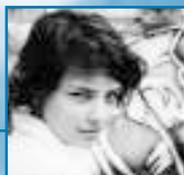


MODULO

I servizi sociali

8



PREREQUISITI

- Conoscere le modalità di interazione tra l'individuo, il gruppo e la società.

OBIETTIVI

- Conoscere le modalità di programmazione degli interventi sociosanitari.
- Conoscere le problematiche familiari, minorili, dei disabili e degli anziani.
- Conoscere i servizi per la famiglia, per i minori, per i disabili e per gli anziani.

COMPETENZE

- Saper individuare strategie utili per migliorare le condizioni delle famiglie, dei minori, degli anziani e dei disabili.

UNITÀ DIDATTICA 1

La programmazione degli interventi

PREREQUISITI

- || Conoscere le modalità di interazione tra l'individuo, il gruppo e la società.

OBIETTIVI

- || Conoscere lo sviluppo del Welfare State.
- || Conoscere i servizi educativi, culturali e socioassistenziali italiani.
- || Conoscere la politica sociale e la programmazione dei servizi sociali.
- || Conoscere le modalità di progettazione sociosanitarie.

COMPETENZE

- || Saper individuare le linee generali per la formulazione di un progetto sociale e sanitario.

1 L'area dei servizi sociali: il Welfare State

In ogni società ci sono gruppi di persone deboli (per esempio poveri, emarginati, persone disabili) che hanno bisogno di interventi a loro favore per rimuovere gli ostacoli che generano disuguaglianza.

Il Welfare State è lo Stato che si assume l'esigenza del benessere dei propri cittadini, soprattutto dei più deboli e bisognosi.

I primi tentativi di affrontare in modo sistematico i problemi connessi alla povertà nascono come risposta all'industrializzazione che si verifica alla fine del Settecento e all'inizio dell'Ottocento, in Inghilterra, e che poi si diffonde anche negli altri Paesi europei. La mancanza di leggi in difesa della manodopera e la ricerca del profitto a ogni costo avevano originato una grande massa di poveri tra gli operai dell'industria. L'intervento dello Stato si era rivelato, allora, necessario per risolvere i problemi più urgenti. Oltre che in Inghilterra, provvedimenti in tal senso vennero presi in Francia, in Prussia e nell'Impero austro-ungarico.

Con il procedere dell'industrializzazione, si ebbero contrasti sempre più aspri tra il proletariato e la classe imprenditoriale, che resero instabili i sistemi poli-

tici. I capitalisti, tranne qualche rara eccezione, come lo scozzese Robert Owen, non prestarono alcuna attenzione alla condizione degli operai e dei senza lavoro. Lo Stato intervenne quindi per porre rimedio, almeno in parte, a questa situazione. Per esempio, in Prussia nel periodo 1883-1885, il cancelliere Bismarck, creò le premesse per la costruzione di un moderno stato sociale, introducendo misure come le assicurazioni obbligatorie contro le malattie e contro gli infortuni sul lavoro e le previdenze per la vecchiaia.

Lo scopo delle misure di assistenza, che prendono corpo dalla fine dell'Ottocento fino alla seconda guerra mondiale, non è più solo il controllo sociale (impedire che le condizioni dei poveri siano tali da provocare ribellioni e aumento della criminalità), ma anche la ricerca di un miglioramento delle condizioni di vita della popolazione.

Il vero e proprio Stato sociale nasce, in realtà, dopo la grande crisi del 1929, negli Stati Uniti. Nel 1933, eletto presidente Franklin Delano Roosevelt, la situazione era tale da far ritenere che la struttura del vecchio Stato liberale avesse avuto gravi responsabilità nella crisi, a causa della dottrina del "non intervento" nell'economia. Roosevelt decide di dar vita a una nuova linea politica, il *New Deal*, cioè "nuovo corso", secondo il quale lo Stato ha l'obbligo di provvedere ai bisogni dei cittadini, adottando specifiche politiche economiche e sociali. Le politiche economiche varate miravano a un controllo sulle banche e sulla borsa, a intervenire nel settore del lavoro, a dar vita ai sindacati e alla contrattazione salariale. Le politiche sociali adottavano misure per la disoccupazione, l'invalidità e la vecchiaia, la sanità e l'organizzazione del territorio.

L'estensione in Europa del Welfare State è bloccata dalla seconda guerra mondiale e dalla presenza di potenze come la Germania e l'Italia che, durante il nazifascismo, propongono un modello di economia protezionistica. In Inghilterra il Welfare State nasce dopo la fine della seconda guerra mondiale, con la sconfitta elettorale del partito conservatore di Winston Churchill, mentre in Germania lo stato sociale prende forma con la ricostituzione del nuovo stato repubblicano. In Italia le fondamenta dello stato sociale sono gettate dalla Costituzione repubblicana del 1948.

L'evoluzione del Welfare State in Italia

La Costituzione repubblicana, entrata in vigore il 1° gennaio 1948, detta i principi fondamentali per dare allo Stato italiano i caratteri di Stato sociale.

Lo Stato sociale presuppone un intervento indiretto dello Stato nell'economia, al fine non solo di riconoscere i diritti dei cittadini, ma anche di soddisfare i bisogni della collettività.

L'articolo 2 della Costituzione si attiene a tali principi, in quanto riconosce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia come partecipante a formazioni sociali, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica, sociale.

Gli stessi padri costituenti ritengono fondamentali, insieme ai principi di democrazia, libertà e giustizia, che dettano le basi di uno Stato democratico, anche i

cosiddetti “diritti sociali”, quali la tutela del lavoro, le libertà sindacali, le forme di assistenza e previdenza, la tutela della salute, la tutela delle organizzazioni sociali.

Se l'enunciato della Costituzione è chiaro nella sua formulazione, i governi italiani del dopoguerra si trovano a dover fronteggiare pressanti problemi economici di ricostruzione e sviluppo, che lasciano poco spazio al sociale, nonostante alcuni importanti interventi, come la creazione della Cassa del Mezzogiorno e del Ministero delle partecipazioni statali.

La politica economica rimane di stampo neoliberalista fino al periodo tra la fine degli anni Cinquanta e l'inizio degli anni Sessanta del Novecento, in cui l'industria si sviluppa a dismisura e il reddito degli italiani cresce di oltre un terzo. A partire da tale periodo, si realizzano importanti interventi dello Stato: la riforma della scuola media inferiore, la nazionalizzazione dell'energia elettrica, i provvedimenti a favore del Mezzogiorno.

L'articolo 32 della Costituzione definisce la salute “come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”.

Dagli anni Settanta ai nostri giorni

La massima espansione delle riforme sociali si raggiunge però negli anni Settanta quando, in conseguenza della protesta operaia e studentesca, sono varate una serie di leggi che trasformano profondamente l'organizzazione sociale.

Ricordiamo la legge 300/70, detta *Statuto dei lavoratori*, che regola l'assunzione e la cessazione del rapporto di lavoro; la legge 1044/71, che istituisce gli asili nido; la legge 151/75, che riforma il diritto di famiglia nell'ottica della parità tra coniugi e dell'equiparazione dei figli legittimi ai figli naturali riconosciuti.

Con l'obiettivo di realizzare una parità femminile all'interno del lavoro, ricordiamo anche la legge 1204/71 a tutela della maternità e la legge 907/77 che dà per la prima volta alla donna il diritto di ricevere, a parità di lavoro, una pari retribuzione.

Il diritto alla salute, definito “pubblico e gratuito” dalla Costituzione, vede una sua piena realizzazione con la legge 833/78, che istituisce il Sistema Sanitario Nazionale (poi riformato dal decreto legislativo del Governo 502/92). A partire dal 1970 ha attuazione l'istituzione delle Regioni a Statuto ordinario, che hanno importanti compiti legislativi e amministrativi in materia sanitaria e socioassistenziale.

Gli anni Settanta sono quindi il periodo di massima espansione dello Stato sociale, che invece vede, nella seconda metà del decennio successivo, l'inizio del suo declino.



Dalla seconda metà degli anni Ottanta, la situazione economica dell'Italia dà preoccupanti segni di allarme: l'aumento vertiginoso del debito pubblico e del deficit del bilancio (le spese sono maggiori delle entrate). La voce di spesa del bilancio che crea più allarme si riferisce proprio ai settori sanitario, previdenziale e assistenziale.

Gli accordi di Maastricht nel 1992 vincolano l'ingresso nell'Unione Monetaria Europea a restrizioni di bilancio e riduzione dell'inflazione. I tagli allo Stato Sociale, quindi, divengono una conseguenza necessaria.

Lo Stato rimane il principale erogatore di servizi per il cittadino e, per questo motivo, è definito **primo settore**; vengono poi le organizzazioni private, o **secondo settore**, che erogano servizi realizzando anche profitti privati. Attualmente, proprio per le esigenze di risparmio dovute alla grande crescita dello Stato sociale, cominciano ad assumere un ruolo importante le organizzazioni sociali senza scopo di lucro, o **terzo settore**, come le associazioni di volontariato e le cooperative sociali.

2 Il sistema dei servizi

Lo Stato, attraverso le sue articolazioni negli enti locali (Regione, Provincia, Comune) sviluppa iniziative e interventi di carattere educativo culturale e assistenziale che, come abbiamo visto, può gestire direttamente o affidare a enti privati. Consideriamo alcune situazioni tipiche: Marco e Giovanna sono una coppia di operai che vivono in una grande città, privi dell'appoggio di parenti con un figlio di pochi mesi, Luca; hanno fatto domanda perché il figlio fosse accolto nel nido del loro quartiere. Mario è un anziano in pensione con la passione del giardinaggio e ha saputo da un suo amico che nel quartiere in cui abita esiste un centro anziani, dove vengono assegnati gratuitamente, dal Comune, degli orti che gli anziani possono liberamente coltivare. Antonio è un ragazzo disabile che ha terminato la scuola dell'obbligo e non è in grado né di continuare gli studi, né di svolgere un lavoro: i familiari, con l'aiuto degli operatori dei servizi sociali, individuano un centro diurno in cui il ragazzo sia sollecitato a essere autonomo e a sviluppare in modo adeguato le proprie abilità. Nel primo caso il cittadino si avvale di un servizio dal carattere prevalentemente educativo e di sostegno alla loro opera formativa; nel secondo, il centro di aggregazione svolge una funzione culturale e di fruizione del tempo libero; nel terzo caso, i servizi sociali forniscono prevalentemente un sostegno assistenziale alla famiglia.

È fondamentale che il sistema dei servizi (sia che questi operino in campo educativo, culturale e assistenziale) risulti ben integrato e coordinato.

Ogni struttura deve rispondere a bisogni specifici dei cittadini e porsi in relazione e coordinamento con altre strutture che offrono altri servizi, senza che vi siano sovrapposizioni e conflitti. In tal modo gli interventi sono ottimizzati con minor costo economico per la collettività. Gli utenti vanno coinvolti nella gestione del servizio e incoraggiati ad utilizzare le proprie risorse personali e quelle di amici e parenti (vedi il caso 1, *Il caso M.G.*).

Il caso M. G.

In questo brano Elvira Falbo dimostra come sia importante per l'assistente sociale realizzare un approccio empatico con l'utente, tale da farlo sentire compreso nelle proprie esigenze.

Il brano mostra altresì come sia fondamentale realizzare un approccio ai problemi dell'utente non puramente assistenziale, ma capace di attivare le sue risorse e quelle del suo gruppo familiare.

Il contatto con l'utente risulta problematico.

"M. G. è un paraplegico di 33 anni, costretto in una carrozzella in seguito a una lesione mielica di vertebra dorsale (DS) per infortunio sul lavoro; celibe; di professione muratore. Nei precedenti approcci al servizio si era dimostrato estremamente irascibile e nervoso e aveva risposto con sputi e urla ai tentativi dell'assistente sociale di farlo tornare in altra data perché quel giorno non era previsto il ricevimento [...] Questi limiti e divieti di tipo organizzativo non erano stati compresi dall'utente che si era rivolto a me per protestare [...]"

L'operatore realizza un approccio efficace.

"Appena egli giunse in sede con la sua carrozzella ad autospinta, mi alzai dalla scrivania per andargli incontro e stringergli la mano e dopo una breve presentazione, cogliendo in lui un disagio rispetto all'ambiente, gli chiesi se preferiva fare una passeggiata [...] Appena fuori M. G. apparve più disteso e mi comunicò subito che era stato ricevuto male dalle altre assistenti sociali che si erano rifiutate con 'pretesti' – come disse lui – di parlargli. Tentai di fargli comprendere in modo semplice e persuasivo che l'organizzazione del lavoro richiedeva la divisione di appartenenza per territorio, e la scelta di alcuni giorni per ricevere ed altri per effettuare visite domiciliari o altri servizi esterni [...] aggiunsi che capivo che, quando si hanno grossi problemi come i suoi non è facile accettare limiti come questi [...]"

L'utente si "apre" ed espone i suoi problemi.

"[...] rivelò che essendo celibe aveva sempre coabitato con il fratello, che questi aveva condotto nell'abitazione paterna la propria moglie, e dal matrimonio era nato un figlio che allora aveva sei anni. La sua attività l'aveva condotto spesso fuori città pesando poco quindi sulla vita del fratello e della cognata ma, dopo il rientro dall'ospedale, l'accoglienza era stata fredda; anzi la cognata l'aveva convinto a trovare una casa di cura che lo potesse ospitare in considerazione delle sue difficoltà e della presenza in casa di un bambino, al quale peraltro egli era molto legato..."

Viene trovata una soluzione che, seguendo i presupposti teorici dell'"approccio di rete", coinvolge le risorse di M. G. e dei suoi familiari.

"Gli dissi che mi rendevo conto del suo disagio attuale e decidemmo che avrei parlato con i suoi familiari, in uno dei giorni seguenti. Il colloquio con tutta la famiglia chiarì molti problemi, tra i quali il diritto di M. G. a restare nella casa paterna e la sua necessità di avere legami affettivi; decidemmo inoltre di richiedere l'assistenza domiciliare e infermieristica per le pulizie e le medicazioni di cui aveva bisogno. Anche la cognata parve alla fine più distesa e il fratello assicurò la propria presenza per gli spostamenti dalla carrozzella al letto la sera, al momento di andare a letto; mentre la mattina tale compito veniva affidato all'assistente domiciliare.

Con il trascorrere del tempo M. G. cominciò a occuparsi anche attivamente della casa e del giardino; aiutava il nipotino nei compiti e trascorrevano in sua compagnia i pomeriggi, guardando la TV, insegnandogli a suonare la chitarra (riscostruendo così anche per sé un hobby che aveva trascurato) ecc. I due si aiutavano così reciprocamente nelle piccole necessità di entrambi."

(Elvira Falbo, *I servizi sociali oggi*, Armando Editore, Roma 2002, pp. 96-98).

Il concetto di rete sociale

L'operatore sociosanitario (a tutti i livelli: dall'assistente sociale all'animatore, all'assistente sanitario e domiciliare) per poter lavorare in modo efficace, oltre a conoscere i bisogni delle persone di cui si occupa e conoscere le fasi del loro ciclo vitale, deve essere informato sul loro ambiente di vita, sulle relazioni che tali persone hanno con i propri familiari, con il vicinato, gli amici, la scuola o l'ambiente di lavoro.

Ogni individuo ha delle proprie "reti sociali". Queste sono definite da Walker, McBride e Vachon come "l'insieme di contatti interpersonali mediante cui l'individuo mantiene la propria identità, riceve sostegno emotivo, aiuti materiali, servizi, informazioni e sviluppa ulteriori relazioni sociali".

I tipi di reti sociali

Alcune delle reti sociali della persona sono strettamente legate al suo spazio psicologico personale: si tratta delle **reti primarie**.

Le reti primarie sono basate sulla reciprocità.

Sono raggruppamenti "naturali" di persone (da qui la dizione primarie). In tali reti si dà aiuto in relazione alla qualità dei rapporti reciproci: sono le reti familiari, amicali, di vicinato.

Ulteriori reti sociali nascono dall'incontro di persone che hanno problemi comuni: si tratta delle **reti secondarie informali**.

Le reti secondarie informali sono basate sulla solidarietà.

Sono composte da persone che, partendo da reti primarie, costituiscono un gruppo solidale per affrontare un problema comune: per esempio, un gruppo di genitori che discute le problematiche relative ai propri figli svolge attività di auto e mutuo aiuto.

Vi sono poi reti costituite da istituzioni sociali che hanno un'esistenza ufficiale: sono le **reti secondarie formali**.

Le reti secondarie formali sono caratterizzate da scambi basati sul danaro o sul diritto.

Si tratta di servizi istituzionali, pubblici o privati, dove opera personale specializzato, che fanno riferimento allo Stato e alle sue amministrazioni periferiche. Sono, per esempio: la scuola, il consultorio, i centri diurni per anziani e per disabili, le residenze sanitarie assistenziali ecc.

Le reti secondarie formali possono essere **pubbliche** e appartenere quindi allo Stato o primo settore. In certi casi tali reti risultano appesantite dalla burocrazia e insufficienti a soddisfare i bisogni della popolazione.

Le reti secondarie formali possono essere anche **private** e basate sul profitto e appartenere quindi al mercato o secondo settore.

Vi sono poi organizzazioni di servizi che non hanno fine di profitto, ma finalità educative, culturali e sociali: sono costituite dal privato sociale o terzo settore.

Applicazione 1**La valutazione della rete sociale**

Uno dei compiti dell'operatore sociosanitario consiste nell'individuare le reti sociali degli utenti e valutarne la consistenza e disponibilità all'aiuto.

Proponiamo allo studente la seguente esercitazione. Immagina di avere un problema da risolvere (il trasferimento in una città nuova, un cattivo profitto scolastico, avere conseguito cattive abitudini a causa di compagnie "sbagliate" ecc) e di dover individuare le persone che potrebbero aiutarti (rete sociale) a

superarlo. Una volta scelto e definito (con una breve relazione scritta) con precisione tale problema, utilizza la seguente scheda di valutazione, tratta da un lavoro dello psicologo americano Lambert Maguire, per definire i caratteri di una possibile rete sociale che potrebbe fornirti un aiuto.

(Tratto da: L. Maguire, *Il lavoro sociale di rete*, Erickson, Trento, 1989, pag. 96).

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA RETE

Nome, indirizzo, numero telefonico	Relazione (parente, amico, vicino, collega, operatore sociale, altro)	Disponibilità all'aiuto (alta, media, bassa)	Capacità sociale/emozionale (commento)	Risorse materiali, contatti (commento)	Frequenza di contatti (giornalieri, settimanali, mensili, meno)	Intensità (direzione e grado di affetto e sostegno) (commento)	Durata della relazione (1 mese, 6 mesi, 1 anno, 1/5 anni, più)
1							
2							
3							
4							
5							

Ne sono esempi le cooperative sociali e le associazioni di volontariato. Esse hanno, rispetto al settore dei servizi pubblici, una funzione integrativa che, secondo molti studiosi, permette di superare la rigidità burocratica dello statalismo e le regole del profitto imposte dal mercato.

Un intervento efficace si ha attivando tutte le reti sociali disponibili e attraverso un coordinamento dei vari settori (per esempio, sanitario, educativo e sociale).

Nel prossimo paragrafo affrontiamo come sia possibile erogare attraverso una politica sociale adeguata i servizi sociali di cui la popolazione ha bisogno.

3 La politica sociale e la programmazione dei servizi sociosanitari

La politica sociale per essere operativa deve partire dall'analisi dei bisogni delle persone e dalla valutazione delle risorse economiche reperibili.

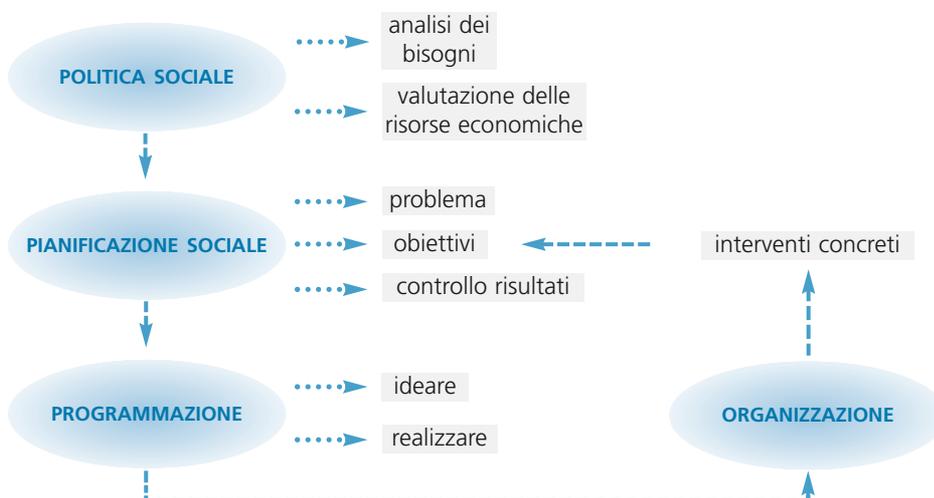
La politica sociale è un'attività che richiede competenze e creatività e fa riferimento ai valori sociali condivisi con lo scopo di realizzare un progetto sociale che risponda ai bisogni individuati.

Una politica sociale per concretizzarsi in un progetto richiede una pianificazione sociale.

La pianificazione sociale può essere definita come un processo che parte dall'individuazione del problema, determina gli obiettivi e, infine controlla i risultati.

La pianificazione sociale comprende poi, come sua fase, la programmazione.

La programmazione consiste nell'ideare e realizzare un'organizzazione capace di mettere in atto interventi specifici tali da rendere concreti i principi generali e le linee politiche che sono alla base della pianificazione.



Nel caso del nostro Paese i valori che debbono costituire il riferimento primario della politica sociale sono quelli espressi dalla nostra Costituzione. Per esempio: rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che limitano la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, tutelare la salute delle persone e garantire a tutti la possibilità di accedere a cure adeguate. Le politiche sociali, per attuare i principi costituzionali, possono differenziarsi tra loro. Per esempio, il Welfare State degli anni Settanta si realizza attraverso l'intervento statale, che garantisce ai cittadini una serie di servizi.

Come abbiamo visto, problemi di natura economica e di gestione delle risorse rendono via via meno efficiente la politica sociale del Welfare State, per cui si progetta una nuova politica sociale, che consiste in un progressivo ritiro dello Stato dalla gestione diretta dei servizi e, contemporaneamente, in una forte espansione del terzo settore.

Un esempio di pianificazione sociale: gli asili nido comunali

Un esempio di pianificazione può essere individuato nella Legge 1044/71 che istituisce in Italia gli asili nido comunali.

Dopo aver delineato le finalità dell'asilo nido, l'articolo 1 della legge, *pianifica* la realizzazione di almeno 3800 nidi in cinque anni (1972-76) nel territorio nazionale; individua i contributi economici per far fronte alle spese necessarie alla loro costruzione, impianto e arredamento, nonché quelle relative alla gestione, al funzionamento e alla manutenzione.

La legge prevede che la realizzazione di tali istituti avvenga attraverso un processo che parta dal basso: i vari Comuni fanno richiesta alle Regioni di riferimento, le quali elaborano un piano annuale degli asili nido, fissando le priorità dell'intervento, le norme e i tempi di attuazione. Sono poi le singole Regioni, con proprie norme legislative, a determinare i criteri generali per la costruzione, la gestione e il controllo degli asili nido. La legge nazionale fissa tuttavia, all'art. n. 6, i criteri da cui non si può prescindere (per esempio, i nidi devono possedere dei requisiti tecnici, edilizi ed organizzativi tali da garantire l'armonico sviluppo del bambino). Inoltre, nell'art. 3 della legge, si attribuisce al Ministero della Sanità il compito di *verificare* i piani annuali degli asili nido.

Ogni Regione ha messo in opera una propria legge per attuare quanto previsto dalla normativa nazionale.

Prendiamo in considerazione la legge regionale n. 15 del 7 marzo 1973, dell'Emilia Romagna, che si è distinta sia a livello nazionale, sia a livello internazionale, per l'ottima organizzazione dei propri nidi. La gestione dell'asilo nido avviene attraverso un "consiglio di gestione" che garantisce la partecipazione di tutte le forze presenti sul territorio, coinvolgendo nel servizio una rappresentanza del Comune, delle famiglie, degli operatori del nido e delle formazioni sociali. La legge stabilisce come individuare le aree idonee alla realizzazione dei nidi e alcuni criteri organizzativi degli stessi. Tra i criteri organizzativi, ricordiamo che il rapporto minimo tra il personale educativo ed il numero dei bambi-



In un asilo nido comunale l'assistenza sanitaria e pedagogica è affidata ai servizi sanitari locali.

ni è di un educatore per cinque bambini, e che il personale deve possedere una formazione idonea al ruolo. L'assistenza sanitaria e psicopedagogica ai bambini del nido è affidata alle unità locali dei servizi sanitari sociali.

