



# UNIVERSITÀ DI PARMA

Dipartimento di Discipline Umanistiche, Sociali e delle Imprese Culturali  
Corso di laurea in Progettazione e Coordinamento dei servizi educativi

## ADOLESCENTI E DISTURBI PSICHIATRICI. KHORA: UN'ESPERIENZA CONCRETA E INNOVATIVA

Relatore:

Chiar.mo Prof. Paolo Calidoni

Correlatore:

Chiar.mo Prof. Dimitris Argiropoulos

Laureanda:

Rachele Cammerino

Anno Accademico 2017-2018

A tutti i bambini e ragazzi che ho incontrato e che incontrerò in questo percorso.  
*“Qualche bambino e qualche ragazzo potrebbe incontrare te sulla loro strada, e potresti cambiarli, e loro potrebbero cambiare te”*

ADOLESCENTI E DISTURBI PSICHIATRICI.  
KHORA: UN'ESPERIENZA CONCRETA E INNOVATIVA.

**INDICE**

INTRODUZIONE.....	pag. 7
CAP. 1 DISTURBI MENTALI.....	pag. 11
1.1 Definizione.....	pag. 11
1.1.1. Punto di vista medico.....	pag. 12
1.1.2 Punto di vista psicologico.....	pag. 13
1.2 Classificazioni internazionali.....	pag. 14
CAP. 2 DISTURBI MENTALI NEGLI ADOLESCENTI.....	pag. 23
2.1 Il minore.....	pag. 23
2.2 L'adolescenza e i disturbi psichiatrici.....	pag. 26
2.3 Cenni di storia della diagnosi dei disturbi della adolescenza.....	pag. 28
2.4 Problemi di identificazione.....	pag. 30
2.5 Apporto educativo-pedagogico.....	pag. 32
CAP. 3 STRUTTURE PER LA CURA DEI DISTURBI MENTALI.....	pag. 35
3.1 Manicomi: strutture di cura o di emarginazione?.....	pag. 35
3.2 La comunità educativa integrata.....	pag. 38
3.3 L'educatore professionale.....	pag. 41
3.4 Competenze professionali dell'educatore.....	pag. 42
3.5 Il processo educativo-riabilitativo.....	pag. 44
3.6 La situazione attuale a Piacenza.....	pag. 46
CAP. 4 KHORA: UNA COMUNITÀ DI PROSSIMITÀ.....	pag.51
4.1 Storia e struttura.....	pag. 51
4.2 Modello pedagogico.....	pag. 54
4.2.1 La dimensione del soggetto.....	pag. 55
4.2.2 La dimensione dell'organizzazione.....	pag. 59
4.2.3 La dimensione del processo.....	pag. 61
4.3 Gestione delle criticità.....	pag. 66
4.4 Dalla teoria alla pratica: alcuni esempi concreti.....	pag. 69
4.4.1 Dice la coordinatrice.....	pag. 69
4.4.2 Dice l'educatrice.....	pag. 70
4.4.3 Riflessioni.....	pag. 71
4.5 Uno sguardo dall'alto.....	pag. 72
CONCLUSIONI.....	pag. 79
ALLEGATI.....	pag. 83
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	pag. 87
RINGRAZIAMENTI.....	pag. 89

## INTRODUZIONE

L'ispirazione per il tema di questo elaborato mi è stata data dall'intervento del Dottor Giuliano Limonta, direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, nel seminario organizzato dalla Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Piacenza, il 27 novembre 2018. Nel suo intervento il Direttore ha illustrato, attraverso una raccolta di dati effettuata tra il 2008 e il 2017, il grado di diffusione dei disturbi psicopatologici che colpiscono i ragazzi nell'età evolutiva. Questa ricerca delinea una situazione in netto peggioramento perché nel 2009 i ragazzi, presi in carico del Dipartimento di Salute Mentale della provincia di Piacenza, con disturbi psicopatologici, erano il 15% invece nel 2017 questa percentuale è arrivata al 24%. Il Dottor Limonta ha anche evidenziato la mancanza nel sistema sanitario locale della provincia di Piacenza di una Comunità Educativa-Integrata di Prossimità, in cui i ragazzi dimessi dal ricovero ospedaliero intensivo, possono essere accolti non come pazienti ma come individui con specifici bisogni educativi e affettivi da soddisfare. Questa struttura ha l'obiettivo di occuparsi sia della terapia sia della inclusione sociale. L'unica Comunità presente sul territorio di Piacenza, che si avvicina di più a questa realtà, è Khora, una Comunità Educativa Integrata gestita dalla Cooperativa Kairos Servizi Educativi. L'obiettivo del Dottor Limonta e della coordinatrice della struttura, la Dottoressa Paola Gemmi, è quello di trasformare Khora in una vera e propria Comunità Educativa-Integrata di Prossimità per andare a colmare quella lacuna del sistema sanitario locale.

Per questo motivo l'obiettivo del mio elaborato è andare a illustrare le difficoltà legate alla gestione e alla presa in carico dei minori con disturbi mentali e la necessità di creare realtà, come le Comunità Educative-Integrate di Prossimità, luoghi in cui ci si allontana dall'istituzionalizzazione ospedaliera per arrivare a una realtà di tipo familiare basata su un chiaro modello pedagogico.

Nel primo capitolo viene trattato l'argomento del Disturbo Mentale, cercando di darne definizione univoca, mettendo insieme sia il punto di vista medico sia quello psicologico. Vengono inoltre citati gli strumenti universali che utilizzano i clinici per la diagnosi, quali il DSM, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, e l'ICD,

International Classification of Diseases. Questi strumenti forniscono una definizione dettagliata dei disturbi mentali attraverso la loro classificazione.

Nel secondo capitolo viene approfondito l'argomento del Disturbo Mentale nei minori, partendo dalla definizione di minore nell'ordinamento giuridico e nel ciclo vitale. Per gli psicologi del ciclo vitale la minore età è quella fascia che va dagli 0 ai 18 anni e rappresenta l'età evolutiva, periodo fondamentale perché durante esso si sviluppa l'identità e la personalità. Ci si soffermerà sull'adolescenza, periodo di collegamento tra l'infanzia e l'adolescenza, ricco di crisi e di cambiamenti.

Nel terzo capitolo viene illustrato il passaggio dai manicomi alle comunità educative facendo riferimento alla legge Basaglia e andando a identificare il modello pedagogico che caratterizza le Comunità Educativo-Integrate di Prossimità. Verrà, inoltre, illustrato il grado di diffusione dei disturbi psicopatologici nei ragazzi della provincia di Piacenza.

Nel quarto, e ultimo capitolo, viene presentata l'esperienza concreta della Comunità Educativa Integrata Khora partendo dal suo progetto iniziale fino ad arrivare a quello nuovo, diventare la prima Comunità Educativa-Integrata di Prossimità della provincia di Piacenza.

## Capitolo 1

### 1. I DISTURBI MENTALI

#### 1.1 DEFINIZIONE

I disturbi mentali, in psicologia o in psichiatria, vengono definiti come una condizione patologica che colpisce la sfera comportamentale, relazionale, affettiva o cognitiva causando delle problematiche legate all'interazione socio-lavorativa e/o una sofferenza personale soggettiva.

Se questa condizione patologica diventa particolarmente importante, causando un comportamento disattivo e durevole nel tempo, si parla di malattia mentale. Quando siamo in presenza di alterazioni psicologiche e/o comportamentali relative alla personalità dell'individuo, che causano un inadeguato sviluppo psichico dello stesso, risulta complicato dare una definizione univoca e condivisibile alla malattia mentale. Questa difficoltà è data dalla varietà di termini che vengono utilizzati per riferirsi ad essa, sia nel linguaggio scientifico sia in quello corrente. In passato, molto spesso, parlando di malattia mentale si è fatto riferimento anche al concetto di devianza che Galimberti intende come «comportamento che si allontana in modo più o meno pronunciato dai modelli sociali dominanti.»<sup>1</sup>

Tutte le società definiscono, in base al momento storico in cui stanno vivendo, i valori e i comportamenti a cui gli individui devono adattarsi, uniformarsi, tollerando solo alcuni allontanamenti, devianze.

Proprio perché il concetto di malattia mentale è difficile da spiegare si può provare a partire dal concetto opposto, quello di salute mentale. Per spiegarlo si può far riferimento alla definizione data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che recita: «Stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità».<sup>2</sup> Questo benessere può essere inteso come un atteggiamento creativo e produttivo verso la vita, quindi il disturbo psichico è sicuramente una condizione in cui questo stato viene meno. Come scrive Piccione «la salute mentale non

---

<sup>1</sup> U. Galimberti, *La casa di Psiche. Dalla psicoanalisi alla pratica filosofica*. Feltrinelli, Milano, 2006.

<sup>2</sup> Carta costituzionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS, Ginevra, 1948.

è tanto una condizione fissa nella vita dell'individuo quanto piuttosto un fluire dinamico di condizioni in cui esso si trova nel corso della propria esistenza".<sup>3</sup> Sempre secondo Piccione si possono individuare quattro condizioni psichiche:

1. Benessere mentale: buon livello di soddisfacimento dei bisogni e una soddisfacente qualità della vita;
2. Disagio mentale: sofferenza che ogni individuo può provare durante la sua esistenza;
3. Disturbo mentale: condizione in cui la sofferenza si manifesta attraverso sintomi psichiatrici;
4. Disturbo mentale stabilizzato: condizione in cui il disturbo mentale si stabilizza sia a causa di fattori intrinseci alla malattia sia fattori di natura ambientale.

Possiamo quindi considerare il disturbo mentale come lo definisce Piccione «condizione di intensa sofferenza psichica associata a specifici sintomi psichiatrici».<sup>4</sup>

Il disturbo mentale viene sottoposto ad attenzione e cura, non semplicemente perché la persona con disturbo è diversa da una presunta normalità, ma perché questo individuo «soffre situazioni di stress, di disabilità, cioè difficoltà di inserimento sociale e di auto-realizzazione o in certi casi rischio di danno fisico e materiale.»<sup>5</sup>

Le malattie mentali possono essere interpretate in maniera diversa a seconda che si faccia riferimento al punto di vista medico o a quello psicologico.

### 1.1.1 *Punto di vista medico*

Tra i primi riformatori che considerano la follia una malattia come le altre dobbiamo ricordare il francese Philippe Pinel (1745-1826). Secondo lo studioso la follia in quanto malattia poteva essere trattata e curata. Per Pinel la terapia consisteva nel sollevare il morale ai pazienti, parlando con loro. Successivamente si diffuse la convinzione che anche i disturbi psichici avessero delle cause fisiche quindi si iniziò la ricerca di terapie mediche. Di conseguenza si diffuse la pratica secondo la quale la malattia mentale dovesse essere diagnosticata in base ai sintomi che presentava e curata con una terapia, che poteva prevedere anche il ricovero in un istituto ospedaliero psichiatrico. Questa

---

<sup>3</sup> R. Piccione, *Manuale di psichiatria. Teoria e pratica della salute mentale nel servizio pubblico*, Bulzoni, Milano 1995.

<sup>4</sup> *Ibidem*.

<sup>5</sup> M. Biondi (a cura di), *DSM-V. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Cortina Raffaello, Milano, 2014.

modalità di intervento, che viene definita come modello medico, ha contribuito ad alcune riforme per la cura del malato.

Questo modello ha sollevato numerose critiche soprattutto da parte dello studioso Thomas Szasz, a partire dal suo libro *Il mito della malattia mentale* del 1961, ha sostenuto che i disturbi mentali, i problemi del vivere, come li definisce lo studioso stesso, non sono malattie come il cancro. Egli ritiene che le malattie mentali siano definite dal contesto sociale in cui si sviluppano e pertanto sostiene che il clinico abbia raggiunto un ruolo troppo importante nella società moderna quasi da poter essere considerato rischioso.

Nonostante le critiche mosse nei confronti del modello medico, esso ha posto le basi per alcune scoperte riguardanti la depressione e la schizofrenia, secondo le quali potrebbero essere curate con terapie mediche e farmacologiche.

#### 1.1.2 *Il punto di vista psicologico*

Gli psicologi di indirizzo psicoanalitico, ritengono che le malattie mentali siano determinate da cause di origine sia psichica sia fisica che possono essere diagnosticate e curate.

Altri invece sostengono che il concetto di malattia sia privo di significato. Secondo essi tutti i comportamenti hanno origine dall'interazione di fattori genetici e fisiologici con le esperienze passate e presenti. Dire che una persona sia malata di mente significa attribuire a questa condizione un problema interno, una malattia che deve essere individuata e curata, mentre è più probabile che sia una difficoltà legata al processo di crescita, alla capacità di interpretare gli eventi oppure legata a cattive abitudini o carenze di capacità sociali.

Come si evince da quanto sopra esposto rimane molto complessa la definizione di malattia mentale, proprio per le sue implicazioni di carattere fisiologico, ambientale e psicologico; pertanto i clinici hanno manifestato l'esigenza di affidarsi a degli strumenti obiettivi e uniformati a cui riferirsi per stendere le loro diagnosi. A questo scopo si utilizzano due strumenti, universalmente riconosciuti, che sono nello specifico il DSM e l'ICD.



## 1.2 CLASSIFICAZIONI INTERNAZIONALI

Per poter studiare in maniere approfondita i fenomeni bisogna creare un sistema in grado di identificare e raggruppare gli eventi. Quando si parla di salute mentale questo tipo di sistema è rappresentato del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM). Questo strumento «ha lo scopo di fornire una struttura organizzativa per classificare le informazioni cliniche descrittive sia introspettive sia biologiche o sociali».<sup>6</sup> Esso comprende una classificazione dettagliata di tutti i disturbi mentali riconosciuti.

Le categorie diagnostiche inserite nel DSM tentano di fornire una descrizione dettagliata, concreta e sistematica delle patologie così come possono essere riscontrate dalla realtà pratica. Per aumentare questa capacità descrittiva molto spesso sono state introdotte delle liste di sintomi e indicazioni utili per la diagnosi. Vengono così fissati dei criteri per poter aiutare chi si occupa delle diagnosi nell'effettuare un'analisi valida e affidabile.

Nel DSM non viene utilizzata la parola malattia ma si parla di Disturbo, inteso come «una sindrome comportamentale o psicologica clinicamente significativa ricondotta ad una presupposta disfunzione psicologica o biologica.»<sup>7</sup> In questo caso intendiamo per sindrome «un insieme di sintomi caratteristici e ricorrenti, associati in maniera costante e tipica».<sup>8</sup> Questo termine non deve essere confuso con la parola malattia, per la quale si intende «alterazione dell'organismo di cui conosciamo la causa, il modo in cui questa agisce sull'organismo, la sua evoluzione tipica ed eventualmente la possibilità di una terapia.»<sup>9</sup>

Possiamo parlare di sindrome quando siamo di fronte a una situazione in cui non conosciamo le cause e come agisce nell'organismo. Quindi possiamo utilizzare questo termine per i disturbi mentali in quanto non siamo ancora del tutto in grado di affermare con certezza quale possa essere la causa di un disturbo mentale. Inoltre la sindrome presenta sintomi non esclusivamente di ordine fisico ma soprattutto comportamentale o

---

<sup>6</sup> M. Biondi (a cura di), *DSM-V. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Cortina Raffaello, Milano, 2014.

<sup>7</sup> *Ibidem*.

<sup>8</sup> *Ibidem*.

<sup>9</sup> *Ibidem*.

psicologico che vanno ad agire sulla sfera affettiva, cognitiva e sulle funzioni cerebrali superiori, come ad esempio la memoria e l'apprendimento.

Quando si dice " clinicamente significativa" si intende una condizione di una certa importanza e di un certo peso, qualcosa di intensità maggiore rispetto alla norma.

Il presupposto su cui si basa il DSM è che i disturbi psichici «si manifestino con un set caratteristico di segni, sintomi e comportamenti, che abbiano un andamento prevedibile e talvolta una familiarità».<sup>10</sup>

L'obiettivo principale di questo strumento è fornire una classificazione dei disturbi e le disfunzioni correlate basata su categorie diagnostiche definite.

Nel DSM possiamo trovare per ogni disturbo una breve descrizione e una serie di item che rappresentano i criteri per diagnosticarlo.

Lo scopo del DSM è quello di identificare delle categorie diagnostiche per consentire ai clinici e ai ricercatori di definire, comunicare, studiare e curare le persone affette dai diversi disturbi mentali.

È impossibile fare una classificazione diagnostica che preveda tutte le situazioni possibili, per questo motivo vi è almeno una categoria "non altrimenti specificata" per ogni classe diagnostica.

La prima edizione, DSM-I, è stata pubblicata nel 1952, seguita poi da diverse ristampe ed edizioni fino ad arrivare a quella più recente, DSM-5 pubblicata in America nel 2013 e in Italia nel 2014.

A partire dall'edizione DSM-IV-TR la struttura del manuale segue un sistema multiassiale, dividendo i disturbi mentali in cinque assi così suddivisi:

- ASSE I: disturbi clinici, di carattere temporaneo o comunque non "strutturale" e altre alterazioni significative agli occhi dei clinici;
- ASSE II: disturbi di personalità e ritardo mentale, essi sono disturbi stabili, strutturali e difficilmente restituibili a una condizione "pre-morbosa"; possono essere accompagnati a un disturbo di Asse I, a cui fanno da contesto. In questo asse sono presenti dei sottoparagrafi corrispondenti ai diversi disturbi di personalità;
- ASSE III: condizioni mediche acute e disordini fisici;
- ASSE IV: condizioni psicosociali e ambientali che contribuiscono al disordine;
- ASSE V: valutazioni globali del funzionamento;

---

<sup>10</sup> M. Biondi (a cura di), *DSM-V. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Cortina Raffaello, Milano, 2014.

Ognuno degli assi si riferisce ad un diverso campo di informazione che può aiutare chi fa la diagnosi a identificare il disturbo e pianificare il trattamento.

L'utilizzo di questo sistema multiassiale facilita la valutazione dei vari disturbi mentali tenendo in considerazione anche le condizioni mediche, problemi ambientali e psicosociali che potrebbero essere trascurati se si rimanesse concentrati solo su un singolo problema.

