quotidiana

- ✓ **Accompagnamenti terapeutici consigliati:** attivazione generica, personalizzata e orientata alle risorse. Accompagnare il/la residente a sentirsi più realizzato, dare un ruolo sociale, promuovere il senso di utilità e il senso d'appartenenza, valorizzarlo, lavorare sull'autostima, aumentare i contatti (competenze sociali) e le capacità comunicative, favorire il comportamento positivo, migliorare le condizioni socio-ambientali, aumentare la presenza attiva nella società, promuovere le abilità sociali (come prevenzione contro la solitudine) e la salute, stimolare la creatività e l'auto iniziativa.

Inoltre, il piano di intervento degli anziani va costruito sulla base della biografia, degli interessi e dei bisogni.

3.1.2.4 Presa in carico multidisciplinare

Emerge bene dai riferimenti teorici di Zeitler (2014) e dal libro *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen* (Lindner et al., 2014) che la presa in carico di un anziano che esprime pensieri suicidari e/o è a rischio di suicidio richiede una collaborazione multidisciplinare e interdisciplinare, e che hanno un'importanza fondamentale per l'elaborazione di un piano terapeutico in collaborazione. In particolare viene descritta la collaborazione interdisciplinare tra ergoterapista e psichiatra.

3.2 Discussione dei risultati del sondaggio

I risultati originali e completi dei sondaggi sono visibili nell'allegato 2 per l'italiano e nell'allegato 3 per il tedesco. I grafici inseriti nel testo che seguono, sono dei riassunti fatti da me, raggruppando le risposte dal sondaggio in italiano e in tedesco, creandone un grafico unico. Inoltre ho creato qualche grafico supplementare che mostra ulteriori dati emersi dal sondaggio, che personalmente reputo interessanti da mostrare e discuterne.

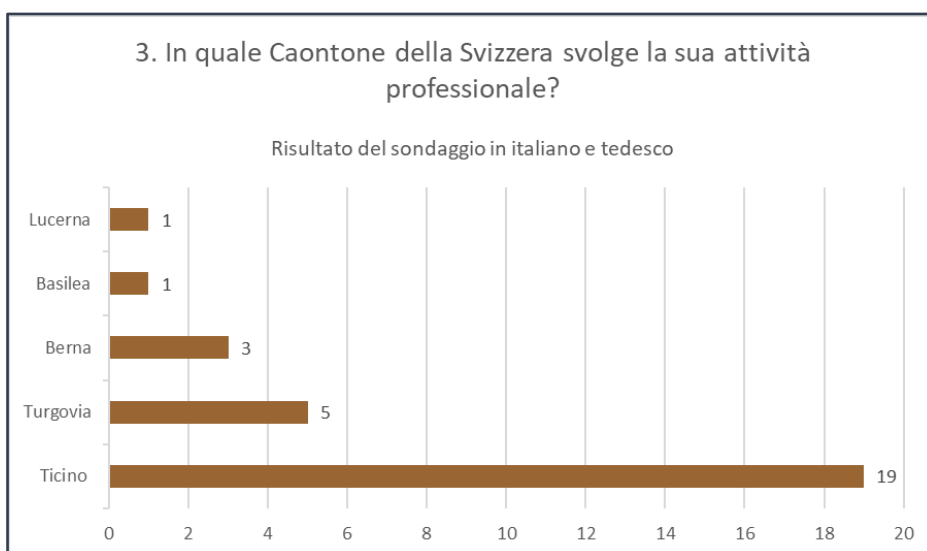


Grafico 1

Al sondaggio hanno partecipato il Canton Ticino e 4 Cantoni della Svizzera tedesca, dalla parte francofona invece, nessuno ha partecipato al sondaggio inviato (grafico 1).

Su 85 mail inviate in 14 Cantoni, hanno partecipato 29 persone (24.65%) provenienti da 5 Cantoni in Svizzera. Di questi, 7 persone hanno risposto alla mail, motivando perché non hanno partecipato al sondaggio.

Nel grafico 2 e grafico 3, si vede la formazione delle persone che hanno partecipato al sondaggio e in che strutture sono attive professionalmente.