Se confrontiamo la legge del 1973 con l'attuale normativa dell'Emilia Romagna *Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia* (legge n. 1 del 14/1/2000) vediamo alcuni importanti cambiamenti. L'offerta educativa diviene più differenziata e flessibile: insieme ai nidi tradizionali, con orario pieno, sono previsti nidi a tempo parziale e anche micronidi, che ospitano da un minimo di 6 a un massimo di 14 bambini. Sono previsti servizi integrativi al nido: centri in cui i bambini, accompagnati da genitori o altri adulti, si incontrano per giocare, spazi gioco dove i bambini rimangono per un massimo di cinque ore con l'assistenza di educatori. I servizi educativi per la prima infanzia non sono gestiti solamente dai Comuni, ma anche da altri soggetti pubblici e da soggetti privati, purché "accreditati" (devono avere dei requisiti previsti dalla legge regionale). Infine, è garantito l'accesso al nido ai bambini disabili e svantaggiati, ed è prevista la partecipazione degli utenti alle spese di gestione dei servizi attraverso forme di contribuzione differenziata, in relazione alle condizioni socioeconomiche delle famiglie.

4 Il progetto socioassistenziale

Nel paragrafo precedente, presentando gli aspetti generali relativi alla pianificazione e alla programmazione dei servizi, abbiamo analizzato alcuni aspetti relativi a provvedimenti legislativi a carattere nazionale e regionale. Ora descriviamo le varie fasi in cui si articolano i progetti sociali e sanitari

► **L'assistenza sociale** e ► **l'assistenza sanitaria** si avvalgono di un lavoro di équipe che coinvolge vari operatori in un progetto comune di intervento. A seconda del settore d'intervento (va detto che spesso per le stesse persone sono richiesti sia un intervento sociale sia sanitario), tali operatori possono essere di



assistenza sociale

una serie di servizi tesi a migliorare la qualità della vita e la condizione sociale dei cittadini, per esempio gli asili nido e altri sostegni per le famiglie come l'assistenza domiciliare per gli anziani o i disabili

assistenza sanitaria

le prestazioni mediche, ma anche tutti gli interventi tesi a prevenire le malattie e a migliorare lo stato di salute dei cittadini

vario tipo. Abbiamo perciò assistenti sociali, medici, infermieri e altri operatori sociali e sanitari che lavorano insieme.

Tale lavoro di équipe è coordinato dall'**assistente sociale**, professionista che svolge un ruolo importante in quanto opera sia nel settore sociale sia in quello sanitario. A lui compete la responsabilità di individuare i casi delle persone bisognose e di predisporre gli interventi più idonei.

Le fasi del progetto

Per poter elaborare e verificare un progetto, è necessario utilizzare un metodo scientifico, ossia le fasi del progetto devono seguire un'articolazione simile a quella utilizzata nel metodo sperimentale.

Le fasi di un progetto sociale sono le seguenti:

- segnalazione e individuazione della situazione problematica;
- analisi della situazione;
- valutazione dei dati acquisiti;
- attuazione del progetto;
- verifica del progetto.

La segnalazione e l'individuazione della situazione problematica. I primi aspetti da valutare sono il **soggetto** che ha segnalato il problema o la richiesta d'aiuto, i motivi di tale segnalazione e le persone interessate. Una struttura informativa utile per conoscere i **servizi** e le **risorse** del territorio più adatti a soddisfare un bisogno o tutelare un diritto è il segretariato sociale: in tale sede si hanno indicazioni circa il servizio più idoneo a cui rivolgersi e la documentazione da presentare.

L'analisi della situazione. È fondamentale, per inquadrare il problema, ottenere **informazioni** sulla situazione problematica e sulle risorse da attivare per la sua soluzione. Tali informazioni, oltre che dal soggetto che segnala il problema, si possono acquisire direttamente dalla persona interessata, da persone vicine (familiari, amici, vicini di casa), da operatori di altri servizi sociali, e da altre persone significative come insegnanti, medico di base, parroco o altre figure di riferimento. Gli **strumenti** per verificare i problemi e le risorse delle persone contattate, del contesto sociale in cui sono inserite e delle istituzioni presenti sul territorio sono: il colloquio con l'utente, la visita domiciliare (lo studente potrà trovare online un chiarimento nella finestra, *La visita domiciliare*) e la documentazione esistente presso il servizio a cui è chiesto l'intervento ed eventuali altri servizi.

La valutazione dei dati acquisiti. La valutazione è il momento in cui tutte le conoscenze acquisite vengono ricomposte, per arrivare a una **definizione** più precisa **del problema**. Per fare ciò, bisogna vagliare i rischi a cui va incontro la persona in condizione di disagio, le sue risorse, quelle delle persone a essa vicine e quelle dei servizi coinvolti. È importante che tale valutazione venga effettuata, quando è possibile, insieme all'utente o con un'altra persona responsabile, se si tratta di un minore.

L'attuazione del progetto. Le fasi preparatorie fin qui descritte si concretizzano attraverso un preciso **progetto di intervento** con cui si delineano gli obiettivi, che devono essere chiari, precisi, personalizzati e realistici. È altrettanto essenziale fare un **preventivo** dei costi dell'intervento, allo scopo di verificarne l'attuabilità. Un'articolazione organica del progetto richiede precisi impegni da parte dell'utente, dei vari operatori del servizio attivato, che precisano le proprie prestazioni professionali, e degli impegni da parte delle istituzioni (scuola, Tribunale per i minori, parrocchia, associazioni di volontariato).

La verifica del progetto. La verifica del progetto serve per valutare se gli obiettivi fissati sono stati raggiunti. Si attua attraverso l'osservazione dei risultati, degli eventuali errori, degli ostacoli e degli imprevisti. Può essere utile effettuare una **verifica intermedia**, oltre che la **verifica finale**.

Dopo una prima verifica, si può riscontrare se qualcosa non ha funzionato rispetto al progetto o quanto i risultati raggiunti sono vicini all'obiettivo iniziale. Nel caso di risultati insoddisfacenti è necessario riformulare quella parte del progetto che è risultata carente. Può anche accadere che il progetto non trovi piena attuazione per cause esterne: per esempio il cambio di residenza dell'utente, oppure il suo trasferimento in una struttura diversa, o cambiamenti sostanziali nella composizione del nucleo familiare. È importante che non si crei una situazione di dipendenza tra gli operatori e gli utenti: è necessario valorizzare il lavoro fatto e i risultati ottenuti e sollecitare un impegno autonomo da parte degli utenti e dei loro familiari.



Esemplificazione di un progetto

Consideriamo un progetto di ► **assistenza domiciliare** rivolto a minori, con lo scopo di fornire un sostegno educativo atto a prevenire la trasformazione del disagio psicologico in forme gravi di disadattamento.

assistenza domiciliare

un complesso di prestazioni operate da personale specializzato presso il domicilio della persona bisognosa, che possono essere di diversa natura a seconda che si tratti un'assistenza familiare, per minori, per anziani o soggetti disabili

I minori Giovanni, Lucio e Maria, rispettivamente di quattordici, dodici e nove anni, rientrano tutti insieme in famiglia dopo essere rimasti in un istituto per un periodo di tre anni. L'autorità giudiziaria minorile aveva disposto il loro allontanamento dalla famiglia in seguito ad alcuni episodi di maltrattamento nei loro confronti da parte del padre. I genitori poi si sono separati e il padre è emigrato all'estero senza dare più notizie di sé. La madre lavora per molte ore al giorno presso un'impresa di pulizie ed è lei che, su consiglio di un'amica, si attiva presso il servizio di segretariato sociale, per riavere a casa i figli.

Il caso è segnalato all'assistente sociale di zona, che, per prima cosa, ha un colloquio con la donna e cerca ulteriori informazioni presso i vicini di casa. Gli operatori che avevano seguito i ragazzi nel periodo del maltrattamento del padre e quelli che li hanno seguiti durante la loro permanenza in istituto forniscono altre notizie.

Dopo un'attenta valutazione delle conoscenze acquisite, il servizio sociale decide di attivare un progetto di assistenza domiciliare che aiuti la madre a provvedere ai problemi economici e pratici della vita quotidiana e, contemporaneamente, a seguire i figli che, a causa delle vicissitudini subite, presentano problemi di comportamento.

Il progetto prevede l'intervento di un educatore che, oltre a occuparsi dei figli, sostenga psicologicamente la madre, una donna dalla personalità molto fragile. L'educatore fornisce un aiuto pratico durante l'assenza della madre e tenta di ricostruire un contesto sociale valido per i ragazzi. Il progetto prevede, a tale scopo, anche l'intervento del parroco e dell'associazione di volontariato da lui diretta.

Il progetto prosegue per tre anni e, attraverso alcune verifiche intermedie, viene riveduto per riformulare gli obiettivi, in relazione ai cambiamenti che intervengono con la crescita dei ragazzi. Il servizio sociale continua ad avere incontri periodici con la madre per verificare la stabilità del nuovo equilibrio raggiunto.



Spesso i progetti di assistenza domiciliare offrono sostegno educativo a minori che vivono in situazioni di disagio.

FACCIAMO IL PUNTO

✓ L'area dei servizi sociali

Il **Welfare State** o **Stato sociale** nasce dopo la grande crisi del 1929 negli Stati Uniti. Nel 1932 il presidente americano Franklin Delano Roosevelt dà avvio a una nuova politica, il *New Deal*, con cui lo Stato provvede ai bisogni dei cittadini, adottando specifiche politiche, economiche e sociali come misure sulla disoccupazione, sull'invalidità e la vecchiaia, sulla sanità e sull'organizzazione del territorio. In Europa lo Stato sociale si sviluppa soprattutto nel secondo dopoguerra. In Italia, la Costituzione repubblicana, promulgata nel 1948, fissa i principi fondamentali per dare allo Stato italiano i caratteri di Stato sociale. La massima espansione delle riforme sociali si raggiunge negli anni Settanta del Novecento e, in tempi recenti, comincia ad assumere un ruolo importante il terzo settore che spesso offre, rispetto a quelli pubblici, servizi più aderenti alla domanda.

✓ I servizi educativi, culturali e socioassistenziali

Lo stato, attraverso le sue articolazioni negli enti locali (Regioni, Provincia, Comune), sviluppa iniziative e interventi di carattere educativo, culturale e assistenziale. Il sistema dei servizi deve essere ben integrato e coordinato e deve operare attraverso le **reti sociali, informali e formali**. Per mezzo delle reti, l'individuo mantiene la propria identità, riceve sostegno emotivo, aiuti materiali, servizi, informazioni e sviluppa ulteriori relazioni sociali.

✓ La politica sociale e la programmazione dei servizi sociali

La **politica sociale** è un'attività che richiede competenze e creatività e fa riferimento ai valori sociali condivisi con lo scopo di realizzare un progetto sociale rispondente ai bisogni individuati. La **pianificazione sociale** è un processo che parte dall'individuazione del problema, determina gli obiettivi e controlla i risultati. La **programmazione** consiste nell'ideare e realizzare un'organizzazione atta a mettere in atto interventi specifici tali da rendere concreti i principi generali e le linee politiche che sono alla base della pianificazione. Un esempio di pianificazione può essere la legge 1044/71 che istituisce in Italia gli asili nido comunali.

✓ Il progetto sociosanitario

L'**assistenza sociale** consiste in una serie di servizi tesi a migliorare la qualità della vita e la condizione sociale dei cittadini. L'**assistenza sanitaria** consiste in prestazioni mediche, ma anche in tutti gli interventi tesi a prevenire le malattie e a migliorare lo stato di salute dei cittadini. Entrambe si avvalgono di un lavoro di équipe che coinvolge vari operatori in un progetto comune d'intervento. Le fasi di un progetto sociosanitario sono le seguenti: segnalazione e individuazione della situazione problematica; analisi della situazione; valutazione dei dati acquisiti; attuazione del progetto; verifica del progetto.

QUESTIONARIO

■ Domande a scelta multipla

1 La politica economica e sociale del “New Deal” nasce in conseguenza:

- a dei problemi sociali originati dalla seconda guerra mondiale
- b della crisi economica americana del 1929
- c di forti flussi migratori

2 Le basi dello Stato sociale in Italia sono poste:

- a dallo Statuto Albertino
- b dalla Costituzione repubblicana del 1948
- c dalla politica sociale del fascismo

3 In quale periodo si ha in Italia la massima espansione delle riforme sociali?

- a nel periodo tra le due guerre mondiali
- b negli anni Cinquanta del Novecento
- c negli anni Settanta del Novecento

4 Da che cosa sono caratterizzate le reti secondarie formali?

- a da scambi basati sulla solidarietà
- b da scambi basati sul danaro o sul diritto
- c da scambi basati sulla reciprocità

5 La politica sociale fa riferimento:

- a a ciò che è giusto sul piano sociale
- b ai valori sociali condivisi
- c ai progetti economicamente più convenienti

6 La legge 1044/71 che istituiva gli asili nido prevedeva che:

- a ogni Regione promulgasse una propria legge applicativa
- b ogni Regione seguisse allo stesso modo le indicazioni della legge nazionale
- c ogni Regione realizzasse un numero di nidi proporzionale alla propria popolazione infantile

7 Informazioni utili sulla situazione dell'utente si hanno:

- a attraverso il colloquio con l'utente
- b attraverso la somministrazione di un questionario
- c attraverso una ricerca anagrafica

8 Quale struttura informativa è utile per conoscere i servizi socioassistenziali del territorio?

- a l'Azienda Sanitaria Locale
- b la Pro Loco
- c il segretariato sociale

9 Il professionista che coordina il lavoro di équipe del progetto socioassistenziale è:

- a il medico
- b l'assistente sociale
- c lo psicologo

■ Domande aperte

10 Elenca, nel loro ordine temporale, le varie fasi del progetto sociale.

11 Che cosa si intende con il termine “pianificazione sociale”?

■ Commento al testo

12 Rileggi il caso 1, *Il caso M. G.* e rispondi ai seguenti quesiti.

Mediante quale approccio l'assistente sociale riesce a vincere la diffidenza di M. G.?

Quali sono le difficoltà dei familiari ad accoglierlo? Perché la soluzione proposta dall'assistente sociale può essere definita un intervento di rete?

UNITÀ DIDATTICA 2

La famiglia e i servizi sociosanitari

PREREQUISITI

- || Conoscere i caratteri generali della programmazione dei servizi socio-sanitari del territorio.

OBIETTIVI

- || Conoscere le varie tipologie della famiglia.
- || Conoscere il ciclo vitale della famiglia.
- || Conoscere i vari stili educativi familiari.
- || Conoscere le caratteristiche della famiglia multiproblematica.
- || Conoscere i servizi sociosanitari per la famiglia.

COMPETENZE

- || Saper individuare le problematiche familiari e alcune tipologie di intervento.

1 Le tipologie della famiglia

Nel modulo 7, unità didattica 3, paragrafo 3 abbiamo trattato il tema della famiglia analizzando il suo sviluppo storico. Nell'unità didattica 4, paragrafo 2, abbiamo poi considerato lo studio di Talcott Parsons della famiglia nucleare americana. Nella presente unità didattica analizziamo altri due aspetti: i problemi che la famiglia contemporanea si trova ad affrontare nello svolgere la propria funzione e come sia possibile fornire a essa un adeguato sostegno. Riprendiamo la definizione di famiglia dell'ISTAT, già riportata nel modulo 7.

La famiglia è un insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o vincoli affettivi, dimoranti abitualmente nella stessa abitazione.

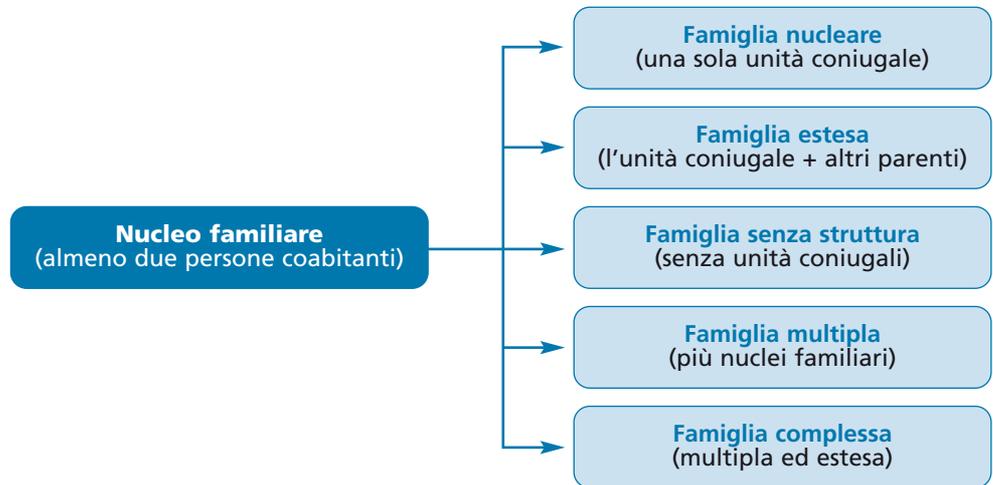
Tale insieme può essere costituito anche da una sola persona: in tal caso abbiamo una **famiglia unipersonale**.

Quando le persone che costituiscono la famiglia sono più di una, siamo in presenza di un **nucleo familiare**.

Il nucleo familiare è un insieme di almeno due persone coabitanti, legate dal vincolo di coppia e/o dal rapporto genitori/figli (fino a che il figlio non costituisca una nuova coppia o non diventi esso stesso un genitore).

La struttura dei nuclei familiari

In base alla **struttura di tali nuclei** (i componenti e il loro grado di parentela) abbiamo, perciò, famiglie nucleari, estese, senza struttura, multiple e complesse (si veda lo schema sottostante).



La **famiglia nucleare** è composta di una sola unità coniugale, che si presenta come **completa** se abbiamo marito e moglie, con o senza figli, e **incompleta** se abbiamo un solo genitore con i figli.

La **famiglia estesa** comprende, oltre all'unità coniugale, la presenza di uno o più parenti; è **verticale** se il parente è il genitore del coniuge, **orizzontale** se il parente è un fratello o un cugino del coniuge.

La **famiglia senza struttura** è priva di unità coniugali ed è formata da persone con o senza rapporti di parentela.

La **famiglia multipla** è composta da più di un nucleo familiare, per esempio una coppia anziana con le coppie dei figli sposati.

La **famiglia complessa** ha le caratteristiche della famiglia multipla, più quelle della famiglia estesa. Per esempio, una coppia anziana, le coppie dei figli, due zie non sposate e un cugino celibe.



La famiglia multipla è composta da più di un nucleo familiare.

Nuove tipologie familiari

Negli ultimi decenni sono avvenute numerose trasformazioni sociali che hanno reso più vario e complesso il modo di esprimersi dell'istituzione familiare. In questa sede consideriamo le seguenti tipologie: la famiglia di fatto (o convivenze), la famiglia con un solo genitore (o monoparentale), la famiglia divorziata, la famiglia ricostituita, la famiglia con figlio unico, la famiglia adottiva.

La famiglia di fatto

A questo tipo di famiglia manca un riconoscimento dell'unione, sia a livello ufficiale (il matrimonio non è stato celebrato nemmeno civilmente), sia a livello simbolico (per esempio, mancano le foto del matrimonio). All'inizio la convivenza può essere vista dai parenti come un periodo di prova; se però tale situazione si protrae dopo la nascita dei figli, i parenti in genere giudicano tale unione non basata su un vero amore e quindi destinata a fallire. In realtà spesso il rapporto si dimostra invece duraturo. In questo tipo di coppia il legame dipende da un assenso sempre in discussione, per cui ogni elemento della coppia deve confrontarsi con le aspettative dell'altro.

Nel contesto sociale, queste coppie possono essere giudicate in modo negativo, perché non seguono le regole condivise dalla maggioranza delle persone. I loro figli a scuola potrebbero venire compatiti per la precarietà dell'unione dei genitori e questo potrebbe colpire il bambino nel suo bisogno di sicurezza. È importante che i genitori spieghino ai figli che esistono vari tipi di legame, e che la mamma e il babbo hanno scelto di dare maggior valore all'autonomia, piuttosto che alle norme.

La famiglia con un solo genitore

Un tempo tale situazione si verificava soprattutto se uno dei coniugi rimaneva vedovo e non si risposava. Oggi è abbastanza frequente il caso di donne che hanno (e spesso scelgono di avere) figli senza una figura paterna. La situazione è problematica quando tali donne non sono divenute madri per scelta e non hanno un adeguato sostegno dalla rete familiare. In queste situazioni è spesso necessario l'intervento dei servizi sociali. Nel caso in cui la maternità sia stata scelta, le donne sono generalmente autonome economicamente e psicologicamente e cercano di allevare il figlio senza fargli percepire alcun sentimento di inferiorità, rispetto ai compagni. Comunque, in mancanza di uno dei due genitori, è importante che i contatti con l'esterno (amici, parenti, altre famiglie) siano incrementati al massimo, per diversificare l'esperienza sociale dei figli.

La famiglia divorziata

Quando si verificano una separazione o un divorzio, generalmente i figli, specie se piccoli, sono affidati alla madre. Questa può trovarsi a condurre la famiglia in condizioni difficili se, come spesso accade, l'aiuto dell'uomo si rivela insufficiente. Se il padre non fa valere la sua presenza nemmeno psicologicamente, si corre il rischio che il bambino non abbia un valido modello paterno e che il legame con la madre divenga troppo unilaterale. I figli di una coppia divor-

ziata possono vivere sentimenti di tristezza e di colpa, specialmente se i genitori manifestano tra loro rancore e sentimenti di rivalsa. In tal caso i ragazzi possono avere un rendimento scolastico modesto e manifestare disturbi psicosomatici. È quindi fondamentale che il genitore affidatario favorisca il contatto dei figli con l'altro genitore e che entrambi li tengano al riparo dai conflitti familiari. La soluzione preferibile per il bambino è l'**affidamento congiunto**. Si tratta di un tipo di affidamento che consente a entrambi i genitori di esercitare la potestà sui figli minori; la potestà è un diritto/dovere che attribuisce ai genitori gli obblighi inerenti al mantenimento e all'educazione dei figli, e il potere di agire in nome, per conto e nell'interesse dei figli.

La famiglia ricostituita

La famiglia ricostituita è quella composta da una persona divorziata con figli e dal nuovo compagno o compagna. Quest'ultimo/a può, a sua volta, essere una persona divorziata con o senza figli. La famiglia ricostituita si porta dietro il fallimento delle storie familiari precedenti. I bambini devono accettare la presenza di persone per loro sconosciute, cambiare il ritmo della loro giornata e le regole di comportamento: tutto ciò aumenta le occasioni di conflitto. È bene che i tempi di adattamento di ognuno siano rispettati. Una certa confusione e una certa gelosia sono, nella fase iniziale della famiglia ricostituita, inevitabili, per cui è necessario che gli adulti non perdano la fiducia in un cambiamento positivo. I figli, specialmente all'inizio, devono essere educati dai genitori biologici; successivamente saranno i figli stessi a decidere quale ruolo attribuire al patrigno o alla matrigna: se quello di genitore (più facile se i bambini sono molto piccoli), o di amico o confidente, di modello da imitare, o solamente quello di compagna del padre o compagno della madre.

La famiglia con figlio unico

È sempre più frequente che nelle famiglie vi sia un solo bambino. L'essere figli unici può comportare problemi di tipo relazionale. La mancanza di fratelli rende più difficile il confronto, per cui è importante creare una rete di amicizie che permetta al figlio unico di confrontarsi con altri bambini. Il figlio unico risulta più stimolato, specialmente se lo confrontiamo con i bambini appartenenti a famiglie numerose, può però più facilmente sviluppare una personalità chiusa, apparentemente autosufficiente, ma incapace di esprimersi e di stabilire relazioni soddisfacenti. I genitori possono avere nei confronti del figlio sia delle attenzioni eccessive sia delle aspettative esagerate, che possono generare in lui un senso di inadeguatezza.

La famiglia adottiva

Lo scopo dell'adozione non è "dare un bambino a una famiglia", ma "dare una famiglia a un bambino". Tale principio è importante sul piano della legge, in quanto salvaguarda gli interessi del più debole. Va però tenuto conto del fatto che il desiderio di un figlio nella coppia adottiva, come del resto nei genitori naturali, deriva da un desiderio di completezza. L'adozione riesce più facile quando il bambino è un neonato, oppure è molto piccolo, mentre risulta più

problematica se il bambino è più grande o, soprattutto, se è un adolescente con una storia segnata da una deprivazione affettiva. Anche il figlio che è stato adottato precocemente può sviluppare il dubbio di non essere abbastanza amato, in quanto abbandonato dai suoi genitori biologici.



È importante che i bambini di etnia diversa da quella dei genitori adottivi conoscano la cultura del popolo da cui hanno avuto origine.

I genitori che si rifiutano di parlare con il bambino delle sue reali origini manifestano una scarsa fiducia nelle relazioni affettive che hanno saputo creare. È importante fornire un'immagine positiva dei genitori biologici e far notare che la condizione dell'adozione è oggi abbastanza frequente.

Se il bambino adottato è di etnia diversa da quella dei genitori, è importante che frequenti anche bambini del proprio Paese, in quanto può conoscere la cultura del popolo da cui ha avuto origine e confrontarsi con qualcuno che non sia diverso da lui.

2 Il ciclo vitale della famiglia

Una singola famiglia non è una realtà imm modificabile, essa ha una storia e nel corso del tempo muta le proprie caratteristiche. Questi cambiamenti costituiscono il ciclo vitale della famiglia.

I sociologi indicano con l'espressione cambiamenti normativi gli eventi prevedibili che accadono alla maggior parte dei nuclei familiari.

