Progetto Formativo

“TAKE OFF”

CORSO “OPERATORE DELL’ASSISTENZA SOCIO-EDUCATIVA”

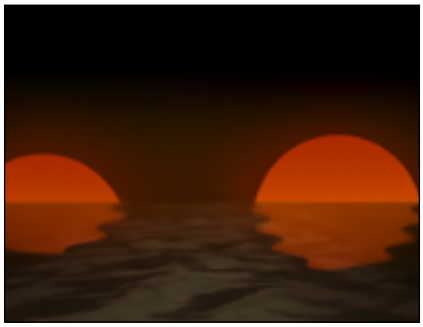
Prima di iniziare un articolo per te …

"LAVORARE ORIENTATI DAL DESIDERIO"

L'Eredità di Basaglia

Cosa resta della lezione di Franco Basaglia, 40 anni dopo la legge che ne costituisce l'eredità più tangibile?

La sensazione è che la sua vicenda, intellettuale e professionale, abbia molto da dire all'oggi. Non solo alla salute mentale, ma in generale a un tempo dove dal sociale, dalle sue organizzazioni, dai suoi gruppi, non arriva più la spinta al cambiamento.



E' come se prevalesse una sorta di conformismo silente, di ripiegamento nelle tante assurdità che punteggiano le nostre giornate lavorative: dai mille adempimenti burocratici che stritolano la fantasia, ai ritiri nelle confort zone di chi avverte stanchezza e fatica a rigenerarsi.

A partire dall'eredità di Basaglia abbiamo chiesto a Massimo Recalcati, tra i più autorevoli psicoanalisti italiani, una riflessione su come poter essere ancora soggetti attivi (agenti di cambiamento) dentro le organizzazioni che abitiamo: che certo non hanno il volto mortifero del manicomio, ma che troppe volte sono percepite mortificanti la spinta vitale del desiderio.

Il problema è: come si può essere una istituzione e mantenere l'istituzione viva, cioè in rapporto cogente con il desiderio? Quando la vita è viva? Quando la vita - di un soggetto o di un collettivo - è vita viva, vita generativa?

La risposta è: quando la vita è animata dal **desiderio**.

Il desiderio è un principio di moto. Il desiderio è qualcosa che mette in movimento. Se la vita è in movimento, se l'istituzione è in movimento significa che il desiderio è operativo.

Il desiderio dilata l'orizzonte del mondo. In questo senso il desiderio è l'esperienza dell'apertura, dell'orizzonte che si apre; è il nome dell'aperto, è il nome del mare.

Portare il desiderio nelle Istituzioni significa lavorare orientati dal desiderio.

Quando un educatore lavora orientato dal desiderio non vorrebbe essere in un altro luogo se non lì dove è.

(dalla rivista "Animazione sociale" n. 07/2018)

Modulo 1

"VIGILANZA E SUPPORTO ALL'EDUCATORE NELLE ATTIVITA' SOCIO - EDUCATIVE"

Unità Formative:

UF1 – elementi di pedagogia generale ed educazione degli adulti
UF2 – classificazioni e caratteristiche delle diverse tipologie di disabilità psichica
UF3 – metodi e pratiche dell'intervento educativo

ELEMENTI DI PEDAGOGIA GENERALE ED EDUCAZIONE DEGLI ADULTI

L'UOMO COME PRODOTTO DI NATURA E CULTURA, OVVERO LA NECESSITA' DELL'EDUCAZIONE

1.1 Educazione versus pedagogia

Oggi, gli studiosi di pedagogia cominciano tutti le loro riflessioni compiendo uno sforzo tanto immane quanto inutile e scientificamente poco corretto: provano, cioè, a definire da un punto di vista squisitamente teorico che cos'è la pedagogia e che cosa la distingua o la accomuni alle scienze dell'educazione.

Esistono varie correnti di pensiero: la pedagogia è una scienza ovvero, con acrobazie intellettuali più o meno riuscite e convincenti, si prodigano per dimostrare che la pedagogia va considerata una scienza che, avendo come precipuo oggetto del suo studio l'uomo, si avvale del contributo di altre scienze umane, che contribuisce a sua volta a fare crescere con il suo peculiare contributo. In quanto scienza umana, non si può pretendere dalla pedagogia l'esattezza e il rigore delle scienze esatte, ma bisogna comunque fare riferimento ai suoi precetti ogni volta che si ha a che fare con un problema di natura educativa. Oppure la pedagogia è riflessione sul fare educativo, ed è quindi altro da questo.

Qualunque sia la conclusione, un'impostazione di questo tipo lascia aperti numerosi e pressanti problemi, che portano i lettori più attenti – e anche gli autori – a terminare le loro riflessioni con una sola certezza: che quanto si sta leggendo non servirà né per guidare la propria attività educativa, né, ed è assai più grave, a farsi un'idea più precisa di

quali siano le finalità e gli strumenti di chi si occupa di educazione. Infatti, è assai difficile tradurre in pratica e verificare teorie nate per resistere al più cavilloso esame teorico, ma sganciate dalla pur minima conoscenza della realtà dell'educazione.

Per questo, l'educazione ha bisogno di teoria (sia essa la pedagogia o qualche altra disciplina), ma la teoria deve essere formulata a partire dalla prassi. Altrimenti verrebbe meno il metodo scientifico, sul quale si vorrebbe far poggiare tutta la pedagogia.

Se educare è un'arte, essa va tarata in base a ogni educando e a ogni educatore. Non è giusto dire che cosa è necessario fare, in quanto ogni soggetto è diverso. Ma è possibile stabilire come è opportuno procedere, ovvero quale sia la prassi migliore da seguire, definendone i contenuti in relazione al caso.

Una teoria di questo tipo nasce dalla pratica e con la pratica è destinata a morire. Essa ha valore fintanto che la nostra cultura, i nostri servizi, la nostra giustizia funzionano come oggi. Quando essi cambiano, anche la procedura educativa va rivista, perché in caso contrario rischia di risultare inadeguata.

1.2 Educazione versus medicina

Oggi le scienze dell'educazione vengono spesso accusate di lasciarsi sedurre, se non conquistare, dai metodi della medicina. Nelle intenzioni degli accusatori si tratta ovviamente di un'imputazione pesante, perché la corruzione dell'agire educativo da parte del sapere medico comporterebbe la sua stessa morte. L'educatore e il pedagogista che si lasciano "medicalizzare", come si è soliti dire, sarebbero colpevoli di voler definire a priori e con eccessiva esattezza tempi e modi dell'intervento educativo e soprattutto la sua efficacia; penserebbero, insomma, all'educazione come a una sorta di medicina dell'anima, da somministrare con lucido distacco e da monitorare in base a rigidi parametri, rimanendo pronti a interrompere la cura nel momento in cui questa non si rivelasse efficace a guarire il malato entro i tempi prestabiliti.

È ormai dimostrato ampiamente che un atteggiamento di questo tipo da parte di alcuni professionisti dell'educazione non è infrequente e soprattutto che esso viene indotto dalla collettività stessa, che si rivolge ai servizi socio-educativi e socio-assistenziali chiedendo una soluzione certa e duratura ai suoi problemi. Non indaghiamo qui i motivi della fede del nostro tempo nella scienza di Esculapio, che finiremmo probabilmente per rintracciare proprio in una certa medicina, che da oltre un secolo ama proporre se stessa – con fini non sempre nobilissimi – come una panacea ai mali del mondo, salvo poi ammettere tardivamente e a denti stretti che, come è logico che sia, ogni sua scoperta è soggetta a miglioramenti e a smentite. Ovvero, anche quella ideata da Esculapio è una scienza, e come tutte le scienze non è perfetta, anche se ambisce alla

perfezione. Anche i suoi metodi d'indagine e di azione non sono immutabili, anche se vengono presentati come infallibili.

È con questa scienza, forte nella sostanza e fortissima nell'uso che ne fanno alcuni suoi rappresentanti, che l'educazione e la pedagogia, discipline deboli e quasi prive di un paradigma gnoseologico ben definito, devono fare i conti: è naturale un po' di soggezione, oltre che di diffidenza. È chiaro che l'educazione, che per natura mira a forgiare nell'individuo le capacità perché questi riesca a modificare il proprio stile di vita consapevolmente, e quindi durevolmente, non può assumere l'aspetto della pillola.

Tuttavia, noi siamo convinti che, se è sbagliato avere fede nella medicina, è altrettanto fuorviante, oltre che inutile, per chi lavora in campo educativo, pensare che la medicina costituisca un veleno mortale per la pedagogia, che non sia possibile nessuna contaminazione. Esistono numerose ragioni per le quali è necessario che educatori e pedagogisti conoscano a fondo le modalità euristiche e operative della scienza medica.

La prima è di carattere storico: coloro che tra i primi si sono preoccupati di insegnare alle persone a modificare il proprio stile di vita sono stati proprio i medici nell'età dei Lumi. All'epoca non esisteva nemmeno il termine pedagogia e i pochi professionisti dell'educazione erano gli insegnanti secondari. Furono, allora, i discendenti di Esculapio a battere città e campagne per invitare la popolazione a accettare l'inoculazione del vaiolo, per diffondere le norme igieniche e sanitarie elementari, che stava elaborando la medicina alta, quella fatta e insegnata nelle Accademie e negli Atenei. Ci si dimentica troppo spesso che anche l'Emile di Rousseau era in tutta la sua prima parte un trattato di puericultura, con il quale il philosophe ginevrino si proponeva di diffondere tra le famiglie colte europee le norme su quella che veniva allora definita l'"educazione fisica" dei bambini. Sin dalle origini della pedagogia, o se si preferisce delle scienze dell'educazione, allevare un bambino significò, quindi, prendersi cura sia del suo corpo, sia del suo carattere, nonché delle sue capacità cognitive. Saperi diversi venivano fatti confluire verso un comune fine: il benessere psichico e fisico dell'individuo.

La seconda ragione è che sia la medicina, sia l'educazione hanno in comune l'uomo come fulcro e come fine ultimo della loro azione. E poiché siamo sempre più informati rispetto all'influenza reciproca che esercitano l'uno sull'altro lo stile di vita e il benessere psico-fisico dell'individuo è necessario che le due discipline imparino a interagire sempre più strettamente, così come già fanno con altri saperi, come la psicologia, l'antropologia e la sociologia. Sarebbe così forse un po' più facile osservare l'uomo come un'unità, e a elaborare progetti in cui il benessere di tutte le parti contribuisce a determinare olisticamente la salute dell'individuo.

La terza ragione è che oggi appare sempre più necessario che gli operatori dei servizi educativi, assistenziali e sanitari imparino a seguire modalità d'azione realmente miranti a un lavoro integrato, in cui il lavoro di ogni professionista è basato e serve da base a quello degli altri, limitando sovrapposizioni e dispersioni. Una modalità d'azione integrata con i soggetti in difficoltà sarebbe utile sia a garantire un intervento davvero olistico sull'individuo, di cui si è già detto, sia per ottimizzare le risorse presenti sul territorio, sempre meno numerose a fronte dell'aumento di richieste.

Per tutte queste ragioni intendiamo provare a individuare alcuni possibili ambiti di elaborazione teorica e di operatività in cui pedagogia e medicina possono fruttuosamente soccorrersi, nella creazione di saperi teorici e pratici indispensabili ai professionisti dell'educazione e della riabilitazione. Il fulcro di tale incontro non può che essere fondato, secondo noi, sulla relazione, d'aiuto ed educativa.

Ma per dimostrare l'importanza della relazione nei trattamenti di cura ed educativa, dobbiamo prima provare a guardare all'uomo da un punto di vista un po' diverso.

1.3 Educare versus curare

Più che mai, oggi, per qualunque problema pretendiamo una soluzione rapida e il più possibile indolore, che ci cambi la vita come per incanto, che ci trasformi senza pretendere grande impegno da parte nostra. Siamo protesi a sfruttare il monito "carpe diem" nel modo peggiore, ovvero bruciando tutto in maniera rapidissima, senza godercela. Abituati come siamo a non goderci neppure i momenti piacevoli, come possiamo vivere i momenti negativi, o quelli che impongono un nostro impegno?

Il processo educativo funziona, invece, soltanto se entrambe le componenti accettano di mettersi in gioco. L'educazione, infatti, non ha luogo senza il contributo dell'educando, senza il suo coinvolgimento diretto, senza che egli accetti la sfida. Ma non ha luogo neppure senza l'educatore. Le basi deontologiche, che coincidono poi con quelle metodologiche del lavoro educativo, poggiano su principi solo in parte coincidenti con quelli preferiti dalla cultura consumistica e meccanicistica: deve preoccuparsi di essere – non di apparire – efficiente, ma deve soprattutto ambire a essere efficace. E per esserlo deve partire dal soggetto che ha di fronte.

Per questo, invece di offrirgli una soluzione, come se fosse una "terapia" pedagogica, deve mettersi in ascolto. Non può tirare fuori dalla sua valigetta una siringa piena di saper essere o di benessere psichico. Deve estrarre i rimedi essenziali proprio dalla persona, con il suo aiuto, e per questo deve averla potuta conoscere, deve aver

potuto costruire una relazione significativa con essa, tale da guadagnarne un attestato di autorevolezza. Ed esso si conquista prima che con parole e azioni, con silenzio e ascolto che attestano rispetto e interesse.

1.4 La natura educativa (ed educata!) della cultura umana

L'uomo è composto da un inestricabile intreccio di fattori biologici e di fattori culturali. Di fatto, non esiste nell'uomo alcun aspetto biologico che non subisca l'influenza, con conseguente modificazione, da parte della cultura. Per biologico intendiamo la parte organica, corporea, dell'essere umano; il termine cultura va, invece, fatto risalire all'antropologia, che la definisce comunemente come l'insieme degli usi e costumi, delle norme, degli oggetti e dei simboli (il più importante dei quali è il linguaggio) condivisi da un gruppo umano. Il bambino, quando nasce, non possiede che una piccola parte del proprio patrimonio biologico ed è del tutto privo di quello culturale. Infatti, il cucciolo di uomo è programmato per venire al mondo all'interno di un gruppo di simili, dai quali riceverà l'opportunità e gli strumenti per portare a compimento il suo sviluppo fisico e psichico. Se, infatti, i piccoli di moltissime altre specie viventi, quando escono dal grembo materno (o dall'uovo), hanno anch'essi bisogno di cure e di sostegno per sopravvivere e crescere, nessuna specie vivente necessita dei tempi e della quantità di assistenza di cui ha bisogno un bambino. Tali cure, materiali ed emotive, sono indispensabili per permettere al bambino di diventare un adulto capace di interagire in modo corretto e integrato con i suoi simili.

La crescita del bambino non avviene soltanto nel senso di un progressivo sviluppo del suo corpo e di raffinamento delle sue capacità cognitive. Se alla nascita tutti gli organi devono ancora svilupparsi, pure il cervello è lontano dalla sua forma definitiva. Il sistema nervoso del neonato possiede la maggioranza delle cellule (neuroni e altre cellule cerebrali) di cui ha bisogno, ma specialmente nel corso del primo anno di vita la crescita cerebrale è molto considerevole e determina la formazione di centinaia di miliardi di connessioni tra cellule (dette sinapsi), che rappresentano la chiave dell'apprendimento e della memoria. Il progressivo accrescimento cerebrale permette al bambino di acuire la percezione del mondo circostante attraverso i cinque sensi (gusto, vista, udito, tatto e olfatto), oltre che di pensare, percepire sensazioni e relazionarsi con il mondo esterno. Il corretto sviluppo di tutte queste funzioni, così come l'incremento delle facoltà cognitive, sono certamente previsti per natura, ma dipendono in larga misura proprio dall'interrelazione con gli adulti e, in particolare, con i genitori: sono loro che lo nutrono, lo proteggono e soddisfano

i suoi bisogni primari, che lo sostengono nei primi passi e che gli insegnano ad attribuire il corretto significato ai gesti, ai suoni e ai comportamenti dei suoi simili.

Insomma, l'uomo ha bisogno dei suoi simili per utilizzare appieno la capacità innata di imparare e di soddisfare i suoi bisogni, quelli di base come quelli più elevati.1 Ciò significa che prendersi cura delle giovani generazioni dal punto di vista fisico, psicologico, culturale e sociale rappresenta la caratteristica essenziale dell'educazione, in quanto mira a dotare l'uomo degli strumenti atti a permettergli di sviluppare le proprie capacità al massimo grado e di entrare a pieno titolo nel mondo degli adulti. Per questi motivi, sebbene nessuno abbia assistito all'evento, possiamo affermare senza ombra di dubbio che l'educazione è nata con l'uomo. È impossibile, cioè, pensare all'essere umano senza pensare all'educazione.

1.5 L'educazione come attività consapevole e intenzionale

Alcuni accusano il sapere pedagogico ed educativo di essere troppo normativo, di voler imporre a tutti le stesse regole; altri gli attribuiscono il difetto contrario, ovvero quello di non possedere un metodo d'azione e di ricerca univoco e perfettamente riproducibile.

Una delle cause principali del problema dipende dal fatto che se l'educazione si occupa dell'uomo, non è chiaro di quale organo umano si occupi davvero? Della psiche, forse? No, di quella si interessa la psicologia. Del corpo e della salute fisica? No, ci pensa la medicina. Dell'anima? Neppure: è già terreno occupato dalla religione e dalla fede. E allora a che cosa serve l'educazione? Di che cosa si occupa davvero? Si occupa dell'uomo, certo, e se ne occupa in modo trasversale, intervenendo in tutti i settori disciplinari che abbiamo appena elencato, perché ha a che fare con la relazione che intercorre tra gli esseri umani. Per questo è difficile da definire, perché è come la comunicazione umana: avviene, è fondamentale nella vita di tutti i giorni, ma ciò che è visibile sono i suoi effetti e non tanto i suoi mezzi.

L'educazione è quell'intervento mirante al benessere dell'individuo, attuato per mezzo della relazione, che l'educatore progetta con l'educando in virtù delle risorse e dei bisogni di quest'ultimo, e sulla base delle indicazioni offerte dalle discipline umane e sociali, quali la pedagogia, la psicologia, la medicina, l'antropologia e la sociologia.

Vale la pena di provare a fare una panoramica su quelle che in letteratura vengono considerate come le competenze caratteristiche del lavoro educativo.

1.6 Le competenze educative

Pietro Bertolini sottolinea l'importanza della competenza come "caratteristica dirimente dell'operatore pedagogico": "come per qualsiasi altro professionista, anche per l'operatore pedagogico risulta indispensabile far riferimento alla sua specifica competenza [...] il che significa far riferimento a quell'insieme di orientamenti operativi e di vere e proprie capacità conoscitive e pratiche, che egli deve saper seguire e possedere nel momento in cui imposta il proprio lavoro e che lo distinguono da ogni altro operatore o professionista".

Anche Pati sviluppa il concetto di competenza educativa, affermando che "il corretto svolgersi dell'identità di funzione esige un'approfondita preparazione pedagogica e quindi professionale".

La **competenza pedagogica** si può definire con le parole di Lorena Milani, come "l'*insieme complesso e dinamico di conoscenze, di abilità, di procedure metodologiche, di esperienze consolidate e ordinate di tipo educativo, fondate sulla riflessione e sulla teorizzazione pedagogica, che connota la professionalità educativa, e che i soggetti che operano in questo settore devono saper mettere in campo in modo personale e critico, quando progettano attuano e valutano il proprio intervento*." Come sottolinea Triani, in questo caso "i*l temine competenza viene assunto come categoria generale attraverso la quale, tenendo al centro la figura dell'educatore, si possono descrivere e ordinare i molteplici aspetti che sono ritenuti indispensabili per realizzare il lavoro educativo*".

Milani, infatti, nel corso del suo volume analizza e sistematizza l'insieme dei saperi necessari all'educatore, le competenze. Esse sono caratterizzate da alcuni aspetti fondamentali: il carattere dinamico, processuale, cognitivo, sociale e contestuale. Facendo un breve excursus sulle competenze, esse possono essere raggruppate in alcune categorie principali: tra queste sono fondamentali le meta-competenze (intenzionalità e progettualità) e la competenza cardine del lavoro educativo, ovvero la relazione.

Meta - competenze

L'agire pedagogico non è solo azione, è anche riflessione, è una "*pratica riflessiva*".

L'intenzionalità e la progettualità si possono considerare come meta-competenze, proprio perché basate sulla riflessione.

La meta-competenza, infatti, è "**capacità cognitiva generale di carattere riflessivo, che prescinde da specificità di mansioni e di contesti di lavoro**": è, quindi, una riflessione sulle proprie competenze, "*coscienza delle proprie competenze e capacità di gestirle (combinarle e sceglierle)*".

Piero Bertolini individua nell'intenzionalità il fulcro centrale dell'azione pedagogica.

"Fare educazione secondo criteri di intenzionalità significa per l'educatore **rinunciare in primo luogo ad una funzione acritica e passiva, ad un compito di pura mediazione** di qualcosa di per sé dato, come le tradizioni o le consuetudini, gli obblighi". Zaghi aggiunge che tale intenzionalità, che si esprime nella programmazione e nel progetto, allontana il rischio dell'ovvietà ("faccio così perché tutti fanno così") e dell'improvvisazione, intesa come "rinuncia all'assunzione di quella responsabilità che le azioni ponderate e consapevolmente volute implicano".

L'intenzionalità che guida l'educatore nel suo agire quotidiano conduce necessariamente alla **responsabilità**: "intenzionalità e responsabilità si giocano, in termini pedagogici, nella progettualità".

Milani osserva come la progettualità dal punto di vista dell'educatore "si traduce nella ricerca e nella messa a punto delle strategie più efficaci in grado di interpretare continuità e discontinuità, contingenza o emergenza, e permanenza nella quotidianità".

La progettualità è, perciò, lo strumento per dare corpo e sostanza all'intenzionalità, traducendola in un percorso (il progetto e la programmazione) che prospetta non solo fini, metodologie e strumenti, ma anche un preciso orizzonte di riferimento e una proposta di senso per l'educatore e per il soggetto in-formazione".

Competenze trasversali

Per competenza trasversale si intende "la competenza che si fonda su alcune attitudini della persona che si possono educare, valorizzare, arricchire": è una competenza che è, inoltre, in grado di generare e costruire altre competenze, e che è necessaria in diversi ambiti lavorativi e in professioni anche non necessariamente educative.

Competenze di base

"Si definiscono competenze di base le capacità di padroneggiare situazioni, attivare metodologie, elaborare progettualità coerenti con l'intervento educativo": sono perciò competenze necessarie e indispensabili, senza le quali non si può neanche parlare di professionalità pedagogica.

Competenze specifiche

"Per competenze specifiche si intendono le competenze relative ai differenti profili professionali pedagogici" e ai diversi contesti e ambiti di azione.

Questo tipo di competenza può essere "occasione, strumento e motivo di arricchimento dell'agire educativo specifico e contestualizzato" nei vari ambienti e nelle varie situazioni in cui l'educatore professionale si trova a operare.

La competenza cardine

La gestione della relazione educativa è considerata da L. Milani come competenza cardine: "la relazione educativa si pone come uno degli interventi più significativi attraverso cui si svolge la progettualità educativa".

1.7 La relazione educativa

La relazione educativa è una tipologia particolare di relazione d'aiuto, che trova il suo campo privilegiato d'applicazione nell'ambito educativo e socio-assistenziale più che in contesti terapeutici o clinici.

