

PEDAGOGIA

1 PEDAGOGIA APPLICATA ALL'INFERMIERISTICA (7-89)

Il passaggio dal modello biomedico a quello bio sociale ha di fatto posto in evidenza alcune questioni:

- Lo stato di salute non è più concepibile semplicemente come assenza di malattia ma diviene una condizione di benessere soggettivo.
- La correlazione di molte malattie con gli stili di vita adottati dai singoli soggetti e l'aumento dei soggetti affetti da patologie cronic-degenerative.
- Da ciò deriva una parola chiave che diviene il fulcro di tutto il modello di cura bio-psicosociale: **EDUCAZIONE**
- Solo attraverso un percorso di tipo educativo è possibile condurre un soggetto ad una condizione di consapevolezza a presa di responsabilità per la tutela del suo e del benessere altrui.

PEDAGOGIA: QUALE SAPERE PRATICO

Si può definire la **pedagogia** come il sapere relativo all'educazione. Essa è la disciplina che analizza e porta a sintesi teorica tutti quei processi umani di natura biologica, sociale e culturale che producono apprendimento, inculturazione e formazione personale.

La pedagogia come sapere teorico-pratico e l'educazione la formazione e l'istruzione come espressioni attive di tali orientamenti subiscono nel corso del tempo numerose e significative modificazioni (Paulo Freire, educatore 1921-1997).

- L'**educazione** può avvenire solo attraverso il dialogo, perché non è nel silenzio che gli uomini si fanno ma nella parola, nel lavoro, nell'azione-riflessione. Il **dialogo** è un incontro di uomini, i quali, a contatto con la realtà e il mondo, possono giungere a dare un nome a ciò che li circonda.
- L'educazione deve essere **problematizzante**, cioè deve sviluppare nei soggetti un'attitudine alla ricerca e un senso critico, che rendano il soggetto autonomo e **consapevole di sé stesso** e del suo diritto ad esercitare la sua libertà. Soprattutto l'educatore non deve cercare rapporti di dipendenza, ma proporre un cammino di ricerca di sé tramite lo sviluppo di uno spirito critico.

L'incontro tra esigenze, richieste esterne, desideri e bisogni soggettivi pone l'individuo di fronte ad una serie di scelte e di compiti da affrontare (sfide), come ad esempio la malattia. La capacità, la volontà, la possibilità di affrontare questi compiti e di realizzare queste scelte dipendono, in larga misura, dalle caratteristiche che possiede la narrazione di sé che egli è stato in grado di produrre negli anni.

Ogni individuo, infatti, in modo più o meno consapevole, a partire dall'adolescenza produce varie narrazioni di sé, una sorta di autobiografie non scritte, nelle quali rientrano le esperienze significative compiute sul piano umano e relazionale, rielaborate e dotate di un significato che diviene ricordo.

Tutto ciò, generalmente, viene offerto all'individuo in crescita tramite tre percorsi diversi, tre modalità non sovrapponibili ma in realtà fortemente intrecciate di azione intenzionale:

1. **L'educazione**
2. **La formazione**
3. **L'istruzione**

SIGNIFICATO DI EDUCAZIONE, FORMAZIONE, ISTRUZIONE

EDUCAZIONE

Ha il suo inizio fin dalla più tenera età del bambino. È orientata a favorire lo sviluppo di ogni sua capacità psicologica e fisica che sia premessa alla piena autodeterminazione e autorealizzazione: devono quindi essere stimolate contemporaneamente le capacità cognitive, affettive e morali, nonché quelle di socializzazione.

Libertà, responsabilità e partecipazione diventano i riferimenti di ogni azione educativa rivolto alla persona umana, fin dall'infanzia.

- **LIBERTÀ:** collegata con la **sollecitudine** e quindi con la **responsabilità**.
- **RESPONSABILITÀ:** è riconoscimento e presa in carico delle conseguenze delle proprie azioni ed è quindi **comportamento etico di eccellenza**. Diviene il punto di passaggio tra autostima e partecipazione.
- **PARTECIPAZIONE SIGNIFICATIVA:** Solo mediante questa posso continuare a stimare me stesso e posso esprimere una sollecitazione più autentica.

FORMAZIONE

Abbiamo due interpretazioni di questo termine:

- Il significato che si lega ai processi di creazione e gestione di capitali umani spendibili nel mercato economico del lavoro.
- Il significato più autenticamente pedagogico di conquista di una forma umana.

Il sapere diventa saper apprendere, diventa cioè **competenza**.

- La **formazione professionale**, quindi orientata a costruire competenze, in grado di trasformare sistemi organizzativi (mediante risorse umane opportunamente formali)
- La **formazione personale** dovrebbe ricondursi a un processo di sollecitazione e sostegno che rende autonomi.

Significato di educazione degli adulti

- Si impara (LEARNING)
- durante tutta la vita (LONG-LIFE)
- negli ambienti e nei contesti:
 - Formali
 - Non formali
 - Informali

CONTESTO FORMALE

I luoghi e tempi sono regolati e rappresentano un elemento "terzo" rispetto all'educatore e all'educando, imponendo un quadro di riferimento che vincola gli obiettivi, l'organizzazione delle esperienze, i rapporti tra i soggetti concretamente impegnati nella relazione educativa.

Questo rappresenta il sistema scolastico che va dalla scuola dell'obbligo fino all'università: dove c'è un contatto chiaro educativo che dice quali sono i doveri di entrambe le parti.

CONTESTO NON-FORMALE

È un'attività educativa intrapresa al di fuori del sistema formale ma dove la distinzione e la diversa posizione tra formatore e formando è chiara ed esplicita.

Ad esempio, l'università per adulti, corsi sportivi, non c'è un titolo di studio, il formando intraprende un percorso per interesse personale ed esplicita la domanda di formazione.

CONTESTO IN-FORMALE

L'apprendimento non pianificato che accompagna ogni persona nella vita quotidiana e che corrisponde alle esperienze di ogni giorno acquisite nell'ambito della famiglia, degli amici, del gruppo dei pari, nei media. I risultati delle esperienze informali non sono preventivabili e dichiarabili, pur potendo risultare molto influenti, nella vita di persone interessate. Non sono però esperienze pedagogicamente impostate che uomo obiettivi specifici e dichiarati.

Soggetto e oggetto di educazione sono i bambini, gli adulti ma anche gli anziani: l'uomo finché vive può perfezionarsi, educare ad educarsi.

Ciclo di vita: corrisponde alla vita educativa nell'intero arco della vita, che non coincide con il termine dello sviluppo adulto ma con quello relativo alla "crescita" della persona.

ANDRAGOGIA

Teoria dell'apprendimento ed educazione degli adulti. Il termine è stato coniato in contrapposizione a quello di pedagogia, che deriva dal greco "pais-bambino" e "ago-condurre". Si tratta di un modello incentrato sulla comprensione della diversità di bisogni e interessi di apprendimento degli adulti rispetto ai bambini.

Il termine andragogia venne ufficialmente coniato nel 1833 in Germania, ad opera di **Alexander Kapp** e quindi riconsiderata in Germania, Olanda, Gran Bretagna e negli Stati Uniti solo un secolo dopo. Ha trovato in **Malcom Knowles** il suo massimo esponente.

Ma che cosa sappiamo effettivamente delle caratteristiche specifiche dell'adulto che apprende?

Tra i **fattori di specificità dell'apprendimento** quelli particolari derivanti dall'età adulta sono secondo **Knowles**:

- **Bisogno di conoscere:** Prima di intraprendere un percorso di apprendimento, l'adulto deve sentire l'esigenza di apprendere qualcosa ed è attento ad esaminare i vantaggi che ne derivano. Il compito del facilitatore dell'apprendimento è aiutare i discendenti a prendere coscienza del "bisogno di conoscere".
- **Concetto di sé del discendente:** L'adulto, per definizione responsabile della propria vita, può manifestare dipendenza in particolari situazioni (lavoro, studio). Sono situazioni in cui chiede cosa fare rispetto determinati problemi. Il compito del facilitatore dell'apprendimento è quello di non trattare questi adulti come bambini:
 - Far riscoprire il concetto di sé
 - Favorire la transizione da dipendenza ad autonomia.
- **Ruolo dell'esperienza del discendente:** Gli adulti entrano in un'attività di formazione con un'esperienza che è maggiore di quella dei giovani ma è anche di qualità diversa.
 - Esperienza come possibilità: ampia gamma di differenze individuali
 - Esperienza come limite: accumulando esperienza sviluppiamo abitudini mentali e pregiudizi come forme di resistenza all'apprendimento e ad un pensiero alternativo.
- **Disponibilità ad apprendere:** gli adulti sono disponibili ad apprendere rispetto a situazioni della loro vita reale. I compiti evolutivi sono una ricca fonte per la "disponibilità ad apprendere". Il compito del facilitatore è di sincronizzare le esperienze di apprendimento in modo che coincidano con quei compiti evolutivi.
- **Orientamento verso l'apprendimento:** gli adulti investono energie dove ritengono che questo potrà aiutarli ad affrontare dei problemi con cui si devono confrontare nella vita. Le nuove conoscenze si apprendono molto più efficacemente quando sono presentate nel contesto della loro applicazione alla situazione reale (apprendimento nelle organizzazioni).
- **Motivazioni:** Le motivazioni più potenti sono quelle interne (motivazioni alla propria realizzazione, crescita dell'autostima, mettersi alla prova, desiderio di migliorare la qualità della vita e del lavoro). Il compito del facilitatore è aiutare a superare quelle barriere come ad esempio la scarsa fiducia nelle proprie capacità o dalla mancanza di offerte formative o di risorse per intraprenderle.

