

NON MI VEDO VECCHIO

PREFAZIONE

Nonostante gli importanti fenomeni demografici e sociali che interessano l'allungamento della vita media ben poche sono state, nel recente passato, le pubblicazioni specificatamente dedicate a un'analisi mirata e approfondita della disabilità visiva acquisita in quella che viene denominata la "terza età".

Non mancano articoli e volumi di carattere medico dedicati alle singole patologie e al processo fisiologico di invecchiamento a carico dell'apparato visivo. Ma questa pubblicazione vuole rivolgersi specificatamente all'ambito sociale e riabilitativo. Le considerazioni preliminari di carattere medico costituiscono essenzialmente dei semplici preamboli da cui sviluppare il messaggio centrale del lavoro che si prefigge di spaziare dagli aspetti psicologici a quelli riabilitativi e socio-assistenziali.

Di fatto le statistiche dimostrano con chiarezza che oltre il 70% dei disabili visivi nel mondo occidentale rientra fra coloro che generalmente vengono definiti anziani.

Già del resto in passato la rappresentazione iconografica del "nonno" prevedeva inevitabilmente un uomo anziano con un paio di piccoli occhiali cadenti sul naso. Quando, al contrario, si vuole sottolineare lo stato di buona salute di chi ha raggiunto un'età veneranda, non di rado si tende a citare la conservazione di una buona capacità visiva come esempio emblematico di tale stato di benessere. "A novant'anni riusciva ancora a leggere il giornale senza occhiali" si sente spesso osservare a proposito di persone sane e longeve.

Nell'immaginario collettivo dunque la disabilità visiva più o meno grave è considerata quasi un corollario naturale al processo di decadenza fisiologica tipico dell'invecchiamento. D'altro canto oggi, poiché sono state per fortuna debellate molte patologie visive, anche di tipo infettivo, contraibili nell'infanzia, assumono ancor maggiore rilevanza statistica le forme degenerative che si manifestano prevalentemente dopo la sesta decade di vita. Perché allora ci si chiede, nonostante l'innegabile rilevanza del fenomeno sociale e l'aumentata incidenza epidemiologica del medesimo, continua imperterrito il disinteresse, non solo da parte delle istituzioni, ma anche a livello accademico e scientifico? E' difficile trovare una risposta esauriente.

Qualcuno potrebbe obiettare che le problematiche legate alla terza età sono assai numerose e spesso ben più gravi rispetto a quelle visive; morbo di Alzheimer, arteriosclerosi, demenza senile e altre. Risulta inoltre problematico far accettare in determinati ambienti l'idea che l'anziano possa, sia pur ovviamente nei limiti delle sue condizioni generali, essere sottoposto con successo a percorsi di tipo riabilitativo e miranti a un recupero, almeno parziale, delle capacità funzionali perdute a seguito della minorazione sensoriale visiva o uditiva. In questa sede si vuole lanciare un messaggio in questa direzione, una scommessa sulla falsariga comunque di quanto già da tempo si sta sviluppando in Europa e negli Stati Uniti.

Il presente lavoro non ha la pretesa di essere esaustivo. Il suo principale proposito è, e rimane, quello di sollevare un problema, descriverlo, sottolinearne il crescente impatto sociale e la sua incidenza assolutamente non trascurabile.

Se si riuscirà almeno a far scattare l'interesse di chi potrà più proficuamente svilupparlo, saremo davvero felici e consapevoli di aver svolto un dovere fondamentale per un'associazione come la nostra.

ASPETTI FISIO-PATOLOGICI

L'occhio, come del resto ogni altro organo del corpo umano, è soggetto a processo di invecchiamento. Tale ineluttabile declino, a seconda degli individui e di una varietà di fattori genetici e costituzionali, si può presentare con fasi e momenti diversi, sia sotto l'aspetto della progressione biologica, sia per quanto concerne le ripercussioni di tipo funzionale nella vita quotidiana.

Vi sono infatti, nel processo di senescenza a carico dell'apparato oculare, elementi che si possono classificare fisiologici accanto ad altri certamente di natura patologica, a volte trattabili con successo, come nel caso della cataratta, altre volte purtroppo ancora incurabili.

Sul piano prettamente fisiologico vanno notate a carico degli occhi alcune modificazioni sostanziali che si manifestano progressivamente con l'avanzare dell'età: le palpebre diventano più sottili e rugose e la cute sotto gli occhi si rilassa configurandosi nelle cosiddette "borse". Le congiuntive inoltre diventano più facilmente irritabili dalle particelle di polvere veicolate dall'inquinamento atmosferico, ma anche più sensibili con conseguente maggiore frequenza di infiammazioni. La cornea perde in parte la sua trasparenza, la pupilla si fa più piccola e tende a irrigidirsi, limitando la visione periferica laterale. Il campo visivo, di conseguenza, si riduce e sono più lente la percezione della luce e quella della oscurità, e più lungo è il tempo necessario all'adattamento ai passaggi fra ambienti illuminati e bui.

Per la diminuita attività delle ghiandole lacrimali, non è raro notare fra gli anziani il fenomeno denominato "occhio secco" e anche questo fattore indebolisce sovente la cornea rendendola più vulnerabile agli agenti esterni batterici e virali. Inoltre nella camera anteriore dell'occhio si verifica non infrequentemente che cristalli di colesterolo si depositino nel corpo vitreo: questo determina la fastidiosa sensazione delle cosiddette "mosche volanti", assolutamente innocue ma assai disturbanti per la visione. Anche la sensibilità retinica tende costituzionalmente a indebolirsi, al di là di specifiche patologie come la degenerazione maculare senile, in linea con il progressivo decadimento di tutte le funzioni neurologiche cerebrali. Non va dimenticato che la retina è costituita da cellule di natura nervosa e rappresenta una sorta di "distaccamento" di tessuto cerebrale all'interno dell'occhio.

Accanto a tutti questi eventi fisiologici tipicamente oculari, non vanno sottovalutati gli effetti secondari sull'apparato visivo derivanti dal processo generale di invecchiamento di tutto l'organismo: tutti i muscoli del corpo diventano meno elastici e così pure le pareti dei vasi sanguigni. Il microsistema circolatorio endoculare può pertanto risentire non poco di queste alterazioni e ciò predispone i soggetti anziani a un maggiore rischio di contrarre malattie oftalmologiche derivanti da tali fattori quali trombosi, emorragie, disturbi della motilità oculare e altri.

La presbiopia

Non rappresenta, è doveroso sottolinearlo, una malattia ma un normale effetto del processo di invecchiamento a carico dell'occhio, come indica il termine stesso che deriva dal greco e vuol dire letteralmente "invecchiamento dell'occhio". Il fenomeno è causato dal progressivo irrigidimento del cristallino e del piccolo muscolo ciliare che consente a questa lente interna di modificare la propria conformazione e di mettere a fuoco i singoli oggetti. Questo potere del cristallino, dovuto alla sua struttura duttile ed elastica, viene generalmente indicato con il nome di "accomodazione".

La capacità accomodativa varia nel corso della vita. I bambini riescono spesso a mettere a fuoco anche oggetti distanti solo 7 o 8 centimetri, mentre gli adulti solitamente non focalizzano a meno di 10 o 14.

Dopo i quarant'anni invece l'elasticità del cristallino diminuisce notevolmente fino a consentire, al raggiungimento del "sessanta" una messa a fuoco alla distanza di un metro.

I primi sintomi compaiono generalmente fra i quaranta e i quarantacinque anni. Il principale consiste generalmente nella difficoltà a leggere da vicino: il soggetto infatti avverte la necessità, sempre più pressante, di allontanare da sé il testo che sta leggendo in quanto i caratteri gli appaiono confusi e sfocati.

Il fenomeno tende ad accentuarsi progressivamente per un periodo di circa una ventina di anni fino a stabilizzarsi intorno alla sesta decade di vita. Per questo motivo le lenti correttive, che rappresentano l'unico mezzo per superare il problema, devono generalmente essere potenziate ogni 2 o 3 anni fino al momento della stabilizzazione.

Spesso le persone lievemente miopi, con il sopraggiungere della presbiopia, riescono a compensare i due difetti con il risultato di poter leggere comodamente anche senza occhiali.

Nella maggioranza dei casi è necessario l'utilizzo di due graduazioni diverse di lenti a seconda della distanza degli oggetti da mettere a fuoco: è spesso consigliata l'adozione di lenti bifocali o multifocali.

La presbiopia, non essendo, come detto, una malattia, non rappresenta un sintomo di per sé predisponente all'insorgenza di altre patologie oculari tipiche della terza età. L'anziano non deve dunque preoccuparsi della necessità di rinforzare periodicamente la graduazione degli occhiali; ciò non porterà in alcun modo, è bene ribadirlo ai più apprensivi, né alla perdita, né a una riduzione significativa della capacità visiva.

La cataratta

Costituisce una vera e propria alterazione patologica a carico del cristallino, il quale, opacizzandosi, ostacola la penetrazione dei raggi luminosi all'interno dell'occhio. Essa rappresenta senza dubbio la più frequente causa di diminuzione significativa della capacità visiva nell'anziano ma attualmente esistono tecniche chirurgiche molto efficaci e minimamente invasive che quasi sempre consentono un completo e rapido recupero della visione normale.

La cataratta senile inizia a comparire oltre i cinquant'anni e presenta una notevole incidenza sociale nella popolazione al di sopra della sesta decade di vita. Questa malattia non provoca dolore, non è accompagnata da processi infiammatori e presenta un decorso variabile che può durare anche diversi anni prima della cosiddetta "maturazione".

I primi sintomi consistono in un leggero annebbiamento della visione seguito dalla comparsa di piccole macchioline scure che si estendono dalla periferia verso il centro del cristallino. Queste macchie, accompagnate da puntini neri, si infittiscono via via di più fino al punto di rendere completamente opaco tutto il cristallino. Spesso inoltre il soggetto colpito percepisce le immagini sdoppiate e accusa un forte abbagliamento negli ambienti fortemente illuminati. Nei casi più gravi la cataratta può giungere a causare la cecità poiché ostruisce il passaggio della luce. Il paziente rimarrà comunque sempre in grado di distinguere le fonti luminose dal buio.

Si classificano essenzialmente due tipi di cataratta: quella cosiddetta "lenticolare" assai più diffusa negli anziani, che determina l'opacizzazione solo del cristallino, e la forma denominata "capsulare" che coinvolge anche la guaina, o capsula, in cui la lente è contenuta.

Spesso il cristallino man mano che perde la propria trasparenza, tende anche a rilasciare liquidi i quali vengono assorbiti dai tessuti circostanti. Quando tutti i liquidi sono stati rilasciati si dice che la cataratta è "matura". La tecnica chirurgica oggi più diffusa è quella della "facoemulsificazione".

Essa consiste nell'aspirazione del cristallino malato attraverso un piccolissimo tunnel corneale e nell'apertura della capsula. Viene quindi introdotto il cristallino artificiale. L'intervento non richiede suture e può essere praticato anche ambulatorialmente.

Il completo recupero visivo può avvenire in un periodo variabile da 2 ai 10 giorni al massimo.

La degenerazione maculare senile

Rappresenta il vero e proprio flagello visivo a carico delle persone non più giovani. Si pensi solo che le statistiche del mondo occidentale registrano un'incidenza sempre crescente di questa patologia: ne è colpito infatti circa il 9% della popolazione fra i 65 e i 74 anni di età, il 16% fra i 75 e gli 84 anni e addirittura il 30% fra coloro che hanno superato gli 85 anni. La macula è la porzione centrale della retina destinata, a causa

dell'altissima densità di cellule fotorecetriche che ospita, specialmente i coni, a gestire la cosiddetta "visione fine", il senso cromatico e la fissazione degli oggetti.

La degenerazione maculare senile esordisce spesso repentinamente con sintomi caratteristici come la visione distorta di linee e la deformazione delle immagini fissate. Molto spesso colpisce prima un occhio per poi estendersi anche all'altro. Non si conoscono esattamente le cause di questa patologia, ma sembrano ormai accertati una serie di fattori che ne favorirebbero l'insorgenza come il fumo e una alimentazione troppo ricca di grassi. Pare ormai dimostrato anche un certo livello di predisposizione ereditaria.

Si distinguono due forme della malattia, quella cosiddetta "umida", più grave ma per fortuna meno frequente, e quella "secca", assai diffusa ma relativamente meno invalidante.

Difficilmente chi è colpito dalla maculopatia senile raggiunge la completa cecità; solitamente risultano però molto compromesse alcune funzionalità visive importanti come la lettura, il riconoscimento delle persone, il senso cromatico e la possibilità di compiere attività che richiedano precisione quali cucire o ricamare.

L'unica cura attualmente riconosciuta ufficialmente come efficace, sia pur solo in una prospettiva contenitiva, è la cosiddetta "terapia fotodinamica" che può tuttavia essere unicamente praticata nella forma umida. Essa consiste in una fotocoagulazione laser dei vasi retinici compromessi i quali possono essere identificati con estrema precisione grazie a un liquido di contrasto, l'endocianina o la verteporfirina. L'applicazione laser non è assolutamente invasiva e può avvenire anche ambulatorialmente.

La ricerca scientifica sta portando avanti diversi e promettenti studi in questo settore. I principali filoni riguardano l'intervento chirurgico di traslocazione della macula, i vari progetti di retina artificiale e l'approfondimento sui fattori predisponenti.

La retinopatia diabetica

Numerose sono le patologie che, se pur non esclusive dell'età senile, esplicano preferibilmente i loro effetti deleteri soprattutto in questo periodo della vita umana.

Come non rammentare dunque, a tal proposito, la "retinopatia diabetica" che rappresenta un effetto secondario del diabete e, proprio per questo, compare normalmente parecchi anni dopo l'insorgenza della principale anomalia metabolica a carico del pancreas.

I dati statistici a livello internazionale indicano che, dopo circa trent'anni dall'insorgenza del diabete mellito, non meno del 70% di questi malati presenta qualche alterazione, sia pur allo stadio iniziale e asintomatico, a carico della retina, anche se, sempre dopo lo stesso periodo, soltanto non più del 10% dei pazienti ha subito conseguenze tali sul piano visivo da dover essere classificati ciechi assoluti o parziali.

Dato però l'elevato numero di diabetici adulti, in Italia non meno di due milioni, si può comprendere agevolmente come la retinopatia diabetica rappresenti senz'altro una delle cause prevalenti di cecità nel mondo occidentale.

La malattia si presenta solitamente in due forme ben distinte ma non necessariamente alternative fra di loro. Il tipo detto "non proliferante" appare meno grave ed è caratterizzato da essudazioni ematiche, rotture dei piccoli vasi che irrorano il tessuto retinico e da piccole emorragie che si riassorbono dopo alcuni giorni non senza aver però lasciato qualche danno irreversibile. La forma "proliferante" invece è assai più grave e determina lo sviluppo disordinato di nuovi vasi sanguigni sopra la retina e, non di rado, anche il distacco del corpo vitreo.

Attualmente le terapie più avanzate, le quali hanno comunque quasi esclusivamente scopo contenitivo e ritardante, si basano sull'utilizzo della tecnica laser e sul rigido controllo degli sbalzi glicemici.

Inoltre in molti casi gli anziani colpiti da questa malattia sono soggetti anche ad altre complicanze invalidanti tipiche della patologia diabetica quali nefropatie, con conseguente necessità di dialisi, neuropatie con conseguenti non trascurabili problemi motori, e complicanze di tipo circolatorio di vario genere a carico degli arti inferiori, con la conseguenza di dover a volte giungere alla dolorosa, ma necessaria, scelta dell'amputazione.

La minorazione visiva dunque, in questi casi, si presenta come una componente non trascurabile di un quadro assai complesso e delicato di cui si dovrà necessariamente tener conto sia nella progettazione di percorsi riabilitativi che nella pianificazione degli interventi assistenziali.

Il glaucoma

Anche questa patologia, dalla rilevanza sociale tutt'altro che trascurabile, raggiunge il livello di massima incidenza in età matura e senile.