Essa può essere definita come un accompagnamento di durata più o meno lunga, che interviene sullo stile di vita degli individui e mira a condurli all'identificazione del proprio benessere e a dotarsi degli strumenti atti a conseguirlo e a preservarlo, per mezzo

di un progetto individualizzato e provvisto di metodi, obiettivi e criteri di monitoraggio sempre valutabili.

Essa si differenzia dalla relazione d'aiuto per una serie di ragioni:

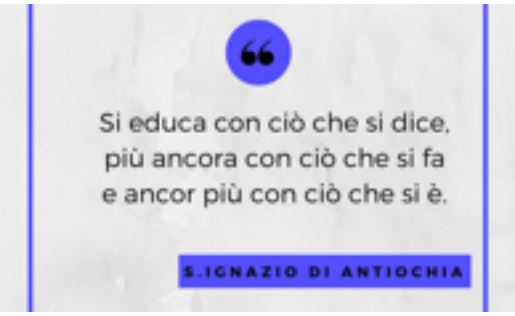
- l'assenza di finalità curative;
- una maggiore intensità nel quotidiano;
- la presenza di un progetto educativo, invece che di un progetto terapeutico.

La relazione educativa mira a dotare l'individuo degli strumenti atti a compiere quel processo di simbolizzazione e cambiamento necessari a mutare atteggiamenti, comportamenti e modi di pensare. Si può dire che, specialmente con utenti adulti, la relazione educativa interviene sullo stile di vita delle persone. Per questo motivo, necessita di tempi lunghi e di una certa intensità nella frequenza degli incontri, in quanto assume spesso la forma di un accompagnamento competente e consapevole da parte dell'operatore nei confronti dell'educando.

La costruzione di un rapporto significativo con l'utente, infatti, è fondamentale, "dal momento che *ogni maturazione o cambiamento è impossibile in assenza di un coinvolgimento attivo dell'attore*".

In letteratura vengono comunemente individuati due tipi differenti di relazione educativa: quella autoritaria o direttiva e quella autorevole. La relazione educativa autoritaria si riconosce per il frequente ricorso a pratiche impositive o perlomeno direttive, quali:

- presentare norme rigide
- insistere sulla superiorità dell'operatore
- mostrare riservatezza e distacco
- attivare forme di controllo e punizione
- trascurare i bisogni/interessi degli educandi
- dare ordini e comandi
- comunicare in modo impersonale



La relazione autorevole si basa, invece, sul riconoscimento del valore dell'operatore da parte degli educandi. Essa viene comunemente distinta in relazione euristica, tipica del contesto scolastico, e relazione d'accompagnamento, caratteristica del contesto extra-scolastico. Entrambe sono contraddistinte da pratiche quali:

- non imporsi come guida ma venire riconosciuto come tale

- non imporre le regole, ma spiegarle
- rendere protagonisti gli educandi
- instaurare un rapporto dialettico
- condividere obiettivi e mezzi
- tenere un comportamento coerente
- motivare gli educandi

Le modalità relazionali autorevoli sono senz'altro da preferire, in quanto non solo si basano sul rispetto e sulla valorizzazione dell'altro, ma contribuiscono anche a rendere partecipe l'educando, o meglio, per utilizzare le parole di Rogers, a renderlo cliente.

Una buona relazione educativa, tuttavia, è quella capace di fare riferimento anche alle prassi tipiche della relazione autoritaria, qualora la situazione lo renda necessario. Per esempio, non bisogna commettere l'errore di pensare che una relazione autorevole possa fare a meno di regole. Discutere le regole e spiegarle non significa certo rinunciarvi. Per questo, è possibile (non obbligatorio!) che per esigerne il rispetto, una volta che sono state condivise, si debba ricorrere a modalità tipiche della relazione autoritaria. L'importante è non fare uso esclusivamente o in maniera prioritaria di modalità autoritarie, perché esse determinano uno sbilanciamento dei ruoli tra operatore e utente, con la conseguente impossibilità per l'educando ad assumere un ruolo attivo all'interno della relazione.

1.8 Le caratteristiche della relazione

In letteratura sono individuati alcuni fattori che possono contribuire o nuocere alla relazione, in base a come vengono sfruttati. Essi vengono comunemente distinti in fattori istituzionali: hanno a che fare con il contesto amministrativo e burocratico in cui avviene la relazione. Anche se ciò non è immediatamente evidente neppure per gli operatori, l'organizzazione del servizio, i vincoli di tempo e di gerarchia, le precedenti esperienza del paziente con il servizio stesso, influiscono notevolmente sulla relazione. È, quindi, opportuno tenere conto di tale fattori nel momento in cui si intraprende o si progetta una relazione, al fine di non trovare ostacoli di natura istituzionale lungo il percorso.

- **fattori situazionali**: sono quei fattori legati alle circostanze in cui di volta in volta avviene la relazione. È innegabile che esistano luoghi, momenti e contesti sociali e ambientali che favoriscono un buon andamento della relazione, mentre altri la rendono più difficoltosa. L'eco, anche involontario, di un episodio traumatico può disporre negativamente l'altro, così come una "giornata storta" rischia spesso di condizionare anche l'operatore. Si tratta di elementi che devono essere tenuti nella dovuta considerazione dagli operatori, sia nella lettura del proprio atteggiamento, sia nella comprensione di quello altrui, in quanto rischiano di pesare molto sulla relazione.

- **contesto emotivo**: è normale incontrare persone con le quali ci sentiamo immediatamente in sintonia, che ci attirano per qualche motivo che spesso facciamo fatica a comprendere. Ciò avviene anche ai nostri utenti. In un caso come nell'altro l'operatore corre il rischio di non essere lucido e di perde il sufficiente distacco nel prendere decisioni e nel definire il proprio comportamento. Non è, infatti, solo una scarsa empatia che nuoce alla relazione, ma anche troppa vicinanza con l'altro.

- **fattori personali**: un ultimo fattore influisce in maniera preponderante nella relazione, ovvero le caratteristiche di colui che che attua l'intervento: per questo motivo, chi si dedica alle professioni educative e di aiuto non può e non deve prescindere da un approfondito lavoro di conoscenza di sé, in quanto il sé non rimane fuori dalla relazione di aiuto ma ne costituisce piuttosto il fondamentale veicolo. La conoscenza di sé richiede tempo e volontà ma è un passaggio imprescindibile anche per chi voglia, volontariamente, dedicare risorse e disponibilità in un'attività fondata sulla relazione con l'altro. La conoscenza di sé porta non tanto ad essere "perfetti", quanto all'acquisizione di una maggiore consapevolezza delle proprie caratteristiche caratteriologiche e psicologiche, delle proprie modalità di reazione, delle proprie risorse e dei limiti, delle difficoltà, delle paure, delle resistenze e della propria storia personale. Non è, infatti, possibile entrare in relazione con un altro, se non si è capaci di "stare in relazione" con se stessi.

1.9 Le competenze relazionali

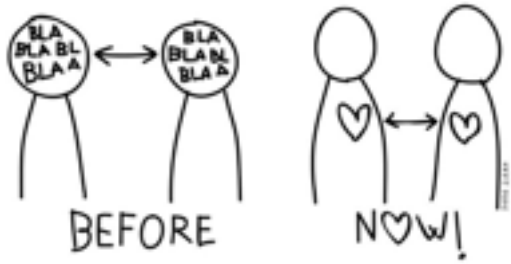
La relazione d'aiuto implica che l'operatore acquisisca una serie di competenze senza le quali la relazione diviene difficile. Le principali sono:

- ☑ l'empatia
- ☑ l'ascolto empatico
- ☑ la fiducia e l'interesse nell'altro
- ☑ l'accettazione
- ☑ l'osservazione
- ☑ la comunicazione
- ☑ la negoziazione
- ☑ la progettazione

Secondo Jaques Salomè "l'**empatia** è *l'insieme dei segnali che circolano in ogni relazione in cui una persona facilita lo sviluppo o la crescita di un'altra, la aiuta a maturare, ad adattarsi, ad integrarsi o a mettere a frutto la sua esperienza"*. In tal senso, la comprensione empatica permette di comprendere l'altro

dal punto di vista di quest'ultimo; riconosce ciò che è reale o significativo per l'altro in un dato momento; cerca di sapere come l'altro vede e sente le cose e quali sono i suoi atteggiamenti personali di fronte ai vari aspetti della vita; vive in un certo modo l'esperienza dell'altro, purché non confonda i sentimenti e le percezioni dell'altro con i propri. L'esperienza mette però in evidenza che raramente possiamo essere certi di quello che un altro vuole dire o sente esattamente: perlopiù reagiamo secondo l'idea migliore che ci facciamo di quello che l'altro vuol dire in quel momento. Per questo, è opportuno rimanere sempre disponibili a correggere e modificare il nostro giudizio. Ciò non solo aumenta la possibilità di capire esattamente i pensieri e i sentimenti dell'altro, ma contribuisce a renderlo più libero, a permettergli di cambiare il suo modo di percepire o di formulare la sua esperienza, di esaminare altre opportunità e di dare alla sua esperienza un significato nuovo.

- **L'ascolto empatico**: come ricorda Milani, per entrare in relazione e conoscere l'altro bisogna saper superare anche il confine dell'osservazione scientifica, e attuare un "**ascolto in profondità**": "*ascoltare è un fare silenzio sui preconcetti, sui pregiudizi (anche scientifici) per far parlare la soggettività umana nella sua pienezza e nella sua complessità*". Un aspetto fondamentale su cui poggia la relazione educativa è l'empatia (dal greco εν-πάθος, "sentire dentro"). L'empatia è un'esperienza emotiva di condivisione mediata da processi cognitivi che permette di sentire le emozioni "l'ira, la paura, il turbamento del cliente, come se fossero nostri" , ed è il modo più autentico di entrare in relazione con l'altro .



- **Fiducia e l'interesse nell'altro**: E' fondamentale essere fiduciosi che l'altro possiede una capacità di crescere e di sviluppare le sue possibilità e che il compito dell'operatore è quello di facilitare e mantenere (anche quando l'altro sembra avere perso le speranze) la sua aspirazione a crescere e a migliorare.
- **Accettazione dell'altro**: operatore e utente non devono sentire il bisogno di guadagnarsi l'approvazione dell'altro o la sua simpatia esprimendo o sopprimendo certi desideri e atteggiamenti o idee, fingendo, quindi, di essere altro da sé; specialmente l'educando, poi, deve avere tutta la libertà di essere quello che più profondamente e più completamente sente di essere in quel momento. Nella relazione egli deve poter verificare che non corre rischi nel percepire o ammettere le proprie debolezze, così come il proprio smarrimento o le proprie paure. Questo è possibile solo se l'altro viene accettato per quello che è. Allo stesso modo, va accettato che nella relazione non esista reciprocità. Non

si tratta di uno scambio, di una relazione alla pari tra due persone che si incontrano, ma ciò che deriva all'operatore dalla relazione, in termini di gratificazione, soddisfazione, gratitudine, crescita, non è previsto né prescritto, ma gratuito, oltre che auspicabile e, per questo, non può essere richiesto o meno ancora preteso. Franta sottolinea come nell'agire educativo il comportamento relazionale si connota di alcune specifiche dimensioni: la "dimensione di controllo", la "dimensione emozionale" e la "dimensione di congruenza, trasparenza e autenticità". Quest'ultima dimensione rappresenta alcuni atteggiamenti fondamentali nella relazione educativa: *congruenza, trasparenza e autenticità*, infatti, facilitano il rapporto interpersonale e permettono all'educatore di interagire come persona vera e genuina.

- **L'osservazione**: "quando si parla di osservazione in riferimento alla relazione educativa, il termine assume una connotazione particolare in quanto l'oggetto non è il progetto in generale, né un determinato territorio, ma un particolare individuo (o un particolare gruppo) con cui si costruisce un rapporto".
- **La comunicazione**: "la relazione educativa, per attuarsi in profondità, richiede l'attivazione di una comunicazione adeguata e corretta". Infatti, come fa notare Milani, se può esistere una comunicazione senza relazione, "non può esistere una relazione senza comunicazione".
- **La negoziazione**, in quanto nella relazione educativa, l'educatore "non può sottrarsi alla dinamica del conflitto che può assumere, a seconda dei casi, una diversa consistenza", ma che comunque "non va eliminato né fuggito, ma affrontato".

CLASSIFICAZIONI E CARATTERISTICHE DELLE DIVERSE TIPOLOGIE DI DISABILITA' PSICHICA

La malattia mentale: inquadramento culturale

La malattia psichiatrica è sempre stata in bilico tra essere considerata:

- malattia/disagio sociale (incluse interpretazioni religiose come possessione, ecc.)
- malattia della mente
- malattia del cervello

Nella nostra cultura occidentale moderna viene generalmente, ma non unanimemente, accettata la seguente impostazione:

Le malattie psichiatriche sono un gruppo eterogeneo di malattie del cervello con sintomi che coinvolgono:

- emozioni
- funzioni cognitive superiori
- capacità di controllare comportamenti complessi

Figura: Vincent Van Gogh: ritratto di Vincent Willem

Nel 1980 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) pubblica l'ICDH, primo strumento di classificazione della disabilità. In esso si individua una **malattia** o **trauma** come causa che origina un problema; una **menomazione** intesa come una qualsiasi perdita o anormalità a carico di una struttura o di una funzione fisiologica o psichica; la **disabilità** come conseguenza oggettiva della menomazione e che implica l'incapacità di compiere una attività; ed infine l'**handicap** come svantaggio sociale determinatosi dai precedenti elementi.

In questa prospettiva l'handicap si pone e va interpretato come fenomeno terminale di una sequenza causale di eventi.

Nel 2001 L'OMS ha pubblicato l'ICF, cioè la nuova **Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute**. Questo strumento ha lo scopo generale di fornire un linguaggio standard e unificato che serva da modello di riferimento per la

descrizione della salute e degli stati correlati. In esso vi si accentua l'aspetto della valorizzazione delle positività personali.
La salute delle persone è descritta sotto due punti di vista:

1. Per la descrizione di malattie, disturbi e lesioni si utilizza l'ICD-10 (Classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, OMS, 1992) che fornisce un modello di riferimento eziologico, in riferimento alle cause della malattia (i problemi)
2. Per la descrizione del funzionamento e della disabilità associati alla condizione di salute si utilizza l'ICF (le possibilità)

In sintesi, l'ICD-10 fornisce una diagnosi delle malattie, dei disturbi e di altri stati della salute e questa informazione si arricchisce delle informazione aggiuntive offerte dall'ICF relative alle possibilità di fare e di socializzare. Nello schema seguente si evidenziano le interazioni tra le componenti dell'ICF.

L'OMS riconosce che gli stessi termini utilizzati nella classificazione possono, nonostante il grande impegno di tutti, rivelarsi stigmatizzanti ed etichettare le persone. In risposta a questa preoccupazione, è stata presa la decisione di **abbandonare totalmente l'uso del termine "handicap"**, data la sua connotazione confusiva e peggiorativa.
Rimane comunque la difficile questione di come sia meglio riferirsi agli individui che vivono qualche grado di limitazione o restrizione funzionale. L'ICF utilizza il termine disabilità per indicare un fenomeno multidimensionale risultante dall'interazione tra la persona e l'ambiente fisico e sociale. Per una varietà di ragioni, riferendosi agli individui, alcuni preferiscono usare il termine "persone con disabilità", altri preferiscono "persone disabili", altri ancora, con almeno per molti casi eccessivo buonismo, utilizzano il termine "diversamente abili".
Perciò, d'ora in poi, si cercherà di sostituire il termine handicap con **disabilità**.

Partendo dai problemi esistenziali possiamo suddividere i portatori di disabilità in quattro categorie fondamentali:

- **portatori di disabilità sensoriale**: sono disabilità che riguardano i sensi (vista, udito, ma anche tatto, gusto, olfatto)
- **portatori di disabilità motorie**: riguardano la motricità e l'efficienza degli organi delle parti del corpo deputati al movimento
- **portatori di disabilità intelletive**
    - riguardano le abilità intellettive che possono essere verificate attraverso il quoziente intellettivo (Q.I.: rapporto tra età cronologica ed età mentale del soggetto);
    - le disabilità più specifiche sono le insufficienze mentali (I.M.);
    - alle disabilità intellettive si possono assimilare anche i disturbi specifici dell'apprendimento (es: dislessia, disgrafia, discalculia, ecc.);
- **portatori di disabilità psichica**

: riguardano i problemi psichici e relazionali (psicosi) e i problemi psicologici (solo le nevrosi gravi e invalidanti)

Spesso nella realtà le disabilità sono compresenti: si può parlare in questo caso di pluridisabilità.

Si può, a volte, anche precisare la disabilità principale e la disabilità associata.

Come facilmente si può intuire, la presenza di disabilità crea, molto spesso, anche problemi a livello psicologico e relazionale.

Note particolari

1 In ogni disabilità si può distinguere una sequenza di gravità (cfr. gradi di invalidità): lieve, medio, grave, gravissimo. Una persona può essere portatrice di una disabilità specifica anche grave (es: cecità), ma non per questo deve essere considerato un disabile.

2 La disabilità generalmente è tanto più grave quanto più coinvolge aspetti intellettivi e psichici

3 Normalmente si considera disabile chi ha disabilità globali che incidono molto pesantemente sull'autonomia della persona: che, nei casi gravi, non è assolutamente in grado di svolgere gli atti comuni della vita quotidiana e perciò necessita di assistenza continua.

ICF - Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute - Versione breve

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42417/9788879466288_ita.pdf;jsessionid=4ECA043AF9711F1F3BAF0BA7148F7A35?sequence=4

Lungo un continuum tra normalità e patologia.

Cosa s'intende per Disturbo Mentale?

"Un disturbo mentale è una sindrome caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale" (p. 22 DSM5).

Il costrutto di **disturbo mentale** è oggi particolarmente analizzato. Attualmente il costrutto di **disturbo mentale** è delineato nel **DSM – 5**, ovvero esso è inteso come una sindrome caratterizzata da un significativo disturbo clinico nell'ambito della cognitività, della **regolazione delle emozioni** o del comportamento, dovuto ad una disfunzionalità nell'ambito dei processi psicologici, biologici o di sviluppo, che sono alla base del funzionamento mentale. Il **disturbo mentale** è associato ad una significativa sofferenza e inabilità in ambito sociale, lavorativo e in altri importanti settori della vita. Alla luce di ciò, il **disturbo mentale** si può delineare come una condizione non rapportabile alla cultura di appartenenza dell'individuo, quanto piuttosto alla sua biografia psicosociale e che produce un disadattamento, una notevole sofferenza e una spiccata inabilità.

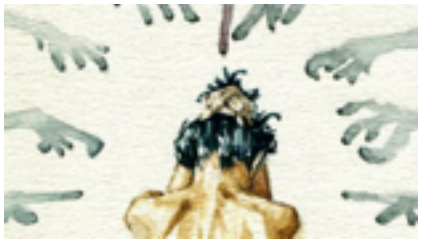
Disturbo mentale: la sua definizione e quella del suo opposto, la "normalità"

Il costrutto di disturbo mentale è oggi particolarmente analizzato per una serie di ragioni. In primo luogo il definire il patologico consente di delineare i paradigmi di una "presunta normalità". Inoltre, avere degli archetipi che permettono di identificare dei sintomi ascrivibili alla patologia ha dei risvolti di ordine legale, riferibili, per esempio, all'imputabilità di un soggetto, di ordine psicosociale, relativi al ruolo di malato mentale, e di ordine terapeutico, rapportabili alla curabilità del disturbo stesso (Telles-Correia e al., 2018).

Attualmente la classificazione dei **disturbi mentali** più seguita è basata sulle evidenze cliniche presenti in un numero statisticamente elevato di individui (DSM – 5, 2013). Prima dell'avvento della classificazione sancita dal DSM, la nomenclatura delle **malattie mentali** era basata sui giudizi clinici e sull'esperienza dei medici che si erano interfacciati con le diverse patologie neuropsichiatriche (Feighner e al., 1972). Questo tipo di classificazione, però, risentiva di contaminazioni ideologiche rapportabili ai diversi archetipi epistemici (psicoanalisi, orientamento biologico ecc.). Inoltre, erano evidenti in tale contestualità interpretativa i condizionamenti di tipo morale, culturale e religioso che conducevano ad una distinzione più culturale che clinica fra normalità e patologia (Spitzer e Klein, 1978).

Disturbo mentale: un'etichetta e molto di più

Contro il costrutto di **disturbo mentale**, in quanto eticchettamento sociale, a lungo si è espresso il movimento dell'antipsichiatria, che ha avuto i suoi maggiori esponenti in Focault, Basaglia, Cooper e Laing (Telles-Correia e al., 2018). I pilastri ideologici dell'antipsichiatria sono stati quelli di combattere le istituzioni manicomiali, intese come luoghi di segregazione sociale, e il potere medico, satellite di altri poteri (politico, economico ecc.), che ha consentito di delineare i confini culturali fra normalità e patologia (Rose, 2006). In pratica, secondo questo approccio non si può parlare di malattia mentale, quanto piuttosto di devianza dalle norme e dai valori socialmente accettati (Szasz, 1960).



Attualmente il costrutto di **disturbo mentale** è delineato nel DSM – 5 (2013), ovvero esso è inteso come una sindrome caratterizzata da un significativo disturbo clinico nell'ambito della cognitività, della regolazione delle emozioni o del comportamento, dovuto ad una disfunzionalità nell'ambito dei processi psicologici, biologici o di sviluppo, che sono alla base del funzionamento mentale. Il **disturbo mentale** è associato ad una significativa sofferenza e inabilità in ambito sociale, lavorativo e in altri importanti settori della vita (DSM – 5, 2013).

Disturbo mentale: una definizione tra normalità e patologia

In ambito psichiatrico il definire che cosa è normale e cosa è patologico è legato a tre fattori:

- la *comprensibilità*, ovvero se lo stato mentale o il comportamento sia ascrivibile oppure no ad una caratteristica endemica al contesto culturale del paziente;

- l'*adattamento*, ossia se la persona presenta un adattamento o un disadattamento al suo ambiente di vita;
- la *relazione con la sofferenza* e l'*inabilità*, cioè se lo stato mentale presentato dal soggetto è fonte di disagio e di disabilità (Telles-Correia, 2018).

In conclusione, il **disturbo mentale** si può delineare come una condizione non rapportabile alla cultura di appartenenza dell'individuo, quanto piuttosto alla sua biografia psicosociale e che produce un disadattamento, una notevole sofferenza e una spiccata inabilità.

CRONICITÀ DELLA MALATTIA MENTALE

Le principali malattie psichiatriche seguono un decorso cronico:

- **ansietà**
- **deficit di attenzione associato all'iperattività autismo**
- **sindromi ossessivo-compulsive**
- **schizofrenia Alcune sono ricorrenti**
- **depressioni**

anche se spesso perfino le depressioni bipolari (definite con decorso episodico) assumono aspetti di cronicità.