SINTESI

Esso si basa su **cinque assunti**:

- Da personalità dipendente a uno stato di autodeterminazione
- Bagaglio di conoscenze: risorse per l'apprendimento
- La motivazione è correlata agli obiettivi di sviluppo e di ruolo sociale
- Adulto impara più per problemi che per contenuti
- La motivazione è collegata più a fattori interni che esterni

Le persone adulte sono, cioè, da ritenersi **in grado di**:

- Partecipare all'analisi dei loro bisogni formativi
- Pianificare e implementare il processo di apprendimento
- Valutare le esperienze di apprendimento realizzate ai fini dei loro bisogni

Devono possedere determinate **caratteristiche e capacità**, ad esempio:

- Curiosità
- Capacità di fare porsi domande
- Capacità di identificare i dati informazioni necessarie per fornire risposte ai problemi
- Capacità di scegliere le categorie di significato più funzionali per ricordare i dati raccolti
- Capacità di generalizzazione, applicare e comunicare le risposte trovate

Alcuni autori affermano che l'andragogia tende a un' **esasperazione del ruolo** del singolo discente.

In realtà il punto debole di questo approccio alla formazione sta proprio nel negare l'importanza e il ruolo del contesto socioculturale e delle spinte socio politiche che incidono nei processi di apprendimento.

ISTRUZIONE

L'educazione e la formazione vengono anche attraverso processi di istruzione, più o meno formali o istituzionali.

L'individuo ha bisogno di acquisire una serie di conoscenze di ordine dichiarativo, procedurale, per poter sviluppare comportamenti sociali.

L'OBIETTIVO PRINCIPALE DI OGNI PROCESSO ISTRUTTIVO È L'APPRENDIMENTO.

TIPI E MODALITÀ DI APPRENDIMENTO

L'**apprendimento** viene definito come un atto, processo o esperienza che permette l'acquisizione di una conoscenza o abilità.

In pratica, qualsiasi modificazione di un comportamento, specie sia acquisita per mezzo dell'esperienza o di processi di insegnamento, viene ad identificarsi con un apprendimento.

Potremmo quindi sintetizzare affermando che:

*L'**apprendimento** è un processo mediante il quale il comportamento di un individuo, viene modificato, a patto che tale modifica appaia relativamente **stabile** nel tempo e nelle diverse situazioni, non sia adducibile a fattori innati e sia stata ottenuta da un processo **volontario e intenzionale** cioè orientato a uno **scopo**.*

Naturalmente, l'apprendimento può essere conseguito attraverso **processi** di diversa natura:

- Per tentativi ed errori in modo spontaneo e non eterodiretto
- Per organizzazione percettiva nell'assimilazione di nuovi schemi di azione e di pensiero ottenuti da esperienze di apprendimento intenzionali
- Per modellamento, cioè per imitazione di un modello esemplificativo
- Attraverso la mediazione di soggetti esperti

TIPI DI APPRENDIMENTO:

1. **MECCANICO:** L'apprendimento che avviene per semplice memorizzazione di concetti o azioni
2. **SIGNIFICATIVO:** Il contrario di quello precedente; contestualmente alla memorizzazione avviene l'aggancio delle nuove informazioni recepite alle conoscenze precedenti, simili... (Più semplice, più veloce e rimane più a lungo). L'individuo apprende, quindi, in modo più significativo tutte le informazioni e procedure che può collegare con le sue esperienze e conoscenze precedenti.

COMPORAMENTISMO

Nasce nell'ottocento dallo studio sulla riflessologia, cioè su come riflessi reagivano determinati stimoli.

Watson (padre del comportamentismo della psicologia umana) applicò queste teorie all'uomo e ha affermato:

"Datemi 12 bambini, al di là delle inclinazioni che possono avere, ne farò quello che voglio".

Perché attraverso determinati stimoli e rinforzi alla fine poi si possono modellare i comportamenti di una persona.

COGNITIVISMO

Nasce negli anni 70-80 in concomitanza dello sviluppo dell'informatica e del funzionamento del computer.

Aprì quella che nel comportamentismo viene definita la **scatola nera**: la mente dell'uomo, ritenendola molto importante.

L'attenzione è posta sulle modalità di rappresentazione ed elaborazione delle informazioni. Ha effettuato molti studi sulla memoria, stili cognitivi (ciascuno di noi elabora le informazioni in modo diverso).

LA SCUOLA STORICO-CULTURALE

Proposta da Vygotskij (1896-1934). La data è significativa in quanto si pensa che sia una teoria che risale a prima del comportamentismo e del cognitivismo (anni 70).

In realtà essendo uno studioso russo le sue teorie sono venute alla luce solo negli anni 70, consentendo alla scuola storico culturale di svilupparsi solo negli ultimi trent'anni.

Questa scuola mette in crisi il comportamentismo e il cognitivismo in quanto mette al centro la **relazione individuo-ambiente**.

Per Vygotskij l'ambiente non è l'insieme di stimoli ascetici (ad esempio mi brucio...) Ma essendo un contesto culturale l'individuo impara ad entrare in contatto con il mondo attraverso gli strumenti, in particolare il linguaggio.

Durante lo sviluppo, le funzioni **psichiche superiori** (linguaggio, alcune capacità di ragionamento e di pensiero) appaiono prima come **funzioni intersichiche** (all'interno di una comunità e nelle relazioni che si vive, ad esempio il bambino all'interno di rapporto con i genitori) e in seguito diventano **funzioni intrapsichiche** (funzione dell'individuo singolo).

PSICOLOGIA UMANISTICA

Per comprendere i fenomeni dell'apprendimento è necessario considerare sia i meccanismi che possono portare l'individuo da un livello di funzionamento cognitivo ad un altro alle varie età ma anche i fattori culturali e contestuali a cui sono strettamente legati quei meccanismi.

Nel 1961 nell'introduzione del primo numero del Journal of Humanistic Psychology si dichiara l'identità della scuola di psicologia umanistica.

Gli psicologi che fanno riferimento a questo gruppo affermano di essere:

"interessati a quelle capacità e a quelle potenzialità umane che non trovano una collocazione sistematica nella teoria positivista e comportamentistica, come la creatività, l'amore, di sé, l'oggettività, l'autonomia, identità, la responsabilità e così via."

Secondo **Maslow**, l'**uomo** è un essere che tende all'autorealizzazione, cioè a svilupparsi secondo la propria intrinseca natura.

Ad esempio, una persona che ha forte dolore, ha anche un determinato vissuto dolore. La psicologia umanistica sottolinea come sia importante prendere in considerazione anche questi aspetti.

Allo stesso modo nella valutazione di un contesto di lavoro si prende in considerazione la presenza e l'attuazione di:

	EDUCAZIONE	FORMAZIONE	ISTRUZIONE
RELAZIONE	Massima	Media	Minima
COMUNICAZIONE	Massima circolarità	Media circolarità	Monodirezionale
ASIMMETRIA	Bassa	Media	Massima

Il **connubio tra infermieristica e pedagogia** si focalizza intorno a due questioni socio-sanitarie:

- Aumento di stati patologici derivanti da comportamenti autolesionistici
- Incremento di patologie cronic-degenerative

Per affrontare tali problematiche, l'OMS ha delineato due percorsi ben definiti:

- 1. EDUCAZIONE ALLA SALUTE:** che in senso preventivo è orientato alla diffusione, nella popolazione sana, di comportamenti autoprotettivi.
- 2. EDUCAZIONE TERAPEUTICA:** destinata invece, nei suoi obiettivi, a responsabilizzare i pazienti cronici a una questione ottimale della loro malattia.