Un esempio tipico è dato da una coppia i cui figli, una volta cresciuti, lasciano la famiglia di origine e costruiscono a loro volta altri nuclei familiari. Altri esempi di eventi normativi sono: la nascita di un bambino, la sua adolescenza e il passaggio all'età adulta, la nascita di un nipote.

I cambiamenti sono paranormativi quando inattesi o difficilmente prevedibili. Essi comportano squilibri nel sistema familiare.

Un esempio può essere il divorzio di una coppia giovane e ciò che ne segue: il coniuge a cui è affidato il figlio piccolo si risposa e ha altri figli, mentre l'altro non si risposa. Altri eventi paranormativi sono la malattia o la morte di un membro della famiglia, oppure cambiamenti notevoli nella posizione socioeconomica.

Le fasi del ciclo vitale della famiglia

Psicologi e sociologi hanno individuato le seguenti fasi relative a quello che, mediamente, è il ciclo familiare: la fase del giovane adulto senza legami; la famiglia senza figli; la famiglia con figli piccoli; la fase della coppia con figli adolescenti; la famiglia dopo che i figli sono usciti di casa; la famiglia nell'età anziana.

La fase del giovane adulto senza legami

Dopo l'adolescenza, prosegue il processo che porta il giovane a differenziarsi rispetto alla famiglia d'origine. Egli sviluppa idee proprie e un proprio personale progetto di vita. Non tutti i genitori riescono ad "accompagnare" in modo adeguato tale processo. Gli psicoterapeuti hanno verificato che determinate patologie psichiatriche possono in parte dipendere da un errato atteggiamento dei genitori. Un esempio frequente, citato anche dallo psichiatra inglese Roland D. Laing (1927-1989), è quello di giovani donne adolescenti, figlie uniche, a cui viene diagnosticato un crollo schizofrenico. Tale patologia si spiega attraverso le dinamiche familiari tra genitori e figlia, ricche di emozioni conflittuali. La figlia è alle soglie dell'età adulta e i genitori cercano di controllare in maniera eccessiva la sua vita, probabilmente a causa di un'inconscia gelosia da parte di uno o di entrambi di loro.

La famiglia senza figli

Il nuovo ciclo familiare ha inizio quando il figlio decide di costituire una nuova coppia attraverso il matrimonio o una convivenza. Questo comporta un distacco dalla famiglia di origine e la formazione di un nuovo tipo di rapporto con i genitori e con gli altri parenti. Entrambi i coniugi, inoltre, cercano di includere il compagno/a nella propria rete amicale. La nuova unione dà molto, e chiede molto, ai suoi contraenti, che devono far fronte a un compito complesso: rimanere uniti pur accettando la possibilità di percorsi diversi (lavorativi, di studio, di amicizie, di interessi). La coppia non deve concentrarsi esclusivamente su se stessa, restando chiusa all'esterno, ma deve permettere uno scambio continuo con le altre realtà sociali, per alimentare e arricchire la comunicazione al proprio interno.

La famiglia con figli piccoli

La nascita di uno o più figli modifica notevolmente la vita della coppia, che deve riorganizzarsi in funzione dell'allargamento della famiglia. Un figlio soddisfa alcuni bisogni profondi della coppia, che in lui vede la propria continuità. Allevare ed educare dei bambini è un compito molto impegnativo. Oggi in molte famiglie lavorano entrambi i genitori, per cui i bambini frequentano l'asilo nido e la scuola infantile, o sono affidati alla cura della baby sitter. Il nido e la scuola infantile offrono ai piccoli delle buone opportunità educative e danno al bambino la possibilità di socializzare con altri bambini. Tuttavia una certa presenza dei genitori è indispensabile per uno sviluppo emotivo sereno del bambino. Spesso, quando sono presenti dei nonni disponibili ad accudire i bambini, i genitori ricorrono al loro aiuto. Se il ruolo dei genitori, rispetto a quello dei nonni, diviene però secondario, il rischio è che i nonni diventino i principali punti di riferimento del bambino. In certi casi sorge un conflitto fra genitori e nonni su come debbano essere allevati ed educati i piccoli: nella madre può allora nascere un senso di colpa per non aver abbandonato il lavoro ed essersi dedicata alla cura dei figli. Il padre non deve avere un ruolo periferico, ma deve essere pienamente coinvolto nell'educazione dei bambini. Un tempo questo non avveniva, perché si riteneva che l'educazione dei figli piccoli fosse un compito esclusivamente mater-

no. Oggi, soprattutto nel ceto medio, tale mentalità è cambiata, tuttavia persistono ancora gruppi familiari in cui il padre, di fatto, è estromesso dalla coppia madre-bambino.

La fase della coppia con figli adolescenti

La presenza di figli adolescenti richiede una ridefinizione del ruolo genitoriale. Già quando sono nell'età scolastica, i bambini hanno bisogno di cure meno assidue, per cui i genitori hanno più tempo per sé. L'adolescente, per questo motivo, è ancora più autonomo, ma spesso si pone in contrasto con i genitori, sostituiti, come punto di riferimento, dal gruppo dei pari. I genitori, in tale fase, hanno spesso difficoltà ad ascoltare e capire i propri ragazzi, soprattutto nel caso in cui essi stessi non abbiano vissuto serenamente tale periodo e siano passati (da un punto di vista psicologico) direttamente dalla pubertà alla maturità, senza un periodo intermedio.

Con l'adolescenza inizia quello "svincolo" dai genitori che porterà il ragazzo a formare una personalità propria. I genitori spesso proiettano i propri desideri sui figli e vogliono che, in qualche modo, essi vi si conformino. Questo atteggiamento è errato. La vita dei figli non appartiene ai genitori e in nessun caso è possibile evitare loro errori e sofferenze. Alcune coppie, per paura delle nuove esperienze che il figlio potrà compiere, ne soffocano la personalità, tenendo nei suoi confronti un atteggiamento iperprotettivo.

Con l'adolescenza inizia quello "svincolo" dai genitori che porterà il ragazzo a formare una personalità propria. I genitori spesso proiettano i propri desideri sui figli e vogliono che, in qualche modo, essi vi si conformino. Questo atteggiamento è errato. La vita dei figli non appartiene ai genitori e in nessun caso è possibile evitare loro errori e sofferenze. Alcune coppie, per paura delle nuove esperienze che il figlio potrà compiere, ne soffocano la personalità, tenendo nei suoi confronti un atteggiamento iperprotettivo.

La famiglia dopo che i figli sono usciti di casa

In questa fase i genitori mutano notevolmente il proprio ruolo, in quanto i figli hanno una propria vita autonoma. Tale cambiamento di ruolo può suscitare in alcuni genitori un senso di vuoto e di inutilità che genera la cosiddetta sindrome "del nido vuoto". Questo processo è presente soprattutto nelle donne che tradizionalmente, rispetto agli uomini, assegnano un'importanza maggiore ai ruoli familiari (lo studente potrà trovare online un esempio con *Il caso della signora Maria*).

In Italia, molti giovani tra i 25 e i 29 anni (quasi la metà delle femmine e due terzi dei maschi) vivono ancora in famiglia. Molti di loro continuano a convivere con la famiglia di origine anche negli anni successivi. Questo fenomeno è dovuto a motivi complessi: in alcuni casi è una scelta che consente di prolungare il periodo adolescenziale, più libero da responsabilità; in altri casi dipende dalla difficoltà di trovare un lavoro che permetta di essere economicamente indipendenti. Il fenomeno della "famiglia lunga" è inoltre favorito dai bisogni reciproci dei genitori e dei figli. I primi possono continuare a svolgere le vecchie mansioni familiari e i secondi vivono una condizione vantaggiosa, in cui possono delegare ai genitori molte delle loro responsabilità. Viene però in tal modo ritardato il processo di costruzione dell'identità, legato per molti aspetti alla capacità di gestire autonomamente la propria vita. I coniugi della coppia matura, quando i figli si sposano, devono gestire il nuovo ruolo di suoceri e di nonni nel rispetto dell'autonomia dei figli. I figli, a loro volta, devono saper affrontare il decadimento fisico e l'inevitabile perdita dei genitori.



Spesso i nonni accudiscono i nipotini, dando così un aiuto ai propri figli.

La famiglia nell'età anziana

Per la coppia anziana è importante che gli interessi comuni siano mantenuti. L'inevitabile declino biologico non deve impedire uno stile di vita attivo, tuttavia, bisogna che i coniugi anziani accettino i cambiamenti e riescano a sostenersi reciprocamente nelle difficoltà della vecchiaia. Una vecchiaia libera da malattie gravemente invalidanti può essere un periodo in cui si sperimentano nuovi ruoli e interessi, che gli impegni familiari e lavorativi non avevano consentito di esercitare pienamente: per esempio i viaggi turistici e i vari tipi di hobby. L'anziano deve saper accettare l'importanza che nella famiglia acquisiscono le persone delle generazioni di mezzo (i figli). Questi ultimi devono essere di supporto alle generazioni più anziane, senza però invadere i loro spazi e rispettandone la personalità e i bisogni.

Un altro aspetto importante è saper accettare le malattie (e la morte) del coniuge, dei fratelli e dei coetanei, nonché la propria. L'esperienza della vedovan-

za ricapitola tutte le perdite subite in precedenza, riattiva tutte le ferite mai chiuse ed è spesso vissuta come un annullamento di una parte di se stessi. I figli dovranno aiutare il genitore a non cadere in uno stato depressivo, facendo sentire il proprio sostegno e facilitando contatti sociali che possano far capire al genitore che la sua vita conserva ancora importanza e significato.



Per le coppie anziane è importante mantenere interessi comuni e sostenersi reciprocamente nelle difficoltà della vecchiaia.

Applicazione 1

Una ricerca sul ciclo familiare

Proponiamo agli studenti di ricostruire il ciclo vitale di un certo numero di famiglie (non necessariamente le proprie) attraverso una documentazione fotografica (vedi modulo 1, unità didattica 4, paragrafo 3) e delle interviste (vedi modulo 1, unità didattica 5, paragrafo 2).

La scelta deve riguardare famiglie che abbiano già attraversato tutte le fasi del ciclo o stiano attraversando l'ultima fase (la famiglia nell'età anziana).

Non si tratta solamente di individuare i vari componenti delle famiglie, ma la loro evoluzione, il mutare dei rapporti tra le persone e il cambiamento dei ruoli.

Le fotografie non devono essere considerate delle

mere rappresentazioni dei vari soggetti, ma lo spunto su cui costruire delle interviste. Per esempio, si possono esaminare insieme a un membro anziano della famiglia tali fotografie e porgli delle domande.

Si noti anche che la fotografia, quando rappresenta insieme più persone, può dare indicazioni sulla natura del rapporto tra questi soggetti.

È importante anche inquadrare la situazione, l'occasione, in cui le foto sono state scattate e sapere chi le ha scattate.

Il lavoro svolto dagli studenti, opportunamente catalogato e commentato, può essere occasione di una mostra da realizzare all'interno della scuola.

3 Gli stili educativi familiari

La famiglia, intesa come un'organizzazione primaria, svolge la funzione di rendere stabile la personalità degli adulti. Le persone che costituiscono il gruppo familiare, nell'adempiere tale funzione, svolgono dei ruoli attraverso cui soddisfano bisogni reciproci. Si stabiliscono così delle relazioni interpersonali che possono essere soddisfacenti, ma anche conflittuali e perfino patologiche.

Un aspetto importante per le relazioni all'interno del nucleo familiare sono gli stili educativi manifestati dai genitori nei confronti dei figli.

La psicologa Eleanor Maccoby (Tacoma, Washington, 1917) ha descritto tali stili facendo riferimento a due polarità: la prima è quella dell'**accettazione-rifiuto**, la seconda è quella del **lassismo-controllo**.

A seconda di come tali dimensioni interagiscono possiamo avere quattro stili educativi diversi:

- il primo è lo **stile autorevole** in cui la **comunicazione è bidirezionale**;
- il secondo è lo **stile autoritario** in cui la **comunicazione è unidirezionale**;
- il terzo stile è quello **indulgente e permissivo** in cui, pur essendovi accettazione verso i figli, la **comunicazione** risulta **inefficace** nel dirigere il loro comportamento;
- infine abbiamo lo **stile trascurato e indifferente**, in cui la **comunicazione inefficiente** si accompagna a un atteggiamento di **rifiuto** dei figli.

I ricercatori sociali e gli psicologi clinici hanno constatato che il clima educativo prevalente nei nuclei familiari esercita delle influenze profonde sullo sviluppo della personalità dei bambini.

Se utilizziamo lo schema proposto dalla Maccoby, notiamo che i figli di **genitori autorevoli** tendono a realizzare un buon adattamento sociale, sono attivi, intraprendenti e la loro aggressività non è ostile, ma tesa a realizzare le proprie inclinazioni.

I figli di **genitori autoritari** manifestano spesso disturbi di tipo nevrotico o ► **sintomi psicosomatici**. Sono in genere timidi e incapaci di assumere un ruolo autonomo; nei casi più gravi, possono sviluppare forme depressive o avere problemi di adattamento che possono sfociare in comportamenti devianti.

I figli di genitori **indulgenti-permissivi** sono quelli che comunemente sono definiti "bambini viziati": hanno difficoltà ad assumersi delle responsabilità, tendono a sviluppare un carattere narcisista, pretendono molto dagli altri e manifestano una scarsa tolleranza alla frustrazione.

I figli di **genitori dallo stile educativo trascurato-indifferente** sono soggetti aggressivi con scarso rispetto per l'autorità e la legge. Il loro principale interesse è quello di rivolgere la loro ostilità verso qualsiasi forma di autorità. Sono prepotenti e si ritengono liberi di fare qualsiasi cosa. Sono comunque destinati a scontrarsi con le regole sociali e a ricevere dagli altri quelle frustrazioni che hanno poco conosciuto in famiglia. Le loro tendenze antisociali possono sfociare in forme di delinquenza minorile e di devianza sociale.



sintomi psicosomatici

disturbi organici in cui è presente una forte componente psicologica



Lo stile educativo esercita una importante influenza sullo sviluppo della personalità del bambino.

Gli scienziati sociali hanno scoperto che la famiglia (come gli altri gruppi sociali) funziona come un sistema relazionale in cui esiste un'interdipendenza tra tutte le persone che lo compongono.

Questo significa che l'azione di una persona di un nucleo familiare incide profondamente sugli altri soggetti e sul modo di agire di tutto il gruppo. Non solo: la stessa azione di una singola persona è sempre in relazione al funzionamento del gruppo nel suo insieme.

In base a questo modello il malessere psicologico di uno dei componenti (per esempio la depressione della moglie o la tossicodipendenza del figlio) non vanno considerati come un problema del soggetto da affrontare con un approccio individuale, ma vanno interpretati come dei "segnali" che qualcosa non funziona adeguatamente nel sistema familiare. Il sistema familiare potrebbe non funzionare adeguatamente perché le persone non riescono a esprimere le proprie emozioni e non riescono a parlare dei propri problemi. Oppure perché non c'è ascolto reciproco ed è presente un clima di continua conflittualità, mancando il rispetto dell'individualità dell'altro. Tale tipo di problemi sono particolarmente frequenti nelle famiglie che gli studiosi definiscono multiproblematiche, di cui trattiamo nel prossimo paragrafo.

4 La famiglia multiproblematica

Una definizione di famiglia multiproblematica

I compiti oggi assegnati alla famiglia sono complessi e di non facile attuazione.

La famiglia, per il forte legame presente tra i suoi componenti, è considerata dagli studiosi come il luogo ideale per svolgere funzioni fondamentali per la società, come la socializzazione dei bambini, la ricerca di una personalità stabile da parte degli adulti, la gestione economica della vita materiale di tutti i suoi componenti.

Vari tipi di problemi possono interferire con l'adempimento di questi scopi.

I coniugi possono risultare delle persone immature, non ancora pronte ad affrontarli. I bisogni dei vari componenti della famiglia possono essere in conflitto tra loro, difficoltà di tipo economico possono rendere ardua la gestione della famiglia. Lo stress accumulato nei rapporti sociali esterni può interferire negativamente nelle relazioni tra le persone.

Tutto questo può sfociare in comportamenti patologici e inadeguati che possono mettere in crisi la coesione del gruppo familiare.

Abbiamo situazioni in cui i bambini non riescono ad adattarsi all'ambiente scolastico, adolescenti che hanno comportamenti asociali, adulti che entrano in crisi e presentano patologie psichiatriche.

Secondo gli studiosi tali comportamenti non vanno inquadrati come manifestazioni di un disagio individuale, ma come espressione di un malessere del gruppo familiare nel suo complesso.

Le famiglie, infatti, elaborano un proprio modo di affrontare i problemi e di stabilire delle relazioni al proprio interno che non sempre si dimostra adeguato a mantenere la coesione familiare e a superare le difficoltà. Questo spiega perché un intervento focalizzato sui problemi delle singole persone si rivela spesso inefficace: la famiglia continua ad agire seguendo regole che perpetuano la situazione patologica.

La società contemporanea ha realizzato un complesso sistema di servizi sociali per dare un sostegno alle famiglie che presentano questi problemi e aiutarle a risolverli.

Si tratta di agenzie sociali e sanitarie presenti nel territorio quali il Servizio di salute mentale, il Servizio materno infantile, il Servizio sociale territoriale, la Medicina di base, il Centro assistenza tossicodipendenti, il Consultorio, il Tribunale dei minori, il Tribunale ordinario, ma anche ospedali e altri luoghi di cura e ricovero.

I sociologi e gli psicologi, studiando le famiglie che accedono a tali servizi, sono giunti a individuare le caratteristiche delle famiglie multiproblematiche, fornendone varie definizioni.

Tra queste scegliamo quella proposta dallo psichiatra Luigi Cancrini che ha il pregio di chiarire le dinamiche psicosociali che sono alla base del comportamento di tali gruppi familiari.

La famiglia multiproblematica è caratterizzata dalla presenza di un alto numero di patologie sociali espresse da più di uno dei suoi membri e dalla disorganizzazione profonda della sua struttura. Essa si comporta come un sistema ricorsivo nella misura in cui reagisce alle difficoltà, producendo situazioni di ulteriore difficoltà.

In queste famiglie i ruoli non sono ben definiti e organizzati, le conflittualità e le modalità di comunicazione dei loro membri tendono a perpetuare i problemi anziché risolverli. Lo stesso intervento plurimo dei Servizi sociali, se inadeguato e non coordinato tra i vari settori, rischia di essere un fattore che aumenta la presenza dei problemi, anziché risolverli, determinando ulteriori interventi in un circolo senza fine.

Lo studente troverà online una serie di casi che mostrano la complessità delle dinamiche psicosociali delle famiglie multiproblematiche.

La complessità del rapporto famiglia-servizi

All'interno del gruppo familiare si crea una notevole influenza reciproca tra tutte le persone che ne fanno parte.

La famiglia è un sistema complesso e qualsiasi problema di uno dei suoi membri coinvolge tutti gli altri componenti del gruppo.

Un possibile errore degli operatori è quello di intervenire sul problema della singola persona (per esempio il disadattamento scolastico di un bambino, la malattia psichiatrica di un adolescente) senza tenere conto del contesto familiare e del contesto extrafamiliare.



Aspetti frequenti nelle famiglie multiproblematiche sono la conflittualità fra i coniugi e la difficoltà nello svolgere adeguatamente il proprio ruolo.



L'intervento dei servizi sociali, per risultare efficace, deve coinvolgere tutti gli elementi del gruppo familiare.

Se viene effettuato su uno dei membri della famiglia un intervento inadeguato, che non vede il coinvolgimento del nucleo familiare, è probabile che via via gli altri membri presentino comportamenti disturbati che richiamano gli altri servizi sociali o sanitari. In tal modo può crearsi una serie d'interventi separati (per esempio il marito frequenta un centro per alcolisti, la madre il centro d'igiene mentale, una figlia maltrattata viene segnalata al servizio per l'affidamento familiare) che contribuisce a definire la famiglia come multiproblematica.

Le analisi finora condotte evidenziano che tra le varie situazioni di disagio presenti nella famiglia multiproblematica (per esempio malattia psichiatrica di uno o più membri, problemi abitativi, condizioni economiche precarie) esiste una forte connessione, per cui il singolo intervento dei servizi (per esempio una terapia psichiatrica oppure un sussidio economico) che voglia risultare utile, deve essere accettato dal gruppo familiare in vista di un cambiamento del modo di funzionare del gruppo.

Per illustrare questi concetti riportiamo dal testo *Famiglie multiproblematiche* di Marisa Malagoli Togliatti e Laura Rocchietta Tofani il caso della famiglia Franchini.

CASO 1

Il caso della famiglia Franchini

Il padre di quarant'anni è in cassa integrazione ed è disoccupato da circa un anno, la madre ha trent'anni e la coppia, che si è formata contro la volontà della madre e della sorella del marito, ha due figli: uno di due anni e mezzo e l'altro di un anno. In passato lavorava anche la moglie, che gestiva da sola molte spese, parecchie delle quali non avevano l'approvazione del marito (vestiti e oggetti per la casa). Alla nascita del primo figlio, il marito costringe la donna a lasciare il lavoro.

La nascita del secondo figlio, e un breve periodo di disoccupazione, creano ulteriore stress al gruppo familiare.

Il marito esercita un controllo rigido su tutte le spese familiari, mostrando una completa sfiducia nella moglie. Si crea un clima fatto di violenze e incomprensioni reciproche. La madre e la sorella del marito ora accusano la moglie di non essere in grado di allevare adeguatamente i figli. L'assistente sociale di zona, in effetti, attraverso una visita domiciliare, trova i bambini in uno stato di grave trascuratezza.

I piccoli vengono inviati in un centro affido convenzionato con la ASL, e i genitori a un consultorio, perché vengano indirizzati a un centro per una terapia di coppia. Marito e moglie però non dimostrano alcun impegno: si presentano sporadicamente e le loro furibonde liti continuano (in una circostanza la moglie è costretta a rivolgersi al pronto soccorso).

Un giorno il marito si presenta da solo e afferma di essere interessato unicamente a un sussidio. I terapeuti gli comunicano che non è di loro competenza concedere i sussidi. Successivamente i servizi sociali perdono il contatto con il nucleo familiare, solo l'assistente sociale aiuta la signora a rientrare nella sua famiglia di origine con i bambini. La figlia più piccola, per cinque giorni alla settimana, frequenta il nido del centro affido per recuperare il ritardo nello sviluppo intellettuale.

(Tratto da: M. Malagoli Togliatti, L. Rocchietta Tofani, *Famiglie multiproblematiche*, NIS, Roma, 1987, pp.79-80).

Commentando questo caso, le studiose osservano che l'assistente sociale, pur avendo compreso le difficoltà del gruppo, non si è resa conto che l'uomo e la donna non avrebbero saputo intraprendere un percorso "tradizionale" di psicoterapia di coppia. Tale terapia necessitava di una consapevolezza del disagio coniugale e di una motivazione ad affrontarlo che nei due coniugi era del tutto assente. I terapeuti, inoltre, non valutano adeguatamente l'importanza della paura della madre di perdere i figli, la gravità del clima violento della famiglia e l'urgenza del problema economico, sul quale non si informano. Inoltre, è mancato il contatto con gli operatori che in precedenza avevano lavorato con questa famiglia multiproblematica.

Alcuni fattori che aggravano la situazione delle famiglie problematiche

La povertà è sicuramente un fattore che aggrava la situazione della famiglia multiproblematica, tuttavia, dinamiche patologiche sono presenti anche nel ceto medio o medio-alto.

Una ricerca svolta su 112 famiglie che si rivoltesi a un centro privato ha evidenziato che nelle famiglie nucleari si presentano problemi in **particolari fasi del ciclo vitale** degli individui in cui si verificavano passaggi da uno status a un altro (matrimoni, nascita di figli, adolescenti nella fase dello "svincolo" ecc.).

Un altro problema tipico è dato dall'**eccessivo coinvolgimento** con uno o più membri della famiglia allargata (per esempio i suoceri) da parte di uno dei membri della famiglia nucleare (per esempio il marito).

Problemi nel rapporto tra famiglia e servizi sociali nascono anche perché non sempre, l'una e gli altri, seguono scopi comuni.

Non bisogna dimenticare che famiglia e operatori non sono entità astratte, ma sono costituite da persone che vengono reciprocamente a contatto e interagiscono. I componenti del nucleo familiare spesso cercano solo aiuti, sotto forma di denaro, sussidi e servizi, che li mettano in grado di avere una vita meno disagiata. Mostrano invece disinteresse e resistenza verso quegli interventi, vissuti come un'ingerenza, tesi a mutare i rapporti interpersonali all'interno del gruppo familiare.



La foto mostra l'immagine di una famiglia serena, ma la realtà sociale delle famiglie può presentare aspetti problematici.

Spesso i singoli componenti della famiglia mostrano una particolare abilità a servirsi e a sfruttare i vari operatori per ottenere, per esempio, un sussidio, una pensione di invalidità o un'assistenza domiciliare. Si crea così una situazione di dipendenza che contribuisce a mantenere il disagio.

Naturalmente la soluzione non è negare l'intervento dei servizi, tali interventi devono essere però coordinati tra loro e mirati al cambiamento delle dinamiche familiari che si dimostrano fonte di disagio.