Gli oculisti consigliano caldamente infatti di sottoporsi con regolarità a controllo della pressione endoculare, a partire dai 40/45 anni, con frequenza almeno biennale.

In Italia i malati di glaucoma si calcolano in almeno 550.000 unità e tale incidenza coinvolge statisticamente almeno il 2% della popolazione di sesso maschile e femminile, che abbia oltrepassato la quarta decade di vita.

La malattia consiste essenzialmente in un anomalo aumento della pressione dell'umor acqueo all'interno della camera anteriore dell'occhio. Tale eccessiva pressione, a lungo andare, può produrre, a causa dello schiacciamento prolungato, danni irreversibili alla testa del nervo ottico e anche al tessuto retinico in generale.

Gli esordi sono quasi sempre subdoli e non presentano una sintomatologia apprezzabile. Per questo motivo la prevenzione assume un'importanza assolutamente fondamentale. Se infatti il glaucoma viene diagnosticato precocemente può essere tenuto sotto controllo con terapie farmacologiche piuttosto efficaci e, di conseguenza, si riuscirà a limitare o annullare i danni irreversibili sopra citati.

Il controllo preventivo del glaucoma prevede solitamente tre specifici esami oculistici i quali servono anche per il monitoraggio successivo della patologia conclamata: la tonometria o misurazione della pressione endoculare, l'esame del cosiddetto "fundus oculi" e la misurazione del campo visivo.

Si tratta di esami assolutamente non invasivi, non dolorosi e privi di controindicazioni se si prescinde dal fastidio portato dalla dilatazione artificiale della pupilla.

Gli anziani che soffrono di glaucoma devono solitamente instillare colliri negli occhi, anche più volte al giorno, chi si occupa pertanto della loro assistenza dovrà familiarizzarsi con questa semplice operazione nel caso che l'utente non sia in grado di svolgerla autonomamente.

ASPETTI PSICOLOGICI

Simona Guida

Attualmente assume ampio rilievo porre attenzione al grande aumento di persone con disabilità visiva che hanno superato i sessant'anni.

Le statistiche e l'esperienza clinica quotidiana mostrano quanto le ipovisioni siano aumentate rispetto alle situazioni di cecità e quanto questo fenomeno riguardi soprattutto il trend della terza età, in special modo come disabilità visiva acquisita a causa di quelle patologie oggi assai diffuse appartenenti al gruppo delle maculopatie, cioè quelle condizioni oftalmologiche di degenerazione progressiva della parte centrale della retina, la macula appunto, responsabile della visione più fine e utile per lettura, scrittura e atti della vita quotidiana che richiedano sufficiente controllo e precisione visiva.

Nella terza età la disabilità visiva va innanzitutto ad aggiungersi al fisiologico rallentamento e depauperamento delle funzioni e delle abilità cognitive e neuro-motorie generali, causandone un peggioramento accelerato, seppur di varia intensità, soprattutto a seconda delle variabili di personalità.

Costituiscono fattori predittivi per un sufficientemente buon adattamento alla realtà della disabilità visiva da parte dell'anziano: capacità cognitive di buona qualità, un buon supporto sociale (rete informale, cioè familiare e formale), iniziativa personale per uscire dall'isolamento, sia per esigenze e ricerca di aggregazione sociale (far parte di gruppi associativi, per esempio) sia in virtù di un ancora presente sentimento di curiosità per alcuni aspetti della vita e dell'esistenza umana; infine, l'immancabile "sentimento sociale" così come lo definì Alfred Adler, ossia un sano interesse per il genere umano che genera movimenti di empatia e spirito di cooperazione.

La disabilità visiva, anche nell'anziano, può essere considerata, alla pari di qualsiasi evento traumatico che irrompa in un assetto equilibrato, in un sistema precostituito, come una sorta di cartina di tornasole rispetto alla fisionomia, alla qualità del funzionamento mentale, cognitivo, affettivo, relazionale ed etico-spirituale della persona disabile. Come sempre, ogni evento, e in particolar modo quelli avversi "non ci fa che diventare ancor di più quello che siamo".

Il senso di perdita di controllo sul mondo circostante aumenta la sensazione di perdita della sicurezza fisica personale; la persona anziana tende a percepire il mondo al di fuori delle proprie mura domestiche non solo come impercorribile, per via delle limitazioni in orientamento e mobilità, ma anche come minaccioso, per i pericoli che la strada può comportare (furti, aggressioni, raggiri). Il risultato che ne consegue è generalmente un forte aumento dei tratti ansiosi (sensazione di perdita di controllo e insorgere di paure) e dei tratti depressivi (percezione di impotenza personale, progressivo rito dell'investimento su realtà altre da sé e talvolta anche sull'individuo stesso). Il senso di isolamento e di solitudine può divenire dilagante, assorbendo la totalità delle energie mentali.

La realtà sociologica attuale evidenzia come oggi molti anziani rivestano un ruolo di grande utilità nel contribuire all'accudimento dei nipoti e nel permettere a molte donne mamme di lavorare fuori casa (sia part time sia full time).

Al sopraggiungere di una disabilità visiva, questo ruolo ormai comune viene a essere limitato più o meno ampiamente, determinando nell'anziano una perdita di ruolo e di identità sociale che si somma alla principale perdita di autonomia personale.

Talvolta si assiste, in persone disabili della vista al raggiungimento della terza età, benché già ipovedenti o non vedenti in epoche precedenti della loro vita, a un riemergere, elicitato dal ruolo di nonno, di turbamenti e sensi di inadeguatezza personali, sostenuti dal riproporsi di ricordi dolorosi o incresciosi legati alla loro pregressa funzione genitoriale espletata già da disabili visivi (critiche umilianti di parenti vedenti, svalutazione sociale).

Inoltre la fretta e la velocità della "dimensione tempo" in persone, macchine e cose, tratti culturali oggi tra i più diffusi, poco si addicono alla persona che fa affidamento su di un sistema sensoriale percettivo che funziona sostanzialmente in successione (modalità di percezione di tatto, e spesso anche di udito e olfatto) più che non in simultanea, dovendo fare a meno della vista o parzialmente o totalmente. Figuriamoci se si tratta di una persona ipovedente o non vedente anziana!

Infine, la paura di invecchiare (sottesa alla quale vive una dilagante angoscia sociale della morte), che oggi rappresenta un ulteriore nostro tratto storico-culturale, e i conseguenti miti "dell'eterna giovinezza a tutti i costi" largamente supportati da modelli sociali di ultrasessantenni senza rughe e ancora impegnati in attività sportive e sessuali in realtà più consone a un soggetto molto più giovane, non fanno che influenzare in senso depressivo chi è in varia misura tagliato fuori da simili ménage o identificazioni.

Si può facilmente evidenziare quale sollecitazione riceva il tono dell'umore rispetto alla disabilità visiva congenita oppure acquisita in epoche anteriori a quella senile (curve dell'ansia, depressione, eccetera).

Nel caso di disabilità visiva congenita o acquisita in epoche anteriori a quella senile, la persona anziana ipovedente o non vedente può contare su di una serie di risorse e abilità vicarianti già consolidate o perlomeno in parte già sperimentate, né deve richiedere a sé grandi investimenti energetici sia per nuovi apprendimenti riabilitativi sia per la gestione di improvvise cadute ansioso-depressive, dal momento che non gli si propone l'esperienza luttuosa di chi invece subisce un forte peggioramento in età senile o acquisisce ex novo la propria disabilità visiva in questa fase del ciclo vitale.

Quando invece si diviene ipovedenti o non vedenti in età senile, anche le fasi di elaborazione del lutto descritte dalla Kubler-Ross (shock, negazione, rabbia, patteggiamento, depressione, accettazione) vengono vissute con maggior fatica e maggior probabilità di non evolvere verso una sorta di attiva accettazione della disabilità. Vi sono soggetti il cui stato di shock e negazione sembra non avere mai tregua, altri che si soffermano su di un perpetuo sentimento di rabbia oppure altri ancora che vivono in un perenne e sconfinato stato depressivo.

Vero è che per tutti, anziani disabili visivi congeniti oppure divenuti tali in terza età, nulla cambia rispetto alla complicazione con cui vengono vissuti, e possibilmente superati, tutti gli eventi avversi tipici della terza età, quali le malattie intervenienti, la perdita del coniuge o di altri familiari, un cambiamento di residenza, le rotture di femore o simili non rari incidenti.

All'operatore della riabilitazione è richiesto, dunque, di lavorare con alacrità su un costante incoraggiamento dell'anziano, al fine di lenire la sua sensazione di impotenza; il recupero e il potenziamento delle abilità residue o solo parzialmente danneggiate, per sostenere l'umore e avviare il possibile lavoro di riabilitazione alle autonomie; supporto e rinforzo della motivazione personale per essere in grado di modificare alcune abitudini nonché adottare comportamenti e piccoli oggetti ausiliari per migliorare l'autonomia; sostegno psicologico a cura di uno psicologo esperto in tiflogia per il contenimento dell'ansia e della depressione, e per l'impostazione delle azioni riabilitative utili; partecipazione, infine, a gruppi di auto aiuto e di rieducazione sensoriale.

Influenza sicuramente il successo delle azioni riabilitative l'opinione che la persona nutra da vedente nei confronti delle persone malate, disabili e disabili della vista in particolare. Se sussisteva un sentimento svalutativo di pietà, questo sarà quello che l'anziano rivolgerà a se stesso qualora divenga egli stesso malato o disabile. Se, invece, prevalevano sentimenti di incoraggiamento e di sincera ammirazione per la forza di carattere che il superamento della disabilità richiede alla persona disabile, uniti a un certo modo di accogliere le infinite fenomenologie del vivere, allora questa sarà la prospettiva con cui egli guarderà a se stesso.

Il tutto è sovrastato e orientato dal senso e dal significato che l'anziano avrà personalmente maturato nel corso degli anni riguardo l'esistenza umana, un processo cognitivo, affettivo, valoriale ed etico-spirituale altamente complesso e multidimensionale.

Il preservare curiosità per taluni aspetti della vita, unitamente al valore che si attribuisce all'umano esistere, concorre favorevolmente a tutelare la qualità della vita pur nelle difficoltà che la disabilità visiva induce e accresce senza ombra di dubbio in terza età.

Accanto a tutte le criticità appena descritte, l'esperienza quotidiana oggi mostra parallelamente l'immagine di alcuni anziani che stupiscono in senso favorevole per le precise richieste di riabilitazione che avanzano nei luoghi competenti quali i Centri di Riabilitazione Visiva e le associazioni di categoria che forniscono servizi di assistenza e riabilitazione. Tali anziani richiedono per sé sostegno psicologico, si coinvolgono in training per imparare comportamenti ausiliari e per poter utilizzare piccoli e grandi oggetti ausilio (lenti ingrandenti, videoingranditori, scanner con sintesi vocale, talvolta

anche la tifloinformatica, oggetti per la quotidianità), segnali questi che indicano il desiderio e la reale possibilità per certuni di superare, almeno in parte, le limitazioni e le problematiche della disabilità visiva a quest'età.

A fronte di un recente simile aumento di persone ipovedenti nell'età senile ai Centri di Riabilitazione Visiva e alle associazioni di categoria è richiesto di adattare a questo particolare tipo di utenza parte del loro approccio al paziente e parte dei loro servizi. Sarebbe auspicabile aumentare, per esempio, le azioni di riabilitazione, sostegno e assistenza a domicilio e nei luoghi di vita a cura di personale specializzato, nonché modificare l'approccio ad alcuni ausili o tecnologie (a questo proposito, sarebbe assai utile rendere più accessibile la tifloinformatica all'anziano).

E' comunque fondamentale che familiari e operatori non trascurino di monitorare soprattutto la tendenza all'isolamento e alla solitudine dell'anziano disabile della vista, al fine di contrastare, spesso con successo, gli effetti deleteri (non si tralasci l'estremo fenomeno del suicidio) che aumenti incontrollati di ansia e depressione svolgono sulla qualità del vivere.

Molto si può e si deve fare. La testimonianza umana di forza, di carattere e tempra nell'anziano ricopre un valore, oltre che individuale, sociale e collettivo di alto tenore significativo, un intensissimo monito sociale.

Oggi l'anziano non aderisce più ai valori trainanti del vivere attuale, la produttività e la velocità di libagione orale che permea ogni aspetto della vita, che è "tutta da consumare".

Il nostro vivere attuale veleggia spesso disorientato e lasso dal punto di vista valoriale: in questa direzione, il modello vivente di un anziano che tiene alla vita anche quando non la può più impersonare con la retina, rappresenta un apporto sociale etico-valoriale assolutamente inestimabile.

ASPETTI RIABILITATIVI

“Abbiamo fatto tutto quello che era possibile; adesso la sua situazione è stabilizzata, ma purtroppo niente e nessuno potrà restituirle la vista che ha perduto. Si faccia ricontrollare fra sei mesi. Arrivederci”. Ecco una classica frase di chiusura di tante visite oculistiche, una realtà molto più numerosa di quanto si possa immaginare. L’oftalmologia infatti, nonostante gli indubbi progressi degli ultimi decenni, non è ancora in grado di risolvere molti problemi al di là delle classiche patologie rifrattive o della cataratta.

Malattie come il glaucoma, la retinopatia diabetica, le degenerazioni maculari, la retinite pigmentosa, le atrofie del nervo ottico, le coroiditi miopiche e tante altre sono ancor ben lontane dall’essere risolte e il massimo che si può fare è solo, quando va bene, tentare di bloccarne l’evoluzione tenendole sotto costante controllo. Queste affezioni sono purtroppo tutt’altro che rare e quindi il problema della riabilitazione funzionale dei soggetti che ne vengono colpiti, risulta assai rilevante.

Cosa farà il nostro ipotetico signor Rossi, uscito dallo studio del suo oculista di fiducia? Si sentirà probabilmente crollare il mondo addosso vista svanire la speranza della guarigione che lo aveva sostenuto fino a quel momento.

Tornato a casa si sentirà un pesce fuor d’acqua, incapace di attendere alle faccende della vita quotidiana e bisognoso di essere aiutato non solo sul piano pratico ma anche su quello psicologico: una vita da reinventarsi, fatta su misura rispetto alla sua minorazione. Potrebbe, ad esempio, non essere più in grado di guidare l’auto perché il suo campo visivo è molto stretto, magari non avrà la possibilità di leggere a causa della perdita della visione centrale oppure non potrà più spostarsi di notte o in ambienti scarsamente illuminati o non riuscirà a riconoscere i colori, o soffrirà di forte abbagliamento o fotofobia quando la luce è molto forte o, cosa assai frequente, presenterà più di una limitazione contemporaneamente a tutto ciò magari con la prospettiva di aggravamento futuri.

Chi aiuterà il nostro amico, neo non vedente o neo ipovedente a riorganizzare la sua esistenza?

Chi gli indicherà che tipo di supporto potrà utilizzare, a chi potrà rivolgersi per sapere ad esempio come spostarsi nell’ambiente urbano, leggere con il videingranditore o imparare il *Braille* o come adoperare il bastone bianco?

L’Europa, come del resto in molti altri settori, precede in questo campo la nostra nazione di varie lunghezze. In Germania, Danimarca, Olanda e Paesi Scandinavi, ma anche in Francia e Gran Bretagna questi problemi sono affrontati e spesso risolti in maniera razionale proponendo nuove e quasi impensabili attività ai giovani e cercando di rivalutare le capacità degli anziani

Esistono molti grandi centri a carattere residenziale specializzati nella riabilitazione funzionale e professionale della disabilità sensoriale visiva e tutte le prestazioni da essi erogate vengono sostenute o dal Servizio Sanitario pubblico o da vari tipi di polizze contro gli infortuni.

I risultati prodotti da questo tipo di *training*, specialmente quando viene realizzato a *full immersion* e per periodi non brevissimi, sono straordinari e comunque tali da ripagare abbondantemente lo sforzo finanziario compiuto dell’ente pubblico.

