

Schede di approfondimento

Chi manipola la tua mente?	1
L'handicap nel contesto familiare e scolastico	4
Il caregiver	9
L'anziano e il mondo dell'ICT	10
Contro le demenze ecco la 'doll therapy'	11
La musica come intervento sulla sofferenza e sul disagio.	12
La sindrome del burn-out	16
Lui, lei e le loro bugie	18
L'anziano, la sua famiglia, la società	23
Il sistema di Welfare: qualità, governance e accreditamento	29
Asse storico-sociale	31



“Chi manipola la tua mente?”, intervista ad Anna Oliverio Ferraris

1. Chi sono i persuasori occulti? Quali sono i loro ambiti prediletti di colonizzazione ?

I persuasori occulti sono tutti coloro che cercano di influenzare le persone, i loro comportamenti e le loro scelte, di manipolare il loro pensiero e le loro emozioni, in maniera non trasparente. Una cosa è convincere con validi motivi e fornendo alla controparte tutti gli elementi per valutare lucidamente e liberamente, un'altra invece è non dare informazioni complete e/o lavorare sulle emozioni delle persone, sulle loro fragilità e debolezze. Già Aristotele distingueva due tipi di retorica, quella onesta e quella disonesta. Tra le due ci sono delle analogie. Per esempio, entrambe possono essere pianificate, studiate, preparate in anticipo per rendere più convincente il discorso. La differenza sta nella trasparenza. Mentre il comunicatore onesto può, se interrogato, riconoscere di avere preparato il suo intervento con l'obiettivo di essere convincente, colui che manipola è invece impossibilitato a rivelare la propria strategia, non può per esempio dire “per convincerti ho accostato concetti che non hanno alcun nesso tra loro”, “attraverso un uso sapiente delle immagini e dei suoni ho suscitato in te delle emozioni al solo scopo di farti accettare la mia proposta”. Ai tempi di Aristotele i sofisti cercavano di manipolare i loro ascoltatori attraverso una retorica sapiente e sofisticata, oggi ci sono i mezzi di comunicazione multimediali dove alle parole si aggiungono le immagini, i suoni, il movimento, i primi piani, gli stacchi, le zumate eccetera ossia un insieme integrato di stimoli che, se ben manovrato, può avere effetti notevoli sul sistema nervoso degli spettatori, non solo convincerli ma anche emozionarli. Il problema è dunque l'uso che si fa di questi mezzi potenti, chi li gestisce e con quali finalità. Di casi clamorosi ce ne sono stati molti e continuano ad esserci. La tv ha il potere di trasformare una persona qualunque in un personaggio e, con i mezzi dello spettacolo, attribuirgli caratteristiche e meriti che non ha. Un caso emblematico fu quello del dott. Di Bella contrabbandato dai media come l'inventore di un farmaco miracoloso per la cura del cancro, quando invece non vi era alcuna prova che il suo farmaco avesse qualche efficacia. Conduttori di talk-show come Costanzo e Mentana, con l'occhi all'audience ma privi di qualsiasi competenza medica, cavalcarono la notizia e contribuirono sostanzialmente a creare una fiction dove agli oncologi italiani fu fatta fare la figura dei baroni assetati di soldi e di potere, mentre il dottor Di Bella, che non aveva alcun valido lavoro scientifico, fu descritto come un santo e uno scienziato solitario, secondo una iconografia ottocentesca ben diversa dal tipo di studioso e di ricercatore attuale che lavora in équipe, in grandi laboratori e sottopone i propri risultati al giudizio dei colleghi in convegni internazionale. In quell'occasione, come già spiegava Platone nel Gorgia, il “retore” (Di Bella spalleggiato da conduttori televisivi di successo beniamini del pubblico) ha avuto la meglio sul “medico” (gli oncologi) perché «chi non sa tra la gente che non sa, risulterà più persuasivo di chi sa».

2. Posto che la persuasione è il “sale” delle forme di comunicazione, quel che sembra oggi è che si possa fare a meno dell'argomentazione per prendere la strada dell'inganno. Parlare alle viscere, evocare emozioni piuttosto che significati è il rito del presente. A tal punto che la percezione prende spesso il posto della realtà. Il suo riferimento alle neuroscienze applicate alle tecniche e strategie di marketing è, in questo senso illuminante sul potenziale infinito di manipolazione delle menti...

C'è un caso molto illuminante che riporto nel libro. Nel 2004, parlando ad una platea di dirigenti televisivi, il direttore del primo canale della televisione pubblica francese, riferendosi alla Coca Cola che la sua rete doveva reclamizzare, fece questa dichiarazione: «Perché un messaggio pubblicitario sia percepito, bisogna che il cervello dello spettatore sia disponibile, le nostre trasmissioni hanno come obiettivo quello di renderlo disponibile: ossia di divertirlo, di rilassarlo per prepararlo tra due messaggi. Ciò che noi vendiamo alla Coca Cola è il tempo disponibile del cervello umano». Quindi, poiché le televisioni vivono di sponsorizzazioni, si arriva al paradosso che i programmi hanno lo scopo di preparare lo spettatore alla ricezione dei messaggi inviati dagli spot pubblicitari. E infatti spesso non c'è più stacco tra programma e pubblicità, per creare continuità emotiva tra il programma e la pubblicità gli stessi personaggi che vediamo nel programma li ritroviamo negli spot. C'è anche, frequente, la pubblicità occulta cioè incorporata nel programma stesso. L'idea è che l'affezione che lo spettatore sviluppa nei confronti dei personaggi del programma preferito passi da questi ai prodotti reclamizzati e al loro logo. Sono molti gli attori, i personaggi televisivi e le star dello sport che svolgono questo ruolo di collegamento tra le emozioni che essi suscitano nei loro fan e dei prodotti di consumo.



3. Come soggetti mancanti (e inquieti) e in quanto tali siamo sempre dei target dei media. Allora è il desiderio che ci rende meno protetti?

Indubbiamente c'è la propensione, in ognuno di noi, a credere in ciò che ci piace credere, ma non è solo il desiderio ad entrare in gioco, anche il piacere di lasciarci convincere, di essere in sintonia gli altri, di affidarsi al "capo" liberandosi da ogni responsabilità, di non correre il rischio di ritrovarsi da soli a sostenere una posizione controcorrente. Alcune di queste inclinazioni sono "a rischio", altre sono invece del tutto legittime e comprensibili, anche queste ultime però possono diventare pericolose se manipolate. Per esempio, lasciarsi guidare da una persona che ammiriamo, giudichiamo onesta e competente si rivela in molti casi un vantaggio (tutti i bambini si affidano agli adulti) se però questa persona è il guru di una setta para religiosa che basa il suo potere sul lavaggio del cervello dei suoi adepti le cose cambiano completamente. Ci sono poi una serie di "trappole" le cosiddette "euristiche" che vengono utilizzate per interpretare un fatto e giungere ad una conclusione quando non riusciamo ad analizzare tutte le componenti di una situazione: a volte funzionano, a volte ci portano fuori strada. Ad esempio: lo dice un esperto, sarà vero; i discorsi lunghi sono seri; chi usa parole difficili è colto; se costa tanto deve essere di qualità; se ci sono dati, tabelle e statistiche, deve essere un discorso fondato; se compare in televisione vuol dire che è una persona di valore. Ma cosa succede quando l'esperto non è esperto ma soltanto un personaggio dello spettacolo che esercita un fascino sul suo pubblico che ha nulla a che vedere con ciò che va sostenendo? Quando tra prezzo e qualità del prodotto non c'è corrispondenza? Quando non è possibile verificare la veridicità dei dati e delle statistiche che vengono sbandierate e diffuse? O ancora, quando a un personaggio come Fabrizio Corona viene data grande visibilità? In realtà ci sono personaggi che diventano famosi e di successo, invidiati e ammirati, soltanto per la visibilità di cui godono.

4. Anche la democrazia delle relazioni è oggi profondamente influenzata dal prevalere del prodotto politico sul contenuto politico. Lei come vede il rapporto tra media e politica?

I politici in Italia hanno invaso le televisioni perché sanno che apparire premia, al di là di ciò che uno può dire o fare. Gli stessi meccanismi che vengono impiegati per vendere un prodotto o un programma televisivo vengono utilizzati per valorizzare un personaggio politico, il suo partito, il suo "logo". Molti politici fanno riferimento ad una équipe di esperti della comunicazione, agenti, addetti stampa, curatori di immagine, che consigliano il capo, tengono i rapporti con i media, curano l'agenda giornaliera e settimanale del loro cliente, si occupano dei sondaggi, diffondono notizie più o meno addomesticate, a volte false. Questi metodi si sono diffusi prima negli USA, la patria di Hollywood, e poi in vari altri paesi. In Italia, Berlusconi ne fa un uso continuo. Lo spot "per fortuna che Silvio c'è" cantato da un gruppo di donne con lo sguardo sognante mentre ondeggiano a suon di musica è soltanto uno dei tanti esempi. L'esperto in comunicazione al servizio di un politico può anche creare delle narrazioni (vere e proprie telenovele) che attirano l'attenzione del pubblico e lo distolgono dai problemi più urgenti e pressanti. L'aspetto più inquietante è che attraverso i mass media che arrivano nelle case si può forgiare l'opinione pubblica. Sempre meno l'opinione pubblica si forma sulla base di un confronto diretto tra persone che hanno opinioni diverse, che si incontrano e discutono, ma sempre di più attraverso i mass-media che spesso e volentieri selezionano le notizie, le interpretano e le spettacolarizzano.

5. L'importanza della televisione nello sviluppo della personalità del bambino è enorme. Il 95% dei bambini tra i 4 ed i 14 anni la guardano, e di questi 3 milioni stanno attaccati allo schermo almeno 4 ore al giorno. Popper, in un celebre libro-intervista di qualche anno fa, Cattiva maestra televisione ebbe a dire, invero più con spirito di costruttiva provocazione che con animo liberticida, "stiamo educando i nostri bambini alla violenza attraverso la TV e gli altri mezzi di comunicazione e purtroppo abbiamo bisogno della censura". Lei che cosa ne pensa?

Condivido. È da anni che vado evidenziando gli effetti deleteri di una esposizione precoce e continuativa dei bambini al mezzo televisivo, prima ancora che siano in grado di parlare e di esercitare il senso critico. I bambini imparano imitando perciò fanno propri una serie di comportamenti, linguaggi e atteggiamenti che vedono rappresentati sullo schermo. Fino ad una certa età non differenziano tra realtà e fiction, tra vero e verosimile, tra esperienze dirette e rappresentazioni, prendono alla lettera i messaggi che li raggiungono e si affezionano a personaggi e programmi. Purtroppo oggi circolano persino programmi televisivi per neonati contrabbandati come stimoli che rendono i bambini più intelligenti e creativi. E così fin da piccolissimi vengono condizionati



allo schermo televisivo, allontanati da tutte quelle esperienze che, nel mondo reale, consentono di sviluppare l'intelligenza, il linguaggio, la socializzazione, ma anche il fisico tant'è che l'obesità infantile è in aumento. Per non parlare poi della strumentalizzazione che dei bambini viene fatta nella pubblicità e in quei programmi canori in cui i piccoli vengono esibiti come piccole star per il divertimento degli adulti.

Per quanto riguarda la censura bisogna considerare che non esiste solo una censura visibile, cioè quella che vieta programmi, strumentalizzazioni, scene degradanti o violenze, il che può avere un senso e una giustificazione (per esempio nei paesi del nord Europa sono vietati gli spot nei programmi per ragazzi), ma esiste anche una censura invisibile, "a monte", che consiste nel non mandare mai in onda alcuni tipi di programmi, più complessi e formativi, ma soltanto programmi popolari elementari e ripetitivi che puntano su messaggi ed emozioni molto semplici e che trasmettono i "valori" del mondo dello spettacolo come *Il Grande fratello*, *L'isola dei famosi*, *C'è posta per te*, *Uomini e donne*, *Ciao Darwin* ecc. Perché dare tanto spazio a programmi di così basso livello? Che effetto possono avere su una mente in formazione?

6. I bambini vengono costantemente stimolati, sollecitati a frequentare corsi di ogni genere, irregimentati in attività frenetiche dai loro genitori. Mentre *La solitudine felice* di F. Dolto, pare dirci altre cose...

Certamente, come noi adulti anche i bambini hanno bisogno per il loro equilibrio e benessere psicofisico di pause e di silenzi: questi servono per rielaborare le esperienze e per non perdere il contatto con il proprio mondo interiore. Se ne facciamo dei teledipendenti e degli eterodiretti essi avranno sempre bisogno di essere sollecitati dall'esterno e avranno grosse difficoltà ad auto motivarsi e a cogliere significati e valori non immediatamente evidenti ma di grande importanza per la loro vita presente e futura. Per esempio, non conta solo il look, non contano solo le apparenze o i beni di consumo, non conta soltanto apparire in tv: questi sono i "valori" del mondo dello spettacolo; nel mondo reale contano invece la creatività, l'intelligenza, la cultura, l'altruismo, la perseveranza, la capacità di capire se stessi e gli altri.

7. Quello che più risalta nei processi di comunicazione è l'effetto di lungo termine che essi producono sulle persone modificando paradigmi simbolici e culturali in modo, viene da dire, irrimediabile. Il linguaggio è mediatizzato al punto che le parole sono svuotate completamente del loro significato e non incontrano una soggettività incarnata. Se ne può davvero uscire?

Se ne può uscire imparando a riflettere e a decodificare i numerosissimi messaggi che riceviamo. Invece di assorbire passivamente bisogna sempre chiedersi chi invia questi messaggi e con quale obiettivo, se si tratta di una fonte attendibile oppure no. È bene servirsi di più fonti di informazione. Serve confrontarsi con gli altri. È importante che non solo chi gestisce l'informazione ma anche chi ne fruisce sia un "esperto" in grado di vederne i trucchi e le trappole. Un bravo manipolatore lavora sull'inconscio delle persone, sul loro bisogno di sicurezza e di continuità, cerca di emozionarle e di commuoverle, oppure di farle sentire inadeguate e diverse dagli altri, di far loro credere che le scelte che fanno sono libere, quando invece è lui a manipolarle. Dopo un po' di allenamento questo lavoro di decodifica diventa quasi un gioco divertente. È bene che i giovani comprendano che al di là della comunicazione c'è la meta comunicazione (una comunicazione sulla comunicazione), ossia una comunicazione implicita (nella scenografia, nei gesti, nel look, nel contesto in cui un personaggio è inserito ecc.) che può influenzarci e convincerci più di quella esplicita.

Per prendere la seria abitudine di riflettere sui meccanismi della comunicazione occorrerebbe prendersi del tempo. Ma è proprio questo che è molto difficile. Siamo inseguiti e bombardati costantemente dai messaggi di ogni tipo, perfino quando entriamo in ospedale o andiamo dal medico ed esistiamo in una sorta di corsa frenetica nella quale il tempo per sé è praticamente abolito ed il paradigma del cittadino consumatore si esprime in ogni dimensione dell'esistenza.