5 I servizi per la famiglia

La famiglia e i servizi sociali

L'art. 29 della Costituzione italiana afferma: "La Repubblica riconosce i diritti della famiglia come società naturale fondata sul matrimonio: il matrimonio è ordinato sull'uguaglianza morale e giuridica dei coniugi, con i limiti stabiliti dalla legge a garanzia della stabilità familiare".

Tutti gli stati moderni sostengono i compiti della famiglia, riconoscendone l'importanza e tutelandola tramite l'istituzione e la gestione di specifici servizi sociali e sanitari. Gli interventi dello stato sociale (Welfare State), la cui nascita e sviluppo abbiamo analizzato nella precedente unità didattica, consistono in azioni a favore proprio delle condizioni di vita delle persone al fine di rendere possibile la soddisfazione dei loro bisogni.

In tal modo la famiglia non è lasciata sola nello svolgimento delle proprie funzioni: la comunità, tramite lo Stato e i suoi organi periferici (Regione, Provincia, Comune) si assume delle responsabilità, venendo incontro soprattutto alle esigenze dei soggetti più deboli.

Gli interventi possono essere di natura economica, sociale e culturale. Come esempi di interventi da parte dello Stato e delle sue organizzazioni periferiche citiamo: l'erogazione di pensioni sociali e di invalidità, gli assegni familiari e i sussidi di disoccupazione, i servizi per l'infanzia e l'istruzione scolastica, l'assistenza sanitaria per adulti e bambini, i servizi sociali per le fasce più deboli della popolazione (anziani, disabili, tossicodipendenti, poveri ed emarginati), l'assistenza domiciliare, i consultori familiari, i sussidi in denaro per i più bisognosi.

In questo paragrafo prenderemo in considerazione alcuni servizi specifici per la famiglia e i minori. L'azione di altri servizi finalizzati ad altre fasce sociali (specifici per minori, soggetti diversamente abili e anziani) sarà presa in esame nelle prossime unità didattiche.

I servizi educativi

Tra i servizi educativi per le famiglie e i minori ricordiamo: l'asilo nido, le ludoteche, i centri di aggregazione per adolescenti.

L'asilo nido: come abbiamo visto, è stato istituito in Italia nel 1971 con la legge 1044. Tale legge dà origine ad asili nido comunali che hanno la finalità di educare i bambini da tre mesi a tre anni e di fornire un sostegno alle famiglie.



Gli asili nido sono stati istituiti allo scopo di educare i bambini dai tre mesi ai tre anni e di fornire un sostegno alle famiglie.

Oggi, una rete di strutture private offre alle famiglie servizi per la prima infanzia, con orari e prestazioni più flessibili rispetto ai nidi tradizionali. Alcune di esse, oltre a disporre di ambienti dove i bambini giocano e socializzano con la presenza di educatrici, offrono anche degli spazi di aggregazione sociale per le famiglie. Questi servizi integrativi possono essere definiti come luoghi con caratteristiche educative, ludiche, culturali e di aggregazione sociale rivolte ai bambini e ai loro genitori o adulti accompagnatori, il cui scopo è ampliare l'azione dei nidi, garantendo risposte flessibili e differenziate.

Le ludoteche: sono luoghi dove vi sono giocattoli e materiali a disposizione di bambini, ragazzi e adulti. Gli utenti vi si recano liberamente per giocare, sia da soli, sia in compagnia di altri. Vi accedono anche gruppi scolastici. L'ambiente favorisce, attraverso il giocattolo e le attività, l'espressione, la comunicazione e il benessere degli utenti. È possibile avere in prestito i giocattoli dopo il loro utilizzo. Nelle ludoteche vi sono anche dei laboratori: per esempio di pittura, o di lavorazione del legno. Gli utenti organizzano le proprie attività liberamente o con la guida di animatori.

I centri di aggregazione per adolescenti: qui adolescenti e giovani progettano e svolgono attività di vario genere (musicali, teatrali, espressive) utilizzando le risorse fornite dagli enti locali e con l'aiuto di operatori specializzati.

I servizi socioassistenziali

Tra i servizi socioassistenziali per la famiglia e i minori ricordiamo: il consultorio familiare, la casa della gestante e della madre con figlio, la casa d'accoglienza per l'infanzia, la comunità educativa e il centro diurno.

Il consultorio familiare, istituito con la legge n. 405/1975, fornisce, tramite un gruppo di specialisti, assistenza psicologica e sociale ai singoli, alla coppia e alla famiglia. Sono previsti interventi atti a rimuovere il disagio dei minori e a favorire la maternità e la paternità responsabili. Sono fornite informazioni idonee a promuovere o a prevenire la gravidanza. Sono trattati i problemi della procreazione responsabile, tramite iniziative di educazione sociale e sanitaria, so-

no forniti concetti di genetica e informazioni relative all'igiene della gravidanza. È svolta un'azione di tutela della donna e del nascituro, con riguardo alla prevenzione prenatale, alla gravidanza e alla maternità. Specialisti offrono consulenza sui termini di legge che permettono l'interruzione della gravidanza e sui servizi idonei a intervenire per fornire assistenza medica, psicologica e sociale. Sono assicurati, inoltre, interventi di natura preventiva e di assistenza sociale e sanitaria in favore dei minori, con particolare riferimento all'assistenza, consulenza e collaborazione per l'adozione e l'affidamento, alla medicina preventiva dell'età scolare, alla riabilitazione e all'inserimento sociale dei soggetti in età evolutiva con minorazioni di carattere fisico, psichico e sensoriale.

Il centro diurno è un servizio semiresidenziale, con finalità educative e di appoggio nella gestione della vita quotidiana, che intende favorire lo sviluppo dell'autonomia personale e sociale del minore. Accoglie persone che, per le particolari condizioni sociofamiliari, hanno bisogno di essere sostenute nella socializzazione, allo scopo di prevenire o contrastare esperienze che favoriscono l'emarginazione e lo sviluppo di ► **condotte devianti**. Il centro diurno può accogliere al massimo venticinque persone, offre sostegno scolastico, favorisce l'espressione mediante laboratori attrezzati e organizza il tempo libero degli utenti, utilizzando anche risorse esterne al centro. Gli educatori mantengono un rapporto con i familiari cercando di migliorare, anche con l'aiuto dei servizi territoriali, la loro relazione educativa con il figlio.



condotte devianti
comportamenti
che infrangono
sistematicamente
le norme sociali e
le regole istituzionali

La casa della gestante e della madre con figlio ospita donne che hanno bisogno di tutela e di appoggio durante la gravidanza e i primi anni in cui si occupano dei loro figli. Sono persone prive del sostegno di parenti o amici, oppure in condizione di disagio psicologico tale da richiedere una preparazione alla maternità e alla relazione con i figli. La casa presenta le caratteristiche di una normale abitazione, con cucina, soggiorno, spazi comuni e una camera per ogni donna, e accoglie un numero limitato di persone.

La casa d'accoglienza per l'infanzia accoglie per un periodo limitato bambini fino a sei anni di età, temporaneamente o definitivamente abbandonati. Offre un'assistenza qualificata in attesa di un eventuale rientro in famiglia, di origine o adottiva, o di un altro intervento più adeguato, predisposto insieme ai servizi territoriali e, eventualmente, all'autorità giudiziaria minorile. È articolata in gruppi composti al massimo di cinque persone e non ne può ospitare, complessivamente, più di quindici.

La comunità educativa accoglie minori superiori ai sei anni di età, la cui famiglia non può, temporaneamente, occuparsi di loro, o in tutti i casi in cui sia comunque necessario garantire loro assistenza e tutela fuori dalla famiglia. È composta al massimo da venticinque persone e deve essere organizzata in modo da garantire rapporti personali tra tutti i membri e favorire i rapporti tra i minori, la famiglia e l'ambiente di origine. È articolata in gruppi di otto-dieci persone, e ogni gruppo è affidato a due educatori, possibilmente di sesso diverso. I ragazzi frequentano regolarmente la scuola e sono utilizzate tutte le risorse sportive, ricreative e culturali esterne alla comunità.

FACCIAMO IL PUNTO

✓ Le tipologie di famiglia

La **famiglia** è un insieme di persone, legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o vincoli affettivi, che abitano abitualmente nella stessa casa. Il **nucleo familiare** è un insieme di almeno due persone coabitanti, legate dal vincolo di coppia e/o dal rapporto genitori/figli. In base alla struttura di tali nuclei abbiamo: famiglia nucleare, famiglia estesa, famiglia senza struttura, famiglia multipla, famiglia complessa. Le recenti trasformazioni sociali hanno dato poi origine a **nuove tipologie familiari**: la famiglia di fatto, la famiglia con un solo genitore, la famiglia divorziata, la famiglia ricostituita, la famiglia con figlio unico, la famiglia adottiva.

✓ Il ciclo vitale della famiglia

Le famiglie vanno incontro a cambiamenti che costituiscono il loro ciclo vitale. I **cambiamenti normativi** sono gli eventi prevedibili che accadono alla maggior parte delle famiglie. I cambiamenti **paranormativi** sono quelli inattesi o difficilmente prevedibili. Le **fasi del ciclo familiare** sono: la fase del giovane adulto senza legami; la famiglia senza figli; la famiglia con figli piccoli; la fase della coppia con figli adolescenti; la famiglia dopo che i figli sono usciti di casa; la famiglia nell'età anziana.

✓ Gli stili educativi familiari

Un aspetto importante per le relazioni all'interno del nucleo familiare sono gli stili educativi manifestati dai genitori nei confronti dei figli. Possiamo individuare quattro stili educativi diversi: **autorevole, autoritario, indulgente e trascurato**. Gli psicologi sostengono che la famiglia funziona come un sistema relazionale in cui esiste un'interdipendenza tra tutte le persone che lo compongono.

✓ La famiglia multiproblematica

La famiglia multiproblematica è un gruppo che, attraverso i suoi vari componenti è in contatto con un'ampia varietà di servizi, cui vengono richiesti interventi multipli o a lungo termine. Essa è anche caratterizzata dalla presenza di un alto numero di patologie sociali e sanitarie, espresse da più di uno dei suoi membri e dalla disorganizzazione profonda della sua struttura. Per essere efficaci gli **interventi** a favore delle famiglie multiproblematiche devono essere **coordinati** tra loro e mirati al cambiamento delle dinamiche fonte di disagio.

✓ I servizi per la famiglia

I principali servizi per la famiglia sono di tipo **educativo e socioassistenziale**.

Tra i primi citiamo: gli asili nido per i bambini da tre mesi a tre anni; le ludoteche luoghi dove vi sono giocattoli e materiali a disposizione di bambini, ragazzi e adulti; i centri di aggregazione per adolescenti, dove essi progettano e svolgono attività di vario genere.

Tra i secondi vi sono: il consultorio familiare che fornisce assistenza psicologica e sociale ai singoli, alla coppia e alla famiglia; la casa della gestante e della madre con figlio ospita donne che hanno bisogno di tutela e di appoggio durante la gravidanza e i primi anni dei loro figli; la casa d'accoglienza per l'infanzia che accoglie per un periodo limitato bambini fino a sei anni di età, temporaneamente o definitivamente abbandonati; la comunità educativa che accoglie minori superiori ai sei anni di età, la cui famiglia non può, temporaneamente, occuparsi di loro e il centro diurno che accoglie persone che, per le particolari condizioni sociofamiliari, hanno bisogno di essere sostenute nella socializzazione.

QUESTIONARIO

■ Domande a scelta multipla

1 Che cosa si intende per “famiglia multipla”?

- a una famiglia composta da un solo nucleo familiare;
- b una famiglia composta da più di un nucleo familiare
- c una famiglia composta da un nucleo e uno o più genitori dei coniugi.

2 In che cosa consiste una famiglia di fatto?

- a in una coppia che non si è sposata in chiesa
- b nella convivenza di fratelli o sorelle
- c nella mancanza di un riconoscimento ufficiale dell'unione tra due persone

3 Nel ciclo vitale della famiglia il divorzio è un cambiamento:

- a normativo
- b paranormativo
- c di stato civile

4 Quale rischio comporta la fase del giovane adulto senza legame?

- a i genitori proiettano i propri desideri sul figlio
- b i genitori non accettano iniziale svincolo del giovane
- c i genitori lo spingono a una precoce autonomia

5 Lo stile indulgente e permissivo è caratterizzato da:

- a genitori che non riescono a dirigere in modo efficace il comportamento dei figli
- b genitori che mostrano nei confronti dei figli un atteggiamento di rifiuto
- c genitori molto severi nell'applicare le regole

6 Perché la famiglia multiproblematica è un sistema complesso?

- a perché i suoi componenti svolgono numerose funzioni sociali
- b perché un problema di uno dei suoi membri coinvolge tutti gli altri componenti del gruppo
- c perché il gruppo è sottoposto ai numerosi cambiamenti del ciclo vitale

7 Le ludoteche costituiscono un servizio:

- a educativo
- b socioassistenziale
- c sanitario

8 Il centro diurno costituisce un servizio:

- a educativo
- b socioassistenziale
- c sanitario

■ Domande aperte

9 Quali servizi offre il consultorio familiare?

10 Che cosa si intende per “sindrome del nido vuoto”?

11 Che cosa si intende per famiglia “multiproblematica”?

■ Commento al testo

12 Rileggi con attenzione il caso 1, *Il caso della famiglia Franchini*, e rispondi ai seguenti quesiti.

In base a quali motivi la famiglia Franchini può essere definita una famiglia multiproblematica? Per quali motivi l'intervento dei servizi risulta efficace solo parzialmente? Prova a proporre altre possibili strategie d'intervento.

UNITÀ DIDATTICA 3

I minori e i servizi sociosanitari

PREREQUISITI

- || Conoscere le problematiche familiari e alcune tipologie di intervento.

OBIETTIVI

- || Conoscere le conseguenze della privazione affettiva e dell'abbandono.
- || Conoscere le problematiche dell'infanzia abusata e violenta.
- || Conoscere il disagio e le condotte devianti giovanili.
- || Conoscere gli interventi per prevenire il disagio.

COMPETENZE

- || Saper individuare le problematiche minorili e alcune tipologie di intervento.

1 L'infanzia disagiata: la privazione affettiva e l'abbandono

Il bambino, nel corso dello sviluppo, può andare incontro a situazioni che possono comportare vari tipi di sofferenza. In questo paragrafo esaminiamo la **deprivazione affettiva** e l'**abbandono** dei minori.

La deprivazione affettiva

Consiste nella frustrazione del bisogno dell'intimo scambio affettivo con una **figura adulta**. È la prima importante fonte di disagio per il bambino. Come abbiamo già visto nel paragrafo 3 dell'unità didattica 3 del modulo 1, Anna Freud e Dorothy Burlingham nel loro studio sugli asili residenziali di guerra hanno evidenziato nei piccoli ospiti, privi di vere figure di attaccamento stabili, disturbi nella sfera emotiva. Tali disturbi incidono negativamente sullo sviluppo del linguaggio e sulla capacità di controllare gli sfinteri.

Più recenti sono gli studi condotti dallo psicoanalista statunitense di origine austriaca René Spitz (1887-1974) sulle carenze di cure materne e sui disturbi della relazione madre-bambino. Spitz ha osservato per molti mesi bambini che vi-

vevano in brefotrofo, privi quindi di una figura di attaccamento stabile, riscontrando in loro gravissimi ritardi nello sviluppo fisico, intellettuale e emotivo. I piccoli che invece vengono separati dalla madre per alcuni mesi, pur cadendo in stati depressivi più o meno gravi, riescono a recuperare egregiamente se possono riprendere il rapporto con la madre.

finestra 1

Gli esperimenti di Harry Harlow

Lo psicologo americano Frederick Harry Harlow (1903-1981), lavorando con le scimmie, avanza l'ipotesi che per le scimmiette appena nate il piacere e il senso di protezione provocati dalle sensazioni tattili siano uguali, se non superiori, a quelli derivanti dall'alimentazione e dalla stimolazione orale.

Per dimostrare tale ipotesi, lo studioso realizza degli esperimenti con neonate di scimmia. Ognuna di esse è separata dalla madre e messa in una gabbia con un pupazzo di fil di ferro provvisto di un poppatoio con il latte e con un altro pupazzo senza poppatoio, ma ricoperto da un tessuto spugnoso, simile al pelo materno, e riscaldato da uno speciale dispositivo. Questa seconda madre artificiale permette alla piccola scimmia di aggrapparsi e di avere un contatto

corporeo gratificante. Essa è preferita alla finta madre provvista del latte: quest'ultima è cercata solo per il tempo necessario al nutrimento. Dopo qualche mese, le scimmie riconoscono come "figure di attaccamento" la madre morbida presso cui cercano rifugio tutte le volte che, spaventate, hanno bisogno di rassicurazioni.

Le strutture del cervello che regolano le reazioni emotive sono simili nel neonato umano e nel cucciolo della scimmia, quindi Harry Harlow ipotizza che fenomeni simili possano accadere anche con i bambini.

Lo scienziato prosegue a osservare gli animali soggetti dell'esperimento fino all'età adulta. Le scimmie, una volta cresciute, sono particolarmente aggressive. Inoltre, se riescono ad avere figli, li rifiutano.

Altri esperimenti realizzati da Harlow prevedono la separazione di alcune scimmiette dalla madre e una vita in comune, in assenza di adulti. Questi animali sviluppano tra di loro un forte attaccamento precoce, stanno a stretto contatto fisico, compensando in tal modo la mancanza della madre.

In condizioni naturali, le scimmie giocano con i loro coetanei, prendendo reciprocamente "confidenza".

Gli sperimentatori, in un terzo esperimento, consentono ad alcune scimmiette il contatto con le loro madri, tuttavia le privano del rapporto con piccoli di pari età. Quando il rapporto con i coetanei viene nuovamente consentito, le scimmiette risultano decisamente timide e impacciate. Solo il tempo e l'abitudine consente loro di superare tale "handicap". Quindi è fondamentale per la salute emotiva del piccolo non solo la relazione con la madre, ma anche l'interazione con i coetanei.



Alcuni scimpanzé nutriti artificialmente come nell'esperimento di Harlow.

L'abbandono dei minori e i provvedimenti di adozione

Dall'**abbandono** derivano seri problemi di tipo affettivo. Bisogna comunque distinguere la situazione psicologica dei bambini abbandonati alla nascita da quella dei bambini la cui madre non si decide né ad abbandonarli completamente, né a prenderli totalmente a carico.

In Italia si provvede a sopperire a tali forme di abbandono (definitivo e temporaneo) con due istituti: l'**adozione** e l'**affidamento**; i due istituti sono stati regolamentati con la legge n. 184 del 1983, integrata dalla legge n. 149 del 2001. Diversi sono i presupposti di queste due leggi e diversi sono gli effetti, ma l'obiettivo è unico: evitare che i bambini che si trovano in stato di abbandono temporaneo o definitivo debbano subire gravi danni psicologici permanendo in strutture che non offrono il calore dei rapporti familiari.

L'**adozione** presuppone che il minore che si trovi in stato di adottabilità dichiarata dal Tribunale per i Minori – perché, per esempio, non è stato riconosciuto dai genitori, o perché il Tribunale stesso ha revocato loro la potestà, per abusi (maltrattamenti, o violenza fisica o psicologica), – venga affidato a una coppia coniugata di cui sia valutata l'“idoneità”.

La **valutazione di idoneità** è relativa alla capacità di educare il minore, alla situazione personale ed economica, alle motivazioni che hanno indotto la coppia all'adozione. Dopo un periodo di affidamento preadottivo, ove si constata, attraverso i servizi sociali, la compatibilità del bambino con la nuova famiglia, se non vi sono opposizioni, il Tribunale dei Minori dichiara con sentenza l'adozione e il minore diviene figlio legittimo, a tutti gli effetti, dei genitori adottivi e perde ogni rapporto con la famiglia naturale.

Mentre l'adozione è un provvedimento definitivo, l'affidamento ha un carattere provvisorio. Ha lo scopo di trovare un ambiente familiare idoneo per i minori in stato di abbandono temporaneo. L'affidamento cessa per provvedimento di chi lo ha disposto, se vengono meno le condizioni iniziali (per esempio lo stato di abbandono) e il minore può tornare con i genitori naturali.

Lo stato di abbandono può anche prolungarsi a tal punto da consentire al Tribunale a dichiarare lo stato di adottabilità del minore. L'affidamento comporta per gli affidatari l'obbligo di mantenere, educare e istruire il minore, ma anche di mantenere i contatti con la famiglia di origine, a meno che i genitori non siano decaduti dalla potestà per gravi motivi (per esempio maltrattamento e violenze).

In generale, i bambini che vivono negli istituti presentano un quoziente intellettivo più basso e un maggior numero di disturbi del comportamento. Presentano un atteggiamento di dipendenza. Sono più frequenti anche i disordini di tipo ► **psicopatico** (vedi il caso 1, *La storia di Giorgio*).



psicopatico

che riguarda disturbi del carattere che comportano condotte antisociali, trasgressive e autodistruttive

In Italia vi è un particolare tipo di adozione internazionale che consente l'ingresso nel nostro Paese di minori stranieri in regola con la normativa del Paese di origine e secondo le disposizioni delle leggi 184/83 e 149/2001.

La storia di Giorgio

Il caso di Giorgio è un esempio tipico degli effetti drammatici della carenza di cure materne prodotti dalla istituzionalizzazione.

“Orfano di ambedue i genitori, Giorgio è entrato in istituto quando aveva pochi mesi e ne è uscito a diciotto anni. In una storia che si sviluppa poco dopo la fine della guerra in una regione povera del nostro Paese, l’istituto è di quelli in cui l’importanza dei fattori affettivi nello sviluppo di un bambino è gravemente sottovalutata. Finito per strada senza punti di riferimento nel momento in cui gli enti pubblici non pagano più la retta, Giorgio va incontro a due lunghi ricoveri in ospedale psichiatrico, per aver tentato il suicidio, e trova poi una forma minima di compenso all’interno di una grave forma di tossicomania. Incapace di inserirsi nel gruppo stesso dei marginali, diffidente e sprezzante nei confronti dei medici, egli stabilisce nel tempo brevi e intensi rapporti di dipendenza con diversi operatori del volontariato. Caratteristica di tale rapporti resta, tuttavia, la loro precarietà. Nel momento in cui l’inserimento di Giorgio in una qualche attività sembra riuscita, l’attenuarsi dell’attenzione ‘materna’ su una per-

sona percepita come in grado di muoversi ‘da sola’ corrisponde alla messa in opera di un grande, pericoloso movimento distruttivo. È solo al termine di una serie di tentativi, e arrivato ai 40 anni, che Giorgio riesce a stabilire un rapporto meno intenso e più calibrato con un gruppo di ispirazione religiosa che si occupa di ex-degenti di ospedale”.

(Tratto da: L. Cancrini, C. La Rosa, *Il vaso di Pandora*, NIS, Roma, 1991).

Questo caso, oltre a mostrarci gli effetti drammatici della istituzionalizzazione, è interessante per le dinamiche psicologiche che rivela. L’ambiente dell’istituto crea in Giorgio una forte carenza affettiva che egli cerca di compensare, prima con la tossicodipendenza e poi stabilendo rapporti di dipendenza con persone che si mostrano disponibili con lui. Tutto ciò porta a un “circolo vizioso”: nel momento in cui Giorgio sta meglio e potrebbe “camminare con le proprie gambe”, i suoi amici cercano di attenuare questo rapporto di dipendenza, scatenando però in lui una reazione patologica finalizzata a riottenere le attenzioni “materne”.

2 L’infanzia abusata e il bullismo

Nella prima parte di questo paragrafo parliamo degli abusi di cui sono oggetto i bambini e quindi del fenomeno del “bullismo”. Nella seconda parte affrontiamo le forme di disagio e le condotte devianti che si manifestano nel periodo adolescenziale e giovanile.

L’infanzia abusata

Il Tribunale per i Minori può revocare la potestà ai genitori in caso di abusi di cui possiamo individuare varie forme.

Al V Congresso internazionale sull’infanzia maltrattata e abbandonata, tenuto a Montreal nel 1984, l’abuso è stato definito: **“Ogni atto omissivo o autoritario che metta in pericolo o danneggi la salute o lo sviluppo emotivo di un bambino, comprendendovi anche la violenza fisica e le punizioni corporali**

irragionevolmente severe, gli atti sessuali e lo sfruttamento e la mancanza di rispetto dell'emozionalità del fanciullo”.

In base a questa definizione possiamo distinguere quattro forme di abuso: la trascuratezza, il maltrattamento fisico, l'abuso psicologico e l'abuso sessuale.

La trascuratezza

La trascuratezza si ha quando il genitore non sa tutelare la salute e la sicurezza dei propri figli ed è incapace di dare loro cure e affetto.

I genitori che manifestano trascuratezza provengono spesso da ambienti socioeconomici disagiati, dal punto di vista psicologico risultano apatici, depressi e demotivati. Forme estreme di trascuratezza possono procurare uno sviluppo ritardato del bambino e rendere necessario un suo ricovero in ospedale.