#### *ASSE I Disturbi clinici, altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica*

- Disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza (escluso il ritardo mentale in quanto viene diagnosticato nell'asse II)
- Delirium, demenza e disturbi amnistici e altri disturbi cognitivi;
- Disturbi mentali dovuti ad una condizione medica generale;
- Disturbi correlati a sostanze;
- Schizofrenia ed altri disturbi psicotici;
- Disturbi dell'umore
- Disturbi d'ansia
- Disturbi somatoformi
- Disturbi fittizi
- Disturbi dissociativi
- Disturbi sessuali e dell'identità di genere
- Disturbi dell'alimentazione
- Disturbi del sonno
- Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove
- Disturbi dell'adattamento;
- Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica

#### *ASSE II Disturbi di personalità, ritardo mentale*

- Disturbo paranoide di personalità
- Disturbo schizoide di personalità
- Disturbo schizotipico di personalità
- Disturbo antisociale di personalità

- Disturbo borderline di personalità
- Disturbo istrionico di personalità
- Disturbo narcisistico di personalità
- Disturbo evitante di personalità
- Disturbo dipendente di personalità
- Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità
- Disturbo di personalità non altrimenti specificato
- Ritardo mentale

### *ASSE III Condizioni mediche generali*

In questa sezione vengono riportate le condizioni mediche generali rilevanti per la comprensione o il trattamento del disturbo mentale.

I disturbi mentali e le condizioni mediche possono essere collegate tra di loro in molti modi. In alcuni casi la condizione medica è strettamente correlata allo sviluppo o il peggioramento dei sintomi mentali, questo è considerato come effetto fisiologico. Se il disturbo mentale è una conseguenza fisiologica diretta di una condizione medica allora si dovrebbe diagnosticare un disturbo mentale dovuto ad una condizione medica generale sull'Asse I, invece nell'Asse I e III la condizione medica.

In altri casi invece le condizioni mediche generali sono registrate nell'asse III perché hanno un'importanza tale da compromettere globalmente il trattamento dell'individuo con il disturbo mentale. La condizione medica generale di Asse III può essere una reazione psicologica ad un disturbo di Asse I. Alcune condizioni mediche non sono collegate direttamente al disturbo mentale.

- Alcune malattie infettive o parassitarie
- Neoplasie
- Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche
- Malattie del sistema nervoso
- Malattie dell'occhio e annessi
- Malattie dell'orecchio e del processo mastoideo
- Malattie del sistema circolatorio
- Malattie del sistema respiratorio
- Malattie della pelle del tessuto sottocutaneo

- Malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
- Malattie del sistema genito-urinario
- Gravidanza, parto e puerperio
- Alcune condizioni che si manifestano nel periodo perinatale
- Malformazioni congenite, deformazioni e anomalie cromosomiche
- Sintomi, segni e anomalie croniche e labirintiche non classificati altrove
- Lesioni, avvelenamenti e altri effetti di agenti esterni
- Cause esterne di mortalità
- Fattori influenzanti lo stato di salute e il contatto con i servizi sanitari.

#### *ASSE IV problemi psicosociali ed ambientali*

In questa parte vengono riportati i problemi psicosociali ed ambientali che possono influenzare la diagnosi, il trattamento e la prognosi dei disturbi mentali. Questi tipi di problemi possono essere collegati a eventi vitali negativi, difficoltà, stress familiare, inadeguatezza del supporto sociale o delle risorse personali, altri problemi legate al contesto. Vengono presi in considerazione anche gli eventi stressanti positivi qualora causino o costituiscano un problema, ad esempio nel caso in cui la persona abbia difficoltà ad adattarsi alla nuova situazione. In alcuni casi i problemi psicosociali possono essere conseguenza della psicopatologia e devono essere considerati nel piano generale del trattamento.

- Problemi con il gruppo di supporto principale
- Problemi legati all'ambiente sociale
- Problemi di istruzione
- Problemi lavorativi
- Problemi abitativi
- Problemi economici
- Problemi di accesso ai servizi sanitari
- Problemi legati all'interazione con il sistema legale/criminalità
- Altri problemi psicosociali e ambientali

### *ASSE V Valutazione globale del funzionamento*

Nell'Asse V viene riportato il giudizio del clinico sul livello di funzionamento globale. Tutte le informazioni riportate in questa sezione sono utili per il trattamento dell'individuo con disturbo mentale. Il funzionamento globale viene riportato nell'Asse V tramite lo strumento della scala per la valutazione globale del funzionamento (VGF). Questa valutazione è utile per tenere monitorati i progressi clinici degli individui. La VGF deve essere utilizzata solo per quanto riguarda il funzionamento psicologico, sociale e lavorativo.

Questa scala è divisa in dieci ambiti di funzionamento. La descrizione dei dieci livelli prevede due componenti: la gravità del sintomo e il funzionamento.

Il punteggio del VGF viene determinato attraverso quattro fasi:

1. Valutazione di ciascun ambito verificando se “la gravità dei sintomi o il livello di funzionamento dell'individuo siano più gravi di quello indicato dalla descrizione di quell'ambito”.
2. Facendo riferimento alla scala partire dal basso di essa fino all'ambito che meglio si adatta alla gravità dei sintomi o al livello di funzionamento dell'individuo, considerando il peggiore.
3. Partendo dal livello immediatamente più basso di quello scelto nella fase 2, se questo è troppo grave, rispetto alla situazione, sia per gravità di sintomi sia per livello di funzionamento allora vuol dire di aver inquadrato il disturbo nel livello giusto.
4. Valutazione del funzionamento dell'individuo secondo un punteggio da zero a dieci, in questo modo si determina il punteggio specifico del VGF.

Un altro strumento utilizzato per la valutazione è l'ICD, International Classification of Diseases, che affonda le sue radici nella psichiatria europea. Questo non fornisce una classificazione solo dei disturbi mentali ma di tutte le malattie riconosciute dall'OMS come empiricamente fondate.

Nelle istituzioni pubbliche tutti gli strumenti di relazione sono basati sulla codificazione dell'ultima edizione l'ICD-10 pubblicata nel 1992.

L'ICD è uno standard di classificazione per gli studi statistici ed epistemologici. L'ICD-10 è composto da ventidue capitoli in cui vengono classificati le diverse malattie e problemi correlati riconosciute dall'OMS.

La metodologia di classificazione dell'ICD-10 consiste nel sviluppare diversi gruppi di malattie e problemi correlati alla salute, quindi viene fatta una distinzione tra la classificazione principale, propriamente detta, e la rete di classificazioni satellite, relativa ad aspetti specifici.

A ogni malattia viene associato un codice alfanumerico, la lettera, posta per prima, costituisce il gruppo di appartenenza del disturbo.

Questo codice viene utilizzato per identificare le malattie nelle relazioni degli istituzioni pubbliche, per questo motivo l'ICD non è uno strumento che utilizza solo il clinico ma deve saperlo usare e conoscere anche l'educatore o l'insegnante così da essere in grado di leggere e interpretare le relazioni e poter costruire un piano educativo individualizzato, tenendo presente la condizione in cui si trova il ragazzo.

Per integrare l'ICD, la cui attenzione è sulla patologia, l'OMS ha elaborato una "Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap" (ICIDH) con lo scopo di fornire uno sguardo anche sulle conseguenze.

L'ICIDH non si sofferma sulle cause della patologia ma sul ruolo che svolge il contesto e l'ambiente sullo stato di salute della popolazione. Con l'ICIDH non si parte dal concetto di malattia inteso come menomazione ma da quello di salute, intesa come stato di benessere fisico, mentale, relazionale e sociale dell'individuo. L'OMS dichiara l'importanza di utilizzare, in maniera complementare, l'ICD e ICIDH come strumenti di analisi approfondita favorendo la comprensione della condizione di salute dell'individuo.

L'ICIDH è caratterizzato da tre componenti fondamentali, che vengono utilizzate per analizzare e valutare le conseguenze della malattia. Queste componenti sono:

- Menomazione cioè un danno organico e/o funzionale;
- Disabilità cioè la perdita di capacità operative causate dalla presenza di una menomazione;
- Svantaggio (Handicap) cioè lo svantaggio che l'individuo trova nell'ambiente circostante a causa della menomazione.

La prima edizione dell'ICIDH è stata elaborata nel 1980 ed è stata valida fino al 1999, anno in cui l'OMS ha elaborato una nuova classificazione con il titolo "Classificazione Internazionale del funzionamento e delle disabilità"(ICIDH-2). Questo strumento è il primo passo per la creazione dell'ultima classificazione, fatta nel 2001 e prende il nome di "Classificazione Internazionale del funzionamento, disabilità e salute" (ICF, 2001).

Questo strumento ha permesso di diffondere una nuova interpretazione dello stato di salute di una persona, parlando in positivo di funzioni, strutture, attività e partecipazione anziché impedimenti, disabilità e handicap.

L'ICF non vuole descrivere "ciò che non funziona" ma cerca di porre l'attenzione sulle possibili abilità, funzioni che comunque caratterizzano qualsiasi persona. Queste capacità e abilità si estendono anche alla partecipazione alla vita sociale. Il contesto sociale e fisico è fondamentale per la valutazione e influenza in modo diretto il funzionamento della persona. L'ICF afferma il principio che nessuna valutazione dell'individuo è significativa se non viene specificato in quale contesto viene effettuata. La disabilità non deve essere considerata come una caratteristica della persona ma piuttosto come l'interazione di una condizione di salute e un ambiente sfavorevole.

Nell'ottobre 2007 l'OMS ha pubblicato un'ulteriore Classificazione del Funzionamento, della Disabilità e della Salute nella versione per bambini e adolescenti (ICF-CY). La crescita e lo sviluppo del bambino sono i temi centrali di questo adattamento. In questa classificazione vengono definite le componenti del benessere, che nell'età evolutiva non sono solo le funzioni mentali di memoria, attenzione ma anche gli aspetti fisiologici e strutturali della crescita e dello sviluppo. Questo è un utile strumento non solo per il clinico ma anche per l'educatore e tutte le alte figure che lavorano con i bambini e gli adolescenti, mettendoli in grado di descrivere un determinato comportamento del soggetto e promuovere la sua crescita e salute.



## Capitolo 2

### 2. DISTURBI MENTALI NEGLI ADOLESCENTI

#### 2.1 IL MINORE

Per poter parlare dei disturbi mentali nei minori è opportuno dare una definizione al termine “minore”.

Se facciamo riferimento all’ordinamento italiano, l’art. 2 del codice civile afferma che “il minore è la persona fisica che non ha ancora compiuto il diciottesimo anno di età”.<sup>11</sup> Sempre per l’ordinamento giuridico il minore ha la capacità giuridica ma non la capacità di agire, che raggiunge solo al compimento della maggiore età. Per questo motivo, fino al diciottesimo anno i minori sono sotto la responsabilità dei genitori, o in mancanza, di un tutore nominato dal tribunale. Essi si occupano dell’interesse del minore e la loro volontà si sostituisce alla sua nel compimento degli atti. La legge italiana prevede una tutela nei confronti del minore privo temporaneamente di un ambiente familiare idoneo alla suo sviluppo psico-educativo, affidandolo a una famiglia oppure inserendolo in una comunità educativa o di tipo familiare.

Secondo gli psicologi del ciclo vitale la minore età è quella fascia che va dagli 0 ai 18 anni di vita. Essi suddividono questo periodo in diverse tappe fondamentali per lo sviluppo dell’identità e della personalità.

Uno degli psicologi più importanti del ciclo vitale è Erik Erikson, con la sua “I cicli della vita. Continuità e mutamenti” del 1982, definisce il ciclo vitale come una serie di periodi critici dello sviluppo che prevedono dei conflitti da superare per accedere agli stadi successivi. Gli stadi individuati da Erikson sono otto e vanno dalla nascita alla vecchiaia.

##### 1. Fiducia - sfiducia (0 -1 anni)

In questa fase insorge la necessità del bambino di essere accudito, nutrito. Questo aspetto prevalentemente fisiologico, fa crescere in lui la fiducia basata sull’esperienza e

---

<sup>11</sup> <http://www.treccani.it/enciclopedia/minore-diritto-civile/>

sul soddisfacimento dei suoi bisogni primari. Quando questi vengono soddisfatti nasce nel bambino un senso di fiducia nel mondo e lo riassicura.

## 2. Autonomia - dubbio, vergogna (2-3 anni)

In questo periodo il bambino comincia a differenziare il sé dal non sé, quindi si rende conto che lui e la madre sono due individui distinti. Si sviluppa il principio di differenziazione. In questi anni il bambino acquisisce alcune abilità come la verbalizzazione, la deambulazione, il controllo degli sfinteri. Se il bambino acquisisce il coraggio di allontanarsi dalla base sicura, la madre, per esplorare il mondo circostante, nasce il senso di autonomia, se invece il bambino si sente frustrato o deriso può sviluppare sentimenti come dubbio e vergogna.

## 3. Iniziativa - senso di colpa (4-5 anni)

Lo spirito di iniziativa è collegato all'autonomia sviluppata nello stadio precedente e alla capacità di pianificare e controllare il mondo esterno.

Le azioni che contraddistinguono questo periodo sono spesso vigorose o violente, che possono essere interpretate dai genitori come pericolose. È importante che i genitori vivano con serenità questo periodo di crescita del figlio perché il rischio maggiore per il bambino è lo sviluppo del senso di colpa.

In questo stadio comincia a formarsi il senso di moralità e del dovere. È importante che il bambino sviluppi lo spirito di iniziativa perché i residui di questo conflitto possono rimanere latenti fino ad esprimersi patologicamente in età adulta sotto forma di negoziazione isterica o disturbi psicosomatici.

## 4. Industriosità - senso di inferiorità (6-12 anni)

In questo periodo, grazie all'inizio della scuola, il bambino comincia a confrontarsi con i pari. Vengono sviluppate abilità come il leggere e lo scrivere. Comincia a manifestarsi il senso di competitività, se questo viene in qualche modo bloccato, il bambino può esprimere un senso di inferiorità.

#### 5. Identità - confusione di ruoli (13-18 anni)

Questo periodo coincide con la pubertà e l'adolescenza.

Lo sviluppo dell'identità è ben diverso dai processi di identificazione che avvengono negli stadi precedenti.

Il soggetto riesce a raggiungere una propria identità quando è in grado di selezionare le proprie identificazioni infantili scartandone altre, seguendo le proprie inclinazioni e interessi. L'adolescente rischia di avere una confusione dei ruoli quando la ricerca di identità diventa esasperata assumendo diversi modelli anche in contrasto tra di loro. La formazione dell'identità non consiste soltanto nello sviluppo di un IO autonomo ma anche di un IO sensibile ai propri bisogni e talenti, che gli permetta di inserirsi nell'ambiente in cui vive con ruolo preciso.

Se questo non avviene possono svilupparsi psicosi e psicopatie.

#### 6. Intimità - isolamento (19-25 anni)

In questo periodo il giovane, una volta raggiunta la propria identità, vuole confrontarsi con gli altri. Sviluppa un desiderio di intimità affettiva e di condivisione dell'esperienza. Chi non sviluppa la propria identità nello stadio precedente rischia di sviluppare la tendenza all'isolamento.

#### 7. Generatività - stagnazione (26-40 anni)

In questo periodo l'individuo diventato ormai adulto sente la necessità di creare qualcosa, sia nel lavoro sia nella famiglia. Per generatività non si intende solo mettere al mondo dei figli, ma è anche legata alla creazione di qualcosa di utile con il proprio lavoro, di trasmettere la propria esperienza agli altri. Si sviluppano concetti di produttività e creatività. Questo stadio è un momento fondamentale sia sul piano individuale sia sociale. L'individuo che non riesce a sviluppare questi concetti rischia di sentirsi inutile.

## 8. Integrità dell'Io - disperazione (41 anni in poi)

Questo stadio corrisponde alla vecchiaia, l'individuo riflette sulla propria vita e sulle sue esperienze. Se il senso di integrità è stato raggiunto allora l'anziano affronterà in maniera positiva la paura della morte.<sup>12</sup>

Come abbiamo visto per Erikson l'identità si sviluppa durante tutto il ciclo vitale però i primi stadi sono fondamentali perché uno sviluppo negativo può causare psicosi o psicopatologie nell'età adulta. È per questo che ritengo sia fondamentale aiutare il bambino a superare le diverse fasi della crescita acquisendo la capacità di superare i conflitti interiorizzando le qualità positive di ogni fase.

Con la nascita della teoria psicoanalitica si comincia a osservare e analizzare le esperienze del bambino perché si ritengono determinanti nello sviluppo di psicopatologie nell'adulto.

## 2.2 L'ADOLESCENZA E DISTURBI PSICHIATRICI

Come abbiamo visto l'adolescenza è una fase evolutiva estremamente delicata, nella quale il ragazzo cerca di ridefinire la propria identità mettendo in discussione risorse e difficoltà. L'adolescenza è l'età di passaggio e della trasformazione, che può essere accompagnata da incertezza, insicurezza e fragilità, ma anche la possibilità di definire nuove traiettorie evolutive.

L'adolescenza è caratterizzata da una fortissima spinta fisiologica all'autonomia, in sostanza è risolvere, elaborare, rompere i legami infantili. Rappresenta il tentativo di entrare nell'autonomia dell'adulthood, riuscire a soggettivarsi.

Questo stadio rappresenta il collegamento tra l'infanzia e la giovinezza, in cui il ragazzo comincia a scegliere quali caratteristiche tenere e quali scartare.

È importante che in questa fase i ragazzi siano accompagnati da un adulto di riferimento che li aiuti a prendere decisioni giuste e li accompagni verso l'età adulta e matura. «Se si parte dalla considerazione che i periodi di crisi e di trasformazione adolescenziali sono momenti opportuni per ricercare e sviluppare attitudini e potenzialità, allora la

---

<sup>12</sup> E. H. Erikson, *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*, Armando Editore, Roma, 2003.

sfida per gli adulti diventa quella di trasformare questa fase di crisi in una occasione di pensiero e di costruzione di significati.»<sup>13</sup>

L'adolescenza è il momento in cui tutto subisce un cambiamento e da cui il ragazzo ne esce trasformato. Però può diventare un periodo fertile per il radicarsi di situazioni che potranno evolversi come vere e proprie patologie mentali e comportamentali nell'età adulta.