La scuola è il luogo ideale in cui questo tipo di formazione può essere fatta. Si tratta di ritrovare i tempi naturali dell'apprendimento e della vita in generale, di decondizionarci rispetto ai tempi trascinanti delle tecnologie e della televisione. Dobbiamo imparare a gestire le nuove tecnologie, che ovviamente, se ben gestite, possono esserci molto utili.

Anna Oliverio Ferraris



L'handicap nel contesto familiare e scolastico

Autore **Agnese Fatighenti** il 12/6/2005 dal sito di **Psicolab**

Alla Ricerca Di Una Terminologia Adeguata.

In passato termini come "idioti", "imbecille" e "handicappato" non avevano un significato offensivo, erano piuttosto ritenuti scientifici e in quanto tali utilizzati da medici, psichiatri, psicologi, per riferirsi ai vari livelli di ritardo mentale.

Attualmente si preferisce non usare questi vocaboli, non perché siano scorretti, ma perché col tempo, entrando a far parte del linguaggio comune, hanno acquisito una connotazione semantica negativa.

Dare una definizione univoca, esauriente e completa di handicap è difficile, in quanto si rischia di estendere il concetto a tal punto da considerare come portatori di handicap una percentuale elevata di soggetti.

La storia della terminologia del concetto di handicap è anche la storia della ricerca scientifica, dell'attività sociale, dell'attività degli insegnanti, storia di diverse epoche e di diversi luoghi.

Tra le definizioni più accreditate si ha quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 1980, in cui si distinguevano il livello della *menomazione*, il livello della *disabilità* e il livello dell'*handicap*: "L'handicap è la condizione di svantaggio vissuta da una persona a seguito di una menomazione e disabilità che limita o impedisce la possibilità di ricoprire il ruolo normalmente proprio a quella persona in relazione all'età, al sesso e ai fattori socio-culturali".

Nel 1999 l'OMS ha pubblicato una nuova classificazione in cui non si parla più di disabilità ma di attività personali e non più di handicap o svantaggio ma di partecipazione sociale.

Con *attività personali* si considerano le limitazioni di natura, durata e qualità che una persona subisce nelle proprie attività, a qualsiasi livello di complessità, a causa di una menomazione. Sulla base di questa definizione **ogni persona è diversamente abile**.

Con *partecipazione sociale* si considerano le restrizioni di natura, durata e qualità che una persona subisce in tutte le aree o gli aspetti della propria vita a causa dell'interazione fra le menomazioni, le attività ed i fattori contestuali.

Altra definizione di handicap comunemente accettata, è quella dichiarata dalla Legge Quadro n. 104 del 1992 art. 3: "È persona handicappata quella che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale (..) che causa difficoltà (..) tali da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione".

L'handicap Nel Corso Della Storia.

Scovare le tracce dell'handicap nella storia è un compito difficile, perché nel passato il disabile era emarginato, "invisibile" o peggio ancora, eliminato.

È interessante ripercorrere le varie fasi che il soggetto con handicap ha dovuto affrontare prima di essere preservato ed integrato all'interno della società.

La prima immagine attribuita all'handicap nella storia è quella di *monster naturae*, presente nell'antichità e nel Medioevo. Il "mostro" era il bambino che nasceva con un deficit, che era visto come un qualcosa di spaventoso, la cui madre veniva addirittura punita con la morte per averlo messo al mondo.

Nell'Ottocento, con Itard l'handicappato diviene un *selvaggio* da educare e la causa della sua malattia è attribuita all'ambiente in cui egli è cresciuto.

Nel vangelo troviamo indicazioni circa le credenze popolari del tempo secondo le quali l'handicap è considerato il frutto di un peccato. Il bambino con handicap era quindi un *peccatore* da salvare.

Passo importante si ha quando il soggetto con handicap diviene il malato da curare e finalmente, ai giorni nostri, con la fondazione di comunità e cooperative, il disabile è considerato persona da integrare.

Forse qualcuno non sa che c'era un Auschwitz prima d'Auschwitz: le camere a gas e la cremazione erano metodi già utilizzati per lo sterminio dei disabili. I medici nazisti applicavano quella che chiamavano "eutanasia" ai disabili e handicappati mentali in quanto ritenevano che le loro vite non meritassero di essere vissute, erano solo bocche da sfamare(...), insomma dovevano essere eliminati sia perché consumavano senza produrre, sia perché i loro handicap erano incompatibili coi requisiti razziali della società nazista.



L'handicappato che prende la parola.

È interessante presentare le testimonianze sottostanti perché rappresentano due donne in situazioni di handicap che sono diventate protagoniste della loro vita e che, pur non essendo l'emblema della maggioranza dei soggetti con handicap, possono però essere esemplari per tutti coloro che vivono la propria disabilità con senso di fallimento e impotenza e possono quindi indicare nuove piste di lavoro per gli educatori.

Helen Keller

Helen, nata nel 1880 nell'Alabama, Stati Uniti, all'età di 20 mesi rimase cieca e sorda in seguito ad una grave malattia. All'età di 24 anni si laurea e oltre all'inglese conosceva altre tre lingue: il latino, il tedesco ed un po' d'italiano.

Ha lasciato due testimonianze autobiografiche (Il racconto della mia vita e La chiave della vita-ottimismo) in cui ci fa conoscere la sua condizione; Con lei abbiamo un'eccezione e per questo non rappresentativa di tutti gli altri ciechi e sordomuti, ma è un contributo originale che trasmette la sua grande forza vitale, il suo modo di concepire la vita e il deficit.

Lei sostiene che il male impone una lotta che fa di noi esseri forti, pazienti e pronti al reciproco aiuto: "L'uomo deve comprendere il male e conoscere il dolore prima di dirsi ottimista e pretendere che altri creda giustificata la fede che lo anima".

Per Helen il deficit è stato un punto di forte ricchezza e socialmente utile, perché non le ha creato un sentimento d'inferiorità.

Rosanna Benzi

Un'altra handicappata d'eccezione è Rosanna, una donna Italiana costretta a vivere immobile in un polmone d'acciaio che diceva: "Essere handicappati è anche uno stato d'animo (..), se si crede che mi senta meno di un altro, dico che la mia immobilità non basta a farmi perdere per strada le chances che mi sono concesse (..)"

Possibile Aumento delle Difficoltà

Come abbiamo visto, la situazione di handicap, si ha quando la menomazione e/o disabilità comporta un insieme di effetti negativi per la vita di una persona inserita in una certa comunità; Andrea Canevaro scrive "l'handicap è un fatto relativo, non assoluto, al contrario di ciò che si può dire per il deficit (..), lo svantaggio è relativo alle condizioni di vita e di lavoro in cui l'individuo disabile è collocato". L'handicap è perciò un incontro tra situazione e persona, è uno svantaggio riducibile o, purtroppo, aumentabile.

Talvolta alcune situazioni di handicap sono più un prodotto sociale che non un inevitabile effetto della disabilità, da qui l'importanza del modo con cui l'individuo è educato o considerato dalla famiglia, dalla scuola o dalla società in generale.

l'integrazione scolastica, sociale e lavorativa, deve mirare in primis alla riduzione della situazione di handicap, perciò tutti coloro che appartengono al contesto di vita del disabile (genitori, insegnanti, operatori sociosanitari...), dovrebbero essere sempre molto attenti agli effetti che i propri interventi producono, a tutti i vari livelli, sul soggetto.

Perché l'integrazione non si trasformi in intromissione, vale a dire sconvolgimento delle normali abitudini di un gruppo di persone, è necessario non abbandonarsi al pregiudizio secondo cui l'handicap è necessariamente una condizione di dolore e di afflizione, ritenendo l'integrazione come unica soluzione dei problemi.

L'integrazione ha senso, solo se la si identifica con un processo personalizzato, che risponde ai bisogni d'ogni singolo soggetto con handicap, attraverso l'educazione e la partecipazione alla reale vita comunitaria.

Famiglia e Handicap.

Essere genitore di un figlio con handicap non è un ruolo che si sceglie e quindi non sempre si è preparati ad affrontare una responsabilità così faticosa e impegnativa; la nascita di un figlio disabile comporta una situazione di perdita, d'elaborazione di un lutto e quindi una riorganizzazione a livello familiare, essendo un evento che destabilizza e distrugge con violenza gli equilibri preesistenti. Si attiva fin da subito, soprattutto nella madre che riveste un ruolo fondamentale nella presa in carico del bambino, un meccanismo di colpevolizzazione in due direzioni: verso di sé, per aver messo al mondo un essere imperfetto e verso i medici, per le cure fornite al momento del parto e per la tempestività e correttezza della diagnosi.

Per questo è importante fornire dei supporti sia sociali, sia psicologici, sia medici alla famiglia.

Quando non si riesce a superare il dolore iniziale, si può evidenziare un atteggiamento di rifiuto, che talvolta si esprime nel correre da uno specialista all'altro per trovare una soluzione definitiva al problema; un atteggiamento iperprotettivo, tale da impedire al figlio con handicap di crescere ed infine un atteggiamento di negazione dell'handicap che si può esprimere in un totale diniego della realtà o come minimizzazione del danno.

Uno dei primi studiosi delle dinamiche familiari collegate all'handicap di un figlio, fu Faber, autore di due saggi nel 1959 e nel 1960; egli descrive le ripercussioni che la nascita di un bambino con handicap produce rispetto alla stabilità della famiglia. Secondo questo approccio, un bambino disabile è un fattore di enorme stress, ineliminabile, e la famiglia ne risulta perciò danneggiata irrimediabilmente, anche se poi le reazioni delle famiglie possono essere diversificate: in alcune l'aver un figlio handicappato rappresenta una tragedia, in altre una crisi che può risolversi.

Non si può fare a meno di affermare che la presenza di un handicap rappresenta un evento che coinvolge l'intero sistema familiare a vari livelli: non sono solo i genitori a risentire della situazione, ma anche gli eventuali fratelli, che possono trovarsi isolati nel caso in cui ci sia un'eccessiva concentrazione e un atteggiamento negativo verso la disabilità del fratello.

Esemplare della difficoltà di reazione della famiglia di fronte alla nascita di un figlio handicappato è l'innovativo romanzo *Nati due volte* di Giuseppe Pontiggia, in cui l'autore afferma, così come suggerisce il titolo, che "i bambini disabili nascono due volte: la prima li vede impreparati al mondo, la seconda dipende dall'amore e dall'intelligenza degli altri".

Attorno ai due protagonisti (padre e figlio disabile), si muovono una serie di personaggi che incarnano le diverse reazioni di fronte all'handicap: l'impreparazione e l'imbarazzo, ma anche la solidarietà altruistica.

L'integrazione Scolastica

In Italia c'è una scarsa, se non nulla, tradizione di ricerche nel campo dell'integrazione e la sua evoluzione non è stata lineare né omogenea, sia tra i vari ordini di scuola che tra le diverse realtà territoriali del Paese.

I primi interessi per l'educazione dell'handicappato si hanno negli anni '70, in particolare la legge 517 del 1977 sancì "forme di integrazione e sostegno a favore degli alunni portatori di handicap sia nella scuola elementare, che media inferiore"; inoltre fu previsto che "le classi che accolgono portatori di handicap siano costituite da un massimo di 20 alunni" e che gli alunni con handicap avessero un'insegnante di sostegno.

Nel 1979 fu stabilito che ogni insegnante di sostegno potesse seguire un massimo di quattro alunni e alla fine degli anni '80 venne estesa anche alle scuole medie superiori il diritto all'integrazione scolastica degli studenti con handicap.

Per quanto riguarda le insegnanti di sostegno, dagli anni '98-'99 non vengono più assegnate in rapporto al numero di allievi certificati con handicap, ma con la proporzione di un insegnante ogni 138 allievi (in situazione di handicap o no).



Attualmente è cambiato anche il numero di allievi che possono trovarsi in una classe in cui è inserito un allievo portatore di handicap, non più 20 ma 25.

Dal punto di vista normativo è necessaria l'individuazione della persona con handicap e quindi di una diagnosi funzionale, che ne definisca meglio la compromissione funzionale dello stato psico-fisico; la diagnosi funzionale è effettuata dagli operatori dell'A.S.L. e deve essere continuamente aggiornata per poter essere attendibile.

Il **profilo dinamico funzionale** (PDF), previsto dalla legge 104/92, è un documento successivo alla diagnosi funzionale, redatto da operatori sociosanitari in collaborazione con familiari e scuola; il PDF dovrebbe indicare il prevedibile sviluppo dell'alunno con handicap, concentrandosi più sulle sue potenzialità che sulle sue carenze.

Diverso è il **piano educativo individualizzato** (PEI) che dovrebbe riassumere gli interventi predisposti dalle A.S.L., dalla scuola, dall'ente locale e dalla famiglia dell'alunno.

Gli obiettivi e le modalità d'intervento sono però differenti, perché gli allievi in situazione di handicap sono molto diversi tra loro.

Spesso viene fatta confusione tra campo formativo e campo terapeutico/riabilitativo, è invece importante tenere presente che *la scuola non interviene sulla disabilità, ma sulla dimensione dell'handicap*, con lo scopo di rimuovere le barriere fisiche, psicologiche e sociali che frenano la strutturazione dell'identità nel bambino.

L'integrazione non è ritenuta utile solo per il bambino, ma anche per chi si trova ad interagire con lui; la presenza di un soggetto in situazione di handicap nella scuola, comporta un'opportunità di crescita personale per tutti gli allievi.

Essi, attraverso il contatto diretto con una realtà fisica, intellettuale ed emotiva diversa, possono acquisire una più ricca consapevolezza del problema della diversità.

Per quanto concerne la didattica, sarebbe più produttivo che gli insegnanti proponessero argomenti ampi, stimolanti e pluri-risolvibili (affrontabili con la lingua scritta, col linguaggio orale, col disegno..) favorendo quindi un insegnamento differenziato ma allo stesso tempo cooperativo.

Mi sembra infine doveroso presentare quelli che sono i limiti della realtà italiana:

- inadeguate scuole di specializzazione per insegnanti di sostegno;
- scarsa formazione degli insegnanti curricolari sulle problematiche del sostegno e dell'educazione;
- gli alunni con disturbo d'apprendimento e con svantaggio socio-culturale sono poco seguiti;
- scarso supporto da parte di specialisti (pedagogisti e/o psicologi) in una realtà interattiva.

L'integrazione Sociale e Lavorativa.

Il soggetto in situazione di handicap, non vive solo a scuola o in famiglia, ma è a sua volta inserito in un contesto sociale.

L'integrazione sociale si esplica attraverso l'assistenza economica, il superamento delle barriere architettoniche e l'orientamento lavorativo e professionale.