ESORDIO ED EVOLUZIONE DELLA MALATTIA MENTALE

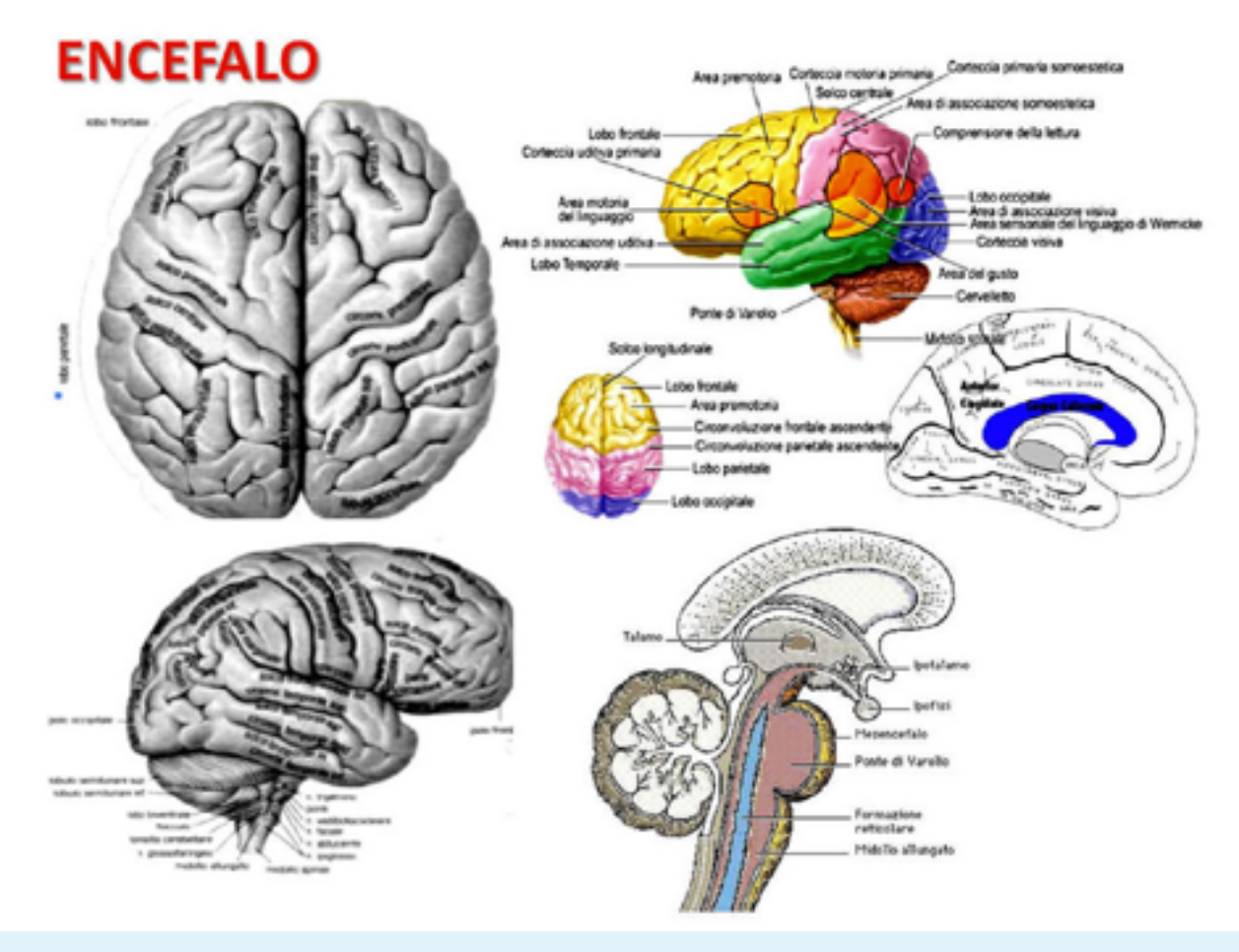
I sintomi della malattia psichiatrica esordiscono spesso in giovane età, riducendo la capacità dei bambini e degli adolescenti che ne sono colpiti di imparare, e compromettendo la loro capacità di comportamento adulto nel lavoro ed in altri ruoli fondamentali della vita

A causa della loro elevata prevalenza, precoce esordio, e persistenza, le malattie psichiatriche contribuiscono in modo molto significativo al carico assistenziale

Le malattie mentali rappresentano una significativa causa di morte: la malattia psichiatrica costituisce il principale fattore di rischio nel suicidio, l'anoressia è una causa di morte tra le più frequenti tra le giovani donne

Le malattie psichiatriche più comuni coinvolgono reti nervose ampiamente distribuite nel sistema nervoso centrale e mancano di una evidente localizzazione neuro-patologica, rendendo molto difficile individuare variazioni specifiche della malattia

ANATOMIA FUNZIONALE LEGATA ALLA SCHIZOFRENIA



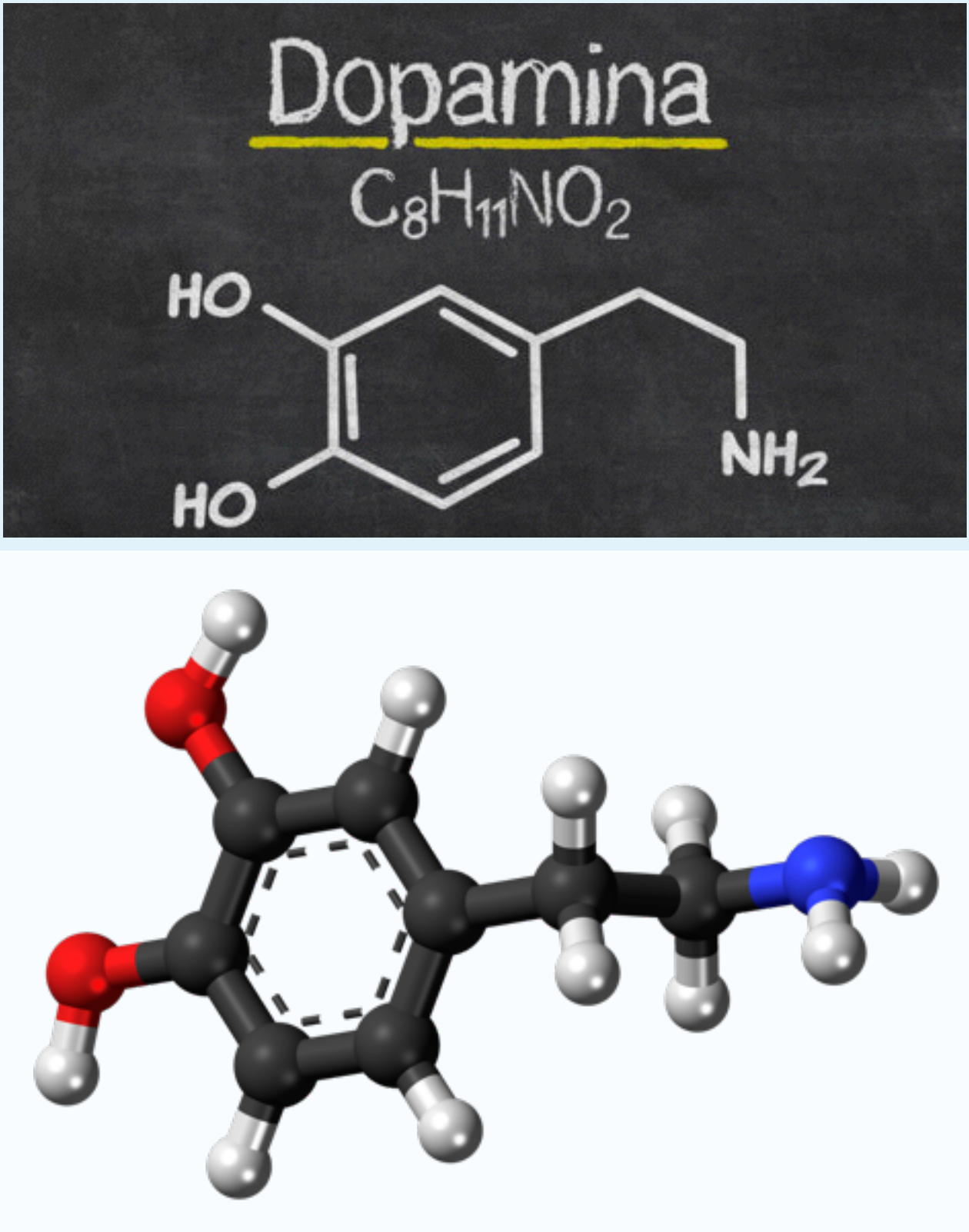


Figure: Struttura dopamina

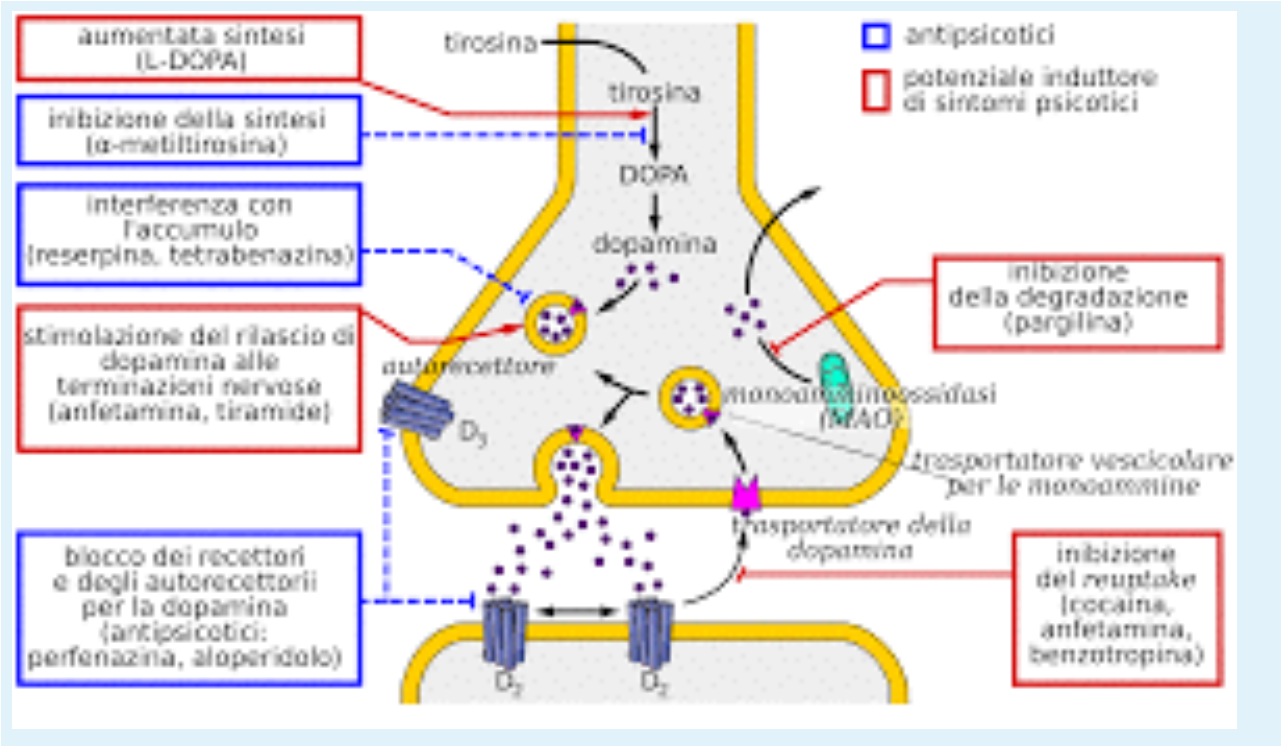


Figura: Relazione tra dopamina, farmaci e sintomi psicotici. Adattato da Reus (2008). Tra parentesi i nomi dei principi attivi farmacologici più comuni per i quali si conosce una interazione con le vie dopaminergiche

GENETICA

Viste le difficoltà di affrontare le basi morfo-funzionali delle malattie psichiatriche (a partire dalla localizzazione di un difetto morfo-funzionale apparente), la ricerca si è rivolta alle basi genetiche della malattia mentale.

La speranza è di individuare varianti genetiche connesse con un aumentato rischio di patologia, e conseguentemente di individuare anche le basi neurologiche della malattia mentale.

Vi sono infatti numerosi studi derivati dall'osservazione di famiglie, figli gemelli e adottivi che dimostrano come la genetica giochi un ruolo significativo nelle malattie psichiatriche maggiori incluse schizofrenia, disordini bipolari, e depressivi.

la frequenza della schizofrenia nella popolazione generale è circa 1%, tuttavia quando uno di due gemelli ha avuto una diagnosi di schizofrenia, la probabilità che l'altro gemello sviluppi la malattia è pari al 50%.

un parente di primo grado (DNA uguale per circa il 50%) di un paziente schizofrenico ha il 9% di probabilità di ammalarsi anch'egli/ella di schizofrenia.

in uno studio scandinavo, figli di madre schizofrenica adottati alla nascita hanno sviluppato la patologia nel 25% dei casi.

Classificazione delle patologie psichiatriche

FENOTIPI

Un ulteriore ostacolo alla determinazione del substrato genetico nella malattia psichiatrica è rappresentato dal fatto che:

- ☑ non vi sono al momento misure diagnostiche obiettive delle malattie psichiatriche, né vi sono marker biologici identifificativi.
- ☑ La classificazione diagnostica (DSM-IV) deriva dal consenso esperto basato sui gruppi di sintomi e segni (cluster) e sul decorso della malattia.
- ☑ Questo spesso impedisce una attribuzione diagnostica certa dei pazienti e quindi l'elaborazione di un link solido con le evidenze genetiche.

GLI ASSI SECONDO IL DSM V

ASSE I	disturbi clinici, caratterizzati dalla proprietà di essere temporanei o comunque non "strutturali" e altre alterazioni che possono essere oggetto di attenzione clinica: lo psichiatra cerca la presenza di disturbi clinici che possono essere riconducibili non solo al cervello e al sistema nervoso, ma anche a qualsiasi condizione clinica significativa che il soggetto può avere (per esempio valuterà se il soggetto è sieropositivo, malato cronico, etc.)
ASSE II	disturbi di personalità e ritardo mentale. Disturbi stabili, strutturali e difficilmente restituibili a una condizione "pre-morbosa"; generalmente, ma non necessariamente, si accompagnano a un disturbo di Asse I, cui fanno da contesto. Questo asse è diviso in sottoparagrafi corrispondenti ai diversi disturbi di personalità
ASSE III	condizioni mediche acute e disordini fisici
ASSE IV	condizioni psicosociali e ambientali che contribuiscono al disordine
ASSE V	valutazioni globali del funzionamento

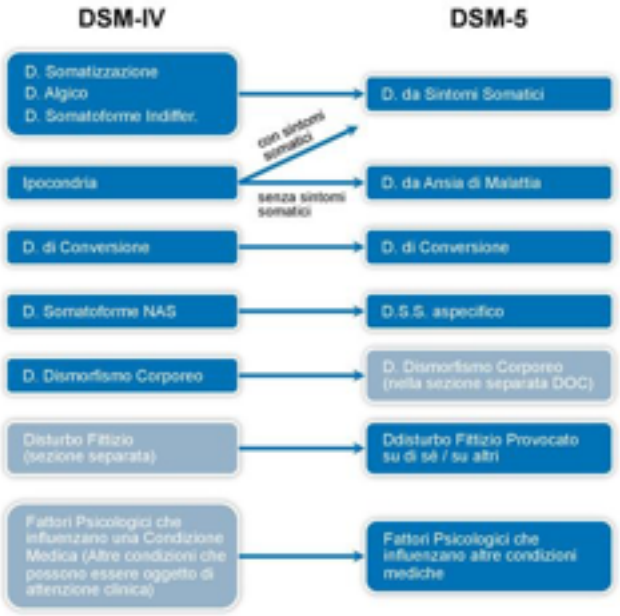
Cambiamenti e novità del DSM5

https://www.rivistadipsichiatria.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=1461&id=16137

Cosa è cambiato dal DSM IV al DSM V

Sintomi somatici e disturbi correlati

- Abolite le patologie di:
  - disturbo da somatizzazione
  - ipocondria
  - disturbo algico
  - disturbo indifferenziato somatoforme
- Raggruppate all'interno del disturbo con sintomi somatici, semplice o complesso (a seconda della durata dei sintomi, almeno 1 mese o almeno 6 mesi)
- L'ipocondria ora definita disturbo da ansia per le malattie.
- Viene inclusa la categoria di fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche (i disturbi fittizi sono inclusi in questa categoria)
- Non include il disturbo da dismorfismo corporeo, che rientra nei disturbi d'ansia



Classificazione dei disturbi DSM V

Classificazione dei disturbi secondo il DSM 5

1. Disturbo del neuro-sviluppo.
2. Spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici.
3. Disturbo bipolare e disturbi correlati (lieve, moderato e grave).
4. Disturbo depressivo.
5. Disturbo d'ansia.
6. Disturbo ossessivo compulsivo e disturbi correlati.
7. Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti.
8. Disturbo dissociativo.
9. Disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati.
10. Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.
11. Disturbi dell'evacuazione.
12. Disturbi sonno veglia.
13. Disfunzioni sessuali.
14. Disforia di genere.
15. Disturbi da comportamento dirompente del controllo degli impulsi e della condotta.
16. Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction.
17. Disturbi neuro-cognitivi.
18. Disturbi di personalità (uguali al DSM-IV divisi per cluster).
19. Disturbi parafilici.
20. Altri disturbi mentali.
21. Disturbi del movimento indotti da farmaci e altre reazioni da farmaci.
22. Condizioni che possono essere oggetto di area clinica.

12

SCHIZOFRENIA

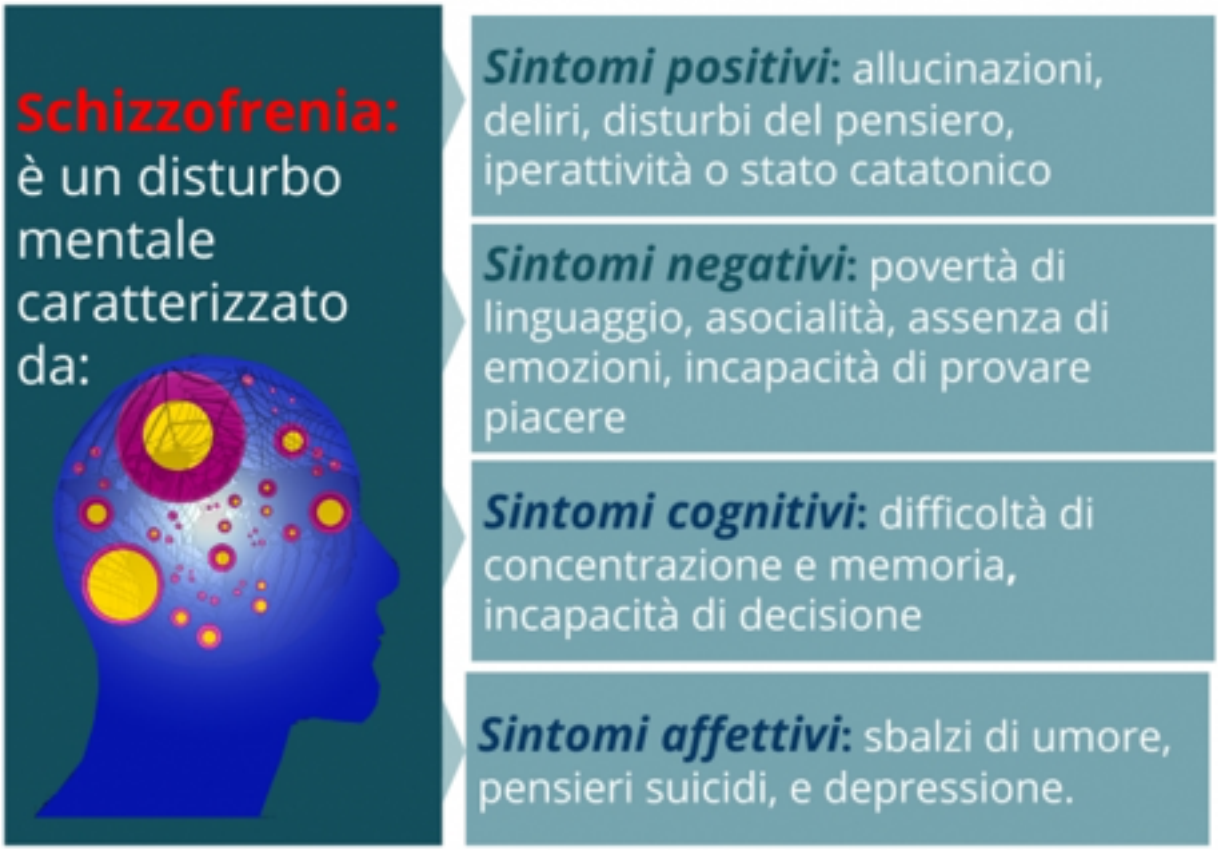
La schizofrenia è una sindrome eterogenea caratterizzata da disturbi del linguaggio, della percezione, del pensiero, dell'attività sociale, dell'affettività e della volontà presente in circa lo 0.85% della popolazione mondiale.
Nessun sintomo è patognomonico di schizofrenia:
la diagnosi comporta il riconoscimento di una costellazione di segni e sintomi associati a menomazione del funzionamento sociale e lavorativo

La patologia si instaura generalmente nella tarda adolescenza, ha una insorgenza insidiosa (assai meno comunemente acuta) e spesso una prognosi infausta, che progredisce dall'isolamento sociale e da presenza di percezioni distorte sino a ricorrenti deliri ed allucinazioni

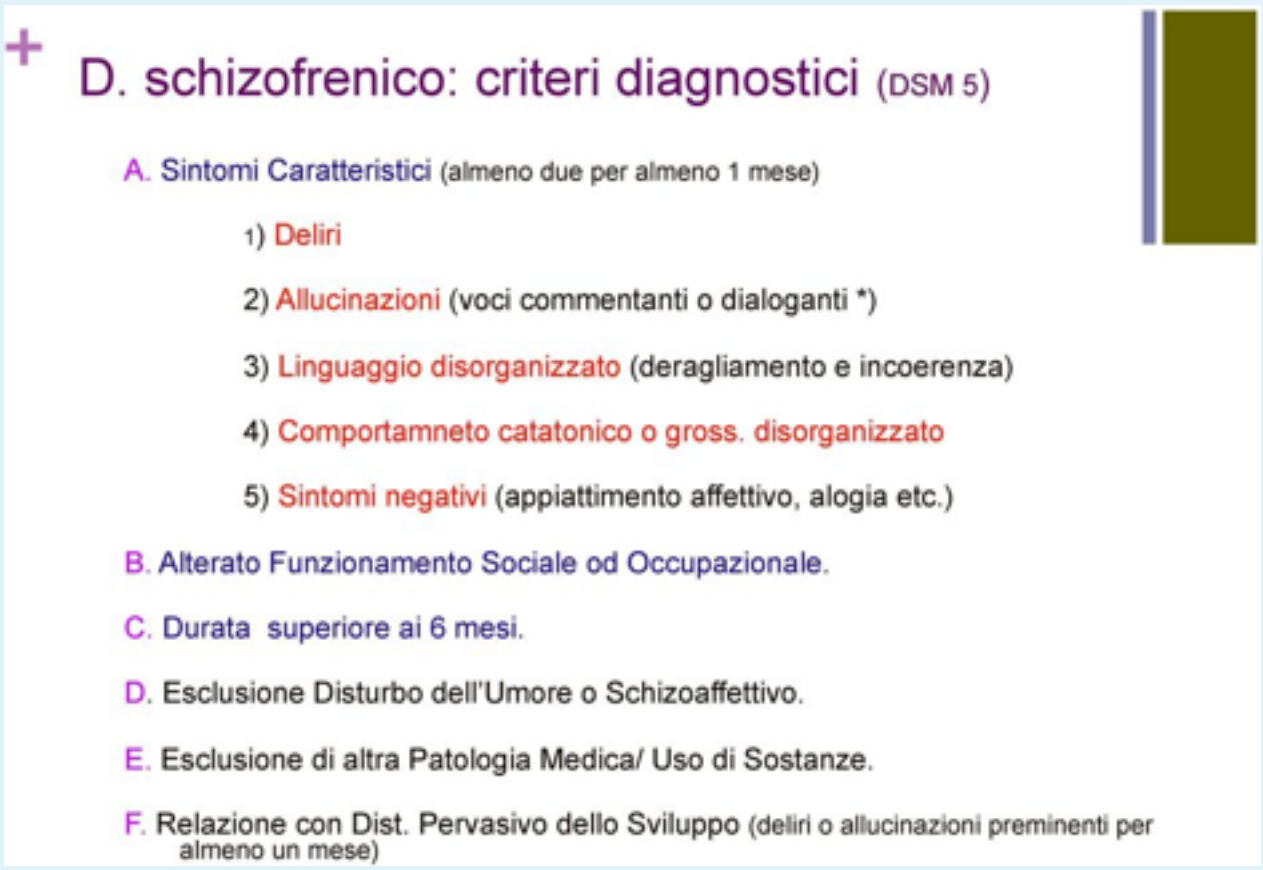
I pazienti possono presentare sintomi "positivi" o "negativi":

- **sintomi positivi**: disorganizzazione concettuale, deliri, allucinazioni;
- **sintomi negativi**: perdita di funzione, anedonia, diminuita espressività emotiva, diminuita capacità di concentrazione, diminuito legame sociale.