Il tema della salute mentale negli adolescenti riguarda un'area molto vasta che può assumere diverse sfumature.

Proprio perché l'adolescenza in certo senso può essere considerata una crisi, bisogna «considerare sempre aperta la ridefinizione dei ruoli ed evitare etichettature precise e rischi di cronicizzazione di disagi temporanei».<sup>14</sup>

Questo però non deve impedire la presa in carico tempestiva e adeguata al livello del bisogno del ragazzo.

È proprio in questa fase che si assiste all'esordio di disturbi psichici, il cui andamento successivo e il rischio di cronicizzazione sono strettamente connessi alla risposta che gli adolescenti ottengono dalle strutture e dagli ambienti con cui entrano in contatto.

Occorre fare una distinzione tra i termini disagio e disturbo in quanto il primo può essere considerato un aspetto fisiologico dell'adolescenza, invece il secondo rappresenta la condizione patologica che interferisce con lo sviluppo del ragazzo causando sintomi neurologici, comportamentali, relazionali, cognitivi e affettivi tali da condizionare in modo significativo il funzionamento della persona in diversi contesti e impedendogli di svolgere i compiti evolutivi a lui richiesti. Quindi per porre una diagnosi di disturbo i sintomi e i deficit devono presentarsi superiori a ciò che si ritiene sia collegato al "normale" sviluppo dell'adolescenza. «I disturbi neuropsichici rappresentano quindi una realtà clinica articolata che vede coinvolte molteplici dimensioni della vita del minore di età e che necessita di approfondimenti scientifici aggiornati ai quali far corrispondere opportuni interventi tecnici.»<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> Autorità garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, *La salute mentale degli adolescenti. Documento di studio e di proposta*. Roma, 2017.

<sup>14</sup> Progetto Salus, *Adolescenze e relazioni problematiche. Vademecum per operatori sociali*. Roma, 2011.

<sup>15</sup> Autorità garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, *La salute mentale degli adolescenti. Documento di studio e di proposta*. Roma, 2017.

Chi lavora con adolescenti con disturbi psichici è chiamato a raccogliere i segni di disagio, formulare delle valutazioni diagnostiche e cercare di capire quale significato si nasconde dietro questi comportamenti, andare ad indagare «se sono fatti fisiologici e dovuti a momenti temporali di disagio o se sono indicatori di un disturbo psicopatologico che si sta organizzando e tutto ciò al fine di accogliere l'adolescente e la sua sofferenza per progettare un efficace intervento.»<sup>16</sup>

### 2.3 CENNI DI STORIA DELLA DIAGNOSI DEI DISTURBI DELL'ADOLESCENZA

Come abbiamo visto nel capitolo precedente nella classificazione del DSM-V troviamo nell'Asse I i disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza. Cerchiamo di capire meglio come negli anni gli studiosi sono arrivati alle diagnosi che conosciamo oggi.

Nel campo dello studio scientifico e del trattamento dei disturbi mentali, la psichiatria del bambino risulta essere stata introdotta di recente. Il primo strumento psichiatrico per bambini fu inventata da Binet e utilizzato negli Stati Uniti solo dopo il 1910. Con l'applicazione della teoria psicanalitica si incomincia a pensare che le esperienze infantili influenzano l'insorgenza di psicopatologie nell'adulto. «L'importanza attribuita al significato degli eventi infantili e all'influenza di questi sui disturbi psichiatrici più tardivi ebbe come conseguenza l'interesse per la possibilità di ottenere informazioni direttamente dai bambini.»<sup>17</sup>

Il manuale più importante che fa da capofila è *Psichiatria del bambino* (1935) di Leo Kanner. Questo fu un modello che aiutò a creare maggiore consapevolezza e maggior interesse verso le tipologie di bambini descritte.

Negli ultimi 50 anni sono stati fatti notevoli ampliamenti delle conoscenze sia per quanto riguarda la descrizione del comportamento sia per la documentazione delle tappe dello sviluppo e spiegazione dei processi di cambiamento. Nel campo della psicologia infantile la ricerca più importante «sulle diagnosi e sulle misurazioni moderne è stata

---

<sup>16</sup> Progetto Salus, *Adolescenze e relazioni problematiche. Vademecum per operatori sociali*. Roma, 2011.

<sup>17</sup> V. Caretti, N. Dazzi, R. Rossi (a cura di), *DSM-IV. Guida alla diagnosi dei Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza*, Elsevier, Milano, 2000.

esercitata dai settori della psicofarmacologia in USA e dell'epidemiologia psichiatrica in Gran Bretagna».<sup>18</sup>

La psicofarmacologia pediatrica ha impiegato molto tempo prima di essere utilizzata adeguatamente, nonostante il rilevamento dell'efficacia degli stimolanti utilizzati per il trattamento dei disturbi comportamentali nei bambini. I manuali di psicofarmacologia pediatrica sottolineano l'importanza della diagnosi e della misurazione. «L'obiettivo della classificazione fisiologia delle sindromi sulla base della risposta ai farmaci ha portato a una più accurata definizione delle sindromi nei bambini coinvolti nelle sperimentazioni psicofarmacologiche.»<sup>19</sup>

Le varie ricerche hanno dimostrato che la diagnosi è fondamentale nella psichiatria infantile, per questo motivo a partire dal DSM-III vengono inserite nelle classificazioni anche i disturbi infantili. Questo rappresenta un notevole passo avanti per la psichiatria infantile. Ciononostante rimangono, per molti anni, problemi legati alla classificazione dei disturbi da comportamento dirompente e dei disturbi generalizzati dello sviluppo. Pertanto il National Institute of Mental Health ha finanziato diversi seminari internazionali per superare questi problemi. Un ulteriore passo avanti per la chiarificazione e la definizione è stato fatto dal DSM-IV, fornendo una gran quantità di definizioni operative e di categorie diagnostiche.

Se la diagnosi risulta difficile per i disturbi mentali negli adulti è ancora più complessa nei bambini. In questo ultimo caso nelle procedure di inquadramento clinico bisogna tener conto di fattori specifici riguardanti l'infanzia, la fanciullezza e l'adolescenza che possono influenzare la diagnosi. Per fare una valutazione completa bisogna quindi tener conto di tutti quegli aspetti che appartengono al normale sviluppo, del contesto in cui vive il bambino e del grado di menomazione.

---

<sup>18</sup> V. Caretti, N. Dazzi, R. Rossi (a cura di), *DSM-IV. Guida alla diagnosi dei Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza*, Elsevier, Milano, 2000.

<sup>19</sup> *Ibidem*.

## 2.4 PROBLEMI DI IDENTIFICAZIONE

I disturbi della fanciullezza sono profondamente caratterizzati da considerazioni legate allo sviluppo. Per questo motivo è molto complesso stabilire dove finisce lo sviluppo normale e dove comincia la patologia. Ad esempio «l'ansia da separazione è normale, in linea di massima, tra gli 8 mesi e i 12 anni di età, e tuttavia non va considerata un processo patologico fino all'età di 3 o 4 anni».<sup>20</sup>

Una domanda importante che viene fatta molto spesso dagli studiosi è l'affidabilità e la validità della diagnosi fatta nei bambini in età prescolare. Molti psichiatri sono riluttanti a fare delle diagnosi in età precoce. Alcuni studiosi sostengono che a partire dal DSM-III le diagnosi siano appropriate per i bambini di 3 anni. Alcuni dati dimostrano che l'iperattività e l'aggressività possono essere valutati anche in questa fascia di età con interviste diagnostiche.

Se è complicato fare una diagnosi affidabile e valida nell'età prescolare è ancora più complessa farla negli stadi successivi e soprattutto nell'adolescenza. In questo periodo vi deve essere un'attenzione diagnostica particolare. Ad esempio sono state fatte numerose pubblicazioni per quanto riguarda i problemi di identità nell'adolescenza, essi costituiscono una categoria diagnostica importante e significativa per i servizi sanitari scolastici e universitari. Nel DSM-IV vengono eliminati i disturbi di identità dalla sezione relativa ai disturbi della fanciullezza, ed è stata inserita la categoria problema di identità nella sezione dei codici V. «Molti adolescenti ricoverati, dapprima considerati affetti da Disturbo dell'Identità, verrebbero ora probabilmente considerati affetti da Disturbo dell'Adattamento, dell'Umore o Psicotici.»<sup>21</sup>

A volte la mancanza di dati concreti non permette di approfondire la conoscenza dell'area dei Disturbi di Identità ma anche altre area di psichiatria infantile. Il DSM è sicuramente uno strumento utile in quanto fornisce una descrizione e definizione chiara dei disturbi così da consentire di portare avanti delle ricerche sul campo.

Un altro problema legato alla diagnosi sono le fonti di informazioni. La maggior parte dei ragazzi, che si presentano al clinico sono mandati dai genitori, dalla scuola o dagli ambienti che frequentano. Di conseguenza il clinico deve valutare contemporaneamente

---

<sup>20</sup> V. Caretti, N. Dazzi, R. Rossi (a cura di), *DSM-IV. Guida alla diagnosi dei Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza*, Elsevier, Milano, 2000.

<sup>21</sup> *Ibidem*.



il bambino e le fonti di riferimento. Molto spesso la concordanza tra le diversi fonti è minima. Ad esempio per i problemi, come la depressione, ciò che viene detto dal bambino risulta più affidabile e veritiero rispetto a quanto detto dai genitori e al contrario per problemi legati ai comportamenti di “esternazione” sono più affidabili le valutazioni dei genitori. Questo perché gli «stati soggettivi semplicemente non vengono avvertiti o compresi dai genitori, mentre il bambino può non rendersi conto di essere o sembrare disattento.»<sup>22</sup>

Per aiutare i clinici a superare queste discordanze sono state create delle strategie che tengano in considerazione tutti gli elementi.

«Nei periodi di disagio sociale, familiare o scolastico, il clinico dovrebbe tenere presente la possibilità che il punto su cui concentrare l’attenzione sia rappresentato da un resoconto viziato o dalla debolezza del sistema di supporto del bambino piuttosto che da un disturbo psichiatrico vero e proprio.»<sup>23</sup>

Questo vuol dire che una situazione difficile che coinvolge l’ambiente in cui vive il bambino, ad esempio un particolare situazione scolastica, può risultare menomante per esso. Per questo motivo all’interno del DSM-IV viene inserita la sezione dei codici V in cui vengono descritte tutte quelle situazioni che possono essere fonte di preoccupazione, ma non sono attribuibili a un disturbo mentale.

Un altro particolare problema che può riscontrare il clinico nel fare una diagnosi è legate alla capacità di comunicazione del bambino soprattutto in età prescolare. «Ciò è particolarmente importante quando si tratta di valutare l’espressione dell’umore nei bambini più piccoli. Inoltre risulta difficile ottenere direttamente dal bambino notizie sull’irrequietezza motoria, sui disturbi del pensiero o sui comportamenti bizzarri.»<sup>24</sup>

Quindi in questi casi risulta più efficace trasformare l’intervista del clinico in un gioco, in questo modo le risposte date dal bambino saranno più affidabili e il piccolo paziente farà meno fatica a esprimere il proprio disturbo.

---

<sup>22</sup> V. Caretti, N. Dazzi, R. Rossi (a cura di), *DSM-IV. Guida alla diagnosi dei Disturbi dell’infanzia e dell’adolescenza*, Elsevier, Milano, 2000.

<sup>23</sup> *Ibidem*.

<sup>24</sup> *Ibidem*.

## 2.5 APPORTO PEDAGOGICO

Se l'azione di identificazione dei disturbi è complicata, in quanto di per sé l'adolescenza è una continua crisi, è ancora più complessa l'azione educativa che deve compiere l'educatore con questi soggetti.

L'azione educativa è fondamentale per la riabilitazione dei ragazzi con disturbi psicopatologici.

L'educatore viene chiamato a "stare" nella relazione con l'adolescente, ma molto spesso il suo sguardo è messo da parte nei percorsi di preso in carico e di cura perché considerato marginale rispetto a quello dei clinici. Però l'integrazione di saperi e competenze è fondamentale per creare luoghi terapeutici. La terapeuticità non è data solo dalla presenza di professioni sanitarie, attraverso la somministrazioni di terapie, ma anche dalla capacità di un determinato contesto di contenere, angosce, paure, agiti, violenze, e allo stesso tempo promuovere relazioni, opportunità, consapevolezza e legami. Questo ambiente viene creato grazie alle competenze educative. Questo perché gli educatori "stanno" con i ragazzi quotidianamente traducendo la progettualità terapeutica nel quotidiano. Gli educatori accompagnano l'adolescente per un periodo della sua vita aiutandolo a costruire luoghi di riflessione dove vulnerabilità e fragilità trovano l'opportunità di confronto e di svelamento di significati.

La relazione educativa è una particolare relazione di aiuto, che trova il suo campo privilegiato nell'ambito educativo ma anche in quello terapeutico.

Essa può essere definita come un accompagnamento di durata più o meno lunga, che interviene sullo stile di vita degli individui e mira a condurli all'identificazione del proprio benessere. La relazione educativa mira a dotare l'individuo degli strumenti atti a compiere quel processo di simbolizzazione che permette di compiere dei cambiamenti dell'atteggiamento, comportamento e modi di pensare.

L'educazione è un atto spontaneo, naturale e intenzionale teso a consentire a un individuo di introiettare la cultura del proprio ambiente di vita. L'educazione è il ponte tra l'individuo e la società. L'utilizzo di un approccio intenzionalmente educativo, con adolescenti e soprattutto con ragazzi con disturbi psicopatologici, permette di entrare in relazione favorendo ascolto, condivisione ed empatia e offre modelli di identificazione.

È importante che chi decide di lavorare con gli adolescenti mantenga sempre aperto il dialogo con loro, sia esprimendo il proprio pensiero, a volte anche critico, sia ascoltando i suoi giovani interlocutori.

Molto spesso gli adolescenti non si lasciano “scavare dentro” anzi cercano di mantenere una certa distanza. Compiti dell’educatore è quello di riuscire a costruire una relazione con essi, per aiutarli ad affrontare i disagi, i disturbi dell’adolescenza ed evitare la cronicizzazione della malattia nell’età adulta.

Molto spesso gli adolescenti con disturbi psicopatologici hanno avuto un’infanzia difficile caratterizzata da maltrattamenti e abbandoni. Il ritrovarsi per la prima volta in una relazione “calda”, accogliente, con persone che si occupano di loro, «consente ai ragazzi di tornare indietro, di vivere e agire delle situazioni regressive e infantili.»<sup>25</sup> È per questo che l’educatore deve saper cogliere queste parti infantili per permettere al ragazzo di lasciarsi alle spalle l’infanzia e potersi sperimentare attivamente nell’adolescenza.

In molti operatori è presente una forte spinta riparatrice nei confronti dell’esperienza di vita dei ragazzi che hanno in carico. Questo comporta una profonda identificazione con l’adolescente e i suoi problemi. Altri educatori invece vedono il ragazzo come diverso, distante e questo comporta un’organizzazione con una maggiore enfasi sul controllo. È importante che l’educatore sappia mantenere la giusta distanza per non invischiarsi troppo con l’adolescenza e allo stesso tempo non sia così distante da non riuscire a relazionarsi. La giusta distanza è ciò che permette all’educatore di svolgere il suo lavoro al meglio.

Dell’importanza del ruolo dell’educatore nelle comunità educativo-integrate ne parleremo nel capitolo 3.

---

<sup>25</sup> C. Kaneklin, A. Orsenigo (a cura di), *Il lavoro di comunità. Modalità di intervento con adolescenti in difficoltà*, Carocci, Roma, 1998.

## Capitolo 3

### 3. DAI MANICOMI ALLA COMUNITÀ EDUCATIVA INTEGRATA

#### 3.1 MANICOMI: STRUTTURE DI CURE O DI EMARGINAZIONE?

I manicomi, attualmente conosciuti come ospedali psichiatrici, sono strutture specializzate nella cura dei disturbi mentali.

In passato però erano strutture assai diverse da quelle che conosciamo oggi, in quanto assomigliavano molto di più a prigioni. Dal Medioevo fino al 900 essi non avevano lo scopo di curare o accudire il malato ma di emarginarlo. In passato non si aveva una conoscenza approfondita delle cause dei disturbi mentali quindi l'unica soluzione era la detenzione nel manicomio in quanto questi individui potevano costituire un problema per la loro sicurezza e quella degli altri. L'idea diffusa in passato era che il paziente doveva essere "custodito" più che curato. Nel Medioevo i luoghi di ricovero erano istituti di segregazione, dove i malati ricevevano assistenza ma soprattutto subivano punizioni.

Con l'Illuminismo, periodo in cui si affermano nuove idee e diritti dell'uomo, si diffonde anche la concezione di follia come malattia. Quindi cambia anche la condizione del malato mentale, che non è più paragonato al povero o al criminale ma viene visto come un vero e proprio malato con bisogni di tipo medico. Il manicomio divenne così un luogo di cura e di ricerca medica. Con la Rivoluzione Industriale e l'affermazione di nuove classi sociali, la follia inizia a costituire un vero e proprio problema e aumentano sempre di più le persone emarginate. Di conseguenza vengono costruite sempre più manicomi alle periferie delle città. Alla fine dell'800 in Italia erano presenti su tutto il territorio 124 strutture dedicate all'assistenza psichiatrica di cui 43 pubbliche.

Molto spesso la follia era tutto ciò che si allontanava dalla normalità, quindi venivano considerati folli anche i poveri, gli eretici, individui con sessualità incerta.

La maggior parte delle persone rinchiusi nei manicomi veniva accusata di essere folle da parenti, amici o altre persone. Molto spesso, per paura di essere accusata tutta la famiglia, il malato veniva nascosto invece di essere accudito e assistito.