Esistono tre forme di assistenza economica:

- pensione di invalidità per i mutilati e gli invalidi civili con un'invalidità totale;
- assegno mensile d'assistenza per individui maggiorenni con invalidità superiore ai due terzi;
- assegno di accompagnamento per i minori che frequentano una struttura riabilitativa o educativa.

Come si può notare, l'assistenza economica pone come condizione l'invalidità permanente o superiore ai due terzi, per evitare che ne usufruiscano anche persone che non ne hanno bisogno.

Come fa ad esserci integrazione se, a causa di deficit motori o visivi, non si riesce ad entrare in un cinema o a premere i tasti di un ascensore? La legge quadro n. 104 del 1992 prevede sanzioni amministrative per inadempienze in questo campo, favorendo così l'abbattimento delle *barriere architettoniche*.

Tra le iniziative che contribuiscono a tale superamento si hanno:

- semafori per non vedenti dotati di fischio intermittente che fa capire le durata del tempo a disposizione per attraversare la strada;
- indicatori in scrittura Braille sui tasti degli ascensori e delle monete;
- in varie città la riduzione del prezzo per l'utilizzo del taxi;

L'orientamento e la formazione professionale avvengono attraverso la scuola secondaria, scuole di formazione professionale, inserimenti in cooperative sociali, anche se risulta importante distinguere alunni con deficit motorio, visivo o uditivo che possono frequentare tali strutture, da soggetti con ritardo mentale o autismo, per i quali non è consigliata la frequenza di licei o altre tipologie di scuole impegnative, bensì di scuole professionali organizzate adeguatamente.

Per l'adulto in situazione di handicap, l'inserimento all'interno del mondo del lavoro è un traguardo importante, che gli permette di sentirsi realizzato e "come gli altri".

In base al nostro ordinamento, l'inserimento lavorativo degli invalidi avviene, oltre che con le normali procedure di collocamento, anche attraverso le assunzioni obbligatorie, le quali prevedono una riserva del 12% dei posti per soggetti con deficit, sia nel settore pubblico che privato.

Alcuni datori di lavoro sono però restii nell'applicare questo sistema d'assunzioni a causa della mancanza di qualificazione professionale del lavoratore; infatti, si registra un numero inferiore di posti effettivamente usati rispetto a quelli previsti dalla legge.

Un altro problema è l'insufficiente tutela per gli invalidi gravi, che sono considerati dall'attuale normativa come gli invalidi leggeri, con l'aggravante di essere rifiutati dalla maggior parte dei datori di lavoro.

Dal 2000 una nuova legge ha portato ulteriori modifiche alle leggi precedenti:

- le imprese devono assumere un lavoratore in situazione di handicap ogni 15/35 dipendenti;
- per imprese con 36/50 dipendenti l'obbligo è di assumere due lavoratori portatori d'handicap;
- per imprese con un numero di dipendenti superiore a 50 l'obbligo è di assumerne il 7%.

Per una giusta integrazione lavorativa si devono evitare situazioni in cui la persona viene lasciata sola, improduttiva, oppure a fare lavori ripetitivi o in cui è richiesta troppa responsabilità.

L'importante è favorire un lavoro d'equipe, coinvolgendo la famiglia e sensibilizzando gli altri lavoratori, ecco perché è preferibile l'introduzione del soggetto con handicap in cooperative sociali.



Il caregiver

In pazienti affetti da demenza di varia natura il ruolo del caregiver (colui che assiste, letteralmente, generalmente un familiare, ma anche un badante) è estremamente gravoso per la continua assistenza richiesta. I cosiddetti “moduli respiro” oppure “ricoveri di sollievo” (secondo le dizioni in uso nelle aziende sanitarie italiane) rappresentano varie modalità per sollevare temporaneamente chi si occupa dell’assistenza a domicilio di un paziente affetto da demenza. Gli interventi differiscono fra loro per sede (soggiorno in struttura residenziale oppure in “diurno” con il ritorno a casa per la notte oppure intervento a domicilio), per le caratteristiche del personale (qualificato, generico, volontari), per la durata (da poche ore per settimana, ad alcune settimane).

Probabilmente, molte famiglie non si avvalgono di questo tipo di servizio perché ritengono di gestire al meglio la propria situazione, non desiderano interrompere una consolidata routine, oppure non trovano nel proprio contesto la modalità di sostegno che gradirebbero o, ancora, temono che sia una specie di abbandono del loro congiunto o che al termine del periodo di sollievo si sentirebbero ancora più gravati.

Fonte: **Mariolina Congedo**, neurologo ASS 4 “Medio Friuli”, Distretto di Udine

L'anziano e il mondo dell'ICT

di Stefano Pierini

mercoledì 22 settembre 2010

Il termine anziano sta perdendo sempre più il connotato negativo. Una volta si diceva “è un vecchio”, mentre oggi sempre più spesso si parla di nonni con significato tout court

La società ha modificato la sua composizione demografica e nei centri urbani la popolazione over 65 costituisce ormai quasi il 25 % del totale. Ma molte situazioni di vita urbana trascurano questa diversa composizione sociale. La stessa tecnologia non riesce ancora a percepire come “importante” il problema: vediamo, ad esempio, come sono progettate le comunicazioni per l'utilizzo dei mezzi pubblici. Alle fermate dei bus si trovano segnaletiche minuziose, particolareggiate, ma con scritte che sono invisibili alle persone di una certa età che hanno i normali problemi di vista (miopia, presbiteria) e siccome i maggior utilizzatori del mezzo pubblico sono proprio gli anziani, risultano poco efficaci come strumento di informazione. Alcune amministrazioni, dimostrando anche una buona lettura dei fabbisogni degli over 65, hanno installato in alcuni possibili luoghi cittadini dei bagni pubblici, con aspetto decoroso e ben mimetizzabile. Ma hanno utilizzato la lingua inglese e hanno illustrato con immagini multi task le varie sequenze per l'apertura e la chiusura, rendendo “ansioso” il loro utilizzo per chi non conosce termini stranieri o simboli magari utilizzati dai giovani. Questo breve esempio viene citato per dimostrare come sia necessario nella progettazione rivedere le varie categorie di target e prendere coscienza che l'utilizzatore finale maggiore possa avere caratteristiche di fruibilità molto diverse da un utilizzatore casuale.

L'anziano e la multimedialità

Cosa utilizza l'over 65 della tecnologia multimediale di norma presente nelle abitazioni o nei centri commerciali? I dati riferiti all'anno 2007, evidenziano questo scenario:

- il 90% la tv
- il 3% la pay-tv
- il 2,5% il cellulare
- il 2% il videoregistratore

Un 13,5% utilizza la carta di credito (o bancomat), il 7% adopera il Pc frequentemente, mentre la navigazione in rete viene effettuata dal 2,5% degli anziani.

La programmazione europea, regionale e le necessità sociali

Le barriere per una maggiore espansione sono rappresentate dal costo e dalla carenza di formazione. Nel 2007 l'Unione Europea, attraverso il Comitato delle Regioni, aveva prodotto delle raccomandazioni strategiche con il piano di azione “*Invecchiare bene nella società dell'informazione*”. Nello stesso programma comunitario “*i-2010. Una società europea dell'informazione per la crescita e l'occupazione*”, le esigenze di una società che sta invecchiando velocemente avevano trovato ampio spazio di intervento e attenzione. Il documento delle Regioni si poneva come obiettivo di stimolare l'interesse dei governi europei nello sperimentare le tecnologie sia in ambito professionale che in quello domestico. L'utilizzo dei fondi strutturali europei, ognuno per la sua specificità, potrà far sperimentare alcune innovazioni tali da orientare alcune scelte di vita sociale che rendano maggiormente fruibile l'apporto dell'esperienza dell'anziano.

Da www.pubblicaamministrazione.net





Contro le demenze ecco la 'doll therapy'

16 luglio 2009 Resto del Carlino

Nuovo progetto alla casa protetta di Tossignano

QUANDO si assistono i malati di demenza, bisogna uscire dalla dimensione razionale, per entrare in una dimensione emozionale. La demenza, in particolare quella di Alzheimer, sconvolge tutti i canoni classici della comunicazione. Il malato sente il bisogno di esprimersi senza però sapere come fare. Chi assiste ha il dovere di creare le occasioni e di sforzarsi di entrare nel mondo del malato, cercando di capirlo e di farsi capire.

Partendo da questa convinzione, dal luglio 2008 il personale sanitario e socio-assistenziale della casa protetta Santa Maria di Tossignano ha intrapreso un percorso sperimentale di doll therapy (una terapia che prevede l'uso di speciali bambole) con alcune ospiti della struttura, avvalendosi del supporto di Ivo Cilesi, esperto di terapie non farmacologiche della Fondazione Cardinal Gusmini di Vertova (Bergamo).

IL GRUPPO di lavoro che si è impegnato nella sperimentazione era composto da più figure professionali che operano alla casa di riposo: Gino Faccani (medico di famiglia), Stefania Campitelli (fisioterapista), Morena Vasile (animatrice) e Barbara Colombo (infermiera), ma è stato il contributo di tutti gli operatori e dei familiari a rendere attuabile il progetto. «La doll therapy? - spiega Barbara Colombo - è una terapia non farmacologica che prevede l'uso di speciali bambole terapeutiche provenienti dalla Svezia, che presentano particolari caratteristiche in termini di peso, dimensioni, tratti somatici, posizione delle braccia e delle gambe, materiale e altro. Nei confronti di queste bambole, il malato esprime il proprio affetto e rivolge le proprie attenzioni, identificandole come un bambino e non più come bambola. L'impegno nell'accudimento, nonché l'attivazione di relazioni tattili, portano a una diminuzione dei disturbi comportamentali e stimolano i processi di memoria, la creatività, il dialogo e la capacità di relazione permettendo, talvolta, la diminuzione delle terapie farmacologiche».

LA CASA PROTETTA di Tossignano ospita 40 anziani non autosufficienti nei quali il deficit cognitivo e i disturbi del comportamento sono prevalenti. «Anche noi, negli anni, abbiamo assistito all'aumento del numero di ospiti con problemi di demenza - osserva Gino Faccani -. Le raccomandazioni dei più importanti organismi internazionali ribadiscono di attuare, nelle demenze di grado lieve, un intervento non farmacologico prima di intervenire con i farmaci e di utilizzare questi ultimi solo se necessario e in sinergia con il trattamento non farmacologico nelle forme di grado moderato-grave. Ci è parso quindi doveroso sperimentare una di queste metodiche alternative: abbiamo preso contatti con Cilesi che ci ha fornito le informazioni necessarie per la stesura del progetto doll therapy».

IL TEAM ha selezionato alcune ospiti che possedevano i requisiti per rientrare nel progetto, primo fra tutti un deficit cognitivo medio-grave che permettesse loro di identificare la bambola come persona-bambino. «È stata una fase molto importante - aggiunge Morena Vasile - in cui è stata necessaria la collaborazione del familiare di riferimento per poter acquisire la 'biografia' del paziente ed escludere ospiti nel cui vissuto ci fossero stati eventi luttuosi o traumatici legati all'esperienza di maternità: è una controindicazione importante alla terapia della bambola. Abbiamo acquistato quattro bambole assegnate alle ospiti secondo precise modalità».

«L'INTERVENTO - prosegue Vasile - è stato strutturato e personalizzato. Il piano terapeutico prevedeva la consegna della bambola-bambino da parte degli operatori, codificata in base all'insorgenza di un bisogno (comparsa di stato agitato acuto) o modulata in base a un programma quotidiano (individuando fasce orarie critiche). E i risultati non si sono fatti attendere.

La musica come intervento sulla sofferenza e sul disagio.

Rosella De Leonibus - Francesco Delicati


Musicoterapia: un termine che deriva dalla fusione di due concetti. Da un lato la Musica, e dall'altro il Curare; si tratta quindi di una disciplina che utilizza una delle arti più illustri come strumento per intervenire sulla sofferenza e sul disagio. Sono quindi implicati nella definizione di musicoterapia fattori come sollievo, cambiamento, relazione personale. La musica, allora, viene proposta non come fine ma come mezzo e l'intervento musicoterapeutico non consisterà in un prodotto musicale, e neppure in una mera attività ricreativa; al contrario, la musica verrà utilizzata come stimolo per la crescita personale e lo sviluppo a tutti i livelli: fisico, intellettuale, emotivo, sociale, ... Produrre un cambiamento nell'atteggiamento globale di una persona rispetto alla sua sofferenza è lo scopo centrale della musicoterapia: "Si usa la musica in un contesto terapeutico per indurre cambiamenti nei sentimenti e nel comportamento del paziente". (Fleshman and Fryear 1981). Si tratta quindi di un intervento di carattere preventivo e terapeutico-riabilitativo che utilizza l'espressione musicale (in quanto forma di comunicazione non -verbale) finalizzandola alla stimolazione e allo sviluppo di funzioni quali l'affettività, la motricità, il linguaggio, ecc. Emerge allora un altro elemento all'interno della definizione di musicoterapia la centralità del rapporto che si stabilisce tra paziente e musicoterapeuta dove il linguaggio per comunicare e quello dei suoni. "Una forma di trattamento in cui è messa in atto una scambievole relazione tra paziente e terapeuta che rende possibili cambiamenti nella condizione del paziente... Usando la musica creativamente nel setting clinico, il terapeuta cerca di stabilire una interazione attraverso l'esperienza musicale, con lo scopo di perseguire obiettivi terapeutici specifici rispetto alla patologia del paziente". (Associazione dei Musicoterapeuti Professionisti in Gran Bretagna Apmt - 1982). Si viene delineando lo specifico quadro di riferimento entro il quale si articola questa disciplina: un campo specialistico di studio dei possibili interventi sulla sofferenza umana, attraverso l'impiego della relazione terapeutica centrata sul suono, il ritmo, e il linguaggio musicale. La situazione terapeutica si avvale perciò di una comunicazione prevalentemente agita attraverso il linguaggio non-verbale, della musica, dove per termine "musica" si intende non soltanto ciò che correntemente viene definito come evento musicale, ma l'intero mondo del suono e cioè: musica propriamente detta; suono/ritmo; suono/movimento; vocalità (dai semplici suoni vocalici al canto). Le prime applicazioni pratiche in epoca moderna le troviamo negli Usa, dopo la prima guerra mondiale, dove veniva fornito un "aiuto musicale" all'interno degli ospedali per ex-combattenti. A partire dagli anni '50 si sono sviluppate in tutto il mondo le ricerche e l'applicazione della musicoterapia con la fondazione di varie scuole, a Londra, a Parigi, a Buenos Aires, a Vienna, a Salisburgo, eco... Nel 1975 si è costituita una Associazione Italiana Studi di Musicoterapia (Aismt) come luogo di coordinamento e di sviluppo delle forze scientifiche, artistiche e culturali interessate alla disciplina. Attualmente in Italia vi sono tre principali indirizzi di ricerca: - quello che sviluppa prevalentemente metodiche straniere (Alvin, Benenzon, Orff); - quello che applica tecniche di induzione di stati psicofisici attraverso l'ascolto musicale; - quello che ha elaborato un metodo più aperto al dialogo con altre discipline: dalla psicoanalisi alla danzaterapia, alla psicomotricità, alla medicina psicosomatica, alla neuropsicologia, ecc. Ne deriva una collocazione della musicoterapia nell'ambito della art-therapy.