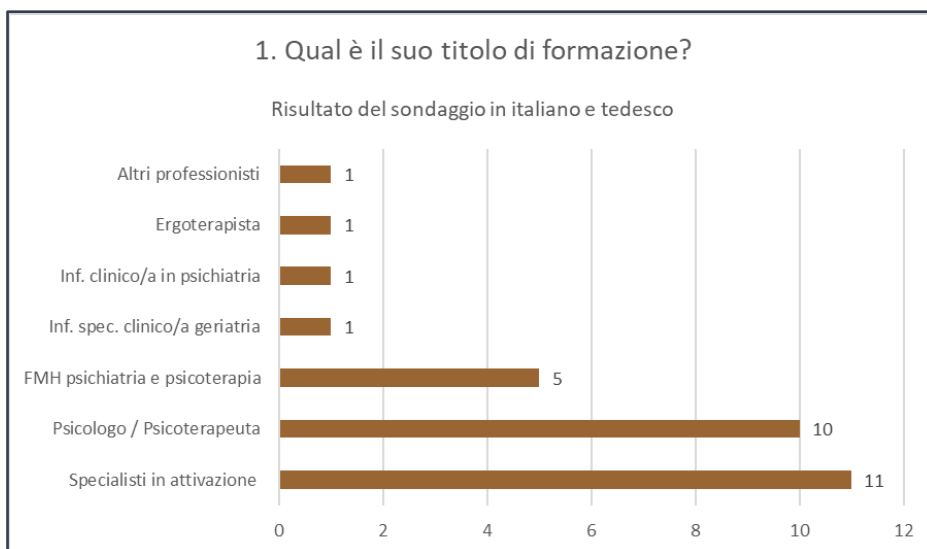


Grafico 2

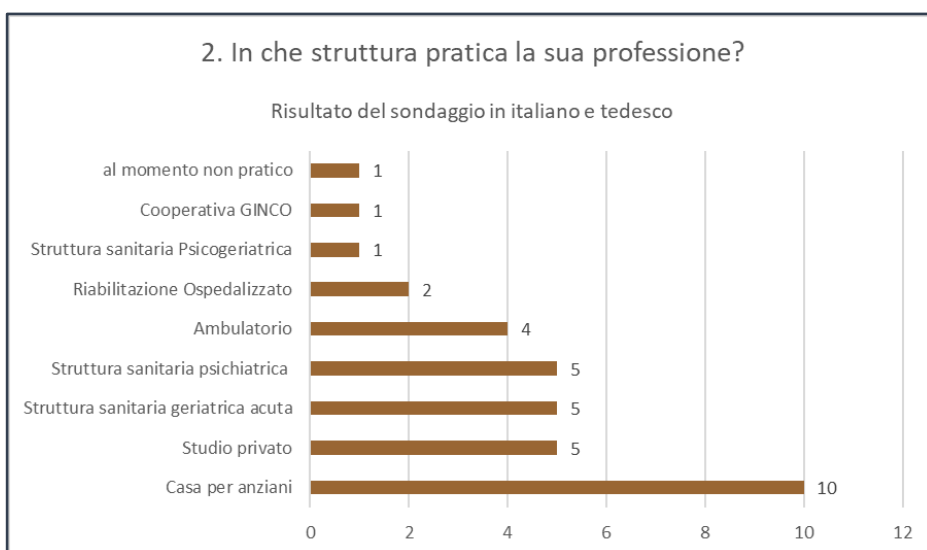


Grafico 3

Delle 29 persone, 21 hanno terminato il sondaggio, 8 invece non sono e non erano precedentemente confrontati con anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio, interrompendo il sondaggio alla 5° domanda (grafico 4, alla prossima pagina).

Due terzi dei partecipanti sono confrontati con questa casistica di anziani.

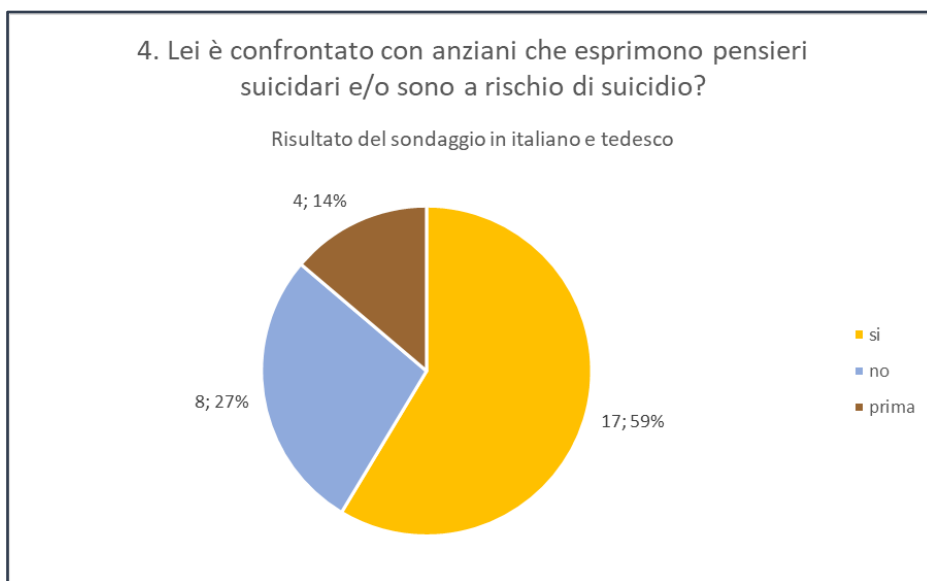


Grafico 4

3.2.1 C. Possibili terapie e come approcciarsi ad anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio

Evidenzierò più in dettaglio i prossimi risultati emersi dal sondaggio, in quanto possono avere un riscontro con lo scopo del mio lavoro di diploma, ed evidenziare come: lo Specialista in attivazione può ottimizzare i suoi interventi terapeutici attraverso un'indagine multidisciplinare, confrontandosi con altri specialisti sul territorio elvetico e in strutture specifiche sulla presa in carico di anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio.

Il grafico 5 e 6 (grafico 6, alla prossima pagina) illustrano chiaramente che 2/3 dei professionisti differenziano la presa in carico e che lo SA in confronto agli altri professionisti, differenzia meno la presa in carico di un anziano di questa casistica rispetto ad anziani che non sono a rischio di suicidio.

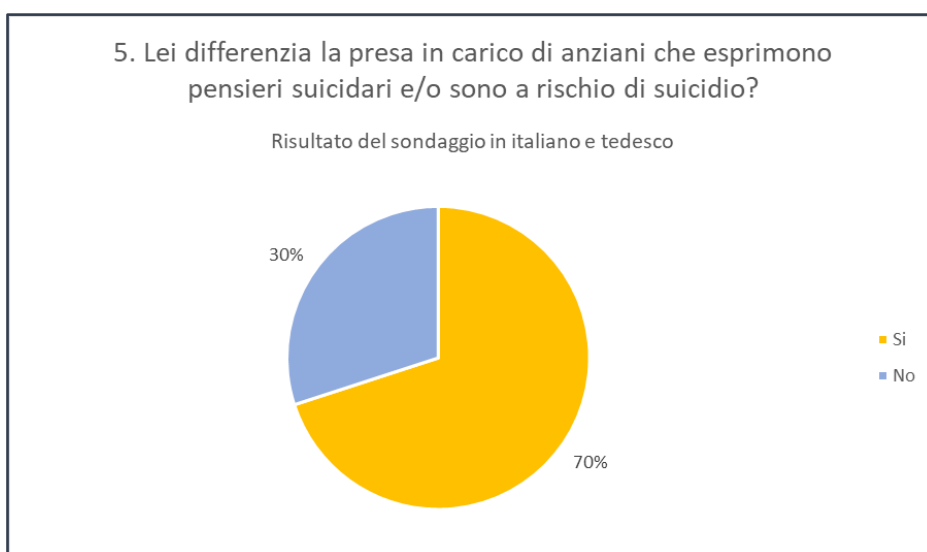


Grafico 5

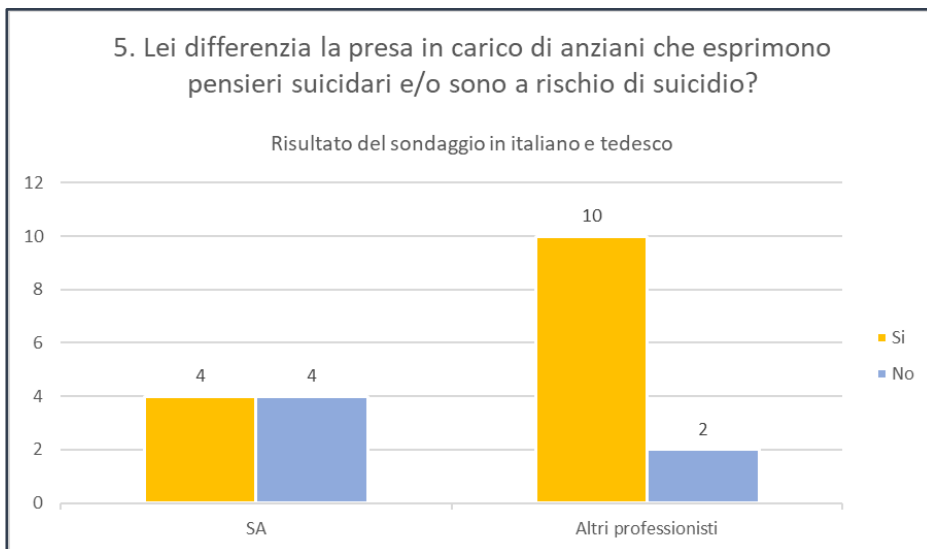


Grafico 6

- ✓ **Differenziare** la presa in carico di anziani che esprimono pensieri suicidari e/sono a rischio di suicidio.