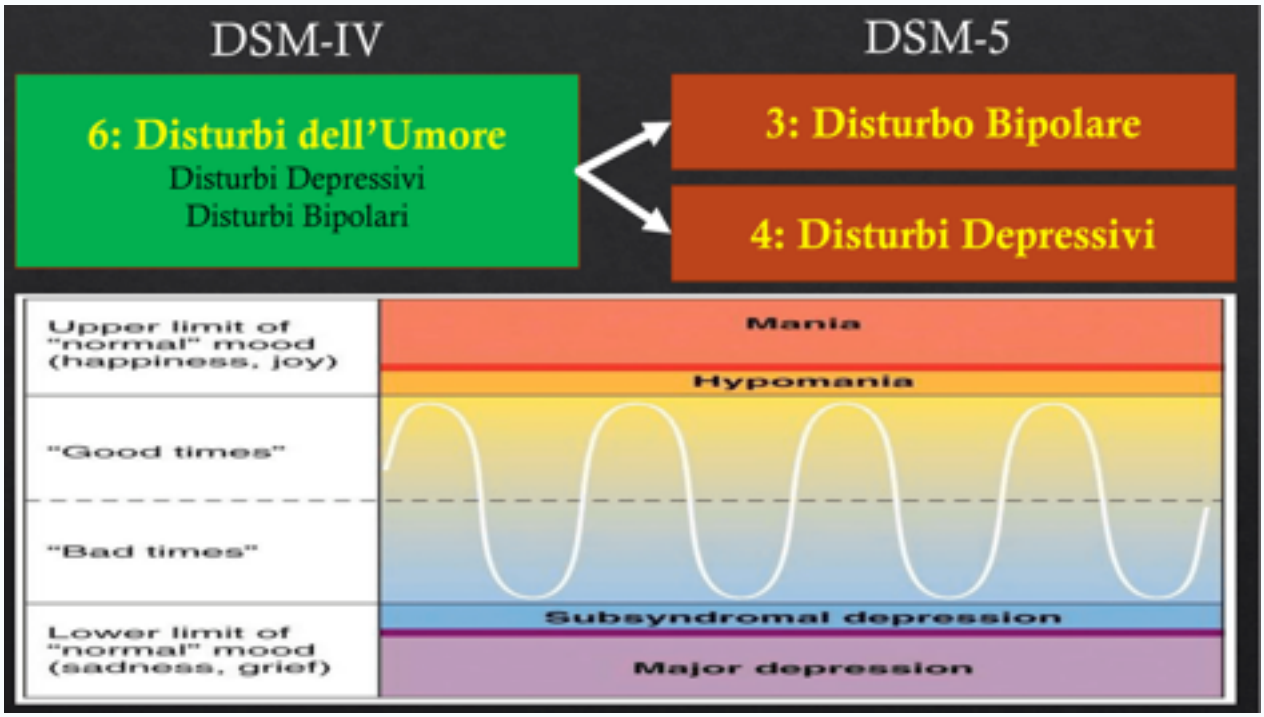
I quattro sottotipi principali di schizofrenia sono: catatonico, paranoide, disorganizzato e residuo



La prognosi dipende non dalla severità dei sintomi ma dalla risposta ai farmaci antipsicotici, che è scarsamente prevedibile.
Raramente si può avere una remissione permanente senza ricadute Il suicidio è la conclusione per circa il 10% dei soggetti schizofrenici.



DISTURBI DELL'UMORE



Specificatori del disturbo bipolare nel DSM-5

- ✓ con cicli rapidi
- ✓ con caratteristiche melancoliche
- ✓ con caratteristiche atipiche
- ✓ con caratteristiche psicotiche
- ✓ con catatonia
- ✓ con esordio nel post-partum
- ✓ con andamento stagionale
- ✓ **con caratteristiche miste**
- ✓ **con ansia**

Edizioni precedenti

⇨ **Con esordio nel peri-partum**

⇩

Esordio durante la gravidanza o nelle 4 settimane seguenti al parto

Il disturbo bipolare è una patologia psichiatrica complessa e uno dei disturbi psichiatrici più invalidanti se non adeguatamente curato.
La caratteristica peculiare dei disturbi bipolari è l'alternanza di stati d'umore opposti nel corso del tempo. Depressione e mania si alternano infatti nel corso della vita dell'individuo. In alcuni casi i sintomi sono molto intensi e persistenti e si parla di disturbo bipolare I. Qualora i sintomi maniacali siano lievi (ipomania, cioè mania lieve) allora si parla di disturbo bipolare II. Se sono presenti alterazioni patologiche dell'umore ma l'intensità dei sintomi non è molto grave si parla di ciclotimia.

Disturbo bipolare I

Il disturbo bipolare di tipo I è un disturbo che prevede l'alternanza, nell'arco della vita del soggetto, di episodi maniacali, ipomaniacali e depressivi. Il DSM-5 evidenzia criteri standardizzati per poter fare diagnosi di disturbo bipolare I. Per poter fare diagnosi è necessario infatti, nell'anamnesi del paziente, riscontrare almeno un episodio maniacale.
Dato che le fasi depressive, nel disturbo bipolare I e II, tendono ad essere sovrapponibili ad un disturbo depressivo maggiore (i criteri del DSM-5 sono gli stessi) ciò che determina la diagnosi è la presenza dell'episodio maniacale.

Mania

I criteri dell'episodio maniacale definiti dal DSM-5 sono:
A. Un periodo durante il quale il paziente presenta umore elevato, espanso, eccitato o irritabile e un conseguente aumento anormale ed eccessivo di attività quotidiane. Questo periodo deve essere persistente per almeno una settimana, presente tutti i giorni nella maggior parte del giorno.
B. Durante il periodo di mania devono essere presenti almeno 3 di questi sintomi e devono rappresentare un significativo cambiamento del comportamento comune del paziente:

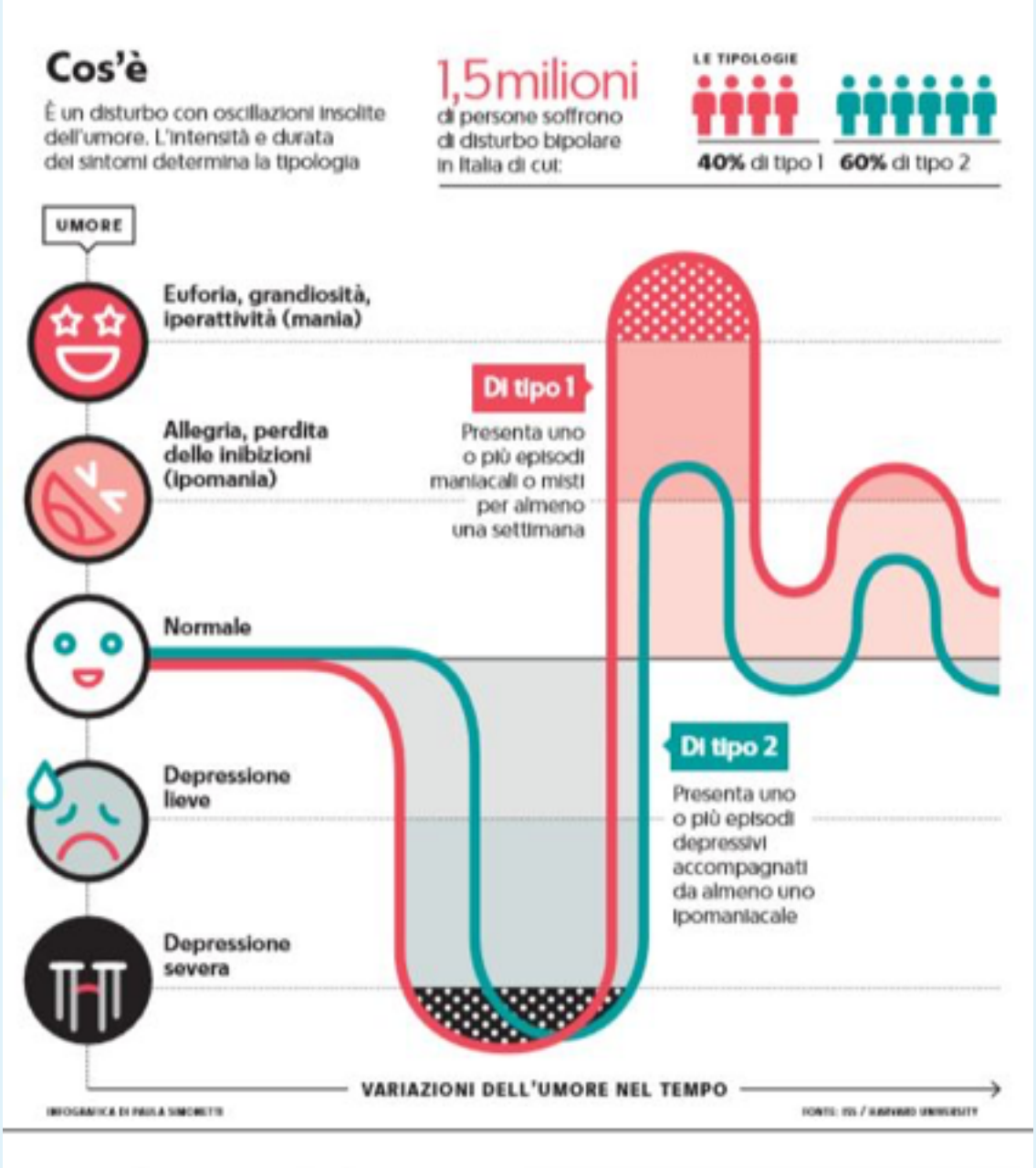
- Elevata autostima e grandiosità
- Riduzione del bisogno di dormire
- Fuga delle idee o la soggettiva sensazione che i pensieri siano accelerati
- Difficoltà a concentrarsi
- Aumento delle attività focalizzate ad un obiettivo (ad esempio aumento del tempo lavorato o delle ore di studio)
- Eccessiva partecipazione ad attività rischiose (folli spese eccessive, rischiosi investimenti di capitale)

C. Il disturbo dell'umore è grave e compromette il funzionamento sociale, relazionale e lavorativo; le condizioni di salute del soggetto richiedono un ricovero per preservare la sua e l'altrui salute; sono presenti sintomi psicotici.
La presenza di almeno un episodio di mania nell'arco della vita del soggetto consente la diagnosi di disturbo bipolare I.

Ipomania

Come abbiamo visto, l'ipomania è una forma di mania lieve. I sintomi dell'ipomania rispetto alla mania sono meno invalidanti, meno intensi e quindi meno gravi. L'ipomania è osservabile sia nel disturbo bipolare I, sia nel disturbo bipolare II.
Il DSM-5 stabilisce i criteri per identificare un episodio ipomaniacale definendolo attraverso questi criteri:
A. Il Criterio A coincide con quello per l'episodio maniacale (vedi sopra)
B. Il Criterio B coincide con quello per l'episodio maniacale (vedi sopra)
C. L'episodio è associato ad un inequivoco cambiamento nei comportamenti del soggetto.
D. Il disturbo dell'umore e il cambiamento nel funzionamento è osservabile da altri e non solo riferito dal soggetto.

E. L'episodio non è così grave da richiedere un marcato disfunzionamento sociale e lavorativo e non è indispensabile un ricovero. n.b. Se sono presenti sintomi psicotici allora non si parla più di ipomania ma di mania.
F. L'episodio non è causato dall'effetto fisiologico di qualche sostanza o farmaco.
La differenza quindi tra mania e ipomania risiede nell'intensità dei sintomi e nella presenza/assenza di sintomi psicotici (come ad esempio i deliri)



Depressione e disturbo bipolare

Sia nel disturbo bipolare I che nel disturbo bipolare II i momenti di elevazione del tono dell'umore si alternano ad episodi depressivi che spesso sono molto pesanti e invalidanti. Spesso la *fase depressiva* del disturbo bipolare è particolarmente pesante e può durare a lungo se non efficacemente curata. I criteri per diagnosticare una fase depressiva in un disturbo bipolare sono sovrapponibili a quelli del disturbo depressivo maggiore:

A. Sono necessari 5 o più tra i seguenti sintomi che devono durare da almeno due settimane. Tra questi 5 sintomi è necessario che siano presenti almeno il 1° (umore depresso) o il 2° (perdita degli interessi).

- umore depresso per la maggior parte del tempo
- marcata diminuzione dell'interesse o del piacere per le normali attività quotidiane
- significativa perdita di peso in assenza di dieta, aumento o diminuzione dell'appetito ogni giorno
- Insonnia o ipersonnia
- agitazione psicomotoria o rallentamento psicomotorio
- fatica o perdita di energie
- sensazione di perdita di valore o di colpa
- diminuita capacità di stare concentrati, indecisione, circa ogni giorno
- ricorrenti pensieri di morte, ideazioni suicidiarie

B. I sintomi causano stress significativo e peggiorano le condizioni sociali, occupazionali e altre aree importanti della vita.

C. L'episodio non è causato da effetti fisiologici di sostanze o altre condizioni mediche.

Disturbo Ciclotimico e DSM-5

Il disturbo ciclotico, detto anche *ciclotimia*, fa parte dei disturbi bipolari ed è caratterizzato da frequenti alterazioni del tono dell'umore (per almeno due anni) che però non raggiungano l'intensità dei sintomi del disturbo bipolare II. Per poter fare diagnosi di disturbo ciclotimico è necessario che il soggetto, nel corso della sua vita, non abbia mai soddisfatto i criteri per l'episodio depressivo maggiore, per l'ipomania o per la mania.

I criteri del DSM-5 per la diagnosi di disturbo ciclomitico sono:

A. Per almeno due anni (oppure uno per bambini e adolescenti) si sono presentati periodi di elevazione del tono dell'umore ma non tali da soddisfare i criteri diagnostici dell'ipomania secondo il DSM-5. Inoltre si sono presentati periodi di depressione ma che non hanno riscontrato i criteri per un episodio depressivo maggiore secondo il DSM-5.

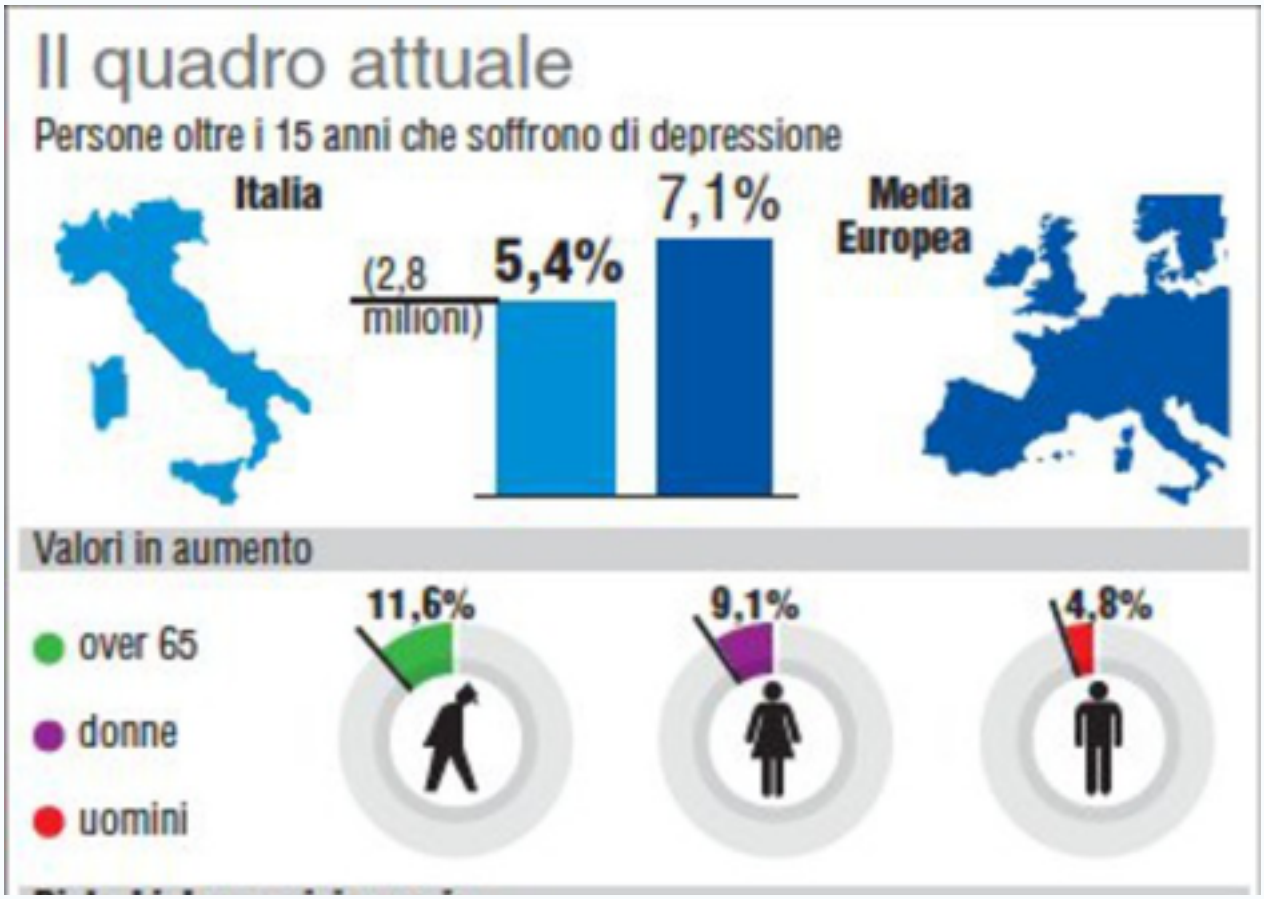
Altro specifico o non specifico disturbo bipolare

All'interno di questa categoria diagnostica il DSM-5 introduce tutti quei disturbi dello spettro bipolare che però non hanno l'intensità tale da essere inseriti all'interno di una delle diagnosi precedenti.

Disturbi depressivi

Più che di depressione, dovremmo parlare di "depressioni" , in quanto nel DSM 5 troviamo diverse sindromi all'interno del capitolo sui disturbi depressivi. Quando si parla di un disturbo depressivo è importante sottolineare come non tutte le modificazioni del tono dell'umore sono da considerarsi patologiche. A tutti capita di provare, in alcuni momenti della propria vita, sentimenti come tristezza, sconforto, pessimismo. Essere tristi è normale e fa parte della vita. Ma in un soggetto sano queste sensazioni hanno breve durata.

Si parla di depressione quando il disturbo dell'umore è pervasivo e influenza significativamente il funzionamento sociale, lavorativo e relazionale del soggetto. Riconoscere un disturbo depressivo in fase iniziale è importante in quanto, più rapida è la diagnosi, migliore è la prognosi. Molto spesso invece persone convivono con un disturbo depressivo per anni. Per poi arrivare ad uno specialista mediamente dopo due anni dall'esordio del disturbo.



Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente

Il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente è un disturbo che compare per la prima volta nell'ultima edizione del DSM. Questo disturbo è diagnosticabile in minori fino al diciottesimo anno di età. E' un disturbo caratterizzato dalla persistente irritabilità che comporta scatti di rabbia e aggressività frequenti (almeno tre volte alla settimana). Elemento caratterizzante il disturbo è relativo ai sentimenti di irritabilità che permangono tra una crisi di rabbia e l'altra. Il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente necessita, per poter essere diagnosticato, di un esordio compreso tra i 6 anni e i 10 anni di età.

Il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente spesso evolve, in adolescenza o nella prima età adulta, in un disturbo d'ansia o in una depressione maggiore. E' abbastanza frequente riscontrare questo disturbo in bambini che presentano ADHD o disturbi d'ansia nell'età dello sviluppo. Per le sue peculiari caratteristiche il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente è oggetto di diagnosi e cura da parte dei servizi di neuropsichiatria infantile.

Depressione Maggiore

Quando parliamo di depressione maggiore parliamo di un disturbo dell'umore che richiede un intervento medico specialistico. La depressione maggiore, detta anche depressione endogena, è una depressione non legata a particolari eventi (lutti, perdite, situazioni stressanti). I sintomi principali della depressione maggiore riguardato il tono dell'umore, la spinta vitale, i pensieri e la capacità di concentrazione. Nello specifico la depressione maggiore si caratterizza per questi sintomi:

- umore depresso per la maggior parte della giornata
- marcato disinteresse o piacere verso le normali attività
- significativa perdita di peso o alterazioni dell'appetito (aumento o diminuzione significativi)
- insonnia o ipersonnia persistente
- agitazione psicomotoria o rallentamento della motricità
- sensazione di fatica o di perdita di energie
- bassa autostima o eccessivi sensi di colpa
- diminuzione delle capacità di attenzione e concentrazione
- ricorrenti pensieri di morte, ideazioni suicidarie o tentativi di suicidio

Secondo il DSM-5 per poter fare diagnosi di disturbo depressivo maggiore è necessario che siano presenti almeno 5 di questi sintomi per una durata di almeno due settimane.