Musicoterapia in pratica

Due sono i percorsi fondamentali della pratica musicoterapeutica, per lo più in dialogo tra di loro, anche se i vari indirizzi privilegiano di volta in volta l'uno o l'altro approccio. Possiamo parlare infatti di un metodo "ricettivo" e di un metodo "attivo". Nella formula "ricettiva" viene messo in primo piano l'ascolto di brani musicali, oppure anche di ritmi e sonorità particolari, tratti dall'intero patrimonio musicale: dalla musica classica a quella folk, dai suoni naturali alla musica elettronica...

All'ascolto musicale viene collegata a seconda dei casi una proposta di movimento, oppure l'invito a tradurre in forme grafiche ciò che l'ascolto ha evocato. Il soggetto viene poi sollecitato, quando è in grado di esprimersi anche verbalmente, a comunicare al gruppo o al terapeuta le sue immagini interne.





Va sottolineata l'estrema delicatezza del momento della scelta dei brani da proporre per l'ascolto, ed è molto importante tener presente che non esiste alcuna "ricetta" secondo la quale certi tipi di musica possano essere prescritti per specifiche malattie. Viceversa la terapia musicale va studiata ad hoc per ogni singolo caso, con una estrema attenzione a parametri sonoro-musicali del brano proposto per l'ascolto.

Nella formula "attiva" si arriva a fare direttamente musica, nel senso più ampio del termine; utilizzando la voce, gli strumenti musicali, oggetti sonori....

È il caso di specificare che, nella formula "attiva", l'obiettivo non consisterà mai nel produrre (o riprodurre) una composizione musicale in quanto tale.

La musica sarà assunta invece come un linguaggio: il linguaggio nel quale la persona esprime se stessa e nel quale il musicoterapeuta dialoga col soggetto.

Da parte del musicoterapeuta si tratta cioè di recepire in termini sonori la comunicazione del paziente e rispondergli nella stessa lingua. È utile precisare che è assolutamente irrilevante che il paziente abbia o meno conoscenze di tecnica musicale e strumentale in quanto la sua produzione sonora dovrà essere la più immediata e la più spontanea possibile; viceversa al musicoterapeuta è richiesta una solidissima preparazione.

Le possibili applicazioni

Vari sono gli ambiti di intervento in cui può essere efficacemente utilizzata la musicoterapia: primo tra tutti il vasto campo delle problematiche relazionali ed affettive, dove l'intervento musicoterapeutico può motivare il soggetto alla comunicazione, stimolare la sua capacità di relazionarsi agli altri, offrire un sostegno all'emotività.

Un altro campo di applicazione assai proficuo è quello delle patologie della sfera motoria: l'intervento sarà mirato a riattivare il movimento naturale, in modo da migliorarne la funzionalità.

Un'applicazione elettiva della musicoterapia è quella che si rivolge ai portatori di deficit sensoriale: i minorati della vista possono specializzare e qualificare la propria capacità uditiva per sopperire con essa al deficit visivo. Nei minorati dell'udito si valorizza la capacità uditiva residua lavorando sulla percezione dei suoni per via tattile e vibratoria. Anche nei disturbi del linguaggio la musicoterapia è utilmente impiegata: si può migliorare il ritmo dell'eloquio, l'articolazione, l'emissione vocale ...

L'intervento di musicoterapia può essere individuale o di gruppo. Può essere il risultato di una scelta tra una gamma di interventi possibili oppure può essere attivato parallelamente ad altri approcci riabilitativi, come anche può precedere, accompagnare o sostituire una psicoterapia.

Professionalità del musicoterapeuta

A questo punto si fa evidente quale sia la competenza e il livello di preparazione che è richiesto per la pratica musicoterapeutica: si tratta di una professione tutta particolare, che richiede da un lato una conoscenza approfondita della musica, ma dall'altro una solida conoscenza di discipline quali la neurologia, la psichiatria, la psicologia, mentre contemporaneamente devono essere presenti qualità personali di comunicatività, empatia, espressività... La formazione del musicista terapeuta è stata oggetto di lunghi dibattiti e sperimentazioni.

Nel 1981, dopo aver consultato i programmi delle maggiori scuole del mondo, con molto coraggio e lungimiranza è stato istituito ad Assisi (Pg) presso il Centro Educazione Permanente - Sezione Musica della Pro Civitate Christiana, un corso quadriennale di musicoterapia. La finalità del corso è la formazione di competenze specifiche, teoriche e pratiche, per l'uso del suono/musica in attività di prevenzione, riabilitazione e terapia.

La professionalità che viene acquisita va a sommarsi alla professionalità di base del corsista, determinando, a

seconda appunto della formazione personale, una specifica competenza nel campo educativo, o nel campo delle metodologie riabilitative, ovvero in quello psicoterapeutico.

Applicazioni riabilitative e terapeutiche della musica Raccogliamo in un quadro di insieme le principali situazioni patologiche in cui si è dimostrata utile la musicoterapia.

Questo quadro è stato predisposto come base per un confronto tra varie branche della medicina e della psicologia e vuole essere non tanto un risultato definito, quanto lo stimolo per una riflessione serena e scientifica sulle possibilità di applicazione della musicoterapia.

Patologie somatiche

- **Lesioni dell'apparato scheletrico**

lo stimolo musicale motiva la motricità e costituisce un supporto e uno stimolo per la mobilitazione attiva.

- **Lesioni del Sistema nervoso centrale e periferico.**

Adeguate forme: ritmiche ed intonazioni possono supportare la attivazione del soggetto.

- **Lesioni dermatologiche**

La stimolazione psicomusicale favorisce il movimento che migliora il trofismo della pelle.

- **Lesioni cerebrali, (sclerosi a placche, il morbo di Parkinson.)**

La musica, oltre a motivare la motricità, può migliorare la tendenza ai movimenti incontrollati e favorire il rilassamento e il riassetto posturale.

- **Disprassie, cioè disturbi della funzione di organizzazione del movimento.**

Gli stimoli psico-musicali migliorano la programmazione motoria e la funzionalità dei gesti.

- **Malattie cardio-respiratorie**

La rieducazione funzionale con la musicoterapia può ottenere la collaborazione attiva del paziente.

- **Geriatría**

La musicoterapia può aiutare la ripresa del contatto col corpo e motivare la mobilitazione attiva meglio dello stimolo verbale.

- **Minorazione della vista**

L'azione positiva può avvenire sia sul piano della personalità (motivazione, socializzazione, creatività) che su quello della motricità, migliorando la coordinazione e superando l'impaccio.

- **Minorazione dell'udito**

L'esperienza tattile della vibrazione sonora e del ritmo aiuta il non udente a riappropriarsi dello spazio sonoro, fino a consentirgli di avvicinarsi al recupero del linguaggio.

- **Malattia terminale e dolore cronico**

La musicoterapia fornisce sostegno e aiuto motivazionale, nonché fa diminuire la sensibilità al dolore, permettendo la riduzione dei farmaci

- **Patologie psicosomatiche**

Tutta l'area delle manifestazioni patologiche dove il corpo parla attraverso il dolore o la malattia per esprimere un disagio di origine psichica, affettiva relazionale. Con la musicoterapia, attraverso il rilassamento e il movimento spontaneo si può raggiungere una consapevolezza corporea molto intensa che permette e facilita l'integrazione sul piano psichico.

- **Patologie mentali Psicosi ed autismo**

Il canale comunicativo non verbale del suono e della musica può essere l'unico linguaggio di comunicazione possibile.



- **Schizofrenia**

La funzione contenitiva e rassicurante dell'esperienza musicale può agire positivamente sull'angoscia e la distruttività, nonché fornire un impulso alla comunicazione e alla reintegrazione dell'esperienza corporea.

- **Stati maniacali**

Il ritmo e il suono contengono l'accelerazione psicomotoria tipica di questo stato, fornendo un'adeguata canalizzazione all'energia.

- **Stati depressivi**

La stimolazione ritmica può fornire un impulso dinamizzante e la musica aiuta la mobilitazione della affettività.

- **Nevrosi fobiche e ossessive**

La musicoterapia può essere utilizzata per il rilassamento e per produrre decondizionamento.

- **Disturbi del carattere**

La musicoterapia può aiutare la espressione e la canalizzazione delle pulsioni interne disturbanti.

- **Tossicodipendenza**

L'esperienza musicale può fornire un forte stimolo sensoriale immaginativo utile durante la disintossicazione, mentre l'induzione al movimento che essa genera può aiutare a trovare un miglior rapporto con la corporeità.

- **Medicina prenatale e perinatale**

La stimolazione musicale sembra influenzare positivamente la motilità fetale, mentre nel caso dei prematuri può fornire stimolazioni sensoriali di tipo vibratorio molto simili all'ambiente uterino.

- **Gravidanza e preparazione al parto**

La consapevolezza corporea può essere molto migliorata dal movimento spontaneo indotto dalla musica, e nello stesso tempo il training respiratorio può essere facilitato, come pure può essere indotto il rilassamento e la distensione immaginativa.

Per la realizzazione di questo quadro abbiamo attinto a: Gian Paolo Guaraldi - Pier Luigi Postacchini - Le applicazioni riabilitative e terapeutiche della musica in P. L. Postacchini, «Neurologia» - Dispensa area informativa del corso quadriennale di Musicoterapia, Pro Civitate Christiana Assisi, 1985.



La sindrome del burn-out

Alcuni autori lo identificano con lo stress lavorativo specifico delle helping professions, altri affermano che il burn-out si discosta dallo stress per la depersonalizzazione, cui esso dà luogo, che è caratterizzata da un atteggiamento di indifferenza, malevolenza e di cinismo verso i destinatari della propria attività lavorativa.

Il burn-out può anche essere inteso come una strategia particolare adottata dagli operatori per contrastare la condizione di stress lavorativo determinata da uno squilibrio tra richieste/esigenze lavorative e risorse disponibili. Comunque esso va inteso come un processo multifattoriale che riguarda sia i soggetti che la sfera organizzativa e sociale nella quale operano.

Il concetto di burn-out (alla lettera essere bruciati, esauriti, scoppiati) è stato introdotto per indicare una serie di fenomeni di affaticamento, logoramento e improduttività lavorativa registrati nei lavoratori inseriti in attività professionali a carattere sociale. Questa sindrome è stata osservata per la prima volta negli Stati Uniti in persone che svolgevano diverse professioni d'aiuto: infermieri, medici, insegnanti, assistenti sociali, poliziotti, operatori di ospedali psichiatrici, operatori per l'infanzia.

Attualmente non esiste una definizione universalmente condivisa del termine burn-out. Freudenberger è stato il primo studioso a usare il termine "burn-out" per indicare un complesso di sintomi, quali logoramento, esaurimento e depressione riscontrati in operatori sociali americani.


Successivamente Cherniss con "burn-out syndrome" definiva la risposta individuale ad una situazione lavorativa percepita come stressante e nella quale l'individuo non dispone di risorse e di strategie comportamentali o cognitive adeguate a fronteggiarla.

Secondo Maslach, il burn-out è un insieme di manifestazioni psicologiche e comportamentali che può insorgere in operatori che lavorano a contatto con la gente e che possono essere raggruppate in tre componenti: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale. L'esaurimento emotivo consiste nel sentimento di essere emotivamente svuotato e annullato dal proprio lavoro, per effetto di un inaridimento emotivo del rapporto con gli altri. La depersonalizzazione si presenta come un atteggiamento di allontanamento e di rifiuto (risposte comportamentali negative e sgarbate) nei confronti di coloro che richiedono o ricevono la prestazione professionale, il servizio o la cura. La ridotta realizzazione personale riguarda la percezione della propria inadeguatezza al lavoro, la caduta dell'autostima ed il sentimento di insuccesso nel proprio lavoro.

Il soggetto colpito da burn-out manifesta sintomi aspecifici (irrequietezza, senso di stanchezza ed esaurimento, apatia, nervosismo, insonnia), sintomi somatici (tachicardia, cefalee, nausea, ecc.), sintomi psicologici (depressione, bassa stima di sé, senso di colpa, sensazione di fallimento, rabbia e risentimento, alta resistenza ad andare al lavoro ogni giorno, indifferenza, negativismo, isolamento, sensazione di immobilismo, sospetto e paranoia, rigidità di pensiero e resistenza al cambiamento, difficoltà nelle relazioni con gli utenti, cinismo, atteggiamento colpevolizzante nei confronti degli utenti). Tale situazione di disagio molto spesso induce il soggetto ad abuso di alcool o di farmaci.

Gli effetti negativi del burnout non coinvolgono solo il singolo lavoratore ma anche l'utenza, a cui viene offerto un servizio inadeguato ed un trattamento meno umano.

Dagli studi presenti in letteratura è multifattoriale a determinare il quale concorrono: variabili individuali, fattori socio-ambientali e lavorativi.



Per l'insorgenza del burnout possono avere importanza fattori socio-organizzativi quali le aspettative connesse al ruolo, le relazioni interpersonali, le caratteristiche dell'ambiente di lavoro, l'organizzazione stessa del lavoro.

Inoltre sono state studiate le relazioni tra variabili anagrafiche (sesso, età, stato civile) e insorgenza del burnout. Tra queste l'età è quella che ha dato luogo a maggiori discussioni tra i diversi autori che si sono occupati dell'argomento. Alcuni sostengono che l'età avanzata costituisca uno dei principali fattori di rischio di burnout mentre altri ritiene invece che i sintomi di burnout sono più frequenti nei giovani, le cui aspettative sono deluse e stroncate dalla rigidità delle organizzazioni lavorative.

Tra gli specialisti quelli più a rischio per il burn-out sono quelli che operano nell'ambito della medicina generale, della medicina del lavoro, della psichiatria, della medicina interna e dell'oncologia.

I risultati sembrano quindi indicare una polarizzazione tra "specialità a più alto burn-out", dove spesso ci si occupa di pazienti cronici, incurabili o morenti, e "specialità a più basso burn-out", ove i malati hanno prognosi più favorevole.

L'insorgenza della sindrome di burn-out negli operatori sanitari segue generalmente quattro fasi. La prima fase (entusiasmo idealistico) è caratterizzata dalle motivazioni che hanno indotto gli operatori a scegliere un lavoro di tipo assistenziale: ovvero motivazioni consapevoli (migliorare il mondo e se stessi, sicurezza di impiego, svolgere un lavoro meno manuale e di maggiore prestigio) e motivazioni inconsce (desiderio di approfondire la conoscenza di sé e di esercitare una forma di potere o di controllo sugli altri); tali motivazioni sono spesso accompagnate da aspettative di "onnipotenza", di soluzioni semplici, di successo generalizzato e immediato, di apprezzamento, di miglioramento del proprio status e altre ancora.