Un esempio di trascuratezza è il caso di Antonio. La sua famiglia è così composta: il padre è un manovale spesso disoccupato che cerca di dimenticare nell'alcol le proprie frustrazioni; la madre soffre di depressione e, nei periodi in cui sta meglio, lavora come collaboratrice domestica. I due coniugi sono provenienti dal Sud e non hanno appoggi dalle rispettive famiglie di origine. Antonio è un bambino di 8 anni, che frequenta la seconda elementare, dopo aver ripetuto la prima classe. Arriva sempre a scuola con i soliti vestiti, ha le scarpe logore ed è perennemente raffreddato. Mentre la maestra fa lezione scarabocchia su un quaderno ed è sempre distratto. A volte si addormenta sul banco per poi svegliarsi all'improvviso con un grido. Altre volte presenta dei tic motori, dondolandosi continuamente. I compagni lo isolano e lo prendono in giro. Antonio, durante la ricreazione, se ne sta per conto proprio in un angolo della classe. Di fronte a una situazione così seria le maestre si rivolgono ai servizi sociali.

Il maltrattamento fisico

Il maltrattamento fisico comprende aggressioni quali percosse e sevizie che procurano al fanciullo lesioni di vario tipo.

I casi possono comprendere lesioni cutanee (lividi, ferite, morsi e ustioni), lesioni al sistema nervoso e fratture accertabili con referto medico a cui segue denuncia all'autorità giudiziaria e comunicazione al Tribunale per i Minori. Le lesioni possono anche essere causa di decesso per le piccole vittime.

Il genitore che maltratta punisce il bambino con estrema durezza, spesso per motivi futili, e scarica sui figli la situazione di stress che sta vivendo. Quando i figli sono più di uno e solo uno di essi è particolare bersaglio della violenza del genitore, il figlio diviene una vittima designata che attira su di sé la frustrazione dei genitori o dell'intero nucleo familiare.

Un esempio di abuso mediante violenza fisica è il caso di Giovanni. Giovanni è un bambino di quattro anni con un fratellino di due anni. Il padre è un impiegato di una grande industria del Nord, la madre è casalinga. L'uomo è una persona molto autoritaria che ricorre spesso a punizioni con i figli. La madre è una donna sottomessa e viene sempre accusata dal marito di essere “una buona a nulla”. Le insegnanti della scuola materna frequentata dal bambino lo descrivo-

no come incostante nel comportamento, a volte aggressivo, in altri casi fin troppo sottomesso. In alcuni periodi Giovanni regredisce e manifesta enuresi. Inoltre non riesce mai a portare a termine un'attività, per esempio un disegno o un gioco. Le maestre hanno notato che Giovanni qualche volta presenta dei lividi sul volto. Quando lo riferiscono alla madre, questa appare irritata e giustifica il fatto dicendo che il figlio è irrequieto e si procura i lividi da solo. Le insegnanti sospettano la gravità del caso, ma non hanno sufficienti elementi per dimostrarlo. La situazione appare in tutta la sua gravità quando vengono a sapere che la madre di Giovanni è ricoverata in ospedale per lesioni procurate dal marito.

L'abuso psicologico

L'abuso psicologico è una forma di maltrattamento che comporta un uso eccessivo delle punizioni, il rifiuto del bambino e la sua ► disconferma, la mancanza di affetto, le umiliazioni, un comportamento estremamente incoerente, lo sfruttamento e il plagio.

Il maltrattamento psicologico è una componente più o meno presente in tutte le forme di abuso, ma diviene in certi casi la forma prevalente di attuazione del maltrattamento. I messaggi negativi cui il fanciullo è sottoposto hanno gravi ripercussioni sulla costruzione della sua identità, possono sviluppare in lui un complesso di inferiorità.

Un esempio è fornito dal comportamento di Rita, che non si sente amata e accettata dal padre. Quando Rita aveva un anno il padre, che lavorava in un paese straniero, aveva ricevuto delle fotografie in cui la bambina appariva con i capelli neri come lui. Tornato in Italia, quando Rita ha tre anni, la scopre castana e rimane deluso dal suo aspetto. Quando Rita cresce, questo episodio viene raccontato tante volte alla bambina in tono scherzoso, anche se lei si nasconde la delusione provata dal padre. Inoltre, il padre mostra di preferire la sorella che assomiglia alla nonna, come aspetto e come carattere. Rita tenta di conformarsi alle aspettative del padre, che si mostra invece sempre indifferente e la sottopone a continue disconferme. I danni psicologici provocati da questo tipo di relazione con il padre diverranno evidenti quando Rita sarà adolescente.

L'abuso sessuale

L'abuso sessuale è il coinvolgimento di bambini o adolescenti in attività sessuali che non sono ancora in grado di comprendere appieno e a cui non possono acconsentire con piena consapevolezza.

Sebbene le conseguenze di tale aggressione si differenzino da caso a caso, le indagini cliniche hanno messo in evidenza che tale abuso è per la vittima un'esperienza traumatica che lascia profonde tracce psicologiche. Alcune persone, uomini e donne, dedite alla prostituzione hanno subito forme di violenza sessuale nell'infanzia e nell'adolescenza e situazioni simili sono state riscontrate nei pedofili. Molte giovani si convincono di essere segnate per sempre da una simile esperienza, per cui il loro comportamento diviene sessualmente disordinato. Per molti bambini e adolescenti fuggire di casa è il rimedio estremo per sottrarsi a tali violenze degradanti.



disconferma

secondo gli psichiatri, la disconferma è un modo di comunicare e porsi in relazione con l'altro che corrisponde al messaggio "tu non esisti"

Un esempio di abuso sessuale e delle relative conseguenze è il caso di Tania. Tania è una bambina di otto anni appartenente a una famiglia della media borghesia di una grande metropoli, che è stata allontanata dalla famiglia perché ha subito abusi sessuali dal padre. La madre per molto tempo non si è “accorta di niente”, anche perché soggetta a problemi di salute. La bambina riesce ad adattarsi rapidamente alla vita della comunità dove è accolta e mostra un comportamento da piccola adulta, occupandosi dei bambini più piccoli. La sua sofferenza è comunque evidente: ha incubi notturni, frequenti dolori al ventre e cefalea. Si vergogna del proprio corpo e non vuole mostrarsi a nessuno. Gli educatori hanno scoperto che nei momenti in cui si isola, frequentemente si masturba. Tania è anche ossessionata da una fantasia riguardante esseri mostruosi da cui si sente perseguitata. Lo psicologo della comunità riesce a ottenere la fiducia della bambina che, dapprima in modo indiretto, attraverso il gioco e il disegno, e poi direttamente, attraverso la parola, riesce a raccontare le violenze subite dal padre e il risentimento per la mancata protezione da parte della madre.



Molte giovani si convincono di essere segnate per sempre da un abuso sessuale.

Il bullismo

Con il termine bullismo si intende il fenomeno di prevaricazione fra bambini e ragazzi attraverso prepotenze e atti aggressivi e persecutori di vario tipo.

L'ambiente elettivo del bullismo è la scuola, dove periodicamente si ritrovano numerosi gruppi di bambini e ragazzi. La vittima risulta più debole rispetto al persecutore e incapace di difendersi dalle sue prepotenze.

Il fenomeno spesso si configura come una dinamica di gruppo dove, oltre al **persecutore** e alla **vittima**, compaiono altri **personaggi con vari ruoli**: l'aiutante del bullo, il suo sostenitore, il difensore della vittima, l'indifferente. La dinamica risultante tra tali ruoli è però vincente per il bullo che trova nell'indifferenza, nella paura e nell'identificazione vicaria (ovvero quella forma di identificazione in cui identificandosi con un altro si gode della sua forza e dei suoi successi) dei suoi sostenitori, elementi per rafforzare la propria opera persecutoria.

Quello delle prepotenze tra bambini e ragazzi è indubbiamente un problema di origine antica, ma, a partire dagli anni Settanta del Novecento, è stato oggetto di ricerche scientifiche sistematiche. Si è così potuto notare come il fenomeno assuma dimensioni preoccupanti presso varie popolazioni mondiali. In Italia è stato oggetto di studio a partire dagli anni Novanta: si è potuto riscontrare che è molto diffuso e assume dimensioni assolutamente rilevanti, specie se confrontato con quanto avviene negli altri paesi europei.

Dagli studi scientifici effettuati, risulta che siano più i maschi, rispetto alle femmine sia a fare che a subire prepotenze. Il fenomeno però va diffondendosi anche tra le bambine e ha fatto scalpore un episodio avvenuto in una scuola in-

fantile di Bologna, dove un bambino veniva minacciato dalle sue compagne. In genere, sono gli studenti più grandi di età, e comunque più robusti fisicamente, a minacciare i più piccoli e **la relazione vittima-persecutore tende a rimanere stabile nel tempo.**

Ipotesi sulle cause del fenomeno del bullismo

Alcune delle idee più diffuse sulle cause di questa pratica persecutoria si sono rivelate false: per esempio, il bullismo non dipende dal fatto che le classi siano numerose, né dalla competizione per ottenere la promozione, né dal fatto che le vittime siano più o meno sgraziate fisicamente. I fattori più importanti sembrano invece legati al tipo di personalità dei persecutori e delle vittime, all'educazione ricevuta dai genitori, all'atteggiamento e al comportamento degli insegnanti e ai rituali che si vengono a creare all'interno della classe.

I bambini che si ritrovano nel **ruolo di vittima** sono, di solito, più ansiosi e insicuri degli altri compagni; sono più passivi e remissivi e tutto ciò viene interpretato dai persecutori come un segnale della loro incapacità di difendersi e reagire. Alcune "vittime", oltre a essere insicure, presentano problemi di concentrazione e si comportano in modo irritante, innescando reazioni negative nei compagni, in tal modo diventano più facilmente vittime di atteggiamenti persecutori. Questi soggetti sono poco empatici, hanno difficoltà nell'interpretare in modo corretto la comunicazione non verbale altrui.

La mancanza di empatia è tipica anche dei **bulli** che, in più, sono impulsivi e aggressivi. Le madri dei ragazzi persecutori tendono a essere indifferenti, poco affettuose. I loro familiari si mostrano in genere permissivi nei riguardi del loro comportamento aggressivo e, nel contempo, sono autoritari e ricorrono alle punizioni fisiche. Le vittime, da adulti, diventano, in genere, delle persone insicure e soggette a deprimersi. I bulli possono sviluppare degli atteggiamenti antisociali.

Come contrastare il bullismo

Le strategie utili per contrastare il bullismo, secondo gli studiosi, devono essere attuate a livello di classe e di sistema scolastico nel suo complesso, con il coinvolgimento di insegnanti e genitori.

Tra le iniziative condotte in Italia segnaliamo una sperimentazione realizzata in una scuola media della provincia di Lucca. In tale scuola è stato predisposto un piano biennale di attività che prevede l'analisi e la discussione di brani letterari scelti per lo scopo, attività teatrali e di *role playing* e la proiezione e realizzazione di filmati. Insieme a queste attività viene distribuito ai ragazzi un questionario per segnalare il nome di persecutori e di vittime presenti nella scuola.

Rispetto al periodo precedente della sperimentazione, nella scuola sono diminuite le ragazze segnalate come vittime, mentre il numero dei maschi indicati come perseguitati è invariato. Aumenta il numero dei maschi segnalati come bulli: il dato può essere però interpretato come un progresso, in quanto un'augmentata sensibilità verso il problema, indotta dal lavoro svolto, può aver diminuito l'omertà verso i prepotenti.

3 La condizione socioeconomica della famiglia

Abbiamo analizzato i rischi collegati alle deprivazioni affettive e alle distorsioni del rapporto tra i genitori e i figli. Oltre ai rapporti interpersonali, per un più completo esame della condizione infantile è necessario analizzare l'ambiente in cui vive il bambino.

Ogni famiglia e, conseguentemente, ogni bambino, sono inseriti in una serie di contesti socioculturali che influenzano lui e la sua famiglia. Nel modulo 6, unità didattica 5, paragrafo 4, Le culture tra integrazione e conflitto, abbiamo considerato il gruppo etnico di appartenenza: in questo paragrafo analizzeremo la condizione socioeconomica.

Nella nostra società, fra i vari gruppi sociali, esistono tuttora notevoli differenze di reddito e di istruzione degli adulti. Le persone, a seconda della propria condizione socioeconomica, condividono valori diversi e hanno un tenore di vita differente. Naturalmente, per i bambini, gli svantaggi della povertà sono considerevoli.

In condizione di povertà **le possibilità di scelta** per i genitori si riducono. Nel nostro Paese esistono servizi sociali che cercano di aiutare tali famiglie, tuttavia permangono numerosi problemi. Le famiglie indigenti hanno un numero maggiore di figli nati a distanza ravvicinata e in genere vivono in abitazioni piccole e spesso inadeguate ai bisogni. L'ambiente è caotico, fonte di stress e privo di risorse. I bambini che vivono in tali ambienti sono meno stimolati dal punto di vista linguistico e intellettuale e, di solito, hanno maggiori difficoltà a livello scolastico. I genitori ricorrono più frequentemente a punizioni di tipo fisico, senza dare spiegazioni del loro comportamento. Il loro stile educativo è di tipo autoritario o negligente (vedi in questo modulo unità 2, paragrafo 3).

Non tutte le famiglie si dimostrano in grado di mantenere ed educare i propri figli, per cui si verifica l'abbandono materiale e morale dei minori. Tale abbandono può essere intenzionale, e avvenire al momento della nascita da parte della famiglia o della madre, o accadere in un momento successivo, poiché il gruppo familiare non è in grado di portare a termine il proprio compito. Vi sono poi casi in cui il bambino continua a vivere con il gruppo familiare, ma la presenza di gravi problemi all'interno di tale nucleo rende necessario un intervento dei servizi sociali, che possono proporre un temporaneo allontanamento dalla famiglia di origine o attivare un servizio di assistenza domiciliare.

L'assistenza domiciliare

Per assistenza domiciliare si intende un complesso di prestazioni operate da personale specializzato presso il domicilio della persona bisognosa, che possono essere di diversa natura a seconda che si tratti un'assistenza familiare, per minori, per anziani o soggetti disabili).

Il servizio di assistenza domiciliare per minori viene utilizzato in modo mirato ai bisogni delle persone sotto varie forme.

Il progetto ponte: consiste in un temporaneo allontanamento del minore dal nucleo familiare mediante un affido familiare o un collocamento in una struttura residenziale, oppure consiste in un'assistenza domiciliare (vedi il caso 2, *Un intervento di progetto-ponte*).

Il sostegno al minore quando rientra in famiglia dopo un allontanamento: in questo caso, l'aiuto assumerà forme diverse in base alla durata e alle ragioni dell'allontanamento, e in base alla quantità e alla qualità dei rapporti mantenuti dal minore con il proprio nucleo durante il periodo di allontanamento.

L'intervento preventivo: è un sostegno educativo e assistenziale fornito in situazione di rischio non grave per impedire la trasformazione del disagio in danno. Tale intervento si rivolge non solo al bambino ma anche alla madre che ha bisogno di aiuto (vedi il caso 3, *Un intervento preventivo*).

L'intervento nella crisi: consiste nell'attivazione dell'assistenza domiciliare in tempi molto rapidi, per porre rimedio a situazioni di disagio improvviso e imprevedibile. Questo intervento ha lo scopo di impedire il temporaneo accesso del minore in case di accoglienza o in comunità educative.

Riportiamo due specifici progetti di **assistenza domiciliare per minori**. Essi possono costituire lo spunto per l'osservazione di casi analoghi o per esercitarsi a simulare dei progetti, commisurati a situazioni immaginate dallo studente o tratte da altre fonti.

CASO 2

Un intervento di progetto-ponte

La signora C. ha trentadue anni e ha due figli P. e S., rispettivamente un maschio di 1 anno e una femmina di 10 anni, avuti con due uomini diversi con i quali la donna ha avuto delle relazioni di coppia, concluse entrambe con una separazione. I padri di questi bambini sono lavoratori occasionali e si disinteressano dei figli. La signora è ammalata da qualche mese ed è stata ricoverata più volte per interventi chirurgici. Per questa ragione, è stata costretta ad abbandonare il suo lavoro di collaboratrice domestica. Attualmente ha finalmente trovato un lavoro di cameriera in un albergo, ma per non perdere tale opportunità deve iniziare a lavorare al più presto. Su consiglio di un'amica si rivolge ai servizi sociali chiedendo aiuto per P., il figlio più piccolo, che dovrebbe cominciare a frequentare subito il nido del quartiere, chiuso per problemi organizzativi. Fino ad alcuni mesi prima si occupava dei bambini la nonna materna, che nel frattempo è deceduta. Il servizio sociale propone alla signora l'assistenza domiciliare che, accettata, inizia in tempi molto

brevi. L'educatrice accudisce P., si occupa dell'organizzazione della famiglia in alcune situazioni di emergenza, per esempio quando la madre si deve assentare per fare controlli medici. In tal modo alleggerisce la figlia maggiore dai compiti di "vicemadre" svolti finora. Inoltre, l'educatrice aiuta S. a recuperare parte del programma scolastico non svolto durante i ricoveri ospedalieri della madre. L'assistenza domiciliare si conclude dopo tre mesi, che sono stati utili alla signora C. per rendere stabile la propria situazione lavorativa e inserire il figlio più piccolo al nido.

In questo caso, il ricorso all'assistenza domiciliare si è reso indispensabile per la mancanza di aiuti di parenti e persone vicine e per la mancanza di mezzi economici sufficienti a pagare una persona che sostituisse la madre. L'intervento dei servizi in questo caso è stato di breve durata, tuttavia, può capitare che durante l'intervento emergano fatti nuovi tali da rendere necessario la trasformazione di un breve periodo di sostegno in un progetto più complesso e di lunga durata.

Un intervento preventivo

La signora N., di 23 anni, frequenta un corso di preparazione al parto presso il consultorio familiare del suo quartiere. Si è trasferita da poco dal Sud in una grande città del Nord con il marito, che lavora come facchino ai mercati generali. I coniugi non possono contare sull'aiuto di alcun parente e non hanno ancora una rete di amici. La gravidanza non era voluta e il marito non era d'accordo con la scelta della moglie di portarla a termine, in quanto ritiene ancora precaria la loro situazione economica e abitativa. I conflitti con il marito proseguono anche dopo la nascita della bambina. L'assistente sanitaria, durante una visita domiciliare, trova la signora N. in uno stato di profonda prostrazione, nonché in difficoltà nell'accudire la neonata che richiede continue attenzioni. Le propone di accompagnarla al servizio sociale, per chiedere un aiuto domiciliare per un certo

periodo. La signora, dopo un iniziale rifiuto, dovuto alla scarsa conoscenza dei compiti del servizio sociale, acconsente. Il servizio, conosciuta e valutata la situazione, accetta di attivare un'assistenza domiciliare che inizia poco dopo e dura per sei mesi. In questo periodo l'educatrice offre un sostegno alla madre, l'affianca nella cura della bambina e l'aiuta ad acquisire le capacità per accudirla e, quando necessario, accompagna la donna ai servizi territoriali per i controlli sanitari.

L'intervento preventivo qui descritto permette a una giovane madre, impreparata alla maternità e priva di sostegni, di superare la situazione problematica. L'opportunità di affrontare con qualcuno accanto compiti per lei troppo gravosi le ha consentito di controllare l'ansia e di imparare a capire i bisogni e i messaggi della propria bambina.

4 Disagio e condotte devianti dell'adolescenza e dell'età giovanile

Nella nostra società, caratterizzata da una natura complessa, l'adolescente trova difficoltà ad adattarsi e ad acquisire un'identità personale legata a un progetto di vita futura soddisfacente.

È chiamato disagio giovanile l'insieme di queste difficoltà e lo stato d'animo a esse legato.

Forme transitorie di disagio fanno parte del normale processo di crescita, in tal caso si parla di **disagio evolutivo**.

Il fenomeno del disadattamento si ha quando il malessere diventa diffuso e si esprime con l'incapacità e/o il rifiuto di integrarsi nell'ambiente sociale.

Il disadattamento, quando si prolunga nel tempo, può dare origine a varie forme di devianza sociale.

La devianza sociale è costituita da un comportamento in cui l'infrazione alle norme sociali e alle regole istituzionali assume un carattere sistematico e ricorrente.

Un comportamento episodico in cui le regole sociali non vengono rispettate, specialmente se non grave (per esempio un'occasionale sbornia), non può definirsi devianza sociale.

Le condotte considerare devianti variano a seconda delle norme e della cultura dell'ambiente a cui si appartiene. In tal senso, la devianza sociale può essere intesa come un tentativo di sottrarsi al controllo sociale.

In ogni società esiste un certo grado di anticonformismo, di dissenso e di diversità. Le società non hanno un carattere statico e i valori che sono espressi al loro interno subiscono un'evoluzione: l'atto deviante quindi non sempre va considerato come negativo, ma può esprimere un bisogno di cambiamento. Per esempio, la condotta sessuale si è talmente evoluta negli ultimi cinquant'anni, che quello che oggi è usuale poteva essere considerato, in passato, come comportamento deviante. I cambiamenti avvenuti nella morale sessuale sono espressione di una nuova impostazione socio-culturale del rapporto uomo-donna.

Fattori di rischio e condotte a rischio

I principali **fattori di rischio** che possono sfociare nella devianza sociale sono: la presenza di modelli di riferimento in contrasto con le norme sociali e morali che regolano la convivenza; le carenze affettive; i modelli educativi incoerenti (alternarsi di una eccessiva rigidità e una eccessiva mollezza) e i modelli educativi negligenti (in cui i figli sono lasciati a se stessi senza fornire loro delle regole). Il disadattamento non sempre si esprime attraverso le condotte devianti, ma può dare origine a disturbi di carattere psicologico.

Un mancato adattamento sociale è fonte di disagio psichico profondo quando il giovane, pur non manifestando condotte devianti, non riesce a portare a termine il processo di individuazione.

In tal caso abbiamo, in genere, il nascere di disturbi della personalità più o meno gravi (nevrosi, depressione e stati al limite della psicosi).

Come abbiamo detto gli scopi principali del processo di individuazione degli adolescenti riguardano l'affermazione della propria identità e la costruzione di relazioni sociali e affettive soddisfacenti.

La mancanza di un sostegno affettivo adeguato, l'assenza di dialogo in famiglia e la mancanza di regole coerenti favoriscono nei giovani la scelta di condotte che mettono a rischio il loro benessere fisico, psicologico e sociale.

Tra le condotte "a rischio" va considerato anche il consumo di sigarette.



Vanno considerate condotte "a rischio": il consumo di sigarette, il consumo di bevande alcoliche, l'attività sessuale precoce, le condotte alimentari disordinate (che non sono ancora forme patologiche come l'anoressia e la bulimia), l'uso di sostanze psicoattive e la guida pericolosa.

Il ricorso a questi comportamenti costituisce un modo per mettersi in evidenza all'interno del gruppo, l'ambito relazionale più importante per il giovane, e per affermare la propria autonomia dagli adulti.

Tali comportamenti sono manifestazioni di un disagio evolutivo che può degenerare in disadattamento o in vere e proprie condotte devianti.

Il comportamento deviante

Sono esempi di comportamento deviante le aggressioni fisiche, l'alcolismo, il furto, il vandalismo, la tossicodipendenza, le fughe da casa, i reati sessuali, i suicidi e i tentati suicidi.

Le aggressioni fisiche

Secondo alcuni autori le aggressioni fisiche derivano da un forte eccitamento, facilitato dall'imitazione di gruppo e dall'uso di sostanze stimolanti, e da gravi forme di frustrazione, quale il rifiuto precoce dei genitori.

I ragazzi che commettono furti, violenze fisiche e atti vandalici giustificano il proprio comportamento ricorrendo a strategie che rendono più facile il disimpegno morale. Un tipo di strategia è il **confronto vantaggioso** ("Rubare in un supermercato non è poi così grave, se pensiamo a quante persone guadagnano miliardi in modo disonesto"). Un'altra strategia è la **distorsione delle conseguenze** ("È andato al Pronto Soccorso perché è un fifone, due cazzotti non hanno mai fatto male a nessuno"). **Attribuire la colpa alla vittima** è un altro stratagemma ("Se l'è proprio voluta"). In altri casi **si svislisce la vittima** ("Ragiona come una bestia"). In altri ancora abbiamo **l'estensione della responsabilità** ("Tutti menavano botte").

L'alcolismo

Il consumo di bevande alcoliche è molto diffuso tra i giovani: solitamente inizia come attività sociale che facilita un contatto rituale e, se moderato, rimane in tali limiti.

Soggetti immaturi possono però trovare nell'alcol uno strumento di fuga e di evasione dalle difficoltà e dalle responsabilità. L'uso smodato di alcol, tabacco o di sostanze psicoattive si accompagna spesso ad altre condotte devianti, come espressione di uno stile di vita non conforme alle regole.

Il furto

Gli adolescenti che rubano sono spesso soggetti frustrati dagli insuccessi (per esempio quelli scolastici) e amano mettersi in mostra sperimentando sensazioni forti legate alla trasgressione. Chi ruba, in una società in cui conta sempre di più l'apparire, vede nel possesso di beni l'unico modo per avere un riconoscimento dagli altri. Una parte di questi adolescenti devianti intraprende la carriera criminale, soprattutto se nella famiglia di appartenenza è insito il crimine. Tuttavia, la condizione di povertà materiale, l'esperienza del fallimento scolastico o del fallimento lavorativo, il grande valore dato al danaro e al successo dalla società contemporanea spinge anche gli adolescenti e i giovani educati con principi sani a prendere come modello le identità negative proposte dal crimine.