Solo nel XVIII secolo si comincia a diffondere l'idea che la follia fosse una vera e propria malattia diversa dalle altre devianze, soprattutto grazie alle ricerche del medico francese Philippe Pinel. Nonostante questa nuova concezione i pazienti continuano ad essere reclusi e sottoposti a torture. Solo con la diffusione della psicologia e della psicoanalisi, verso la metà del 900, si comincia ad avere rispetto per il paziente.

In Italia il primo a regolamentare i manicomi fu Giolitti con la legge "disposizione sui manicomi e sugli alienati" del 1904. Il tema principale era il legame tra malattia mentale e pericolosità mantenendo sempre in primo piano la custodia a discapito della cura. Questo si può capire già dalla utilizzo del termine "alienati" nel titolo, il soggetto andava allontanato perché ritenuto pericoloso. Questa legge prevede la realizzazione di una istituzione per ogni provincia, così da garantire la vicinanza con i familiari. Le spese erano, quasi sempre, a carico della provincia. Viene dato anche il potere sovrano al direttore, il quale dopo un periodo di osservazione riferiva l'esito al tribunale e regolamentava le condizioni di ammissione e di dimissione dei pazienti. Una volta ricoverato il paziente perdeva i diritti civili e politici. In sostanza con la legge Giolitti vengono esclusivamente regolamentate le strutture ma senza prestare attenzione alle possibili cure dei pazienti.

Con l'affermarsi della psicoanalisi i disturbi mentali non sono più rilegati solo alla sfera biologica ma anche a quella psicologica. Il malato non è più un individuo da emarginare, allontanare ma una persona bisognosa di cure per guarire. Nonostante la psicoanalisi prima di poter vedere un effettivo cambiamento nella gestione del malato bisognerà aspettare fino agli anni 70.

In Italia bisogna aspettare fino il 1968 per avere una nuova visione degli istituti ospedalieri. Con la legge "Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera" promulgata dall'allora Ministro della Salute Mariotti, i manicomi diventano istituti ospedalieri dotati di personalità giuridica e pubblica, sotto il controllo del Ministero della Sanità. La rete ospedaliera viene riorganizzata e viene, inoltre, abolita la registrazione obbligatoria al casello giudiziario. Per la prima volta nella storia viene data una dignità all'individuo, il quale non viene considerato più come un criminale ma come una persona che deve essere curata e aiutata. Di fatto le idee promosse dalla legge Mariotti rimasero solo sulla carta, per avere un vero cambiamento dobbiamo aspettare il 1978 con legge Basaglia.

Questa legge prende il nome dallo psichiatra veneziano Franco Basaglia, il quale iniziò la sua battaglia nel manicomio di Gorizia, che diresse dal 1961 al 1968, e lo trasformò

in una comunità terapeutica. In questa struttura riscontrò una situazione disumana dove le persone venivano trattate come oggetti, privandoli della dignità umana. Egli affermò: «Dal momento in cui oltrepassa il muro dell'internamento, il malato entra in una nuova dimensione di vuoto emozionale. Viene immesso, cioè, in uno spazio che, originariamente nato per renderlo inoffensivo ed insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito per il completo annientamento della sua individualità, come luogo della sua totale oggettivazione.»<sup>26</sup>

Con la legge 180 del 1978 “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori” si pongono i principi fondamentali per la prevenzione e la riabilitazione. I malati per la prima volta divengono titolari di diritti. Il malato non viene più emarginato dal mondo ma viene aiutato a mantenere i rapporti con l'ambiente anche attraverso attività lavorative, gite, visite guidate e incontri con i parenti. Il malato non deve essere più relegato ai margini della società, e ogni forma di contenzione fisica e le pratiche violente eliminate.

Basaglia sottolinea l'importanza della relazione tra medico e paziente, quest'ultimo non ha bisogno solo di cure ma anche di costruire una relazione con chi lo cura. Come affermava egli stesso: «il paziente se trattato come un uomo, non presentava più una malattia ma una crisi, vitale, sociale, esistenziale, familiare che diventava permanente e definitiva con la chiusura in un manicomio.»<sup>27</sup>

La legge 180 sancisce una nuova concezione del malato e segna l'inizio di un nuovo scenario sanitario e sociale. Non mancarono per carenze dal punto di vista finanziario e organizzativo. Per questo venne approvato il Progetto Obiettivo 1994-1996, i cui punti fondamentali erano:

- la costituzione in tutte le Unità Sanitarie locali di una rete di strutture territoriali psichiatriche, residenziali, semiresidenziali e di strutture ospedaliere;
- l'aumento e la diversificazione delle competenze professionali degli operatori;
- il definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico adottando precise e concrete linee di intervento;

---

<sup>26</sup> F. Basaglia, *Scritti I*, Einaudi, Torino, 1981.

<sup>27</sup> *Ibidem*.

- lo sviluppo di una organizzazione del lavoro basata sulla gestione integrata dei diversi servizi psichiatrici e non psichiatrici mediante la strutturazione di un Dipartimento di Salute Mentale che coordini le attività dell'intero settore attraverso la creazione di strutture adeguate.

Il Dipartimento di Salute Mentale è dotato delle seguenti strutture:

- Centro di salute mentale
- servizio psichiatrico di diagnosi e cura
- centro diurno
- day-Hospital
- strutture residenziali

### 3.2 LA COMUNITÀ EDUCATIVA INTEGRATA

La comunità educativa integrata svolge principalmente una funzione ripartiva, di sostegno e di recupero delle competenze e capacità relazionali di minori in situazione di forte disagio. Questo tipo di struttura può accogliere preadolescenti e adolescenti con disturbi psicopatologici che non necessitano di assistenza neuropsichiatria in strutture terapeutiche intensive o post-acuzie. I ragazzi accolti possono presentare difficoltà psicologiche e relazionali e seri problemi di comportamenti legati a traumi e sofferenze, di natura fisica e psicologica, dovuti a violenze subite o assistite. A volte queste difficoltà possono essere collegate a una prolungata permanenza in contesti familiari caratterizzati da dinamiche gravemente disfunzionali che coinvolgono il minore. In altri casi ci sono situazioni di notevole trascuratezza relazionale e materiale determinata da profonde carenze delle competenze personali e genitoriali delle figure parentali che favoriscono l'insorgenza di disturbi psicopatologici.

Le problematiche riscontrate nei ragazzi sono di entità tale da non potere essere superate con i soli interventi ambulatoriali o domiciliare ma tali da richiedere una collocazione residenziale che garantisca lo svolgimento di azioni di supporto educativo e psicologico, di particolare intensità e continuità. Esse sono fortemente integrate con quelle svolte dai servizi territoriali.

La comunità educativa integrata si connota per una forte integrazione delle competenze socio educative con quelle psicologiche. Le attività educative e psicologiche infatti sono strettamente collegate con gli interventi sociali e sanitari svolti in modo fortemente integrato dai servizi territoriali.

Questa struttura può accogliere fino a nove ragazzi di età compresa tra i 6 e i 17 anni.

L'equipe della comunità educativa integrata prevede la presenza esclusiva educatori professionali, cioè in possesso della laurea in Scienze dell'Educazione, e la presenza programmata di uno psicologo, e/o psicoterapeuta.

Il rapporto numerico tra educatori e ragazzi, per le attività durante il giorno e per le attività esterne, non deve essere superiore a 1 a 3, cioè un educatore ogni tre ragazzi. Invece per durante le ore di riposo notturno deve essere garantita la presenza di almeno un educatore e la reperibilità di un ulteriore operatore.

Lo psicologo, psicoterapeuta, assicura una presenza programmata nella struttura attivando interventi di supporto diretto al ragazzo, alla sua esperienza di vita in comunità, alle sue relazioni con le figure genitoriali e con la scuola. Egli svolge anche un'attività di supporto all'équipe educativa nell'analisi delle dinamiche connesse alla relazione educativa e nella definizione e attuazione del progetto individualizzato integrato.

La permanenza nelle comunità educative integrate di prossimità di norma non può durare più di diciotto mesi, al termine dei quali può essere effettuata una rivalutazione del caso per l'analisi della progettazione futura.

Per ogni ragazzo inserito nella comunità viene steso il PEII, Piano Educativo Individualizzato Integrato, dove vengono definiti gli obiettivi da raggiungere con il percorso comunitario. Il PEI è organizzato per aree di intervento e ha lo scopo di tenere sotto controllo costantemente l'evoluzione affettiva e cognitiva dei ragazzi accolti.

Il compito della comunità educativa integrata di prossimità è quello di aiutare il giovane ad assumere una responsabilità più matura riguardo al proprio comportamento. L'educatore deve aiutare il ragazzo a controllare le relazioni tra se stesso e il suo ambiente.

“Una struttura organizzativa dovrebbe fornire confini e limiti sufficientemente flessibili per permettere scambi e interazioni con la comunità più allargata e con le altre organizzazioni, ma allo stesso tempo confini fermi, non eccessivamente permeabili e rilassati, in modo da proteggere la parte interna del sistema e lo spazio dei singoli



individui.”<sup>28</sup> In un certo senso la struttura residenziale ha la necessità di avere sia un’apertura verso il mondo esterno, per essere in contatto con l’ambiente esterno, sia una chiusura per promuovere lo sviluppo e il mantenimento di una cultura interna.

Il compito primario delle comunità educative integrate è quello di dare alloggio a ragazzi problematici e con disturbi psicopatologici per un periodo della propria vita. La comunità diventa luogo, per l’adolescente, di sperimentazione delle difficoltà in cui i conflitti della vita quotidiana vengono affrontati in un ambiente protetto.

L’adolescente porta con sé diversi livelli di problemi, a cui la comunità è chiamata a rispondere:

- il livello più regressivo, il bambino non ancora cresciuto, bisognoso di attenzioni primarie;
- il livello di adolescente “normale”, con problemi affettivi e fisici di tipo “normale”, con i suoi bisogni di definizione di un’identità distinta;
- il livello delinquenziale, di un ragazzo deviante, che ha trasgredito la legge;
- il livello di ragazzo malato, bisognoso di cure e di trattamento.<sup>29</sup>

La capacità della comunità di accogliere e contenere, stimolare gli aspetti sani e creativi dell’adolescente permette al ragazzo di sperimentarsi e provare nuove emozioni, idee e desideri, prendendo consapevolezza che gli adulti e la struttura che li circonda sono in grado di capire e accettare, ma anche di controllare e proibire.

La comunità assolve i suoi compiti attraverso l’azione degli educatori che devono essere formati per svolgere al meglio il loro lavoro con i ragazzi. Per poterlo fare devono essere consapevoli dei propri limiti e in grado di saper interpretare ed elaborare gli effetti dei comportamenti disturbati degli adolescenti su di sé e sul funzionamento organizzativo.

---

<sup>28</sup> C. Kaneklin, A. Orsenigo (a cura di), *Il lavoro di comunità. Modalità di intervento con adolescenti in difficoltà*, Carocci, Roma, 1998.

<sup>29</sup> *Ibidem*.

### 3.3 L'EDUCATORE PROFESSIONALE

La storia della definizione della figura dell'educatore professionale, del suo ruolo e del percorso formativo è stata, in Italia, per molti aspetti lunga e complessa.

Il percorso storico-legislativo che ha portato al riconoscimento di questa figura è stato piuttosto complicato. Solo nel 1998, con il Decreto Ministeriale n. 520, si è giunti a una definizione, disciplinandone la formazione e gli ambiti di lavoro. Già a partire dagli anni Cinquanta questa figura era presente sia in Italia sia in altri paesi europei, con compiti di riabilitazione e di integrazione degli individui psichicamente e fisicamente svantaggiati.

La figura dell'educatore comincia ad affermarsi a partire dagli anni Sessanta-Settanta, momento storico in cui si manifesta un maggiore impegno da parte dei cittadini e dello Stato verso i bisogni delle persone svantaggiate. Questo è un periodo fecondo per le attività pubbliche e private rivolte al disagio sociale, stimolando così la formazione di nuove figure professionali dotati di specifiche competenze socio-educative e socio-riabilitative.

All'inizio degli anni Ottanta, contemporaneamente con la Riforma Sanitaria, l'educatore professionale entra a far parte dell'ambito sanitario. Egli viene previsto come figura dell'équipe psichiatrica quando cominciano a svilupparsi le nozioni e le pratiche di riabilitazione psicosociale. All'inizio l'educatore professionale ha offerto il suo contributo soprattutto in termini animativi, prestando attenzione alle attività di socializzazione, ludiche, ricreative, espressive. Egli ha contribuito enormemente allo sviluppo di una specifica attenzione verso il contesto di tipo sociale e familiare, e nel sostenere il processo di integrazione socio-lavorativa delle persone affette da disturbi psichici.

Nel 2017 è stata approvata, con un emendamento della legge di Bilancio, il Disegno di Legge 2443 "Disciplina delle professioni di educatore professionale socio-pedagogico, educatore professionale socio-sanitario e pedagogo" che regola e tutela la figura di educatore e pedagogo.

### 3.4 COMPETENZE PROFESSIONALI DELL'EDUCATORE

Come abbiamo potuto leggere nei paragrafi precedenti la figura dell'educatore svolge un ruolo importantissimo all'interno delle comunità educative integrate di prossimità in quanto è chiamato a "stare" nella relazione con l'adolescente e dare senso alla sua quotidianità. La domanda che sorge spontanea è quali sono allora le caratteristiche e le competenze che deve possedere l'educatore?

«È facile osservare come il lavoro dell'educatore sia molto ricco e movimentato, e spinga a un forte coinvolgimento personale, ma sia poco definito, diversamente da altri impieghi routinari, guidati o anche costretti da precisi mansionari.»<sup>30</sup> L'educatore di comunità è chiamato a saper fare cose molte diverse tra loro, distanti da altri operatori del settore educativo e socio-sanitario, ad esempio saper cucinare, fare colloqui, stendere relazioni, organizzare la pulizia della casa, far addormentare un ragazzo, ecc.

La professionalità di educatore si caratterizza per il suo essere collettiva, ossia connessa all'équipe, all'ambiente, all'insieme di conoscenze. Per questo si parla di professionalità di un gruppo e non del singolo operatore. Nella comunità l'unità fondamentale da considerare non è costituita dalla coppia ragazzo-adulto, ma da quella ragazzo-educatore, cioè un adulto nel ruolo di educatore. Egli non è un adulto di buona volontà che si è preso in carico adolescenti difficili, ma è un lavoratore assunto da un'organizzazione con uno specifico ruolo, con obiettivi rieducativi.

Perché la professionalità sia collettiva bisogna favorire un'elevata circolazione di informazioni e conoscenze.

L'educatore di comunità deve possedere conoscenze pedagogiche e psicologiche, capacità educative e curative, saperle far interagire tra loro per poter gestire con immediatezza gli incidenti e gli imprevisti, che caratterizzano il lavoro di comunità. L'operatore di comunità deve essere in grado di introdurre delle modificazioni e sospendere le abituali procedure, in base alla situazione che vive con i ragazzi. La professionalità dell'educatore si basa sulla sua capacità di risolvere i problemi più che rimanere ancorato a delle procedure.

La professionalità dell'educatore può essere riassunta in cinque obiettivi:

---

<sup>30</sup> C. Kaneklin, A. Orsenigo (a cura di), *Il lavoro di comunità. Modalità di intervento con adolescenti in difficoltà*, Carocci, Roma, 1998.

- Osservare ed elaborare: per l'educatore è di fondamentale importanza osservare e studiare ciò che accade attorno a lui e in lui. L'équipe ha la necessità di comprendere, metabolizzare e pensare a ciò che succede, per poter rispondere e non solo reagire automaticamente, per poter comunque a posteriori pensare a ciò che è accaduto e che è stato agito.
- Disegnare i confini: definire ed evidenziare i limiti entro cui gli adolescenti possono muoversi, ma anche gli stessi educatori.
- Tutelare i confini: i limiti vanno gestiti e difesi. Gli adolescenti possono mettere alla prova questi confini. La presenza di limiti ben tutelati permette a questi ragazzi di misurarsi con i conflitti in cui la distruttività può essere contenuta.
- Prendersi cura delle esigenze fisiche: quanto maggiori sono le difficoltà di un ragazzo, tanto più è probabile che il canale principale di comunicazione con lui passi non per le parole, ma per il corpo.
- Prendersi cura delle esigenze affettive: si tratta di saper cogliere i movimenti affettivi e cercare di aiutare gli adolescenti a viverli, ad avvicinarli, a trovargli posto.<sup>31</sup>

Per avere una professionalità riconosciuta socialmente le abitudini degli operatori devono essere basate su insieme di conoscenze teoriche e su un processo lavorativo, che siano significative. Il sapere connesso alla professionalità deve essere trasferibile, in modo da essere riproducibile.

Il lavoro in comunità per adolescenti con disturbi psicopatologici si caratterizza per l'alta tensione emotiva presente nell'ambiente e per la complessità dei problemi da gestire. L'educatore deve essere una persona specificatamente motivata a svolgere questo lavoro però non basta per garantire l'efficacia del servizio rieducativo o terapeutico. Sono necessarie azioni volte a consolidare l'impianto organizzativo delle comunità e a sostenere lo sviluppo della professionalità degli operatori. La formazione rappresenta un punto fondamentale in questa ottica, e si propone come supporto alla costruzione della professionalità degli educatori di comunità. In questo senso la formazione deve soddisfare tre obiettivi di carattere generale che deve essere collegati tra di loro:

---

<sup>31</sup> C. Kaneklin, A. Orsenigo (a cura di), *Il lavoro di comunità. Modalità di intervento con adolescenti in difficoltà*, Carocci, Roma, 1998.

1. Sviluppare capacità personali e di gruppo nel riconoscere, elaborare e contenere situazioni fortemente antigene e di notevole tensione.
2. Collocare il lavoro di comunità all'interno di quadri teorici di riferimento.
3. Sostenere la costruzione e il mantenimento di un quadro organizzativo in maniera tale che la comunità sia capace di proteggere ragazzi e operatori.