Come *motivazione alla scelta del perché differenziare o meno la presa in carico di anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio rispetto ad anziani che non sono a rischio di suicidio* (vedi allegato 2 e 3, domanda 6), è emerso tra l'altro:

Per lo SA:

- ✓ “Applico la metodologia dello Specialista in attivazione che consente una personalizzazione dell'intervento ... situazioni che esulano dalle competenze dello Specialista in attivazione mi interfaccio con altre figure professionali ...”
- ✓ “Richiedono una presa in carico immediata e multidisciplinare con priorità”
- ✓ “Credo che l'espressione e/o il rischio di suicidio sia un elemento da tenere in considerazione, sicuramente, come altri elementi in fare di raccolta e analisi dati. Oltre questo, la presa in carico è sempre motivo di differenziazione e personalizzazione”
- ✓ “Maggiore vulnerabilità e potenziale suicidio dei pazienti”
- ✓ “Perdita di autonomi, malattie croniche e terminali, perso la voglia di vivere”

Altri professionisti:

- ✓ “Per proporre percorsi individualizzati”
- ✓ “Si attiva una rete specialistica con anche medico psichiatra ...”
- ✓ “Non è possibile altrimenti, le tematiche di fondo sono diverse”
- ✓ “Intensificazione della presa in carico”
- ✓ “Le misure terapeutiche e le figure professionali coinvolte nella presa a carico sono le medesime”
- ✓ “Faccio in modo che nella presa a carico il paziente possa meglio esprimere la sua tristezza”

- ✓ “Indipendente dall’età, idee suicidarie non influenzano la modalità delle mie terapie”
- ✓ “Peso per tutto il team delle cure nella casa per anziani, peso per i parenti, ripetutamente ricoveri e bisogno di cure causati da tentati suicidi nella casa per anziani”

3.2.1.1 Proposte di interventi individuali o di gruppo

Analizzando i dati che sono emersi dalle risposte del sondaggio alla domanda 7, se si propongono maggiormente interventi di entrambe le forme, quindi individuali e di gruppo ad anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio, lo SA in confronto ad alcuni altri professionisti, non propone unicamente delle terapie individuali, ma ne offre entrambe (grafico 7).

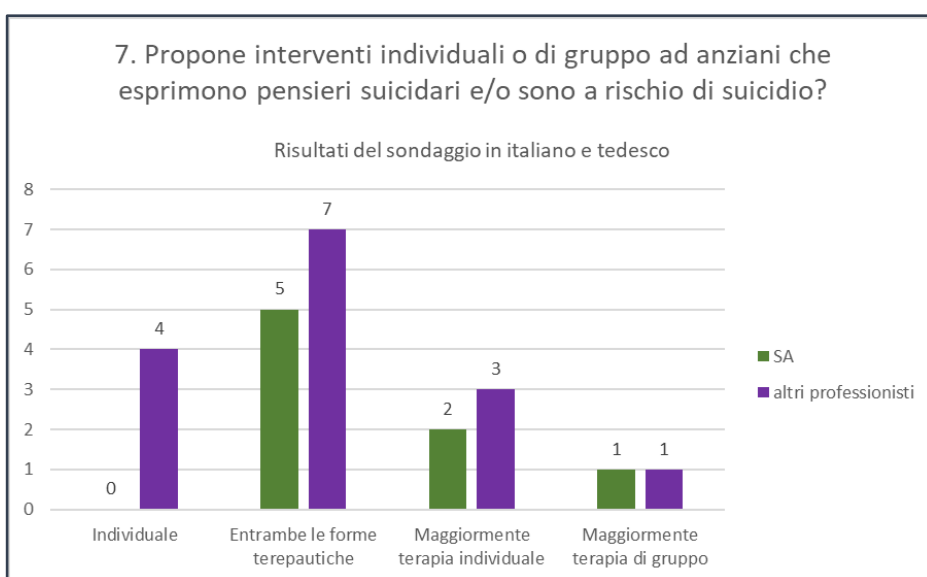


Grafico 7

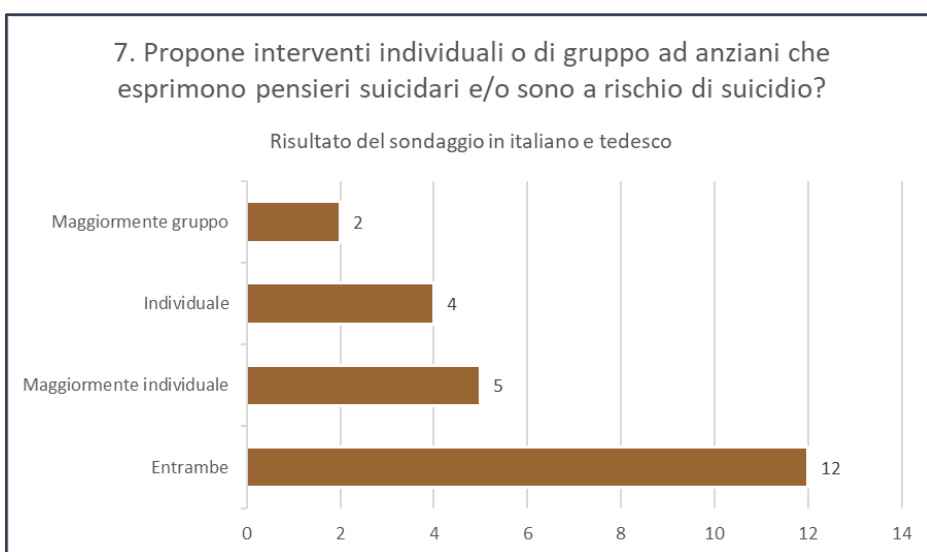


Grafico 8

Questo conferma quanto viene indicato di Zeitler (2014) nel suo lavoro di Bachelor, dove vengono proposte terapie individuali, tuttavia senza escludere le terapie in gruppo (grafico 8).

- ✓ **Entrambe** le forme terapeutiche

La motivazione della scelta del perché propone terapie individuali e/ di gruppo ad anziani che esprimono pensieri suicidari e/ sono a rischio di suicidio (Allegato 2 e 3, domanda 8) sono multiple: spaziano dal “seguire il protocollo”, al tempo a disposizione, a rispettare le richieste dell’anziano.