Disturbo Depressivo Persistente

Il disturbo depressivo persistente, chiamato in passato "distimia" o "disturbo distimico" è un disturbo caratterizzato da un umore depresso cronico, che si manifesta quasi tutti i giorni, per almeno due anni. Possono verificarsi periodi in cui l'umore è "nella norma" ma tendenzialmente non durano che qualche giorno o qualche settimana. In genere questo tipo di disturbo è difficile da individuare in quanto i sintomi principali di questo disturbo non sono così gravi come il disturbo depressivo maggiore. I sintomi del disturbo depressivo persistente sono:

- scarso o eccessivo appetito
- insonnia o ipersonnia
- scarsa energia e senso costante di fatica
- bassa autostima
- calo della concentrazione e difficoltà a prendere decisioni
- sensazione di essere "senza speranza"

Secondo il DSM-5 per poter fare diagnosi di una disturbo depressivo persistente è necessaria la presenza di almeno due sintomi sopra elencati per una durata di almeno due anni.

Disturbo Disforico Premestruale

Il disturbo disforico premestrule. Dopo anni di dibattito all'interno della comunità scientifica internazionale è stato inserito questo nuovo disturbo nel DSM-5. Questo disturbo è diagnosticato quando sono presenti, nella maggior parte delle fasi pre mestruali, almeno 5 dei seguenti sintomi:

- marcata labilità emotiva (profonde oscillazioni del tono dell'umore)
- irritabilità o rabbia o aumento dei conflitti interpersonali
- umore sensibilmente basso, sentimenti di disperazione e pensieri auto-critici
- ansia marcata, tensione o sensazione di avere i nervi a fior di pelle
- riduzione dell'interesse verso le normali attività
- difficoltà di concentrazione
- senso di fatica e calo dell'energia
- cambiamenti nell'appetito
- senso di perdita del controllo della propria vita
- sintomi fisici come indolenzimento del seno, dolori articolari o muscolari, senso di gonfiore e aumento di peso

Si ritiene infine che tale disturbo sia fortemente influenzato dagli ormoni e che questi giochino un fattore importante nella genesi del disturbo.

DISTURBI D'ANSIA

Ansia: definizione e significato

L'**ansia** è un emozione caratterizzata da sensazioni di tensione, minaccia, preoccupazioni e modificazioni fisiche, come aumento della pressione sanguigna.

La parola **ansia**, dal latino angere ossia "**stringere**", comunica molto bene la sensazione di disagio vissuta da chi soffre di uno dei disturbi legati al suo spettro, ovvero l'idea di costrizione, di imbarazzo e di incertezza sul futuro.

L'**ansia**, infatti, è uno stato caratterizzato da sentimenti di paura e di preoccupazione non connessi, almeno apparentemente, ad alcuno stimolo specifico, diversamente dalla paura che presuppone un reale pericolo.

L'American Psichiatric Association (1994), la descrive come:

"L'anticipazione apprensiva di un pericolo o di un evento negativo futuro, accompagnata da sentimenti di disforia o da sintomi fisici di tensione. Gli elementi esposti al rischio possono appartenere sia al mondo interno che a quello esterno"

(APA, 1994; cit. in: Franceschina et al., 2004, p. 213).

Differerenza tra ansia e paura: distinguerle e capirne il valore

I disturbi d'ansia *sono un'insieme di disturbi psichiatrici caratterizzati da un eccessivo stato di attivazione che risulta eccessivo e pervasivo e limita il funzionamento della persona*.

Il DSM-5 distingue **ansia** e **paura**.

La paura è intesa come una risposta emotiva ad una minaccia reale imminente (vera o percepita come tale). L'ansia è invece definita come risposta emotiva anticipatoria rispetto a minacce future o percepite come tali. In genere ansia e paura possono sovrapporsi ma sono differenti.

La paura è spesso associata ad un aumento dell'arousal che prepara il corpo ad una reazione di attacco-fuga verso un pericolo imminente. L'ansia è più associata a tensione muscolare, ad un costante stato di vigilanza e a comportamenti di evitamento.

I disturbi d'ansia si distinguono tra loro in base ai diversi oggetti o situazioni che possono generare paura, ansia o comportamenti di evitamento e relativi pensieri disfunzionali. Si parla di disturbi d'ansia quando la paura o l'ansia percepita sono considerate eccessive rispetto allo stimolo o prolungate nel tempo.

I disturbi d'ansia: quando il disagio diventa clinicamente rilevante

Stando alle indicazioni fornite nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (quinta edizione; DSM–5; American Psychiatric Association, 2013), i **disturbi d'ansia** differiscono dalla normale paura o **ansia** evolutive perché sono eccessivi o persistenti (durano tipicamente 6 mesi o più) rispetto allo stadio di sviluppo.

Molti **disturbi d'ansia** si sviluppano in età infantile e tendono a persistere quando non curati. La maggior parte è più comunemente diffusa nella popolazione femminile, con un rapporto di 2:1 rispetto ai maschi. E' inoltre bene sottolineare che, secondo i criteri del DSM-5, ogni **disturbo d'ansia** è diagnosticato solo quando i sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza/farmaco o a un'altra condizione medica, oppure non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale. Riportiamo in un breve elenco i **disturbi d'ansia categorizzati dal DSM-5** con la relativa prevalenza nella popolazione generale (APA, 2013):

- Disturbo d'**ansia di separazione** (bambini: 4%; adolescenti: 1,6%)
- Mutismo selettivo (tra 0,03 – 1%)
- Fobia specifica (USA: 7 – 9% ; Europa: intorno al 6%; paesi asiatici, africani e latinoamericani: 2 – 4%)
- Disturbo d'**ansia sociale** (fobia sociale) (USA: 7%; Europa: 2,3%)
- Disturbo di Panico (USA e alcuni paesi europei: 2.3%; paesi asiatici, africani e latinoamericani: 0,1 – 0,8%)
- Agorafobia (1,7%)
- **Disturbo d'ansia generalizzata** (USA: 2,9%, altri paesi: 0,4 – 3,6%)
- Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci (0,002%)
- Disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica (n.s.)
- Disturbo d'ansia con altra specificazione (n.s.)
- Disturbo d'ansia senza specificazione (n.s.)

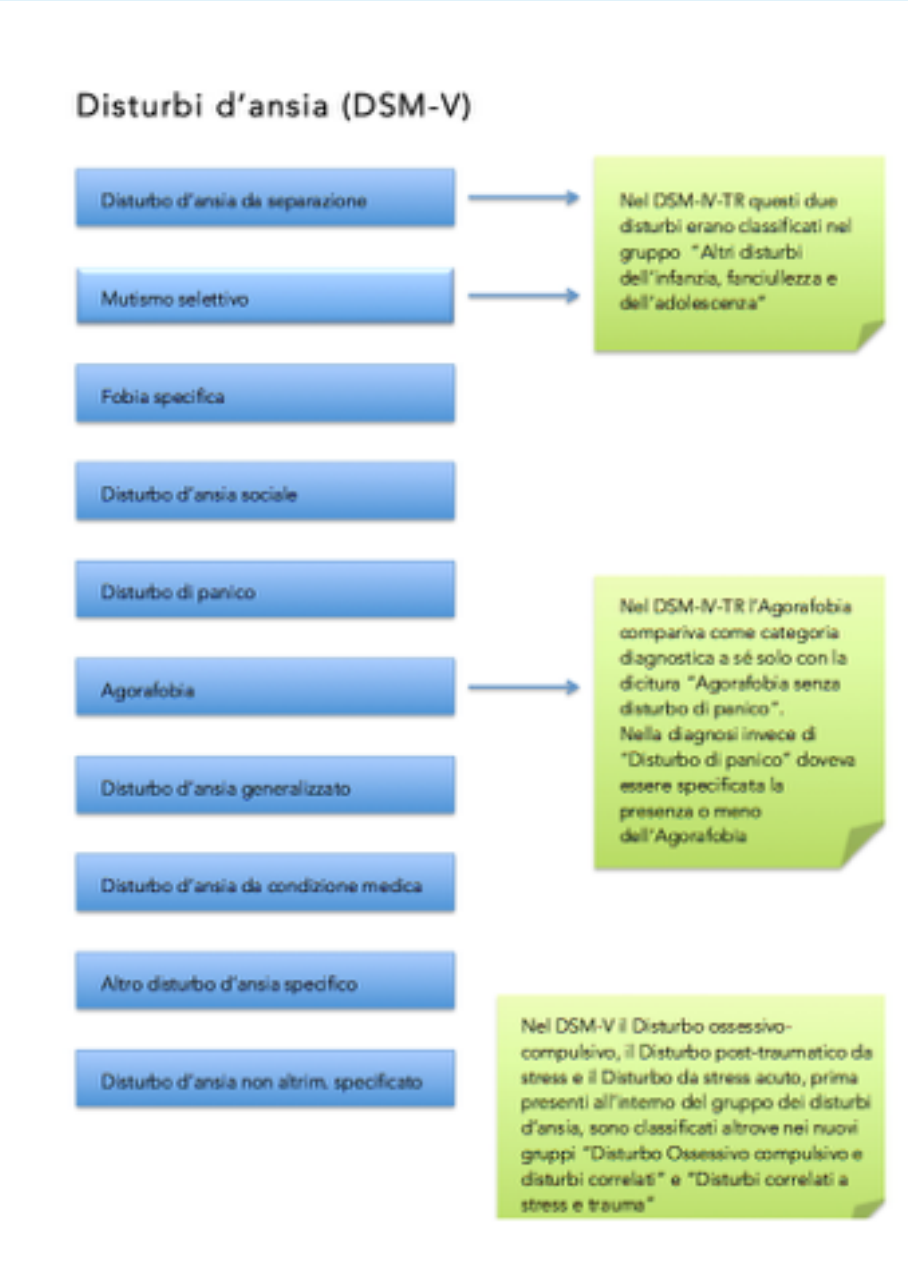
I sintomi dell'ansia

L'**ansia** si manifesta attraverso forme di tipo fisiologico:

- aumento del battito cardiaco.
- aumento della concentrazione per affrontare la minaccia.
- attacco – fuga.

Nel dettaglio, la **sintomatologia ansiosa**, che si manifesta con maggiore gravità nel Disturbo di Panico, comprende: palpitazioni, cardiopalmo o **tachicardia**, aumento della sudorazione, tremori fini o a grandi scosse, dispnea o sensazione di soffocamento, sensazione di asfissia, dolore o fastidio al petto, nausea o disturbi addominali, sensazioni di vertigine, di instabilità, di "testa leggera" o di svenimento, brividi o vampate di calore, parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio), derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi), paura di perdere il controllo o "impazzire" e paura di morire.

I **sintomi dell'ansia** in questione, come anticipato, compaiono tra i criteri diagnostici del Disturbo di Panico nel DSM-5, quindi non necessariamente si presentano in tutti i pazienti che soffrono di **ansia** e comunque possono declinarsi diversamente a seconda del soggetto in questione. E' lecito parlare di attacco di panico quando il soggetto esperisce un'improvvisa paura o disagio intensi che raggiungono il picco in pochi minuti, accompagnati da quattro o più dei sintomi sopraelencati.


Disturbi d'ansia (DSM-V)
Disturbo d'ansia da separazione
Mutismo selettivo
Fobia specifica
Disturbo d'ansia sociale
Disturbo di panico
Agorafobia
Disturbo d'ansia generalizzato
Disturbo d'ansia da condizione medica
Altro disturbo d'ansia specifico
Disturbo d'ansia non altrim. specificato
Nel DSM-IV-TR questi due disturbi erano classificati nel gruppo "Altri disturbi dell'infanzia, fanciullezza e dell'adolescenza"
Nel DSM-IV-TR l'Agorafobia compariva come categoria diagnostica a sé solo con la dicitura "Agorafobia senza disturbo di panico". Nella diagnosi invece di "Disturbo di panico" doveva essere specificata la presenza o meno dell'Agorafobia
Nel DSM-V il Disturbo ossessivo-compulsivo, il Disturbo post-traumatico da stress e il Disturbo da stress acuto, prima presenti all'interno del gruppo dei disturbi d'ansia, sono classificati altrove nei nuovi gruppi "Disturbo Ossessivo compulsivo e disturbi correlati" e "Disturbi correlati a stress e trauma"

Quali sono i disturbi d'ansia?

E' importante saper distinguere però stati prolungati di paura e ansia e disturbo d'ansia. Parliamo di disturbo d'ansia quanto i sintomi si presentano in genere per almeno 6 mesi di tempo. Il valore dei 6 mesi è comunque indicativo ma non normativo, ci sono infatti situazioni che possono essere considerate disturbo anche se tale periodo di tempo non è passato (ad esempio i disturbi d'ansia nei bambini hanno criteri differenti). In generale comunque chi soffre di disturbo d'ansia tende a sovrastimare il pericolo di una determinata situazione, a mettere in atto comportamenti di evitamento o ad avere una sensazione di ansia percepita soggettiva eccessiva.

In genere i disturbi d'ansia possono comparire già nell'infanzia e tendono a rimanere stabili se non vengono adeguatamente trattati. Sono maggiormente presenti nelle donne rispetto agli uomini e sono diagnosticabili come tali solamente se è possibile escludere altre cause (psicologiche o fisiologiche) che possono portare ad alti livelli di attivazione.

Questi disturbi sono definiti all'interno del DSM-5 nel capito specifico per i disturbi d'ansia e sono:

- **disturbo d'ansia da separazione**
- **mutismo selettivo**
- **agorafobia**
- **l'ipocondria**
- **fobie specifiche**
- **il disturbo d'ansia generalizzata**
- **il disturbo di panico**
- **la fobia sociale**
- **disturbo d'ansia indotto da sostanze**
- **disturbo d'ansia causato da altre situazioni mediche**

Altri disturbi presenti in questo capito nelle versioni precedenti del DSM-5 sono stati attualmente inseriti all'interno di capitoli diversi come il **disturbo ossessivo-compulsivo** e il **disturbo post-traumatico da stress.**

Il disturbo d'ansia generalizzata

Per quanto riguarda il **Disturbo d'Ansia Generalizzata** (DAG), esso si caratterizza per **ansia** e preoccupazione (attesa apprensiva) eccessive, che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi, relative a una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche) (APA, 2013), generalizzata appunto. L'individuo ha difficoltà nel controllare la preoccupazione e l'**ansia**, che si reputa eccessiva per intensità, durata o frequenza rispetto alla realtà probabilità o impatto dell'evento temuto, si associa a tre o più dei seguenti sintomi: irrequietezza (sentirsi tesi, con i nervi a fior di pelle), affaticamento, difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria, irritabilità, tensione muscolare e alterazioni del sonno (difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, o sonno irrequieto e insoddisfacente).

Ciò che permette di tracciare un confine tra patologico e non, è la dimensione eccessiva delle preoccupazioni e l'impatto negativo che sortiscono sul funzionamento psicosociale dell'individuo. Rispetto al Disturbo di Panico, inoltre, il **disturbo d'ansia generalizzata** è caratterizzato da **sintomi ansiosi** edulcorati nella loro intensità ma protratti nel tempo e, quindi, parimenti debilitanti. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità soffre di **disturbo d'ansia generalizzato** il 5% della popolazione mondiale, soprattutto donne. Solo un terzo di chi ne soffre, tuttavia, si rivolge ad uno specialista della salute mentale, in quanto i **sintomi fisici dell'ansia** spesso portano i pazienti a rivolgersi ad altre figure professionali (es. medico di base, internista, cardiologo, pneumologo, gastroenterologo).

Il disturbo d'ansia sociale

Il **Disturbo d'Ansia Sociale** (o **Fobia Sociale**), invece, si caratterizza per una paura o **ansia** marcate relative a una o più situazioni sociali nelle quali l'individuo è esposto al possibile esame degli altri. Gli esempi comprendono interazioni sociali (per es., avere una conversazione, incontrare persone sconosciute), essere osservati (per es., mentre si mangia o si beve) ed eseguire una prestazione di fronte ad altri (per es., fare un discorso) (APA, 2013).

Ciò che realmente teme l'individuo è la possibilità di agire in modo tale da manifestare i suoi **sintomi d'ansia**, che saranno valutati negativamente (perché imbarazzanti, umilianti, porteranno al rifiuto o risulteranno offensivi per altri). Come in molti **disturbi d'ansia**, le **situazioni ansiogene** sono evitate o sopportate con disagio dal paziente.

La paura, l'**ansia** e l'evitamento per porre **diagnosi di ansia sociale** devono durare più di 6 mesi e devono risultare sproporzionate rispetto alla reale minaccia posta dalla situazione. I soggetti che ne soffrono, inoltre, possono risultare anassertivi o eccessivamente remissivi, possono evitare il contatto visivo e parlare a voce bassa; possono inoltre risultare timidi, essere meno aperti nelle conversazioni e rivelare poco di sé stessi.

Ansia e altre patologie

E' bene, infine, menzionare le patologie frequentemente in comorbilità con i **disturbi d'ansia**. Con questo termine nel linguaggio medico e psichiatrico si intende la compresenza di un'ulteriore patologia, solitamente di diversa origine, durante il decorso clinico di quella considerata. Ad esempio potremmo diagnosticare un **disturbo d'ansia** in comorbilità al disturbo da deficit di attenzione/iperattività o ADHD.

Le malattie che più frequentemente si associano ai **disturbi d'ansia** sono: depressione (soprattutto), disturbi bipolari, ADHD, patologie respiratorie, cardiache e gastrointestinali, artrite e ipertensione (Sareen et al., 2006). E' inoltre stato osservato come pazienti con altre malattie in comorbilità ai **disturbi d'ansia** evidenzino un peggiore decorso del disturbo e una qualità di vita inferiore rispetto a pazienti colpiti unicamente da un **disturbo d'ansia** (Sareen et al., 2006).

Queste informazioni rispetto alla comorbilità dei **disturbi d'ansia** sono di fondamentale importanza ad esempio per stabilire quali farmaci impiegare e quali no. Un esempio calzante potrebbe riguardare l'uso degli SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors), farmaci di sovente impiegati per il trattamento della depressione, ma anche dei **disturbi d'ansia**, nei pazienti cardiopatici; questi farmaci, infatti, sono ritenuti il trattamento di elezione per questi pazienti, dato che gli antidepressivi triciclici (TCA) risultano cardiotossici.

DISTURBI SOMATOFORMI

Il disturbo da sintomi somatici e altri disturbi correlati costituisce una nuova categoria del DSM-5 nella quale si evidenzia una particolare attenzione non tanto ai sintomi somatici in se stessi, quanto al modo in cui le persone li presentano e li interpretano. La possibilità di includere la componente affettiva, cognitiva e comportamentale fra i criteri relativi alla diagnosi di disturbo da sintomi somatici consente più facilmente di condividere con la persona una concettualizzazione più comprensiva della problematica, avendo presenti le varie componenti della stessa: stili di pensiero, strategie di coping, stress, fattori familiari, fattori ambientali.
Mentre in passato l'accento veniva posto sui MUS (MUS=medically unexplained symptoms), sulla mancanza di una spiegazione medica, attualmente nella diagnosi di disturbo da sintomi somatici l'attenzione viene posta su sintomi oggettivi: sintomi somatici che procurano disagio accompagnati da pensieri, sentimenti e comportamenti anomali. Questo dovrebbe facilitare l'accoglimento della diagnosi da parte della persona, il suo coinvolgimento e la sua motivazione al trattamento.
Questa differenza di approccio appare evidente, confrontando la classificazione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-IV-TR con l'attuale classificazione Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5.

DISTURBI SOMATOFORMI
Classificazione secondo il DSM V

La nuova 5.a edizione de Manuale (DSM-5, maggio 2013; pubblicazione in italiano marzo 2014) ha riclassificato i disturbi somatoformi distinguendoli in:

Disturbo da Sintomi Somatici
presenza di sintomi fisici (sia MUS che organici) ma con un'eccessiva preoccupazione per la propria salute. **Semplice o Complesso**
(a seconda della durata dei sintomi, almeno 1 mese o almeno 6 mesi)
Se i sintomi preminenti sono da dolore, la categoria diagnostica viene specificata come **Sottotipo algico**.

Disturbo da Ansia per la Salute:
eccessiva preoccupazione per la salute fisica, pur in assenza di sintomatologia fisica significativa (è la vecchia nozione di ipocondria)

Disturbo di Conversione:
anche denominati Disturbo da Sintomi Neurologici Funzionali

DSM-5
Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati

La caratteristica comune a questi disturbi è la rilevanza di sintomi somatici legati a disagio e compromissione significativi. La principale diagnosi di questa classe diagnostica, quella di disturbo da sintomi somatici, dà rilievo a una diagnosi posta in base a sintomi e segni positivi (sintomi somatici che procurano disagio accompagnati da pensieri, sentimenti e comportamenti anomali, e comportamenti adottati in risposta a tali sintomi), piuttosto che all'assenza di una spiegazione medica per tali sintomi somatici.

- Disturbo da sintomi somatici
- Disturbo da ansia di malattia
- Disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali)
- Fattori psicologici che influenzano altri condizioni mediche
- Disturbo fittizio
- Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione
- Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati senza specificazione

N.B. Il disturbo da dismorfismo corporeo è stato inserito all'interno del Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati.

https://studicognitivi.it/disturbo/sintomi-somatici/

Modulo 2

"ASSISTENZA ALLA REALIZZAZIONE DI LABORATORI E ALL'ESPRESSIONE DI LINGUAGGI ALTERNATIVI"

Unità Formative:

UF1 – caratteristiche e impiego creativo di materiali da manipolazione

UF2- caratteristiche e impiego creativo di materiali poveri e/o di riciclo

UF3- elementi di metodologia del gioco e dell'animazione

La cura in salute mentale

(*Rivista "Animazione sociale" n. 02/2018 p. 38, pp. 77-81*)

Sentiamo di muoverci dentro un paradigma che si è via via irrigidito negli anni: assegnando ruoli e codificando prestazioni. Una rigidità che si ripercuote sui percorsi delle persone, rendendoli meno dinamici ed evolutivi, e che rischia di allontanare il sistema dall'obiettivo per cui è nato: essere al servizio della cura, riabilitazione ed inclusione delle persone.

Percepiamo il rischio di smarrire all'interno del sistema, il valore aggiunto della nostra presenza, legato alla capacità di rendere le persone protagoniste dei loro percorsi, ***aiutandole a non pensare che la storia di vita si esaurisca nella storia della malattia***, ma che vi possa essere una vita al di là del disturbo mentale. Una capacità che fa leva sul restituire potere (**empowerment**), sul favorire una ripresa di sé e della propria vita (**recovery**).

Avvertiamo il rischio di chiuderci troppo dentro la gestione dei servizi e delle strutture, perdendo la dimensione della territorialità (del radicamento dentro le reti della comunità locale), che è la dimensione che permette alle persone di pensarsi come abitanti di un contesto e non solo come pazienti di un servizio.

Un gesto semplice ma potente: accompagnare

Accompagnare non è controllare.

Accompagnare è mettersi al fianco dell'altro/a e condividere la fatica, ma anche la bellezza di un percorso. Non è lasciare sulle sue spalle il pesi degli obiettivi da raggiungere, ma pensare con lui/lei che cosa potrà aiutarlo a conseguirli.

Non è né precederlo né seguirlo e neanche prenderlo in carico. E' rimpiazzare il controllo con la presenza, la vigilanza con la cura, la sicurezza con la rassicurazione.

Accompagnare è far sì che l'altro si senta via via più capace di condurre la propria vita.