2 CORSO DI VITA E BISOGNI VITALI DELL'INDIVIDUO (89-119)

Compiti che i singoli soggetti devono affrontare nelle diverse fasi della loro esistenza (infanzia, adolescenza, giovinezza, adultità, vecchiaia).

PREMESSA

Educazione, istruzione e formazione contribuiscono ad offrire agli individui gli strumenti conoscitivi, valoriali, etici ed esperienziali di cui necessitano per poter dare vita a una propria narrazione implicita autonoma, libera e originale ma contemporaneamente è funzionale ad affrontare tutti i compiti evolutivi che spettano ai soggetti anno dopo anno.

Quali sono questi compiti evolutivi?

INFANZIA E FANCIULLEZZA: I bisogni vitali della persona agli albori dell'esistenza.

A partire dalla nascita fino all'adolescenza, il bambino affronta numerosi compiti evolutivi, a partire dalla dimensione senso-motoria, che si integra a quella cognitiva simbolica, intrinseca al primo affettivo emotivo e di socializzazione.

DIMENSIONE SENSO-MOTORIA

Rapidi cambiamenti sul piano fisico: necessità di continui aggiustamenti delle abilità psicomotorie. Coordinare le abilità sul piano percettivo, motorio e cognitivo (deve avere sviluppato capacità di attenzione, motivazione e memoria).

DIMENSIONE COGNITIVA SIMBOLICA

Vi sono varie **teorie** interpretative:

- **Piaget (1962)**: lo sviluppo della mente del bambino deriva dalla sua necessità di adattamento all'ambiente e lo esprime in due momenti:
 1. **Assimilazione**: quando uno schema già posseduto viene applicato a situazioni inedite.
 2. **Accomodamento**: quando il soggetto deve modificare i suoi schemi per adeguarsi a una situazione che non riesce a gestire.

Piaget introduce il concetto di **stadio di sviluppo** (fase della vita del bambino nella quale la capacità cognitiva corrisponde a una particolare struttura mentale che organizza il suo modo di conoscere le cose)

Individua i seguenti **stadi**:

- **Sensomotorio** (0-2 anni): esperienza: padroneggiare l'ambiente
 - **Preoperatorio** (2-7 anni): pensiero simbolico ma presenti ancora limiti cognitivi (animismo ed egocentrismo)
 - **Operatorio** (7-11 anni): capacità di operare il modo creativo e attivo sui dati percettivi
 - **Astratto o formale** (+11 anni): acquisizione della capacità ipotetico deduttiva (passaggio da un pensiero concreto a un pensiero astratto)
- **Vygotskij (1930)**: Lo sviluppo della mente non dipende soltanto dalla modifica delle strutture interne del suo pensiero ma anche dalla qualità e quantità di relazioni che il bambino può godere sia con adulti e bambini sia con il patrimonio culturale della sua comunità di appartenenza.
 - **Winnicott (1971)**: ha definito l'acquisizione del pensiero simbolico come l'esito dell'**interazione tra bambino e la madre**, capace di dosare sapientemente soddisfazione e frustrazione ai bisogni espressi e inespressi del figlio. Poco alla volta, il bambino impara a fare da solo. Se tale passaggio avviene con la giusta gradualità, dove trova posto dapprima l'oggetto transizionale, poi il gioco simbolico e infine l'esperienza culturale, dove trova posto quindi, il **simbolo**.

DIMENSIONE RAPPRESENTATA DALLO SVILUPPO AFFETTIVO ED EMOTIVO

- **Bowlby (1975):** il bambino ha bisogno di rapporti sicuri e continui. Teorizza il **modello operativo interno**: prodotto dalla relazione primaria con la madre sarà in grado di orientare le scelte relazionali del bambino per tutta la vita.
Si possono sviluppare, a seconda della qualità della relazione che intrattiene con la madre, varie forme di attaccamento: sicuro, insicuro, ambivalente.
Oltre al legame di attaccamento, il bambino sviluppa altre relazioni con altri bambini. In questo caso, la relazione passa da verticale e gerarchica a **orizzontale paritetica** e richiede lo sviluppo di nuove abilità sociali.
La **possibilità di socializzazione** è correlata alla qualità e quantità di esperienze sociali che il bambino può apprezzare e vivere.

ADOLESCENZA: tra desiderio d'essere e ricerca di coerenza.

L'adolescenza è il momento in cui ci si affaccia alla vita.

Vi sono sostanzialmente tre dimensioni che caratterizzano le grandi trasformazioni dell'adolescenza:

1. Piano della fisicità
2. Piano delle relazioni
3. L'emergere del pensiero ipotetico

Un **compito evolutivo** è quello di **accettare il proprio corpo** trasformato dallo sviluppo puberale.

L'adolescente sente poi la necessità di **emanciparsi dalle figure parentali** per acquisire un'identità personale più netta, distinta e originale.

In questo caso, il compito evolutivo è quello di acquisire una capacità relazionale adulta, nella quale la libertà sia una sintonia con il rispetto per l'altro, la responsabilità e l'impegno.

L'autonomia dei figli dalla famiglia d'origine è un compito universale e il gruppo dei pari svolge la funzione di mediatore nell'affrontare questo passaggio di maturità.

Uno dei compiti di sviluppo, consiste nello stabilire relazioni nuove e più mature con coetanei di entrambi i sessi.

Infine, vi è l'ultima dimensione rappresentata dall'emergere del **pensiero ipotetico deduttivo** (raggiungere mediante il pensiero le cose non osservabili e i fatti non direttamente vissuti).

GIOVINEZZA E ADULTITÀ: l'equilibrio tra potenzialità e responsabilità.

Attorno ai 18-20 anni la persona dovrebbe uscire dall'adolescenza per entrare nella giovinezza, preludio all'età adulta.

La **giovinezza** viene descritta come l'età delle sfide. Le narrazioni prodotte nell'adolescenza devono trovare quella coerenza che permetta loro di orientare l'azione.

Vi sono fondamentalmente due tipi di scelte che si pongono di fronte al giovane nella nostra società:

- **Collocazione professionale:** l'identità professionale diventa parte dell'identità sociale e svolge funzioni latenti nell'organizzazione della sua esistenza.
Fasi:
 1. Cristallizzazione
 2. Stabilizzazione
 3. Progresso
- **Famiglia:** Richiede maturità affettiva, indipendenza, capacità di intimità.

L'autobiografia dovrebbe raggiungere un buon livello di stabilità. A formarla contribuiscono le esperienze sul piano professionale così come l'evolversi dei legami familiari vissuti.

Spesso nella nostra società i fallimenti familiari, ma anche le recessioni e le disoccupazioni rendono le narrazioni personali sempre più provvisoria anche in età adulta.

ANZIANI: tra nostalgia del passato e timore del futuro, una nuova possibilità di essere.

L'**invecchiamento** viene definito generalmente come il processo mediante il quale l'organismo umano si trasforma in ragione del tempo che passa.

Ma quando si diventa vecchi?

In realtà esiste un'età anagrafica, una è percepita soggettivamente e una definita a livello sociale e culturale.

Alcune definizioni di senilità fissano la soglia di ingresso alla vecchiaia verso i 65 anni.

Le teorie che cercano di spiegare il processo di invecchiamento sono molteplici, ad esempio:

- Teoria della senescenza e morte programmata
- Approccio evolucionista
- Teoria della mutazione somatica
- Teoria autoimmune
- Teoria del danno da accumulo di tossine
- Teoria del danno da accumulo di radicali liberi

Due elementi caratterizzano questo periodo:

1. Cessazione del lavoro
2. Ritorno ad uno stato di dipendenza

L'anziano, inoltre, è la persona che vive molte perdite (lutti, elementi che caratterizzano la sua quotidianità). Bisogna tenere conto che l'anziano può contare su: poche **risorse interne di adattamento**.

CAMBIAMENTI CORRELATI ALL'ETÀ

- **Sistema cardiovascolare**

Le **cardiopatie** sono la principale causa di decesso della popolazione anziana. Il cuore e le arterie perdono la loro elasticità.

I **depositi di calcio e di grasso** si accumulano all'interno delle pareti arteriose; le vene diventano sempre più tortuose.

Benché in circostanze normali la funzionalità venga mantenuta, il sistema cardiovascolare a meno riserve e la sua capacità di rispondere allo stress si riduce.