Nella seconda fase (stagnazione) l'operatore continua a lavorare ma si accorge che il lavoro non soddisfa del tutto i suoi bisogni. Si passa così da un superinvestimento iniziale a un graduale disimpegno. La fase più critica del burn-out è la terza (frustrazione). Il pensiero dominante dell'operatore è di non essere più in grado di aiutare alcuno, con profonda sensazione di inutilità e di non rispondenza del servizio ai reali bisogni dell'utenza; come fattori di frustrazione aggiuntivi intervengono lo scarso apprezzamento sia da parte dei superiori che da parte degli utenti, nonché la convinzione di una inadeguata formazione per il tipo di lavoro svolto. Il soggetto frustrato può assumere atteggiamenti aggressivi (verso se stesso o verso gli altri) e spesso mette in atto comportamenti di fuga (quali allontanamenti ingiustificati dal reparto, pause prolungate, frequenti assenze per malattia).

Il graduale disimpegno emozionale conseguente alla frustrazione, con passaggio dalla empatia alla apatia, costituisce la quarta fase, durante la quale spesso si assiste a una vera e propria morte professionale.

Prof. Antonello Bellomo
specialista in psichiatria e psichiatria forense
Università di Foggia

Dal sito www.medicigaleno.org





Lui, lei e le loro bugie

Anna Oliverio Ferraris

Raccontare bugie è un'attitudine piuttosto diffusa e condannata, anche se, bisogna dire, non tutte le bugie hanno l'obiettivo di ingannare o recare gravi danni. Alcune sono semplicemente estrose e divertenti. Altre "diplomatiche", ossia dette a fin di bene e comunque non per offendere, inquietare o allarmare. Altre ancora vengono dette in buona fede da persone (spesso bambini) che mescolano la realtà con la fantasia o che confondono i fatti con i desideri. Ci sono poi le bugie che vengono raccontate per il puro piacere di mentire, per difendersi, per abitudine sociale, per il potere che si detiene oppure, al contrario, perché la bugia è l'unica libertà intellettuale concessa. Alcune bugie sono innocue, altre invece creano problemi. Quelle che preoccupano di più, e che si vorrebbe poter smascherare, sono ovviamente le bugie "serie", che hanno delle ripercussioni nel lavoro, nei tribunali, in famiglia e soprattutto nella vita sentimentale. Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, appunto quello della vita sentimentale, l'esigenza di capire, soprattutto all'inizio di una relazione, se possiamo fidarci di lui (o lei), se il partner è una persona onesta oppure menzognera, aperta oppure reticente, e sicuramente fondamentale, sia per una reale comunicazione all'interno della coppia, sia per comprendere se esistono le premesse per un rapporto basato sulla fiducia. Ma come capire se la persona da cui siamo attratti o di cui siamo innamorati ci racconta delle bugie "serie"? Come capire se ci tiene nascosti aspetti importanti della sua vita? Se si fida di noi o se al contrario interpone barriere invalicabili?


Più si ama qualcuno, più gli si crede

è opinione diffusa che quanto più intimi sono i rapporti tra le persone, tanto più facile è smascherare le bugie che queste possono raccontare. La vicinanza e la frequentazione danno l'impressione di conoscere meglio e più a fondo le persone. Ciò però non è sempre vero. Alcune ricerche in questo campo hanno dimostrato che spesso accade esattamente il contrario. Man mano che la relazione romantica progredisce, man mano che ci si lega sentimentalmente ad una persona, la lucidità nel riconoscere eventuali suoi inganni invece di aumentare può diminuire, perché l'amore, che fa idealizzare la persona di cui si è innamorati, rende meno critici, più fiduciosi e di conseguenza anche più "ciechi". In altre parole, il forte bisogno che abbiamo di fidarci completamente della persona amata e l'esigenza di intrattenere con lei una relazione limpida, basata sulla reciproca fiducia, possono trarci in inganno. In questo clima certi "segni", che notati in persone a cui non si è legati sentimentalmente e da cui non ci si aspetta un rapporto cristallino desterebbero dei sospetti, possono invece essere ignorati o minimizzati se compaiono nella persona che amiamo e da cui ci aspettiamo un rapporto all'insegna dell'onesta. Ecco perché, quando si hanno dei sospetti su alcune affermazioni "serie" della persona amata o su alcune sue reticenze che riguardano questioni rilevanti è bene non ignorare le valutazioni degli amici (quelli veri!) perché, essendo sicuramente meno coinvolti, valutano con maggiore obiettività e da una diversa angolazione la situazione. Ma poiché tutti quanti siamo soggetti ad errore, anche se in perfetta buona fede, il parere degli amici può essere soltanto una delle indicazioni cui fare riferimento per comprendere se il nostro partner ci sta ingannando oppure no. In mancanza di prove certe, dobbiamo fare riferimento anche ad altri indicatori.

Il linguaggio del corpo

Una persona che non ha nulla da nascondere e generalmente rilassata e aperta, non ha problemi nel guardare in faccia il proprio interlocutore, nel sorridere in modo disteso e caldo. Le persone disoneste mostrano più spesso segni di tensione, nervosismo e chiusura, anche se, come vedremo in seguito, ci sono sempre delle eccezioni alla regola che complicano il lavoro degli "investigatori". Il linguaggio del corpo e il tono della voce possono essere dei campanelli d'allarme molto eloquenti per chi osserva, all'insaputa di colui che sta mentendo, o






contro la sua volontà, perché è più facile controllare il significato delle parole di quanto non lo sia tenere sotto controllo tutte le altre componenti espressive diffuse sul nostro corpo. Per riuscire ad esercitare un dominio sul linguaggio del corpo bisogna essere dei bravi attori, si tratta infatti di prestare attenzione a tante diverse espressioni che parlano al posto nostro e riuscire a gestirle con disinvoltura, senza rigidità. C'è infatti chi riesce a controllare la mimica del volto ma non quella delle mani. Chi è tradito dal sudore e chi invece non si accorge che i suoi piedi, muovendosi senza uno scopo preciso, lasciano trapelare l'imbarazzo. Come i drogati e gli alcolizzati, coloro che mentono spesso o che addirittura hanno fatto della menzogna il loro stile di vita, generalmente non l'ammettono. Ma la bugia può essere scoperta se l'osservatore sa a che cosa prestare attenzione. Sguardi sfuggenti, improvvisa irrequietezza, accelerazione dell'eloquio, cambiamento del tono della voce, sudorazione, espressioni mimiche esageratamente accentuate, ecc. (Box 1), sono spesso i segni tipici di una persona che sa di mentire e ne prova disagio oppure di colui che si sforza di convincere il proprio interlocutore fornendo spiegazioni non richieste ed accentuando il linguaggio mimico nel tentativo di nascondere la menzogna. Ma attenzione! Questi segni classici del mentitore compaiono soltanto in alcuni bugiardi e non in quelli più incalliti e più abili. I mentitori abituali e professionali (Box 2) sono più difficili da individuare. Il bugiardo abituale è talmente assuefatto a raccontare frottole che non prova alcun disagio nel dirle e quindi molto spesso non mostra alcun segno particolare, a livello del corpo e nell'immediato, che possa tradirlo. La bugia è talmente connaturata in lui (lei) che può essere smascherato soltanto quando si smentisce da solo o lascia delle tracce concrete delle proprie menzogne. Il bugiardo professionale è talmente abile nel mentire e nel tenere le fila delle proprie menzogne che lascia trasparire soltanto ciò che lui intende mostrare. È un attore consumato e, come un bravo scacchista, è dotato anche di una memoria che gli consente di ricordare i diversi "copioni" delle proprie narrazioni senza confonderli. In più capisce quando i suoi interlocutori gli stanno credendo oppure hanno dei sospetti e abilmente si adegua, modifica "in corsa" la propria strategia, cambia prospettiva, trova delle giustificazioni plausibili ai propri comportamenti. Non bisogna poi dimenticare che alcuni dei segni fisici indicati nel Box 1 possono comparire anche nelle persone timide o in coloro che, sentendosi messi sotto accusa o "braccati", si impauriscono, diventano nervosi e assumono atteggiamenti difensivi anche se in realtà non avrebbero nulla da nascondere o da cui difendersi.

Valutare le situazioni

Per non prendere delle cantonate e bollare come bugiardo chi non lo è bisogna perciò tenere presenti anche altri indicatori. Quando la situazione è stressante alcune persone entrano in tensione più facilmente di altre. Per capire se stanno dicendo la verità bisogna averle osservate in situazioni normali: solo così possiamo poi notare piccoli scarti o deviazioni significative da quello che è il loro abituale modo di esprimersi, di muoversi, di gestire, di reagire. Bisogna anche osservare se i segni di disagio o di nervosismo, compaiono anche quando queste persone affrontano degli argomenti neutri, riguardo ai quali non hanno nulla da nascondere o da temere. In casi del genere non si può avere la certezza che ci dicano delle bugie. In altri casi invece la differenza è significativa: fin quando il simulatore parla di argomenti neutri, su cui non ha nulla da nascondere, il suo comportamento è calmo e diretto; ma non appena incomincia a mentire, i suoi modi cambiano all'improvviso: può, ad esempio, gettare la testa all'indietro, ridere fragorosamente, scuotere i capelli da una parte all'altra, mostrarsi eccessivamente sorpreso, oppure tremare lievemente e modificare il tono della voce. Alcuni cercano di cambiare argomento o una scusa per allontanarsi. La controprova è che se una persona sta dicendo la verità i suoi gesti, il suo sguardo, il suo sorriso, non cambiano così all'improvviso e non cerca di sottrarsi al dialogo senza una ragione. Per capire se chi ci sta di fronte sta mentendo, bisogna cercare di ridurre l'intensità emotiva del-





la conversazione e rimanere sufficientemente lucidi e calmi in modo da poter notare delle modifiche significative nel suo comportamento e nei suoi atteggiamenti. Per esempio, se una persona è sincera non deve fare sforzi per tentare di convincerci; ma se anche noi siamo tesi o agitati, se contribuiamo ad innalzare il livello emotivo della conversazione o del confronto, alla fine non sapremo più a che cosa il nostro interlocutore stia reagendo: se al suo disagio interiore o all'atmosfera che abbiamo creato.

Attacco frontale

Coloro che hanno studiato la psicologia dei mentitori sostengono che colui che mente riesce ad essere più efficace e convincente quando inizia la conversazione affrontando un tema neutro e soltanto in un secondo momento si inoltra nelle sabbie mobili della bugia. Scivolare nella menzogna dopo aver parlato di un tema su cui si può tranquillamente dire la verità semplifica l'operazione di colui che è intenzionato a mentire o a tenere nascosto un aspetto rilevante della sua vita lavorativa o sentimentale: questi appare tranquillo, sicuro e perfettamente a suo agio, mentre nel suo interlocutore diminuisce la diffidenza iniziale. Ecco perché, quando si hanno dei sospetti fondati su questioni importanti, può essere preferibile, per il "detective", entrare subito in argomento, senza preamboli e senza lasciare il tempo all'altro di crearsi una trincea difensiva. Sfortunatamente però ciò va contro ad una inclinazione molto diffusa: la maggior parte di noi si sente a disagio nell'affrontare o scoprire una possibile menzogna del partner o di una persona da cui ci si attende un comportamento corretto e istintivamente cerchiamo di facilitarci il compito entrando nella conversazione con argomenti neutri. Sebbene questo atteggiamento sia comprensibile e anche giustificato dal fatto che si vuole evitare di "aggredire" una persona su cui si hanno dei dubbi ma non ancora delle certezze, generalmente però hanno minori probabilità di smascherare un bugiardo o di fare emergere la verità quanti - per buona educazione o altro motivo - non amano gli attacchi frontali e cercano, sempre e in ogni caso, di avviare la conversazione partendo da un tema neutro. Il che, come abbiamo visto finisce per dare respiro al mentitore. E tuttavia, molto dipende dall'abilità del contafrottole e dalle qualità investigative del "detective": quest'ultimo può riuscire a cogliere piccole incertezze o variazioni nel corso di una conversazione anche se inizialmente il bugiardo si sentiva a suo agio. Ciò che si verifica è spesso una sorta di duello a colpi di fioretto, dove a vincere è il più accorto: colui che mente può essere, infatti, anch'egli un abile osservatore e utilizzare questa sua competenza per mentire sempre meglio e alla fine convincere il suo interlocutore o fugare i suoi sospetti.

Le armi del bugiardo

Judee Burgoon, una psicologa della comunicazione dell'Università dell'Arizona, ha trovato che i bravi mentitori regolano il proprio comportamento in rapporto alle reazioni di chi hanno di fronte. Quando iniziano a raccontare una bugia, essi cercano di capire se l'altro ci crede oppure no e così lo guardano negli occhi più a lungo del solito; il che può essere scambiato per un segno di sincerità: quello di chi riesce a sostenere lo sguardo altrui perché non ha nulla da nascondere... Mentire, inoltre, può richiedere un certo sforzo e concentrazione: per non contraddirsi, il bugiardo può parlare lentamente invece che in fretta e può anche controllare i movimenti del corpo proprio perché sa, per esperienza, che possono lasciar trasparire la sua volontà di ingannare. Insomma un bravo mentitore osserva le reazioni dell'ascoltatore - valuta se questi è scettico, dubbioso, se sta per convincersi, se è quasi convinto, se ha bisogno di credere nella sua sincerità. .. - ne tiene conto e in base ad esse modifica i propri atteggiamenti. Esiste quindi un'arte complessa del mentire e un'arte altrettanto complessa dello smascheramento: entrambe si imparano con l'esperienza, un po' di psicologia e di spirito d'osservazione.

Box 1 - Quindici campanelli d'allarme

Nel mentire, alcuni di noi (i meno esperti) si tradiscono con dei segni del linguaggio, del corpo e della voce che un buon osservatore può riconoscere facilmente. Eccoli.

1. Sguardo sfuggente, distogliere lo sguardo.
2. Segni di irrequietezza di vario tipo.
3. Parlare troppo velocemente.
4. Cambiamento del tono di voce.
5. Spostarsi da un piede all'altro, ondeggiare avanti e indietro.
6. Sguardo eccessivamente del tipo sincero-aggrottato: una versione esagerata e grottesca della "buona fede".
7. Sudore.
8. Tremori.
9. Qualsiasi movimento che nasconda gli occhi, la faccia o la bocca, ad esempio mettersi la mano davanti alla bocca mentre si parla, fregarsi il naso, sbattere le sopracciglia di frequente.
10. Sorrisi freddi (sorride soltanto la bocca ma non gli occhi).
11. Sorrisi interrotti (il sorriso inizia ma poi si "spezza").
12. Leccarsi spesso le labbra.
13. Passarsi la lingua sopra i denti.
14. Protendersi in avanti (mentre si dice la bugia) o anche ritrarsi improvvisamente indietro.
15. Familiarità esagerata (pacche sulle spalle, ecc.) oppure eccessiva invasione dello spazio personale altrui, ad indicare che si è amici, che ci si deve fidare l'uno dell'altro.