Emerge dal sondaggio e delle mie ricerche teoriche, che potrebbe essere utile da affiancare alla metodologia dello SA i seguenti punti:

Lo SA:

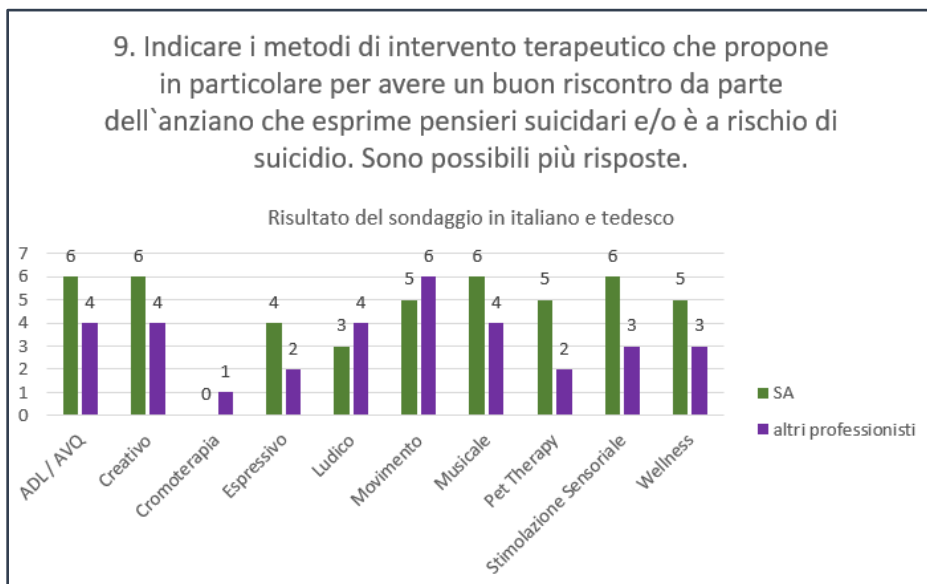
- ✓ “Essere accolto come singolo ed essere apprezzato dal gruppo. Può soddisfare bisogni di sicurezza prima e appartenenza poi.”
- ✓ “È importante che si faccia un intervento singolo per approfondire la conoscenza del residente e così proporre interventi di gruppo per far sì che possa interagire con altri residenti.”
- ✓ “... ho trovato una correlazione tra esprimere pensieri suicidari e la preferenza di un intervento individuale o di gruppo ... fattori legati alla personalità della singola persona ... prediligo almeno in un primo momento interventi e colloqui individuali.”
- ✓ “Terapie individuale con collaborazione interprofessionale”

Altri professionisti:

- ✓ “È importante utilizzare approcci diversi, sia la relazione terapeutica individuale per la parte psicofarmacologica e/o psicoterapeutica, sia attività di gruppo come confronto e condivisione con persone coetanee, allo scopo di attivare le risorse personali del paziente anziano. Ovviamente si parla di persone con un buon grado di autonomia.”
- ✓ “Penso sia giusto dare il giusto spazio alla persona e metterla al centro della relazione con l’operatore ma allo stesso tempo ritengo che sia produttiva l’interazione con il gruppo.”
- ✓ “In genere un anziano non parla del suicidio in un gruppo, da qui la terapia individuale, ma in gruppo l’anziano può approfittare positivamente delle relazioni sociali per distogliersi per un momento dalle idee suicidali (evidentemente va inserito in un gruppo adatto). In genere un anziano che parla di suicidio è una persona che si sente sola e inutile (dalla mia esperienza).”
- ✓ “A seconda dell’intensità del pensiero suicidario, opto per un intervento individuale o di gruppo”

3.2.1.2 Metodi di intervento terapeutico emerse

La risposta della domanda 10 del sondaggio, di indicare i metodi di interventi terapeutico che propongono in particolare per avere un buon riscontro da parte dell'anziano che esprime pensieri suicidari e/o è a rischio di suicidio, fa emergere dal sondaggio e dalle mie ricerche



teoriche fatte, che lo SA in confronto ad altri specialisti, segue la stessa tipologia di metodi di intervento terapeutico (offerte attivanti) come illustra il grafico 9.

Grafico 9

Alcuni metodi e attività terapeutiche emerse in modo spiccato in confronto ad altri, come mostra il grafico 10 sono legate ad offerte di:

- ✓ **Movimento** (Yoga, passeggiate, ...)
- ✓ **ADL / AVQ** (cucina, giardinaggio, ...)
- ✓ **Creativo** (pitturare, feltro, saponi, costruzioni in legno, ...)
- ✓ **Musicale** (suonare, cantare, ascoltare, musicoterapia, ...)

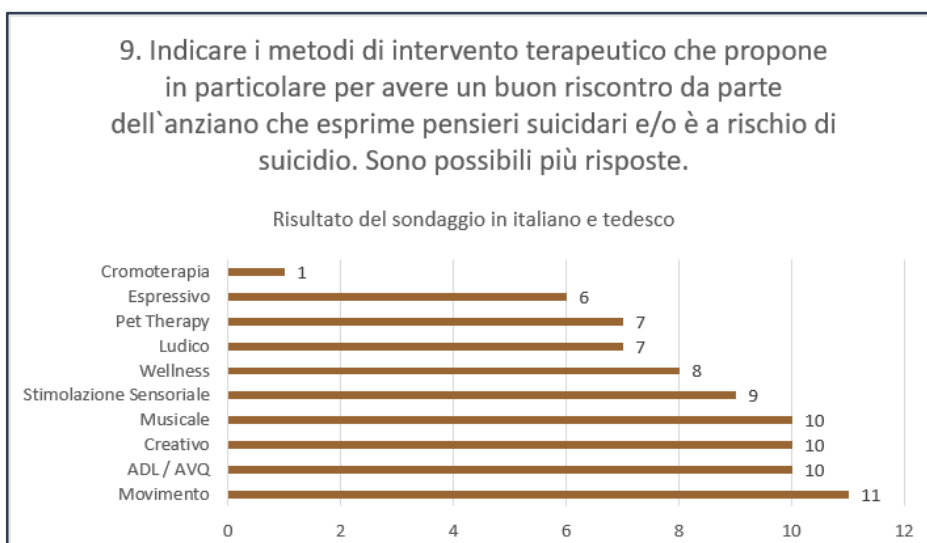


Grafico 10

3.2.1.3 *Approcci, metodi, teoria, concetti e accompagnamenti emersi*

Alcuni spunti, consigli e riflessioni utili allo SA, sono emerse alla domanda 10 dove ho chiesto *con quale approccio, metodo, teoria o concetto lavorano principalmente con anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio*. In questa sparte inserisco anche la domanda 11 (*Secondo lei, cosa potrebbe essere complementare da integrare al proprio intervento con anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono rischio di suicidio?*), in quanto le risposte coinvolgono entrambe le domande.