In Italia dal 1997 esiste una legge, la n. 284, che stanziava alle regioni dei fondi destinati specificamente alla riabilitazione visiva ma... siamo comunque lontani anni luce dalle realizzazioni dei paesi europei più avanzati anche se alcune associazioni come la nostra, si stanno impegnando a fornire assistenza alle persone che necessitano di riabilitazione.

Nello specifico solo negli ultimi decenni ha incominciato a proporsi negli ambienti sanitari l’esigenza di considerare anche gli anziani nel novero dei soggetti da sottoporre a specifici trattamenti riabilitativi dopo traumi, ictus, infarti o altre patologie invalidanti.

Nella famiglia contemporanea come non considerare sempre più determinante il ruolo del “nonno” che sempre più spesso tende a sostituirsi ai genitori nel ruolo di educatore? A ciò contribuisce indubbiamente la sempre più capillare diffusione del lavoro femminile e, mentre le mamme sono al lavoro, i nonni devono, più o meno volontariamente, supplire a buona parte delle attività domestiche, compresi i piccoli lavori di manutenzione, la spesa, le commissioni in città, la cucina e quanto altro sia

necessario: un anziano dinamico ed efficiente rappresenta una risorsa anche economica per la famiglia e la società.

Una corretta e calibrata opera di riabilitazione può inoltre consentire risparmi notevoli nelle spese dedicate ai servizi di mera assistenza che possono infatti essere attivati in tempi successivi o erogati in forma più leggera con evidente beneficio per le casse dello Stato.

La riabilitazione sensoriale visiva si rivela quanto mai necessaria anche per effetto delle mutate abitudini di vita evidenziatesi negli ultimi decenni. L'innalzamento, ad esempio, del livello medio di scolarizzazione e la scomparsa quasi completa dell'analfabetismo, ha reso oggettivamente "disabili" tutte quelle persone non più in grado di leggere ma perfettamente capaci di muoversi autonomamente e di compiere lavori manuali. Il vecchio contadino "di una volta" poteva continuare indisturbato a rendersi utile anche se colpito magari da una maculopatia, non così l'anziano che vive oggi nella grande città e che deve necessariamente destreggiarsi ogni giorno fra bollette, estratti conto, lettere del condominio, comunicazioni dell'INPS e prescrizioni mediche. La lettura dunque è diventata un mezzo imprescindibile di integrazione sociale: chi non è in grado di accedervi risulta più che mai emarginato e isolato.

Analoghe considerazioni possono valere anche a proposito dell'importanza che quotidianamente occupano nella nostra vita quotidiana, mezzi di comunicazione come televisione, cinema, giornali e, sempre di più in futuro, personal computer. Oggi quasi nessun anziano può sentirsi messo da parte per non saper utilizzare questo strumento ma, cosa sarà in futuro quando giungeranno alla terza età le attuali generazioni di uomini e donne abituate a utilizzarlo normalmente e per le più svariate attività?

Di fronte a un sessantenne che si trovi, per qualsiasi motivo, a perdere o ad avere fortemente ridotta la propria capacità visiva, ci si troverà sempre di più di fronte a un bivio drammatico: o rassegnarsi a soggiacere, per un arco temporale probabilmente superiore ai trenta anni, a una prospettiva esclusivamente di tipo assistenziale passivo, o, al contrario e per quanto possibile, tentare di incamminarsi sulla via faticosa, ma infinitamente più utile e stimolante, della riabilitazione visiva.

Potenzialità e limiti

La riabilitazione non è altro che un processo più o meno lento di apprendimento che si prefigge di reinsegnare a vivere a coloro i quali sono stati deprivati di una importante facoltà di tipo fisico.

E' innegabile che al sensibile diminuire delle potenzialità di apprendimento in ogni ambito con l'avanzare dell'età, corrisponda che anche le prospettive in campo riabilitativo debbano necessariamente rapportarsi con le limitazioni e le rigidità che si manifestano nelle persone non più giovani.

Gli strumenti e gli obiettivi devono dunque essere calibrati sulle condizioni specifiche di ogni soggetto e così pure le metodologie e le modalità di approccio.

Ad esempio una persona colta, abituata a leggere e ricca di interessi potrà ottenere sicuramente risultati notevoli nel recupero della lettura tramite gli ausili utilizzando operazioni di tipo logico-matematico per progredire nel calcolo mentale, ricordare fatti o avvenimenti, interpretare correttamente istruzioni. Chi, al contrario, ha svolto per tutta la vita un lavoro di tipo manuale, sarà senz'altro più predisposto a recuperare in questo ambito di attività. Ecco allora che si potrà incominciare con il proporre semplici operazioni pratiche come riconoscere e contare i soldi, usare la tastiera del telefono, pelare frutta e mondare verdura.

Se la persona conserva una qualche capacità visiva, dovrà essere aiutata a utilizzarla al meglio: questo contribuirà non poco anche al superamento della depressione che si manifesta tipicamente in situazioni di tal fatta. L'utilizzo quindi della lente di ingrandimento o del videoingranditore, sarà senz'altro preferibile all'indicazione dei libri registrati su audiocassette.

Per una corretta pianificazione dell'intervento riabilitativo deve essere tenuta presente innanzitutto l'età: quanto più è avanzata, più gli obiettivi devono essere, per evidenti motivi, ridimensionati. Ciò non vuol dire, a mio parere, che si debba necessariamente abdicare ogni dimensione riabilitativa negli interventi sui soggetti molto anziani. Alcuni piccoli ma significativi risultati possono essere ottenuti pure in questi casi a patto che si operi con estrema dolcezza e pazienza.

Va sempre tenuto presente che spesso la disabilità visiva nelle persone in età si accompagna ad altre minorazioni aggiuntive di tipo fisico come difficoltà motorie, uditive, tattili e olfattive. Questi fattori, unitamente alla frequente diminuzione delle facoltà mnemoniche, limitano ulteriormente le potenzialità riabilitative e costringono l'operatore a escogitare soluzioni più che mai individualizzate e mirate alle effettive possibilità della persona.

Non si può infine dimenticare l'estrema importanza dell'elemento motivazionale nel determinare il grado dell'elemento motivazionale nel determinare il grado di successo di ogni intervento. La persona non più giovane, che abbia acquisito da poco una grave minorazione sensoriale visiva, si presenta del resto quasi sempre afflitta da uno stato di grave prostrazione psicologica che la porta non di rado a manifestare scarso attaccamento alla vita e alle gioie che questa potrebbe ancora riservare.

In questa situazione diventa fondamentale, prima di ogni discorso di tipo riabilitativo, avviare l'anziano a un trattamento psico-terapeutico finalizzato ad aiutare, per quanto possibile, il superamento del cosiddetto "lutto" portato dalla grave minorazione subita. In tale prospettiva ho potuto molte volte apprezzare anche l'estrema utilità dei gruppi di auto aiuto all'intermo dei quali, grazie al confronto e allo scambio di esperienze intercorrenti con persone che vivono difficoltà analoghe o molto simili, possono delinearsi percorsi collettivi sfocianti in un abbreviato iter di accettazione della disabilità.

Certo l'accettazione non è ancora una vera e propria motivazione reattiva anche se costituisce tuttavia un prerequisito necessario e indispensabile.

Questo ulteriore passaggio può richiedere anche molto tempo ma non va assolutamente mai escluso a priori.

I primi passi

A prima vista gli obiettivi di tipo riabilitativo che verranno delineati in questo paragrafo, potrebbero apparire tutto sommato trascurabili e non tali da giustificare la messa a punto di una serie di azioni mirate e specialistiche.

Questa impressione non è però, a mio parere, assolutamente condivisibile. Ogni piccolo traguardo appresso descritto, a onta delle valutazioni superficiali, è oggettivamente in grado di migliorare sensibilmente la qualità di vita. Inoltre, al di là del valore in sé, può rappresentare anche una sorta di potente volano in grado di smuovere e stimolare la motivazione di chi magari, fino a un attimo prima, credeva di non poter mai più essere capace di fare da solo determinate operazioni.

Occorre altresì precisare che questo lavoro è dedicato essenzialmente agli anziani che hanno acquisito la loro disabilità visiva in tale stagione della vita. Appare ovvio infatti che il non vedente o l'ipovedente dalla nascita, o divenuto tale da giovane, non avrà alcun bisogno di specifici training riabilitativi nella terza età in quanto già svolti negli anni precedenti con risultati generalmente superiori. Questi soggetti però spesso possano, entro certi limiti, collaborare utilmente con il riabilitatore, mettendo a disposizione degli anziani divenuti disabili il proprio bagaglio di esperienze e strategie maturato nel corso della vita.

Ciò premesso è utile esaminare alcune semplici operazioni che possono essere "messe in cantiere" nella prima fase dell'intervento riabilitativo finalizzato al recupero delle abilità di base.

- versare l'acqua nel bicchiere

Sembra incredibile ma non è affatto raro incontrare persone anziane, specialmente di sesso maschile, le quali, per aver perso recentemente la vista, si dichiarano assolutamente inabili a qualsiasi funzione, per semplice che essa possa essere, fino a non voler neppure versare l'acqua dalla bottiglia al bicchiere.

Una volta superato il rifiuto, dovuto essenzialmente allo scoramento prodotto dalla recente ferita psicologica, questa operazione può essere agevolmente reinsegnata dapprima invitando il non vedente a posizionare un dito lungo la parete interna del bicchiere allo scopo di percepire con il tatto il livello del liquido man mano che sale, e successivamente abituandosi a valutare autonomamente il peso del recipiente prima che esso tracimi.

È inoltre utile segnalare l'opportunità di appoggiare la bocca della bottiglia in posizione centrale rispetto alla circonferenza del bicchiere. Essa dovrà quasi essere agganciata al bordo del medesimo attraverso le scanalature quasi sempre presenti sul suo collo. Questo consente di evitare il rovesciamento del recipiente in conseguenza di qualche operazione un po' maldestra.

- usare il telefono

La tastiera di questo strumento, essendo costituita essenzialmente da 12 tasti, è utilizzabile con estrema facilità anche da chi non vede. Si pensi anche solo al fatto che la professione più diffusa fra i ciechi è quella del centralinista telefonico. Ciò nonostante chi ha perso da poco la vista in età senile spesso pensa di non poter più usare neppure questo strumento a causa della mancata lettura dei numeri. Questo fatto affligge e rende vieppiù insicuri gli anziani i quali temono di rimanere isolati anche in caso di bisogno.

Bisogna innanzitutto ricordare che per chi conserva un residuo visivo esistono in commercio alcuni modelli di apparecchi telefonici dotati di tasti con numeri scritti molto grandi.

Se non esistono minorazioni aggiuntive rispetto a quella sensoriale, tipo "morbo di Alzheimer" o demenze provocate da alterazioni circolatorie, non credo sia necessario ricorrere immediatamente a sistemi specifici come il cosiddetto telesoccorso. Occorrerà insegnare la disposizione assai semplice dei tasti facendo notare anche che il "5" risulta sempre contrassegnato da un puntino in rilievo il quale può fungere da punto di riferimento per tutti gli altri tasti. Alcuni numeri telefonici più comuni (figli, nipoti, eccetera) potranno agevolmente essere ricordati a memoria anche da quei soggetti che non sono autonomi nella lettura.

Per quanto riguarda il cellulare il problema può rivelarsi più semplice utilizzando apparecchi a chiamata vocale e impostando suonerie personalizzate che permettono di riconoscere il chiamante. Per comodità si consiglia di scegliere modelli semplici, non troppo miniaturizzati e dotati di tasti chiaramente percepibili al tatto. Sarà inoltre utile preimpostare l'apparecchio in modo che tutte le segnalazioni acustiche (toni tastiera, ricevimento SMS, suonerie, ecc.) risultino attive e chiaramente differenziate le une dalle altre.

- riconoscere il denaro

È una funzione che può garantire un notevole grado di autonomia. L'avvento dell'euro ha notevolmente semplificato il riconoscimento di monete e banconote che sono state opportunamente realizzate con caratteristiche facilmente identificabili da non vedenti e ipovedenti.

Le monete metalliche, ad eccezione di quella da 1 euro, differiscono innanzitutto per il peso (più pesante è la moneta maggiore è il suo valore) determinato dalla loro composizione., i valori da 1 e 5 centesimi hanno bordo liscio, il pezzo da 2 centesimi ha bordo liscio con una scanalatura attorno alla circonferenza, 10 50 centesimi hanno bordo dentellato, 20 centesimi ha un bordo particolare a corolla con 7 petali, il bordo della moneta da 1 euro è zigrinato in modo discontinuo e quello del valore di 2 euro è zigrinato con incisioni. Il valore è sempre indicato a cifre grandi.

Le banconote sono dotate di una sottile lamina metallica percepibile al tatto come è percepibile, almeno sui biglietti nuovi, anche il valore. Effettivamente sono più difficili da riconoscere. La loro grandezza è certamente diversa e scalare ma le dimensioni non differiscono di molto.

Le persone a cui è rimasta la percezione del colore sono facilitate nel riconoscimento in quanto sono stati scelti colori contrastanti per differenziare tagli consecutivi (al grigio del 5 euro si affiancano rosso, blu, arancio, verde oliva, giallo-marrone e violetto).

Esistono comunque appositi misuratori in plastica con tacche tattili in *Braille* in corrispondenza di ciascun valore.

- usare l'orologio

Lo strumento più semplice e adatto agli anziani è senza dubbio l'orologio parlante in quanto non richiede particolari abilità per un utilizzo corrente al contrario di quello tattile che esige un senso aptico affinato ed esercitato.

Esistono ormai numerosi modelli in commercio anche a prezzi assolutamente popolari. Ciò è avvenuto perché questo oggetto non è nato commercialmente come un ausilio ma proviene dal settore merceologico dei cosiddetti gadget.

Nel modello da polso l'ora può essere ascoltata con chiarezza mediante la semplice pressione di un pulsante, in quello da tavolo l'ora può essere chiesta su specifico richiamo. Volendo sono disponibili anche altre funzioni come la data, il cronometro e l'allarme programmabile a orari stabili.

la firma

Questa operazione non dovrebbe rappresentare un problema in quanto generalmente svolta in modo meccanico e automatico anche dai vedenti: chi perde la vista in età avanzata mantiene questa abilità. Non mancano però situazioni difficili dovute allo stato di prostrazione per la recente minorazione o all'eccesso di attenzioni, più o meno interessate, dei parenti. "Mio padre non è più in grado di firmare perché non vede!" si sente spesso dire.

Affermazioni di questo tipo non hanno alcun senso. L'anziano deve pertanto essere aiutato, soprattutto psicologicamente, a superare il problema. È certo importante renderlo edotto su ciò che sta per sottoscrivere e poi posizionargli con gentilezza la mano nel punto esatto dove la firma dovrà iniziare.

Alcune semplici informazioni possono inoltre agevolarlo ulteriormente come ad esempio: "Attenzione, lo spazio è piccolo", "Cerca di andare dritto perché sotto vi sono altre firme". Occorre essere attenti a orientare correttamente il foglio rispetto alla persona che deve firmare e non, come purtroppo spesso accade, rivolgerlo verso l'accompagnatore.

Per evitare di "firmare storto" esistono inoltre semplici mascherine di plastica o di cartone chiamate "guida-firma" le quali, una volta posizionate nel punto esatto, consentono di scrivere solo all'interno di uno spazio predeterminato. Questi semplici oggetti possono essere anche costruiti artigianalmente da un familiare o da riabilitatore.

Per gli ipovedenti è possibile l'utilizzo di videoingranditori portatili.

Questi pochi esempi sono stati scelti a titolo esemplificativo e non intendono in alcun modo esaurire le possibilità esistenti, ma dimostrare come anche interventi riabilitativi molto semplici, possano essere in grado di migliorare non poco la qualità della vita di una persona non più giovane colpita da una minorazione sensoriale assai grave.

La lettura

La privazione di questa facoltà angoscia e deprime non pochi anziani ancora autonomi negli spostamenti interni ed esterni.