METODOLOGIE E TECNICHE DELL'ANIMAZIONE

Definizione terminologica

Dal latino "animatio"

(parola che compare originariamente in ambito teologico per indicare l'azione di Dio, dello spirito vitale che vivifica il corpo attraverso l'unione con l'anima)

indica l'azione di comunicare o di conferire la vita

Soffio vitale (anima) + azione

Con l'azione si determina un cambiamento
col soffio "si toglie la polvere",
si dà impulso ad immaginare, oltre l'ordinario stato delle cose, nuovi scenari, nuove relazioni sociali e comportamenti interpersonali, nuove prospettive personali e artistiche.

ANIMAZIONE =

è trasgressione

nel senso etimologico di

"passare oltre"

Essendo l'animazione nata come pratica, ha sofferto e soffre tuttora di grosse lacune teoriche. Come in tutte le discipline, il tuffo costante degli operatori nella prassi quotidiana impedisce spesso la riflessione sul senso e sui limiti di questa prassi.

Nel definire una disciplina o una pratica sociale non si può fare a meno di chiedersi quali ne siano i confini e quale lo "specifico" rispetto a discipline e pratiche vicine.

Per descrivere in che modi e con quali strumenti opera l'animazione (come il titolo richiede), è indispensabile premettere una definizione di animazione.

Forse la confusione teorica circa lo specifico dell'animazione ha consentito molte sperimentazioni fruttuose; forse anche è sembrata favorire per molti giovani, senza prospettive professionali precise, una maggiore ampiezza di interventi. Non sono pochi coloro che in questi anni hanno pensato che il non definire l'animazione in uno specifico lasciava le porte aperte ad ogni settore, ad ogni tecnica, ad ogni utenza. L'animazione senza specifico è stata per molto una pratica buona per ogni specifico, e questo ha forse favorito, in tanti anni, l'idea di un'animazione forte e potente. Nella fase storica più "eroica" dell'animazione, all'incirca fra il '68 ed il '75, l'idea aveva qualche fondamento. Molti settori con uno specifico preciso e tradizionale (come il teatro, la scuola, la politica, l'informazione ed il tempo libero) erano in crisi e l'animazione sembrava non tanto destinata a rinnovarli quanto a sostituirli.

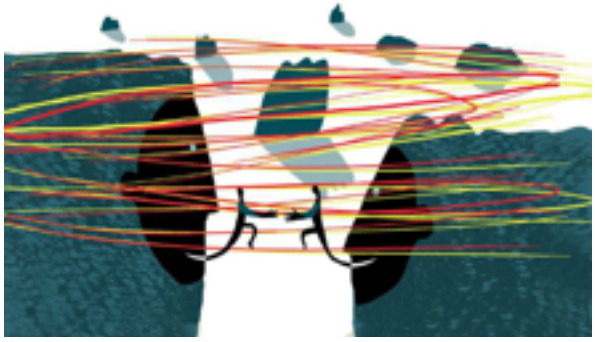
Lentamente, però, questi settori si sono riavuti dallo smarrimento, hanno inglobato alcune provocazione dell'animazione, si sono in parte rinnovati ed hanno riaffermato, non senza modifiche, il loro specifico.

E l'animazione ha scoperto la precarietà in cui l'ha gettata l'assenza di un'area propria ed esclusiva.

Oggi la definizione di un'area propria ed esclusiva per l'animazione è una condizione per la sua stessa esistenza.

Trovare uno specifico per una pratica sociale significa individuare un settore nel quale solo quella pratica o quella pratica più di altro, è efficace. Non importa se il settore individuato è limitato, ciò che conta è se quello spazio è occupato con competenza nell'interesse della comunità. Qualcuno identifica lo specifico di una pratica sociale con la specializzazione che deriva dalla divisione del lavoro, e rifiuta il primo in nome della contestazione alla seconda. Purtroppo i binomi specializzazione-despecializzazione e specifico-generale sono solo due delle numerose false contraddizioni nelle quali è impaniato il pensiero occidentale nell'ultimo decennio. Solo ora sta diventando chiaro a molti che è necessaria una specializzazione affiancata da una visione despecializzata, ed uno specifico accanto ad un'intenzione generale.

I settori tradizionalmente specializzati si sono ripresi il loro spazio e l'animazione rischia di non trovare più alcun spazio.



D'altra parte fin dall'inizio, *l'animazione si è presentata con due anime.* In molti settori della pratica sociale l'animazione è stata introdotta o assimilata come un *"metodo"* nuovo nella gestione di lavori tradizionali, come un corpo di nuove tecniche e strumenti dei quali arricchire vecchie professioni.

Per esempio nella scuola l'animazione ha significato un modo nuovo di insegnare ed un insieme di nuove tecniche didattiche o educative. Così è stato nel lavoro socioculturale, nel lavoro sociale in genere, nel lavoro educativo.

In questi casi il metodo e le tecniche dell'animazione dono divenute bagaglio dei vecchi operatori; l'animazione si è diluita nei settori che avevano uno specifico tradizionale.

La seconda anima dell'animazione, quella che ha forse più spazio nel futuro, è quella che si presenta come *"contenuto"* e come *"attività"*. E' l'animazione che si può definire genericamente del tempo libero, e che dispone di operatori a tempo pieno, specializzati.

Arriviamo dunque alla nostra definizione di animazione.

Essa è una **pratica sociale finalizzata alla presa di coscienza ed allo sviluppo del potenziale represso, rimosso o latente, di individui, piccoli gruppi e comunità.**

Ci sembra questa la definizione più accettabile, distillata da quindici anni di esperienza storica d'animazione in Italia.

Anzitutto diciamo che l'animazione è una *"**pratica sociale**"*, non una teoria ne una disciplina. E' nell'ordine logico dell'insegnamento, della terapia, dell'assistenza sociale; si colloca nell'ordine della prassi, dell'azione concreta. Come pratica sociale, si basa su numerose teorie antitetiche; e fa uso di tutte le discipline scientifiche che le servono.

Come ogni pratica, si definisce meglio in termini funzionali: l'animazione serve a "far prendere coscienza ed a sviluppare un potenziale". Alcuni animatori e molti utenti identificano l'animazione con la ricreazione o il divertimento e la festa. Noi diciamo che questi possono essere elementi o tecniche dell'animazione; accettiamo il fatto che possano essere elementi importanti dell'animazione, ma *rifiutiamo* in modo fermissimo ogni omologazione. Il divertimento e la festa sono inseriti spesso nella scuola, dagli insegnanti più bravi, ma non per questo l'insegnamento e l'educazione sono identificabili col divertimento. Molti gruppi di animazione si riducono alla pratica aberrante di omologare l'animazione in piazza, quella dei villaggi turistici, dei Partiti di massa.

Certi eventi di ispirazione circense si ripetono inesorabili nella fabbrica occupata come al Club Mediterranée, al Festival dell'Unità e a quello dell'Amicizia, nel cortile della scuola elementare come nel vecchio ospedale psichiatrico. Se non si rigetta con forza l'*equazione animazione-festa,* prima o poi si arriva all'equazione animazione-stadio-ballo liscio-serata del dilettante.

Altri animatori ed utenti identificano l'animazione con le tecniche: burattini, bricolage, fotografia, ceramica, tessitura. Tutto il vecchio apparato degli hobbies e del "fai da te" diventa animazione. Per definizione le tecniche sono lo strumento che serve a qualche fine: sostituire o identificare col fine è una bassa operazione da mercato.
Purtroppo, grazie alla natura rassicurante ed edificante delle tecniche, si tratta di un'operazione diffusissima.
Altri, infine, identificano l'animazione con l'educazione. Se questa omologazione fosse possibile come giustificheremmo l'uso di una parola diversa? In realtà l'educazione è un processo articolato e complesso, che comprende una serie di pratiche parziali come l'animazione, l'istruzione, l'addestramento. La distinzione si giustifica, quindi, in quanto una pratica (l'animazione) è un segmento dell'altra (l'educazione).

Lo specifico dell'animazione è il processo di presa di coscienza e di sviluppo di qualcosa che è potenziale. Essa dunque serve (ed in tal senso deve ricercare ed attrezzassi) finché esiste qualcosa di non cosciente o di poco sviluppato; va applicata ed usata in quelle situazioni e verso *quegli utenti che "hanno qualcosa dentro da tirare fuori"*, sia questo qualcosa un bisogno, un desiderio, una capacità o un sogno.
Per esempio, degli individui possono avere un potenziale corporeo o mimico sottoutilizzato, represso: l'animazione può far loro scoprire questo potenziale esistente, può aiutarli a percepire il bisogno di esprimerlo, può magari sviluppare il loro interesse per esso. Ma un corso di yoga o di danza è una pratica di insegnamento o di addestramento, non di animazione. L'animazione ha come specifico la scoperta, lo stupore, la illuminazione, la presa di contatto, la esplorazione del possibile e del potenziale. Per un verso è un campo molto ristretto, ma per un latro verso si tratta di un'area cruciale. Se è vero che il mondo occidentale è connotato da una alienazione di massa,cioè da un'espropriazione degli uomini dal proprio possibile, l'animazione non ha davvero uno specifico per conto suo. Sviluppare il potenziale corrisponde ad aumentare il possibile, cioè il potere dei soggetti. L'animazione in sostanza è una pratica finalizzata a facilitare la presa del potere degli utenti. *La catena potenziale - possibile- potere* è l'opposto della catena *attuale - reale - alienazione.*
Il potenziale di cui far prendere coscienza e da sviluppare è quello "represso, rimosso o latente". Il potenziale *latente* è quello dei bambini; quello *rimosso* è quello che gli adulti hanno relegato nel dimenticatoio, disabituati ad esprimerlo a causa del sistema in cui vivono; il potenziale *represso* è quello che le organizzazioni o la società comprimono.
Dire che questi sono i potenziali di cui si occupa l'animazione significa *escludere quei potenziali di cui la società facilita l'attuazione:* come l'aggressività, la competizione, la tendenza all'evasione, il conformismo, la dipendenza o l'emulazione.
L'utenza dell'animazione non sono solo gli individui, ma anche i gruppi e le comunità, cioè quelle aggregazioni, formali o informali, che sono diverse dalla semplice sommatoria degli individui che le compongono.
Una definizione di questo tipo è, per forza di cose, generale e discutibile: tuttavia ci sembra un punto fermo da cui partire per un discorso sui metodi e le tecniche. Vorremmo

che altri facessero uno sforzo teorico nella individuazione dello specifico, senza fughe nel genericismo e con un congruente sforzo operativo.

Aree di intervento specifico
Se l'animazione si occupa del potenziale represso, rimosso o latente è comprensibile come in questi anni certe aree siano state oggetto specifico dell'intervento animativo.

Essere animatore significa …

esprimere ("spremere fuori", "tirare fuori" da sé)
ciò che si ha e ciò che si è.
Occorre essere coscienti del fine del proprio operato. Possedere non soltanto una conoscenza tecnico-teorica, ma comunicare in modo equilibrato, essendo sempre al servizio degli altri.

CHI E' L'ANIMATORE?

è …
"un personaggio in parte vecchio in parte nuovo, un po' scrittore, un po' ricercatore sociale, un po' educatore e mediatore e un po' **cercatore d'anime**, un po' capace d'avventure, capace di porsi in rapporti con la scuola, i partiti, i movimenti e i gruppi, le bande, i matti, le case di cura e assistenza, le biblioteche... un po' inventore dell'immaginario, un po' costruttore di nuovi riti …" (Scabia)

Le aree dell'animazione:

Area della socialità

E' ormai assodato, che il sistema sociale dell'era industriale avanzata si fonda sull'inaridimento delle relazioni interpersonali e sociali. Il processo di alienazione, cioè di riduzione dell'uomo a cosa, unito al processo di deterritorializzazione, cioè di sradicamento dell'individuo dal suo tessuto storico, hanno reso sempre meno frequenti gli incontri autentici fra le persone.
L'uomo produttore-consumatore è stato omologato, reso equivalente, massificato. L'individuo monodimensionale ha perso lentamente la sua unicità ed il suo valore di persona, diventando ingranaggio fungibile del sistema produttivo e consumistico.
Non solo la famiglia è stata la prima vittima di questo processo, ma via via ne sono stati intaccati la coppia, il gruppo amicale, la comunità. La spinta alla socialità, ai rapporti faccia a faccia, solidaristici e fraterni, passa da una situazione di latenza nell'infanzia ad una situazione di rimozione nell'età adulta. Al punto che oggi molto uomini non riescono più neppure a percepire la socialità come un loro bisogno naturale. Alla soglia di quella che qualcuno ha chiamato l'era "energotronica", l'umanesimo sembra un reperto archeologico.
L'animazione si è posta fin dagli inizi come una pratica "eversiva" di questa tendenza economistica e macchinistica. La scoperta del sè e dell'altro, del "noi" come insieme di bisogni e sentimenti, dei rapporti fra persone, individui irriproducibili dotati di senso e di valore: questa è forse l'area più importante dell'intervento animativo.
La scoperta della socialità, non solo come condizione di un vivere umano, ma anche come premessa di un vivere civile e politico, ha portato l'animazione ad operare sul fronte della partecipazione, cioè della socializzazione del potere.

Area della fisicità

Una civiltà dell'energia e dell'elettronica, della razionalità e della tecnica, tende a rimuovere la natura come un ostacolo ed un errore. La natura ed il territorio come il corpo umano vengono considerati residui di un passato primitivo e selvatico. Il codice dell'artificiale e del cerebrale tendono a sostituire il codice del naturale e del corporale. Corpo umano e natura vengono considerati al massimo come luoghi di consumo ed il loro valore è solo quello di scambio.
Un bosco ed un corpo hanno smarrito il loro inestimabile valore d'uso ed il loro senso, per essere quantificati come unità di scambio monetario.
L'animazione ha colto questa tendenza ed ha cercato di opporvisi. La fisicità dell'uomo e della natura è stata rivalutata come un bisogno insopprimibile, come dotata di senso e valore, come potenziale indispensabile ed una qualità umana della vita. Attività ecologiche e naturalistiche, di educazione sanitaria ed alimentare, di valorizzazione corporea in senso salutistico o espressivo: sono divenute area specifica dell'animazione.

Area dell'espressività attraverso linguaggi plurimi

La nostra società è impostata sul codice verbale, a causa della sua razionalità ed economicità. Gli altri codici espressivi vengono usati a scopi di suggestione e manipolazione (v. mass-media), oppure delegati ad artisti e tecnici, casta sopportata o cooptata dal potere.
L'espressione grafica e pittorica, cinefotografica, mimica e drammatica, musicale e poetica è stata sottratta alla generalità delle persone in nome di una funzionalità che è solo economica. L'espressività manuale è stata soppiantata dai processi di produzione industriale e dal macchinismo, ancora in nome dell'economicità del danaro e della fatica.
Il risultato è una folla di soggetti padroni di trecento vocaboli, totalmente dipendenti dai messaggi, prodotti da artisti e tecnici, controllati dalle leggi del mercato e del potere. Il progetto di uomo sottostante è quello di fruitore, consumatore, ascoltatore, spettatore di simboli e messaggi, giammai produttore. La massa non deve esprimersi: l'elite si esprime al suo posto.
L'animazione ha avuto il merito di segnalare questo processo aberrante, non solo con una teoria critica, ma con una prassi alternativa. Ogni sforzo dell'animazione è stato finalizzato a far riappropriare i soggetti del potere e della capacità di esprimersi e produrre cultura, con tutti i linguaggi espressivi. Non sempre la produzione individuale assurge a livelli ecumenici e metastorici; quasi mai è commerciabile. Tuttavia ha un grande valore per il soggetto che si esprime e che in questa espressione trova modo di "parlare". In questo senso l'animazione ha posto fin dall'inizio maggiore accento sul "processo" di produzione espressiva, piuttosto che sul "prodotto". La perfezione formale ha senso solo nell'ottica della commerciabilità o dell'arte, intesa come messaggio universale; ma perde senso se ci poniamo nell'ottica del prodotto d'uso (o del processo produttivo) individuale.

Area della creatività

Una società impostata sull'uomo-massa, omologato e fungibile, non può che tendere al conformismo ed al realismo. I bambini non sono considerati per il loro potenziale fantastico e divergente, ma come miniature di operai e soldati.
Creatività e fantasia sono errori, pericoli o gratuite perdite di tempo. La divergenza è inutile quando addirittura non dannosa. L'animazione , fin dall'inizio, ha capito che suo compito era difendere il potenziale di immaginazione e fantasia dei bambini, ed ove possibile svilupparlo.
Spettacolazioni, drammatizzazioni, fiabe, sogni mimati, costruzioni di "macchine celibi", poesie ironiche, libere associazioni di disegni "assurdi" sono stati fin dall'inizio gli sforzi dell'animazione.

Area del gioco

In una società ove tutto è mercé, la gratuità diventa un valore rivoluzionario. Diffondere ovunque il gioco assumere il significato di rivalutare la gratuità e la superfluità come momento altamente educativo e liberatorio.
Il gioco infantile ed adulto è un'attività libera di riprogettazione del mondo. Chi gioca è padrone del gioco, gioca per se stesso, imita ed insieme modifica la vita reale. Si diverte, cioè fa un'esperienza di diversità.
L'animazione ha tentato e tenta di operare in quest'area, dando al gioco un alto valore per lo sviluppo di tutto il potenziale umano.

Le metodologie

II problema metodologico è al centro del dibattito delle scienze e pratiche sociali dell'ultimo secolo. Non è dunque risolvibile dall'animazione, ne sintetizzabile in questo breve scritto. Tuttavia occorre parlarne.

Per metodo intendo l'architettura procedurale, l'insieme delle categorie concettuali che raggruppano gli atti (tecniche e rapporti) concreti, nel nostro caso, dell'animazione. Un metodo fondato è insomma un sistema complesso, che si situa come ponte fra il sistema dei fini ed il sistema degli atti quotidiani. *Poiché l'animazione è una parte dell'attività educativa, i suoi metodi rispecchiano quelli dell'educazione.* Definire il metodo significa definire: i ruoli degli attori, la qualità del rapporto fra essi , la funzione dei mezzi tecnici. Ciascuna di queste variabili ha influenza sulle altre e la variazione di una implica la variazione delle altre.
Il dibattito sul metodo negli ultimi vent'anni è stato inquinato dalla trasposizione nelle attività educative di ideologie politiche generali. Sommariamente possiamo sintetizzare il dibattito sul metodo in questi termini.
Da una parte il *metodo tradizionale*, direttivo o trasmissivo, che vede nell'animatore o educatore, la fonte del potere e del sapere e nell'utente il ricettore passivo; il rapporto che lega i due soggetti è di tipo dominio-dipendenza; le tecniche sono rituali utili alla trasmissione ma anche alla perpetuazione del potere dell'operatore.
All'opposto *il metodo attivo*, cooperativo e di ricerca, che vede nell'animatore uno stimolo, nell'utente un soggetto attivo; il rapporto fra i due è paritario e di scambio; le tecniche sono il punto di incontro fra i due attori, l'area del lavoro comune.
All'opposto dei primi due metodi, viene collocato *il metodo non-direttivo,* basato sull'induzione e la maieutica; con l'animatore presente come persona (cioè senza ruolo), l'utente come soggetto del potere, il rapporto fra i due alla pari, le tecniche ridotte al minimo o inesistenti. I tre modelli presentati all'osso, sono riferibili alla scuola italiana in genere (direttivo); ai Cemea francesi, Paulo Freire, Dewey (attivo); a C.Rogers e M. Pages (non direttivo). In termini politici i metodi erano riferiti rispettivamente alla

conservazione, al progressismo, alla pratica rivoluzionaria. In realtà ora si vede chiaramente, raffreddati gli impulsi emotivi, che questa modellistica è irreale.
In primo luogo perché nessuno dei tre modelli è riscontrabile allo stato puro; in secondo luogo perché un metodo va considerato evolutivamente e non statisticamente. Non solo. Andando oltre le dichiarazioni di metodo, occorre analizzare il comportamento dell'operatore e la coerenza fra metodo dichiarato e metodo praticato.
Troviamo allora che la maggiore coerenza fra metodo dichiarato e praticato è riscontrabile all'interno dei sostenitori della direttività. I metodi attivi ed i metodi non direttivi, laddove vengono praticati, si basano su un'allucinazione fondamentale: l'ipotizzata uguaglianza fra animatore ed animato, educatore ed educato. Postulare questa uguaglianza significa anzitutto misconoscere l'importanza dei ruoli, non solo a livello oggettivo, ma soprattutto a livello soggettivo. Non sarà certo perché l'animatore arriva vestito da clown, che i bambini smetteranno di "viverlo" come un'autorità! In secondo luogo l'allucinazione dell'uguaglianza postulata, consente all'animatore di non assumersi responsabilità in ordine al successo o insuccesso del lavoro. Quanti animatori ed insegnanti, sedicenti innovatori, sono arrivati ad un comportamento permissivo ed abdicatori, in nome del lavoro attivo e non direttivo? Infine, il che è più grave, la denegazione della diseguaglianza, consente proprio la sua conservazione. Non sono pochi gli animatori che, partiti da manifesti di non-direttività, sono arrivati a posizioni da guru, santoni, mistici dell'animazione, con relativo seguito di proseliti, prostrati e plagiati!
Inoltre sia il metodo attivo che il metodo non-direttivo saltano a piedi pari, con sospetta disinvoltura, il problema del conflitto che è invece centrale in ogni progetto di vera crescita. Crescere significa anche misurarsi, a volte con alti costi psicologici, con l'autorità incarnata dall'educatore-animatore. Non offrire questa esperienza all'utente, non è forse una seduzione utile solo all'animatore? Gli operatori educativi orientali direttivamente sono stati accusati di seguire pulsioni sadico-anali, e ciò è stato spesso dimostrato vero; ora si comincia ad intravvedere però che le pulsioni orali e le istanze fusionali di molti innovatori non sono affatto più funzionali all'utente.
L'animazione, giunta allo stadio dell'adolescenza, si sta convincendo che *i tre metodi vanno usati in modo combinato*, in base agli obiettivi ed ai tempi.
L'uguaglianza fra educatore ed educando è l'obiettivo, non il punto di partenza; l'animatore ha dunque un potere, sia reale (conoscenze e capacità) sia fantasmatico (nella psiche dell'utente); l'utente ha un potere molto basso; la relazione fra i due, parte come dipendenza, usa per raggiungere gli obiettivi.

I metodi devono essere diversificati in base ai diversi obiettivi.

L'attività che si prefigge una trasmissione di informazioni deve essere direttiva: è una mistificazione ed una perdita di tempo gestirla con altri metodi. Le famose finte ricerche scolastiche che si riducono ad operazioni di ritaglio e collage hanno scarso senso.

La sensibilizzazione al contrario non può che essere ottenuta con metodi attivi o non direttivi, dal momento che richiede una mobilitazione emozionale, un movimento interno, che nessuno potrà ottenere in modo unidirezionale e trasmissivo.
L'attività ricreativa è per sua natura attiva, se si traduce in una rigenerazione del soggetto; l'uso di una metodologia passivante, fa della ricreazione una mera ripetizione.
L'attività di relazione e connessione può fare uso del metodo direttivo, nel senso di creare situazioni, anche imposte, che facilitino lo scambio tra individui, gruppi e servizi diversi. Tipico il caso dell'uso "imposto" di gruppi, misti per sesso, fra bambini.
Infine la formazione: attività complessa che deve far uso di una combinazione dosata fra i diversi metodi. Fanno parte della formazione segmenti diversi: l'informazione (metodo direttivo), la sensibilizzazione (metodo non direttivo o attivo), l'addestramento (metodo attivo).