Il vandalismo

Vi sono due tipi principali di vandalismo: il vandalismo finalizzato al prestigio, quando si vuole fare colpo all'interno del gruppo, e il vandalismo provocato dalla noia, per esempio, spaccare lampioni o cabine telefoniche.

Come molte altre condotte devianti (le aggressioni fisiche e sessuali e il furto, per esempio) quasi mai il vandalismo è un atto compiuto da singoli: i vandali si “fanno forza” attraverso il gruppo e in tal modo si sentono anche meno responsabili delle proprie azioni. Il vandalismo si accompagna spesso alle aggressioni fisiche, come nel caso delle violenze delle tifoserie negli stadi.

La tossicodipendenza

Negli ultimi due decenni si è assistito a una crescente diffusione dell'uso di droghe da parte di adolescenti. Nella maggior parte dei casi si tratta di un fenomeno transitorio, un modo di mettersi alla prova, espressione del disagio più generale che spesso affligge l'adolescente. I più giovani sono, in genere consumatori di droghe “leggere”, mentre le droghe “pesanti” sono consumate prevalentemente tra 18 e 25 anni. Per alcuni, però, l'uso di droga rappresenta la tappa finale di un disadattamento cominciato molto prima. Fattori che favoriscono il primo contatto con la droga sono: l'influenza esercitata dal gruppo dei coetanei, la presenza di familiari forti fumatori, alcolisti o abituali consumatori di droghe. Si tratta spesso di soggetti che tendono a trovare una propria realizzazione in esperienze trasgressive, a sottovalutarne i rischi e a cercare facili esperienze gratificanti. Molti tossicodipendenti non cercano solo il benessere psicologico fornito dalle sostanze, ma trovano nella droga un mezzo per sfuggire situazioni di disagio che, per essere affrontate, richiederebbero impegno e maturità.

Le fughe da casa

È utile distinguere la **fuga** dal **vagabondaggio**. Nel primo caso, si tratta in genere di una reazione del bambino o del ragazzo di fronte a problemi non risolti, che trovano una soluzione apparente attraverso la fuga. Con la propria fuga, il giovane segnala un grave disagio affettivo che può essere dovuto alla disgregazione familiare o a carenze di cure materne. Egli inconsciamente desidera “rendersi presente con la sua assenza”.

Il **vagabondaggio**, invece, chiama maggiormente in causa i problemi dell'adolescenza e l'appartenenza a ► **bande**. I ragazzi fuggono perché non hanno legami soddisfacenti in famiglia e non sopportano le costrizioni degli adulti: cercano così di essere liberi e trovano nuove forme di socializzazione con i compagni di fuga.

I reati sessuali

Lo psichiatra francese di origine spagnola Julian de Ajuriaguerra (1911-1993) sostiene che gli stupri collettivi delle ragazze da parte di ragazzi sono in aumento. Anche i giochi sessuali sono aumentati di numero e l'età in cui avvengono i primi rapporti sessuali è divenuta più precoce. Il massimo dei reati sessuali viene commesso tra i 14 e i 18 anni e riguarda stupri collettivi (fonte: Julian de Ajuriaguerra, *Manuale di psichiatria del bambino*, Masson, Milano, 1979, pp. 1026 e seguenti). Probabilmente, con l'aumentare dell'età, anche gli adolescenti più problematici imparano a frenare il loro istinto sessuale e a esprimerlo secondo modalità corrette. Tale tipo di reato è meno frequente rispetto ai furti e ai reati legati alla violenza fisica contro persone.



bande

riferito a giovani e adolescenti, indica un gruppo dedito a comportamenti aggressivi

I suicidi e i tentati suicidi

Si tratta di un fenomeno abbastanza diffuso tra gli adolescenti. In certi casi è associato a turbe depressive gravi, di probabile origine biologica; in altri casi si riscontra l'influenza di fattori psicologici e sociali. Spesso i tentati suicidi sono usati come forme di sfida o arma di ricatto, tuttavia è bene prendere sul serio le minacce di suicidio dell'adolescente. Le delusioni amorose e i litigi con i genitori, traumi degradanti, come aver subito una violenza sessuale, sono cause frequenti di suicidio. Vivere in un ambiente familiare povero e disgregato costituisce un fattore di rischio.

Per molto tempo si è associato il disagio e la criminalità a fattori di svantaggio ambientale e familiare; oggi si assiste a un allargarsi di tali fenomeni anche a giovani e a minori provenienti da famiglie agiate e benestanti.

In molti casi, il disagio non è apertamente manifesto: sempre più spesso giovani ritenuti "normali" appaiono nelle prime pagine dei giornali per i loro crimini e non di rado le persone intervistate negli ambienti dove vivono rispondono di non aver mai notato in loro niente di strano o di anormale.

Le cause dei comportamenti devianti e i dati sociali

La condizione giovanile è soggetta a forme di disagio e di disadattamento dovute a molteplici cause. La devianza sociale rappresenta uno dei possibili modi in cui si esprime il malessere dei giovani.

Secondo dati Istat, nel periodo tra il 2000 e il 2004 il numero dei minori denunciati alle procure è sostanzialmente stabile. Risulta però percentualmente elevatissima la quota dei minori stranieri, che è passata dal 23% del totale (2000) al 29% del totale (2004), in genere dediti al furto e allo spaccio di stupefacenti, a conferma della loro condizione di notevole disagio.

Negli ultimi anni sono emersi atti devianti, come il vandalismo, reati sessuali e, talora, omicidi, anche da parte di ragazzi appartenenti a famiglie non particolarmente disagiate. L'identikit tipico del minorenne deviante risulta essere, tuttavia, quello del ragazzo che abita in un quartiere "a rischio", con bassa scolarizzazione, proveniente da una famiglia disgregata e, abbastanza spesso, straniero.

Tale disagio in paesi con una presenza di minori stranieri molto maggiore dell'Italia è esploso in forme eclatanti di violenza, difficilmente inquadrabili secondo le categorie tradizionali della delinquenza minorile o del vandalismo. Nelle aree periferiche dei grandi agglomerati francesi (denominate *banlieue*) esistono zone povere, con una bassa qualità della vita, abitate da giovani, figli e nipoti di persone immigrate dalle ex-colonie. Si tratta di cittadini francesi a tutti gli effetti che tuttavia sono rimasti ai margini di una società "opulenta" e non sono riusciti a integrarsi. Questi giovani anche negli anni passati hanno dato luogo a episodi di rivolta, ma nell'ottobre e nel novembre del 2005 tale rivolta ha preso dimensioni inimmaginabili dstando serie preoccupazioni in tutto il paese. La rivolta di questi giovani, che appiccano il fuoco alle automobili private, alle scuole pubbliche, alle biblioteche dei propri quartieri, appare espressione di una rabbia e di una frustrazione impotenti, incapace di trovare una manifestazione adeguata.

5 Interventi per prevenire il disagio

Come afferma il sociologo Robert Merton, la nostra società è improntata sul valore assegnato al successo, a partire da quello economico. Ma il successo non è accessibile a tutti e i soggetti più svantaggiati possono reagire con forme di comportamento deviante. Tali azioni possono poi comportare uno "stigma" sociale. Se il giovane persiste in tali comportamenti viene "etichettato" come deviante in modo irreversibile e sempre più emarginato. In tal modo egli finisce con il fare propria la visione che gli altri hanno di lui e rafforza il proprio ruolo di deviante.

Per questi motivi è importante non solo fare opera di prevenzione di tali comportamenti agendo sul disagio e sul disadattamento, ma anche intervenire con progetti tesi al recupero quando il giovane compie azioni antisociali sanzionabili penalmente. Questa nuova ottica è infatti applicata dalle sezioni penali del Tribunale per i Minori che tende ad accertare il disagio mentale dei giovani che hanno commesso crimini ed effettuare terapie riabilitative che consentano un reinserimento nella società. Naturalmente permangono misure anche detentive in relazione al grado di pericolosità sociale dei minori, allo scopo di prevenire nuovi delitti e quindi di proteggere la società.

Integrazione degli ambiti formativi

Queste problematiche del disagio dei minori pongono in evidenza l'esigenza di interventi adeguati.

Molti studiosi ritengono che l'attivazione di un **sistema formativo** realizzato attraverso un'integrazione tra i diversi gradi del sistema scolastico (materna, primaria e i vari gradi della secondaria) e una **collaborazione** tra scuola, famiglie e agenzie del territorio sia l'approccio più giusto per affrontare i problemi dei bambini e degli adolescenti. Questo obiettivo può essere più facilmente raggiunto se effettua una collaborazione tra scuola, enti locali, associazioni giovanili, sportive, culturali e religiose. La scuola assume un ruolo fondamentale assicurando un servizio qualificato non solo sul piano dell'istruzione, ma utilizzando le risorse esistenti nel territorio e le esperienze che in esso si realizzano.

Figure educative e strutture sul territorio

Sul territorio sono presenti molte figure diverse che forniscono un supporto ai minori: dal prete all'operatore sociale, dall'animatore di comunità all'educatore di strada.

Ognuno di questi soggetti, pur avendo un proprio ruolo specifico (l'animatore di comunità opera all'interno di centri per l'infanzia, l'educatore di strada in qualsiasi luogo possa entrare in contatto con giovani), ha dimensioni comuni: la competenza relazionale, la competenza educativa e competenze tecniche quali abilità manuali, teatrali, sportive, ecc...

È importante incrementare l'attivazione di strutture extrascolastiche come le ludoteche, i laboratori teatrali, i laboratori di arti figurative e altre ancora, i

centri di aggregazione giovanile, i centri sportivi e centri estivi, che possono dare delle risposte ai bisogni di socializzazione dei bambini e dei ragazzi.

Le ludoteche sono un servizio rivolto prevalentemente alla fascia di età tra 0 e 12 anni. Offrono ai giovani un'occasione di aggregazione e di riscoperta dell'attività ludica, mettendo a disposizione degli utenti spazi attrezzati, giocattoli e animatori che interagiscono con i bambini e gli adulti. È infatti un obiettivo far riscoprire agli adulti il valore del gioco e la sua importanza per entrare in relazione con il bambino.

I laboratori sono luoghi dove, sotto la guida di operatori specializzati, bambini e ragazzi possono svolgere attività espressive e creative. Si rivolgono a un'ampia fascia di età compresa tra la scuola infantile e la scuola media superiore. I laboratori favoriscono la realizzazione di uno stretto rapporto tra scuola e i servizi extrascolastici e sono accessibili sia in orario scolastico che extrascolastico. Nel primo caso, si devono avere maggiormente presenti le finalità dell'istruzione tipiche del mondo scolastico. Allievi e insegnanti possono realizzare specifici progetti con l'aiuto e la consulenza di un operatore esperto del laboratorio. Utilizzato in ambito extrascolastico, il laboratorio privilegia gli aspetti della socializzazione e della creatività. Sono esempi di attività di laboratorio la realizzazione di drammatizzazioni, di spettacoli teatrali, la produzione di materiale multimediale, la realizzazione di un progetto finalizzato alla conoscenza del territorio ecc.

I centri di aggregazione per adolescenti sono spazi dove adolescenti e giovani possono sperimentare e progettare attività di vario genere, usufruendo di risorse fornite dall'ente locale e con l'aiuto di operatori specializzati. Tali centri si fanno promotori di varie iniziative (musicali, teatrali, espressive) coordinando anche esperienze già esistenti sul territorio. Funzionano anche come osservatorio dei bisogni degli adolescenti e dei giovani per elaborare proposte efficaci per la loro socializzazione.

I centri sportivi sono strutture dove vengono organizzate e promosse varie attività sportive, relative alle varie fasce d'età dei ragazzi. Questi centri sono un'importante occasione di aggregazione per bambini e ragazzi. Negli ultimi decenni l'impegno dei ragazzi italiani nelle attività sportive è cresciuto, anche se non ha raggiunto livelli pienamente soddisfacenti. Le ragazze che praticano sport sono percentualmente inferiori ai ragazzi, inoltre tali centri sono ancora poco diffusi nell'Italia Meridionale.

I centri estivi si tratta di strutture organizzative gestite da enti locali o da associazioni di volontariato o cooperative sociali, che offrono un servizio di animazione nel periodo estivo, sia nei centri urbani, sia in centri marini o montani. Essi offrono una vasta gamma di attività ricreative e sportive, ma sono anche occasione per avvicinarsi ad attività di tipo culturale (arte, archeologia, teatro, ecc.). La caratteristica di queste attività è di essere limitata nel tempo e, avendo soprattutto scopi ricreativi, il rapporto dei ragazzi con gli animatori ha un carattere più amichevole rispetto a quello di altri educatori.

FACCIAMO IL PUNTO

✓ **L'infanzia disagiata: la deprivazione affettiva e l'abbandono**

Le forme di disagio dei minori più importanti sul piano psicologico e sociale sono la **deprivazione affettiva**, che comporta disturbi della sfera emotiva; l'**abbandono** definitivo o temporaneo, che incide negativamente sulla vita emotiva e intellettuale del piccolo. In Italia si provvede a sopperire a tali forme di abbandono (definitivo e temporaneo) con due istituti: l'**adozione** e l'**affidamento**.

✓ **L'infanzia abusata e violenta**

Per **abuso** sui minori si intende ogni atto omissivo o autoritario che mette in pericolo o danneggia la salute o lo sviluppo emotivo di un bambino. Sono abusi: la trascuratezza, il maltrattamento fisico, l'abuso psicologico l'abuso sessuale. **Il bullismo è un fenomeno di prevaricazione fra bambini e ragazzi attraverso prepotenze e atti aggressivi e persecutori di vario tipo.** L'ambiente elettivo del bullismo è la scuola e le strategie utili per contrastare il bullismo, secondo gli studiosi, devono essere attuate a livello di classe e di sistema scolastico nel suo complesso, con il coinvolgimento di insegnanti e genitori.

✓ **La condizione socioeconomica**

Fra i vari gruppi sociali esistono notevoli differenze di reddito e, in **condizione di povertà**, non tutte le famiglie si dimostrano in grado di mantenere ed educare i propri figli, per cui si verifica il fenomeno dell'abbandono materiale e morale dei minori. Vi sono poi casi in cui il bambino vive in famiglia, ma la presenza di gravi problemi al suo interno rende necessario l'intervento dei servizi sociali, che possono proporre un temporaneo allontanamento dalla famiglia di origine o attivare un servizio di assistenza domiciliare. I principali tipi di **assistenza domiciliare per minori** sono: il progetto ponte, il sostegno al minore quando rientra in famiglia dopo un allontanamento, l'intervento preventivo e l'intervento nella crisi.

✓ **Disagio e condotte devianti nell'adolescenza e nell'età giovanile**

Il **disagio** è la espressione delle difficoltà di adattamento sociale del giovane. Il **disadattamento** comporta l'incapacità e/o il rifiuto di integrarsi nell'ambiente sociale. La **devianza sociale** è costituita da un comportamento in cui l'infrazione alle norme sociali e alle regole istituzionali avviene sistematica e ricorrente. Un mancato adattamento sociale è fonte di disagio psichico profondo quando il giovane, pur non manifestando condotte devianti, non riesce a portare a termine il processo di individuazione. La mancanza di un sostegno affettivo adeguato, l'assenza di dialogo in famiglia e la mancanza di regole coerenti favoriscono nei giovani la scelta di condotte pericolose per il loro benessere. Sono esempi di comportamento deviante le aggressioni fisiche, l'alcolismo, il furto, il vandalismo, la tossicodipendenza, le fughe da casa, i reati sessuali, i suicidi e i tentati suicidi.

✓ **Interventi preventivi**

La nostra società assegna molto valore al successo, soprattutto economico. Il successo, però, non è accessibile a tutti e i soggetti svantaggiati possono reagire con comportamenti devianti. Se il giovane persiste in tali comportamenti viene "etichettato" come deviante in modo irreversibile ed emarginato. Così finisce con il fare propria la visione che gli altri hanno di lui e rafforza il proprio ruolo di deviante. Per questi motivi è importante fare **opera di prevenzione** e, quando il giovane compie azioni antisociali sanzionabili penalmente, intervenire con progetti tesi al recupero. Sul territorio sono presenti molte **figure diverse che forniscono un supporto ai minori**: dal prete dell'oratorio all'operatore sociale, dall'animatore di comunità all'educatore di strada. È importante incrementare l'**attivazione di strutture extrascolastiche** come le ludoteche, i laboratori, i centri di aggregazione giovanile, i centri sportivi e i centri estivi per dare delle risposte ai bisogni di socializzazione dei bambini e dei ragazzi.

QUESTIONARIO

■ Domande a scelta multipla?

1 Per deprivazione affettiva si intende:

- a la frustrazione dei bisogni alimentari dei bambini
- b la frustrazione del bisogno di contatto con i coetanei
- c la frustrazione del bisogno dell'intimo scambio affettivo con una figura adulta

2 L'adozione è un provvedimento:

- a definitivo
- b provvisorio
- c a scadenza triennale

3 La trascuratezza si ha quando il genitore:

- a aggredisce il bambino con percosse e sevizie che gli procurano lesioni di vario tipo
- b non sa tutelare la salute e la sicurezza dei propri figli ed è incapace di dare loro cure e affetto
- c fa un uso eccessivo delle punizioni, rifiuta il bambino e lo sottopone a umiliazioni

4 Il disagio giovanile è l'espressione:

- a delle difficoltà di adattamento sociale del giovane
- b dell'incapacità di rispettare le norme sociali e le regole istituzionali
- c dell'incapacità e/o il rifiuto del giovane di integrarsi nell'ambiente sociale

5 La presenza nei giovani di condotte "a rischio" (fumare, bere alcolici, avere una guida pericolosa ecc.) è favorita:

- a da un'educazione aperta e democratica da parte dei genitori
- b dalla mancanza di regole coerenti all'interno della famiglia

- c da un'educazione severa e autoritaria dei familiari

6 Costituisce un esempio di comportamento deviante:

- a assentarsi da scuola
- b il vandalismo
- c bere alcolici

7 Un mancato adattamento sociale è fonte di disagio psichico profondo quando:

- a il giovane ricorre a comportamenti "a rischio" quali bere alcolici, fumare, guidare in modo spericolato
- b il giovane ricorre a varie forme di comportamento deviante
- c il giovane, pur non manifestando condotte devianti, non riesce a portare a termine il processo di individuazione

■ Domande aperte

8 Fornisci una descrizione delle principali forme di assistenza domiciliare per minori.

9 Fornisci una descrizione dei fenomeni dell'alcolismo e della tossicodipendenza tra i giovani, evidenziando le affinità e le differenze tra le due condotte devianti.

■ Commento al testo

10 Leggi attentamente il caso 1, *La storia di Giorgio*, e rispondi ai seguenti quesiti.

Fornisci una breve analisi del caso evidenziando le varie frustrazioni a cui va incontro Giorgio.

Quale "circolo vizioso" si verifica in questo caso clinico?

Quali cambiamenti determinano un miglioramento delle condizioni psicologiche di Giorgio?

UNITÀ DIDATTICA 4

I servizi per le persone diversamente abili e gli anziani

PREREQUISITI

- Conoscere le problematiche minorili e alcune modalità d'intervento.

OBIETTIVI

- Conoscere il concetto di normalità.
- Conoscere le classificazioni dell'OMS.
- Conoscere le modalità di integrazione sociale dei diversamente abili.
- Conoscere i cambiamenti fisici e mentali e le problematiche della salute degli anziani.
- Conoscere i servizi per gli anziani.

COMPETENZE

- Sapere individuare le problematiche dei diversamente abili e degli anziani e i servizi per loro predisposti.

1 Il concetto di normalità

L'espressione "diversamente abili" non va intesa come un modo, più o meno elegante, di negare la presenza di menomazioni in queste persone, con le limitazioni e gli svantaggi che ne conseguono. Sotto certi aspetti, tutti siamo "diversamente abili" e, quindi, classificabili in qualche modo. La valutazione a cui possiamo andare incontro dipende in larga misura da come gli altri, l'ambiente sociale, interagiscono con noi. L'analisi del concetto di normalità e l'analisi dei documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ci aiuterà a comprendere meglio il concetto di normalità.

Criteri per definire il concetto di normalità

Il concetto di normalità sembra facile da definire: per esempio, si può pensare che chi affronta la scuola e il lavoro senza particolari problemi è "normale", mentre chi ha seri problemi di apprendimento e non riesce a svolgere un lavoro adeguatamente "non è normale". Si tratta, però, di stabilire quando questi problemi sono segno di anormalità.

Fabrizio è un bambino di otto anni, a scuola è molto vivace e non riesce a concentrare la propria attenzione durante le attività proposte dalla maestra, presenta grosse difficoltà nella lettura e nella scrittura, il suo modo di parlare è confuso: non riesce a dare ordine agli avvenimenti che racconta e parla concitatamente. Fabrizio è un bambino dotato di una grande agilità, è socievole e ama stare con gli altri. Questo bambino è da considerarsi normale o anormale?

Un criterio per stabilire la normalità è quello statistico. Secondo tale criterio, la normalità deriva dalla frequenza media di certe caratteristiche e di certi comportamenti. In base a tale criterio, sono quindi normali quelle caratteristiche e quei comportamenti che sono presenti nella maggioranza della popolazione.

A otto anni la maggior parte dei bambini riesce a concentrare la propria attenzione per almeno una decina di minuti su un argomento scolastico, è già in grado di leggere e scrivere e sa raccontare in modo comprensibile un avvenimento di cui è stata protagonista. Secondo questo criterio, Fabrizio risulterebbe un bambino con uno sviluppo “anormale”.

Un altro modo per stabilire la normalità è il criterio ► assiologico. Secondo tale criterio, sono ritenuti normali quei comportamenti che seguono determinati valori scelti dalla comunità. Da tali valori derivano delle norme che indicano i comportamenti da seguire e i comportamenti da evitare.

Seguire con attenzione le lezioni e non disturbare la classe, apprendere a leggere e a scrivere, sapersi esprimere adeguatamente sono comportamenti che la comunità scolastica si aspetta da Fabrizio in base a valori quali: l'efficienza, l'ordine, il successo, ritenuti fondamentali dalla società. Secondo questo criterio, Fabrizio risulterebbe un bambino con uno sviluppo “anormale”.

Un altro modo per stabilire la normalità è il criterio funzionale. Secondo tale criterio, sono ritenuti normali quei comportamenti che risultano vantaggiosi per la società.

Un bambino che non riesce ad apprendere nei tempi prescritti e rallenta, con il suo comportamento, il lavoro scolastico costituisce per la classe un ostacolo al raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

Secondo questo criterio, Fabrizio risulterebbe un bambino con uno sviluppo “anormale”. Il comportamento medio, essendo il più diffuso, finisce per diventare anche un modello da seguire. In questo caso si considerano come universali e inseparabili dalla natura umana comportamenti che sono solo storicamente e sociologicamente determinati. In un ambiente dove la sua socievolezza e agilità fossero caratteristiche largamente diffuse e apprezzate, Fabrizio diventerebbe un bambino “normale”.

La normalità non è un carattere assoluto e la linea di confine tra ciò che è “normale” e ciò che “non è normale” è molto sottile e difficile da definire.

La maggior parte dei bambini, prima o poi, manifesta qualche forma di comportamento problematico. Per esempio, ancora in età scolare vi sono bambini che bagnano il letto, altri hanno incubi frequenti, altri ancora si succhiano il pollice o si mangiano le unghie. C'è poi chi è caparzio e cambia facilmente



assiologico

da assiologia, dottrina che stabilisce una gerarchia ideale di valori

di umore. Problemi come questi sono abbastanza comuni e, soprattutto se spariscono con la crescita, vengono considerati come parte dello sviluppo normale. Solo se persistenti nel tempo diventano segnali della presenza di patologie.

La presenza di caratteristiche considerate non normali può essere la conseguenza della menomazione di una o più funzioni fisiche e/o psichiche, il cui sviluppo e la cui utilizzazione risultano limitati (disabilità): in tal caso siamo in presenza di una situazione di svantaggio denominata come handicap.

2 Le classificazioni dell'OMS

L'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)** è un'agenzia specializzata delle Nazioni Unite per "portare tutti i popoli al più alto grado di sanità". La Costituzione di tale organizzazione viene promulgata nel 1946, ma entra in vigore nel 1948. Tra le iniziative recenti dell'OMS annoveriamo la pubblicazione di importanti documenti sul problema della disabilità.

Il documento ICIDH

L'OMS ha operato con un documento pubblicato nel 1980 – l'*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)* – una distinzione tra i concetti di menomazione, disabilità e handicap.

La **menomazione** è definita come qualsiasi perdita o anomalia a carico di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche.

Un esempio può essere un bambino che, a causa di un'alterazione cromosomica, sviluppa un ritardo mentale.