La degenerazione maculare senile infatti, patologia sempre più diffusa nella terza età, rende difficoltosa e spesso impossibile la lettura fin dai primi esordi. Non sempre purtroppo questo problema può essere risolto; esistono tuttavia alcune opportunità che vale la pena di percorrere prima di rassegnarsi a un intervento di tipo meramente assistenziale che consiste essenzialmente nella lettura da parte di un'altra persona.

Nei confronti di quei soggetti che conservano un residuo visivo sufficiente si possono sperimentare vari modelli di lenti ingrandenti normalmente reperibili presso i centri ottici specializzati nell'ipovisione. Ne esistono parecchie versioni tutte riconducibili a due tipologie principali: le lenti cosiddette "galileiane" e quelle "kepleriane". All'interno poi di ciascuna famiglia sono disponibili una grande quantità di modelli che consentono ingrandimenti più o meno forti, bracci fissi o mobili, dispositivi di retroilluminazione e altro. Prima di procedere all'acquisto risulta comunque fondamentale cercare e provare su se stessi la soluzione ottimale con l'ausilio di un ortottista specializzato nella riabilitazione degli ipovedenti.

Quando il ricorso alle lenti si dimostra insufficiente si può ricorrere all'utilizzo di un videoingranditore, ausilio abbastanza diffuso e fornito dal Servizio Sanitario Nazionale, come materiale protesico.

Il videoingranditore consiste in un dispositivo televisivo a circuito chiuso: una piccola telecamera provvede a riprendere il testo e a trasmetterlo al monitor di

servizio che è in grado di riprodurlo con diversi livelli di ingrandimento, contrasto e colore.

Naturalmente l'ingrandimento del carattere influisce sulla porzione di foglio riproducibile che risulta ridotta. Questo può causare confusione in quanto non è facile seguire lo scritto sul video mentre le mani debbono, in contemporanea, far scorrere il carrello su cui è appoggiato il testo. I risultati generalmente migliorano dopo una breve formazione "ad hoc". Questo strumento si presta bene a soddisfare l'esigenza di leggere testi brevi come lettere, bollette, estratti conto. Assai meno versatile risulta per la lettura di libri anche perché l'uso prolungato spesso si dimostra stancante sia per gli occhi che a livello psicologico.

Esistono in commercio moltissimi modelli di videoingranditori, anche portatili, con monitor a cristalli liquidi, a colori, ecc. Recentemente ne sono stati introdotti alcuni portatili con messa a fuoco automatica delle immagini. Tali dispositivi consentono, utilizzando lo stesso apparecchio, di leggere sia documenti vicini (libri, giornali), sia scritte poste in lontananza come i numeri dei mezzi pubblici, le insegne dei negozi o le targhe con il nome delle vie.

Purtroppo quando l'anziano perde completamente la vista i problemi aumentano ancora di più. Innanzitutto bisogna necessariamente puntualizzare che il metodo di lettura e scrittura *Braille* non si rivela quasi mai proponibile a chi non è più giovane. Esso richiede infatti un tatto affinato ed esercitato, oltre a una forte motivazione e capacità di apprendimento, caratteristiche normalmente non più riscontrabili in chi è arrivato alla terza età.

Si consiglia allora di ricorrere alla lettura attraverso i libri registrati su audiocassette e compact disk. In Italia esistono numerose nastroteche che provvedono a raccogliere e inviare gratuitamente a casa i testi i quali dovranno poi essere restituiti dopo l'ascolto. È generalmente possibile anche richiedere la registrazione di uno specifico titolo. Questo servizio richiede però parecchio tempo.

Vanno infine segnalati i cosiddetti "lettori vocali" che consistono essenzialmente in un computer dotato di sintesi vocale, scanner e software dedicato per il riconoscimento dei caratteri. La voce emessa non risulta però gradevole. Il libro viene posto sullo scanner e dopo la pressione di un semplice tasto, esso viene letto, sia pur a volte con qualche errore. Se l'anziano non dimostra un netto rifiuto, il lettore ottico può rivelarsi estremamente utile anche per l'interpretazione di lettere scritte a macchina o stampate da un computer.

La cura della persona

Anche in questo campo si incorre in una serie di atti che, pur se di frequente ripetuti meccanicamente e ripetitivamente anche dai vedenti, quasi sempre appaiono assolutamente non più gestibili in autonomia da chi ha acquisito una grave minorazione sensoriale visiva in età non più giovanile.

L'esempio più lampante in tal senso è rappresentato senza dubbio da tutto ciò che riguarda la vestizione. A tutti infatti sarà sicuramente capitato qualche volta nella vita di essere costretti a rivestirsi in ambienti oscuri. La cosa in sé non presenta grosse difficoltà al di là di una necessaria ricontrollata generale da effettuarsi successivamente davanti a uno specchio illuminato. Alcuni anziani divenuti però più o meno improvvisamente ciechi assoluti, non di rado si trovano a perdere anche taluni di questi automatismi. Il riabilitatore dovrà allora intervenire con grande pazienza cercando di far comprendere, soprattutto a livello psicologico, le grosse possibilità di recupero in questo ambito.

Ecco alcuni semplici consigli pratici in merito:

- l'orientamento davanti-dietro di magliette, canottiere e mutande si riconosce quasi sempre dalle etichette apposte dalle case produttrici all'interno, sul lato posteriore del capo di abbigliamento;
- l'interno delle calze si distingue dall'esterno perché le cuciture laterali e presso la punta sono molto più evidenti e percepibili dal tatto;

- se vi sono grosse difficoltà nel fare il nodo alla cravatta si può custodire tale capo, almeno in una prima fase, appeso già annodato nell'armadio;
- se non si riesce a distinguere apticamente il colore degli abiti per la forma o il tipo di tessuto, si consiglia di riporre i capi già abbinati sulla medesima gruccia.

In caso ciò non sia possibile si potrà studiare qualche tipo di etichettatura tattile.

Lo specchio è più che mai il re di ogni bagno e quando viene a mancare, per qualsiasi motivo, il suo splendore riflettente, tutte le attività sembrano divenire improvvisamente impraticabili sotto ogni aspetto: l'impossibilità di accedere ai suoi servizi è causa di disagio. In realtà la valenza di questo strumento si rivela davvero indispensabile solo nelle operazioni che oserei definire "di precisione" come il trucco femminile.

Per la restante parte delle attività di toilette lo specchio tende a incarnare il ruolo, più psicologico che materiale, dell'amico rassicurante ovvero di un dispositivo di controllo che consente di avere sempre in pugno la situazione generale del proprio volto o, come si usa dire, il "look" o "l'immagine" di se stessi.

Resta tuttavia senz'altro fondamentale, specialmente per quanto riguarda gli anziani, riuscire a far comprendere concretamente le opportunità reali di raggiungere un accettabile livello di autonomia personale anche in questo settore così privato e delicato.

Procediamo attraverso alcuni esempi concreti:

- igiene personale

Per lavarsi bene la faccia o farsi il bagno non è determinante il senso della vista. In questo ambito assumono certamente maggiore importanza le eventuali difficoltà motorie che spesso affliggono gli anziani e i non rari problemi di coordinamento dei movimenti negli arti superiori. La sensazione di poca pulizia sul proprio corpo può essere agevolmente percepita mediante l'olfatto o quel senso tattile ampiamente inteso che consiste nella percezione di se stessi a livello fisico (pelle o capelli grassi, sudorazione degli arti, mani impolverate, eccetera). La detersione generale avverrà dunque esattamente secondo le medesime modalità poste in essere quando la vista funzionava. Qualche piccola difficoltà può insorgere per operazioni molto specifiche come la pulitura o il taglio delle unghie, la medicazione di piccole ferite, la rasatura. Anche in questi ambiti si possono comunque raggiungere buoni risultati grazie a una metodologia che unisca i vantaggi della procedura analitico-sequenziale e il controllo successivo del tatto.

- pettinarsi

In questo campo si dovrà necessariamente abbinare, nel modo più sinergico consentito dalle situazioni, la percezione aptica unitamente a quel bagaglio di reminiscenze visive e di stereotipie comportamentali acquisite negli anni nei quali la vista funzionava. Ogni persona normodotata, in altre parole, impara a pettinarsi in età infantile o adolescenziale e poi ripete meccanicamente alcune azioni elementari tipiche di questa operazione per tutto il resto della vita. Il controllo tattile dei risultati ottenuti, a patto che sia compiuto con leggerezza, può in molti casi fornire indicazioni abbastanza precise come ad esempio se la riga di spartizione dei capelli è dritta, se alcuni di essi sono rimasti dritti, se i riccioli sono voluminosi o schiacciati. Una mano dunque manovrerà il pettine mentre l'altra si occuperà del monitoraggio e delle verifiche.

- la rasatura

Rappresenta un problema quasi esclusivamente maschile. Innanzitutto sarebbe auspicabile, almeno per i primi tempi, utilizzare rasoi elettrici con i quali è quasi impossibile tagliarsi. Il controllo tattile dopo il passaggio del rasoio risulta inoltre più preciso se le dita si muovono sul viso in direzione contro pelo. Si rammenti altresì di effettuare un altro controllo aptico al termine della sciacquatura finale allo scopo di verificare l'avvenuta detersione della crema da barba.

- il trucco

Le disabili visive giovani possono frequentare specifici corsi finalizzati a consentire loro un minimo di autonomia nell'uso di alcuni prodotti estetici di più facile applicazione. Le signore più anziane invece avvertono notevolmente meno questa esigenza. Ciò nonostante, qualora esista una forte motivazione in tal senso, non si può escludere a priori qualche tentativo riabilitativo anche in questa direzione.

Prodotti come la cipria, il rossetto o il fondotinta, una volta apprese alcune strategie pratiche di dosaggio e di disposizione uniforme, possono senz'altro essere usati autonomamente anche da signore disabili visive non più giovanissime. Le suddette strategie di dosaggio e disposizione saranno ovviamente studiate e personalizzate con l'aiuto del riabilitatore

Gli elementi da tener presenti sono essenzialmente i ricordi visivi, le sensazioni tattili della pelle del viso, le caratteristiche dei contenitori dei trucchi e i movimenti durante le operazioni di maquillage.

Assunzione di medicinali e verifiche sanitarie

Notevole importanza ha la messa a punto di una strategia riabilitativa che consenta alla persona anziana non vedente o ipovedente di rendersi autonoma nell'assunzione dei farmaci e nelle misurazioni di alcuni parametri corporei come febbre, pressione arteriosa e glicemia.

Da alcuni anni molte confezioni di farmaci commercializzate nel nostro paese presentano la stampa in caratteri *Braille* del nome e tipologia dello stesso. Come già precedentemente osservato tale metodo raramente può essere appreso da chi ha perso la vista nella terza età; sarà dunque indispensabile ricercare soluzioni diverse quali impostare il riconoscimento sulla differenza delle scatole o dei flaconi o porre attenzione alle differenze morfologiche, di peso e di consistenza di pastiglie, compresse o fiale. Quando i due metodi sopra esposti non appaiono sufficientemente sicuri si potrà infine versare le pastiglie in piccoli contenitori casalinghi di forma ben riconoscibile. In merito poi alle misurazioni, come già osservato per l'orologio, sarà certamente assai più proficuo dotarsi di dispositivi vocali rispetto ai corrispettivi tattili. Esistono in commercio numerosi modelli di termometri corporei, misuratori automatici di pressione e misuratori di glicemia di facile uso e dotati tutti di sintesi vocali molto comprensibili.

Muoversi in città

Uno degli aspetti che pesano di più sul piano psicologico quando una persona si trova a fare i conti con la perdita o una forte riduzione delle proprie capacità visive, è rappresentato dalla consapevolezza di non essere più autonomo negli spostamenti esterni all'abitazione. Due sono i momenti tipici di questa situazione: la forzata rinuncia alla guida dell'auto e la constatazione di non essere più in grado di spostarsi da soli a piedi o utilizzando i mezzi pubblici. Non tutti i soggetti si trovano per fortuna a dover superare entrambi questi scogli. Chi, ad esempio, viene colpito dalla degenerazione maculare senile, senz'altro la patologia oculare invalidante più diffusa nella terza età, conserva normalmente un buon livello di autonomia nei movimenti non motorizzati poiché il campo visivo periferico si conserva di solito discretamente efficiente. Parallelamente le persone che hanno già vissuto in una situazione di ipovisione e non hanno mai conseguito la patente di guida, al momento del peggioramento arrivato in tarda età, dovranno affrontare solo il problema relativo alla mobilità perdonale.

Quasi mai però, per ovvie ragioni, è possibile intervenire sul piano della guida. Le regole del codice stradale sono infatti estremamente rigide e inflessibili.

Solo da qualche anno, in paesi del Nord Europa come l'Olanda, si sono messi a punto sistemi computerizzati di simulazione della guida che consentirebbero

una valutazione personalizzata delle effettive potenzialità funzionali del guidatore ipovedente. In tali paesi si stanno progettando, soltanto ovviamente nei casi meno gravi, anche ipotesi di "corsi abilitanti" dove vengano insegnate concrete strategie ed esercizi per migliorare la sicurezza di guida nel caso di conducenti ipovedenti lievi. In Italia tutto ciò appare ancora assai lontano.

È importante operare attivamente sul piano psicologico affinché la pratica della conduzione di veicoli non venga protratta eccessivamente nel tempo esponendo se stessi e gli altri a inutili quanto gravissimi pericoli. In secondo luogo, sempre lo psicologo, si rivelerà certamente la persona più adatta ad aiutare il disabile visivo a elaborare e superare il lutto causato da una perdita indubbiamente portatrice di molta ansia e frustrazione.

Venendo ora al secondo aspetto del problema, va subito precisato che l'ambito di operatività assolutamente privilegiato, date le specifiche esigenze e la limitata propensione all'apprendimento della persona anziana, dovrà essere necessariamente quello dell'ambiente prossimo alla residenza del soggetto.

Si consiglia dunque di avviare il training riabilitativo sulla mobilità esterna solo dopo il raggiungimento di un sufficiente livello di accettazione dell'handicap sensoriale acquisito e il conseguente manifestarsi di apprezzabili stimoli e volontà diretti a tentare un recupero funzionale in questo settore. Il costante incoraggiamento e la sottolineatura dei, sia pur piccoli, obiettivi raggiunti riescono certo talvolta a giocare un ruolo assai importante nella motivazione della persona non più giovane come anche la prefigurazione di traguardi intermedi e sempre molto concreti (ad esempio riuscire a fare la spesa da soli, raggiungere l'abitazione dei figli, arrivare autonomamente al cassonetto per deporre il sacchetto dell'immondizia).

Ogni risultato ottenuto, anche se dall'esterno può apparire modesto e insignificante, contribuisce spesso non poco a ricostruire un clima di fiducia nelle proprie potenzialità per poi produrre una sorta di "effetto volano" che facilita le successive conquiste rendendole più raggiungibili.

Occorre sottolineare la necessità di un accurato studio preliminare dei percorsi da proporre, da quelli oggettivamente più semplici ad altri più complessi ma mai, salvo casi oggettivamente eccezionali, troppo arditamente. Questo lavoro preliminare, basato su un'analisi accurata dei singoli itinerari, dovrà essere condotto dal riabilitatore e successivamente proposto e condiviso con l'utente. Si procederà quindi all'esplorazione congiunta del percorso durante la quale verranno segnalati gli ostacoli e individuate efficaci strategie per evitarli. Le principali tecniche da tenere presente sono la misurazione delle distanze in termini di passi, l'identificazione di precisi punti di riferimento lungo il percorso, la scelta di possibili itinerari alternativi in caso di ostacoli imprevisti e la memorizzazione della sequenza delle singole operazioni da compiersi: svolte, avanzamenti lineari, gradini in salita o discesa.

Nella fase successiva si proverà a far compiere autonomamente dall'anziano l'itinerario precedentemente studiato mentre l'operatore ne seguirà lo svolgimento a una distanza tale da consentirgli, in caso di necessità, di segnalare a voce eventuali situazioni problematiche.