Gli anziani spesso presentano sintomi vaghi, quali **affaticamento** e **nausea**.

Il rischio di **ipotensione ortostatica** e **postprandiale** aumenta significativamente dopo i 75 anni di età.

- **Sistema respiratorio**

I cambiamenti del sistema respiratorio correlati all'età sono lievi e gradualmente. La **diminuita efficienza respiratoria** e la ridotta capacità inspiratoria possono essere il risultato della calcificazione delle cartilagini costali, della debolezza dei muscoli della parete toracica e della diminuzione della superficie alveolare.

Anche per il sistema respiratorio i sintomi sono più subdoli rispetto ai giovani: cefalea, debolezza, letargia, anoressia, disidratazione e cambiamenti dello stato mentale.

Diminuzione di efficacia della tosse, riduzione dell'attività ciliare.

La **polmonite** e l'**influenza** assieme, sono la quinta causa.

- **Sistema tegumentario**

Vi è una diminuzione dell'epidermide e il derma si assottiglia, diminuiscono le fibre elastiche, il collagene si irrigidisce, vi è la diminuzione del grasso sottocutaneo, soprattutto negli arti, una perdita di capillari nella cute e provocano diminuzione del flusso sanguigno.

Tali cambiamenti causano una **perdita di elasticità**, **raggrinzimento** e **arrossamento** cutaneo, la cute è più secca e soggetta a irritazioni a causa della minore attività delle ghiandole sudoripare e sebacee.

Diminuisce la pigmentazione dei capelli che diventano progressivamente grigi.

- **Sistema urogenitale**

Diminuzione del numero dei **nefroni**, del flusso ematico, della capacità vescicale.

L'incontinenza urinaria nell'anziano è un problema molto frequente (più del 75% degli anziani ospiti in casa di riposo).

La donna anziana spesso soffre di incontinenza da stress o da urgenza. È più soggetta degli uomini alle IVU. Spesso l'uomo anziano è affetto da **iperplasia prostatica benigna**. **L'ingrossamento della prostata** causa una graduale riduzione della continenza.

- **Sistema gastrointestinale/nutrizionale**

Gli anziani presentano un aumento del rischio di nutrizione alterata.

La **malattia parodontale** che porta alla carie e la caduta dei denti è molto comune.

La salivazione diminuisce e spesso l'anziano lamenta una bocca secca.

Può esservi una **diminuzione della motilità gastrica** con conseguente ritardato svuotamento del contenuto dello stomaco.

L'assorbimento dei nutrienti nell'intestino tenue sembra diminuire con l'età.

Esiste una correlazione diretta tra la **perdita di gusto e olfatto** e l'apporto di cibo.

Negli anziani è frequente la **difficoltà di deglutizione**. La stipsi è uno dei problemi più comuni che colpiscono l'anziano (Oltre l'80% degli anziani istituzionalizzati).

La persona anziana spesso riferisce uso regolare di **lassativi e clisteri**.

La minor attività fisica e il rallentamento del metabolismo riducono la quantità di calorie necessarie all'anziano per mantenere il peso ideale.

Apatia, immobilità, depressione, solitudine, povertà, ignoranza, mancanza di igiene orale e mancanza di discriminazione gustativa contribuiscono a un apporto sub ottimale di nutrienti.

Callen (2004) Riporta che il 50% degli assistiti chirurgici e il 44% degli assistiti internisti ci sono malnutriti.

- **Sistema muscolare/scheletrico**

Prima dei quarant'anni ha inizio una diminuzione graduale progressivo della massa ossea. Una perdita eccessiva della densità ossea porta all'**osteoporosi**.

I muscoli diminuiscono di dimensione e con l'invecchiamento e la minor attività fisica perdono forza, flessibilità e resistenza.

Fin dalla mezza età la cartilagine delle articolazioni evidenzia segni di progressivo deterioramento. In tutti gli ultrasessantenni sono presenti **malattie articolari degenerative**.

Il pericolo di **fratture**.

Con l'età sia una diminuzione dell'altezza (modifiche dello spina dorsale, cifosi...)

Questi cambiamenti hanno un influsso negativo sul movimento, sull'equilibrio.

- **Sistema nervoso**

La **riduzione del flusso sanguigno cerebrale** accompagna i cambiamenti del sistema nervoso.

La perdita di cellule nervose contribuisce alla progressiva perdita di massa cerebrale.

Gli impulsi nervosi vengono condotti più lentamente. Il rallentamento del tempo di reazione espone l'anziano a rischio di cadute lesioni, inclusi errori di guida.

La funzione mentale è minacciata dallo stress fisico ed emotivo. L'improvvisa insorgenza di uno **stato confusionale** può essere il primo sintomo di un cambiamento della condizione fisica.

- **Sistema sensoriale**

VISTA: la **presbiopia** comincia solitamente verso la quinta decade della vita. Diminuisce la capacità di distinguere l'azzurro dal verde. L'anziano ha tempi di adattamento più lunghi nel passaggio dal buio alla luce e ha bisogno di una luce più forte per guardare da vicino.

Nelle persone anziane aumenta l'incidenza delle malattie degli occhi, ad esempio: cataratta, glaucoma, retinopatia diabetica, degenerazione maculare senile.

UDITO: la **presbiacusia** è la perdita della capacità di percepire i toni di alta frequenza (f, s, b, t, p sembrano tutte uguali) fino alla perdita generalizzata di udito.

La perdita di udito può causare risposte inappropriate nell'anziano il quale potrebbe evitare i rapporti sociali. talvolta le difficoltà uditive sono dovute cerume.

OLFATTO-GUSTO: dei quattro gusti principali (dolce, amaro, salato, aspro) e sapore **dolce** è quello che maggiormente si indebolisce negli anziani.

I cambiamenti nel senso del gusto sono correlate la perdita di cellule nei passaggi nasali e del bulbo olfattivo del cervello.

I fattori ambientali contribuiscono al danno cellulare.

ASPETTI COGNITIVI DELL'INVECCHIAMENTO

Secondo alcuni autori, la capacità cognitiva si riconosce nel:

Processo che permette di ottenere, organizzare ed utilizzare conoscenze intellettive che comprende funzioni quali coscienza, orientamento, memoria, intelligenza e linguaggio.

In genere vi è un declino nell'intelligenza usata per la flessibilità nel pensiero e nel problem solving mentre l'intelligenza che passa attraverso l'educazione l'esperienza di tutta la vita rimane intatta.

L'abilità di apprendere di acquisire nuove informazioni diminuisce nell'anziano, in particolare dopo la settima decade di vita.

La perdita della memoria sicuramente il disturbo più facilmente osservabile negli anziani.

Le componenti della memoria includono la memoria breve termine, la memoria recente e la memoria lungo termine.

ASPETTI PSICOSOCIALI DELL'INVECCHIAMENTO

Un invecchiamento psicosociale adeguato si riflette nelle capacità delle persone anziane di adattarsi alle perdite fisiche, sociali ed emotive e al raggiungimento della serenità e di una vita soddisfacente.

Le persone anziane hanno bisogno di resistenza e abilità di coping quando affrontano gli agenti stressanti e i cambiamenti.

Il tema dell'ageismo predomina nella nostra società.

Adattamento delle abitazioni: le persone anziane spesso si esprimono meglio nel loro ambiente.

Case di riposo o RSA: Rappresentano, nella rete dei servizi, una risposta ai bisogni degli anziani non autosufficienti che non presentano patologie acute o necessità riabilitative tali da richiedere il ricovero in ospedale o in centri di riabilitazione.

Ruolo della famiglia: la pianificazione dell'assistenza e la comprensione dei problemi psico-sociali con cui si confrontano le persone anziane deve essere accompagnata dal contesto familiare.

3 IL CONCETTO DI VISSUTO CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA CONDIZIONE DI MALATTIA (121-200)

Significato del vissuto nell'esperienza personale. Elementi che consentono di far emergere il vissuto di malattia (modello di Leventhal).

Modello di sintesi utile per analizzare il vissuto di malattia.

PREMESSA: La persona che si ammala e la sua esperienza vissuta.

Il vissuto di malattia potrebbe essere definito, in sintesi come ciò che passa per la testa del paziente quando si ammala un insieme di emozioni, riflessioni, aspettative, speranze, timori, giudizi e decisioni che la persona affetta da malattia produce dentro di sé. Ma che quasi mai rende espressamente palesi agli altri, per vergogna o per timore di venire giudicata male, per pudore e riservatezza o per sfiducia.