Metodi tradizionalmente intesi		
DIRETTIVO trasmissivo	**ATTIVO cooperativo**	**NON DIRETTIVO indittivo**
detentore del potere è l'animatore; l'utente è privo di potere e passivo-ricettivo	il potere è distribuito fra animatore e utente; l'utente è "attivizzato" dall'animatore	il potere è dell'utente; l'animatore non ha potere che su di sè; l'utente è libero
relazione tipo dominio-dipendenza	relazione di scambio fra animatore e utente	relazione di scambio fra persone
animatore come capo	animatore come stimolo	animatore come persona e consulente
tecniche utili alla trasmissione e alla conservazione della diseguaglianza	tecniche utili alla stimolazione; luogo di incontro fra animatore e utente; lavoro comune	tecniche trascurate e demitizzare

Caratteristiche del metodo

Chi promuove un intervento/progetto di animazione occorre si rappresenti (si prefiguri, si immagini, ecc.), nella propria mente, ciò che vuole realizzare: quali finalità, obiettivi, destinatari, azioni, ecc. Il metodo può essere quindi assimilato ad una mappa, una rappresentazione della realtà per non procedere solo per prove ed errori.

In questa prospettiva un primo elemento di caratterizzazione della metodologia animativa può riguardare proprio i soggetti a cui essi intendono rivolgersi.

Conoscere ed accogliere rafforzano l'idea che alla base di un intervento/progetto di animazione vi debbano essere, da un lato, un consistente lavoro di riflessione sulle immagini e rappresentazioni che si hanno dei destinatari dell'intervento e, dall'altro,

un atteggiamento di accoglienza incondizionata dell'altro in quanto soggetto «protagonista», con i suoi bisogni e le sue attese ma anche con le sue paure, ansie, dubbi, ambiguità, ecc. Conoscere ed accogliere sono, quindi, precondizione per attivare energie, per mettere in moto, per permettere la crescita, il cambiamento, lo sviluppo.

Il metodo in animazione viene così ad esprimersi per la tensione continua verso la conoscenza dell'altro che, nel contempo, è anche esplorazione di se stessi, del proprio modo di pensare, giudicare, valutare. Non vi può essere accettazione della complessità del reale se non vi è la consapevolezza (conoscenza ed accettazione) della propria complessità.

In questa direzione la dimensione della ricerca così enfatizzata acquista un valore non formale: si tratta di privilegiare ciò che osserva, descrive e racconta piuttosto che ciò che spiega e definisce.

Solo così sarà possibile far sì che il progetto diventi vicino al «reale»: ciò significa tensione continua verso il tenere conto della concretezza delle situazioni particolari, degli eventi, delle storie delle persone e delle comunità per costruire insieme a questi elementi (e a partire da essi) storia.

Un secondo elemento di caratterizzazione del metodo può individuarsi nell'*approccio «processuale»*.

La capacità previsionale, nel caso dell'agire umano, è assai limitata e nessun esito di tipo sociale e educativo può essere garantito. Ciononostante la dimensione processuale può costituire un elemento di forza del metodo in quanto essa accetta che la realtà venga costruita lentamente, poco alla volta, attraverso un faticoso lavoro di negoziazione (con tutto il carico derivante dal dover reggere la «fatica» del prendere decisioni, del vivere conflitti, dell'accettare la dimensione emotiva dell'agire sociale) tra le parti in gioco: ad esempio amministratori, funzionari, tecnici, operatori, comunità locale nel suo complesso.

In questa prospettiva lungo il percorso vengono acquisiti nuovi elementi di conoscenza sul contesto, sui bisogni e sui problemi, sui soggetti e sulle risorse disponibili e attivabili, sulle competenze necessarie e su quelle esistenti e, di conseguenza, si rende possibile un lavoro di rielaborazione continua delle finalità, degli obiettivi, delle azioni, degli strumenti sempre in vista della valorizzazione dell'uomo e della comunità.

Un terzo elemento di caratterizzazione del metodo può essere individuato nella *dimensione della libertà*: si può parlare di metodo nel momento in cui le azioni e il modo di gestirle lasciano intravedere una forte attenzione alla libertà, alla possibilità di partecipare e aderire o meno.

Il rapporto con l'incertezza si presenta quindi come un aspetto correlato al tema della libertà: si tratta di lavorare ogni giorno, senza certezze e sicurezze, per costruire le condizioni necessarie a far sì che i soggetti coinvolti siano progressivamente in grado di costruire un futuro (qualsiasi esso sia) della situazione in cui sono implicati. In questa prospettiva assume particolare importanza la capacità di privilegiare un

continuo lavoro di osservazione ed esplorazione del proprio modo di vivere l'incertezza alla ricerca degli elementi che permettano, effettivamente, di costruire un futuro alle cose (relazioni, oggetti, situazioni, ecc.).

Un quarto elemento di caratterizzazione del metodo può essere intravisto nella *centralità della dimensione relazionale* e in particolare della relazione all'interno della dimensione di gruppo. Con ciò non si intende sottostimare la rilevanza della relazione duale, ma riconoscere che la peculiarità del realizzare animazione sia proprio l'avere a che fare con le persone nelle dimensioni di gruppo (gruppo-classe, gruppo spontaneo, gruppo nel centro di aggregazione, gruppo di promozione territoriale, gruppo di genitori, ecc.).

L'animazione sociale promuove il gruppo come luogo di incontro, scambio e progettualità, sostiene gruppi esistenti, favorisce l'integrazione tra gruppi operanti nel territorio, costruisce occasioni permanenti o meno di coordinamento tra realtà, associazioni, enti pubblici.

La quantità innumerevole di tipologie di gruppi propone all'animazione l'esigenza di un profondo lavoro di studio e ricerca sui gruppi, sul loro processo di vita, sulle loro dinamiche, sulle situazioni tipologiche di difficoltà, ecc.

Una quinta caratteristica del metodo deriva dall'**alto valore attribuito al fare insieme**, così come al dialogo e alla parola.

Agire, significa misurarsi con la dimensione del costruire concretamente (un torneo piuttosto che un corso, una rappresentazione teatrale piuttosto che una manifestazione musicale, ecc.), con le capacità che ciascuno possiede ma che sovente non conosce, con le capacità del singolo e le capacità, ma anche la complessità del «fare» in gruppo, con la capacità di costruire e realizzare progetti. Parlare, significa misurarsi con la dimensione dell'attribuzione di significati alle parole, con la capacità di raccontare/rsi e descrivere/rsi vissuti, esperienze e relazioni, con la capacità di argomentare; significa recupero del valore della parola, della costruzione di legami tra parole ed esperienze, recupero del passato (la storia, le emozioni, le idee, ecc.), del presente (le emozioni, i sentimenti, le opinioni, ecc.) e del futuro (le speranze, le prospettive, le preoccupazioni, ecc.). In questa prospettiva assume particolare importanza la capacità di favorire e sostenere l'utilizzo di modalità espressive diversificate e di favorire la sperimentazione di pratiche attive diversificate.

SEZIONE APPROFONDIMENTI

(clicca sul link)

La terapia occupazionale in psichiatria

https://docplayer.it/1366092-La-terapia-occupazionale-in-psichiatria.html

Laboratori espressivi

http://www.fermatadautobus.net/index.php?option=com_content&view=article&id=16&Itemid=127

https://www.ribalta.info/larte-aiuta-la-psichiatria/

ARTE ALIENATA- ART BRUT- OUTSIDER ART- ARTE TERAPIA: le visioni del disagio

Breve percorso iconografico dall'arte alienata, all'arte terapia

https://www.carlocoppelli.it/assets/arte-alienata.pdf

Biblioterapia

https://www.illibraio.it/biblioterapia-creativa-325789/

https://biblioterapiaitaliana.com/2019/03/25/la-lettura-con-pazienti-psichiatrici-e-disabili-descrizione-di-unesperienza-italiana/

Teatroterapia: La riabilitazione psichiatrica incontra il teatro

https://www.medicalive.it/teatroterapia-riabilitazione-psichiatrica/

http://www.errepiesse.it/archivio_files/Errepiesse%2013%20numero.pdf

Laboratorio dell'Arte delle parole, dei suoni e della musica

https://www.nuoveartiterapie.net/scrivere-il-proprio-corpo-l-autobiografia-tra-ricerca-di-senso-ed-esperienza-di-cura/

Il riciclo creativo: occasione di recupero, ricostruzione e riabilitazione di cose e persone

(clicca sul link)

Quando il design serve a ri-costruire. Anche se stessi

In provincia di Lodi un progetto dell'Azienda Ospedaliera aiuta i malati psichiatrici a uscire dal loro isolamento e integrarsi nella società. Ideando oggetti di uso quotidiano belli e utili

https://wisesociety.it/architettura-e-design/quando-il-design-serve-a-ri-costruire-anche-se-stessi/

Modulo 3

"ASSISTENZA ALLA REALIZZAZIONE DI LABORATORI E ALL'ESPRESSIONE DI LINGUAGGI ALTERNATIVI"

Unità Formative:

UF1 - elementi di psicologia sociale e di comunità
UF2 - sistema dei servizi sociali, culturali, ricreativi del territorio
UF3 - metodologie del lavoro di rete
UF4 - teoria e tecnica dell'animazione
UF5 - funzionamento di base delle principali attrezzature multimediali
UF6 - metodi e tecniche di monitoraggio e valutazione del lavoro di animazione

Che cosa sono le reti sociali

La rete sociale è costituita da uno o più insiemi di attori sociali e di relazioni definite tra tali insiemi di attori. Le reti ***sono quindi strutture relazionali tra attori ed in quanto tali costituiscono una forma sociale rilevante che definisce il contesto in cui si muovono quegli stessi attori***. La rete sociale risulta essere allora la struttura di relazioni le cui caratteristiche possono essere usate per spiegare – in tutto o in parte - il comportamento delle persone che costituiscono la rete.

Quindi, per reti si intende una varietà di attori diversi, quali la Pubblica Amministrazione, gli interessi organizzati, le imprese e le loro rappresentanze, il settore non profit, ecc., che si consolidano attorno ad un ambito, un soggetto o ad un progetto creando condivisione di obiettivi, collaborazioni, sinergie, realizzazioni.

I punti rete

Gli elementi costitutivi della rete sociale sono i soggetti, che rappresentano le unità, i nodi che compongono la rete; possono essere individui, gruppi, posizioni, luoghi, istituzioni; le relazioni, che legano i soggetti che compongono la rete e che vengono rappresentate

graficamente mediante linee, frecce, archi e possono essere reciproche o simmetriche e asimmetriche.

Le diverse tipologie di rete

Le reti, per il tipo di legami che le costituiscono, possiamo schematizzarle diverse tipologie:

- reti di sostegno (o di supporto sociale – es. reti composte da persone di particolare importanza per il soggetto – parenti amici, ecc.):
- reti formali (istituzioni sociosanitarie)
- reti informali (non presentano una veste istituzionale definita)
- reti primarie (es. legami naturali, famigliari, parentali, amicali, di vicinato)
- reti secondarie (costituite da relazioni di conoscenza indiretta)
- reti complesse (reti scale free – con pochi nodi che hanno un numero altissimo di connessioni es. internet - reti small world – reti estese con milioni di nodi e nonostante questo la distanza due nodi qualsiasi è piccola ed indipendente dalla grandezza della rete);
- reti personali (reti ego-centrate – la rete degli amici);
- reti totali (reti complete – es. somma delle persone presenti nella vita di un soggetto);
- reti funzionali (es. persone della rete totale che costruiscono rapporti di mutua collaborazione).

Per reti formali si intende la rete territoriale delle istituzioni e delle proprie emanazioni pubbliche, cioè i servizi pubblici, o gestita da privati (settore non profit – mercato, Cooperative) su mandato pubblico.

Più nello specifico delle istituzioni e dei servizi emanati troviamo:

- gli enti pubblici (es . Stato, Regione, Città Metropolitane, Comuni, Circoscrizioni, ASL, ASO, ecc.) – ovvero:

- la scuola;
- i servizi sociali di base;
- il servizio di neuropsichiatria infantile;
- il servizio della psichiatria adulti, DSM;
- i consultori familiari e pediatrici;
- gli ospedali;
- i SERT;
- la pubblica sicurezza;
- il Tribunale ordinario e Tribunale per i minorenni;
- i trasporti e vari servizi alla persona (biblioteche, tempo libero, sport, ecc.).

Grosso modo noi possiamo dividere questi servizi in 5 grossi comparti di intervento:
1. scuola - comparto istruzione, formazione e apprendimenti, CFP, UNIVERSITA';
2. agio sociale – commercio – viabilità – eventi – comparto sport – tempo libero – cultura – servizi vari di service ai cittadini
3. servizi sociali di base, R.A (residenza assistenziale), R.A.F (residenza assistenziale flessibile), R.S.A (residenza sanitaria assistenziale), centri diurni, c.a., case famiglia - comparto socio – assistenziale;
4. OS, NPI, D.S.M., SER.D. - C.A. Terapeutiche - comparto socio – sanitario;
5. T.O. (tribunale ordinario), G.T. (giudice tutelare), T.M. (tribunale per i minori) e P.S. (pubblica sicurezza)- comparto della tutela del cittadino e del rispetto delle leggi.
Nell'ambito dei servizi sociali, dove gli interventi si svolgono prevalentemente sul versante socio – assistenziale, anche se le nuove normative parlano di lavoro integrato con le competenze sanitarie, troviamo le seguenti aree:
- area minori
- area anziani
- area disabili (handicap psicofisico);
- adulti in difficoltà (senza fissa dimora, ecc.);
- stranieri e nomadi
Ad ognuna di queste aree corrispondono diversi servizi (strutture diurne, residenziali, di pronta accoglienza, di educativa territoriale, di educativa di strada, CAD e CENTRI DIURNI, dormitori, mense, uffici, progetti mirati alle peculiarità dell'utenza, progetti di prevenzione e di comunità.
La rete informale, invece, è costituita dal mondo del volontariato e dell'associazionismo e da diverse agenzie del territorio. Quindi possiamo intendere:
- associazioni sportive, culturali, ludico ricreative;
- cooperative di tipo A, B.(se lavora non su mandato pubblico);
- parrocchie o altri enti o istituti religiosi;
- associazioni di volontariato.
Il rapporto con le reti formali ed informali del territorio permette, in campo sociale e sanitario, alle progettualità di:
- sviluppare il proprio progetto in un ambito di visione allargata della realtà sociale con relativo reperimenti di sinergie, risorse e saperi diversi;
- di trovare e cercare, se il progetto incontra delle difficoltà nel suo sviluppo, nei punti rete scambio di esperienze o consulenza, sostegno, collaborazione, aiuto o presa in carico di ciò che la progettualità non può sostenere;

- un confronto etico (confronto con una comunità scientifica allargata) della propria esperienza con altri settori.

Come si crea una rete

Il lavoro di rete in sostanza deve mirare ad attivare o facilitare l'attivazione delle risorse che la società nel suo complesso può mettere in campo. Il lavoro di rete funziona bene quando crea autonomie e non dipendenze.

Dunque come si può creare una rete?
Innanzi tutto va detto che la rete può già essere preesistente al progetto e quindi in questo caso non la si crea ma la si coinvolge.
Nel caso in cui si deve attivare una rete in base all'oggetto della progettazione si procede nel seguente modo:

1. si fa un'approfondita analisi dei contesti e delle risorse territoriali;
2. si individuano tutti gli attori pubblici e del privato sociale che trattano l'oggetto di
3. progettazione;
4. si contattano questi attori ed è preferibile che si possa fare con loro degli incontri diretti visa vis dove si presenta il progetto e le proprie finalità e la possibilità di creare delle sinergie con altre risorse che trattano una materia comune;
5. con tali attori si cercano, osservando principi democratici e di reciprocità, degli obiettivi
6. comuni sui quali poter lavorare e si stabiliscono la natura delle collaborazioni e le sinergie
7. che si possono mettere in atto, poi si procede all'attuazione;
8. è necessario avere i riferimenti e la reperibilità di ogni attore o punto rete (nomi e cognomi, enti di appartenenza, indirizzi, recapiti telefonici, indirizzo di posta elettronica), si stila una mailing list per poter comunicare con loro più facilmente,
9. in base alle esigenze progettuali può anche essere necessario che i diversi punti rete, se non sono già in contatto tra loro, si possano incontrare tra di loro per armonizzare le risorse da mettere in campo ed a questo proposito può quindi anche nascere la necessità di:

- stabilire un calendario di incontri e le regole di collaborazione;
- poter stilare un protocollo di intesa (se si ha a che fare con altre istituzioni);
- poter creare un tavolo sociale di coordinamento e verifica delle attività;

- poter creare dei brevi percorsi di formazione - auto formazione, ecc.

Come si gestisce un tavolo sociale

Il tavolo sociale può essere parte integrante del lavoro rete e l'operatore che ne tenta l'attivazione deve poterlo far funzionare nel seguente modo:

- si organizza un primo incontro dove si stabiliscono le funzioni ed i contenuti di lavoro del tavolo;
- si decide democraticamente il tipo di conduzione (coordinamento, leadership fissa o migrante) e le seguenti assunzioni di responsabilità: chi conduce, chi verbalizza e fa poi giungere il verbale dell'incontro ai partecipanti, chi relaziona, chi convoca il tavolo, chi decide e come si stila l'ordine del giorno.

Quindi, una volta avviati i lavori del tavolo ed in base ai contenuti degli ordini del giorno presentati:

- si presentano i problemi, i vincoli o le risorse,
- si apre una dialettica costruttiva,
- si aprono mediazioni,
- si prendono decisioni,
- si verificano situazioni,
- si avviano nuove attività,
- si modificano o annullano le attività in corso.

La manutenzione delle reti

Le reti affinché possano esistere non basta crearle o formalizzarle ma necessitano di una continua "manutenzione" poiché possono esprimere potenzialità sia positive che negative e quindi tendono verso:

- la coesione e la stabilità;
- l'auto-regolazione;
- l'autonomia rispetto agli obiettivi e al controllo dell'autorità pubblica;
- l'interorganizzazione e l'auto referenzialità;
- l'interdipendenza tra le organizzazioni dei punti rete;
- l'indipendenza dal referente pubblico;
- l'interazione tra i punti rete con scambio di risorse e negoziazione degli obiettivi;
- il riconoscimento, la fiducia e la credibilità reciproca;

- l'accettazione delle regole di comportamento;
- l'integrazione degli obiettivi nella coesione delle azioni.

Le reti relazionali

È scientificamente dimostrato che nelle reti non si depositano solo valori materiali ma soprattutto non materiali (economia delle relazioni). Questi contribuiscono a determinare la "ricchezza" individuale e collettiva relazionale delle reti.

L***a rete è quindi anche una rete di comunicazione, relazione***. Tutto ciò dal punto di vista della positività del lavoro di rete. Invece sul versante dei rischi va sottolineato il fatto che le reti sono non sono entità immateriali ma sono incarnate da persone, gruppi di persone che comunicano e si relazionano. Su questo punto possono subentrare delle variabili indipendenti dai contenuti progettuali e di lavoro di rete, variabili che sono di natura soggettiva. Si incontrano diverse soggettività, emozioni, visioni del mondo e della vita. Per questi motivi nella manutenzione delle reti non va affatto trascurata anche la necessità della gestione delle dinamiche del gruppo rete. Per questo nella loro gestione bisogna potersi riferire ai contenti teorici della psicodinamica, della psicologia sociale e del lavoro.

Le reti possono creare anche un sistema e pertanto sottostanno come tutti i sistemi alle leggi sistemiche.

Tra le più importanti leggi sistemiche troviamo:

1. in un sistema il tutto è più della somma delle singole parti,

2. in un sistema la parte è più della parte

3. se all'interno di un sistema si inserisce un nuovo elemento o il nuovo elemento si integra nell'equilibrio del sistema o il sistema stesso dovrà trovare un nuovo equilibrio

4. se anche un solo elemento del sistema pone l'esigenza (che sia critica o costruttiva) di cambiamento o il sistema lo espelle per mantenere l'equilibro dato o deve trovare un nuovo equilibrio sulle proposta di cambiamento.

(Da "Fare salute mentale oggi", rivista Animazione Sociale, inserto settembre-ottobre 2016)

Offrire opportunità per promuovere soggettività

Fare salute mentale vuol dire lasciarsi alle spalle la logica del contenimento e dell'intrattenimento. Una logica che riappare oggi in forme più suadenti e intelligenti di un tempo. Pensiamo a quelli che vengono definiti i «laboratori espressivi».

Dove si nasconde oggi la logica dell'intrattenimento

Ci sono luoghi di cura in cui all'arte è attribuito un valore terapeutico enorme. Si ritiene che qualunque malattia mentale grave possa trarre beneficio da forme artistiche di espressività dell'io. In questi luoghi si dipinge tantissimo, si usa la pasta di riso, si manipola la creta...

Poi ci sono altri luoghi dove è l'ippoterapia a essere molto in voga: l'interazione con l'animale, la progressiva capacità di gestirlo, il controllo del corpo: a tutto ciò si riconosce valore riabilitativo ed educativo. In altri luoghi è la danza a essere al centro: lì si pratica la danzaterapia perché aiuta a regolare le emozioni. E così via...

Cosa non va in queste pratiche? In fondo sono pratiche dolci, che promuovono l'espressività. In realtà è la logica sottesa che rischia di essere arbitraria, quando non impositiva. Perché chi propone queste pratiche le riveste di significati senza negoziarli con le persone. Senza chiedere se anche loro attribuiscono il medesimo valore, la medesima significatività che attribuiamo noi. Se sono interessate a praticare quel tipo di attività o vorrebbero invece farne un'altra.

Sono pratiche che dipendono da chi lavora come operatore in quel servizio: se c'è l'operatore esperto di teatro avremo sicuramente la teatroterapia. Se c'è il laboratorio espressivo invece si dovrà dipingere e si farà anche la mostra finale. Diverso, a mio parere, è offrire opportunità: è tutto un altro film. Perché significa chiedere: «Ma tu cosa vorresti fare? Perché io vorrei poterti aiutare in questo». Cambia radicalmente la logica. È la logica di un ambiente che riconosce l'altro come persona: con i suoi bisogni, le sue preferenze, i suoi desideri. Il discorso non è più «si fa arteterapia perché fa bene dipingere». Perché io posso anche essere d'accordo che fa bene dipingere, ma se mi piace, se no è una rottura di scatole! Io posso dire che è bello suonare, ma se l'altro odia la musica per lui sarà un martellamento di timpani.

Rendersi capaci di chiedere all'altro che cosa vorrebbe fare

Si tratta allora di entrare nell'ordine di idee che un servizio di salute mentale dovrebbe rendersi capace di chiedere alla persona che cosa vuol fare. E attrezzarsi per farlo con lei o mettendo insieme le persone interessate a farlo. Senza imporre a nessuno di fare ciò che piace agli operatori.