Tale modo di procedere può causare a volte disagio e imbarazzo nella persona anziana costretta purtroppo, a mettere in mostra di fronte ai passanti la propria minorazione sensoriale. Si consiglia pertanto, onde minimizzare al massimo manifestazioni eccessivamente plateali certamente poco gradite, di mantenere sempre un contegno il più possibile riservato e di scegliere magari per le prime uscite giorni e orari non "di punta" per il traffico pedonale.

Una mossa sbagliata, infatti, una situazione di eccessiva esposizione sul piano psicologico della dignità personale, possono del resto molte volte pregiudicare i risultati di un lavoro faticosamente progettato e imbastito facendo venir meno il livello di motivazione già assai precario in questa particolare categoria di soggetti.

Mentre un metodo d'azione, così mirato e personalizzato su specifiche e puntuali realtà ambientali, comporta necessariamente la messa in campo di ingenti energie sul piano professionale e operativo, rappresenta di gran lunga l'approccio più proficuo, e produttivo di risultati, nel caso di soggetti non più giovani i quali abbiano acquisito la disabilità visiva da relativamente poco tempo. I corsi infatti di tipo residenziale, organizzati da strutture specializzate

o comunque improntati a una formazione di tipo generalistico, rischiano purtroppo molto spesso di non conseguire risultati paragonabili a quelli ottenuti con i giovani o gli adulti.

Per quanto riguarda il possibile utilizzo di ausili alla mobilità e l'approccio agli stessi da parte degli anziani si possono proporre alcune osservazioni basate essenzialmente sull'esperienza maturata in molti anni di vita in associazione:

- bastone bianco

Questo strumento è accettato solitamente più volentieri da chi non è più giovane in quanto, pur se di colore diverso, già rientra nell'immaginario collettivo fra gli ausili alla mobilità di un gran numero di anziani. Difficilmente il soggetto imparerà a usare il bastone al massimo delle sue potenzialità; anche però nel caso di rifiuto totale all'apprendimento delle tecniche più facili come quella basculante, l'anziano deve sempre essere fortemente incoraggiato a portare con sé tale oggetto, anche solo, se non altro, per la funzione di segnalazione da esso esercitata nei confronti dei passanti.

Le ragioni di sicurezza dunque devono sempre essere sottolineate, giocando magari sul proverbiale senso della prudenza assai sviluppato nell'età senile. Contrariamente a quanto avviene per i giovani, nei confronti dei nostri utenti, non è sconsigliato proporre a volte modelli di bastone bianco rigidi e non pieghevoli. Questi modelli consentono di utilizzare lo strumento anche come sostegno durante gli spostamenti e ciò può far, come si suol dire, "prendere due piccioni con una fava", per lo meno nei casi non infrequenti di difficoltà motorie aggiuntive rispetto alla minorazione visiva.

- piste tattili, raggi infrarossi, navigatori satellitari

Sistemi di guida basati su tecnologie avanzate difficilmente si adattano alle caratteristiche delle persone anziane. Le piste tattili si possono rivelare abbastanza utili solo se il soggetto si sia abituato all'uso del bastone bianco. Più fruibili appaiono, ove presenti, mancorrenti, transenne e ringhiere le quali sono spesso in grado di indicare tratti di percorso sicuri come pure i muri e le recinzioni di parchi o giardini.

- il cane guida

Può senz'alto rappresentare un aiuto e una risorsa specialmente per coloro che vivono in ambienti rurali o in piccoli paesi. L'animale infatti, al di là della sua utilità come accompagnatore, riesce spesso anche a lenire i problemi di solitudine assai frequenti nella terza età. La sua presenza può infatti contribuire a colmare taluni vuoti affettivi e fungere da sprone nel recupero di alcune abilità sul piano domestico (ad esempio per preparare il pasto al cane, lavarlo, curarlo e accudirlo).

I cani guida sono assegnati gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale e vengono addestrati in scuole speciali.

L'autonomia in casa

Uno dei principali parametri che contribuiscono a determinare la qualità della vita di un disabile è rappresentato senza dubbio dal livello di indipendenza mantenuto o conquistato fra le mura della propria residenza. Questo aspetto assume naturalmente una particolare rilevanza per le persone che vivono da sole ma anche chi può contare sull'assistenza di familiari che condividono la medesima abitazione, se non si è completamente adagiato sul piano psicologico, non può che trarre notevole vantaggio dal recupero di talune autonomie in ambito domestico.

In tale ottica il primo elemento da prendere in considerazione è senza dubbio quello della mobilità all'interno della casa.

Sotto questo aspetto solitamente non si registrano particolari problemi a meno che la perdita della vista non sia stata a tal punto repentina (ad esempio incidente stradale o ictus cerebrale) da comportare pesanti conseguenze,

magari anche solo temporanee, sul piano dell'orientamento spazio-temporale o nell'equilibrio.

La mobilità fra i vari locali dell'abitazione e l'identificazione degli stessi viene generalmente mantenuta ma possono comunque presentarsi alcune difficoltà riguardanti il reperimento o il raggiungimento di singoli elementi all'interno dei medesimi: si pensi ad esempio agli interruttori meno utilizzati, alle prese elettriche, ai luoghi ove sono riposti oggetti non fruiti con particolare frequenza, alla disposizione di soprammobili o di elementi puramente decorativi interessanti il senso della vista come i quadri.

A volte può sembrare che la minorazione visiva abbia anche significativamente diminuito le capacità mnemoniche dell'anziano. Questo avviene quando il tipo di memoria su cui si basava l'azione quotidiana prima della disabilità acquisita era essenzialmente quella visiva: anche oggetti di uso comune come piatti o posate non vengono facilmente reperiti, almeno in un primo momento.

Le principali risorse da mettere in campo in questi casi sono soprattutto l'ordine e la tecnica di memorizzazione basata su elementi diversi da quelli visivi. Il primo aspetto fortunatamente, al contrario di quanto spesso avviene per i giovani, è percepito di solito come un valore importante in età senile. Il mantenere infatti la propria casa pulita e ordinata, soprattutto per le donne, rappresenta senz'altro una delle principali attività della giornata: non risulta semplice intervenire dall'esterno per modificare o rendere più razionali la disposizione di oggetti o prodotti alimentari modificando abitudini consolidate nel corso di tutta la vita. Difficilmente infatti l'anziano è portato ad accettare consigli di tal genere, di conseguenza ogni eventuale proposta dovrà essere avanzata con estrema prudenza e dolcezza senza dare l'impressione di volersi intromettere e forzare la vita privata.

Le potenzialità mnemoniche tendono a indebolirsi nella terza età: si consiglia pertanto, se il riabilitando mostra disponibilità in tal senso, di ricorrere frequentemente alla ripetizione di movimenti e procedure nonché al costante ricordo di luoghi o disposizioni ove siano stati sistemati oggetti specifici. Conviene evitare frasi e toni di voce che possano far pensare a un rimprovero.

Attività domestiche

Sebbene solitamente queste operazioni vengano praticate soprattutto da esponenti del gentil sesso, non vi è alcun valido motivo che ne precluda l'accesso anche agli uomini, specialmente se vivono da soli o desiderano non pesare troppo sulle spalle delle proprie mogli e figlie.

Non vi è motivo per rinunciare a cucinare, attività magari esercitata con passione per molti anni in precedenza, solo per la sopravvenuta minorazione visiva totale o parziale. Il bagaglio delle esperienze maturate in passato, unitamente ad alcuni semplici accorgimenti, possono consentire la conservazione di un notevole livello di autonomia.

Specialmente quando le donne riescono a verificare su di sé questo non trascurabile risultato si determina un notevole innalzamento della fiducia in se stessi e, di conseguenza, una migliore propensione a conseguire nuovi traguardi in altri settori. È bene ricordare che cucine e forni elettrici sono decisamente più sicuri rispetto ai modelli a gas. Esistono inoltre piani di cottura dotati di barriere protettive antirovesciamento. Tali accorgimenti di solito finalizzati alla protezione dei bambini si rivelano assai utili anche per gli anziani disabili.

Il grado di cottura dei cibi, testato normalmente tramite la vista (doratura, coloritura, lievitazione e altro) nel caso di un non vedente dovrà necessariamente privilegiare altri sistemi, di per sé non straordinari anche per i cuochi normodotati. Alcuni di essi sono il tastare, attraverso una forchetta, la consistenza del cibo in cottura, l'effettuare, quando possibile, piccoli assaggi, il ricorso, spesso infallibilmente preciso, alle sensazioni di tipo olfattivo.

L'operazione di pelare, lavare e tagliare le verdure è senz'altro realizzabile anche se magari più lentamente. Le verdure marce si riconoscono perché più

mollì o grinzose mentre sempre il tatto offre l'opportunità di verificare se rimangono residui di buccia nella pelatura o la regolarità delle fette tagliate e la loro pezzatura. Siccome le mani, sostituendo gli occhi, si troveranno sempre molto vicine al coltello, si consiglia di compiere queste operazioni con estrema cautela e lentezza e, se non indispensabile, utilizzare coltelli non appuntiti, quando possibile.

Più difficile appare riconoscere le verdure non più fresche nelle qualità cosiddette "in foglia" come spinaci, bietole e insalate: si cerchi quindi di utilizzare sempre prodotti acquistati da poco.

Per dosare correttamente sale, zucchero, olio, aceto, spezie e farina esistono in commercio, presso le associazioni o i centri tiflotecnici, appositi dosatori che consentono di regolare il flusso delle varie sostanze attraverso un controllo sonoro o la ripetuta pressione di tasti o piccole leve che liberano quantità prestabilite dell'ingrediente prescelto.

Si ricorda che esistono i contagocce sonori e vari dosatori graduati per sostanze liquide e solide.

Fra gli strumenti, a volte veri e propri ausili studiati per i disabili visivi, ma assai spesso anche solo oggetti reperibili in ogni negozio di articoli casalinghi, sono da segnalare:

- bilancia parlante per alimenti;
- padella doppia volta-frittata;
- paletta taglia-torte con sollevamento della fetta;
- separatore del tuorlo dall'albume e affettatore di uova sode;
- piatti e pentole a colori molto contrastati per facilitare l'identificazione da parte degli ipovedenti;
- bollitori con coperchio che funge da scolapasta o forniti di tale strumento estraibile;
- pelapatate manuale con graduazione dello spessore di buccia da asportare.

Cucito, ricamo e lavoro a maglia

Queste attività, oggi per altro cadute in disuso anche fra le donne normodotate, venivano correntemente insegnate e apprese nei vecchi istituti per ciechi dotati di convitto. Alcune attempate signore, non vedenti o ipovedenti che hanno "imparato l'arte" in gioventù, ancora oggi si diletano in questo tipo di lavori con notevole successo e suscitando spesso l'ammirazione di amici e conoscenti.

Esse ottengono tali considerevoli risultati supplendo con un tatto estremamente esercitato alle carenze della vista. Altra risorsa fondamentale risulta la memoria e la pazienza di contare incessantemente punti e passaggi di lavorazione.

Per infilare l'ago esiste un semplicissimo ausilio chiamato "passafilo". Sono anche disponibili aghi a doppia cruna, aperti nella parte superiore che imbrigliano il filo e consentono di cucire senza problemi.

Non si può certo pretendere di ottenere risultati mirabolanti ovviamente da chi ha acquisito la disabilità visiva nella terza età.

Può tuttavia risultare utile il ricorso ad automatismi di movimento consolidatisi nel passato e, ove possibile, la frequentazione e il confronto con persone anziane nate cieche particolarmente abili nei lavori cosiddetti femminili. In questo si rivela spesso importante il ruolo di contatto e di promozione della socializzazione che dovrebbe essere svolto dalle associazioni di categoria.

Pulizie dell'abitazione

Non è oggettivamente facile mantenere un buon livello di autonomia in questo ambito. Spesso anche i ciechi dalla nascita che vivono da soli sono convinti di essere perfettamente in grado di tenere pulita la propria abitazione in modo

perfetto ma a un esame esterno approfondito emergono spesso carenze e lacune non trascurabili.

La metodologia riabilitativa più efficace risulta comunque certamente quella che si basa su una scansione ordinata e rigidamente parcellizzata delle aree da pulire. Si cerchi quindi ad esempio di dividere la superficie del pavimento in tante strisce ideali parallele: la scopa le percorrerà in successione per poi raccogliere il materiale spazzato con una paletta al termine di ogni striscia. Il medesimo sistema può essere adottato anche con la scopa elettrica o in altre operazioni come quella di spolverare i mobili, lavare le piastrelle del bagno o i vetri.

La pulitura invece di superfici più piccole o di singoli oggetti (rubinetti, maniglie, lavandini e stoviglie) risulta senz'altro assai più semplice in quanto è possibile utilizzare proficuamente un controllo tattile dei risultati ottenuti. Quando, ad esempio, i piatti sono ben sgrassati percorrendone con le dita bagnate la superficie essi emetteranno il tipico rumore dovuto all'attrito.

Per il bucato si consiglia ovviamente l'uso della lavatrice. Ne esistono alcune in commercio dotate di comandi tattili o sonori.

È possibile infine tentare di cimentarsi anche con la stiratura basandosi essenzialmente su riferimenti e controlli di tipo tattile. Anche questa operazione va comunque proposta solo di fronte a una forte motivazione della persona anziana da riabilitare.

ASPETTI SOCIO-ASSISTENZIALI

Se già risulta alquanto faticoso ottenere il recepimento dell'esigenza nel campo sopra trattato della riabilitazione delle persone anziane, ancor più difficile appare il far passare questo principio nel settore degli interventi di natura prettamente socio-assistenziale.

L'idea infatti più ricorrente in tale ambito di attività è quella che tende a concepire il soggetto assistito, specie se non più giovane, come bisognoso esclusivamente di servizi connessi alle numericamente prevalenti carenze di carattere motorio e mentale. L'anziano non autosufficiente, secondo questo orientamento più pragmatico che teorico, è concepito come un "unicum" a favore del quale vengono predisposti una serie di interventi standardizzati con la conseguenza di una scarsa attenzione alle esigenze peculiari proprie di ciascuna persona trattata.

Tale orientamento emerge chiaramente da una semplice analisi dei programmi di studio predisposti, a livello formativo, dalle singole regioni per i corsi riservati ai cosiddetti operatori socio-sanitari o denominazioni equipollenti. Questi programmi non prevedono generalmente alcun modulo didattico dedicato a illustrare le strategie assistenziali mirate a favore della disabilità sensoriale.

Quando queste oggettive carenze vengono però sollevate a livello pubblico, gli interlocutori, in evidente difficoltà sul piano teorico, non riescono quasi sempre a far altro che ricorrere ad affermazioni generiche, scontate e anche fuorvianti rispetto ai termini precisi della questione posta alla loro attenzione. Da una parte si tende infatti a enfatizzare l'unitarietà della persona affermando ad esempio "Non si può tagliare a fette l'uomo come fanno i medici e occuparsi solo dell'occhio o della gamba. Ognuno di noi è innanzitutto una persona come le altre, solo dopo subentrano le minorazioni o gli svantaggi portati dall'età e dalle malattie." In alternativa, ma spesso nel medesimo contesto, si tende anche a sottolineare l'esatto contrario e cioè che gli esseri umani sono tutti in un certo senso unici e irripetibili: ogni caso è diverso da un altro e richiede strategie e metodologie personalizzate studiate su misura e tarate sui bisogni del singolo individuo.

Entrambi questi approcci, sebbene in un certo senso incontestabili se non assolutizzati e ricondotti alla loro giusta dimensione, pur emergendo da prospettive diverse e in una certa misura antitetiche, hanno però in comune la tendenza a voler negare, o comunque sminuire, l'importanza delle classificazioni e delle categorizzazioni nel campo delle disabilità. Al di là infatti delle dotte disquisizioni "filosofiche" sui massimi sistemi, le reali motivazioni che stanno dietro a questo tipo di ragionamenti finiscono per rivelarsi molto spesso assai più prosaiche.