Principalmente vengono proposti approcci, metodi, teorie e concetti della psicoterapia, ma anche la metodologia dello SA. Eppure, sono emersi consigli e proposte utili allo SA, il quale può affiancare ed integrare alla sua metodologia, rispettando le sue competenze. La risposta maggiormente scritta riguarda l'ascolto attivo. Anche in questo caso, evidenzio le risposte utili che coincidono con le mie ricerche:

Lo SA:

- ✓ “Ascolto attivo in setting protetto”
- ✓ “Ascolto attivo”
- ✓ “Una valutazione multidisciplinare includendo uno psicologo e/o psichiatra”
- ✓ “ascolto attivo, atteggiamento da SA e per incentivare la motivazione psico- educazione”
- ✓ “Metodologia SA, ascolto attivo e tecniche relazionali / dinamiche di gruppo”
- ✓ “Attraverso la metodologia SA rilevo la situazione della persona, bisogni interessi e desideri, risorse, in base all'analisi di questi dati intervengo in modo mirato”
- ✓ “... attività che possano interessare al pz ed instaurare una relazione di fiducia, dove il paziente possa esprimersi”

Altri professionisti:

- ✓ “Un'analisi mirata sugli aspetti psico-sociali e su come i pensieri suicidari interferiscono nella vita quotidiana del residente”
- ✓ “In ospedale, la presa a carico di tutta l'equipe”
- ✓ “Tutta la rete sociale e familiare possibile”
- ✓ “Strutturazione della giornata, favorire contatti sociali, terapie alternative e non farmacologiche (per esempio aromaterapia, PET therapy”
- ✓ “Lavoro con i parenti, PET therapy”
- ✓ “Terapia con psicofarmaci, collaborare con l'ambito sociale (collaborare con l'assistente sociale), lavoro orientato alla persona di riferimento”

3.2.1.4 Presa in carico multidisciplinare

Dal sondaggio è emerso che una sola persona non collabora con altri professionisti (vedi allegato 2 e 3, domanda 12). Tutti gli altri partecipanti confermano alla domanda *se collaborano durante un percorso terapeutico di un anziano che ha pensieri e/o è a rischio di suicidio con altri professionisti* di collaborare. Alla domanda successiva, *con chi collabora durante un percorso terapeutico di un anziano che ha pensieri suicidari e/o è a rischio di suicidio*, le risposte sono molto uniformi e corrispondono quanto afferma la teoria e alcuni suggerimenti fatti alla domanda precedente (grafico 11).

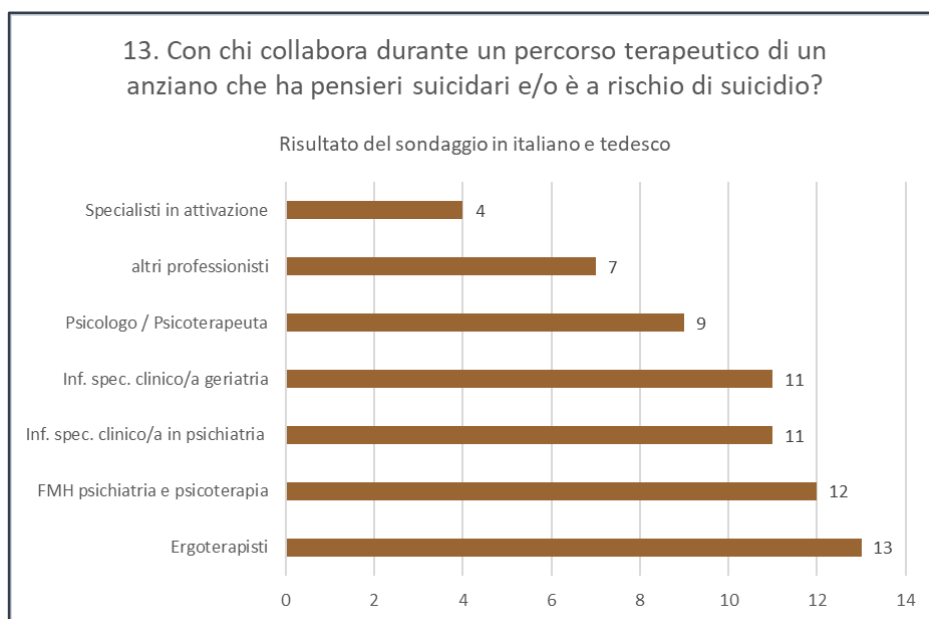


Grafico 11

- ✓ **Ergoterapista**
- ✓ **FMH psichiatria e psicoterapia**
- ✓ **Infermiere/a specialista clinico/a in psichiatria**
- ✓ **Infermiere/a specialista clinico/a in Geriatria**

3.3 Discussione dei risultati sulle ricadute dello SA

Prima di entrare nella discussione dei risultati, riporto una riflessione ricevuta dal mio docente di psicologia e psichiatria, dopo aver compilato il sondaggio di prova:

“La dinamica suicidaria è un aspetto abbastanza irrisolto della psicopatologia dell’essere umano, quindi io darei per scontato che alcune risposte potranno essere generiche in quanto ci sono delle indicazioni su ciò che è principalmente utile fare, tuttavia ogni caso (anziano) porta criticità cliniche e terapeutiche peculiari della persona quali storia della persona, auto narrazione e temperamento.” (Confalonieri Davide, psicologo clinico)

Dopo questo messaggio, non sapevo quali risultati aspettarmi dal lavoro di diploma: risposte che aiutano lo SA oppure ancora più confusione e incertezze? Ho intrapreso lo svolgimento di

questo lavoro perché speravo in risposte chiare, in confronto alle mie incertezze su come prendere in carico questa tipologia di anziano. Però, come espresso dal mio docente, non esiste una formula applicabile che vale per tutti, non esiste uno schema da seguire. Nonostante ciò, ho potuto rilevare 7 punti chiave per lo SA, che andrò ad illustrare alla fine del lavoro di diploma, i quali possono aiutare durante un percorso con un anziano che esprime pensieri suicidari e/o è a rischio di suicidio.