Questo insieme di pensieri gioca ruolo importante nell'attraversare con successo l'iter terapeutico.

La comunicazione della diagnosi e la comparsa dei sintomi sono elementi che cancellano all'improvviso l'adeguatezza e la coerenza della propria narrazione autobiografica.

Protagonista un oggetto che si scopre diverso da sé: realizzare una piena integrazione della nuova identità di soggetto malato dopo aver elaborato il lutto per il suo sé sano.

Diviene fondamentale trovare gli strumenti riflessivi per poter accedere a questi vissuti, all'atmosfera emotiva e ai pensieri che connotano la reazione del paziente.

Prima di tutto, tali vissuti possono mutare al variare della tipologia patologica che affligge la persona. Al di là della varietà infinita di quadri patologici che la medicina scientifica potuta in questi decenni solcare, una prima grande distinzione operabile tra le patologie comunemente conosciute della nostra epoca e quella tra malattie:

- **Acute:** manifestazione relativamente improvvisa, fase critica, risoluzione breve.
Tra le patologie acute più comuni della nostra epoca si possono annoverare: infarto del miocardio, ictus, diversi tipi di traumi causati da incidenti, stati infettivi.
Atmosfera interiore: timore per il dolore atteso e per la paura di un esito infausto.
- **Croniche:** non guaribile ma neppure mortali, gestibili nel lungo tempo.
Tra le patologie croniche più comuni ci sono le diverse malattie dimetaboliche come: il diabete, l'asma, lo scompenso cardiaco (spesso esito cronicizzato di infarti), l'insufficienza respiratoria, l'insufficienza renale o epatica.
Atmosfera interiore: lo spavento si trasforma velocemente in timore per il proprio futuro sociale lavorativo, in un abbandono dei propri cari e nel crollo dell'autostima, con conseguenti sfumature depressive e senso di inferiorità.

L'altra variabile incidente sul vissuto di malattia del paziente è l'età.

Visso di malattia e ciclo di vita: la narrazione spezzata.

BAMBINI MALATI IN OSPEDALE

La patologia in sé, le terapie che richiede, nonché ricovero ospedaliero sono tutti elementi che possono inibire o rallentare se non, addirittura, bloccare lo **sviluppo psicocognitivo e sensomotorio** del bambino (impedimento in movimento e la libera esplorazione dell'ambiente nel quale si trova).

L'angoscia suscitata **dall'ignoto** induce l'emergere di importanti difese del sé, ad esempio la **regressione** (strategie psicologiche involutive).

In questi bambini è spesso presente quella che viene definita "**angoscia da separazione**" o "**post traumatica**", (ricerca ansiosa della vicinanza di una persona di riferimento affettivo): il legame di attaccamento viene ad essere messo in pericolo da numerose e ingiustificate, per il bambino, separazioni improvvise dei suoi adulti di riferimento.

L'atteggiamento dei genitori spesso appare connotato da iperprotezione ansiosa, permissività gratificante, rifiuto emotivo. Queste reazioni nascono fundamentalmente da tre tipi di vissuti: la **frustrazione** per la perdita del bambino ideale, il **senso di colpa**, l'**angoscia**.

Il processo di **socializzazione** è altrettanto posto a rischio perché il bambino avrà sempre meno occasioni di storie con i suoi coetanei.

Infine anche sul **piano cognitivo simbolico** si possono avere conseguenze importanti: vi è il rischio di interruzione brusca del percorso di apprendimento del linguaggio simbolico a causa delle frustrazioni molto più invasive delle sue capacità di difesa psicologica.

Possono emergere i segni di una **personalità violenta e aggressiva**, che risponde con l'azione alla mancanza della parola.

La **malattia** quindi può portare come esito più probabile l'alterazione del processo di un equilibrato senso di autostima e può portare in due direzioni opposte:

- In primo luogo il bambino può soffrire di un senso di **inferiorità** nei confronti degli altri bambini sani, unitamente a un senso di **disistima**.
- D'altra parte il piccolo, se **iperprotetto** dai suoi genitori spaventati, tende a permanere in un **egocentrismo cognitivo** tipicamente infantile, cui si lega un esagerato senso di autostima.

Gli esiti possibili, seppur opposti, sono entrambi **negativi** e si legano a un'alterazione dell'esercizio della libertà personale. In entrambi i casi, di protezione o di permissività, il bambino e il giovane che diventerà con il passare degli anni, si troverebbe privo di quella competenza sociale che l'esito necessario di **identità personale autonoma e responsabile**.

ADOLESCENTI MALATI CRONICI

L'**adolescente** malato diventa, in questo senso, improvvisamente "vecchio", perché alla sua età è già consapevole dell'illusione di ogni progetto che si infrange contro la dura realtà dovuta al decorso della sua malattia.

La malattia può divenire un **ostacolo alla libertà**, perché la persona non guarda più in avanti ma restringe il suo sguardo il suo corpo, che diviene l'unico oggetto della sua cura.

È così che i ragazzi colpiti da patologie croniche manifestano poco entusiasmo per la vita, sono **depressi**, chiusi in se stessi o altrimenti, collerici, violenti aggressivi con i propri genitori e con gli altri. La mancata **compliance** diventa, dunque, solo una sorta di sintomo, un campanello d'allarme di un'atmosfera emotiva segnata negativamente, profondamente fragile e che richiede il sostegno di altri per poter riprendere il suo cammino di umanizzazione.

ANZIANI MALATI

La **senilità** può essere definita il tempo della **fragilità**. Vittime di stereotipi che li emarginano da una società in cui conta solo che è attivo e produce, gli anziani possono di fatto reagire nel modo peggiore alle esperienze difficili che li contraddistinguono nella malattia.

Pensiamo allora fare il corso di alcune **metodologie difensive**, tipiche di questa fase della vita: tra di esse il **fatalismo** ("Doveva andare così", si lasciano andare e non partecipano attivamente all'iter terapeutico), la modalità di un passo alla volta, la fede, la minimizzazione del rischio.

L'anziano, in pratica, si rifugia in ciò che gli resta, cioè gli affetti, divenendo più bisognoso di vicinanza, di dialogo, di ascolto.

In secondo luogo, fa ricorso ai suoi **ricordi**.

Infine cerca **stabilità**, cioè cerca quegli elementi che gli danno tranquillità e sicurezza, come ripetersi rigido e necessario di alcune abitudini, i circondarsi di pochi sinceri volti conosciuti e il sentirsi a proprio agio solo negli spazi familiari.

Le persone anziane, se fanno le stesse cose si sentono più sicure; nel ricovero è giusto dargli alcuni punti di riferimento per sentirsi a proprio agio.

“**Anziano fragile**” è un termine riferito a chi ha raggiunto o oltrepassato i 75 anni. In queste persone, si verifica un processo di **decadimento progressivo** (che può essere soggettivo, può manifestarsi anche nell’arco di 24 ore) incapace di autoripararsi con un incremento della suscettibilità alle malattie.

La perdita di efficacia dei meccanismi omeostatici e la presenza di un'eventuale patologia associata, concorrono i sintomi di esordio di un deficit o di una malattia acuta.

Secondo Fisk, e la fragilità veniva riferita a problemi nell’ambito della funzione fisica, della cognitivtà e dei supporti sociali di gravità tale da richiedere un intervento multidisciplinare.

Salvioli, in termini di **reazione agli eventi** definisce la fragilità principalmente nella ridotta capacità a rispondere adeguatamente a situazioni di stress, esponendo l’anziano al rischio di **outcome (ESITI) avversi** ed al declino delle prestazioni funzionali.

FRAGILITÀ:

- Invecchiamento avanzato
- Coesistenza malattie croniche
- Polifarmacoterapia
- Ridotta autonomia funzionale
- Stato socioambientale critico

Anziani, ictus e demenza senile

Alcune condizioni patologiche frequenti tra gli anziani di oggi sono l’ictus cerebrale, la demenza senile e la depressione.

ICTUS: da un punto di vista educativo vi sono fondamentalmente due aspetti di cui occuparsi: le difficoltà di comunicazione che l’anziano colpito da ictus manifesta e la perdita di autonomia che lo affligge.

Entrambe possono condurre alla perdita di autostima.

Per l’anziano l’obiettivo è fare ciò che sa fare e come lo sa fare, senza sentirsi in errore.

Ciascuno di noi se sta bene, è perfettamente consapevole di chi è in ogni momento e contesto di vita = identità.