Il lavoro di comunità è sicuramente un'attività ansiogena e complessa però allo stesso tempo è interessante e vivace. Per questo richiede educatori dotati di una specifica professionalità e formazione. Ciò richiede un investimento organizzativo e individuale, per garantire spazi di riflessione e riprogettazione della pratica lavorativa.

Nella comunità il progetto rieducativo o terapeutico si attua sicuramente attraverso lo scambio di parole con i ragazzi, ma ancora di più attraverso l'agire nella quotidianità.

### 3.5 IL PROCESSO EDUCATIVO-RIABILITATIVO

Le definizioni di riabilitazione sono state molteplici nella storia della salute mentale e sono cambiate di pari passo con l'evoluzione del concetto stesso di psichiatria. Oggi quando si parla di riabilitazione si fa riferimento a un processo che da una parte identifica, previene e riduce le cause della disabilità, come la malattia, la menomazione e lo svantaggio sociale, dall'altra stimola e promuove lo sviluppo di risorse e assunzione di ruoli sociali. La finalità è di aumentare l'autonomia del soggetto e la sua integrazione con il mondo circostante. La riabilitazione è il risultato della fusione di attività sanitarie, e attività sociali.

La figura dell'educatore professionale si colloca in quello spazio "cerniera", dove si incontrano l'aspetto sanitario e l'aspetto sociale. Quindi andrà ad operare nei: Centri di salute mentale, Centri diurni e Strutture residenziali. L'educatore professionale è responsabile del processo educativo-riabilitativo, che consiste nell'insieme di azioni teoriche e pratiche che vengono utilizzate nella relazione con gli utenti. Il lavoro di riabilitazione svolto dall'educatore deve essere fondato su metodo sistematico, che abbia principi e valori, traducibili in un processo strutturato, suddivisibile in fasi, ognuna delle quali con un obiettivo specifico. Questo non vuol dire che la riabilitazione

sia solo una mera applicazione di tecniche, perché i destinatari di queste azioni sono persone con bisogni, speranze, emozioni e paure.

La prima tappa del processo educativo-riabilitativo è la fase dell'accoglienza, in cui sono previsti degli incontri conoscitivi in cui l'educatore effettua una valutazione complessiva del soggetto in difficoltà. In questa fase si gettano le basi per la costruzione della relazione educatore-ragazzo, questo è un momento cruciale e delicato.

La seconda fase è la valutazione, cioè la raccolta e l'organizzazione d'informazioni sul ragazzo mediante l'utilizzo di strumenti specifici. La valutazione prende in considerazione la globalità della persona. In questa fase vengono indagate gli aspetti problematici ma anche le abilità e le risorse del soggetto. Solo attraverso una valutazione attenta è possibile pianificare un intervento educativo-riabilitativo con maggiore probabilità di successo. Uno strumento utilizzato in questa fase è il VADO (Valutazione di Abilità Definizione degli Obiettivi), caratterizzato da una componente valutativa e di pianificazione dell'intervento riabilitativo. Attraverso un'intervista semistrutturata si analizzano ventotto aree che riguardano il funzionamento personale e sociale del soggetto.

Dopo la valutazione, l'educatore è in grado di identificare le necessità educative e riabilitative dell'utente e di inserirle in una scala di priorità. Da qui può essere stilato un progetto individualizzato. Il progetto educativo-riabilitativo è un percorso evolutivo da costruire per e con il soggetto. In questa fase vengono individuati ed esplicitati gli obiettivi, le attività, le metodologie, le strategie, gli indicatori di esito e i tempi di verifica.

La quarta fase è l'attuazione dell'intervento, la riabilitazione interviene su molti aspetti della vita di una persona. La scelta delle attività dipende dalla possibilità e dall'attitudine dell'utente, dall'area in cui si vuole intervenire. È importante che l'educatore sia a conoscenza della opportunità offerte dal territorio, ad esempio le attività ricreative organizzate dal comune o dalla parrocchia. L'educatore non deve dimenticare che queste attività non sono la fine dell'intervento ma il mezzo per raggiungere gli obiettivi educativo-riabilitativi.

L'ultima fase è quella del follow-up cioè la valutazione finale e complessiva del processo educativo-riabilitativo. Qui viene preso in considerazione tutto il processo e si condivide con l'équipe multidisciplinare, vengono evidenziati i punti di forza e di debolezza.

Nel processo educativo-riabilitativo è fondamentale la relazione che si instaura tra l'educatore il ragazzo, ossia la relazione educativa. Viene posto l'accento sulle persone, sul riconoscimento di un soggettività. È una costruzione lenta e delicata che deve trovare fondamenta nella fiducia e rispetto. Il relazionarsi educativo non è solo prestare ascolto, ma anche un processo di interpretazione del detto e non detto, un rispettare i tempi e gli spazi del soggetto.

### 3.6 LA SITUAZIONE NELLA PROVINCIA DI PIACENZA

Durante il seminario “Le comunità per minori: non luoghi o laboratori?” tenutosi dalla facoltà di Scienze della Formazione dell'Università Cattolica del Sacro Cuore Di Piacenza il 27 novembre 2018, è intervenuto il Dottor Limonta, direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche di Piacenza, il quale ha presentato la situazione attuale per quanto riguarda il grado di diffusione dei disturbi psichiatrici nell'età evolutiva, e in particolare modo nell'adolescenza, sul territorio della provincia.

Dai dati raccolti risulta che di tutti i ragazzi che fanno terapia presso gli studi dell'UONPIA, Unità Operativa Neuropsichiatria Psicologia Infanzia Adolescenza, della provincia di Piacenza, il 24% è affetto da disturbi psichiatrici psicopatologici. Essi comprendono disturbi psicologici affettivi-emotivi dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi di disregolazione della condotta e impulsi, disturbi psichiatrici pre-adolescenziali.

Sempre da questa ricerca emerge che dal 2008 al 2017 gli utenti dell'UONPIA sono passati da essere circa 40.000 a quasi 60.000 di cui circa 15.000 nuovi casi in assoluto. Nel periodo 2011/2017 di tutti gli assistiti dal Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche ben il 41,4% sono utenti dell'UONPIA, questo vuol dire quasi la metà.

Se si va a dividere per fasce di età gli utenti, si può notare che i ragazzi tra i 14 e i 17 anni appartengono alla fascia maggiormente coinvolta.

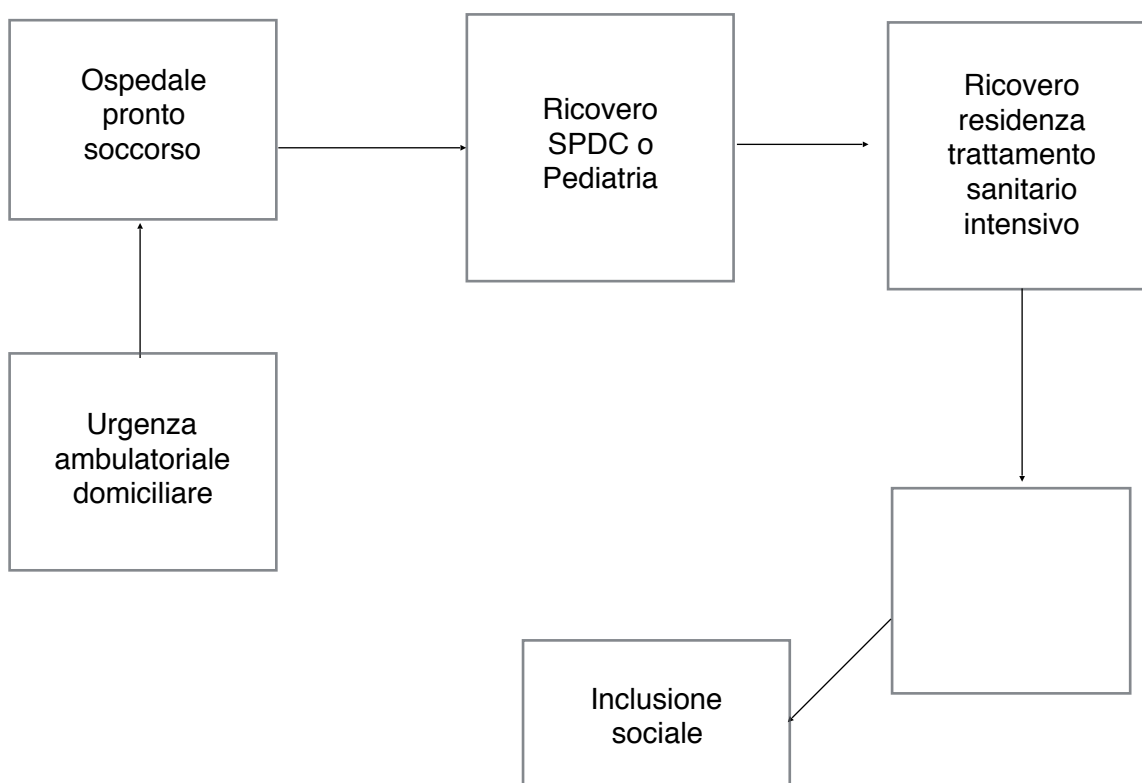
Questi dati dimostrano una chiara crescita dei disturbi psichiatrici nei ragazzi tra i 14 e 17 anni, proprio il periodo dell'adolescenza, momento della crescita complesso e

delicato perché, come abbiamo potuto leggere nel paragrafo precedente, si sviluppa l'identità e la personalità del ragazzo.

Per poter far fronte a questa situazione il sistema educativo-curante -cioè famiglia, scuola e sanità- devono lavorare in collegamento mantenendo ognuno il proprio ruolo.

Il dottor Limonta, nel corso del convegno sopra citato, ha esposto quali dovrebbero essere le linee guida da mettere in gioco per far fronte a questa situazione. Egli propone un modello di presa in carico graduale partendo da una prevenzione universale, primaria, che deve essere fatta sulla popolazione in generale. Il secondo gradino di questo modello è una prevenzione secondaria, detta selettiva, cioè sui gruppi a rischio di sviluppare disturbi psichiatrici. Il passo successivo consiste in una prevenzione indicata, cioè in un'identificazione precoce individuale di stati mentali a rischio, garantendo così una presa in carico tempestiva. A questo punto entra in gioco il sistema sanitario locale che interviene sul fenomeno ricevendo segnalazioni dalla scuola e della famiglia oppure anche dalla sanità attraverso i pediatri o i medici di base. Da queste segnalazioni può avvenire un primo accesso attraverso un'offerta sanitaria di prima linea a bassa intensità. Questa viene fornita dai medici o pediatri di famiglia, consultori familiari, spazio giovani, UONPIA. Se dopo aver usufruito dei servizi di prima linea si afferma una psicopatologia grave, come illustrato dal Dottor Limonta, entra in gioco un'offerta sanitaria specialistica, in cui vengono creati percorsi diagnostici terapeutici assistenziali. Questi tipi di intervento avvengono quando siamo in presenza di esordi Psicotici, gravi depressioni, gravi disturbi di personalità e disturbi del comportamento alimentare. Quindi il percorso delle urgenze clinico-psichiatriche per il territorio della provincia di Piacenza è articolato come illustra il grafico alla pagina seguente.





In questo schema riassuntivo del percorso delle urgenze clinico-psichiatriche si può notare che è rimasto uno spazio vuoto, in quello spazio va inserita l'azione della comunità educativo-integrata di prossimità. Purtroppo questo tipo di comunità non è ancora presente sul territorio della provincia di Piacenza. Questa carenza rappresenta una grave lacuna per il servizio sanitario della provincia, in quanto questi ragazzi una volta uscita dal ricovero sanitario intensivo non hanno la possibilità di essere inseriti in una struttura adeguata che gli possa garantire un'inclusione sociale e un adeguato sviluppo. Questo tipo di struttura si differenzia da quella sanitaria, perché si allontana dall'ambiente ospedaliero per crearne uno di tipo familiare dove il minore non viene trattato da paziente ma da ragazzo mettendo in primo piano i suoi bisogni educativi affettivi.

Questa carenza è messa in luce dal fatto che i 2/3 dei ragazzi ricoverati con un trattamento intensivo dopo circa un mese dalla dimissione fanno un nuovo accesso al pronto soccorso.

L'unica struttura che si avvicina di più alla comunità educativa-integrata di prossimità è Khora una comunità educativa integrata gestita dalla Cooperativa Kairos Servizi

Educativi. Questa è la prima comunità integrata nella provincia di Piacenza e la nona in tutta la regione Emilia-Romagna.

## Capitolo 4

### 4. KHORA: UNA COMUNITÀ DI PROSSIMITÀ

#### 4.1 STORIA E STRUTTURA

La comunità educativa integrata Khora, pensata e creata dalla cooperativa Kairos Servizi Educativi, nasce nel 2017 con l'obiettivo di accogliere minori di età compresa tra i 6 e i 17 anni, provenienti dal territorio cittadino e non, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali (Cost. art. 3), inviati dai Servizi Sociali e/o dalla Neuropsichiatria Psicologia infanzia e adolescenza.

Khora è allo stesso tempo evoluzione e integrazione di K2, la prima comunità educativa aperta da Kairos Servizi Educativi nel 2014.

Khora è una struttura, la prima e unica sul territorio della provincia di Piacenza, che accoglie minori con disturbi psicopatologici, che non necessitano di assistenza di neuropsichiatria in strutture terapeutiche intensive o post-acuzie, ragazzi con rilevanti difficoltà psicologiche e relazionali e seri problemi del comportamento in seguito a traumi fisici e psicologici dovuti a violenze subite o assistite.

La comunità educativa integrata non si rivolge a minori con problemi di dipendenza o con procedure penali a carico.

Come previsto dalle nuove direttive della Regione Emilia-Romagna, Direttiva regionale 196 in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alla responsabilità familiare del 29 dicembre 2011 e succ. modifiche Delibera regionale n. 1106 del 2014, la comunità educativa integrata può ospitare un massimo di 9 minori.

Khora ha come obiettivi l'accoglienza di minori e la progettazione, con l'équipe multi-professionale, di un processo di conoscenza e osservazione del minore nella quotidianità. Altro scopo è quello di stilare un programma di lavoro integrato con i servizi sociali di riferimento e con le agenzie educative del territorio che sono in contatto con i minori inseriti.

Per ogni ospite viene co-costruito un progetto educativo personalizzato e integrato, verificabile con il ragazzo stesso e in collaborazione con i servizi sociali e il servizio di Neuropsichiatria Psicologia infanzia e adolescenza di riferimento.

Come si può leggere dalla carta dei servizi di Khora l'obiettivo principale è di «proporre un luogo sereno dove formulare e realizzare micro-progettualità personali che incidano sulle situazioni di disagio in modo da sperimentare l'assunzione di impegni, con la conseguente gratificazione che derivano dai risultati, la responsabilità, le regole, la capacità di prevedere conseguenze positive o negative delle proprie azioni e infine mediare le proprie aspirazioni con il piano di realtà della propria vita e del gruppo sociale in cui si è inseriti; il tutto commisurato alle possibilità di sviluppo del minore, in considerazione il punto di partenza progettuale della situazione del minore.»<sup>32</sup> Questo vuol dire che la comunità si propone come ambiente sano e protetto per aiutare i ragazzi, con disturbi psicopatologici, a sviluppare un'identità e creare un progetto di vita.

Attualmente l'età media dei ragazzi ospitati dalla Comunità è di 15 anni e tendenzialmente restano in comunità circa per 32 settimane.

Sempre facendo riferimento alla carta dei servizi «i dati di flusso dell'anno, che comprendono tutti i vari transiti, contando sia gli attuali residenti che quelli entrati e usciti negli ultimi dodici mesi, mostrano una netta predominanza di ospiti italiani (quasi 7 su 10), mentre il 33% restante è occupato per 1/3 da ragazzi e ragazze provenienti da paesi UE e per 2/3 da extra comunitari.»<sup>33</sup>

Per ogni ragazzo viene redatto il P.E.I.I. cioè il Progetto Educativo Individualizzato Integrato. Questo strumento viene strutturato dalla coordinatrice della comunità e dall'équipe multi-professionale. Esso viene valutato periodicamente ogni 4 mesi e comunque in momenti di necessità, situazioni particolari o problematiche insorte d'improvviso.

Il P.E.I.I. è uno strumento di straordinaria importanza perché permette di orientare le azioni educative e psico-educative dell'équipe in modo intenzionale e di realizzazione di un percorso educativo e psico-educativo significativo.

Per garantire la partecipazione del ragazzo nel suo percorso comunitario, ed evitare che il progetto sia calato dall'alto, l'équipe educativa condivide con ogni singolo ospite la loro progettualità in modo da promuovere una partecipazione attiva al proprio cammino

---

<sup>32</sup> carta dei servizi

<sup>33</sup> carta dei servizi

di crescita e di maturità, sempre tenendo in considerazione i gradi di consapevolezza e interiorizzazione dei singoli soggetti.

Il P.E.I.I. è diviso in quattro ambiti:

- ambito dell'autonomia;
- ambito relazionale ed emotivo, Io e Io nel Mondo;
- ambito dell'integrazione scolastica, formativa e lavorativa;
- ambito dell'integrazione sociale, extra-scuola e tempo libero. *Allegato 1*<sup>34</sup>

L'équipe multi-professionale è composta da educatori professionali, da educatori con specifiche competenze psicologiche e da un psicologo che attraverso la sua presenza assicura il supporto diretto al ragazzo, alla sua esperienza di vita in comunità e alle sue relazioni con le figure genitoriali.

L'équipe svolge numerosi compiti e mansioni tra cui esaminare le richieste di ammissione, programmare gli interventi educativi o psico-educativi per ogni ospite, costruendo il progetto educativo individualizzato e di vita. Periodicamente l'équipe si rapporta con i servizi sociali di riferimento del singolo minore.

Analizziamo nel concreto tutte le figure dell'équipe multi-professionale e i loro ruoli.