Box 2 - Quattro tipi di contafrottole

1. Il bugiardo occasionale può mentire di quando in quando per evitare situazioni spiacevoli, per difendersi o perché non vuole ammettere di avere fatto qualcosa di sbagliato o di imbarazzante. Non essendo abituato alla menzogna si sente a disagio e può rivelare le sue bugie con l'aspetto, il linguaggio del corpo e la voce. In genere cerca di rendere le bugie logiche e in linea col resto della storia che racconta, proprio perché per lui la bugia è un fatto insolito. Quando è ben escogitata, la bugia può apparire logica e in armonia con il resto della storia o con il contesto in cui è stata inserita o con delle informazioni provenienti da terze persone. È raro infatti che il mentitore occasionale menta su cose che possono essere facilmente verificate. Ne consegue che con questo tipo di bugiardo serve concentrarsi sui vari segnali orali e visivi.
2. Il bugiardo frequente non presta molta attenzione al fatto di mentire, non se ne vergogna e perciò mente con una certa regolarità. La pratica rende le sue menzogne più plausibili e, rispetto al bugiardo occasionale, è un po' più difficile (ma non impossibile) identificarlo sulla base del suo aspetto, del linguaggio corporeo, della voce, dei segni di tensione. Di solito, per individuare questo tipo di bugiardo bisogna focalizzarsi sulla logica interna delle sue affermazioni in quanto, mentendo frequentemente, può cadere in contraddizione più spesso del bugiardo occasionale.
3. Il bugiardo abituale mente così di frequente che perde di vista le sue proprie azioni, confondendo nomi, luoghi e avvenimenti. Non gliene importa molto se ciò che dice è vero o falso, dice semplicemente ciò che gli viene in mente al momento. Mentire è per lui (lei) un'abitudine consolidata ma anche un sottile piacere. L'abitudine l'ha quasi sempre contratta nell'infanzia accorgendosi che gli altri credevano alle sue frottole. Il piacere glielo procura l'invenzione, il fatto di trovare una "soluzione", di raggiungere il proprio obiettivo.

Poiché non si sente in colpa o in imbarazzo per le menzogne che racconta, se non viene messo alle strette il suo linguaggio del corpo può rivelare poco o niente, mentre ciò che dice manca spesso di consistenza. I bugiardi abituali non sono così frequenti e perciò possiamo facilmente cadere nella loro trappola quando li incontriamo. Pur di mentire possono negare la realtà anche quando ciò è del tutto superfluo o irrilevante. Ad esempio, una giovane indossa un paio di lenti a contatto colorate e quando il suo ragazzo le dice che le lenti a contatto le stanno bene risponde che quello è il vero colore dei suoi occhi, che in realtà le lenti di un altro colore le portava prima e proprio quel giorno se le è tolte..... Insomma gli "abituali" sono persone che possono fare "impazzire" chi ha a che fare con loro per lavoro, in famiglia, nei rapporti sentimentali; la loro inconsistenza è infatti totale.

- 4 Il bugiardo professionista e il più duro da scoprire. Non mente per abitudine ma di proposito, in base ad un piano. Si prepara in anticipo le giustificazioni per le proprie bugie costruendosi delle motivazioni appropriate. Ad esempio, un tecnico del computer può essersi preparato una serie di scuse logiche per fare delle riparazioni che non erano assolutamente necessarie: per giustificare il suo operato da una lunga ragionevole spiegazione di ciò che è successo proprio a quella macchina. .. Il bugiardo professionista non si tradisce con il linguaggio del corpo, egli sa esattamente che cosa dirà, che strategia userà per apparire convincente e porterà anche delle "prove" a suo favore. La sua narrazione si snoda secondo un filo logico e una coerenza che la rende inattaccabile. Se è molto abile e del tutto privo di scrupoli può anche insinuare che a contar frottole sia il suo interlocutore. Per riuscire a smascherarlo bisogna spesso avere l'opinione di un'altra persona - ad esempio di un altro tecnico del computer (purché non menta anche lui!...) - o delle prove schiaccianti. Il bugiardo professionista può ingannare anche il partner ed è soltanto a distanza di tempo che questi può scoprire, più o meno casualmente, verità tenute nascoste per anni con grande accuratezza.

Riferimenti bibliografici

Burgoon J. (1994), Interpersonal deception, «Communication Monograph», 61, 322. Burgoon J., Buller P. (1996), Reflections on the nature of theory building and the theoretical status of interpersonal deception theory, «Communication Theory», 6, 311-328. Dimitrius J-E., Mazzarella M. (1998), Reading people, London, Vermilion. Ekman p. (1995), I volti della menzogna (trad. it.), Firenze, Giunti.

Anna Oliverio Ferraris è Ordinaria di Psicologia dello sviluppo presso l'Università "La Sapienza" di Roma. Psicologa, psicoterapeuta e saggista, da una decina d'anni conduce studi e ricerche sul rapporto che bambini e adulti instaurano con i mass media e sulle forme di influenza che questi esercitano sul pubblico. In tale ambito ha pubblicato una serie di articoli, Imparare la tv, comparsi su «Psicologia contemporanea» dal n. 128 al n. 135 (1995-1996). È autrice di numerosi saggi, tra cui ricordiamo, nelle edizioni Giunti: Zone d'ombra. Storie di normale psicopatologia (1995), La macchina della celebrità. Cento modi per diventare famosi (1999), Sarò padre. Desiderare, accogliere, saper crescere un figlio (2001), La ricerca dell'identità. Come nasce, come cresce, come cambia l'idea di sé (2002).

LUI, LEI E LE LORO BUGIE

PSICOLOGIA CONTEMPORANEA N. 183 - MAG. - Giu. 2004



L'anziano, la sua famiglia, la società

PHILIPPE MEIRE

Dal 2 al 5 giugno 1988 si è svolto a Milano il convegno «Nascere, amare, morire: famiglia ed etica oggi», organizzato dal CISF, Centro Internazionale Studi Famiglia, in collaborazione con l'Università Cattolica di Lovanio. Per gentile concessione del CISF, pubblichiamo la relazione tenuta dal Prof. Philippe Meire, Vice Direttore della Clinica Psichiatrica dell'Università Cattolica di Lovanio.

Introduzione

Gli anziani ci sono sempre stati... Tuttavia, la situazione ha subito una profonda evoluzione quantitativa e qualitativa: una volta: i vecchi rappresentavano i sopravvissuti abbastanza rari di un'ecatombe che colpiva le popolazioni più giovani (mortalità perinatale, epidemie, guerre, malattie acute...) e inoltre vivevano in un mondo dove la vulnerabilità era un destino comune. Non è il caso di idealizzare quel tempo, in cui i bambini nascevano molto spesso quando erano già morti i quattro nonni e perciò quando la famiglia non poteva essere multigenerazionale.

L'invecchiamento della popolazione, frutto del progresso medico e sociale, pone quindi dei problemi nuovi alla famiglia, che ne risulta profondamente trasformata. Ora, la risposta della famiglia è largamente influenzata dalla cultura dominante della nostra epoca, dominata dal primato dell'oggettivazione, dalla volontà di dominio e dal prestigio dell'approccio medico. Questa ideologia comporta un'oscillazione, che da una parte nega la vecchiaia, sempre evitata e rinviata, nella esaltazione dell'attivismo e dell'utilitarismo, e d'altra parte riduce la vecchiaia a una malattia che deve essere curata con la medicina, quando sopraggiunge l'ineluttabile vecchiaia stessa. Vedremo che questa ipermedicalizzazione della problematica della vecchiaia provoca paradossalmente un aggravamento dei fenomeni patologici, tramite la rottura della solidarietà familiare e amicale, l'incomprensione delle dinamiche affettive e l'espropriazione dell'anziano mediante meccanismi di oggettivazione.

Se la famiglia vuol essere un luogo per «vivere, amare e morire», deve considerare l'anziano in maniera differente, con una visione del problema che non lo chiuda più in se stesso, ma si apra all'altro come persona. Ciò si può realizzare unicamente in una profonda interdipendenza fra l'anziano, la sua famiglia e gli altri in una società solidale. L'avanzamento negli anni esige che l'individuo vada oltre l'immagine di se stesso, accetti questa perdita mediante un «processo di lutto» in cui abbandona le sue identificazioni e si apre ai nuovi avvenimenti. Senza dubbio, tale evoluzione sarà possibile solo se è accompagnata e sostenuta dalla famiglia e dall'ambiente sociale. Questo dialogo con l'anziano nel suo progressivo evolversi provocherà a sua volta effetti sui parenti in una sorta di pedagogia del non-dominio e dell'interdipendenza. Solo un atteggiamento di esclusione o di negazione dell'anziano permette agli altri di illudersi sul loro pseudo-dominio e sulla loro indipendenza narcisistica.

Questo rimettere in causa i nostri desideri di dominio e le nostre comodità narcisistiche è particolarmente violento nei casi di pazienti detti «dementi», con tutte le riserve che impone questo termine generico. Tale contatto può essere talmente sconvolgente da suscitare differenti reazioni di rigetto o di fuga. Quegli stati contrassegnano effettivamente i limiti della nostra razionalità, della nostra affettività e delle nostre convinzioni. Una riflessione sull'invecchiamento non può ignorare né quegli individui che vivono la «grande prova», né le loro famiglie che si dibattono in problemi materiali, psicologici ed etici. In simili momenti di solitudine, limitatezza e incertezza estrema, s'impone più che mai la necessità della solidarietà fra l'individuo, la sua famiglia e la società, attraverso umili atti creatori di umanità più profonda.

Il contesto socio-familiare

La famiglia si evolve...

Non è più «quella entità economica in cui si effettuava la produzione e che assicurava l'istruzione, l'educazione, la previdenza sociale, la medicina e la composizione dei conflitti». Pertanto, in quel modello tradizionale, solo



ad essa incombeva la responsabilità del benessere dei genitori anziani. Un compito che di solito era assunto in un quadro di coabitazione diretta. Tuttavia, quel modello corrispondeva a un ambiente socio-economico particolare, poiché si trattava soprattutto di una società rurale e agricola. Un modello che spesso è idealizzato ed evocato in maniera ingenuamente nostalgica... Secondo parecchi autori, se esistevano le famiglie multigenerazionali, il loro numero doveva essere scarso per l'età media assai bassa e per l'età avanzata del matrimonio.

Ricordiamo che poco più di un secolo fa (fra il 1830 e il 1850), in Belgio l'età media della vita era di 37 anni per gli uomini e di 39 per le donne. Nel XVIII secolo, l'età in cui la maggioranza dei francesi perdeva il padre e la madre si concentrava fra i 25 e i 35 anni, mentre oggi va dai 30 ai 60 anni. Così, su 100 bambini, soltanto 5 alla nascita avevano ancora vivi i loro quattro nonni. Oggi ce ne sono 41.

Inoltre, gli uomini si sposavano più tardi e in generale morivano prima che i loro figli più giovani raggiungessero l'età adulta, si sposassero e lasciassero il tetto paterno.

Nel XVIII secolo e in precedenza, le generazioni si succedevano, mentre ora si accavallano. Come diceva Ph. Ariès, «la storia della famiglia è ancora condizionata da idee false, che risalgono al modello costruito alla fine del XVIII secolo e all'inizio del XIX secolo dai filosofi illuministi e dai sociologi tradizionalisti... Ricorderò soltanto che la famiglia patriarcale non è mai esistita, almeno nelle nostre società». Tra queste idee false, c'è la nostra tendenza a idealizzare il passato e a deplorare invece l'abbandono attuale dei vecchi da parte della famiglia.

La famiglia è cambiata. È diventata multigenerazionale, pur restando «nucleare», perché le varie generazioni non sono rimaste sotto lo stesso tetto. Questa però non significa la fine della coesione familiare. Essa continua a svolgere un ruolo effettivamente essenziale nella vita quotidiana, come sostiene la tesi dell'«intimità» a distanza. La famiglia fornisce assistenza («una risposta personale ai bisogni individuali dei suoi membri») e relazioni affettive intergenerazionali in cui si fondono indipendenza e solidarietà. Lo conferma il fatto che oltre la metà degli anziani che vivono soli o in coppia hanno un figlio che vive a meno di un'ora di distanza. Siamo lontani da certi miti sull'istituzionalizzazione degli anziani. Secondo uno studio svolto da Jaumotte in Vallonia e a Bruxelles:

- il 68% degli anziani vive nel proprio domicilio;
- il 27% degli anziani vive in famiglia;
- il 5% degli anziani vive in istituti.

Si verificano numerosi scambi fra genitori e figli, nei due sensi. Non di rado i genitori in pensione si rendono disponibili ai figli per sorvegliare i nipoti, dare un aiuto nei lavori domestici, sbrigare pratiche, senza contare l'aiuto materiale e finanziario alle giovani coppie di sposi...

Sembrano decisamente superati i titoli che comparivano sui giornali negli anni 1970: «La morte della famiglia», «Finita la famiglia?»... Si è invece tentati di dire: la storia della famiglia è recente ed è in sviluppo. La famiglia appare sempre più come un luogo privilegiato per lo sviluppo e la protezione degli individui. Tuttavia, solo molto di rado, gli studi sulla famiglia affrontano il problema dell'invecchiamento e della morte dei genitori. Ora, il riferimento ai nostri antenati (soprattutto quelli che si sono conosciuti, ma anche quelli di cui si è sentito parlare) è di fondamentale importanza, perché contrassegna l'inserimento nella storia e la continuità della famiglia, e perché dà luogo a un tipo particolare di relazione. In modo speciale con la vecchiaia, perché, come ricorda Ormezzano, «la morte non si domina, la si razionalizza. Ci scontriamo con i nostri limiti nel rendere felice la vecchiaia di coloro ai quali siamo attaccati più visceralmente nell'amore e nell'odio: i nostri genitori. Ci è più facile accettare la vecchiaia negli estranei. Il nostro desiderio di restituire loro tutto ciò che ci hanno dato in passato non è un dovere morale imposto dall'esterno né un conformismo, ma una esigenza interiore e profonda di reciprocità, di identificazione. Noi vorremmo che la fine della loro vita fosse tutta amore, per cancellare i conflitti che non sono mancati nel corso degli anni e che condizionano ancora il presente».