L’anziano spesso ricorda tratti chi è e confonde la sua identità: diventa allora fondamentale offrire all’anziano la possibilità di recuperare la propria storia, una narrazione univoca del sé.

Dal vissuto di malattia ai comportamenti di salute

Come già descritto, il vissuto di malattia ha un’influenza fondamentale nel modificare le prese di decisione del soggetto in merito all’aderenza o meno delle richieste di compliance e alle prescrizioni.

Ciò può produrre, all’inizio, una sorta di alterazione significativa della lucidità mentale del soggetto e l’attivazione di meccanismi di difesa involutivi.

Viceversa, una crisi così essenziale e in grado di risposta abilitare la persona prendersi cura della sua salute come non aveva mai fatto prima. Inoltre, sul suo vissuto e sulle conseguenti decisioni che ne derivano, possono influire molte altre variabili, come:

- La presenza o meno di una rete di supporto sociale
- Il tipo di lavoro svolto
- La presenza di figli minori
- La capacità degli operatori della salute di strutturare con lui un’autentica alleanza terapeutica

Compliance e aderenza

Che cos’è la **compliance**? Essa è stata definita come il grado in cui il comportamento di una persona, in termini di assunzione di farmaci, osservanza delle diete e attuazione di cambiamenti nello stile di vita coincide con le **raccomandazioni di un medico**.

Nel corso degli anni alcuni ricercatori insieme a loro alcuni operatori della sanità, hanno cercato di sostituire al termine compliance quello più suggestivo di **aderenza**.

L'**aderenza** in questo caso è da intendersi come **coinvolgimento attivo e collaborativo del paziente**, cui si chiede di partecipare alla definizione e alla tua azione di un trattamento basato su un accordo negoziato e preventivo.

In realtà nel corso degli anni, i due termini hanno finito con l'assumere lo stesso significato e vengono utilizzati indifferentemente.

I modelli per l'analisi delle probabilità di espressione dei comportamenti di salute/malattia.

Numerosi studi hanno portato la realizzazione di alcuni modelli di previsione del comportamento individuale, che mettono in luce alcune variabili incidenti sulla previsione di comportamento delle persone:

- Modello delle convinzioni sulla salute (Rosenstock, 1966, Becker e Maiman, 1975)
- Teoria della motivazione alla protezione (Rogers, 1983)
- Teoria dell'azione ragionata e del comportamento pianificato (Ajzen e Fishbein, 1980)
- Teoria dell'autoefficacia (Bandura, 1977)

Un modello di sintesi per l'analisi del vissuto del paziente.

Occorre integrare a questo punto un pensiero più pedagogico: per farlo, occorre prima di tutto, cercare di scrivere più compiutamente la complessità che soggiace al termine "vissuto di malattia" e, a questo fine, sembra opportuno far riferimento alla teorizzazione del concetto di vissuto, così come lo si vede descrivere da autori come W. Dilthey (1954).

Lui, in particolare, fa riferimento a tre termini che possono aiutare a definire meglio la complessità di questo concetto: Erleben, Erlebte ed Erlebnis.

Ogni individuo, di fronte alla nuova esperienza, coglie in modo immediato il dato di cui essa si compone (**Erleben**).

Subito dopo, però, tale datoriale subisce nell'elaborazione da parte del soggetto, in pratica sulla scorta della sua umanità e personalità, il risultato di questo processo metacognitivo che non avviene sempre in modo del tutto razionale consapevole, è la trasformazione del Erleben in **Erlebte**.

Da tale lavoro interiore, emerge l'esperienza vissuta (**Erlebnis**) che può essere anche profondamente diversa dall'esperienza reale, ma che diviene il nucleo iniziale intorno al quale si costruisce la totalità della vita psichica.

Come si costituisce un **Erlebnis**? Secondo Dilthey, nel Erlebnis, Nell'esperienza interiore entrano in relazione **atto** (agire materiale mentale) e **contenuto** (realtà sensibile mentale) per il tramite dell'atteggiamento (disposizione rispetto alla realtà).

Ciò premesso, procediamo oltre tentando di approfondire in modo sistematico le numerosi variabili che vanno incidere sull'emergere del vissuto, cioè sul costruirsi dell'esperienza vissuta nella malattia.

Significativo appare, in questo senso, il contributo di Leventhal e collaboratori.

L'attore, infatti, sostiene che le convinzioni circa la malattia vengono strutturate dal paziente attraverso cinque fattori, che gli definisce componenti. Si tratta, in pratica, di cinque domande che il paziente si pone non appena viene a conoscenza del suo stato di malattia e le cui risposte contribuiscono in modo rilevante a definire il suo vissuto e, quindi, la sua possibile reazione alla nuova condizione di soggetto malato.

Quali componenti? Che domande si pone il paziente?

● Identità

- Nell'identificazione della patologia, il soggetto acquisisce due livelli di **conoscenza**:
 - Di essere stato colpito proprio da quella patologia e non oltre
 - Di essere proprio lui non altri ad essergli affetto
- **Conoscenza e consapevolezza** vengono definite il sentimento di vulnerabilità del soggetto che prende coscienza del suo stato di paziente
- Adesso segue il **lutto**, cioè il sentimento di perdita legato ad un'identità personale ormai inesistente, quello di soggetto sano.

● Causa

- Nel ricercare la causa, si individuano due tipi di fattori scatenanti:
 - Fattori **interni** al soggetto: Si possono individuare tutti quei comportamenti a rischio (fumo, droga, alcol,...). Il sentimento associato è quello della colpa con relativa vergogna della propria condizione, vissuta come una sorta di punizione per la propria superficialità o ignoranza.
 - Fattori **esterni**: (Agenti inquinanti, batteri farmaco resistenti e virus). Il sentimento più comune è quello della rabbia e della ricerca di un colpevole.

Da questi modelli ci appare chiaro come ogni essere umano non agisce solo sulla base delle sue conoscenze o almeno non sempre. È, ma agisce sempre sulla base dei suoi movimenti: l'informazione diventa motivo di azione solo se viene riconosciuto dall'individuo come bene, cioè come modalità mediante la quale soddisfare un suo bisogno.

L'aderenza alle prescrizioni viene a costruirsi solo se scelta dall'individuo.

SINTESI: A queste prime riflessioni si intrecciano alcune influenze ambientali e sociali come le norme condivise. A questo punto, può aver luogo la scelta libera del soggetto in base ad un giudizio di valore per soddisfare i suoi bisogni.

Fine e motivo definiscono la liberazione del soggetto seppur mediati dall'influenza delle persone vicine.

CONSEGUENZE: le riflessioni su come la patologia influenzerà la propria vita sono legati a sentimenti di frustrazione e timore.

- **Frustrazione** per ipotesi di rinuncia di tutta una serie di comportamenti gratificanti che vanno a collidere con il percorso terapeutico: diete, esercizio fisico, orari da rispettare per i farmaci, sono tutti elementi che possono condizionare limitare la libertà dell'individuo.
- Il **timore** del rifiuto sociale poi è un altro elemento fondamentale e può temere per il suo futuro in termini lavorativi e familiari.

L'ESITO È UNA LIBERA AZIONE:

- Comportamento **positivo** = aderenza
- Comportamento **autolesionista** = mancata compliance

La resilienza: un dispositivo concettuale per definire la finalità educativa nella relazione con il paziente

Viene a significare, nella sua accezione primitiva **“la capacità di assorbire energia in seguito ad un urto”**.

In pratica, piena di indicare la capacità di un corpo di resistere a un urto senza subire rotture o fratture, ma solo modificandosi e integrando in sé l'energia che dall'urto scaturisce (porcellana: non resiliente; ferro: resiliente).

Ciò premesso, procediamo oltre tentando di approfondire in modo sistematico le numerose variabili che vanno incidere sull'emergere del vissuto, cioè sulla costituirsi dell'esperienza vissuta nella malattia. Significativo appare, in questo senso, il contributo di Leventhal e collaboratori.

4 EDUCAZIONE TERAPEUTICA E RELAZIONE EDUCATIVA OLTRE LA COMPLIANCE, IL BENESSERE DELLA PERSONA (201-237)

PREMESSA

Il nostro sguardo pedagogico ci impone di giungere un approccio al paziente che mette insieme l'aspetto didattico, di trasmissione di conoscenze procedurali e teoriche, con quello educativo e formativo di accompagnamento della persona malata in un percorso di accettazione del sé e di ridefinizione della propria identità di soggetto cronico. In questo senso, la prima azione possibile è una ridefinizione della finalità e degli obiettivi nell'intervento educativo verso il paziente, mediata dal ricorso alla resilienza.