Il *responsabile di comunità* ha la funzione di coordinamento e rappresentanza dell'équipe all'esterno, con il compito di collaborare con lo staff di Direzione di Kairos Servizi Educativi per la definizione dei percorsi da seguire e degli obiettivi da raggiungere; partecipare ai colloqui di assunzione e organizzare l'inserimento e la formazione dei nuovi entrati; collaborare con l'équipe nella referenza dei casi; garantire la stesura del P.E.I.I.; mantenere i rapporti con i servizi sociali invianti e con il servizio di Neuropsichiatria Psicologia infanzia e adolescenza, attraverso incontri periodici per fornire degli aggiornamenti su tutto il percorso di vita dell'ospite; assicurare il rispetto di tutte le norme di sicurezza e di igiene della casa.

Il *coordinatore* sceglie le pratiche educative più idonee in base al progetto da realizzare con la sua équipe, interviene per la gestione delle problematiche pedagogiche e relazioni più importanti, si incontra periodicamente con i servizi mandatarî per verificare il percorso di ogni singolo ragazzo. Inoltre è punto di riferimento per le famiglie,

---

<sup>34</sup> P. Bastianoni, A. Taurino, *La comunità per minori. Modelli di formazione e supervisione clinica*, Carocci Faber, Roma, 2009.

costruendo un dialogo che promuove lo sviluppo e il consolidamento della rete informale.

L'*educatore professionale* ha funzioni educative e di animazione attraverso l'attuazione del progetto educativo individualizzato e del progetto di vita di ogni ragazzo. Inoltre gestisce la comunità e realizza tutte le attività previste dal P.E.I.I. e propone in équipe le eventuali modifiche nel momento in cui alcune strategie non dovessero risultare funzionali agli obiettivi.

Lo *psicologo* ha la funzione di supporto del minore e dell'équipe nelle dinamiche relative alle relazioni educative. Programma la sua presenza in comunità per offrire un sostegno diretto al minore, alle sue esperienze di vita e alle relazioni con le figure genitoriali permettendo così di attuare il progetto educativo individualizzato integrato.

Le *consulenze esterne* possono essere progettate e programmate con figure professionali specialistiche per rispondere al meglio alle esigenze dei minori accolti. Ovviamente ognuno di questi percorsi specialistici deve essere concordato con i servizi inviati.

Le consulenze esterne comprendono anche gli incontri di supervisione che possono essere programmati per aiutare l'équipe pedagogica a monitorare il lavoro effettuato con ogni minore e riflettere sulle modalità più adeguate per la realizzazione degli obiettivi del P.E.I.I.. In questi incontri vengono esaminate le dinamiche relazionali interne dell'équipe e interne alla struttura.

## 4.2 MODELLO PEDAGOGICO

Il modello pedagogico è la base su cui si fonda tutto il lavoro di comunità e rappresenta la bussola dell'équipe educativa.

«Un modello di base che sappia ordinare, sistematizzare tutti questi preziosi elementi che fanno della comunità uno strumento pedagogico di straordinaria importanza.»<sup>35</sup>

Il modello pedagogico su cui si basa la comunità educativa integrata Khora, è il frutto di un approfondimento teorico-tecnico-legislativo concluso con una tesi di dottorato di ricerca svolto dalla Dott.ssa Alessandra Tibollo, fondatrice, insieme alla coordinatrice Dott.ssa Paola Gemmi, della cooperativa Kairos Servizi Educativi.

---

<sup>35</sup> A. Tibollo, *La comunità per minori. Un modello pedagogico*, FrancoAngeli, Milano, 2015.

Questo modello può essere declinato attraverso tre dimensioni: del soggetto, dell'organizzazione e del processo.

La dimensione del soggetto pone le proprie basi nei principi che si riferiscono al minore e al suo sviluppo, al suo accompagnamento verso un cammino di cambiamento e di crescita personale. Questi principi sono la personalizzazione, l'empowerment, l'accompagnamento e la responsabilizzazione.

La dimensione dell'organizzazione sono quei principi che guidano l'organizzazione, che ne costituiscono il modus operandi della struttura e di chi lavora. Principi pedagogici che formano lo spazio in cui i minori vivono e dove si realizza l'azione educativa. Tali principi sono la collaborazione tra i colleghi, la collaborazione tra servizi e la collaborazione con e tra le famiglie.

La dimensione del processo si fonda sui principi che orientano l'azione educativa degli educatori professionali. Questi principi pedagogicamente fondati agiscono direttamente sul modo di lavorare con i minori. Questi principi sono l'intenzionalità e la progettualità, le forme del quotidiano e la valutazione.

Queste tre dimensioni sono fortemente interconnesse tra di loro.

#### 4.2.1 La dimensione del soggetto

##### *La personalizzazione*

L'aspetto che caratterizza la categoria della dimensione del soggetto è quello della personalizzazione. Questa centralità nasce da una duplice necessità, la prima è quella di progettare un intervento educativo il più possibile vicino alle caratteristiche personali del minore, la seconda è quella di rendere l'azione educativa della comunità sempre più capace di "stimolare la persona".

La stessa Dott.ssa Tibollo nella costruzione del modello pedagogico fa riferimento alle parole di Victor Garcia Hoz, il quale sostiene che l'educazione è «un processo di assimilazione culturale e morale al tempo stesso un processo di separazione individuale.»<sup>36</sup>

L'assimilazione deve essere intesa come trasmissione dei saperi, idee, valori che il mondo adulto vuole passare alla nuova generazione.

---

<sup>36</sup> E. Munire (1949), *Le personnalisme*, Coll, Que sais-je?, P.U.F., Paris (trad. it. *Il personalismo*, Eva, Roma, 2004, XXII edizione).

Separazione individuale che deve essere concepita come una scelta personale effettuata dal singolo soggetto, tenendo in considerazione le proprie esperienze e caratteristiche personali che definiscono la propria identità.

Questi principi dovrebbero guidare l'azione dell'educatore per evitare di educare il ragazzo secondo i propri desideri, valori, immagini.

La prima azione educativa che deve compiere l'educatore è quella di osservare, ascoltare e costruire un dialogo che lo porti a entrare in sintonia con il minore, conoscerlo profondamente. Questo modo di operare pone al centro la persona con la propria storia e i suoi bisogni. Quindi la progettazione deve essere singolare e originale per alimentare e motivare il potenziale insito in ogni soggetto. Con i minori in difficoltà, significa aiutarli a fare i conti con la propria storia, spesso fonte di sofferenza.

«L'équipe pedagogica è chiamata quindi ad armonizzare, con sapienza e lungimiranza, i processi quali l'autonomia, la singolarità, l'apertura e i sistemi comunicativi, i quali portano il minore a tessere e a dar forma non solo al proprio qui e ora progettuale, ma a mantenere vivo lo slancio trasformato, volto al futuro, insito a ogni agire educativo.»<sup>37</sup>

Tutto quello che abbiamo detto fino a qui è posto alla base del progetto educativo individualizzato. In questo strumento, costruito per ogni minore accolto, si indicano «modalità, strumenti e procedure di osservazione; obiettivi generali e strumentali e relative attività e interventi per il minore e il suo sviluppo evolutivo; attività e interventi nel contesto e per la sua modifica, in particolare l'ambiente familiare qualora il progetto preveda il rientro a casa; fasi e tempi del progetto educativo con particolare attenzione alle prospettive e al piano delle dimissioni; modalità e procedure di autovalutazione e di valutazione con gli operatori.»<sup>38</sup>

Attraverso il progetto educativo individualizzato si realizza la personalizzazione, entrando così nella relazione tra educatore e minore e diventando azione educativa.

---

<sup>37</sup> A. Tibollo, *La comunità per minori. Un modello pedagogico*, FrancoAngeli, Milano, 2015.

<sup>38</sup> V. Blanc, L. Tosco (2000), "Tra progetto individuale e progetto di comunità: processi e strumenti educativi nelle strutture residenziali per minori", *Animazione sociale*, 6/7 2000.



### *L'empowerment*

In stretto collegamento con il principio della personalizzazione vi è il concetto di Empowerment, inteso come il potenziamento delle risorse della persona.

Per empowerment si intende un «sentimento o uno stato psicologico, cioè la convinzione dell'agente di poter agire e/o di dover agire e/o di essere in grado di agire, sia una strategia operativa, cioè l'accortezza di interagire con l'agente in modo da non minarlo nelle sue convinzioni.»<sup>39</sup>

Nella traduzione pedagogica vuol dire far riferimento a un intervento che fondi il proprio agire educativo sul “condurre” il soggetto verso il riconoscimento, in sé e nella propria situazione, di alcuni elementi positivi, percepiti come reali risorse. L'intervento educativo consiste quindi nel trasformare le risorse in concrete azioni.

«La teoria dell'empowerment intende collegare il benessere individuale al più ampio ambiente sociale e politico e sostiene che le persone hanno bisogno di occasione per divenire attive nel prendere decisioni di comunità in modo da migliorare la propria vita. I singoli partecipanti possono sviluppare un senso di empowerment anche prendono decisioni sbagliate, perché anche in questo modo sviluppano una più profonda comprensione del processo decisionale e fiducia nella possibilità di influenzare le decisioni che interessano la loro vita e lavorano per fare riconoscere i loro interessi.»<sup>40</sup>

### *L'accompagnamento*

L'accompagnamento, spesso implicita nel percorso educativo, è un componente delle dimensioni relative al soggetto. Esso è qualcosa che va oltre alla pura assistenza, quindi non solo un atteggiamento di benevolenza nei confronti del soggetto ma è la ricerca condivisa del bene, cioè diventa lavoro educativo.

«Il lavoro educativo produce il cambiamento, il lavoro assistenziale produce la riproduzione delle condizioni esistenti: il mantenimento dello status quo vitale, solo il soddisfacimento dei bisogni primari».<sup>41</sup> Quindi l'agire educativo è un agire che accompagna il soggetto a vivere il giusto tempo e spazio.

---

<sup>39</sup> A. Tibollo, *La comunità per minori. Un modello pedagogico*, FrancoAngeli, Milano, 2015.

<sup>40</sup> M. A. Zimmerman (1999), “Empowerment e partecipazione della comunità”, *Animazione sociale*, 2/1999, pp. 10-24.

<sup>41</sup> S. Tramma, *L'educatore imperfetto. Senso e complessità del lavoro educativo*, Carocci Faber, Roma, 2009.

Nelle comunità residenziali, vi è il rischio che l'abitudine trasformi l'intenzionalità pedagogica in controllo e assistenza. Però deve essere superata la logica istituzionalizzante, di custodia e contenimento del minore attraverso la distinzione tra il lavoro socio-assistenziale degli istituti e quello educativo delle comunità per minori.

Come sostiene la Dott.ssa Tibollo nella stesura del metodo pedagogico della comunità «accompagnare è attivare un processo nella persona e affiancarsi ad essa, è dare il via e stare accanto, lungo la strada che è costituita da un lavoro educativo che organizza contenuti che verranno elaborati da parte del destinatario e che sono fattore, se adeguatamente scelti, appunto, di modificazioni del proprio modo di rappresentarsi.»<sup>42</sup>

Accompagnare è aver cura di sé e dell'altro. È agevolare la trasformazione e il cambiamento, un'attività educativa finalizzata al risveglio della coscienza e dell'autodeterminazione. Vuol dire anche esserci per l'altro attraverso atteggiamenti che rendono la professione educativa una professione di cura.

### *La responsabilizzazione*

L'educazione alla responsabilità è una delle caratteristiche fondamentali dell'educazione stessa. Il principio di responsabilizzazione si connette con tutti gli altri principi della dimensione del soggetto. Questo concetto è alla base di una concezione più ampia quella di pensare che l'educando non è attore passivo nel processo educativo ma è il soggetto attivo, soltanto un incontro armonico tra le azioni dell'educatore e quelle dell'educando può far scattare l'educazione.

«È proprio attraverso questa dialettica continua fra la responsabilità dell'educazione stessa e la responsabilità come oggetto di mediazione con l'educando, attraverso il mondo stesso di cui egli fa esperienza, che questa parola prende vita come una cosciente risposta di interesse per sé e per l'altro e desiderio di partecipazione alla vita».<sup>43</sup>

Nel percorso di comunità la responsabilità agita è fondamentale perché spinge il ragazzo verso un progressivo cammino di riflessione che lo porta a comprendere che è fautore del senso e proprio per questo responsabile del proprio agire.

---

<sup>42</sup> A. Tibollo, *La comunità per minori. Un modello pedagogico*, FrancoAngeli, Milano, 2015.

<sup>43</sup> *Ibidem*.

#### 4.2.2 La dimensione dell'organizzazione

Nel suo complesso anche l'organizzazione ha bisogno di principi pedagogicamente fondati, perché «la modalità con cui l'organizzazione gestisce il proprio agire influenza enormemente il contesto di riferimento».<sup>44</sup>

##### *La Collaborazione tra i colleghi*

Il lavoro di équipe si contraddistingue per due caratteristiche fondamentali: l'utilità, da cui viene la coerenza nell'azione, e l'originalità, che permette ad ognuno di esprimersi nel proprio ruolo.

L'unità permette di costruire linee educative condivise da tutti e quindi parlare lo stesso linguaggio. Esso richiede anche il confronto, condivisione e supporto continuo tra gli operatori.

Con l'originalità l'educatore riesce ad instaurare relazioni, sia con i minori sia con i suoi colleghi, attraverso la propria peculiare e unica personalità.

Quindi il lavoro di équipe è caratterizzato da due elementi:

- Condivisione degli obiettivi comuni, costruiti attorno alla discussione del progetto educativo complessivo e di quello relativo a ogni singolo minore;
- condivisione dei metodi, pur lasciando spazio a una relazione soggettiva, specifica ed unica che ogni operatore pedagogico intesse con ogni minore.<sup>45</sup>

Nell'organizzazione l'educatore è chiamato non solo ad attivare contatti e favorire il passaggio di informazioni ma anche promuovere una dinamica di rapporti più intesa, avente come obiettivo ultimo la collaborazione per un progetto comune.

##### *La collaborazione tra i servizi*

Nel corso degli anni si è sviluppato il concetto di rete e con esso la collaborazione fra i servizi. L'idea di collaborazione fra i servizi si è affermata sempre di più nel pensiero pedagogico, non solo perché la comunità, via via, ha acquisito la consapevolezza di essere parte dei servizi stessi, ma soprattutto perché la comunità ha capito di non poter agire da sola per l'accompagnamento del minore.

---

<sup>44</sup> A. Tibollo, *La comunità per minori. Un modello pedagogico*, FrancoAngeli, Milano, 2015.

<sup>45</sup> *Ibidem*.

Le principali competenze di chi agisce nella logica della rete sono:

- saper selezionare e costruire i legami della rete;
- attivarsi per saper conoscere attentamente le differenti potenzialità dei diversi operatori;
- saper costruire processi interattivi di scambio e di arricchimento professionale;
- gestire in modo consapevole ed equilibrato lo specifico della propria professionalità;
- porsi come interlocutore attivo e orientato al compito.<sup>46</sup>

In questa direzione il lavoro di rete comporta la compresenza di tre macro-operazioni: pensare in rete, pensarsi in rete, interagire in rete.

Lavorare in rete significa promuovere la partecipazione delle diverse realtà e mobilitare le risorse esistenti per far sì che il soggetto possa esprimersi al meglio. Proprio per questo la comunità per minori è chiamata ad essere il nodo fondamentale della rete, svolgendo la funzione di “mediatrice educativa” fra ciò che si vive dentro e tutto ciò che si vive fuori dalla comunità.

Le istituzioni coinvolte nella rete sono il Tribunale per i Minori e i servizi sociali, oltre una serie di altre competenze professionali, interne ed esterne alla comunità, come ad esempio psicologici di varie istituzioni territoriali, nella grande maggioranza dei casi delle Asl.

### *La collaborazione con e tra le famiglie*

Occorre tenere sempre presente, quando si ricorre all'affido, sia esso in famiglia sia in comunità, l'obiettivo principale rimane quello di realizzare un rientro presso il proprio nucleo, al di là delle difficoltà per la sua concretizzazione.

La famiglia d'origine svolge un ruolo fondamentale nello sviluppo integrale del minore inserito in comunità, perfino quando essa manca completamente; il suo non esserci ha un senso e il minore deve essere aiutato a comprenderlo.

Per questo motivo la comunità è chiamata a tutelare, dove possibile, i rapporti e ancor meglio lo sviluppo del rapporto tra il minore e i suoi genitori.

Occorre strutturare questo accompagnamento su tre punti di riflessione, così da costruire un'azione educativa che possa tradurre in concreto quanto progettato.

---

<sup>46</sup> L. Milani, *Competenza pedagogica e progettualità educativa*, La Scuola, Brescia, 2000.

Il primo punto riguarda la capacità dell'équipe educativa di trasformare «considerazioni generiche relative alla genitorialità in un lavoro tangibile e personalizzato per ogni nucleo familiare».<sup>47</sup>

Nelle situazioni di trascuratezza ci sono comportamenti tangibili che possono essere individuati e comunicati. In altre situazioni ci sono aspetti affettivi-relazionali che prima di tutto devono essere compresi da parte degli educatori e poi essere tradotti in parole per aiutare le persone a vederli.

Il secondo punto prevede la definizioni, all'interno del progetto del ragazzo, piccoli obiettivi di facile realizzazione che la famiglia di origine sia in grado valutarli.

L'ultimo punto prende in considerazione la necessità di lavorare in rete. Bisogna superare la concezione che la comunità si occupa solo del minore e il servizio della famiglia. Tutti e due i servizi devono progettare interventi e competenze diverse, per creare un percorso insieme che prevede come obiettivo ultimo il ritorno del ragazzo nella propria famiglia di origine.

Lavorando in un'ottica di collaborazione si può mostrare ai minori che anche le loro famiglie, con situazioni problematiche alle spalle, possono possedere risorse e competenze e che anche esse sono ben accompagnate e sostenute per iniziare nuovi percorsi e nuove prospettive e la costruzione del futuro.

#### 4.2.3 La dimensione del processo

Anche il processo di costruzione del lavoro in comunità deve essere fondato su principi pedagogici. La scelta di come impostare il lavoro educativo incide in modo diretto e significativo sull'organizzazione del contesto e sulle modalità dell'agire educativo con i minori accolti.

#### *L'intenzionalità e la progettualità*

Intenzionalità e progettualità sono caratteristiche fondamentali che costituiscono l'essenza stessa della pedagogia.