Nella sostanza risulta indubbio che lo sforzo organizzativo, amministrativo ed economico necessario alla creazione di servizi mirati, e specifici, ai reali bisogni delle persone, ha notevoli costi e costringerebbe a investire risorse intellettuali e logistiche non sempre disponibili.

Se si creassero ad esempio figure di assistenti domiciliari specializzati nella disabilità visiva, si dovrebbe poi magari fare la stessa cosa per quella uditiva, per i dializzati, i laringostomizzati, i tetraplegici, eccetera. È più semplice, e meno impegnativo, generalizzare: questo è il risultato che deriva dalla mia lunga esperienza associativa e che mi ha purtroppo costretto frequentemente a scontrarmi con realtà e situazioni di questo tipo.

Un'altra osservazione preliminare che mi sembra doverosa riguarda il sottilissimo confine concettuale che divide il settore assistenziale da quello riabilitativo.

Normalmente si considera infatti l'intervento assistenziale in un'ottica meramente passiva e sostitutiva di abilità irrimediabilmente perdute. Vengono a tal proposito in mente operazioni senz'altro tipiche come il cambio dei pannoloni agli incontinenti o il sollevamento periodico degli allettati afflitti dalle piaghe da decubito.

Nel campo però dell'assistenza agli anziani portatori di handicap sensoriale, quando beninteso non sussistano gravi compromissioni di altro genere, il confine fra l'assistenza e la riabilitazione potrebbe non essere così netto e preciso.

L'operatore socio-sanitario, in altre parole, pur non uscendo dalle proprie competenze professionali, ha il dovere, se ne avesse la capacità, di rappresentare uno stimolo costante verso il possibile recupero di autonomie di primo livello le quali possono benissimo essere trasmesse nell'ambito e attraverso un percorso definibile come assistenziale.

In questo capitolo si cercherà di dimostrare come tutta una serie di operazioni normalmente non insegnate agli assistenti domiciliari, contribuirebbero non poco all'innalzamento della qualità di vita dell'anziano con disabilità. Spesso, ma non sempre, l'intuito e la voglia di far bene il proprio lavoro, riescono in qualche modo a supplire le carenze conoscitive. Ciò non toglie tuttavia che sarebbe auspicabile l'inserimento di moduli specialistici all'interno dei corsi di formazione per operatori socio-sanitari e per infermieri professionali.

Presentazione e saluti

Quando si incontra una persona non conosciuta o che non si vede da parecchio tempo è utile presentarsi, ma bisogna tener presente che chi non vede o vede poco, specialmente se anziano, ha a disposizione come parametro di riconoscimento solo la voce. Risulta quindi opportuno far presente la propria identità anche quando non ci si trova nella situazione di una prima presentazione:

“Ciao, sono Gianni, il fratello di Carla” e intanto si prenda la mano di chi si sta salutando allo scopo di evitare che questi, con evidente disagio, sia costretto ad allungare la propria verso il vuoto.

Se la circostanza non richiede la necessità di una stretta di mano, è buona norma comunque segnalare la propria posizione ponendo magari la mano su una spalla del disabile o toccandogli leggermente l'avambraccio.

Uno degli atteggiamenti più antipatici ma riscontrabili purtroppo ancora abbastanza di frequente, è quello di chi incontrando un conoscente ipovedente o non vedente, evita di salutarlo confidando sul fatto di non essere visto. Altri, non meno maleducatamente, quando il disabile cammina accompagnato si limitano a salutare l'accompagnatore.

Spesso questi comportamenti, che producono inevitabilmente e giustamente un forte senso di irritazione nei portatori di handicap sensoriale, non sono determinati da avversione verso la cecità, ma solo dal disagio di doversi rapportare con una realtà poco conosciuta e insolita.

Un altro “vizio” molto diffuso fra la gente è quello di parlare a voce molto alta a chi non vede. Se infatti non sussistono minorazioni sensoriali aggiuntive a livello uditivo, non ha alcun senso alzare il volume della voce quando ci si rivolge a una persona cieca. Tale fenomeno è anch'esso probabilmente determinato dal disagio. Inoltre l'espressione facciale neutra da parte del non vedente non agevola la comunicazione con gli interlocutori.

Non si insisterà infine mai abbastanza sulla necessità di evitare approcci, sia pur dettati dalla volontà di sdrammatizzare le situazioni e promuovere il buon umore, del tipo: “Indovina un po' chi sono?” o “Ma come, non riconosci più la mia voce?”. Questi atteggiamenti, a meno che non si sia già instaurato in precedenza un clima di assoluta confidenza, quasi sempre accrescono la confusione e l'imbarazzo di chi non ha più la prontezza intellettuale dei giovani e inoltre non gradisce rendere eccessivamente palese il suo stato di minorazione.

Leggere per gli altri

L'accesso alla lettura assume spesso un'importanza centrale nella vita delle persone anziane sotto l'aspetto specificamente culturale o ricreativo, e non di meno, per la risoluzione dei problemi pratici.

L'intervento socio-assistenziale a favore di questi soggetti non potrà dunque che essere fortemente caratterizzato da questo peculiare aspetto, non sempre, per altro, presente con la medesima intensità in altri ambiti. A tal proposito dunque già una prima considerazione balza subito all'attenzione: non ha alcun senso inviare presso i non vedenti un operatore che non conosca bene la lingua italiana o che, pur parlandola, non sia in grado di leggerla con la dovuta scioltezza. Attualmente un'alta percentuale di assistenti domiciliari è straniera. Non si vuole qui certamente sconsigliare l'utilizzo di tali operatori; bisogna però assolutamente tenere presente che la lettura di lettere, giornali, ricette e altro assume nel caso del disabile visivo una dimensione centrale e spesso giustificante la richiesta stessa del servizio. La realtà è invece molte volte, purtroppo ben diversa e non sempre, magari per la fretta o il desiderio di soddisfare rapidamente le richieste, i coordinatori dei servizi si soffermano, anche solo brevemente, a considerare questi particolari semplici, ma fondamentali.

Fatta questa necessaria premessa, occorre ora porsi una ulteriore domanda, anch'essa invero dal sapore apparentemente pleonastico. Cosa bisogna leggere al nostro utente? La risposta non può che essere altrettanto netta: nulla di più o di diverso rispetto a quanto viene chiesto. Questa precisazione non appare superflua in quanto non è raro, specialmente nel caso dei volontari ma anche, purtroppo qualche volta fra i professionisti, l'atteggiamento di chi eccede nel presentare idee e proposte fino al punto di sovrapporre, in qualche modo, la propria volontà e quella dell'assistito.

Se, ad esempio la nostra vecchina desidera che le vengano letti, nell'ambito del giornale quotidiano, magari solo i necrologi o piccole notizie di cronaca locale, non ha alcun senso formulare commenti negativi in merito e cercare a ogni costo di indirizzare i suoi interessi su altri argomenti.

Spesso gli anziani non osano, tranne alcune eccezioni, contraddire coloro che prestano loro assistenza. Non è pertanto assolutamente giusto approfittare di questo loro atteggiamento remissivo, dettato quasi sempre dall'amore per il quieto vivere o dalla paura di perdere anche quel poco di assistenza che viene loro fornita.

Per quanto concerne il "come leggere" va innanzitutto tenuto presente che la categoria di persone a cui ci si rivolge è molto sensibile alla qualità dei rapporti umani e alla immediatezza delle relazioni.

Il motivo che spesso induce gli anziani non vedenti a rifiutare l'utilizzo di ausili tecnologici alla lettura come le sintesi vocali è quasi sempre basato oltre che nella presunta complessità di utilizzo di tali dispositivi, anche nel desiderio, certo comprensibile, di potersi relazionare con una persona piuttosto che con una macchina. Va da sé dunque che chi legge dovrà cercare di interpretare i testi nel modo più naturale possibile.

La pronuncia deve essere chiara e ogni parola ben scandita, la velocità media, o comunque quella richiesta dall'utente, il volume della voce, come si è detto, assolutamente normale e non troppo alto. Se l'interlocutore ci dovesse interrompere, per fare qualche commento o considerazione, se ne assecondino senz'altro i desideri, rispondendo con garbo alle sue osservazioni senza dare l'impressione di avere fretta di terminare. Gli anziani infatti spesso cercano il dialogo che deve essere incoraggiato, anche se le loro idee possono apparire incoerenti o sorpassate.

Occorre infine accennare anche a quella particolare forma di lettura temporalmente differita che è la registrazione di testi su audiocassetta o altro supporto. Questo metodo risulta normalmente piuttosto gradito ai disabili visivi non più giovani. Esso infatti preserva il contatto con la voce umana ed è inoltre facilmente fruibile in quanto l'uso di un semplice magnetofono non comporta particolari difficoltà sul piano tecnico.

La registrazione è ampiamente utilizzata come metodologia di lettura soprattutto per quanto riguarda i libri. Non è però escludibile a priori anche per altri documenti come lettere, giornali, estratti conto, verbali. La registrazione di testi a favore dei disabili visivi si articola su alcuni punti fondamentali, primo fra tutti l'assenza di cadenza dialettale su materie tecniche:

- leggere a velocità media cercando di rispettare il più possibile la punteggiatura e il fraseggio;
- qualora ci si accorga di errori nella lettura, interrompere la registrazione, tornare indietro fino alla fine del periodo precedente e ripetere la lettura di tutta la frase;
- quando si sospende la lettura, interrompere sempre con il tasto "pause". Ciò consentirà di far sentire il meno possibile lo stacco all'ascoltatore;
- all'inizio della lettura di ogni opera (prima facciata della prima cassetta) premettere le seguenti informazioni: autore, titolo, casa editrice dell'opera letta e, se possibile anche l'anno di pubblicazione. Se lo si vuole si può anche indicare il nome del lettore allo scopo di lasciare un ricordo quando magari il testo venisse riascoltato a distanza di anni;
- all'inizio di ogni nuova audiocassetta, solo sulla prima facciata, fornire le seguenti informazioni: ripetere autore e titolo dell'opera, indicare il numero della cassetta e se si tratta della facciata "A" o "B", numero della pagina del testo in nero da cui viene ripresa la lettura;
- a ogni cambio di facciata ripetere solo il numero della cassetta seguita dalla precisazione "facciata B, pagina...";
- nel caso di note a piè di pagina, sospendere la lettura alla fine del periodo. A questo punto si potrà procedere alla registrazione della nota facendo precedere la dicitura "inizio nota...". Al termine della nota si dirà quindi ovviamente: "fine della nota...";
- in caso si debba omettere la lettura di figure o grafici, dichiarare "viene omessa la lettura di pagina...(o parte di pagina...) a causa della presenza di una figura che non può essere descritta". Leggere comunque il testo della didascalia della figura;
- al termine dell'opera concludere con la dicitura "pagina...fine registrazione".

In caso di registrazione su compact disk seguire le medesime regole.

Le audiocassette e i CD contenenti registrazioni a favore dei disabili visivi possono essere spedite gratuitamente grazie a una convenzione internazionale. Sul pacco o sulla busta occorre però apporre la seguente indicazione: "CIECOGRAMMA, contiene registrazioni a uso esclusivo dei disabili visivi".

L'accompagnamento

Non vi è dubbio che questa attività rivesta una rilevanza centrale nel panorama degli interventi di carattere socio-assistenziale a favore delle persone disabili visive entrate nella cosiddetta terza età. Questo bisogno, del resto, è sicuramente il più palesato dagli utenti e dai loro familiari nel momento in cui viene formulata la domanda per la concessione di un aiuto a livello domiciliare.

In generale le normali regole solitamente applicate per l'accompagnamento dei non vedenti, possono essere tranquillamente seguite anche nel caso di soggetti anziani che abbiano acquisito l'handicap sensoriale in età matura o senile. Ciò non significa tuttavia che non debbano essere tenute presenti alcune cautele, spesso in verità intuitive, connesse direttamente alle particolari condizioni dell'assistito.

Ecco dunque alcuni semplici accorgimenti da non trascurare:

- si consiglia di mantenere un'andatura piuttosto lenta e in linea con la camminata dell'anziano;
- si rallenti ulteriormente l'andatura in prossimità di scivoli, strettoie, pavimentazioni sconnesse, piccole buche, pozzanghere e qualsiasi minimo ostacolo;

- se si percorrono strade prive di marciapiede, si tenga il disabile sul lato interno in modo che non sia esposto direttamente al passaggio delle auto;
- anche se la segnalazione vocale dei gradini può rivelarsi a volte superflua quando si accompagna un giovane con il quale si è raggiunto un buon affiatamento, non appare opportuno omettere tale indicazione quando si conduce una persona che abbia superato i sessant'anni, specie se la minorazione visiva è sopraggiunta di recente;
- se l'anziano è abituato a portare il bastone bianco, è meglio consigliare di esibirlo anche durante l'accompagnamento. Tale cautela ha una funzione di segnalazione nei confronti dei terzi e consente inoltre di poter contare, in caso di necessità, su un punto di appoggio supplementare;
- quando è possibile, l'accompagnamento in auto è senz'altro da preferire rispetto a quello con i mezzi pubblici. A tal proposito va segnalato che i non vedenti totali hanno diritto ad ottenere dai Comuni il rilascio del contrassegno che consente di posteggiare l'auto nei parcheggi riservati ai disabili. Spesso i ciechi assoluti non sono a conoscenza di questa possibilità perché normalmente non sono proprietari di vetture. La concessione vale però anche per chi accompagna, soltanto ovviamente per il tempo in cui viene effettuato il servizio;
- in caso di attraversamenti stradali regolati da semafori, è meglio non iniziare la discesa sulla carreggiata quando il verde è già presente da parecchio tempo. È infatti preferibile evitare di trovarsi nel mezzo della via allo scattare del rosso.

Pur esulando dalle finalità specifiche della presente trattazione, dedicata ai problemi di chi ha acquisito la minorazione visiva in età senile, appare opportuno riportare alcune regole generali riguardanti l'accompagnamento di ciechi e ipovedenti, già argomento di numerose pubblicazioni:

- non prendere per il braccio la persona che si sta accompagnando ma invitare il non vedente a mantenersi lui in contatto con l'avambraccio dell'accompagnatore;
- per oltrepassare porte o strettoie, prendere dolcemente la mano del disabile, farla scivolare fino all'altezza del polso del conduttore e indirizzare così il non vedente in modo che si disponga dietro la sua guida;
- se si deve far sedere il non vedente, porre la mano del medesimo sullo schienale della sedia. Il cieco sarà così in grado di comprendere da solo l'orientamento del sedile e potrà procedere a sedersi autonomamente;
- per salire in auto basta appoggiare la mano del cieco sulla porta del veicolo;
- a tavola bisogna far toccare preventivamente la disposizione di posate, stoviglie e bottiglie e poi consentire al cieco di gestirsi autonomamente, a meno che non sia lui stesso a chiedere aiuto in particolari circostanze;
- in bagno ci si può limitare ad elencare preventivamente la disposizione dei sanitari e poi lasciare il non vedente in assoluta autonomia;
- su tram e autobus, se non vi sono posti a sedere, mettere la mano del disabile su un sostegno. Al momento di scendere fare la medesima operazione davanti alla porta.

L'accompagnatore è meglio che salga e scenda prima del cieco.

Gli acquisti

Gli anziani in genere, specialmente se di sesso femminile, annettono comunemente una grande importanza a questa operazione che assume, non di rado, il significato ancestrale della mantenuta indipendenza e autosufficienza sul piano dell'autoconservazione e, in conseguenza anche del fatto che la vita quotidiana di queste persone presenta ampi spazi temporali da riempire.

Al "rito" della spesa molto spesso viene dedicata una minuziosa attenzione che ai giovani può apparire senz'altro eccessiva. Il discorso vale naturalmente, e forse ancor di più, per i disabili visivi entrati ormai nella terza età.