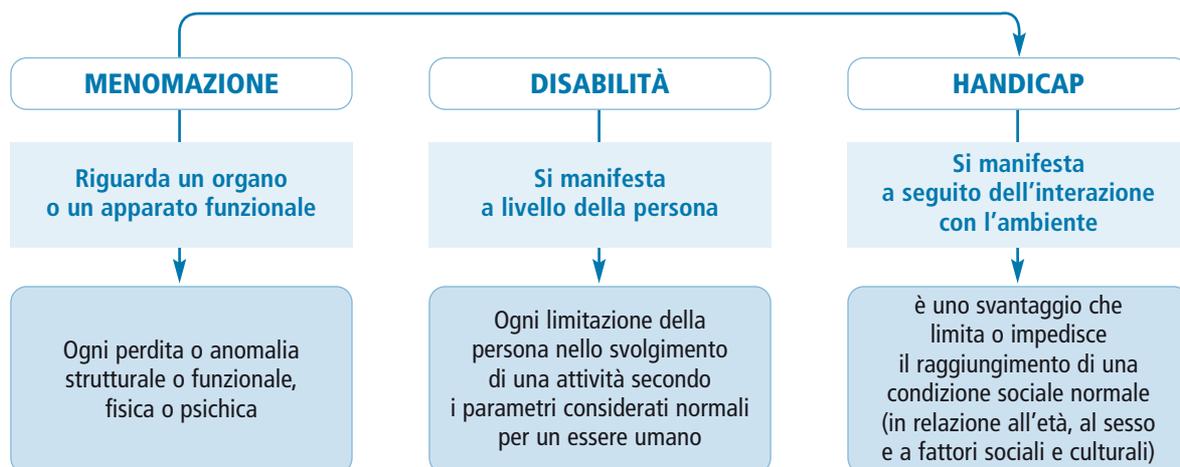
La **disabilità** è definita come qualsiasi restrizione o carenza (conseguente a una menomazione) a svolgere un'attività nel modo o nei limiti ritenuti normali per un essere umano.

Un bambino che presenta un ritardo mentale è disabile nell'acquisizione delle conoscenze.

L'**handicap** è definito come una condizione di svantaggio, conseguente a una menomazione o a una disabilità, che in un certo soggetto limita o impedisce l'adempimento di un ruolo normale in relazione all'età, al sesso e ai fattori socio-culturali.

La persona che presenta un ritardo mentale ha limitate capacità occupazionali. La condizione di svantaggio relativa all'handicap segue quindi un percorso dalla menomazione (ritardo mentale) alla disabilità (limitata capacità di apprendere) all'handicap (molte attività risultano troppo complesse). La sequenza descritta è sintetizzata nello schema della pagina a fianco.

Come risulta dallo schema, in alcuni casi l'handicap può essere conseguenza di una menomazione, senza prevedere uno stato di disabilità. Una deformità può, per esempio, dare origine a ostacoli nei normali tentativi di instaurare rapporti sociali; comporta quindi una condizione di svantaggio (handicap), ma non la disabilità.



La situazione di svantaggio (handicap) è determinata inoltre da fattori socio-culturali: un soggetto non udente può essere circondato da persone che considerano tale caratteristica un grave deficit e che svalutano la persona che ne è affetta. Può accadere invece che sia circondata da persone che non la discriminano e ne valorizzano le potenzialità.

Il documento ICF

Il documento ICIDH mostra particolare attenzione alle problematiche sociali delle persone diversamente abili, ma l'**impostazione medico-biologica** è ancora prevalente.

Tale impostazione parte dalla patologia e dalla menomazione del soggetto e le sue azioni sono mirate soprattutto a obiettivi di tipo medico, come la **prevenzione** della patologia, la sua diagnosi e gli **interventi terapeutici** e **riabilitativi**.

Il modello medico interviene in modo diretto o indiretto sulla patologia e le sue conseguenze. Per esempio, si cerca di prevenire l'insorgenza di malattie come la rosolia della gestante, che può provocare gravi deficit visivi. Se essi si verificano, si interviene con la terapia e la riabilitazione (per una definizione del concetto di riabilitazione, vedi il paragrafo 2). Questi aspetti conservano la loro validità, ma possono risultare insufficienti.

Nel 1999 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha formulato un nuovo documento l'ICF (*International Classification of Functioning Disability and Health*, conosciuto anche come ICD, *International Classification of Diseases*) che valorizza il **modello sociale** di considerare il problema. L'ICF non è un compendio per classificare le malattie, i disturbi o le lesioni, e non è nemmeno una classificazione delle "conseguenze" delle malattie (disabilità e handicap) come la versione ICIDH del 1980.

L'ICF è un sistema di classificazione per la valutazione delle condizioni di salute, delle conseguenze di tali condizioni e dei fattori a esse correlati. Come tale, esso è uno strumento scientifico e statistico applicabile a qualsiasi persona, indipendentemente dal suo stato, sesso, età, razza, o qualsiasi altro fattore.

In base a tale concezione, il termine **disabilità** indica “**gli aspetti negativi dell’interazione tra un individuo (con una condizione di salute) e i fattori contestuali di quell’individuo (fattori ambientali e personali)**”.

L’ICF integra il **modello medico** che vede la disabilità come un problema di una persona, causato da malattie, traumi o altre condizioni di salute con il **modello sociale** che considera la disabilità principalmente come un problema creato dalla società e valuta tale questione soprattutto nei termini di una piena integrazione degli individui nella società.

In tale ottica l’assistenza medica è insufficiente se non si attuano le modifiche ambientali necessarie per la piena partecipazione delle persone con disabilità in tutte le aree della vita sociale.

In base a tale complessità di fattori, situazioni assai diverse possono produrre problemi simili di performance. Per esempio, a un individuo affetto da tetraplegia è negato un lavoro perché si ritiene che il suo grado di menomazione impedisca lo svolgimento di alcuni compiti, come l’utilizzo della tastiera del computer. Il vero motivo della sua discriminazione è che nel posto di lavoro in cui potrebbe essere assunto manca il software che gli consentirebbe di svolgere i compiti richiesti.

Oppure: un individuo con tetraplegia meno grave, pur avendo la capacità di svolgere tutti compiti richiesti, non può essere assunto, perché la quota di assunzioni riservate alle persone disabili è stata raggiunta (per tali problematiche sociali vedi anche il caso 1, *Il bambino ritardato mentale*).

CASO 1

Il bambino ritardato mentale

Una menomazione porta a limitazioni nella capacità e, a seconda delle circostanze, può produrre o non produrre problemi di performance.

“Una variazione significativa dello sviluppo intellettuale è una menomazione mentale. Questa può portare a una certa limitazione in varie capacità della persona. I fattori ambientali, tuttavia, possono influire sul grado di performance dell’individuo in varie sfere di vita. Per esempio, un bambino con questa menomazione mentale potrebbe sperimentare uno svantaggio ridotto in un ambiente in cui le aspettative non sono elevate per la popolazione generale e in cui viene dato al bambino un insieme di semplici ma ripetitivi compiti da portare a termine. In questo ambiente il bambino avrà buone prestazioni in diverse situazioni di vita. Un

bambino con una menomazione simile che cresce in un ambiente competitivo e con aspettative di rendimento scolastico elevate potrebbe sperimentare maggiori problemi di performance in varie situazioni di vita rispetto al bambino del primo esempio.

Questo esempio solleva due questioni. La prima è che la norma o lo standard di popolazione rispetto al quale il funzionamento dell’individuo viene paragonato devono essere adeguati all’ambiente attuale. La seconda è che la presenza o l’assenza di fattori ambientali può avere un impatto sia facilitante che ostacolante su quel funzionamento”.

(Tratto da: OMS, *ICD Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Erickson, Trento, 2002, p. 188).

3 L'integrazione sociale dei soggetti diversamente abili

Negli ultimi decenni, sia a livello internazionale sia a livello nazionale, si è creata una sensibilità nuova nei confronti delle persone disabili, che ha portato a un progressivo riconoscimento dei loro diritti. Tutto ciò ha dato origine a iniziative di integrazione nei vari ambienti sociali. Sono state prese anche delle iniziative per il recupero funzionale e sociale delle persone minorate, fornendo loro servizi di vario genere: dalla prevenzione alla riabilitazione, nonché vari tipi di sostegni per superare gli stati di esclusione e di emarginazione sociale.

In Italia, nel passato, l'assistenza ai soggetti disabili era fornita attraverso istituti a loro riservati che ne impedivano o limitavano il contatto sociale. La tendenza attuale va verso la **deistituzionalizzazione**, in quanto si vuole consentire alla persona diversamente abile la permanenza in famiglia. Qualora il soggetto risulti privo, anche temporaneamente, di una sistemazione familiare, gli viene fornito un ambiente di vita adeguato attraverso strutture quali centri diurni socio-riabilitativi, comunità alloggio, case famiglia e altri servizi residenziali analoghi.

Si è giunti così a provvedimenti legislativi importanti che hanno condotto alla graduale sostituzione dei manicomi con nuove forme di assistenza psichiatrica, all'abolizione delle scuole e delle classi speciali riservate agli allievi disabili e al loro inserimento nelle classi che accolgono gli allievi normodotati. Altri provvedimenti sono stati approvati per facilitare l'accesso dei soggetti diversamente abili alla formazione professionale e al mondo del lavoro.

Gli interventi di prevenzione e riabilitazione

Gli interventi di prevenzione vengono distinti in prevenzione primaria, secondaria, terziaria.

La **prevenzione primaria** ha lo scopo di ridurre, controllare o eliminare le cause di malattie e incidenti. Un esempio di prevenzione primaria è una corretta alimentazione.

La **prevenzione secondaria** è rivolta a rallentare e limitare il decorso delle singole malattie contratte dagli individui. Un esempio di prevenzione secondaria sono i controlli finalizzati a una diagnosi precoce.

La **prevenzione terziaria** tende a impedire o contenere l'aggravamento di malattie già in atto. Un esempio di prevenzione terziaria è dato dagli interventi, realizzati in genere dalle strutture sanitarie, finalizzati a prevenire ulteriori complicazioni e a conservare e utilizzare le funzioni attive.

La **legge 104/92**, sull'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone disabili si occupa dei vari aspetti della prevenzione e della diagnosi precoce, della cura e degli interventi riabilitativi in favore dei soggetti disabili.

Per riabilitazione si intende una serie di interventi tesi a togliere la persona dallo stato di emarginazione in cui si trova per effetto della sua menomazione, perché sia inserita in una condizione occupazionale e sociale il più possibile paritaria rispetto alle altre persone.



La legge 104/92 prevede la creazione di appositi centri per la persona diversamente abile che non può integrarsi nel mondo del lavoro.

La legge già citata prevede, all'art. 7, "interventi per la cura e la riabilitazione precoce della persona handicappata, nonché gli specifici interventi riabilitativi e ambulatoriali o presso i centri socioriabilitativi ed educativi a carattere diurno o residenziale".

La riabilitazione, intesa come una serie di interventi tecnici relativi alla minorazione e alle disabilità delle persone disabili, è insufficiente e deve accompagnarsi ad altri provvedimenti tesi a realizzare l'integrazione sociale dei soggetti minorati.

In questa ottica vanno considerati i provvedimenti della legge 104/92 che riguardano l'integrazione scolastica, l'integrazione lavorativa, la creazione di appositi centri per i soggetti per cui non è possibile l'integrazione nel mondo del lavoro, la creazione di

comunità alloggio o altre strutture residenziali per i soggetti disabili privi di un'adeguata sistemazione familiare, naturale o affidataria.

La situazione italiana

In Italia il processo di inserimento e integrazione degli allievi disabili nella scuola dura da trent'anni. In precedenza, gli allievi disabili erano inseriti, a seconda della gravità dell'handicap, in scuole speciali, oppure in classi differenziali. Queste sono state abolite con la **legge 517 del 1977** che stabilisce una serie di norme per un corretto inserimento degli allievi disabili nella scuola dell'obbligo. Per facilitare tale compito, viene istituita la figura dell'insegnante di sostegno che, in previsione della presenza di allievi disabili, affianca nell'opera educativa gli insegnanti curricolari.

Con la **legge 104/92** e altre successive integrazioni sono previste altre norme che consentano l'integrazione dei soggetti disabili anche nelle scuole medie superiori e nelle università.

La legge 517 utilizzava il termine "inserimento", sostituito nella legge attuale con il termine "integrazione". Tale sostituzione non è casuale, infatti con il termine "inserimento" si intende l'inclusione in un insieme già strutturato di qualcuno che ne era escluso. Se invece l'accoglimento di un bambino in una classe comporta degli adattamenti, sia da parte del bambino sia da parte della classe, allora abbiamo un'integrazione. L'integrazione è dunque un cambiamento e un adattamento reciproco, in cui tutte le identità sono riconosciute.

La legge 104/92 prevede l'integrazione del disabile nel mondo lavorativo.

Per facilitare tale processo la legge assegna alle Regioni il compito di inserire le persone disabili nei corsi di formazione professionale dei centri pubblici e privati e di garantire agli allievi, non in grado di avvalersi dei metodi di apprendimento ordinari, l'acquisizione di una qualifica, mediante attività specifiche che tengano conto dei piani educativi personalizzati (PEP) realizzati nel corso degli anni dell'obbligo scolastico.

Terapia e riabilitazione psichiatrica



schizofrenia

letteralmente "mente divisa", grave disturbo mentale con la presenza di allucinazioni, deliri, disordini emotivi del pensiero

Per lungo tempo la cure psichiatriche dei disturbi gravi come le psicosi (in particolare la ► schizofrenia) erano poco efficaci. Tali pazienti per la gravità dei loro sintomi, risultavano difficilmente accessibili a una terapia di tipo psicologico e non esistevano farmaci efficaci per la loro cura. Dato che tali pazienti erano spesso pericolosi per sé e per gli altri, essi venivano ricoverati e custoditi in speciali luoghi di cura, comunemente denominati manicomio. Gli ammalati erano ospitati in tali luoghi per periodi molto lunghi, talora per l'intera esistenza. Rimanendo segregati in modo coatto in tali istituti, i pazienti finivano spesso per peggiorare le proprie condizioni.

La scoperta degli psicofarmaci, avvenuta negli anni Cinquanta del Novecento, ha mutato notevolmente tale situazione. Le nuove sostanze, attenuando notevolmente i sintomi, hanno reso possibile la psicoterapia di pazienti anche gravi. L'utilizzo degli psicofarmaci è anche una delle condizioni che ha reso possibile ridurre notevolmente il ricovero coatto.

Nel nostro Paese il trattamento sanitario delle malattie psichiatriche gravi è regolamentato attraverso la **legge n. 180 del 1978**. Lo scopo principale di tale legge è l'abolizione dei manicomio e la loro sostituzione con strutture come i **centri diurni e le case famiglia**. I primi sono frequentati solo per parte della giornata per attività di lavoro e ricreative, a scopo riabilitativo; le seconde permettono ai pazienti, che non possono vivere in famiglia, di condurre una vita normale in compagnia di altri pazienti e personale specializzato. Tale obiettivo, in poco più di trent'anni, è stato attuato solo in parte, con risultati di diversa efficacia nelle varie Regioni italiane (vedi l'applicazione 1, *Il progetto "fareassieme"*).

Oltre alla **terapia farmacologica**, per curare i pazienti schizofrenici si ricorre alla **psicoterapia**, un intervento realizzato con varie tecniche, per lo più colloqui individuali o di gruppo, finalizzato a modificare situazioni di disagio e disturbi del comportamento e alla **riabilitazione**.

L'uso degli psicofarmaci mira a ristabilire nel paziente un equilibrio emotivo, la psicoterapia a dargli consapevolezza delle situazioni che lo hanno condotto e lo conducono a manifestare comportamenti inadeguati.

La riabilitazione è un aspetto importante del trattamento degli schizofrenici. Chi soffre di tale malattia ha molte difficoltà ad avere rapporti con gli altri e manifesta problemi con i familiari, a scuola, sul lavoro e con gli amici. Perdendo i contatti con gli altri, un po' alla volta lo schizofrenico tende a diventare sempre meno capace di svolgere compiti anche semplici. La riabilitazione aiuta il malato a non perdere le sue abilità e la sua capacità di stare con gli altri.

Cura (farmacologica e psicologica) e riabilitazione sono strettamente collegate: la cura serve soprattutto a combattere i sintomi della malattia, mentre la riabilitazione serve a conservare o a recuperare le funzioni psichiche di chi soffre di schizofrenia.

Entrambe mirano a far sì che il malato possa riprendere una buona qualità della vita, possa tornare a stare con gli altri, lavorare, divertirsi. I trattamenti riabilitativi devono essere condotti per tempi abbastanza lunghi e quindi non pos-

sono essere effettuati nei normali ambulatori. D'altra parte realizzarli in ospedale implicherebbe il ricovero del malato per lungo tempo e l'ospedalizzazione riduce la capacità di vivere nel mondo. Le attività riabilitative sono perciò effettuate in apposite strutture nelle quali il malato può passare molte ore al giorno senza essere ricoverato. In queste strutture si cerca di insegnare al malato ad avere a che fare con gli altri, dividendo momenti comuni, come il mangiare insieme, guardare la televisione, andare al cinema o fare una gita. Si cerca altresì di migliorarne le capacità di comunicazione e collaborazione, attraverso discussioni in gruppo, attività psicomotorie, attività espressive e costruttive come il disegno e la costruzione di oggetti ecc. La riabilitazione ha anche scopi direttamente pratici come insegnare al malato a badare alla propria igiene quotidiana, a organizzare le proprie spese, a muoversi correttamente nella città, a prendere un autobus ecc. Infine possono essere insegnate al paziente delle vere e proprie attività lavorative che poi potranno essere messe a frutto per cercare di raggiungere un'autonomia economica. Queste attività vengono di solito realizzate in strutture chiamate "laboratori protetti".

La cura più adatta per chi soffre di schizofrenia è un trattamento integrato, che comprende la terapia con gli psicofarmaci, il sostegno della famiglia, la psicoterapia, le terapie riabilitative e, quando è necessario, il ricovero in ospedale.

Applicazione 1

Il progetto "fareassieme"

Le difficoltà di applicazione della legge 180, riscontrate in alcune realtà territoriali, hanno comportato serie difficoltà per i familiari dei pazienti psichiatrici gravi. Molti familiari denunciano di essersi trovati a gestire, con supporti insufficienti, situazioni assai difficili. Quello che spesso è mancato è il coinvolgimento dei familiari stessi dei pazienti, e della comunità in cui vivono, nelle pratiche di assistenza dei soggetti malati, secondo la nuova logica di rete, di cui abbiamo parlato nella prima unità didattica del presente modulo.

Sulla linea di tale logica si pone, a nostro parere, l'esperienza di psicologia di comunità messa in atto dal Servizio di Salute mentale di Trento. Il progetto da esso realizzato in questo decennio si chiama "fareassieme". Con esso si cerca di valorizzare non solo le esperienze e le competenze degli operatori, ma anche quelle dei familiari degli utenti, attraverso gruppi di auto e mutuo aiuto, centri autogestiti di accoglienza di persone con di-

saggio, contratti firmati e sottoscritti con cui operatori e familiari concordano i percorsi di cura dei pazienti.

Tra le varie iniziative segnaliamo in particolare l'utilizzo di un gruppo di Utenti Familiari Esperti (UFE) che prestano in modo continuativo (e retribuito economicamente) delle prestazioni in diverse aree di attività del Servizio.

Lo studente potrà trovare notizie più dettagliate su tali esperienze nell'articolo "Il progetto fareassieme" dello psichiatra R. De Stefani e E. Vanzetta, pubblicato a pp. 47-51 del n. 213, maggio-giugno 2009, della rivista "Psicologia contemporanea". Altre informazioni sono reperibili nei siti: www.leparoleritrovate.com e www.fareassieme.it

Prendendo spunto da tali iniziative, gli studenti della classe, contattando operatori e associazioni della loro realtà territoriale, possono svolgere un'indagine per verificare la presenza o meno in essa di iniziative e progetti dello stesso tipo.

Applicazione 2**In un mondo di ciechi come vivremmo?**

Nuñez, il protagonista del breve racconto di cui riportiamo uno stralcio, raggiunge una valle sperduta dove vive una comunità di persone che sono cieche da quattordici generazioni ed è convinto che, grazie alla vista, potrà diventare il loro re. Le cose non andranno in questo modo e, con raccapriccio, scopre che in questa comunità l'“handicappato” è lui.

“Erano ciechi da quattordici generazioni, completamente segregati dal mondo dotato di vista, e il nome di ogni cosa attinente al senso ottico si era cancellato o trasformato, la storia del mondo esterno si era cancellata, trasformata in una fiaba, ed essi avevano perso ogni interesse per tutto ciò che stava al di là dei pendii rocciosi, incombenenti sul loro muro di cinta. Erano sorti, tra loro, ciechi geniali, che avevano messo in discussione gli ultimi brandelli delle credenze e delle tradizioni di un tempo in cui possedevano ancora la vista, negandole come vane bolle e sostituendole con altre e più assennate spiegazioni. Buona parte della loro immaginazione si era disseccata come i loro occhi, ed essi si erano procurate altre immaginazioni, in base alla sensibilità sempre maggiore delle loro orecchie e dei loro polpastrelli.

Pian piano Nuñez finì per rendersene conto. Capi che, contrariamente alle sue speranze, non avrebbe ottenuto stupore e reverenza per la sua origine e le sue facoltà; e dopo che costoro ebbero mostrato di non tenere in nessuna considerazione i suoi miseri sforzi di spiegare loro la vista, considerandoli i balbettamenti di un essere appena formato che descriveva come portenti le sue sensazioni slegate, egli si rassegnò, un poco mortificato, ad ascoltare le loro istruzioni.

Il più anziano dei ciechi gli spiegò la vita, la filosofia, la religione; gli disse che il mondo (cioè la loro valle) era stato dapprima un buco vuoto tra le rocce, e poi erano venute cose senz'anima e senza il dono del tatto, poi i lama e alcune altre creature di scarso intelletto, poi ancora gli uomini, e infine gli angeli, che si udivano cantare e fare rumori che battevano dolcemente l'aria, ma che non si riuscivano mai a toccare. Ciò lasciò Nuñez molto perplesso, finché non pensò agli uccelli.

L'anziano disse ancora a Nuñez che il tempo era stato diviso in caldo e freddo, cioè l'equivalente del giorno e della notte, per i ciechi; che durante il caldo era bene dormire, e durante il freddo lavorare, cosicché in quel momento, se non fosse arrivato lui, tutta la città dei ciechi sarebbe stata immersa nel sonno. Asserì che Nuñez dovesse essere stato creato apposta per imparare e per servire la saggezza che essi avevano conquistato, e che nonostante la sua incoerenza mentale e il suo increspicare doveva farsi coraggio e fare del suo meglio per imparare: a queste parole, un mormorio d'incoraggiamento corse tra la gente accalcata sulla soglia. L'anziano allora disse che la notte (poiché i ciechi

chiamavano notte il giorno) era già molto inoltrata. Conveniva dunque che tutti tornassero a dormire”. (Tratto da: Herbert George Welles, *Il paese dei ciechi*, I racconti di Repubblica, n. 16, pp. 22-23).

Gli allievi, divisi in piccoli gruppi, si cimentino a scrivere dei brevi racconti descrivendo come in una civiltà in cui tutti sono sordi (oppure privi di tatto, o dell'odorato, o del gusto), una persona con tutti i sensi integri potrebbe essere considerata “inferiore” agli altri.

I racconti saranno poi letti in classe e potranno fornire lo spunto per riflessioni e progetti.



Claudio, un bambino con problemi di udito

Claudio è sordastro dall'età di due anni a causa di un incidente (è stato investito da un motorino mentre giocava davanti casa), ma i genitori si sono accorti di questo deficit in età scolare, per cui Claudio non ha mai imparato ad articolare bene le parole. Perennemente assente da quanto avveniva intorno a lui a livello verbale, i familiari lo consideravano un minorato psichico. L'inserimento a scuola (la vicenda si svolge agli inizi degli anni '80) è disastroso, perché Claudio non accetta regole e vuole sempre la mamma. Dopo essersi affezionato alla maestra, accetta solo da lei rimproveri o consigli. Sa scrivere molto male. In prima media arriva carico di tensione e non accetta i nuovi insegnanti: vuole la maestra! Reagisce in maniera violenta a tutto quello che gli viene insegnato con le cosiddette buone maniere. Spesso cammina sopra ai banchi, butta a terra tutti i quaderni e i libri dei compagni, usa e lancia le cartelle come nel "lancio del martello", bestemmia e urla che vuole andare via, o che vuole la maestra. È impossibile fare lezione. Nessun insegnante riesce a comunicare con lui, nemmeno l'insegnante di sostegno che gli viene affiancato, con il quale passa le ore fuori della classe, in giardino o nei corridoi con il solo scopo di consentire la lezione con gli altri alunni. Un giorno, dopo il suo solito "giro di banchi" buttando tutto a terra (gesto che chiaramente significa: non deve lavorare nessuno), Claudio sferra un calcio nella pancia all'insegnante di lettere che osa avvicinarsi a lui ponendogli la mano sulle spalle per tentare una comunicazione non verbale di accettazione

(malgrado tutto). L'insegnante, che è incinta, di scatto prende Claudio per le mani e glielo porta dietro le spalle e lo spinge al muro, immobilizzandolo. Con tutta la rabbia che ha dentro gli dimostra, non solo a parole, che c'è qualcuno più forte di lui e che deve rispettarlo, come deve rispettare i compagni che da quel momento sono autorizzati a reagire alle sue angherie. Claudio cede, si mette a piangere e vuole andare a sedere al suo posto. Piange per cinque minuti guardando di sottocchi l'insegnante di lettere e non solo ubbidisce, ma accetta di lavorare. Con gli altri insegnanti, compreso l'insegnante di sostegno, fa sempre la solita confusione. In consiglio di classe si decide che Claudio debba passare la maggior parte delle ore con l'insegnante di lettere, mentre l'insegnante di sostegno prende un gruppo (dove volendo può andare Claudio) e fa recupero.