Il termine intenzionalità pedagogica ha una visione duplice in quanto appartiene sia all'orizzonte del soggetto in formazione sia a quello dell'operatore. Con questo concetto

---

<sup>47</sup> A. Tibollo, *La comunità per minori. Un modello pedagogico*, FrancoAngeli, Milano, 2015.

si intende il modo con cui il soggetto, sia educando sia educatore, si rapporta con il mondo.

L'intenzionalità appartiene all'agire pedagogico dell'operatore che non è mai casuale ma conseguenza di scelte, valori e strategie.

Il carattere dell'intenzionalità pedagogica insita nell'educatore si traduce in quattro aspetti fondamentali.

Il primo si muove nella direzione di un «lavorare consapevolmente e propositivamente in ordine agli scopi dell'azione, ai soggetti coinvolti, alla situazione».<sup>48</sup>

L'intenzionalità dell'educatore consiste nel capire cosa chiede l'altro, mettersi in una situazione di autentica comprensione, cioè la disponibilità di condividere attese, desideri, angosce ed entusiasmi.

Il secondo aspetto riguarda il rapporto tra educatore e educando poiché quest'ultimo è anche esso portatore di intenzionalità. L'educazione che segue i criteri di intenzionalità valorizza la relazione con l'altro cioè quello che si realizza nell'immediatezza.

Il terzo aspetto dell'intenzionalità ha a che vedere con la capacità dell'operatore di saper guardare l'intenzionalità dell'altro come una potenzialità da promuovere. Di conseguenza l'operatore pedagogico deve saper essere esempio di intenzionalità al minore.

L'ultimo aspetto è la visione dell'intenzionalità come proposta di valori e di contenuti. La comunità diventa, in quest'ottica, il luogo di contenuti da porre nella relazione con il minore, perché possono essere condivisi, discussi, ridefiniti e assunti.

Al concetto di intenzionalità è collegato quello di progettualità, in quanto la progressiva autonomia dell'educando a pensare per sé e su di sé inizia a formarsi dalla compartecipazione al progetto educativo realizzato dall'équipe con il singolo minore. All'interno della comunità la progettazione prende forma come il costruire uno spazio di vita sensato, verso una continua apertura alla vita e alle sue possibilità. «Progettare è quindi costruire, scegliere una direzione, creare, recuperare un senso poiché sono queste le possibilità che l'uomo, diversamente dagli animali, può realizzare nella propria vita».<sup>49</sup>

---

<sup>48</sup> P. Triani, *Sulle tracce del metodo. Educatore professionale e cultura metodologica*, I.U.S Università Cattolica, Milano, 2002.

<sup>49</sup> A. Tibollo, *La comunità per minori. Un modello pedagogico*, FrancoAngeli, Milano, 2015.

Nel lavoro educativo il progetto diventa il riferimento dell'operatore pedagogico, attraverso il quale può pensare al proprio esserci, alla propria relazione educativa e soprattutto alle proprie azioni. Il progetto diventa per la pedagogia il suo principio fondamentale, anzi rappresenta proprio la sua forma propria e in quanto tale anch'essa soggetta al rischio e al fallimento. «La prassi educativa, pedagogicamente fondata, non è e non deve essere un discorso di verità, ma deve essere il più possibile un discorso progettante che proprio in quanto tale è aperto alla confutazione, ad una revisione e ad un superamento».<sup>50</sup>

### *Le forme del quotidiano*

La quotidianità è il luogo in cui l'educatore può trasformare il suo pensare, il suo progettare in azione.

«La relazione educativa dei genitori, degli insegnanti, degli educatori non si differenzia solo per la qualità dei legami, ma per la differenziazione dei contenuti che entrano in gioco nel processo educativo».<sup>51</sup>

I contenuti vengono quindi dati dal contesto, dalle forme del quotidiano che si creano all'interno della vita di comunità dei ragazzi.

La pedagogia della quotidianità «costituisce il pilastro dell'azione educativa all'interno della struttura residenziale: in effetti, proprio attraverso la condivisione delle tradizionali situazioni della quotidianità è possibile promuovere nel bambino e nell'adolescente nuove abilità cognitive, sviluppare apprendimenti e competenze sociali, accompagnare all'acquisizione del senso di giustizia, della moralità, del rispetto delle regole e dei limiti».<sup>52</sup>

La quotidianità deve essere intesa come spazio e tempo significativo e personalizzato, curato e pensato, mai casuale e ridotto alla mera esecuzione. Uno spazio abitato a cui appartenere e un tempo strutturato, «un mondo vivo e vitale».<sup>53</sup>

---

<sup>50</sup> P. Bertolini, *L'essere pedagogico*, La Nuova Italia, Firenze, 1990.

<sup>51</sup> P. Triani, *I servizi d'aiuto e la relazione educativa: spazi, contesti, metodologie*, FrancoAngeli, Milano, 2011.

<sup>52</sup> S. Miragoli, V. Acquistapace, *Oltre l'istituto: i criteri di qualità dei centri residenziali socio-educativi per minori*, in *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 3/98.

<sup>53</sup> M. Zappa, a cura di, *Rifare comunità, Aprirsi a responsabilità condivise per chiudere davvero gli istituti*, FrancoAngeli, 2008.

Nella vita di comunità il minore è stimolato e sollecitato, quando ciò non avviene, a personalizzare la propria camera e occuparsi della gestione della stessa, a volte aprendo le porte anche ad amici conosciuti al di fuori della struttura.

I minori inseriti in comunità, nella maggior parte dei casi, sembrano mostrare delle fragilità proprio in queste due dimensioni, il tempo e lo spazio.

Il quotidiano, attraverso la sua “normalità”, permette al ragazzo di affrontare tutte quelle situazioni in cui è possibile, attraverso l’aiuto dell’educatore che svolge la funzione di mediatore, cogliere e scoprire le proprie abilità personali e relazionali, che possono essere identificate come *life skills*.

Le *life skills* «sono tutte quelle capacità che servono ad affrontare la vita in modo efficace e positivo, influenzando il modo in cui ognuno si mette in relazione con se stesso e con l’altro, per raggiungere l’obiettivo di un benessere mentale incrementando l’autostima». <sup>54</sup>

Ovviamente le *life skills* devono essere valorizzate per essere comprese dai ragazzi e personalizzate attraverso parole e azioni. Per questo motivo l’educatore, attraverso il suo agire nella quotidianità della comunità, deve aiutare il ragazzo a prendere consapevolezza di queste abilità in modo da interiorizzarle e metterle in pratica nel quotidiano.

### *La valutazione*

Inserire la valutazione nell’insieme dei principi fondati del modello pedagogico della comunità è fondamentale per sottolineare la sua importanza nel lavoro educativo con i minori.

La valutazione è la parte finale del progetto, in base alla scelta del modello progettuale con cui si pianifica l’intervento si assume una particolare logica entro cui inquadrare l’atto valutativo.

Qualsiasi sia il modello progettuale la valutazione non sarà mai del tutto asettica, lontano da ogni coinvolgimento, anche emotivo, dell’educatore. Se così fosse si rischia di privare il senso stesso e ultimo del processo valutativo: «una conoscenza/

---

<sup>54</sup> P. Marmocchi, C. Dall’Aglio, M. Zannini, *Educare le life skills. Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità*, Edizioni Erickson, Trento, 2004.



riconoscenza della realtà della persona, un arricchimento della propria vita, una possibilità di cambiamento».<sup>55</sup>

Non esiste una valutazione totalmente obiettiva, vi sono dei fenomeni, soprattutto quelli legati alla relazione educativa, che si allontanano da una pura rappresentazione matematica della loro natura.

Nel campo educativo esiste una visione valutativa dialogica, che permette di realizzare una valutazione che non misuri e non scomponga i problemi bensì che metta in gioco un'altra categoria concettuale: quella del "valore". Questa visione ha una particolare attenzione ai sentimenti, alle emozioni, agli stati d'animo che il processo valutativo, e in generale al processo educativo, porta con sé sia in chi compie la valutazione sia in chi ne è oggetto.

«La valutazione dialogica è quindi una valutazione intesa come la costruzione, da parte di un operatore pedagogico ed educando, di possibili significati che le azioni realizzate nel processo educativo possono avere, in modo che entrambi gli attori coinvolti si sentano attivamente coinvolti, appunto, nel processo messo in atto per affrontare, per attraversare la situazione problematica».<sup>56</sup>

Nell'ottica della valutazione dialogica acquista maggior importanza la partecipazione dell'educando nel processo di identificazione e di strategie per il superamento del problema stesso.

La relazione tra educatore e ragazzo è fondamentale nel poter co-costruire insieme un progetto che sarà davvero efficace se le persone coinvolte ne comprendono l'importanza per la propria esistenza. Di conseguenza la valutazione diventa un processo che si pone all'interno del processo relazionale fra educatore ed educando.

La valutazione deve essere vista come un processo di costruzione del valore, dei significati delle azioni compiute e di quelle da compiere.

La valutazione diviene così un importante momento del lavoro educativo in comunità, in cui vengono sviluppate nuove proposte per contribuire a rafforzare il valore delle azioni.

Questi principi sono alla base del modello pedagogico utilizzato della comunità educativa integrata Khora e devono essere messi in pratica nell'azione educativa svolta da ogni educatore. Ogni operatore, per poter lavorare tutti nella stessa direzione, deve

---

<sup>55</sup> A. Tibollo, *La comunità per minori. Un modello pedagogico*, FrancoAngeli, Milano, 2015.

<sup>56</sup> *Ibidem*.

conoscere e applicare questi principi. Questi principi devono essere usati come base di partenza per la costruzione del percorso di comunità.

Questi principi pedagogicamente fondati aiutano gli operatori di comunità nei momenti di criticità, fornendo consigli su come intervenire.

#### 4.3 GESTIONE DELLE CRITICITÀ

Prima di parlare dei momenti critici e della loro gestione bisogna individuare quali sono gli elementi che causano queste criticità e che si presentano nella quotidianità della vita in comunità. Questi sono la vita insieme, la cura e i gesti di cura, le regole e i diversi livelli di funzionamento.

La vita insieme deve essere considerato un elemento di criticità in quanto i ragazzi accolti provengono tutti da famiglie diverse e con trascorsi differenti. Soggetti abituati a fare “quello che vogliono”, a non dover condividere degli spazi con persone estranee, magari anche abituati ad avere una propria stanza, una propria televisione e il proprio bagno, si ritrovano catapultati in nuova realtà da vivere e condividere. A volta la vita insieme è difficile per chi l’ha voluta, figuriamoci per chi non l’ha scelta e che non ha niente in comune se non il fatto di essere stati allontanati dalla propria famiglia. È per questo motivo che la vita insieme in comunità rappresenta un elemento che può scatenare criticità.

La cura e i gesti di cura così di primo impatto non sembrano poter essere elementi critici, perché uno dei fini della comunità è quello di prendersi cura di questi minori allontanati dalla propria famiglia. Dobbiamo ricordarci però che questi ragazzi non sono abituati a ricevere cure o avere persone che si prendono cura di loro, per questo in alcuni casi la cura, lo star bene può far scoppiare una crisi nel soggetto non abituato.

Le regole sono la base portante dell’azione educativa della comunità, delineano il confine entro il quale l’educatore si può muovere nella relazione con i ragazzi. Le regole devono essere condivise con l’intera équipe e ogni educatore deve interiorizzarle e farle sue così da capire l’obiettivo ultimo. Questi ragazzi non sono abituati ad avere regole rigide e fanno fatica ad interiorizzarle. Ad esempio sono abituati ad utilizzare il telefono quando vogliono, in comunità, al contrario, si hanno orari precisi.

Ogni ragazzo ha una propria storia e un proprio vissuto, alcuni di essi hanno sviluppato disturbi e con questi diversi livelli di funzionamento. Questi influenzano il modo di comprendere di ciò che gli accade intorno e di conseguenza le loro reazioni nelle diverse situazioni. L'educatore deve sempre tenere presente la situazione del minore con cui si sta relazionando, adeguando le sue risposte e azioni educative. Un basso livello di funzionamento può compromettere l'interpretazione e la comprensione di alcune parole o azioni degli educatori o di altri ragazzi e questo può far scattare nel soggetto momenti di crisi e aggressività.

La vita insieme e la cura e i gesti di cura sono due elementi trasversali e comuni a tutti gli utenti che sono accolti e richiedono interventi e atteggiamenti più prettamente educativi. Invece regole e diversi livelli di funzionamento sono due ambiti che prevedono diversi tipi di intervento, in base alla situazione dei ragazzi, e per questo richiedono interventi psico-educativi. Questo tipo di intervento è la risposta alla patologia. Nella comunità educativa integrata non basta predisporre solo interventi educativi, ecco perché all'interno dell'équipe educativa di Khora sono presenti educatori con una formazione psicologica per garantire interventi psico-educativi. È necessario che tutti gli educatori abbiano una formazione e una conoscenza delle patologie e dei diversi livelli di funzionamento per poter gestire i momenti di criticità e porre i limiti entro i quali si può agire. Avendo una conoscenza approfondita l'educatore sa fino a dove potersi spingere per realizzare l'intervento con il ragazzo. Conoscere la patologia vuol dire sapere quali sono le abilità del ragazzo e costruire l'azione educativa su queste, evitando così di porsi obiettivi troppo alti che creano frustrazione nell'educatore perché non riesce a realizzarli.

Gli educatori intervengono sulle criticità in due momenti: il primo, nell'immediato per poterla gestire e farla rientrare, e il secondo a posteriori per poter capire cosa l'ha scatenata e come gestirla in futuro. Ogni educatore ha la sua modalità di intervento però l'importante è mantenere lo stesso contenuto. In alcune circostanze può essere utile "entrare nel delirio del disturbo" per riportare il ragazzo alla realtà, in altri casi invece è bene contrastare e prendere le distanze. Per gestire al meglio la situazione critica l'educatore deve aver capito fino in fondo la regola per poter personalizzarla in quella precisa situazione e gestire così il delirio. Il non rispetto della regola crea ansia all'educatore per questo motivo è necessario conoscere l'obiettivo finale per poterla modificare all'occorrenza. La regola può essere cambiata e personificata in base alla

situazione però deve mantenere lo stesso obiettivo. Questo modo di agire pone al centro dell'intervento il ragazzo e i suoi disturbi. È inoltre importante che il cambio della regola venga motivata sia al minore interessato che agli altri ragazzi ospiti per evitare di creare precedenti o incomprensioni.

A posteriori l'evento critico viene ripreso e discusso in équipe per informare anche gli altri educatori che non erano in turno. Viene ricostruito il problema, la situazione di forte stress che ha causato il momento di criticità. Questo è un momento di condivisione e di riflessione che può aiutare a porre le basi per evitare una crisi in futuro, oppure suggerire alcune modalità di intervento da utilizzare nel caso si verificasse ancora. Questo confronto è utile perché ogni educatore può esprimere il suo punto di vista, senza sentirsi giudicato dagli altri, uno può cogliere aspetti che un altro non ha colto.

Gli strumenti a cui può fare riferimento l'educatore sono:

- l'omogeneità degli interventi, l'équipe deve condividere il contenuto dell'azione educativa. Ogni educatore avrà la sua modalità di relazione con i ragazzi però l'importante che tutti agiscano in vista di un obiettivo comune. Se un educatore agisce per conto suo, uscendo dal tracciato della comunità, può destabilizzare sia il gruppo dei minori accolti sia quello degli educatori.
- L'organizzazione del tempo e dello spazio: avere tempi scanditi permette di non lasciare nulla al caso. Quando si organizzano delle uscite, le giornate devono essere organizzate nel dettaglio, così da evitare tempi morti in cui si possono verificare eventi spiacevoli. Ad esempio se si organizza un'uscita al cinema è utile acquistare i biglietti prima così da evitare la coda, i momenti di attesa possono sfociare in crisi.
- Riconoscimento-fiducia: per poter relazionarsi con il minore, l'educatore prima di tutto deve creare legami di fiducia e porsi come figura di riferimento. Solo in questo modo il ragazzo riconosce l'educatore come figura portante della sua vita. L'educatore deve tener sempre presente che questi minori, proprio per il loro vissuto, fanno fatica a fidarsi della figura adulta e difficilmente si lasciano andare fino in fondo nella relazione. Avere questa consapevolezza aiuta l'educatore a contenere la frustrazione causata proprio dalla scarsa fiducia che un minore può avere nei suoi confronti.

#### 4.4 DALLA TEORIA ALLA PRATICA: ALCUNI ESEMPI CONCRETI

##### 4.4.1 Dice la coordinatrice...

La dott.ssa Gemmi descrive e riflette su due elementi di grande complessità pedagogica:

- La conduzione e la gestione dell'équipe.

I momenti di criticità non portano solo scompensamento nella quotidianità dei minori accolti ma anche all'interno del gruppo degli educatori. Il compito del coordinatore è proprio quello di ristabilire l'ordine, aiutando l'équipe a riflettere su quanto accaduto. Come abbiamo detto prima, la gestione della criticità avviene in due momenti diversi: nell'immediatezza e a posteriori. Il coordinatore, come dice la parola stessa, ha il compito di coordinare anche se non sempre è presente nella quotidianità dei ragazzi. Inoltre ha compito di gestire la crisi a posteriori, questo avviene non solo con l'équipe ma anche con il minore. Durante la sua riflessione la coordinatrice ha espresso, come criticità principale che ha riscontrato nel percorso di Khora, la difficoltà di supportare e incoraggiare l'équipe dopo eventi critici complessi. Questo perché per un certo periodo sono stati accolti molti ragazzi con diagnosi complesse che richiedevano la conoscenza della patologia per poter mettere in campo azioni psico-educative e non solo educative. Proprio perché Khora è la prima esperienza su tutto il territorio piacentino, rappresenta una novità anche per alcuni educatori non formati per la progettazione di interventi psico-educativi. Questa difficoltà, legata all'inesperienza di alcuni operatori e alla gestione di casi complessi, comprometteva lo svolgimento della quotidianità e la creazione di momenti e interventi di benessere. Alcuni educatori, all'interno di queste situazioni, hanno iniziato a sviluppare frustrazione, a dire "io non sono capace". La criticità espressa dalla coordinatrice è stata proprio identificata nella difficoltà di rassicurare l'équipe, di farle capire che non era vero che non si stava facendo niente, ma si stava cercando di allinearsi con un soggetto affetto da disturbo psicopatologico. La criticità sta proprio nel far capire, all'équipe, l'importanza della diagnosi nella gestione di questi casi complessi, perché è essa che pone i limiti entro i quali muoversi, aiutando così gli educatori nella costruzione di interventi psico-educativi efficaci ed evitando così la loro frustrazione in caso di insuccesso. Gemmi sottolinea, inoltre, la difficoltà di far dialogare gli educatori "puri" con gli educatori con una formazione psicologica. Questi ultimi guidano la loro azione educativa facendo riferimento a teorie e metodi psicologici

come i meccanismi di funzionamento, tecniche di osservazione più prettamente legate alla figura dello psicologo che a quella dell'educatore.