3.3.1 La figura dello Specialista in attivazione SSS

Dopo un'attenta analisi effettuata dai risultati ottenuti dalla mia indagine, emerge che ci sono delle ricadute positive per lo SA, dovute al fatto che il sondaggio e la teoria vanno a confermare la pratica. Più concretamente, i risultati indipendenti del sondaggio e della ricerca teorica convergono verso risultati equiparabili, come ad esempio:

- ✓ Lo SA differenzia di partenza ogni anziano nella presa in carico, applicando la sua metodologia, come viene suggerito sia nel sondaggio, sia nella teoria.
- ✓ Lo SA elabora per ogni anziano un piano d'intervento individuale lavorando con la sua metodologia così come descrive la teoria e risulta anche dal sondaggio, di proporre percorsi personalizzati.
- ✓ Lo SA stabilisce sulle analisi dei dati raccolti per ogni paziente, se proporre interventi individuali o di gruppo. La teoria propone principalmente interventi individuali, ma anche di gruppo e il sondaggio conferma con le risposte, che vengono maggiormente proposte entrambe le forme.

Si deduce dai risultati ottenuti, che lo SA, lavorando secondo la sua metodologia favorisce interventi mirati e personalizzati, è in sintonia con quanto affermano gli altri professionisti, in cui consigliano un accompagnamento di questo tipo. Quindi lo SA non è solo idoneo a svolgere questo tipo di indagine, ma anche a lavorare con questo tipo di anziani.

Essendo formati in vari ambiti, lo SA riesce a confrontarsi in vari settori e di interfacciarsi a livello multidisciplinare con ergoterapisti, fisioterapisti e psicologi facilitando così la collaborazione. Lo SA è inoltre formato e ha le competenze per gestire dinamiche relazionali con l'anziano, per poter lavorare al meglio attraverso i suoi interessi, bisogni e desideri, basandosi sulla biografia e autobiografia. Contribuisce, inoltre, a promuovere un buon clima di lavoro nel team attivazione e in quello multidisciplinare.

Riassumendo quanto compare dalla mia indagine multidisciplinare svolta, illustro le ricadute per lo SA che favoriscono la presa in carico di anziani di questa casistica, per ottimizzare i suoi interventi terapeutici attraverso un'indagine multidisciplinare, confrontandosi con altri professionisti sul territorio elvetico e in strutture specifiche:

C. Possibili fattori che causano pensieri suicidari

- ✓ **Possibili fattori:** Dall'indagine è emerso che per gli anziani a rischio di suicidio è consigliata una presa a carico differenziata e personalizzata. Lo SA seguendo la metodologia lavora già in questi termini, costruendo un intervento sulla base della storia di vita, considerando funzioni corporee, interessi e bisogni di ogni individuo. Per lo SA è molto rilevante ridurre o evitare l'isolamento dell'anziano, lavorare sul bisogno di appartenenza, basandosi su una relazione di fiducia tra anziano-terapeuta.

D. Possibili terapie e come approcciarsi ad anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio

- ✓ **Differenziare la presa in carico:** Sono da considerare gli anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio rispetto ad anziani che non sono a rischio di suicidio, come appare dall'indagine. Lo SA differenzia la presa in carico con ogni anziano (utente, paziente, residente), lavorando con la sua metodologia, seguendo i passi del processo della terapia di attivazione.
- ✓ **Proporre proposte di interventi individuali o di gruppo:** Attraverso la metodologia, lo SA individua, propone e svolge le forme di terapie più indicate e personalizzate. Come emerge dall'indagine, sono da favorire, soprattutto all'inizio del piano terapeutico, le procedure individuali, senza escludere del tutto la terapia di gruppo. Questo permette di approfondire la conoscenza dell'anziano e più tardi di farlo interagire con altri.
- ✓ **Metodi di intervento terapeutico da proporre:** Sono emerse delle proposte di attività rilevanti per lo SA, sia nell'organizzare un piano terapeutico specifico, sia per l'esecuzione (rispettando tra l'altro i suoi bisogni e interessi), sono in particolare modo le attività della vita quotidiana, il creativo, movimento e musicali.
- ✓ **Approcci, metodi, teoria, concetti e accompagnamenti da considerare:** L'approccio SA-anziano risulta importante per stabilire una relazione di fiducia, questo avviene tramite empatia e ascolto attivo: competenze che lo SA ha appreso durante la sua formazione e che fanno parte del terzo processo di lavoro. Inoltre, con il primo e secondo processo lavorativo, lo SA soddisfa anche i seguenti punti emersi dall'indagine: attivare le risorse personali, conoscenza approfondita dell'anziano, della sua situazione, dei suoi bisogni e interessi. Si dovrebbe cercare di dare sicurezza e favorire l'appartenenza in un setting protetto. Dare una strutturazione alla sua giornata, favorire i contatti sociali, coinvolgendo anche familiari. Sono da valutare in modo personalizzato un percorso individuale o di gruppo, valorizzando l'anziano, cercando di farlo sentire meno solo e inutile, dando quindi un nuovo senso e ruolo nella società.

- ✓ **Da considerare è la presa in carico multidisciplinare:** Come emerso dall'indagine, questa casistica di anziani richiede una particolare attenzione alla collaborazione interdisciplinare e multidisciplinare. Per avere una buona presa in carico di un anziano che esprime pensieri suicidari e/o è a rischio di suicidio, è fondamentale collaborare nel team multidisciplinare. Lo SA con le sue competenze del quinto processo di lavoro può partecipare alle riunioni di gruppo inter- e multidisciplinare, ed essere coinvolto nella programmazione di un piano terapeutico, e applica la collaborazione sin dall'inizio.

Tra le ricadute per lo SA, i risultati vanno a confermare l'importanza della sua metodologia di lavoro e gli permettono di ottimizzare i suoi interventi attraverso un occhio attento che riguarda un tema per lo più tabù, offrendo un'acquisizione di maggior sicurezza nell'affrontare anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio.

Va posta comunque l'attenzione riguardo alla delicatezza del tema e ad agire sempre rispettando le competenze professionali dello SA, quindi saper riconoscere anche quando bisogna far intervenire altri professionisti. Una criticità che potrebbe emergere può anche essere quella di conoscere i propri limiti nell'affrontare il tema e di prendere in carico anziani di questa casistica; o di vivere male queste situazioni che possono risultare stressanti anche per il professionista. È importante quindi rivolgersi in momenti opportuni o necessari ad altri professionisti, per avere un confronto su come vivere questi momenti sia da un punto di vista professionale che personale. Non dimenticarsi di sé stessi!

4 CONCLUSIONI

4.1 Raggiungimento dello scopo e degli obiettivi

In questo capitolo, riprendo i tre obiettivi e lo scopo stabiliti nel progetto del lavoro di diploma, andando ad illustrare il loro raggiungimento in seguito.

4.1.1 Scopo del lavoro di diploma

Ho potuto raggiungere lo scopo del lavoro di diploma grazie agli obiettivi stabiliti ed eseguiti, i quali mi hanno permesso di far emergere i risultati per l'ottenimento di suggerimenti, consigli e proposte che aiutano ad ottimizzare gli interventi terapeutici dello SA.