La vecchiaia come malattia

Tuttavia, la famiglia può svolgere questo ruolo fondamentale solo se dispone dei mezzi per comprendere e integrare le situazioni legate alla vecchiaia. Lavorando con le famiglie, ci siamo resi conto come la vecchiaia, le sue caratteristiche, le sue difficoltà e le sue potenzialità sono ancora ben poco conosciute. Il modello di spiegazione è quasi sempre la malattia: l'anziano è un adulto colpito da malattie, da polipatologie, come si dice oggi. Di conseguenza la medicina deve offrire i rimedi... e si crea una specie di spirale di medicalizzazione. Ad essa si unisce comunemente una sensazione di frustrazione di fronte alla medicina, che può alleviare un certo numero di problemi, ma non riesce ad impedire all'individuo di invecchiare, quindi di cambiare e di entrare in un'altra fase dell'esistenza. La vecchiaia è una età difficile da accettare: come avviene per gli adolescenti, che i genitori considerano ancora bambini, l'entourage degli anziani vorrebbe conservare la loro immagine di adulti nel fiore dell'età, minimizzando le crisi della senescenza e gli adattamenti necessari.

Prima di parlare delle patologie dell'anziano, è quindi importante parlare della vecchiaia, informare e creare in qualche modo un discorso collettivo sulla vecchiaia, che non riguardi solo la malattia, ma sia anche una riflessione sulle evoluzioni e sugli elementi specifici della vita affettiva degli anziani, dei loro timori e delle loro speranze, delle caratteristiche che sono loro proprie. Occorre anche ricordare che le sindromi psichiatriche più frequenti negli anziani sono i fenomeni ansiosi (oltre il 30% degli anziani soffrono di turbe ansiose) e depressivi (i disturbi depressivi si riscontrano in circa il 20% degli anziani). È innegabile che i fattori culturali contribuiscono notevolmente a produrre tali disturbi, anche se non ne sono le uniche cause: l'angoscia e il rifiuto d'invecchiare sono onnipresenti. Se l'anziano è vissuto unicamente come un adulto malato ed handicappato, come evitare questi riflessi psicologici? Un discorso esageratamente medico può rinforzare un insieme di preoccupazioni somatiche, che spesso prendono una piega ipocondriaca. Allora c'è il pericolo di concentrarsi solo sul corpo, che viene in primo piano considerato come oggetto medico.

Questo rischio esiste sia per l'anziano sia per l'entourage e per i curanti chiamati a intervenire. Certo, è proprio dell'essere umano cercare di respingere i limiti imposti dal corpo, di ritardare la malattia e la morte, ma proprio perché l'individuo sente di non essere limitato al suo corpo. Oggi si è propensi a insistere esclusivamente su un aspetto unidimensionale, biologico, senza tener conto delle dimensioni immaginarie e simboliche della persona. Ora, è attraverso lo sviluppo di queste dimensioni che si può superare l'invecchiamento del corpo, per ricuperarlo poi nella costruzione di nuovi significati.

L'individuo che invecchia corre effettivamente il grosso rischio d'identificarsi col suo corpo in maniera narcisistica, rifiutando la sua inevitabile alterazione, nel senso etimologico del termine. Si finisce così di sfociare in un sentimento depressivo d'abbandono o in un sentimento di persecuzione da parte di quel corpo che invecchia, di quel falso fratello, di quell'alter ego che arriva a tradirti diventando fonte di preoccupazioni ipocondriache.

Dinamica dell'invecchiamento

Ecco perché è importante passare attraverso la distinzione fra la persona - emergenza mai compiuta di un'articolazione bio-psico-sociale - e le differenti istanze che contribuiscono alla sua costituzione, come il corpo, la sua immagine (che poggia sull'Ideale) e il ruolo sociale (sostenuto dall'Ideale dell'io). L'invecchiamento comporta una modifica, a volte drammatica, dell'immagine di sé e dell'ideale di sé, provocando una vera crisi di identità. Ma questa crisi è appunto vissuta e percepita dolorosamente solo perché esiste un soggetto del tempo puro, del presente continuo, fuori del tempo immaginario e cronologico delle nostre rappresentazioni. Tale divisione del soggetto permette di comprendere come il fenomeno universale dell'invecchiamento sia sentito in qualche modo come estrinseco al soggetto: non ci si vede come vecchi (e d'altronde neppure come giovani: ci si vede in un continuo presente, in qualche modo eterno) ed è l'immagine o il mito ad informarci del nostro invecchiamento.

Si pensi a questa osservazione tanto frequente negli anziani che arrivano all'ospedale: «Qui ci sono solo dei vecchi», dimenticando che essi spesso hanno un'età molto superiore alla media; o a quella deliziosa vignetta di Faizant in cui si vede un'anziana signora dire al suo vecchio marito: «Certo, tu mi ami ancora... ma quando sarò vecchia?».

Credo che tale fenomeno, legato alla divisione del soggetto, sia essenziale per affrontare il problema della psicologia dell'invecchiamento. Innanzi tutto, può chiarire tutta l'ambivalenza degli anziani in rapporto all'uso di parole che riguardano l'invecchiamento: vecchio, vecchia, anziano, terza età, ecc... C'è qualcosa di perfettamente sano nel rifiuto di essere identificati con il proprio corpo, con la propria immagine o con la propria posizione sociale. La persona non è solo quello: se l'identificazione diventa etichettatura, abbiamo a che fare con il meccanismo dell'insulto. Nella nostra società, in cui predomina il punto di vista biologico e materialista, la parola «vecchio» è percepita solo in senso negativo.


È una delle ragioni per cui bisogna essere molto prudenti prima di organizzare iniziative destinate esclusivamente agli anziani, perché in questo modo confermiamo una condizione che può essere paralizzante. Questo non vuol dire neppure, secondo una moda opposta, ma in fondo anche essa riduttrice nel suo rifiuto, che si debba negare il problema dell'invecchiamento... parlare di «sempre giovani» e far credere che tutto è sempre possibile ad ogni età. Ci sono dei cicli di vita inevitabili, che provocano crisi personali, non sostanzialmente differenti dalle crisi precedenti.

Erik Erikson ha molto insistito sui diversi cicli della vita, a partire dalla prima infanzia, che modificano le nostre identificazioni. In fondo, il problema dell'invecchiamento si pone per noi fin dall'inizio: a cominciare dall'infanzia, dobbiamo affrontare il problema dell'*alterazione*, cioè, alla lettera, del *diventare un altro*, e questo non avviene senza dolore e difficoltà. Non per nulla, la maggior parte delle ricerche che studiano l'adattamento all'invecchiamento e l'equilibrio psicologico degli anziani insistono sul ruoto della personalità antecedente («Si invecchia come si è vissuto», diceva Ajuriaguerra). Le crisi della senescenza si distinguono soprattutto per la loro intensità, tanto che si potrebbero paragonare alle crisi dell'adolescenza. Ho precisato «le» crisi della senescenza, perché è chiaro che la vecchiaia non è uno stato uniforme, ma un processo continuo su cui si possono inserire diverse crisi: ambiente di vita, menopausa, partenza dei figli, pensionamento, malattia, vedovanza, dipendenza. Perché si parla tanto di crisi della senescenza allo stesso modo in cui si parla dell'adolescenza e in cosa si somigliano? Due caratteristiche rendano queste crisi difficili e a volte dolorose:

1. *L'immagine di sé*, fondamento del nostro narcisismo primario, si modifica profondamente. Nelle persone che invecchiano, come negli adolescenti, il corpo si modifica e la percezione di sé ne è turbata. Ora noi sappiamo come la perdita dell'immagine di sé può essere all'origine della angoscia e della sensazione di vuoto. C'è tutto un lavoro di destrutturazione e poi di ristrutturazione psichica; in sostanza si deve realizzare una elaborazione di «lutto», un lutto della propria immagine. L'invecchiamento implica un lavoro psichico: c'è una *elaborazione dell'invecchiamento*, come c'è l'elaborazione del «lutto», e non sono né il lutto né l'invecchiamento ad essere patologici, bensì l'arresto dell'elaborazione a causa del rifiuto, della repressione, ecc.;
2. Non si modifica solo l'immagine di sé, ma viene meno il *significato*, *l'ideale dell'io*, veicolato dal mito personale e collettivo... L'elaborazione del lutto che ho ricordato può avvenire solo attraverso la simbolizzazione, la formazione di un nuovo linguaggio personale.

Ora, anche in questo caso, troviamo un punto comune con l'adolescenza: manca un discorso sociale sull'invecchiamento, o è molto limitato. Come per l'adolescente, c'è un vuoto simbolico, legato in parte al fatto che tale situazione, anche perché dura più d'una volta, è relativamente nuova per la nostra società, in parte anche ad una povertà simbolica, a un'elusione del problema del senso che provoca un ripiegamento narcisistico sul corpo. Non per niente la risposta offerta alle inquietudini e alle domande degli adolescenti e degli anziani, è molto spesso una risposta medica.





Nei contatti con gli anziani e con la loro famiglia, è veramente sorprendente constatare che ogni comportamento, anche la reazione più naturale del soggetto a una situazione penosa, è interpretato nel senso della malattia e della minorazione. È necessaria tutta una « pedagogia d'un diverso approccio » nei riguardi della vecchiaia.

Un approccio diverso al problema

Si deve relativizzare ogni visione che tende a oggettivare, che isola l'anziano in un approccio riduttivo (sia esso medico, economico o psicologico), per offrirgli un approccio diverso, di apertura, o meglio ancora un « ascolto » che permetta al soggetto di esprimersi e di farsi conoscere. La dinamica dell'invecchiamento ci porta a scoprire che l'anziano è sempre di più di ciò che vediamo, sentiamo e pensiamo di lui: « Il suo essere supera sempre l'immagine che possiamo averne. Salvo il nostro immaginario può aspirare a toccare con mano la realtà dell'altro... ». « Conoscere l'altro significa aspettare che si manifesti come persona, che renda percettibile ciò che è realmente, e quando si è manifestato, aspettare ancora... ».


Con Jean Tritschler, noi pensiamo che i « vecchi delle nostre società vivano due drammi che si sviluppano attorno a due concetti ambigui ma assai diffusi nella società: la nozione di utilità e quella di indipendenza ». Noi sentiamo continuamente lamentele di vecchi o osservazioni su di essi che riguardano la loro inutilità o la loro perdita di indipendenza. Così si misura tutto il peso delle immagini e degli ideali sociali che riducono l'utilità allo scambio materiale e il processo di personalizzazione a una ricerca d'indipendenza. Chi può dire che l'altro o noi stessi siamo inutili, se non in una riduzione in cui il fare prende il sopravvento sull'essere, l'immagine sul divenire? Quanto al mito della nostra indipendenza, non dobbiamo ammettere di essere ben ciechi di fronte alla realtà della nostra interdipendenza, al punto di tentare una fuga in avanti?

Nei confronti delle persone anziane, sono sempre presenti le tentazioni di riduzione, di oggettivazione e di esclusione. Per evitare di riconoscere la nostra fragilità, la nostra debolezza, siamo tentati incessantemente di ritrovare un sentimento di dominio in un rifiuto più o meno mascherato da buone intenzioni. Ad esempio, volendo far morire i vecchi dignitosamente prima che perdano la coscienza, dimenticando che la dignità sta nello sguardo, nella tenerezza e nella speranza di chi li accompagna... Queste tentazioni sono universali, e ciò significa che gli anziani, i loro parenti e i loro curanti hanno bisogno della solidarietà di tutti, della loro attenzione e del loro sostegno.

Non nego che i sanitari nei reparti di geriatria hanno a volte l'impressione di essere abbandonati con i loro pazienti, vittime dello stesso rifiuto o dell'indifferenza cortese di chi li vuole ignorare in una gerontofobia generalizzata. Allora, che cosa pensare dell'angoscia di certe famiglie che affrontano e sopportano per lungo tempo le situazioni complesse legate agli scompensi psico-organici degli stati demenziali? Quegli stati riguardano solo una piccola porzione di anziani (5% di ultrasessantacinquenni, ma già il 20% degli ultraottantenni), ma suscitano un tale coinvolgimento della nostra fragilità e limitatezza davanti a quella notte apparente della ragione e dello sviluppo di personalizzazione che non possiamo dimenticarli.

Il sostegno alle famiglie

Sono le famiglie a vivere giorno dopo giorno la maggior parte delle difficoltà incontrate dagli anziani. Ricordiamo le statistiche del Belgio: solo il 5% degli anziani vivono in istituti e del restante 95% molti sono inseriti nella rete familiare di reciproco aiuto; il 27,5% di questi ultimi vivono anche con un figlio. Perciò i componenti della famiglia sono certamente i primi ad offrire un aiuto. Spesso si chiede loro molto e a volte troppo, al punto che l'entourage familiare diventa il « paziente occulto » della situazione. Le diverse crisi legate all'avanzamento dell'età, i gravi problemi di salute, gli adattamenti familiari, le divisioni dei ruoli: tutto questo turba l'equilibrio familiare. La coesione di quel sistema particolare che è la famiglia può essere gravemente sconvolta. Il sistema familiare può produrre soluzioni, aggiustamenti o compromessi, che a loro volta diventano fonti di problemi o di conflitti in una spirale di crisi.



Non insisteremo mai abbastanza sulla domanda di aiuto e collaborazione reciproca, che deve esserci nel contatto con le famiglie. Esse sono dei pionieri in situazioni a volte molto difficili. Se tutti parlano oggi, a giusto titolo, di cure domiciliari, bisogna anche capire cosa si chiede a certe famiglie. Una recente tesi di laurea in scienze medico-sociali, discussa all'Università Cattolica di Lovanio, sul vissuto della coabitazione genitore anziana-figlio adulto, ci informa o ci conferma in maniera convincente sul carico fisico e soprattutto psicologico che si assumono quei «figli» (a volte di 50 anni o più), spesso ai limiti dell'esaurimento fisico e morale. Le famiglie affermano di essere spesso sconvolte dai problemi psico-geriatrici, ignorare dei vari aiuti possibili e isolate nelle loro difficoltà. Questo può ingenerare diverse turbe nella sfera familiare, oltre a indurre a un ricovero in ospedale o in istituto in una atmosfera d'urgenza e sensi di colpa. L'aiuto a coloro che aiutano comprende numerosi aspetti, fra cui i colloqui con la famiglia sono solo un anello della catena, che deve essere preceduto dal lavoro di prevenzione e accompagnato da numerose forme di aiuto psico-sociale meno appariscenti rispetto alla creazione di nuove strutture (ospizi, case di riposo...), ma molto più vicine alle famiglie e al loro desiderio di tenere a casa loro gli anziani.