L'assistente ha pertanto il dovere di mostrarsi il più possibile paziente e comprensivo anche di fronte a richieste, entro certi limiti, chiaramente eccessive e prive di senso. Nei negozi e nei supermercati ci si presti con

serenità a leggere e magari confrontare etichette di vari prodotti, a controllare i prezzi, a cercare accuratamente una specifica marca o confezione non cascando nel tranello della sistemazione privilegiata dei prodotti.

Risulta inoltre solitamente molto apprezzato dall'anziano disabile visivo quell'accompagnatore che si mostra, almeno in apparenza, coinvolto nelle valutazioni e nei giudizi espressi dal proprio assistito, cercando quando sia possibile di dare ragione all'utente, almeno per quanto riguarda le valutazioni sui prodotti da acquistare ed evitando inutili e non costruttive polemiche.

Nei mercati ortofrutticoli e in alcuni negozi può creare imbarazzo la richiesta di toccare o annusare alcuni prodotti per controllarne freschezza o grado di maturazione, pratica una volta largamente utilizzata anche dai normodotati. Oggi invece le norme che garantiscono l'igiene nei mercati, tendono a vietarla sempre più di frequente o quantomeno a limitarla. Questo tipo di richiesta, senza esagerazioni parossistiche, possa comunque essere giustificata in quanto consente al non vedente di farsi un'idea molto precisa della merce. Credo dunque che non vi sia nulla di male nel chiedere al negoziante una piccola eccezione a favore di quel cliente meno fortunato.

I carrelli del supermercato possono spesso fungere da valido ausilio per l'accompagnamento. Il non vedente può infatti appoggiare una mano sulla barra orizzontale che serve a spingere il contenitore a rotelle e così, la guida riesce solitamente con facilità a condurre entrambi.

Nei negozi di abbigliamento quasi sempre è necessario anche improvvisarsi consiglieri estetici al momento della scelta e in quello della prova degli abiti. Preliminarmente si lasci che il disabile visivo tocchi la foggia dell'indumento e la qualità del tessuto. Successivamente, quando richiesto, si proceda a fornire alcune indicazioni sul colore e magari sugli abbinamenti fra i vari capi. Durante la prova sono senz'altro gradite osservazioni circa eventuali difetti o non conformità delle misure.

Non bisogna però mai dare l'impressione di voler sopraffare la volontà del non vedente, né di volerlo indurre, più o meno subdolamente, a dover per forza condividere i gusti dell'accompagnatore.

La cura della casa e della persona

È chiaramente ovvio che quando viene attivato, per qualsiasi motivo, un intervento assistenziale di tipo domiciliare a favore di una persona anziana disabile della vista, non importa se gestito attraverso volontari od operatori professionali, si ipotizza una venuta meno, almeno parziale, del livello di autosufficienza nello svolgimento di talune attività tipiche della vita quotidiana. È comunque sempre necessario lasciare ampio spazio al rispetto delle abilità residue. L'assistente non deve sovrapporsi, a meno che la prestazione non venga esplicitamente richiesta dal disabile, anche in quelle operazioni nelle quali l'anziano dimostra di poter ancora riuscire in piena autonomia ad esempio lavare i piatti o cucinare.

Come già detto la perdita dell'autosufficienza non è sempre completa. Nella maggior parte dei casi anzi l'intervento di assistenza domiciliare si propone essenzialmente di colmare le lacune più evidenti sul piano della cura personale e domestica, altrimenti, almeno nel caso che l'anziano viva da solo, appare decisamente preferibile la soluzione del ricovero in una struttura di tipo residenziale.

Partendo dunque da questa considerazione, ovvero che solitamente l'assistente si configura come una persona che affianca e non sostituisce completamente l'anziano disabile, vanno necessariamente tenuti ben presenti alcuni elementi non trascurabili nei rapporti con un minorato della vista: fondamentale è avvertire costantemente su quanto si sta facendo, avvisando anche di ogni minimo gesto che quindi non giunga improvviso. Si tratta normalmente di un semplice atteggiamento dettato dalla buona educazione ma quando l'utente non è in grado di vedere, questo aspetto assume, come ben si può comprendere, una rilevanza assolutamente fondamentale specialmente per le operazioni di cura della persona.

- l'ordine

Il cieco o l'ipovedente, come già riportato, ricorre assai spesso alle cosiddette "mappe mentali" per il reperimento degli oggetti presenti nella propria abitazione. Non potendo disporre del senso della vista dovrà necessariamente dunque far ricorso più degli altri alla memoria tattile e consequenziale. Non ha pertanto alcun senso che, ad esempio, l'assistente lavi il pavimento o i vetri e poi riponga le scope o le spugne in luoghi diversi rispetto a dove li ha trovati. Ciò metterebbe in grave difficoltà il disabile il quale non avrà in seguito i mezzi per recuperare tali oggetti, anche se magari sono stati spostati solo di pochi centimetri.

- la descrizione

Sono sempre graditi aiuti di tipo descrittivo finalizzati a eliminare, o quanto meno a ridurre, il disagio portato dalla minorazione sensoriale. A tal proposito si può citare, a titolo esemplificativo, la lettura di etichette o date di scadenza di alimenti, la descrizione sonora di film o programmi TV, l'indicazione del colore di abiti od oggetti, considerazioni rispettose sullo stato dell'assistito come: "Oggi la vedo un po' pallida, non sta bene?", "Forse si è leggermente graffiata il dito, sta sanguinando".

La descrizione delle trasmissioni o dei film non è facile e su questo punto si è sviluppata da tempo una specifica disciplina chiamata "Tecnica dell'audio-descrizione".

In questo contesto si possono soltanto fornire alcune indicazioni di massima come quella di parlare solo nei momenti di silenzio del programma, descrivere gli elementi fondamentali e tralasciare dettagli superflui, approfondire altri elementi solo su esplicita richiesta dell'assistito, non divagare, a meno di precise domande, su episodi precedenti o similitudini rispetto ad attori o personaggi estranei alla vicenda.

Questa attività assistenziale, per altro assai importante, richiede il raggiungimento di un buon rapporto di affiatamento fra l'assistente e il disabile e comunque parecchio esercizio sul campo.

Le case di riposo

In Italia sono poche le case di riposo specificamente dedicate all'accoglienza di disabili visivi. Questo fatto spesso disorienta e allarma i familiari delle persone anziane che faticano a immaginare la possibilità di un proficuo inserimento del proprio parente non vedente all'interno di strutture non specializzate.

In realtà il problema quasi sempre può essere risolto con successo a condizione che venga affrontato con attenzione e un minimo di sensibilità.

Assai delicata è la fase di valutazione sul livello di autosufficienza del soggetto da ricoverare. Tale inquadramento viene generalmente effettuato dalle cosiddette "Unità di Valutazione Geriatrica" operanti presso le ASL di riferimento. Queste commissioni però spesso non possiedono una particolare esperienza in campo di handicap sensoriale e normalmente non comprendono fra i propri membri la figura dell'oculista.

Quando pertanto l'anziano non vedente o gravemente ipovedente viene valutato non autosufficiente, non si trova con facilità una casa di riposo disposta ad accoglierlo a causa di inveterati pregiudizi e paure circa il livello reale della sua effettiva autonomia sul piano personale.

In ogni caso, una volta avviato il ricovero, appare assolutamente fondamentale prevedere un periodo più lungo e accurato rispetto agli altri ospiti perché possa ambientarsi. È importantissimo infatti permettere al nuovo arrivato di conoscere ed esplorare con una guida i locali e i percorsi interni ed esterni alla struttura. Se la casa di riposo è grande, certamente questa attività può richiedere parecchio tempo e una notevole dose di pazienza.

Anche la fase di conoscenza delle persone (compagni e personale), avvenendo principalmente attraverso il riconoscimento delle voci, si rivelerà

probabilmente assai più lunga rispetto a quanto avviene per i normodotati. Ciò non deve però alimentare giudizi affrettati di demenza incipiente o di problemi a livello cognitivo.

Nell'assegnazione dei posti nelle camere, a tavola o in eventuali attività di gruppo si cerchi di porre attenzione alle specifiche esigenze di illuminazione espresse dagli ipovedenti. Non sempre il posto migliore è comunque quello direttamente più illuminato. Le esigenze possono infatti essere assai diverse a seconda della patologia.

Risulta importante, nei limiti del possibile, all'interno di una struttura comunitaria, tentare di mantenere un certo ordine nella disposizione di mobili, suppellettili e oggetti vari.

Si cerchi pertanto di non lasciare sedie o tavolini in mezzo al corridoio, armadietti con le ante aperte, carrelli portavivande o per la biancheria lungo le traiettorie solitamente percorse dal disabile visivo ricoverato. Queste barriere spesso possono scoraggiare l'ospite e rallentare il processo di integrazione nell'ambiente della casa di riposo.

Appare infine a volte opportuno, pur rifuggendo assolutamente da commiserazioni di stampo pietistico, sensibilizzare gli altri ospiti della struttura affinché non isolino il compagno disabile visivo. Saranno quasi sempre sufficienti, in tale prospettiva, anche solo poche battute tendenti a far superare il naturale disagio nell'approccio a una dimensione dell'essere che non si conosce e si teme: ben presto il percorso integrativo proseguirà da solo seguendo le normali dinamiche dei rapporti interpersonali.

APPENDICE STORICA

Davvero tanti sono stati i grandi della storia che hanno conosciuto purtroppo la cecità negli ultimi anni della loro esistenza. Ci è sembrato giusto ripercorrere l'esperienza di alcuni a corollario di questo breve lavoro dedicato alla disabilità visiva della cosiddetta terza età. Speriamo che gli esempi e la forza d'animo dimostrata possano aiutare molti dei nostri contemporanei ad affrontare meglio una situazione senz'altro difficile e delicata.

Il mito ancestrale del cieco veggente

La convinzione atavica che suole associare la mancanza di un senso così importante, come quello della vista, con il supposto e misterioso possesso di vari poteri sul piano delle capacità spirituali e soprannaturali, affonda le sue origini nella notte dei tempi e ancora oggi resiste in molti ambienti e culture tradizionali.

L'indovino Tiresia, personaggio mitologico del ciclo ellenico-tebano, rappresenta forse l'esempio più antico e anche l'archetipo di questo atteggiamento culturale. Costui, come l'eroe Prometeo, aveva osato insidiare gli dei offendendo la grande Atena e per questo era stato condannato alla cecità. L'augusta dea gli concesse però, in compenso, il dono della mantica e ciò lo fece divenire, in un certo senso, il padre di tutti gli oracoli che potevano predire il futuro.

Anche i grandi filosofi dell'antica Grecia non furono immuni da questa autosuggestione. Platone, fra gli altri, nella sua opera Timeo, ritiene la vista come il frutto dell'incontro fra il fuoco puro che sta dentro di noi e l'analogo elemento igneo che pervade il mondo esterno, quando il fuoco interno non poteva uscire fuori a causa degli occhi ciechi, esso andava a trovare necessariamente una diversa espansione e illuminava allora, assai più intensamente che nelle persone comuni, l'anima e l'intelletto.

Tale presupposto fisico-filosofico doveva essere alcun dubbio condiviso, infatti, come riferiscono i cronisti dell'epoca, il pensatore Democrito di Abdera giunse a togliersi la vista per meglio concentrarsi sull'analisi e sulla riflessione interiore.

Che dire della figura, probabilmente mitica, del sommo poeta, dell'uomo sapiente per eccellenza, ovvero del grande Omero? Che sia o meno davvero esistito, non si deve dimenticare il fatto che egli venisse rappresentato come un cantore cieco e anziano.

Anche in Oriente queste opinioni erano assai diffuse; in Cina, fino a pochi anni prima della fine dell'impero, i non vedenti, attraverso numerose e potenti corporazioni, avevano quasi il monopolio dell'esercizio della divinazione.

Il grande tiflogogo francese Pierre Villey racconta, a tal proposito, come essi si aggirassero numerosi fra le strade, brulicanti di animazione, delle grandi città cinesi, richiamando i clienti con il suono i piccoli gong o strumenti a corda.

A volte apparivano elegantemente vestiti, segno che la loro attività risultava ben remunerata. La divinazione era infatti così popolare che essa era in grado di fornire un lavoro socialmente considerato a quasi tutti gli uomini privi della vista. Le donne invece, come riportano altri osservatori, trovavano in genere la medesima occupazione nelle case da tè.

Anche il missionario gesuita padre Loert osservò che quasi tutti gli indovini cinesi erano ciechi o ipovedenti. Essi avevano una loro divinità protettrice e questa arte veniva trasmessa di generazione in generazione attraverso lunghi e costosi corsi di formazione seguiti da periodi di apprendistato altrettanto impegnativi e onerosi.

L'avvento del Cristianesimo in Europa e nel Medio Oriente portò, come si sa, alla ferma condanna delle pratiche divinatorie e della stregoneria. Ciò non impedì comunque la sopravvivenza, in forme però assai diverse, della comune opinione che le preghiere dei ciechi potessero giungere più facilmente al trono dell'Altissimo.

Nel Medioevo si diffusero numerose Confraternite composte da non vedenti dedite alla mendicizia e alla vita religiosa. La prima e più importante di tali organizzazioni fu quella denominata dei Quinze-Vingts fondata da San Luigi IX a favore dei cavalieri che perdettero la vista nelle Crociate.

Questa istituzione rimase per secoli l'unica struttura specificatamente dedicata all'assistenza e al sostegno dei non vedenti per la maggior parte anziani.

In Italia si ricordano particolarmente la trecentesca Frangia di Padova e, nel XVI secolo, la Compagnia di Santa Elisabetta a Roma.

Quando si studiano queste forme di aggregazione non va dimenticato che l'esercizio della mendicizia non rappresentava, in quel contesto storico, una vergogna né tantomeno un segno di abiezione sociale.

San Francesco stesso volle connotare il suo ordine religioso come Ordine Mendicante poiché tale condizione era considerata un mezzo di salvezza sia per chi la esercitava (indicava infatti un segno di distacco dai beni di questo mondo), sia per chi elargiva le elemosine.

Un'eco lontana di questa particolare concezione della minorazione visiva, tipicamente cattolica, la si può ravvisare nell'usanza ancora in voga in alcune regioni dell'Italia meridionale fino agli anni '50, di invitare gruppi di non vedenti detti gli orbi per suonare e cantare in occasione di feste religiose, processioni, funerali e altre circostanze più o meno solenni.

Anche l'Islam, pur condannando, almeno nella sua versione più ufficiale, ogni pratica divinatoria, riservò sempre una particolare attenzione alle supposte potenzialità spirituali di coloro che non vedono. Una raccolta di biografie dei maggiori teologi musulmani del XIV secolo cita più di trecento ciechi distintisi nelle varie branche delle scienze religiose. Ancora oggi molti non vedenti guidano la preghiera nelle più importanti moschee e salmodiano la recitazione del Corano imparato interamente a memoria nel corso di lunghi anni di formazione.

Tutto quanto fin ora raccontato farebbe sicuramente sorridere i moderni tifloghi o gli educatori esperti nelle problematiche connesse alla minorazione visiva. Essi contestano radicalmente la cosiddetta teoria della compensazione sensoriale anche sul piano puramente fisico, figuriamoci poi a livello spirituale.

Probabilmente avranno anche ragione ma certo non si può negare che forse, al di là dei loro ampollosi discorsi, molte società tradizionali avevano sicuramente risolto assai più brillantemente il problema dell'inserimento sociale dei non vedenti in ruoli culturalmente elevati e dignitosi.

Galileo Galilei

Pochi sanno che il celebre scienziato Galileo Galilei, padre della fisica moderna e notissimo anche per alcune importanti intuizioni tecnologiche e astronomiche, dovette convivere, per gli ultimi quattro anni della sua vita, con la cecità assoluta.

Gli occhi che ebbero la meravigliosa ventura di vedere per primi nella storia dell'umanità pianeti, stelle e fenomeni astronomici fino ad allora del tutto ignoti come le macchie solari o i satelliti di Giove, cessarono di funzionare quando il loro "padrone" aveva settantatré anni, ma il loro declino era già iniziato almeno un anno e mezzo prima.