- ✓ Lo Specialista in attivazione indaga sulla presa in carico di anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio per ottimizzare i suoi interventi terapeutici attraverso un'indagine multidisciplinare, confrontandosi con altri professionisti sul territorio elvetico e in strutture specifiche.

Per ottimizzare gli interventi dello SA è importante lavorare in modo professionale, seguendo la metodologia SA, integrando i suggerimenti dei 7 punti chiave che illustrerò al capitolo 4.1.3 al terzo obiettivo e avendo una maggior consapevolezza sul tema del suicidio, quindi essere sensibilizzato.

4.1.2 Obiettivi

Nel progetto del lavoro di diploma avevo stabilito tre obiettivi, i quali posso affermare ora di aver raggiunto.

1. Ricercare dei lavori simili svolti in precedenza da altri settori professionali per analizzare la presa in carico di anziani a rischio di suicidio e/o che esprimono il desiderio di morire.

Ho ricercato lavori svolti in Svizzera e all'estero (Germania e Italia) come avevo previsto. I materiali utilizzati dalla ricerca teorica, sono stati svolti da diversi professionisti e in diversi ambiti lavorativi. I riferimenti teorici reperiti erano molti e infine ho dovuto limitarmi su quelle significative per lo SA.

Quanto ricercato soddisfa il punto di domanda di partenza nell'intraprendere questo lavoro di diploma dando risposte puntuali al mio scopo del lavoro di diploma.

2. Attraverso un sondaggio online, ricercare come viene preso in carico un anziano che esprime pensieri suicidari e/o è a rischio di suicidio da parte di altri professionisti. La somministrazione è rivolta a professionisti nell'ambito psicogeriatrico (focus group)

con esperienze nella presa in carico di persone che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio, per ottenere suggerimenti per delle terapie, metodi e approcci da attuare.

La somministrazione del sondaggio a vari professionisti che sono confrontati con anziani di questa casistica, mi ha permesso di ricevere importanti suggerimenti su come affiancare al meglio le terapie d'attivazione dello SA a metodi, approcci, tecniche e accompagnamenti. Essendo stati coinvolti diversi settori professionali, i risultati sono ampi e rispecchiano più punti di vista che rendono interessanti e ricche le informazioni, valorizzando e arricchendo ulteriormente gli interventi da SA.

La somministrazione del sondaggio mi ha impegnato più di quanto mi aspettassi. Speravo di avere più partecipanti, ma non avevo fatto i conti con il Covid-19. Nonostante ciò, sono contenta per i risultati ottenuti che a livello pratico danno consigli utili e sensibilizzano alcune tematiche in particolare come per esempio i possibili fattori che causano pensieri suicidari.

La prevenzione è un altro ambito, che meriterebbe ulteriori approfondimenti, sensibilizzando lo SA nella sua raccolta dati.

3. Analizzare i risultati ottenuti delle ricerche teoriche e delle interviste effettuate, creando una visualizzazione grafica con gli accompagnamenti, teorie, approcci e terapie che vengono proposte dagli altri professionisti dove emergono quelli che potrebbero migliorare gli interventi dello SA nella presa in carico di anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio.

Con i risultati quantitativi del sondaggio ho potuto creare dei grafici, come ad esempio le offerte proposte. Le risposte qualitative che riguardano per lo più gli accompagnamenti e approcci non erano idonee per grafici e per essi ho fatto una descrizione elencata.

Analizzando i risultati risalta particolarmente che, sensibilizzarsi come SA sul tema del suicidio ha una grande importanza nella raccolta dati. In tutti i processi di lavoro, applicando la metodologia dello SA è auspicabile un ascolto attivo, l'empatia e un setting protetto. La differenziazione e i percorsi terapeutici personalizzati dell'anziano che vengono fatti attraverso la sua metodologia è basilare. Tra i percorsi terapeutici sono da favorire quelli individuali e sono particolarmente indicate attività come il movimento, ADL/BADL, creatività e musica. Inoltre è importante la collaborazione e la partecipazione ad incontri multidisciplinari per scambi e confronti continui con altri professionisti per la presa in carico di anziani che esprimono pensieri suicidari e/o sono a rischio di suicidio.

4.2 Percorso metodologico effettuato

La metodologia utilizzata durante il percorso, si è rivelata opportuna e senza particolari problemi irrisolvibili. Ho seguito il percorso come da progetto e riferendomi alla timeline. L'emergenza sanitaria legata al Covid-19 e un periodo di festività comune a diversi cantoni, ha causato un ritardo alla somministrazione del sondaggio. Nonostante tutto, sono riuscita a mantenere il più possibile i termini prestabiliti nella timeline del progetto.

4.3 Prospettive

Il lavoro svolto dovrebbe permettere allo SA di acquisire più consapevolezza e sicurezza nella presa in carico di anziani che esprimono pensieri suicidare e/o sono a rischio di suicidio. Potrebbe inoltre essere usato come "strumento indicativo" su come procedere e affiancare la metodologia dello SA all'inizio e durante un percorso terapeutico.

Permette altresì di parlare dell'argomento, di discutere e favorire l'integrazione dello SA come figura nella collaborazione multidisciplinare e interdisciplinare, partecipando alle riunioni interdisciplinari. Come nuove piste di ricerca o di sviluppo sarebbe interessante svolgere progetti, collaborando attivamente in un team multidisciplinare, dove vengono affiancati alla metodologia dello SA i risultati ottenuti dall'indagine e, dove lo SA viene affiancato alla procedura terapeutica "standard" come valore aggiunto. Sarebbe inoltre interessante se lo SA riuscisse a prendere parte a programmi di prevenzione sul territorio Svizzero, essendo una risorsa anche per gli anziani a domicilio, grazie ai vari punti emersi durante lo svolgimento del lavoro.

4.4 Implicazioni personali

Sono contenta di aver intrapreso e affrontato un lavoro delicato e difficile. Il percorso del lavoro di diploma, mi ha permesso una crescita personale e di avere una linea da seguire, consigli come ad esempio l'approccio e le offerte attivanti da preferire, oltre ad avere un'idea più chiara rispetto alle difficoltà e limiti nella presa in carico di un anziano che esprime pensieri suicidari e/o è a rischio di suicidio. I prossimi anziani con i quali sarò confrontata, avranno una mia maggiore sicurezza, basandomi sui risultati ottenuti dall'indagine.

Inoltre, sono ancora più convinta di ottimizzare i miei interventi sia a livello professionale che personale. Il mio interesse verso la tematica trattata è cresciuto ulteriormente durante lo svolgimento di questo lavoro di diploma e quindi posso immaginarmi, che questo sia solo l'inizio di un percorso che mi seguirà nei prossimi anni come SA diplomata.