Finalità e obiettivi nel lavoro educativo dell'operatore sanitario

Nella relazione educativa tra professionista e paziente, la visione di sé e maturata dall'operatore si incontra con la visione di sé nella malattia del paziente: sono due narrazioni diverse che si incontrano e che devono imparare a conoscersi reciprocamente.

Da una parte ci sono obiettivi terapeutici, dall'altra aspettative di assistenza e di conforto. Pur nella complessità degli elementi si crede di poter individuare un punto d'incontro nel concetto di cambiamento. Le difficoltà fanno sì che il paziente reagisca in modi diversi, negazione, resistenza, razionalizzazione, impegno, equilibrio.

Coerentemente a tale processo, l'OMS propone una scansione in fasi progressive del processo educativo, corrispondenti ad altrettanti obiettivi educativi, conoscenza, consapevolezza, responsabilizzazione, azione, stabilizzazione, solidarietà.

Per raggiungere tali finalità, l'operatore deve essere in grado di mettere in atto alcune specificazioni che si possono definire "obiettivi operativi":

- Conoscere e saper comunicare i comportamenti di salute
- Conoscere e saper comunicare i rischi della mancata aderenza nonché i benefici della stessa
- Individuare i motivi che hanno indotto la persona esprimere comportamenti a rischio
- Individuare e conoscere le risorse residue della persona
- Conoscere eventuali punti di forza nel contesto familiare
- Sostenere la persona in una nuova narrazione

La resilienza: un dispositivo concettuale per definire la finalità educativa nella relazione con il paziente.

La finalità del lavoro educativo con il paziente non è che la ricerca dell'espressione di una risposta di resilienza da parte del soggetto interessato.

Cos'è la resilienza?

La psicologia ha fatto suo questo concetto, proprio per indicare la capacità di certi individui di superare un trauma non semplicemente resistendo ma progettando positivamente il proprio futuro.

In seguito ad un trauma si può dire che la persona subisce una ferita nell'animo. Se ciò accade, la persona può attivare due tipi di risposta: meccanismi di difesa **regressivi** e meccanismi di difesa **costruttivi**.

La persona resiliente possiede le seguenti caratteristiche:

- Autonomia
- Problem solving
- Abilità sociali
- Propositi per il futuro

L'individuo che possiede queste caratteristiche sa chiedere aiuto agli altri in caso di difficoltà, quindi occorrono due condizioni:

1. Che la persona abbia intorno a sé persone disposte ad aiutarla
2. Che li sappia riconoscere e attivare

La capacità di esprimere una risposta di resilienza, fatte queste premesse, si situa in particolar modo in tre condizioni di facilitazione:

1. La possibilità di usufruire di uno spazio mentale e fisico di riposo, grazie la presenza di una persona significativa
2. La possibilità di sviluppare un adeguato sentimento di autostima
3. La possibilità di sperimentare un buon livello di controllo sulla situazione

La resilienza offre poi una maggiore forza interiore, che rende la persona più forte e determinata di fronte alle prove inevitabili dell'esistenza e mette in atto strategie di coping di natura positiva, evolutiva e altruismo.

Infine occorre sottolineare come molti tra coloro che appaiono resilienti siano in grado di non dimenticare: il trauma è assorbito ma non dimenticato.

La relazione terapeutica come relazione d'aiuto: premesse di una relazione educativamente autentica.

Molti autori definiscono la relazione tra il professionista sanitario e il paziente una relazione d'aiuto.

Ma è possibile definire una relazione d'aiuto come relazione educativa?

La mancata consapevolezza della difficoltà e della delicatezza del compito educativo, può produrre casi di gestione di obiettivi di natura educativa se con un personale semplice buon senso, improvvisando, ottenendo così un risultato negativo.

Il termine aiuto significa, dal latino, portare giovamento, gioia, sollevare dalla fatica e dalla sofferenza.

Che cosa può portare aiuto?

Prima di tutto la quiete dalla paura e dall'angoscia, che può essere raggiunta attraverso il silenzio che ascolta, una voce amica che è presenza e molto disponibile, un contatto umano. Ma oltre a questo, ci deve essere la possibilità di sperare in un futuro migliore (fiducia in se stessi).

Dare speranza per il futuro. In questo processo diviene importante:

- La fiducia incondizionata dell'altro, che si ottiene a partire dalla capacità di sospendere il giudizio
- La capacità di mettersi al suo posto, dunque, capace di offrire all'altro un'immagine di sé forse non perfetta ma sicuramente utile per comprendere sia accettarsi

Seguendo le indicazioni di H. Peplau potremmo individuare un altalenarsi di almeno quattro fasi:

- Orientamento
- Identificazione
- Sviluppo
- Risoluzione

Sulla base di alcuni teorici, il modello è stato arricchito. Da ciò si può affermare che una relazione assistenziale insieme educativo si sviluppa in sei fasi:

- Orientamento
- Edificazione
- Accoglienza
- Sviluppo
- Azione
- Risoluzione

Resta ora da approfondire come realizzare tutto questo.

Fase di risoluzione

La relazione viene meno, il legame si allenta. È il tempo del lutto per una relazione significativa, è il tempo degli "addii": → sentimento di dipendenza (→ può pregiudicare il distacco); → operatore (→ dare fiducia a lasciare poco per volta che il paziente ritorni "padrone di sé).

Dalle finalità e obiettivi all'azione educativa concreta: lo strumento dialogico.

Occorre ora considerare l'arma più preziosa in mano a colui che vuole educare: la parola.

Aldilà della funzione di elaborazione del pensiero di comunicazione dello stesso, il linguaggio porta con sé altre funzioni importantissime:

- **L'attestazione:** nel dialogo educativo:
 - Il vocabolo ha in sé un significante di promessa di un'azione
 - La coerenza tra il dire il fare è, nel senso comune, matrice di attendibilità della persona
 - La risposta all'appello della persona deve potersi esprimere in termini di una qualità specifica: la sincerità
 - La risposta deve essere veicolato da intenzionalità quale fine dell'educazione
- **La prescrizione:** nel dialogo educativo:
 - Si propone di accompagnare e direzionare l'agire di un altro da sé stessi
 - In educazione la prescrizione è il futuro di una mediazione sempre in divenire tra due essenziali polarità: autorità (deve potersi tradurre all'interno della relazione educativa in autorevolezza) e libertà
 - Occorre allenare la persona proponendogli di compiere poco alla volta scelte sempre più complesse
- **L'interrogazione:** nel dialogo educativo:
 - Nel gioco del domandare rispondere si concretizza la relazione educativa (la provoca la reazione dell'altro)
 - L'interrogazione diventa quindi il punto culminante del processo, dove, mediata dall'attestazione, la prescrizione dell'educatore, attraverso la domanda, diventa premessa per un'azione maieutica, che aiuta la persona diventare sé stessa e non l'altro.

È possibile affermare che sono funzioni linguistiche e insieme categorie d'azione educativa.

Per concludere: nel rapporto con l'altro, l'io prende consapevolezza di sé. Oltre a dare, l'operatore deve saper ricevere, deve cioè essere capace di capire i messaggi che l'altro gli invia. Cioè avviene in un silenzio che non è indifferenza, ma che è uno spazio-tempo di riposo, a riparo dalla minaccia, dalla fretta, dall'ansia di una quotidianità definita dalla malattia, per riflettere per parlare.

5 LA PROGETTAZIONE DI UN INTERVENTO EDUCATIVO RIVOLTO ALLA PERSONA MALATA (239-286)

Fasi della progettazione educativa:

- Analisi della situazione di partenza o diagnosi educativa
- Finalità e obiettivi educativi
- Metodi e strategie
- Programma operativo
- Valutazione

PREMESSA

In Italia, negli anni '60 sono sorte numerose iniziative di educazione del paziente in diabetologia. Esse si sono allargate, alla fine degli anni '80, alla pneumologia, poi all'oncologia e alle cure palliative.

EDUCAZIONE TERAPEUTICA

- Attività sanitaria piuttosto recente ed è considerata una componente importante nella gestione dei pazienti affetti da malattie croniche, tanto quanto la terapia farmacologica e il sostegno psicologico.
- Processo educativo che si propone di aiutare la persona malata (con la sua famiglia e nell'ambiente che la circonda) ad acquistare e mantenere la capacità di gestire in modo ottimale la propria vita convivendo con la malattia.