Si verificano poi altri episodi attraverso i quali il ragazzo si rende conto di essere compreso e difeso dalla sua insegnante di lettere e ciò rafforza la sua fiducia in lei.

Claudio arriva in terza media comportandosi sempre bene, eccetto quando il ronzio dell'auricolare lo rende nervoso. Scrive, legge e migliora i suoi apprendimenti in proporzione al suo livello di partenza, impara inoltre a giocare a dama e a scacchi. I compagni ormai lo trattano come uno di loro senza discriminazioni e Claudio, sentendosi accettato, si integra nella classe. Non esce più dall'aula per isolarsi con l'insegnante di sostegno e sceglie se lavorare in classe o con il gruppo che svolge attività di recupero.

4 I cambiamenti fisici e mentali nell'anziano

Come abbiamo già visto nel paragrafo 4, La vita adulta e la vecchiaia, dell'unità didattica 4 del modulo 6, il periodo tra i 60 e i 75 anni è considerato dagli studiosi come **tarda maturità**, una transizione verso gli anni della vecchiaia, definiti come **quarta età** (o senescenza) che possiamo considerare come il periodo successivo ai 75 anni.

Il processo di invecchiamento deriva dall'interazione dei fattori psicosociali con i processi biologici.

Grazie alle mutate condizioni sociali e ai progressi della medicina, si è verificato un notevole allungamento della vita media. Tuttavia l'attesa di vita di una persona che abbia superato 80 anni, oggi non è molto diversa di quella di un soggetto della stessa età del secolo scorso. La lunghezza del ciclo vitale è determinata da fattori biologici su cui, almeno fino ai giorni nostri, non possiamo esercitare alcuna influenza.

L'invecchiamento è un processo graduale, ma inarrestabile, in cui si verifica un calo di numerose funzioni vitali. Tale processo viene potenziato dalle malattie, dai traumi e dagli stress ambientali che interessano sia il fisico sia la psiche dell'individuo.

Molti cambiamenti avvengono già negli anni della maturità, tuttavia la perdita più consistente della funzionalità del sistema nervoso e sensoriale si ha negli anni della tarda maturità e può esserci una rapida accelerazione nel periodo della senescenza.

I cambiamenti fisici

I cambiamenti più rapidi che si verificano con il procedere dell'età sono quelli a carico degli organi di senso.

La vista già a partire dai 45 anni perde parte della sua funzionalità: la lente del cristallino diventa meno elastica, per cui diminuisce il potere di accomodazione. Si ha una difettosa messa a fuoco degli oggetti vicini (presbiopia) e una maggiore sensibilità alla luce abbagliante.

L'udito a partire da 50 anni circa, comincia a perdere la capacità di udire i toni molto alti e i toni molto bassi. Alcuni disturbi dell'udito hanno implicazioni sociali spiacevoli. Anche quando il suono è sufficientemente alto, molti anziani hanno difficoltà a capire le singole parole, soprattutto in presenza di rumori.

Il gusto e l'olfatto sono due sensi che subiscono sensibili trasformazioni in età avanzata. Alcuni studi hanno dimostrato che la sensibilità per il sapore salato e il sapore amaro diminuisce con l'età, resterebbero invece invariate la sensibilità per il sapore dolce e quello acido. L'olfatto, secondo alcuni studi, presenta un declino piuttosto rapido dopo i sessant'anni.

L'aspetto fisico si modifica notevolmente: diminuisce l'altezza, la pelle perde elasticità e i capelli si diradano. Inoltre diminuisce l'energia, si è più lenti nel compiere gesti e ci si affatica più facilmente.

Il sonno subisce un cambiamento fisiologico che comporta conseguenze psicologiche e sociali rilevanti. Le persone che hanno superato i 65 anni si svegliano in genere più spesso durante la notte. Molti anziani, inoltre, si svegliano presto al mattino, vanno a letto presto la sera e, per recuperare il sonno perso con i vari risvegli notturni, fanno dei sonnellini durante il giorno. Questi cambiamenti non sono da imputare ad un cattivo stato di salute, ma rientrano nelle normali modificazioni dovute all'età.

I cambiamenti mentali

Con il procedere dell'età, avviene uno sfoltimento neuronale; tuttavia il cervello, anche in fase di invecchiamento, continua a possedere una notevole capacità di produrre, adattare e modificare le connessioni tra i neuroni, per cui si mantiene efficiente e capace di nuovi apprendimenti.

Con il procedere degli anni le persone anziane mantengono in buona efficienza soprattutto la parte dell'intelligenza legata alla propria esperienza e alla propria cultura. La rapidità dei processi mentali, invece, diminuisce e la Memoria a Breve Termine diviene meno efficiente.



demenze senili

varie forme di decadimento mentale, anche gravissimo, che possono avere cause diverse. Tra le patologie più note, citiamo il morbo di Alzheimer e il morbo di Parkinson

Se si esclude però l'intervento di processi patologici, quali le ► **demenze senili** tali cambiamenti sono molto lenti e non pregiudicano l'efficienza mentale degli anziani. Quello che cambia è la strategia messa in atto: avvalendosi di un'esperienza più consolidata e ricca, gli anziani compensano la diminuita velocità di risposta agli stimoli ambientali. Per esempio, se si confronta il comportamento di un avvocato alle prime armi con quello di un avvocato anziano, si può notare che il secondo utilizza per risolvere i problemi professionali delle strategie che gli permettono di non farsi distrarre dagli aspetti secondari del caso e di concentrarsi sugli elementi che sono più cruciali. L'avvocato più giovane può forse trattare più velocemente una massa maggiore di informazioni, ma rischia di essere più dispersivo. In generale, l'intelligenza e la memoria delle persone anziane sono molto legate al loro stile di vita. I soggetti che hanno condotto una vita attiva e continuano da vecchi ad avere interessi e a partecipare alla vita sociale mantengono sostanzialmente integre tali capacità. È utile creare le condizioni che rendano possibile agli anziani un continuo esercizio dell'apprendimento, in una prospettiva di educazione permanente.

5 La salute dell'anziano

Gli studiosi analizzano oggi l'invecchiamento non solo sotto il profilo medicobiologico, ma anche sotto il profilo psicologico e sociale. Inoltre, si distingue tra il normale invecchiamento "fisiologico" da quello "patologico", mentre un tempo si tendeva a fondere i due processi. Oggi anche le persone anziane possono sperare di non conseguire disabilità per molti anni. Si veda la tabella sotto riportata in cui si riportano i dati relativi alla speranza di vita, libera da disabilità, dei maschi e delle femmine, a 15 e a 65 anni di età.

Speranza di vita libera da disabilità		
	Maschi	Femmine
a 15 anni	60,5	63,5
a 65 anni	14,9	16,1

Fonte: Indagine ISTAT relativa al biennio 2004-5.

Le probabilità di invecchiare in modo graduale, mantenendo buone condizioni fisiche e mentali, dipendono molto dallo stile di vita del soggetto: mantener-

si attivi sia dal punto di vista fisico, sia dal punto di vista intellettuale e sociale costituisce un fattore di grande importanza. La società, inoltre, dovrebbe modificare il proprio atteggiamento negativo nei confronti della vecchiaia e rivalutare il ruolo degli anziani. Un altro aspetto fondamentale è costituito dalla prevenzione e dalla cura dei disturbi psicopatologici verso i quali l'attenzione è oggi insufficiente.

I fattori che predispongono a un buon invecchiamento

I fattori predisponenti per un buon invecchiamento sono: le abitudini salutari, l'esercizio fisico e l'esercizio mentale.

Le abitudini salutari. Non fumare e bere moderatamente sono fattori importanti per il mantenimento di un buono stato di salute. Altrettanto può dirsi per l'alimentazione: una dieta povera di grassi, in particolare a basso tasso di colesterolo aiutano a mantenere una buona forma fisica. Un rischio notevole è dato dall'obesità che è un fattore predisponente per molte malattie.

L'esercizio fisico. Tenere allenato il corpo con regolarità e camminare per almeno mezz'ora tre volte alla settimana permette di mantenere una buona forma fisica e aumenta le probabilità di vivere più a lungo. Il declino delle capacità fisiche (e forse anche il quelle cognitive) che si verifica in molti soggetti anziani potrebbe essere evitato praticando esercizio fisico. Sopra i 65 anni di età, sono pochi gli anziani che si mantengono fisicamente attivi: molti trovano delle giustificazioni nell'artrite, nel cattivo stato di salute, nella mancanza di tempo perché si devono occupare del coniuge malato. Spesso, però, è l'atteggiamento psicologico e culturale a impedire all'anziano di svolgere un'attività fisica adeguata, indipendentemente dalle varie giustificazioni.

L'esercizio mentale. È importante continuare a tenere allenata la mente con modalità diverse a seconda della personalità e dello status sociale dell'anziano. Vi sono persone che frequentano l'università della terza età o imparano una nuova lingua, ma può essere sufficiente leggere, fare cruciverba o giocare a carte. Le persone che da giovani e durante gli anni della maturità svolgevano attività di tipo intellettuale, più facilmente continuano a esercitare la propria mente anche da vecchi. Si è scoperto che tali attività, oltre ad essere fonte di soddisfazione, costituiscono un fattore di prevenzione di forme di decadimento intellettuale. Questo spiega perché varie associazioni, sia pubbliche sia private, promuovono molte iniziative per facilitare l'accesso ad attività culturali, ricreative e sociali.

In base all'analisi finora svolta, è possibile affermare che, se non subentrano processi patologici particolari, gli anziani, anche in età molto avanzata, posseggono notevoli risorse che consentono loro di continuare a essere protagonisti attivi della società.

In molte realtà territoriali sono sorti centri di aggregazione e associazioni create e gestite dagli stessi anziani.

Nei centri di aggregazione vengono svolte attività fisiche in palestra, attività di giardinaggio e ortofrutticoltura, si hanno incontri e dibattiti, si ascolta musica, si vedono film, si svolgono attività di laboratorio (ceramica, cucito, ricamo, fa-

legnameria e altro ancora). L'anziano trova in tali centri un'assistenza per meglio orientarsi nella "giungla burocratica". La realizzazione di questi centri e la partecipazione alla loro vita sociale comporta benefici psicologici, fornendo loro forme di vita comunitaria. Tali centri, inoltre, non sono chiusi all'esterno: il contatto e la collaborazione con la realtà sociale circostante sono attivamente cercati e realizzati.

Molti anziani svolgono attività di volontariato socialmente utile in associazioni pubbliche e private. Un'altra iniziativa interessante è data dalle Università della terza età.

Si tratta di un'università studiata in modo specifico per gli anziani, che non costituisce una copia dell'università tradizionale, nè una forma generica di gestione del tempo libero, ma è una struttura originale che propone agli anziani una crescita culturale in un'ottica di educazione permanente.

6 I servizi e le residenze per gli anziani

I servizi per gli anziani

Nonostante l'opera di prevenzione, molti anziani, specialmente nella quarta età, sviluppano patologie invalidanti, in particolare i disturbi psichiatrici.

Gli anziani che hanno parzialmente persa l'autosufficienza, o hanno delle disabilità più gravi, devono comunque essere aiutati a vivere presso le proprie famiglie e a mantenere un rapporto con il mondo esterno. A tale scopo vengono attivati vari tipi di servizi quali l'assistenza domiciliare integrata, l'ospedalizzazione domiciliare e i centri diurni.

L'**assistenza domiciliare integrata** consiste in un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socioassistenziali prestate presso il proprio domicilio a persone non autosufficienti, o parzialmente autosufficienti, con lo scopo di consentirne la permanenza nel loro normale ambiente di vita e di ridurre il ricorso alle strutture residenziali. Le attività socioassistenziali consistono nell'aiuto domestico, l'igiene della persona, la somministrazione dei pasti, il servizio di lavanderia, il disbrigo di commissioni e, aspetto molto importante, il sostegno psicologico. Questo tipo di compito richiede la presenza di personale specializzato che sappia entrare in contatto con l'anziano, ottenerne la fiducia, comprenderne le esigenze. Generalmente si ottiene questo servizio rivolgendosi ai servizi socio-assistenziali di circoscrizione o di distretto.

L'**ospedalizzazione domiciliare** consiste in un servizio che ha lo scopo di trattenere presso la propria casa persone bisognose di ricovero, o di far tornare in tempi brevi a casa persone ospedalizzate per un proseguimento di cure a domicilio, sotto la responsabilità assistenziale diretta del presidio ospedaliero, che opera tramite proprio personale o con la collaborazione del personale dei servizi territoriali.

Sia l'assistenza domiciliare integrata che l'ospedalizzazione domiciliare sono possibili solo quando esistono in famiglia persone in grado di garantire un sostegno all'anziano.

Il **centro diurno** offre varie prestazioni: ritrovo, attività ricreative e culturali, servizio di consulenza, segretariato sociale, attività sanitarie prevalentemente di tipo riabilitativo. I centri diurni, generalmente, prevedono due tipologie: il centro che si rivolge ad un'utenza di anziani autosufficienti e quello che si rivolge ad un'utenza con vari gradi di disabilità. Quest'ultimo è di particolare supporto alle famiglie e consente di ritardare l'istituzionalizzazione definitiva dell'anziano. Il personale presente nei centri per anziani non autosufficienti è composto da ausiliari, infermieri, fisioterapisti, medici e animatori.

In Italia è molto diffusa l'assistenza domiciliare privata degli anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti.

Le persone che svolgono tale lavoro sono comunemente conosciute come "badanti". Secondo un'indagine condotta da Iref-Acli, un istituto di ricerca sindacale, nel 2002 queste lavoratrici (gli uomini sono molto rari) sarebbero cinquecentomila straniere e centomila italiane. Molte di loro sono prive di permesso di soggiorno e negli ultimi tempi si è cercato di provvedere alla loro regolarizzazione con appositi provvedimenti legislativi. Il costo di tale assistenza privata attualmente è relativamente basso ma è destinato ad aumentare, per cui gli studiosi prevedono una sua diminuzione nel tempo.

Le residenze per gli anziani

In alcuni casi gli anziani, parzialmente o totalmente non autosufficienti, che non possono essere assistiti dai familiari, trovano ospitalità ed aiuto in centri denominati "residenze sociali assistite" e "residenze sanitarie assistenziali" (RSA).

Le prime sono strutture residenziali di dimensione limitata e accolgono adulti e anziani problematici o con limitata autonomia, ma con dipendenza sociosanitaria modesta. Le seconde sono finalizzate ad accogliere anziani non autosufficienti e non assistibili a domicilio e offrono anche un'assistenza di tipo infermieristico e sanitario.

In entrambe le istituzioni l'anziano, oltre all'assistenza e alle cure mediche, ha modo di ritrovare una vita comunitaria che le sue condizioni gli avevano impedito. Per tali motivi in molti centri vi sono animatori ed educatori che organizzano attività con finalità di riabilitazione funzionale e motoria o di socialità e di animazione in appositi laboratori.

L'anziano autosufficiente che non vuole o non può vivere da solo o in famiglia trova ospitalità nei "centri residenziali per anziani e adulti inabili" (case di riposo).

In tali centri gli anziani usufruiscono dei seguenti servizi:

- prestazioni assistenziali di aiuto alla persona, di animazione e socializzazione;
- prestazioni sanitarie previste per la generalità dei cittadini, sia a regime ambulatoriale sia domiciliare;
- prestazioni alberghiere (ristorazione, preparazione dei pasti, lavanderia, guardaroba e pulizia degli ambienti) e generali (amministrazione e direzione).

Applicazione 3

Intervista su un mancato inserimento

Quella che segue è un'intervista fatta alla responsabile di una residenza sociale assistita con annesso centro diurno. In essa viene affrontato il problema dell'inserimento degli ospiti nel centro.

Prendendo spunto da questo caso e con l'aiuto dell'insegnante, lo studente prepari una traccia di intervista da effettuare alla responsabile di una struttura residenziale per anziani.

D. In questi anni qual è stata la difficoltà maggiore che ha incontrato?

R. La difficoltà maggiore l'ho incontrata per un inserimento, quello di Alberto..., era un imprenditore di Milano con un buon tenore di vita e si è ritrovato a un punto nel quale non riusciva più ad avere un controllo di se stesso.

D. L'inserimento era stato richiesto per il centro diurno o per la residenza?

R. Era stato richiesto per il centro diurno, anche se non è riuscito.

D. Quale difficoltà aveva Alberto?

R. Alberto era affetto da una sospetta sindrome di Alzheimer, era già al secondo stadio.

D. Per quali motivi era stato richiesto l'inserimento di Alberto nel centro diurno?

R. La richiesta era stata fatta per sollevare la moglie, che ha dei problemi di salute, e faceva fatica ad assisterlo.

D. Quali sono state le difficoltà incontrate durante l'inserimento di Alberto?

R. Alberto è afasico, capisce tutto ma non riesce a rispondere. L'inserimento è andato bene il primo giorno, quando era presente la moglie. Il secondo giorno tutto è andato bene fino a metà mattina: Alberto ha ascoltato musica con gli altri ospiti, abbiamo fatto delle passeggiate in giardino... poi, quan-

do Alberto ha avuto bisogno di andare in bagno, ha provato molta vergogna, perché non riusciva a tirarsi giù i pantaloni, e non voleva essere aiutato da me. Sempre al bagno, ha avuto una crisi di aggressività quando ha visto la sua immagine riflessa nello specchio – è noto che i malati di Alzheimer hanno paura dello specchio, perché non riescono a riconoscere la loro immagine e pensano che sia quella di un'altra persona. Quando sono riuscita a portarlo in sala da pranzo e pensavo che si fosse calmato, Alberto ha avuto un'altra crisi dovuta al troppo rumore che c'era nella stanza. Infatti, i malati di Alzheimer hanno bisogno di ambienti tranquilli, senza confusione. Per queste ragioni l'inserimento non è potuto andare avanti. Il regolamento del centro prevede dei giorni di prova e questa non è riuscita.

D. Come ti comporteresti se ti dovesse capitare un'altra situazione del genere?

R. Senz'altro agirei diversamente: coinvolgerei la moglie per più giorni, diminuendo via via la sua presenza fino a quando non mi rendessi conto che l'anziano ha trovato un suo adattamento. Ho sbagliato, mi sono trovata senza un progetto organizzativo che mi sostenesse, non mi era mai capitato di dover affrontare una situazione del genere. In futuro non rifarò gli stessi errori.

D. Come pensi di agire?

R. Sto interessando l'AIMA (Associazione Italiana Malati Alzheimer) per farmi aiutare a organizzare la struttura anche per queste persone. Vorrei creare degli spazi più tranquilli, una sala da pranzo riservata a loro, tutte cose che non avevo quando ho inserito Alberto. Non è mia intenzione isolarli, li lascerò insieme agli altri, tuttavia nei momenti di maggiore confusione, avrebbero i loro spazi. Credo che sia importante realizzare tutto questo, perché ci sono sempre più anziani affetti da tale patologia.

FACCIAMO IL PUNTO

✓ **Le persone diversamente abili**

I criteri per stabilire la normalità di una persona sono: il criterio **statistico**, il criterio **assiologico** e il criterio **funzionale**. L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1980 ha definito l'handicap come una condizione di svantaggio conseguente a una menomazione o a una disabilità, che in un certo soggetto limita o impedisce l'adempimento di un ruolo normale in relazione all'età, al sesso e ai fattori socioculturali. I documenti più recenti dell'OMS, come l'**ICF**, mettono in evidenza l'importanza del contesto sociale nel determinare la condizione di svantaggio del soggetto disabile.

✓ **L'integrazione sociale dei diversamente abili**

Per l'integrazione dei disabili in Italia sono stati attuati vari provvedimenti legislativi: la legge 517/77, che ha attuato l'inserimento degli allievi disabili nella scuola; la legge 104/92, che ha consentito un'integrazione nel mondo della scuola e del lavoro. La legge 104/92 prevede anche la creazione di appositi centri per soggetti che non possono svolgere attività lavorative. Il trattamento sanitario delle malattie psichiatriche gravi è regolamentato attraverso la **legge n. 180 del 1978**. Lo scopo principale di tale legge è l'abolizione dei manicomi e la loro sostituzione con strutture come i **centri diurni** e le **case famiglia**.

✓ **I cambiamenti fisici e mentali nell'anziano**

Sul **piano fisico** i cambiamenti più rapidi che si verificano con il procedere dell'età sono quelli a carico degli organi di senso (in particolare, vista, udito, gusto e olfatto). Cambia l'aspetto fisico e diminuiscono l'energia e la qualità del sonno. Sul **piano mentale**, con il procedere degli anni le

persone anziane mantengono in buona efficienza soprattutto la parte dell'intelligenza legata alla propria esperienza e alla propria cultura. La rapidità dei processi mentali, invece, diminuisce e la Memoria a Breve Termine diviene meno efficiente. Per mantenere efficiente la mente è importante uno stile di vita attivo.

✓ **La salute dell'anziano**

Oggi anche le persone anziane possono sperare di non conseguire disabilità per molti anni. I fattori predisponenti per un buon invecchiamento sono: le abitudini salutari, l'esercizio fisico e l'esercizio mentale. Se non subentrano processi patologici particolari, gli anziani, anche in età molto avanzata, posseggono notevoli risorse che consentono loro di continuare a essere protagonisti attivi della società.

✓ **I servizi e le residenze per gli anziani**

Gli anziani che hanno parzialmente persa l'auto-sufficienza, o hanno delle disabilità più gravi, devono comunque essere aiutati a vivere presso le proprie famiglie e a mantenere un rapporto con il mondo esterno. A tale scopo vengono attivati vari tipi di servizi quali **l'assistenza domiciliare integrata**, **l'ospedalizzazione domiciliare** e i **centri diurni**. In Italia è molto diffusa anche **l'assistenza domiciliare privata** degli anziani effettuata dalle cosiddette "badanti", per lo più donne immigrate dall'estero. In alcuni casi gli anziani, parzialmente o totalmente non autosufficienti, che non possono essere assistiti dai familiari, trovano ospitalità ed aiuto in centri denominati **residenze sociali assistite** e residenze **sanitarie assistenziali (RSA)**. L'anziano autosufficiente che non vuole o non può vivere da solo o in famiglia trova ospitalità nei **centri residenziali per anziani e adulti inabili** (case di riposo).

QUESTIONARIO

■ Domanda a scelta multipla

1 Il criterio statistico per stabilire la normalità deriva:

- a dalla frequenza media di certe caratteristiche e di certi comportamenti
- b dall'idea che siano ritenuti normali quei comportamenti che risultano vantaggiosi per la società
- c dal ritenere normali quei comportamenti che seguono determinati valori scelti dalla comunità

2 L'ultimo documento pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sul problema della disabilità, in sigla, è:

- a ICF
- b ICIDH
- c OMS

3 Il criterio assiologico per stabilire la normalità deriva:

- a dalla frequenza media di certe caratteristiche e di certi comportamenti
- b dall'idea che siano ritenuti normali quei comportamenti che risultino vantaggiosi per la società
- c dall'idea che normali siano i comportamenti che seguono determinati valori scelti dalla comunità

4 Per "prevenzione secondaria" si intende:

- a una prevenzione che ha lo scopo di ridurre, controllare o eliminare le cause di malattie e incidenti
- b una prevenzione che tende a impedire o contenere l'aggravamento di malattie già in atto
- c una prevenzione che è rivolta a rallentare e limitare il decorso delle malattie contratte dagli individui

5 Per "riabilitazione" si intende:

- a una serie di interventi di natura psicomotoria per recuperare la capacità di movimento
- b una serie di interventi tesi a recuperare le abilità mentali perse
- c una serie di interventi tesi a togliere la persona dallo stato di emarginazione in cui si trova per effetto della sua menomazione

6 I fattori predisponenti per un buon invecchiamento sono:

- a le abitudini salutari, l'esercizio fisico e l'esercizio mentale
- b l'esercizio fisico, le abitudini salutari e una condizione economica agiata
- c l'esercizio mentale, l'esercizio fisico e una condizione economica agiata

7 Una riduzione del sonno nell'anziano può essere indice di disturbi sia organici, sia psicologici?

- a no, i cambiamenti relativi al sonno sono un normale processo evolutivo dell'anziano
- b sì, ma solo per eventuali problemi organici
- c sì, in particolare i disturbi del sonno sono spesso dovuti a stati depressivi e/o ansiosi

8 Gli anziani, parzialmente o totalmente non autosufficienti, che non possono essere assistiti dai familiari, trovano ospitalità e aiuto:

- a in centri denominati "residenze sanitarie assistite e assistenziali"
- b in centri denominati "residenze sociali protette"
- c in centri residenziali per anziani e adulti inabili

■ Domande aperte

9 Che cosa prevede la legge 104 del 1992 per l'integrazione scolastica degli allievi diversamente abili?

10 Che cosa si intende per "ospedalizzazione domiciliare"?

■ Commento al testo

11 Rileggi il caso 2, Claudio, un bambino con problemi d'udito, e rispondi ai seguenti quesiti.

Quando Claudio inizia a frequentare la prima media, quali comportamenti indicano che non si è integrato nella classe?

Quali interventi risultano risolutivi per modificare il suo comportamento?

Quali comportamenti indicano che comincia a integrarsi nella classe?