4.5 7 punti chiave per lo SA emersi dall'indagine

Concludo questo ultimo paragrafo, con una "piccola linea guida" la quale riporta i 7 punti chiave per lo SA.

Non si esclude che, nell'arco dell'esperienza lavorativa, possa avvenire un qualche cambiamento o miglioramento di questi punti chiave.

7 PUNTI CHIAVE PER OTTIMIZZARE GLI INTERVENTI DELLO SA:

1. Conoscenza dei possibili fattori:

sensibilizzazione al tema in fase di raccolta dati

2. Approccio da considerare:

ascolto attivo, empatico, setting protetto

3. Una linea indicativa da seguire:

percorsi terapeutici personalizzati, differenziare

4. Proposte di offerte attivanti da proporre:

movimento, ADL/BADL, creatività, musica

5. Scelta della modalità terapeutica da considerare:

piuttosto individuale

6. La collaborazione multidisciplinare:

partecipazione alle riunioni multidisciplinari, segnalare anziani a rischio

7. Crescere professionalmente:

ottimizzare gli interventi terapeutici attraverso una maggior consapevolezza e formazioni continue sul tema e/o regolari aggiornamenti

BIBLIOGRAFIA

- Barbera, E., Tortone, C. (Cur). (2012). *Glossario O.M.S. della Promozione della Salute*, S.C. DoRS Regione Piemonte ASL TO3.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1_ita.pdf?sequence=19&isAllowed=y [22.06.2021]
- Berry, T. (2017). *What Is a SWOT Analisi?*. [How to Do a Swot Analysis for Better Strategic Planning \(bplans.com\)](https://www.bplans.com) [16.03.2022]
- Bronisch, T. (1995). *Der Suizid. Ursachen - Warnsignale - Prävention*. Beck'sche Verlag.
- Clayton, P.J., (2019). *Comportamento suicidario - Disturbi psichiatrici*.
<https://www.msmanuals.com/it/professionale/disturbi-psichiatrici/comportamento-suicidario-e-atto-autolesionistico/comportamento-suicidario> [28.05.2021]
- Consiglio della Formazione di Specialista in Attivazione. (2017). *Mansionario dello specialista in attivazione*. <http://bit.ly/Mansionario-SA>
- Comazzi Tröhler, L., & Marchetti Ferrari, L. (2021). [Dispense del corso "Attivazione", CPS Lugano - Formazione di Specialista in attivazione].
- De Leo, D. (2017). *Il suicidio in età anziana: saper riconoscere e affrontare i segnali*. Lavoro Sociale, Volume 17 (6), p. 22-25.
- Fässler, S., Hanimann, A., Lauberau, B., Oetterli, M. (2015). *Literaturstudie und Bestandsaufnahme zu Sekundär- und Tertiärprävention bei Suizidalität: Früherkennung und Angebote im nicht - medizinischen und medizinischen Setting*. INTERFACE. [sekundaer-tertiaerpraevention-suizidalitaet.pdf](https://www.interface.ch/asset/sekundaer-tertiaerpraevention-suizidalitaet.pdf) [17.03.2022]
- Feil, N. (2013). *Validation, Il metodo Feil*. Minerva edizioni.
- Lindner, R., Hery, D., Schaller, S., Schneider, B., Sperling, U. (2014). *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen*. Springer.
- Organizzazione mantello del mondo del lavoro per il settore sanitario & Associazione svizzera dei centri di formazione sociosanitaria (cur.). (2008). *Programma quadro d'insegnamento per i cicli di formazione delle scuole specializzate superiori "Attivazione"*. (stato al 18.03.2015) <http://www.becc.admin.ch/becc/public/bvz/beruf/download/3703>
- Stoppe, G. (2011). *Strategien zur Suizidprävention im Alter. Risikopatienten aktiv ansprechen*. Der Neurologe & Psychiater 12 (11), p. 2-5.
- Stoppe, G. (2012). *Psychische Gesundheit im Alter: Lasst uns mehr dafür tun!* Schweizerische Ärztezeitung 93 (39), p. 1413-1415.

Sonnenmoser, M. (2004). *Psychotherapie älterer Menschen: Eine (noch) unentdeckte Klientel*. Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe 04.

[https://www.aerzteblatt.de/archiv/41401/Psychotherapie-aelterer-Menschen-Eine-\(noch\)-unentdeckte-Klientel](https://www.aerzteblatt.de/archiv/41401/Psychotherapie-aelterer-Menschen-Eine-(noch)-unentdeckte-Klientel) [17.03.2022]

Zeitler, N. (2014). *Suizid im Alter: Ursachenforschung, Diagnostik und Möglichkeiten zur Vermeidung*. Imprint der Diplomica Verlag GmbH.

Walter, E., Duetz Schmucki, M., Bürli, C., Amstad, F., Haas, A., Schibli, D., Kaufmann, M. (2016). *La prevenzione del suicidio in Svizzera*. UFSP. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/praevention_gesundheitsfoerderung/suizidpraevention/rapporto_la_prevenzione_del_suicidio_in_svizzera_piano_d_azione_2016.pdf [17.03.2022]

Lotti, N. (2022). *Ballare insieme sotto la pioggia*. Proprietà di N. Lotti copertina

I seguenti grafici sono di mia proprietà:

Grafico 1	15
Grafico 2	16
Grafico 3	16
Grafico 4	17
Grafico 5	17
Grafico 6	18
Grafico 7	19
Grafico 8	19
Grafico 9	21
Grafico 10	21
Grafico 11	23

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio per il sostegno ricevuto da parte del coach (responsabile della pratica), il posto di stage e i colleghi, che hanno reso possibile lo svolgimento di questo cammino importante della mia formazione. Con loro ho potuto fare questa esperienza toccante, a volte nel proprio senso della parola.

Ringrazio tutti coloro che hanno dovuto avere pazienza nei miei confronti, sia per via della mia lingua madre, sia perché le mie conoscenze in certi ambiti non erano sufficienti.

Ringrazio coloro che mi hanno sostenuta, grazie alla scuola, ai docenti e ai partecipanti del primo sondaggio di prova e conoscenti informatici.

Ringrazio i colleghi SVAT che mi hanno aiutato con la terminologia in tedesco. Vielen Dank!

Ringrazio la docente che si è occupata della traduzione in francese. Merci beaucoup!

Ringrazio i relatori che ogni momento erano disponibili e che hanno dimostrato un costante sostegno nei miei confronti. ...e non è stato sempre facile capirmi...

Ringrazio inoltre tutti coloro che si sono presi del tempo e hanno partecipato al sondaggio, senza di loro non avrei avuto questi risultati.

*Chi danza con te nella pioggia,
sarà con te anche durante una tempesta.*

(Silart)