Conclusioni

Mi sembra quindi che sarebbe veramente rivoluzionario affrontare sul serio il fenomeno dell'invecchiamento e della nostra inevitabile «alterazione». In effetti, proporre una politica per i vecchi o per la terza età (se si vuol essere più garbati) è certamente utile, ma terribilmente ambiguo se gli anziani vengono separati dagli altri cittadini. Mentre è insufficiente rispetto all'obiettivo. Una vera politica dell'invecchiamento dovrebbe ricadere come un boomerang sulla società, ponendole gli interrogativi della solitudine, della limitatezza e dell'incertezza, che essa è tentata di scaricare sopra una minoranza. L'accettazione degli anziani nella nostra vita familiare o sociale resta problematica: basti pensare all'aumento drammatico dei suicidi con l'avanzare degli anni. In generale non si tratta di patologie psichiatriche, come nella psicosi depressiva, ma piuttosto di atti di natura reattiva. L'isolamento è il fattore principale di rischio e, a questo proposito, si è parlato di una « morte sistematica » che precede la morte reale. Anche altri fattori, come l'insicurezza materiale, l'inattività, la malattia e le infermità sensoriali sono fattori di rischio. Come non temere che l'investimento affettivo attuale della società nel mito del corpo perfetto e della vita efficiente, nel suo ideale di dominio e nella sua perentoria negazione di altre dimensioni personali, non prepari una grande angoscia rispetto alla vecchiaia, molto più che nei confronti della morte? Non si tratta di accusare sistematicamente la società, ma è un fatto che quegli atti compiuti dagli anziani, al di fuori di precise turbe psicopatologiche, sono una sfida e un appello alla nostra solidarietà e alla nostra immaginazione.

Se le risposte sono difficili e incerte, porsi questi interrogativi è un passo preliminare al rifiuto dell'oggettivazione e una condizione per la instaurazione di un vero rapporto personalizzato. Manifestando ciò che è nel fondo del cuore di tutti, incominciamo a prendere gli anziani sul serio, perché hanno vissuto e vivono, in maniera a volte drammatica. «Si parla di anziani, non si parla con loro». Non ascoltarli non significa solo respingere le persone magari a favore di finalità o idee, anche molto nobili, ma anche mutilare noi stessi, perché anche noi siamo parte di quel rapporto fra vita e morte, desiderio e limitatezza. È se pare che la persona non possa più esprimersi, ricordiamoci che il suo corpo rimane il simbolo della sua storia, «il memoriale di una vita, di una presenza che si è espressa, di un mistero che ha irradiato luce attorno a sé, senza mai esaurirsi del tutto». Quando curiamo, tocchiamo o abbracciamo un corpo anche colpito dalla malattia, o in apparenza disfatto, noi testimoniamo a noi stessi e agli altri che i corpi sono qualcosa di più che oltrepassa i corpi stessi. Ci ricordiamo anche che la elaborazione riguardante la personalizzazione passa attraverso la prova del tempo e del lutto nei confronti dei nostri investimenti narcisistici. La maniera con cui rispondiamo all'invecchiamento degli altri condiziona l'immagine che attribuiamo a noi stessi nella ricerca della nostra umanità.

www.fondazionepromozionesociale.it

Il sistema di Welfare: qualità, governance e accreditamento

Nel mondo dei servizi socio-sanitari probabilmente la parola più usata di questi ultimi anni è “qualità”.

Talmente “usata” da essere inflazionata: tutti la nominano e ciascuno la intende a suo modo.

In generale per qualità si intende “l’insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio, che gli conferiscono la capacità di soddisfare i bisogni espliciti ed impliciti degli utenti (o dei “clienti”, mutuando un tipico linguaggio del mondo della produzione delle merci)”.

L’orientamento alla qualità nel settore dei servizi alla persona può essere visto in due modi:

1. dal lato della domanda dipende dal fatto che i cittadini sono più “esigenti” ed hanno sempre più aspettative;
2. dal lato dell’offerta dipende dal fatto che i soggetti erogatori sono sempre di più e in concorrenza fra loro.

Per fare un po’ di chiarezza bisognerebbe almeno distinguere gli ambiti ai quali riferire il termine:

- *qualità tecnica* (che prestazioni eroga/fornisce il produttore/servizio);
- *qualità relazionale* (come queste vengono fornite);
- *qualità ambientale* (in quali ambienti avviene l’erogazione);
- *qualità dell’immagine* (quale livello di qualità viene percepito da parte dell’utente);
- *qualità organizzativa* (come è organizzato il servizio);
- *qualità economica* (il costo delle prestazioni è economicamente sostenibile e in che modo da parte del produttore).

L’attuale approccio a livello europeo, al sistema di WELFARE, vede nel processo di accreditamento il percorso anche culturale, oltre che metodologico per sostenere una ricerca della qualità che tenga conto degli ambiti sopra menzionati

La modalità può essere così resa:

- lo *Stato* definisce, tramite le regole di *autorizzazione*, i “livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”;
- le *Regioni* elaborano e definiscono i **criteri per l’accreditamento** dei servizi e per **l’affidamento ai gestori dei servizi**, “avvalendosi in particolare di analisi e verifiche delle caratteristiche delle prestazioni offerte e della qualificazione del personale”;
- gli *Enti Locali*, quale COMMITTENTI, sono tenuti a dotarsi di una documentazione orientata alla cittadinanza che descrive la rete dei servizi e le modalità di accesso. Successivamente sono tenuti a DEFINIRE, attraverso I CONTRATTI DI SERVIZIO, obblighi del gestore e tariffe;
- i soggetti accreditati sono tenuti a dotarsi di una “Carta dei servizi” (documentazione che descrive gli obiettivi dell’ente, le prestazioni che è impegnato ad erogare e i risultati attesi rispetto alla soddisfazione degli utenti).

Particolare rilevanza nel processo di accreditamento assume la funzione di programmazione degli Enti Locali nel loro ruolo di Committenti.

Nell’attuale sistema di GOVERNANCE l’accreditamento rappresenta l’occasione per i territori di ripensare il welfare locale (accesso ai servizi, loro tipologia, allocazione delle risorse) in termini di Welfare di Comunità (dimensione distrettuale, superamento dei target e delle categorie, presa in carico sistemica, ruolo degli stakeholders). Ne consegue la necessità di una metodologia che veda i territori/distretti dotarsi di “sistemi di qualità” non più settoriali ma di sistema.

Ciò avviene attraverso la raccolta sistematica di informazioni (su uno o più servizi) in merito a:

- risorse utilizzate;
- processi di funzionamento e di produzione del servizio;
- attività e prestazioni fornite;
- risultati conseguiti.

La qualità, poi, non può prescindere dal concetto di *valutazione*, intesa come "un insieme di azioni tecniche ed organizzative che implicano: raccolta di informazioni; analisi e riflessioni; formulazioni di giudizi di valore su un servizio o su un'attività".

Parliamo cioè di un processo complesso che mette direttamente al centro dell'attenzione gli obiettivi del servizio e obbliga ad un ripensamento complessivo del sistema welfare come oggi declinato.

Senza una preliminare e condivisa rappresentazione dei risultati attesi (ossia il passaggio dagli obiettivi generali a quelli specifici), è difficile se non impossibile effettuare una valutazione condivisa (l'unica possibile per non cadere nella autoreferenzialità).

È quindi necessario, per far chiarezza, distinguere:

la *verifica*: intesa come lavoro professionale, amministrativo e sociale orientato ad analizzare i risultati sulla base di indicatori preliminarmente individuati e successivamente applicati;

la *valutazione* intesa come attribuzione di significati socio-culturali e verifica, con riferimento agli obiettivi ed ai risultati attesi in quel determinato contesto e momento.

I processi di riconoscimento della qualità e quelli di valutazione includono e diventano sostanziale riferimenti soggettivi e socio-culturali.

In conclusione:

le regole legislative sono importanti e necessarie perché danno segnali e generalizzano le idee ed i comportamenti che si sono determinati nel sistema sociale.

Nella operatività dei servizi occorre tradurre mission e strumenti formali in codici appropriati e condivisi (metodi, tecniche e linguaggi, comunicazione fra persone e legami di comunità).

L'accreditamento, nel fotografare lo stato delle cose, nel cercare di mettere a sistema a livello regionale la pluralità di modelli presenti, nell'accompagnare il processo di cambiamento in atto e soprattutto **obbligando la comunità locale** a diventare parte diligente delle scelte che la riguardano, si pone come strumento ed obiettivo di ricerca della qualità nel senso più vero del termine.

Dott. Paride Lorenzini

Castel San Pietro Terme 23.01.11



Asse storico-sociale

Comprendere il cambiamento e la diversità dei tempi storici in una dimensione diacronica attraverso il confronto fra epoche ed in una dimensione sincronica attraverso il confronto fra aree geografiche e culturali

INDICATORE	LIVELLO 1 Esperto	LIVELLO 2 Medio	LIVELLO 3 Principiante	LIVELLO 4 Insufficiente
<i>Riconoscere e collocare i più rilevanti eventi storici secondo le coordinate spazio-tempo</i>	Definisce in modo appropriato e analitico i più rilevanti eventi storici secondo le coordinate spazio-tempo	Definisce in modo appropriato i più rilevanti eventi storici secondo le coordinate spazio-tempo	Definisce in modo elementare i più rilevanti eventi storici	Non si orienta sui più rilevanti eventi storici
<i>Identificare gli elementi significativi per confrontare aree e periodi diversi</i>	Definisce e identifica gli elementi maggiormente significativi atti a confrontare aree e periodi diversi e li colloca nel mondo contemporaneo anche in relazione alle diverse culture	Definisce e identifica gli elementi maggiormente significativi atti a confrontare aree e periodi diversi.	Definisce in modo schematico e identifica gli elementi maggiormente significativi atti a confrontare aree e periodi diversi.	Non individua gli elementi fondanti di aree e periodi diversi.
<i>Comprendere i cambiamenti sociali in relazione agli usi, alle abitudini, al vivere quotidiano rapportandoli alla realtà territoriale</i>	Conosce e descrive i cambiamenti sociali in relazione agli usi, alle abitudini, al vivere quotidiano rapportandoli alla realtà territoriale	Conosce i cambiamenti sociali in relazione agli usi, alle abitudini, al vivere quotidiano anche se non sempre sa rapportarli alla realtà territoriale	Conosce, ma incontra difficoltà a descrivere i principali cambiamenti sociali e se guidato li rapporta in modo superficiale alla propria realtà	Non identifica i principali cambiamenti sociali e non li rapporta alla propria realtà
<i>Leggere e analizzare le fonti storiche, ricavandone informazioni sugli eventi storici in base alle epoche ed alle aree geografiche</i>	Legge, analizza e rielabora le fonti storiche, contestualizzando gli eventi storici in base alle epoche ed alle aree geografiche.	Legge ed analizza, talvolta in modo superficiale, le fonti storiche, individuandone epoche ed aree geografiche.	Legge e analizza, in modo superficiale, le fonti storiche, incontrando difficoltà nella collocazione geografica dell'evento storico.	Non legge le fonti storiche e non colloca l'evento storico nel tempo e nell'area geografica d'appartenenza



Collocare l'esperienza personale in un sistema di regole fondato sul reciproco riconoscimento dei diritti garantiti dalla costituzione, a tutela della persona, della collettività e dell'ambiente

INDICATORE	Sottoindicatore	LIVELLO 1 Esperto	LIVELLO 2 Medio	LIVELLO 3 Principiante	LIVELLO 4 Insufficiente
<i>Individuare le caratteristiche essenziali della norma giuridica e comprenderle a partire dalle proprie esperienze e dal contesto scolastico</i>	<i>Comprendere le norme giuridiche partendo dal rapporto giuridico scuola-studente</i>	Partendo dalle proprie esperienze definisce in modo appropriato tutte le caratteristiche della norma giuridica Partendo dalle	proprie esperienze definisce alcune caratteristiche della norma giuridica	Partendo dalle proprie esperienze definisce solo una caratteristica della norma giuridica	Conosce il concetto di norma, ma non lo inserisce in modo adeguato nel contesto di appartenenza
<i>Comprendere i principi e la finalità della Costituzione italiana</i>	<i>Comprendere e analizzare i principi fondamentali della Costituzione italiana</i>	Comprende e analizza i principi fondamentali della Costituzione	Comprende i principi fondamentali della Costituzione	Comprende se guidato i principi fondamentali della Costituzione	Non riesce a comprendere i principi fondamentali della Costituzione
	<i>Comprendere ed analizzare e i diritti e i doveri dei cittadini</i>	Comprende e analizza i diritti e i doveri dei cittadini e li sa collegare alla realtà attuale	Comprende i contenuti fondamentali dei diritti e dei doveri dei cittadini e li sa collegare alla realtà attuale	Comprende i contenuti fondamentali dei diritti e dei doveri dei cittadini	Non comprende i contenuti fondamentali dei diritti e dei doveri dei cittadini
<i>Identificare il ruolo delle istituzioni europee e dei principali organismi di cooperazione internazionale.</i>	<i>Comprendere il ruolo dell'Unione Europea e dell'ONU</i>	Analizza il ruolo delle istituzioni specificandone le finalità e gli organi	Comprende il ruolo delle istituzioni e ne specifica in parte le finalità e gli organi	Comprende il ruolo delle istituzioni e ne cita gli organi	Non comprende il ruolo delle istituzioni e degli organi che ne fanno parte

Orientarsi nel tessuto produttivo del proprio territorio

INDICATORE	LIVELLO 1 Esperto	LIVELLO 2 Medio	LIVELLO 3 Principiante	LIVELLO 4 Insufficiente
<i>Riconoscere le caratteristiche del mercato del lavoro e le norme che lo regolano</i>	Definisce in modo appropriato le caratteristiche del mercato del lavoro e le norme che lo regolano	Definisce in modo parziale le caratteristiche del mercato del lavoro e le norme che lo regolano	Definisce in modo elementare le caratteristiche del mercato del lavoro e le norme che lo regolano	Non si orienta sulle caratteristiche del mercato del lavoro e sulle norme che lo regolano
<i>Riconoscere i ruoli professionali identificandone le modalità operative</i>	Definisce con chiarezza i settori di attività presenti sul territorio supportando le sue conoscenze con esempi e collegamenti	Definisce i settori di attività presenti sul territorio, ma talvolta non ne riconosce la specificità	Definisce i settori di attività ma non ne sa individuare le competenze	Non individua i settori di attività presenti sul territorio
<i>Riconoscere ed analizzare le opportunità lavorative relative al proprio percorso scolastico</i>	Riesce ad individuare con consapevolezza le opportunità lavorative presenti sul territorio e ne definisce le specificità rapportandole al proprio percorso scolastico	Riesce ad individuare le opportunità lavorative presenti sul territorio e ne percepisce le specificità rapportandole al proprio percorso scolastico	Riesce ad individuare solo in parte le opportunità lavorative presenti sul territorio e attinenti al proprio percorso scolastico	Non individua le opportunità lavorative presenti sul territorio e non le sa rapportare al proprio percorso scolastico
<i>Riuscire ad elaborare un curriculum vitae</i>	Riesce ad elaborare un curriculum vitae, individuandone in modo chiaro e pertinente gli elementi fondamentali utilizzando un linguaggio tecnico adeguato	Riesce ad elaborare un curriculum vitae, individuandone gli elementi fondamentali utilizzando un linguaggio adeguato	Riesce ad elaborare un semplice curriculum vitae se guidato	Non riesce ad elaborare un semplice curriculum vitae