Del resto, proviamo per un solo istante a indossare i panni del paziente. Dico: «A me piacerebbe suonare la chitarra». E l'operatore risponde: «Eh ma io son bravo nell'acquerello, perché non

facciamo una pittura?». «Ma ti ho detto che vorrei suonare la chitarra». «Sì, ma io t'ho detto che son bravo a dipingere». Se trasponiamo questo dialogo fra due persone «normali», suona assurdo.
L'obiezione in questi casi è: «Sì, sarebbe bello avere nei nostri servizi, diurni o residenziali, un ventaglio di proposte tali da poter offrire opportunità. Ma ci scontriamo col fatto che mancano i soldi, mancano le competenze, e poi per una persona sola mica si può mettere in piedi un'attività!». Tradurre questo principio nella pratica appare insomma troppo complicato. Condivisibile certo, ma inattuabile. E allora, come fare?
Intanto credo sia importante chiedere alla persona il perché. Perché è vero, non abbiamo risorse infinite, le esigenze sono tante, quindi una motivazione serve. Occorre dedicare del tempo con la persona a capire che cosa vuol dire per lei suonare la chitarra. E se alla fine vediamo che il suo desiderio è reale, a quel punto possiamo chiederle: «Ma tu cosa faresti per imparare a suonare la chitarra?».
È una domanda decisiva. Perché ci fa uscire dall'ottica che, siccome io operatore di chitarra non ne so nulla, ti faccio fare un'altra attività. Ma anche dall'ottica per cui sta a me operatore (e a me solo) dare risposta al tuo desiderio. Con questa domanda invece coinvolgiamo l'altro nella ricerca della risposta, lo mettiamo in posizione attiva. E magari possiamo scoprire, con una ricerca fatta insieme in internet, che all'oratorio del paese vicino fanno lezioni di chitarra. E intanto io sono stato con lui, abbiamo visto insieme come si fa una ricerca in internet, sto facendo riabilitazione.

I fattori che influenzano la prognosi

Veniamo ora al punto cruciale. Quali sono i fattori che influenzano la prognosi? Quando alle lezioni di specializzazione faccio questa domanda, la risposta degli studenti è «le medicine». Non è vero. Se influenzare la prognosi vuol dire modificare il decorso di una malattia, i fattori sono tre: casa, lavoro, rete sociale.

Casa, lavoro, rete sociale

Quando nei convegni tocco questo punto, si scatena un brusio. Degli psichiatri «bio» soprattutto. Eppure tutti gli studi riconosciuti importanti nel trattamento delle malattie mentali gravi dicono questo. Ma basterebbe anche solo far riferimento alla nostra personale esperienza. Avere una casa, avere un lavoro, avere una rete sociale sono elementi fondamentali per il nostro benessere.
Ipotizziamo un caso estremo: supponiamo che un operatore del Dipartimento di salute mentale venga sorpreso a usare violenza su una paziente legata nel letto. Cosa succede? Per prima cosa verrà sospeso dal lavoro e probabilmente licenziato. Avendo perso il lavoro finirà per non riuscire più a pagare il mutuo della casa, che gli verrà portata via. La moglie e gli amici dubito staranno vicino a un uomo che ha commesso simile violenza. Così, nel giro di poco, si troverà senza lavoro, senza casa, senza rete sociale. Al di là del fatto che sia colpevole, sarà un uomo distrutto.

Questo per dire che lavoro, casa, rete sociale sono i bisogni essenziali della nostra vita. Se li assumiamo come fattori che influenzano la prognosi, cioè che modificano il decorso della malattia, capiamo bene che il discorso non è più «è bello dare un lavoro», ma il lavoro al pari della casa e della rete sociale diventano parte costitutiva dei percorsi di cura.
Quante persone conosciamo che, inserite in percorsi lavorativi e risocializzanti, hanno trovato una vita compatibile con la loro condizione di malattia. Magari non saranno guarite, ma comunque riescono a condurre una vita al di fuori della condizione di malattia. Quante persone conosciamo che da anni non vengono più ricoverate in spdc per il fatto che hanno trovato sostegno in un gruppo appartamento. Tante. Persone che in assenza di un lavoro e di una vita sociale se ne starebbero a casa, a gravare magari su famiglie già provate da lunghi anni di convivenza.

Molto più di gocce e pastiglie

Questi tre fattori determinano cambiamenti nei pazienti molto più di gocce e pastiglie. Ma riescono a determinarli laddove sia il Dipartimento di salute mentale a riconoscerne il valore e ad attrezzarsi per offrirglieli. Si tratta insomma di sviluppare un approccio concettuale molto diverso, che non si accontenta del controllo del sintomo, ma persegue qualità della vita.
Se come medico o come infermiere io miro unicamente al controllo del sintomo, probabilmente mi bastano gocce e pastiglie. Ma è un approccio riduttivo. Lo dico spesso ai giovani operatori della salute mentale che vengono a lavorare con me: «Se pensi “non delira più, quindi ho finito”, sei nel posto sbagliato». Perché io do per scontato che si arrivi a controllare il sintomo. Ma quello è il punto di partenza, non di arrivo. Da lì inizia il lavoro di cura, che è fatto di ricerca di casa, di lavoro e di costruzione di una rete sociale.

A proposito di rete sociale. C’è un segno clinico che cerco quando incontro oggi un giovane paziente. Come l’internista ausculta i polmoni, io una delle prime cose che chiedo è «quanti contatti hai sul cellulare?». Perché è dal numero di contatti che possiamo farci una idea della rete sociale della persona. Se cominciamo a vedere che a fronte di una media che va dagli 80 ai 200 contatti, un ragazzo di 20 anni ne ha cinque – mamma, casa, cps, «uno che non so chi è ma me l’ha dato» e lo zio, fine – questo ci dà una idea della gravità di malattia. Scattano subito dei campanellini. È importante cercare questi segni, perché sono quelli su cui dobbiamo poi lavorare.

Operazioni preliminari al piano di animazione

Analisi della situazione:

- *Analisi dell'ambiente in cui si opera: istituzione, ambito geografico, ambito strutturale.*
- *Possibili relazioni con altri ambienti del territorio.*
- *Valutazione di capacità e possibilità dell'équipe di lavoro.*
- *Valutazione dei fini da raggiungere.*
- *Possibilità economiche.*
- *Valutazione dei singoli e del gruppo di lavoro.*

La progettazione dell'intervento.

Si è visto come la definizione del lavoro dell'animatore sia piena di sfaccettature: questo perché egli, fondamentalmente, è un progettatore e un rielaboratore di interventi, in continua evoluzione; egli sa "connettere", e proprio per questo la sua opera è inscindibile da quella delle altre figure.

La progettualità all'interno della struttura è fondamentale: ci vuole il consenso– appoggio della direzione per chiedere agli altri operatori di entrare a far parte del processo animativo. L'animatore non deve essere circoscritto o addirittura confinato nel proprio ruolo, perché, in tal modo, il suo lavoro diventa inutile: gli utenti hanno bisogno di una stimolazione a 360°.

Non sarà, poi, importante dove si arriverà, ma come sarà impostato il cammino.

La progettazione vera e propria verrà a ***coinvolgere*** non solo la struttura e le figure in essa operanti, ma fin dall'inizio dovrà prevedere il coinvolgimento del territorio: sarebbe buona cosa prendere contatto con le associazioni presenti nella zona e, possibilmente, conoscere la realtà delle varie scuole, stando però attenti a non "spaventare" questi possibili volontari o collaboratori con richieste impossibili, ma anche chiarendo la serietà della decisione di occuparsi del mondo del disagio mentale. In sostanza, si potranno fissare orari e momenti più o meno strutturati, a seconda della loro disponibilità.

Un'altra annotazione riguarda l'***atteggiamento*** da tenere durante tutto il lavoro di animazione: il migliore progetto diventerebbe carta straccia se intendessimo seguirlo sempre alla lettera, senza compensarlo con l'osservazione di ciò che accade giornalmente.
Un animatore necessita di grande s***ensibilità ed empatia***: non basta decidere come agire all'inizio, bisogna sempre avere ***il coraggio di autovalutarsi***, eventualmente rivedendo le proprie opinioni, verificando periodicamente i risultati che si ottengono, senza cadere in un atteggiamento di onnipotenza e pensando, quindi, di poter lavorare in completa solitudine; ciò potrebbe portare addirittura l'animatore ad entrare in "corto circuito" e a "bruciarsi" prima di avere iniziato un lavoro sufficientemente buono.

- **Conoscere l'ospite**.

Nel momento in cui avviene l'incontro con l'ospite, bisognerà avvicinarsi ad esso con umiltà, cercando di rompere quella sottile barriera o il disorientamento che lo prende all'entrata in istituto. Una scusa per un primo colloquio può essere la compilazione della "SCHEDA DELL'OSPITE" ; la raccolta dei dati ha, come risultato, di conoscere la persona anziana sia anagraficamente, sia sotto il profilo psicofisico, sia da un punto di vista più strettamente animativo.
Nel caso in cui alcuni problemi fisici o mentali impediscano all'ospite una facile comunicazione, saranno coinvolti nella compilazione i suoi parenti o conoscenti: essi stessi possono rappresentare un prezioso punto di riferimento per meglio conoscerlo ed, eventualmente, sostenerlo od aiutarlo, per quello che compete all'animatore. Alcune parti della scheda prevedono, poi, un incontro con le figure socio-sanitarie coinvolte nel piano riabilitativo dell'ospite. .
Una volta impostato questo tipo di lavoro, lo schedario rimarrà sempre aperto, visto che debbono essere previsti continui aggiornamenti e valutazioni, da effettuarsi periodicamente. Un lavoro di questo tipo permette di rendere conto con più facilità dei progressi o degli svantaggi di ogni persona, anche nell'ottica di incontri con il resto delle figure professionali (un'altra voce da inserire nella scheda potrebbe infatti essere "Collaborazioni interprofessionali").

La stesura del programma.

Una volta impostato il lavoro di approfondimento della conoscenza degli ospiti, si passerà a uno schema di progettazione vero e proprio, che prevede una scansione della giornata e una più ampia visione sulla settimana e sul mese lavorativo.

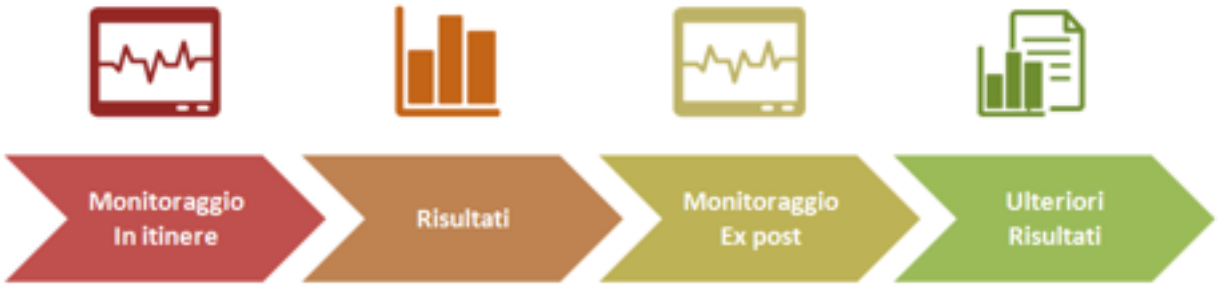
Le attività possibili sono molteplici (così come si è visto nel modulo precedente) e potranno essere raggruppate nella stesura di un **giornalino di comunità** contenente anche

disegni, racconti di uscite o feste, un calendario delle attività future, articoli da parte degli ospiti stessi, di loro familiari o di altre figure operanti in struttura o esterne, ecc.

La stesura particolareggiata del programma sarà, naturalmente, effettuata personalizzando le attività sull'ambiente operativo e andrà plasmata su quelli che sono i desideri degli ospiti e le loro inclinazioni/talenti.

Non andrà mai abbastanza ripetuto, infatti, come l'animatore non debba mai imporsi alle persone a cui si dedica, ma, anzi, sia suo preciso dovere dare loro la possibilità d'essere protagonista della propria esistenza e la capacità di ridefinire un proprio ruolo.

La predisposizione degli strumenti di verifica



La realizzazione di un programma non può prescindere da una verifica costante dei risultati ottenuti: durante lo svolgimento dell'attività, essa permette modifiche e cambiamenti che riequilibrino la situazione, nel caso in cui sia necessario, evidenziando difficoltà e problematiche.

Al termine dell'attività, una verifica consente una valutazione e permette il confronto tra le eventuali aspettative iniziali e gli effettivi risultati raggiunti; inoltre, l'analisi di ciò che è accaduto può dare l'avvio a nuovi spunti ed idee. Dalla verifica, nasce, quindi, la riprogrammazione.

Quali possono essere, allora, gli strumenti che facilitino la raccolta dei dati di verifica? Non è molto facile riuscire a elaborare un sistema valido, visto che, spesso, il giudizio su ciò che è stato realizzato nasce dalla sensibilità stessa dell'animatore. E' per questo che, ancora una volta, il confronto con gli altri professionisti operanti nella struttura può facilitare il commento alle attività.
Possibili supporti, basati su un semplice schema di osservazione del tipo di partecipazione dell'ospite all'attività; l'ospite può apparire:
***Partecipe**: egli segue con partecipazione e attenzione i lavori, e/o interviene più o meno attivamente nel gruppo;*
***Partecipe distratto**: egli si dimostra abbastanza interessato e partecipe, nonostante ci siano momenti in cui la sua attenzione si rivolge altrove (è, tuttavia, da sottolineare che l'animatore deve sempre tenere presente che l'ospite difficilmente riesce a concentrarsi su un'attività per lungo tempo);*
***Osservatore**: l'ospite non interviene direttamente e non contribuisce attivamente all'arricchimento dell'attività, ma dimostra un certo interesse;*
***Indifferente**: è questo il caso di chi preferisce fare altro, senza per questo osteggiare lo svolgimento dei lavori e la partecipazione altrui;*
***Ostile**: da esperienza, si è visto come sia possibile constatare, in alcuni ospiti, atteggiamenti decisamente ostili nei confronti dell'attività proposta: starà, allora, all'animatore comprendere i motivi di un tale rifiuto e decidere come agire in proposito;*
***Assente:** l'ospite, non è in grado di partecipare, né comprendere ciò che accade intorno a lui.*

Periodicamente, anche a seconda della disponibilità di tempo dell'animatore, questo tipo di osservazione sarà completato e supportato dalla constatazione del numero di presenze all'attività (esse possono comunque essere influenzate da malattie, uscite o degenze al di fuori della struttura, quindi di ciò bisogna sempre tenere conto), e dal tipo di socializzazione dimostrata (buona, discreta, sufficiente o nulla; con evoluzione positiva, in decremento o costante). Saranno anche visualizzate eventuali collaborazioni ed aiuti da parte di altri ospiti, di familiari o del personale; sarà anche utile riassumere i problemi incontrati ed eventuali strategie di animazione individuale, a breve, medio o lungo termine.
Questa osservazione particolareggiata potrà anche essere supportata dalla compilazione di un **Diario settimanale**, che permette di riassumere brevemente le attività giornaliere e di fare un consuntivo del lavoro settimanale, dando modo all'animatore di riflettere, in generale, sull'andamento del proprio intervento, segnalando, anche qui, problemi ed idee.

Come si può notare, in tutta questa opera di verifica, è sempre sottolineata l'importanza non solo di un intervento altamente professionale e personalizzato, ma anche e soprattutto il grande lavoro di riflessione su se stessi ed il proprio operato: non sempre è facile ritagliare momenti, durante il lavoro, in cui fermarsi a considerare ciò che si sta facendo, ma non si può non comprendere come la mancanza dei momenti di verifica ed autovalutazione possa inficiare seriamente il complesso dell'intervento.

Modulo 4

"POLITICHE DI CONCILIAZIONE E INNOVAZIONE IN AMBITO LAVORATIVO"

Unità Formative:

UF1 – La normativa di riferimento
UF2 – I diritti dei lavoratori nell'ambito della conciliazione
UF3 – Le azioni di conciliazione
UF4 – Gli strumenti innovativi nell'organizzazione del lavoro

Il tema della conciliazione dei tempi di vita, familiari e lavorativi, rappresenta una delle grandi sfide sociali contemporanee.
Conciliare famiglia e lavoro corrisponde al bisogno essenziale di ogni persona di realizzarsi compiutamente attraverso la piena espressione della propria personalità e della propria relazionalità sociale, partecipando alle diverse esperienze che la vita consente ed assumendo responsabilità nelle relazioni che la sostanziano, in primis la partecipazione sociale, il lavoro, la generatività e la cura. Si tratta certamente di una questione complessa, che vede in campo molteplici attori e che investe vari ambiti di intervento.

Le politiche per la conciliazione rappresentano un importante fattore di innovazione dei modelli sociali, economici e culturali e si propongono di fornire strumenti che, rendendo compatibili sfera lavorativa e sfera familiare, consentano a ciascun individuo di vivere al meglio i molteplici ruoli che gioca all'interno di società complesse.
Esse interessano gli uomini, le donne e le organizzazioni, toccano la sfera privata, ma anche quella pubblica, politica e sociale e hanno un impatto evidente sul riequilibrio dei carichi di cura all'interno della coppia, sull'organizzazione del lavoro e dei tempi delle città, nonché sul coordinamento dei servizi di interesse pubblico.
La realizzazione di tali politiche risulta, perciò, prioritaria per la qualità della vita delle famiglie tanto che, sia a livello nazionale che europeo, sono state avviate molteplici

iniziative, orientate a favorire il radicamento e lo scambio delle migliori esperienze, nonché la sperimentazione di nuovi modelli di organizzazione del lavoro.

Il quadro normativo

La normativa comunitaria

L'attenzione alla promozione della parità tra uomo e donna nella società e nel mondo del lavoro è presente fin dalla nascita della Comunità Europea, nel Trattato del 1957. Il principio della parità di genere è sancito nell'articolo 23 della **Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea**, emanata nel 1999. L'impegno a livello delle istituzioni europee è stato costante negli anni e ha portato all'elaborazione e all'emanazione di direttive, comunicazioni e documenti indirizzati agli Stati membri, tra i quali si possono evidenziare:

- La **Direttiva 2006/54/CE**, riguardante l'attuazione del principio fondamentale delle pari opportunità e la sua applicazione a tutti i campi della vita sociale, incluso il mondo del lavoro. Il documento fa divieto di discriminazioni tra uomo e donna per quanto attiene le condizioni di assunzione, licenziamento, formazione e retribuzione, soprattutto in riferimento alla maternità e ai carichi di cura della donna. Inoltre, in tema di congedo parentale, enuncia il diritto dei lavoratori di conservare il proprio posto di lavoro o equivalente e di beneficiare di eventuali miglioramenti delle condizioni di lavoro che sarebbero loro spettati durante l'assenza.
- Il **Manuale per l'integrazione di genere nelle politiche per l'occupazione, l'inclusione sociale e la protezione sociale**, emanato nel 2008 dalla Commissione europea, Direzione generale per l'occupazione, gli affari sociali e le pari opportunità, nel quale la riconciliazione tra il lavoro, il privato e la vita familiare è presentata come una delle sei aree prioritarie di azione per l'integrazione di genere, come condizione necessaria al raggiungimento degli obiettivi dell'UE di crescita, occupazione, e coesione sociale.

- La **Direttiva 2010/18 U.E.** del 18 marzo 2010 sui congedi parentali e la **Carta delle parità**, stabiliscono il diritto dei lavoratori di ambo i sessi e a prescindere dalla tipologia di contratto, al congedo parentale per la nascita o l'adozione di un figlio, fino al compimento dell'ottavo anno o fino all'età stabilita dalla normativa nazionale. Il congedo è accordato per un periodo minimo di quattro mesi per ciascun genitore, non trasferibile, in base al periodo di preavviso previsto. E' prevista la possibilità di richiedere un periodo di

adattamento, con condizioni di lo agevolate, anche dal punto di vista dell'orario di lavoro.

- Il **Patto europeo per la parità di genere 2011 – 2020**, come tappa successiva alla tabella di marcia 2006-2010, riprende le priorità definite dalla **Carta delle donne** e stabilisce il programma di lavoro della Commissione fino al

  2015. In particolare, la Commissione intende sostenere iniziative finalizzate alla promozione della parità nell'ambito della strategia Europa 2020 e dei finanziamenti dell'UE, incoraggiare il lavoro autonomo e l'imprenditorialità femminile, valutare i diritti dei lavoratori in tema di congedo per motivi di famiglia e approfondire i risultati ottenuti dagli Stati membri nell'ambito delle strutture di assistenza all'infanzia.

La normativa nazionale

Il principio base delle pari opportunità è sancito dall'**art. 3** della **Costituzione Italiana**, che enuncia l'uguaglianza dei cittadini davanti alla legge e stabilisce che è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli che impediscono la piena partecipazione della persona alla vita politica, economica e sociale del Paese. Inoltre, l'**art. 4** riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e incarica la Repubblica di promuovere le condizioni che rendono effettivo tale diritto.

Rispetto al tema specifico delle pari opportunità e della conciliazione, sono tre le leggi di riferimento:

- La **Legge 1204/1971** a tutela delle lavoratrici madri, dispone il divieto di lavoro pre e post-partum e riconosce il diritto alla corresponsione di indennità di maternità sia per il periodo di astensione obbligatoria sia per quello di astensione facoltativa. Inoltre, la legge stabilisce il divieto di licenziamento della lavoratrice madre, se non per colpa grave o cessazione dell'attività dell'azienda, e l'obbligo all'assistenza sanitaria ed ospedaliera.
- La **Legge 125/1991**, che promuove l'introduzione di pari responsabilità familiari, la conciliazione tra vita lavorativa e familiare, l'occupazione femminile e l'uguaglianza tra donne e uomini nell'ambito lavorativo. La legge ha istituito le figure di Consigliera di Parità Nazionale, Regionale e Provinciale, attribuendo loro il compito di vigilare, perseguire le discriminazioni sul lavoro e di promuovere politiche di conciliazione, e il Comitato nazionale per l'attuazione dei principi di parità di trattamento ed uguaglianza di opportunità tra lavoratori e lavoratrici. Le "azioni positive" previste dalla legge incentivano iniziative di orientamento scolastico e la formazione professionale al fine di

promuovere l'inserimento delle donne nei settori lavorativi dove sono sottorappresentate, superando i fattori alla base delle discriminazioni nell'organizzazione del lavoro. Per la realizzazione di tali obiettivi, la legge prevede l'erogazione di fondi rivolti a datori di lavoro, organizzazioni sindacali, centri di formazione e associazioni per l'attuazione di progetti.

- La **Legge 53/2000**, che promuove l'equilibrio tra i tempi di lavoro, di cura, di formazione e di relazione attraverso l'istituzione dei congedi dei genitori e l'estensione ai genitori di persone diversamente abili, l'istituzione dei congedi per la formazione continua e l'estensione dei congedi per la formazione.

- Il **Decreto Legislativo n. 151/2001**, in parte modificato dal **Decreto Legislativo n. 80/2015**, Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità.

Argomenti e link:

Diritti e azioni

http://famiglia.governo.it/it/politiche-informazioni-e-servizi/politiche-informazioni-e-servizi/famiglia/conciliazione-famiglia-e-lavoro/congedo-parentale/normativa/

Tempi di vita e di lavoro: un equilibrio possibile - Le soluzioni adottate dalle Regioni

https://www.fp.cisl.it/media/attachments/2017/11/21/report-finale_tempi-di-vita-e-di-lavoro-un-equilibrio-possibile_versione-1312161.pdf