EDUCAZIONE ALLA SALUTE

- Rivolta alle persone in stato di salute, al fine di mantenerla o promuoverla ulteriormente, diversamente l'educazione terapeutica è rivolta a persone sicuramente con problemi di salute, in situazione di malattia.

Molto importante appare la relazione che si crea tra utente e professionista.

Per conseguire questi risultati occorre:

- Non imporre ma proporre strategie ed utilizzare metodologie corrette rispettose dei singoli, dei gruppi, dei loro contesti, delle loro abitudini e diversità
- Un altro presupposto corrisponde a una filosofia che si potrebbe definire "responsabilità accettabile"

Nell'educazione terapeutica bisogna dunque prevedere la presenza di un equilibrio tra l'intenzione di responsabilizzare il paziente e l'accettazione dei limiti individuali.

La gestione di questo equilibrio dovrà dunque evitare la colpevolizzazione del paziente e la sua esclusione dalle scelte terapeutiche (evitare il "malato incompetente").

I pazienti possono mettere in pratica le terapie e le raccomandazioni che non capiscono o che non accettano. Il grado con il quale i pazienti seguono le raccomandazioni è chiamato compliance/aderenza (collaborazione attiva del paziente al trattamento).

L'obiettivo finale dell'educazione rimane lo sviluppo "integrale" della persona inteso come "processo di apprendimento", che è sempre meno dipendente da rinforzi esterni e sempre più radicato sulle convinzioni personali.

Ogni qualvolta si intende favorire l'apprendimento è opportuno:

- Iniziare dal punto in cui si trova il discente
- Stimolare la motivazione ad apprendere
- Adattare ai partecipanti quanto si vuole trasmettere
- Fare intravedere possibilità di successo
- Semplicità
- Rinforzo

Ciascuna strategia non è che è una metodica possibile, solo all'interno di un progetto educativo efficace.

L'educazione quindi non può essere un atto informale ma deve essere organizzata e pianificata con rigore, lo stesso che viene usato per le procedure diagnostiche e terapeutiche. Nella riflessione centrata sulla progettazione educativa ci sono numerosi modelli di processo.

Fasi della progettazione educativa

Dall'analisi dei diversi modelli, è possibile ricavare un unico modello di riferimento, sintesi dei diversi suggerimenti posti dai diversi autori, che si compone di quattro-cinque fasi:

1. **Analisi della situazione di partenza-diagnosi educativo:** in questa fase si cerca di capire:
 - Chi sono gli utenti
 - Se esiste da parte loro una richiesta esplicita o latente s' di intervento educativo
 - Quali sono le caratteristiche positive negative del loro ambiente di appartenenza
 - A quali fattori ambientali comportamentali è necessario intervenire con un progetto di educazione
 - Su quali comportamenti o conoscenze si può contare o di quali atteggiamenti negativi si deve tener conto

2. **Obiettivi e finalità:** si definiscono obiettivi e traguardi che si vogliono raggiungere, da intendere in senso operativo come tutte le cose che la persona, alla fine di un certo percorso educativo, deve fare. La definizione degli obiettivi consiste nella formulazione degli scopi e delle finalità misurabili, che offrono le basi per identificare e valutare gli interventi.

Gli obiettivi si suddividono in:

 - **Obiettivi di sicurezza:** sono comuni a tutti i pazienti e riguardano quelle conoscenze, abilità e attitudini che sono essenziali alla sopravvivenza e al benessere quotidiano del paziente. Sono obiettivi quindi che vanno realizzati con i pazienti anche se in tempi diversi da un paziente all'altro, a seconda della capacità di apprendimento individuale.
 - **Obiettivi specifici:** rispondere invece ai bisogni particolari del singolo paziente vanno pianificati quando servono.

Gli obiettivi possono essere classificati in riferimento alle diverse aree di apprendimento:

 - **Area cognitiva:** relativo a conoscenze, concetti e principi
 - **Area psicomotoria o gestuale:** relative a capacità operative o manuali
 - **Area dei comportamenti interpersonali:** area particolarmente complessa, che comprende le attitudini e gli atteggiamenti.

3. **Metodi e strategie:** nella definizione dei metodi occorre prima di tutto chiarire quali contenuti si intende offrire (cognitivi, relazionali, comportamentali) e, a questo punto, prendere in considerazione i metodi più adatti e alle condizioni effettive di attuazione (risorse presenti o recuperabili).

Per esempio, per i contenuti di natura cognitiva e adeguata alla comunicazione diretta, ma per i contenuti di natura relazionale e comportamentale occorre fare uso di metodologie che prevedono il coinvolgimento diretto degli utenti.

 - **Video e altra tecnologia:** è considerata un modo efficace di educazione, specialmente in popolazione con bassa alfabetizzazione sanitaria. I video sono più efficaci se seguiti da spiegazioni da parte dell'educatore, che chiarisce e risponde alle domande. I metodi possono essere centrati sul singolo e/o sul gruppo.
 - **Educazione "uno a uno":** Questo modello è appropriato soprattutto quando l'argomento è di natura privata delicato, ma non per i costi-benefici, perché è molto dispendioso in termini di tempo.
 - **Educazione "a gruppi":** Si utilizza quando l'argomento è insegnabile a più persone contemporaneamente. Costa meno dell'educazione "uno a uno" ed è molto efficace. Infatti, un vantaggio è costituito dal supporto da parte dei membri del gruppo, e dal

fatto che le domande poste da un componente del gruppo potrebbero non essere state considerate dagli altri. L'educazione a gruppi è l'ideale per affrontare temi di interesse generale.

4. Risorse-programma operativo: in questa fase si definisce:
 - La sequenza di azioni da mettere in atto
 - Le relative responsabilità all'interno dell'équipe
 - Quali e quante sono disponibile come sia possibile attivarle
 - Quali risorse utilizzare
 - Quali sono gli elementi di possibile ostacolo e come superarli

5. Valutazione: L'oggetto della valutazione non è una singola capacità sulla quale si è intervenuti, ma il complessivo processo di trasformazione messo in atto. Essendo generalmente gli obiettivi educativi di difficile realizzazione in tempi brevi, è opportuno trovare dei riferimenti per la valutazione degli indicatori individuati in fase progettuale.
Si tratta di individuare le strategie di valutazione più adeguate in base al target di utenza e alla tipologia degli obiettivi posti dal progetto (ad esempio, osservazioni, questionari, interviste, giochi di ruolo, discussioni collettive).

Schema: aree di apprendimento e principali metodologie didattiche

	CAMPO INTELLETTIVO	CAMPO DEI GESTI	CAMPO DELLA RELAZIONE
INCONTRO INFORMATIVO	X		
LEZIONE PARTECIPATA	X		X
LETTURA DI OPUSCOLI INFORMATIVI	X		X
ADDESTRAMENTO		X	
COUNSELING			X

Attuazione del progetto di educazione terapeutica:

- **LEZIONE PARTECIPATA**

Gli elementi negativi della lezione riguardano la strutturazione più centrata sull'operatore che sull'utente o suoi familiari, oppure la presunta passività di chi ascolta e l'impossibilità di mantenere un livello di attenzione costante.

Gli elementi positivi della lezione partecipata, se organizzata secondo presupposti di coerenza sia con il singolo o il gruppo che ascolta, si caratterizza come momento importante della relazione tra operatore e utente nell'educazione terapeutica e, oltre a trasferire contenuti e informazioni, può favorire relazioni positive e migliorative.

- **ADDESTRAMENTO**

Si intende la simulazione di situazioni pratiche, dove uno o più persone sono coinvolte per diventare autonomi nel compiere un'operazione concreta. per il raggiungimento di tale obiettivo è necessario una sequenzialità di atti come elencato di seguito:

1. Schema: sequenza per la destra mento ad abilità gestuali semplici
2. Spiegazione
3. Dimostrazione
4. Esercitazione con supervisione

In caso di capacità più complesse, è consigliabile adottare una sequenza che lascia ampio spazio alla discussione, come la seguente:

1. Schema: sequenza per l'addestramento ad abilità gestuali complesse
2. Dimostrazione
3. Discussione
4. Sintesi-schema
5. Seconda dimostrazione
6. Esercitazioni con supervisione

In caso di persone esperte che possiedono conoscenze ed esperienze pregresse sulle procedure in oggetto, la sequenza consigliata prevede un'altra variazione della sequenza:

1. Schema: sequenza per la destra mento di abilità gestuali in persone che hanno già conoscenze ed esperienze
2. Esercitazione con supervisione
3. Discussione
4. Sintesi-schema
5. Dimostrazione
6. Esercitazione con supervisione