La triste vicenda, che prostrò profondamente il grande uomo, pur non impedendogli, almeno in parte, di continuare a coltivare i suoi interessi, ebbe inizio nel marzo del 1636. A quell'epoca Galileo si trovava nella sua villa di Arcetri nella campagna fiorentina in una condizione che oggi definiremmo "arresti domiciliari" a causa delle note incomprensioni con il Santo Uffizio di Roma. Questo tuttavia non gli impedì di condurre un'esistenza confortevole e di continuare a mantenere solidi rapporti con il mondo scientifico italiano ed europeo.

Risulta difficile identificare oggi, a causa delle descrizioni generiche del tempo, la malattia che lo colpì causandogli la perdita della vista. Si può ragionevolmente ipotizzare una patologia di tipo infiammatorio e infettivo a carico della cornea o della congiuntiva. Egli del resto, nelle sue lettere, parla di una continua e abbondante lacrimazione che gli provocava un sempre maggiore annebbiamento della visione.

I primi problemi si manifestarono nella primavera del 1636 e nel maggio del medesimo anno Galileo scrive di aver dovuto sospendere le sue abituali osservazioni con il telescopio. Egli chiede più volte di potersi recare a Firenze per sottoporsi a cure più appropriate. Tali domande tuttavia vengono dapprima ignorate probabilmente per timore che si tratti soltanto di una scusa. Quando finalmente nel 1638 otterrà l'autorizzazione a recarsi in città presso l'abitazione del figlio, la sua vista risulterà già purtroppo spenta dal Natale

precedente. Probabilmente ben poco si sarebbe potuto fare date le scarse conoscenze mediche dell'epoca.

Come reagì il grande scienziato di fronte ad una sciagura così grande? Ecco alcune righe tratte da una lettera datata 2 maggio 1638, inviata al suo amico Diodati:

“Ahimè, mio buon signore! Il vostro caro amico e servitore Galileo è ormai inesorabilmente cieco. Vi lascio immaginare la mia angoscia. Grazie alle mie rilevanti osservazioni il cielo, il mondo, l'universo si erano rivelati cento o mille volte più grandi di quanto in realtà fossero stati visti in tutti i secoli precedenti. Per me quello stesso cielo si è ora ridotto ad uno spazio non più grande di quello occupato dal mio corpo.”

Il suo scoramento dunque era profondo, come avviene del resto a tutte le persone anziane divenute improvvisamente non vedenti. Intervenne allora con energia il suo amico padre Castelli, il quale, essendo ben introdotto negli ambienti della Curia Romana, si adoperò attivamente per la sua liberazione.

Il 13 febbraio successivo Galileo ricevette la visita dell'allora Inquisitore di Firenze il quale inviò al Santo Uffizio una precisa relazione in merito. Nel rapporto il Prelato dichiara di aver trovato Galileo completamente cieco a causa della cataratta ormai divenuta incurabile per essere stata non adeguatamente trattata per oltre sei mesi.

“A causa di questa e di altre infermità – scriveva l'Inquisitore a Roma – egli ha l'aspetto più di un cadavere che di un essere vivente.”

Era cieco dunque, depresso, ma non ozioso.

Mentre attendeva un atto di clemenza da parte del Vaticano, atto che giunse qualche settimana dopo, diede forma definitiva all'ultima delle sue scoperte ovvero il moto di rotazione della Luna sul proprio asse. Negli ultimi mesi nei quali l'oscurità scendeva sempre più velocemente sui suoi occhi, egli si sforzò di osservare fino all'ultimo il corpo celeste più grande e visibile del cielo notturno. Anche lui infatti, come molti ipovedenti, non era più in grado di vedere le stelle, ma la Luna rimase l'ultimo astro impresso nella sua retina e nella sua memoria prodigiosa.

Notò, proprio in quelle settimane, che il volto del nostro satellite non appariva sempre uguale. Il suo orientamento mutava nel tempo, giorno per giorno, mese dopo mese. Quando perdette anche l'ultima facoltà visiva, dettò al figlio le sue osservazioni e stese una lettera contenente le sue considerazioni sul mutevole volto della Luna. Questa lettera fu poi inviata a un diplomatico veneziano che procedette successivamente alla pubblicazione.

Negli ultimi anni di vita, la morte sopraggiunse infatti nel mese di gennaio del 1642, Galileo poté godere dell'aiuto di molti assistenti e collaboratori i quali si alternavano nella sua villa di Arcetri per leggergli testi e gestire la sua corrispondenza.

Nel 1639 un allievo diciassettenne, Vincenzo Viviani, accettò di trasferirsi a vivere nella casa del maestro. Egli si preoccupò di tenerne sempre desti la memoria e gli interessi; gli chiese di ripercorrere il racconto della sua vita, i problemi scientifici risolti e quelli ancora rimasti da dipanare.

Anche il figlio Vincenzo Galilei si recava spesso a trovarlo. Con lui il padre volle soffermarsi a dissertare su problemi relativi al moto del pendolo e alla conseguente arte di costruire orologi precisi.

Ricordava infatti che la prima figlia monaca, morta qualche anno prima, si lamentava sempre che l'orologio del convento non funzionava bene e che lui si era recato più volte da quelle povere suore a ripararlo. Ora non poteva più farlo a causa della sua cecità ma dettò al figlio una serie di preziosi suggerimenti che avrebbero anche successivamente fatto parte del bagaglio di conoscenze dei futuri orologiai.

Nonostante il suo stato di prostrazione non perse mai la sua proverbiale “vis polemica”. Per tutto il 1640 e parte del 1641 mantenne una fitta corrispondenza, a tratti divertita e ironica, con un suo avversario bolognese, tal Fortunio Liceli, aristotelico ambizioso ma ossequioso.

Ebbe anche il tempo e lo spirito di...innamorarsi, ovviamente in modo puramente platonico, di una signora sposata conosciuta circa dieci anni prima. Galileo non ebbe mai una grande considerazione per le donne. I suoi figli

nacquero da una relazione illegittima di breve durata e ben poche furono le figure femminili intorno a lui nel resto della vita.

Alessandra Bocchineri Buonamici, questo era il nome della signora, aveva trenta anni meno di lui ed era sposata in terze nozze con un diplomatico toscano. Per lei lo scienziato nutrì sempre un grandissimo affetto; amava intrattenerla con lunghe e colte discussioni alle quali ella corrispondeva con argomentazioni calzanti e intelligenti.

Quando con il marito si trasferì a Prato il loro dialogo proseguì per corrispondenza. Solo una volta ella potè venirlo a trovare negli ultimi anni in cui era cieco. Ciò avvenne nel 1640 ed in tale occasione ella portò a Galileo molti regali che egli non finiva mai di toccare e palpare accuratamente. A lei fu indirizzata anche l'ultima lettera nota del grande scienziato, dettata il 20 dicembre 1641. Egli lamenta le sue peggiorate condizioni di salute e ringrazia l'amica per "la premura con cui partecipate alle mie disgrazie e alla mia infelicità". La morte sopravvenne infatti solo circa due settimane dopo.

Il vecchio Galileo non fa eccezione rispetto ai tanti anziani che possiamo incontrare oggi. In essi la perdita della vista aggrava indubbiamente gli effetti psicologici portati dall'invecchiamento. Egli tuttavia non giunse mai fino al punto di perdere la propria dignità intellettuale o di lasciarsi andare a uno stato di assoluta passività. Anche in questo dunque egli può essere di esempio ai disabili visivi non più giovani dei giorni nostri.

Pietro Paleocapa

Sereno e pacifico, come un buon padre di famiglia, il monumento di Pietro Paleocapa domina la piazzetta a lui dedicata posta fra via XX settembre e piazza Carlo Felice a Torino. Il personaggio è riprodotto in un atteggiamento bonario e rassicurante, ma lo stato di conservazione della bella statua ottocentesca ispira malinconia e tristezza.

Paleocapa, ebbe una vita interessante; è definito come un grande uomo politico, un valente ingegnere, un protagonista del nostro Risorgimento, ma ben pochi sanno che, negli ultimi vent'anni della vita, fu anche un non vedente e...che non vedente!

Nacque a Bergamo nel 1788. In giovane età dovette, per motivi politici, fuggire dalla città in cui nacque. Partecipò alla rivolta anti-asburgica del 1848 ricoprendo la carica di ministro nell'effimera Repubblica Veneziana fondata in quell'anno dai rivoluzionari democratici. Nelle pianure ungheresi contrasse una grave malattia, di natura reumatica, che lo condusse gradualmente alla cecità.

Il grave evento non gli impedì di laurearsi in ingegneria idraulica e, successivamente, di progettare numerose opere pubbliche in Europa.

Quando approdò alla corte sabauda fu presto nominato da Re Vittorio Emanuele II ministro dei Lavori Pubblici. Progettò e realizzò buona parte della rete ferroviaria piemontese che ancora oggi, nelle sue linee principali, rappresenta l'ossatura portante del sistema di trasporto su rotaia della nostra regione.

L'opera che giustamente lo rese famoso fu il gigantesco traforo ferroviario del Frejus. Le cronache dell'epoca lo raffigurano, ormai completamente cieco e appoggiato ad un lungo bastone, mentre assiste alla cerimonia di inaugurazione per i lavori del tunnel.

Pur avendo ormai perso ogni residuo visivo, Paleocapa continuò a ricoprire ancora per anni la carica di ministro anche nei primi anni dell'unità italiana. Non poteva ovviamente più disegnare, ma portò la sua preziosa esperienza alle sedute parigine della Commissione Internazionale incaricata di progettare il canale di Suez.

Morì nel febbraio del 1869.

La città, grazie a una pubblica sottoscrizione, gli dedicò il monumento nell'omonima piazza i cui disegni furono affidati allo scultore Odoardo Tabacchi. In esso lo statista è raffigurato seduto, in atteggiamento dimesso,

pensoso e appoggiato al lungo bastone da cieco (allora non erano ancora bianchi) che accompagnò gli ultimi lustri della sua onorata esistenza.

Quando un pittore perde la vista

Nella vita di un pittore il dramma della cecità acquisita assume, se possibile, un livello di tragicità ancora superiore e, per qualcuno addirittura insostenibile: nella storia dell'arte vi furono infatti almeno tre importanti pittori che, divenuti completamente non vedenti, scelsero il suicidio.

Il francese Charles Marchal, paesaggista assai noto all'epoca di Napoleone III, si sparò nel 1877 dopo essere diventato cieco e aver di conseguenza dovuto forzatamente lasciare la sua attività. Preferì invece impiccarsi tre anni prima il sempre depresso suo collega Octave Tassaert che perse la vista a causa di una cataratta non operabile.

Nel 1906 Ernest Chaplet, per il medesimo motivo, si sparò in faccia per poi morire dopo una lunga e dolorosissima agonia.

Ma per fortuna non tutti i pittori divenuti disabili visivi, in genere nella terza età, reagirono, e reagiscono, allo stesso modo. Assai curiosa, in tal senso, appare ad esempio la vicenda del noto artista spagnolo Antonio Esquivel di Siviglia che perse la vista a soli trentadue anni a causa probabilmente di un'affezione di carattere erpetico. Tentò per ben due volte di suicidarsi gettandosi nel fiume Guadalquivir ma i suoi amici lo salvarono e lo affidarono alle cure dei maggiori oculisti dell'epoca: Esquivel guarì e poté così riprendere la sua attività con grande soddisfazione.

Il grande impressionista Claude Monet reagì invece assai più positivamente all'infermità che lo aveva colpito. Già monocolo dall'età di trent'anni successivamente iniziò a peggiorare anche l'altro occhio a causa della cataratta. Decise allora di dedicarsi alla pittura a grandi dimensioni e realizzò nell'Orangerie de Les Tuilleries a Parigi le cosiddette "Grands Decorations" opera che viene ancor oggi annoverata fra le più importanti della sua vasta produzione.

Un recente studio effettuato dall'Università Americana di Stanford, ha dimostrato anzi come i problemi di vista abbiano senz'altro contribuito a rendere più innovativa e originale la pittura di Monet. Egli infatti soffriva di una cataratta progressiva e quindi percepiva sempre le immagini molto sfocate e annebiate. Questo probabilmente è il segreto che sta alla base della vaporosità ed evanescenza di molti suoi quadri.

A partire dall'età di sessant'anni il grande impressionista incominciò a lamentarsi del fatto che i colori gli apparissero più scialbi e smorti e giunse al punto di dover apporre delle etichette sulla tavolozza altrimenti non si sentiva sicuro di riuscire a distinguere le sfumature delle varie tinte.

Altri, avendo dovuto purtroppo abbandonare l'attività pittorica a causa della perdita della vista, decisero di impegnarsi sul fronte della didattica scrivendo libri e trattati sulle tecniche delle arti figurative. Fra di essi si ricordano Giovanni Lomazzo, Gerard de Lairesse, cieco dall'età di cinquant'anni all'inizio del XVIII secolo, Jacques Paillot de Montabert nell'Ottocento e la nota artista francese Cécile Donard, morta nel 1941, che divenne non vedente addirittura a soli trentatré anni. Gerard de Lairesse pubblicò nel 1707, con l'aiuto del figlio che scriveva sotto sua dettatura, il "Grand livre des peintres" un'opera divenuta all'epoca assai famosa e che venne tradotta in molte lingue fra cui il giapponese. Cécile Donard invece ottenne un gran successo con un libro autobiografico intitolato "Impressioni da una nuova vita".

Divenne cieco negli ultimi anni di vita il celebre Piero della Francesca, poco si dice però su questo aspetto nelle fonti biografiche disponibili. Il Vasari riferisce che Piero divenne cieco nel 1475 e che rimase tale fino alla morte avvenuta nel 1492. In effetti non si conoscono sue opere relative a questo periodo ma nel testamento, redatto nel 1487, egli si dichiara comunque assolutamente sano.

Alquanto toccante invece appare, qualche secolo dopo, la vicenda umana della ritrattista veneta Rosalba Carriera (1675 – 1757). Donna di grande ingegno e

sensibilità la Carriera si distinse come miniaturista e delicatissima raffiguratrice di volti umani. All'età di quarantasei anni iniziò però a soffrire di problemi di vista. Nel 1746, disperata per tale minorazione, decise di sottoporsi a un intervento alla cornea. L'esito fu dapprima favorevole ma poi insorsero infezioni e complicazioni che la condussero alla cecità assoluta. Rosalba Carriera ha probabilmente riassunto il suo stato d'animo di fronte alla perdita della vista in un famoso autoritratto del 1746, detto "Ritratto della Tragedia" in cui appare invecchiata, triste e dura: gli ultimi anni della sua vita furono drammatici. L'abbandono dell'attività pittorica le causò un profondo stato di depressione e anche, secondo alcune fonti, perdita della ragione e forse anche pazzia.

Un cenno merita anche l'esperienza di non vedenza, per fortuna solo temporanea, patita dal noto scrittore e pittore torinese Carlo Levi (1902-1975), noto soprattutto per il celeberrimo romanzo "Cristo si è fermato a Eboli" pubblicato nel 1945.

Levi fu operato per ben due volte alla retina nel 1973, due anni prima della morte. Per molti mesi fu cieco ma riuscì ugualmente a tracciare ben 146 quadri durante questo periodo. Un volume, "Carlo Levi inedito", pubblicato postumo, illustra una quarantina di tali opere raccogliendole sotto il titolo di "Disegni della cecità". Egli scrisse inoltre un volumetto intitolato "Quaderno a cancelli" nel quale racconta il periodo in cui dovette convivere forzatamente con la minorazione visiva.

Molti di più sarebbero naturalmente i nomi e le storie da citare; uno studio in proposito pubblicato in Francia nel 1999 annovera ben sessanta pittori divenuti ciechi in varie epoche e per i motivi più diversi. Ciascuna storia meriterebbe di esser approfondita ed analizzata in quanto per la maggior parte sono persone appartenenti alla terza età. Se il lettore ci passa una battuta possiamo proprio dire che nella loro vita ne hanno davvero viste di tutti i colori!