- Il ruolo del coordinatore in relazione con i minori con disturbo.

La relazione con il minore rappresenta una difficoltà in quanto è legata strettamente alla sfera emotiva. In parte perché questi ragazzi faticano a condividere sentimenti ed emozioni, e in parte perché chi interagisce con loro deve sapersi difendere dalla loro patologia. Questo non vuol dire che non abbiano sentimenti o non provino emozioni o che non li sviluppino nel corso del tempo. Un'altra difficoltà nella relazione minore-coordinatore è dovuta al fatto che il coordinatore non vive la quotidianità con i ragazzi. In questo modo crea un distacco emotivo con i minori accolti. Distacco che è necessario al coordinatore per essere osservatore esterno della relazione educatore-educando.

#### 4.4.2 Dice l'educatrice...

L'educatrice Miriana Rezoagli descrive e riflette su altri due elementi di complessità educativa:

- la relazione dal punto di vista dei minori nei momenti di crisi.

Il bisogno di questi ragazzi di essere riportati alla realtà attraverso l'azione dell'educatore. Questo può essere facilitato dalla relazione positiva che si è venuta a creare con l'educatore. Creare rapporti di fiducia è sicuramente un obiettivo della relazione educativa ma è anche di una difficoltà immensa, proprio perché i ragazzi con disturbi faticano a fidarsi. Sta all'educatore creare legami significativi, favorendo l'ascolto soprattutto in questi momenti di crisi, lasciando da parte la paura e l'ansia generata proprio da queste criticità. Rezoagli racconta, narra di un episodio in particolare ove una minore ospite, con un disturbo di personalità ebbe una crisi di ira a seguito a delle continue prese in giro di un altro ragazzo accolto. Durante la cena, dopo l'ennesima provocazione da parte del minore, la ragazza scoppia in un crisi violenta prendendo ogni oggetto sulla tavola e scagliandoglieli addosso. La situazione degenera quando la minore prende delle forbici che nascondeva in camera, l'educatrice Rezoagli riesce però a chiuderla in camera con lei, per evitare che la crisi scoppi in un'aggressione nei confronti dell'altro minore. L'educatrice racconta che in quel momento non ha avuto paura, anche se la situazione era particolarmente pericolosa, perché, come dice l'educatrice stessa, in questi momenti bisogna lasciare da parte la paura, e cercare

di rimanere lucidi e riportare il ragazzo o la ragazza alla realtà attraverso il dialogo, soprattutto favorendo l'ascolto dell'altro. Rezoagli riflette su questa esperienza portando alla luce la maturità e la crescita sviluppata, a posteriori, nella gestione delle sue emozioni in queste situazioni. Sottolinea anche l'importanza della condivisione con l'équipe per trarre supporto e non sentirsi soli nella gestione delle criticità.

- L'immenso bisogno educativo dei minori nell'esperienza di comunità.

Rezoagli sottolinea l'importanza del ruolo dell'educatore, dell'esserci, di tessere relazioni e di condividere con loro le proprie emozioni per colmare quel vuoto lasciato in parte dai loro trascorsi di vita e in parte dalla loro patologia. La capacità degli educatori, mi permetto di aggiungere necessaria per chi lavora nella comunità integrata, di "stare nella relazione" anche nei momenti di crisi perché, come esprime Rezoagli, può essere proprio l'educatore la "salvezza" del momento, ristabilendo l'equilibrio, facendo capire al minore che sei lì per lui e con lui, per aiutarlo a gestire la crisi.

#### 4.4.3 Riflessioni...

Facendo un paragone tra le due esperienze raccontate si può notare subito la differenza tra i ruoli di coordinatore e di educatore. Infatti la criticità espressa dalla coordinatrice è legata principalmente alla gestione e all'organizzazione dell'équipe proprio perché è chiamata a riflettere e far riflettere sugli episodi accaduti e consigliare alcune modalità d'azione. Come ho descritto precedentemente il compito del coordinatore è proprio quello di fornire all'équipe un metodo da utilizzare per la costruzione degli interventi educativi e psico-educativi. Il coordinatore è il collante dell'équipe colui che cerca di ristabilire l'ordine in quanto la criticità porta squilibri, non solo all'interno della quotidianità dei ragazzi, ma anche all'interno del gruppo degli educatori. Il momento di crisi porta ansia e paura all'interno dell'équipe e compito del coordinatore è quello aiutarla a superarla attraverso la riflessione e consigliando alcune pratiche utili. Si può dire quindi che il coordinatore è chiamato a gestire la criticità a posteriori, conducendo la riflessione educativa, invece l'educatore è chiamato a gestirla nell'immediato, cercando di contenerla e riportando l'equilibrio della quotidianità. Questo perché l'educatore è la figura di riferimento, è colui che condivide momenti di vita con i ragazzi e che passa più tempo con loro. Infatti la criticità espressa dall'educatrice è proprio un'esperienza diretta, vissuta in prima persona durante un turno di lavoro.

Si può anche notare un'ulteriore differenza dei ruoli in quanto l'educatrice sottolinea la vicinanza che si viene a creare con i minori, necessaria per creare un legame con loro da utilizzare nei momenti di crisi per riportare il ragazzo alla realtà, invece la coordinatrice sottolinea l'importanza di mantenere una certa distanza con i minori accolti, mi sento di aggiungere, un distanza dovuto proprio alla differenza di ruoli. Penso sia naturale che l'educatore crei una relazione più profonda con i ragazzi perché vivendo la quotidianità con loro, vengono condivisi momenti ed emozioni che rende la relazione più significativa. Questo non vuol dire che il coordinatore non ha relazioni profonde con i minori, anzi, ma è necessario che il coordinatore tenga un certa distanza perché in questo modo può osservare da fuori le relazione educatore-educando così da poter consigliare e aiutare l'operatore nei momenti di crisi.

In conclusione ritengo necessaria questi distinzione di ruoli per il funzionamento corretto della comunità, l'educatore deve educare e il coordinatore deve coordinare così da creare un circolo virtuoso dove la comunità può crescere al contrario si creerebbe un circolo vizioso, un cortocircuito in cui l'équipe soccomberebbe.

#### 4.5 UNO SGUARDO DALL'ALTO

Spostandomi su di un livello differente sento di poter esplicitare che ad oggi l'équipe di Khora ha potuto maturare, dall'analisi e rielaborazione della sua esperienza, una vera e propria visione di come superare le criticità evidenziate nel percorso fatto.

In questi due anni di comunità si è potuto notare una certa impreparazione del territorio all'accoglienza della comunità integrata, soprattutto dal punto di vista della formazione degli educatori, nonostante il bisogno esplicitato a più livelli e in più contesti da diversi servizi territoriali.

Khora, nella sua impostazione e struttura, aveva tutte le carte per poter rappresentare proprio quel tassello mancante nel percorso di presa in carico dei minori affetti da disturbi psicopatologici, presentato dal Dottor Limonta durante il convegno "Le comunità per minori: non luoghi o laboratori?" tenutosi dalla facoltà di Scienze della Formazione dell'Università Cattolica del Sacro Cuore Di Piacenza il 27 novembre 2018. Il fatto di essere la prima e unica realtà della provincia di Piacenza ha comportato la difficoltà di svilupparsi proprio in questo senso, quindi diventare una vere e propria



comunità educativa integrata. Queste difficoltà si può collegare principalmente all'inesperienza degli educatori nella gestione di casi molto complessi, non perché questi non fossero formati adeguatamente ma perché essendo la prima comunità integrata del territorio, gli operatori dell'équipe non avevano mai avuto esperienze educative di questa portata.

Le scelte potevano essere differenti, trattandosi della prima esperienza di comunità integrata nel territorio: abbandonare e trasformare la comunità in una educativa tout court oppure dedicarsi a un periodo di intenso lavoro per preparare il terreno alla reale trasformazione da educativa a integrata. La cooperativa, scegliendo quest'ultima strada, ha predisposto un lungo e inteso processo che da poco ha concluso la fase embrionale.

Da un lato Khora ha effettuato un passo indietro nella gestione dei casi complessi, per concentrarsi su un rafforzamento dell'équipe nella gestione educativa in casi più prettamente sociali, dall'altro ha sperimentato tantissimi nuovi strumenti e modalità di gestione dell'équipe stessa per arrivare a dirsi che l'assestamento definitivo sul termine "*integrata*" sarebbe stata possibile solo se la struttura fosse diventata realmente un nodo della rete dei servizi sanitari.

Accertandosi di effettuare e superare la fase di valutazione e di invio ad altra struttura con accuratezza e professionalità, la comunità non ha più effettuato ingressi particolarmente compromessi dal punto di vista neuropsichiatrico. Dedicandosi a casi sociali comunque ad alta intensità. Abbassando quindi il grado di ansia, di frustrazione e di tensione emotive del gruppo di educatori si è potuto concentrarsi sulla formazione a più livelli: quella didattica e quella psico-emozionale. Questo ha aumentato il senso di efficacia e di prestazione degli educatori consentendo di riprendere ritmo negli interventi educativi con il gruppo minori creatosi. Da lì un lungo lavoro di gruppo, individuale e di coppia (fra educatore e coordinatore) ha tenuto impegnati tutti in modo serrato e puntuale.

Accanto a questo vi è stata la creazione di momenti di ampia condivisione di una nuova dotazione di strumenti e metodi per la gestione della comunità nel suo complesso.

Prima di tutto si è pensato di assegnare un ruolo specifico ad alcuni membri dell'équipe, distinguendo così chi si occupa dell'agenda dei ragazzi, chi dell'organizzazione dei trasporti, chi del registro cassa e chi si occupa della spesa. In questo modo ognuno ha il suo ruolo da rispettare e da svolgere per far funzionare la comunità. Così spazio e tempo

sono organizzati alla perfezione, non lasciando nulla al caso, limitando così il rischio di momenti critici.

È stato introdotto l'utilizzo del materiale modulistico, creato dalla coordinatrice, di gestione degli impegni degli educatori e dei ragazzi, in questo modo si riesce ad organizzare al meglio gli impegni di ogni ragazzo, facilitando anche il passaggio di consegne tra gli educatori.

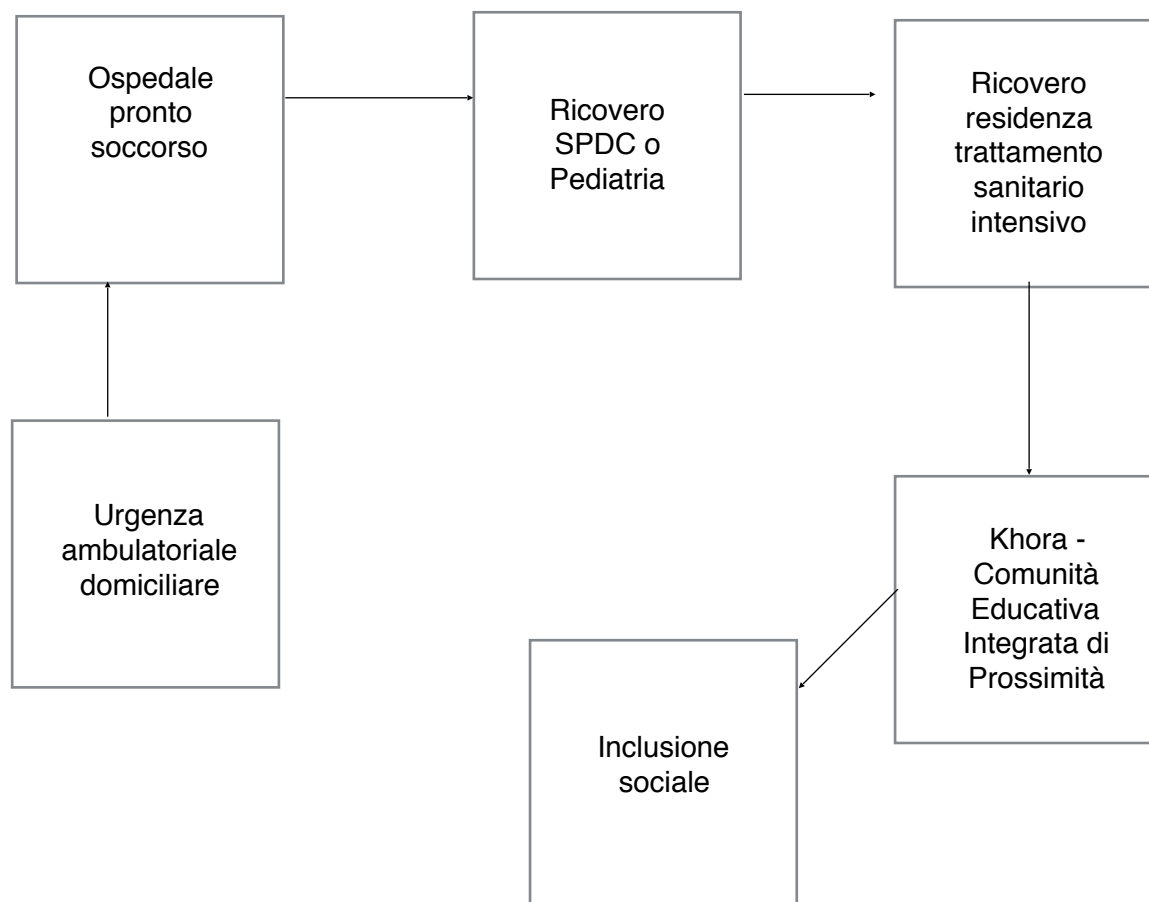
L'équipe ha promosso l'applicazione di metodologie educative specifiche con i minori ospiti per rinforzare la loro relazione (per citarne solo alcuni esempi: colloquio motivazionale; mappe emotive; rinforzi positivi). Queste tecniche non hanno solo aiutato i ragazzi nella comprensione del loro percorso comunitario ma hanno anche permesso agli educatori di rinforzare le pratiche educative e ritrovare la fiducia nell'efficacia delle loro azioni educative persa durante la gestione dei casi più complessi.

Il progetto quindi, ad ampio raggio, consiste nello "sfruttare" l'enorme sforzo e lavoro effettuato, per ricreare una comunità ove i casi complessi possano costituire l'essenza della comunità integrata. Per far questo si è definitivamente compreso che la struttura deve essere un punto all'interno di un sistema più ampio che forma la Comunità Curante, come riportato nello schema a pag. 48.

Khora diverrebbe in un'ultima analisi un luogo di accompagnamento dei minori in uscita dalle ospedalizzazioni sanitarie e/o dalle comunità terapeutiche per realizzare un percorso, più o meno breve, di sperimentazione di vita all'esterno del mondo sanitario (pur essendo, come già esplicitato, nella rete dei servizi sanitari) con uno specifico progetto per ogni minore di reinserimento sociale, in senso più strettamente educativo.

Il grafico della pagina seguente rappresenta il percorso di presa in carico del minore con l'ingresso di Khora nella rete dei servizi.

In questa ottica il percorso di presa in carico del minore potrebbe essere così modificato:



A differenza dello schema proposto a pag. 48 in questo non vi è nessun buco, perché Khora così come si sta strutturando andrebbe proprio a colmare quel vuoto che è stato a lungo esplicitato dal territorio. In questo modo si andrebbe a colmare quell'esigenza di accoglienza dei ragazzi con disturbi psicopatologici e accompagnarli nello sviluppo della propria identità costruendo con loro un progetto educativo individualizzato e di vita. Khora entrerebbe così a far parte di una rete di servizi uscendo dall'isolamento territoriale.

Per realizzare questa importante trasformazione, al netto di ogni riflessione effettuata, sarà indispensabile continuare a lavorare su più fronti:

- formazione e maturità del gruppo educatori, soffermandosi soprattutto sull'importanza della conoscenza, da parte dell'intera équipe, della patologia per costruire interventi psico-educativi;

- creazione di una équipe multiprofessionale e mista fra operatori dell'azienda sanitaria e operatori Khora/Kairos;
- condivisione di un metodo di *lavoro integrato* fra professionisti, fondamentale per una gestione ottimale della comunità, l'équipe multiprofessionale e mista deve lavorare in cordata seguendo un metodo e un modello condiviso da tutti;
- creazione di protocolli operativi, successivi alla condivisione del metodo di lavoro appropriato, per l'accoglienza e la gestione dei casi.

Tutto questo è riassunto nel termine *prossimità*, aggiunto in questa circostanza all'appellativo: comunità educativa integrata.

Analizziamo il termine *prossimità* partendo dalla definizione del vocabolario sotto il questa voce troviamo la definizione di «grande vicinanza». <sup>57</sup>

Quindi intendiamo *prossimità* sia con all'interno della comunità nella relazione con i ragazzi accolti ma anche all'esterno, nella rete. Khora si fa nodo fondamentale della rete dei servizi del territorio creando una “grande vicinanza” soprattutto con l'azienda sanitaria.

In questo ultimo aspetto la *prossimità* è «relazione quotidiana, occasione per riorganizzare l'esistenza attraverso il riannodarsi di relazioni: solo attraverso questo processo si possono sviluppare gesti di solidarietà e di sostegno». <sup>58</sup>

La *prossimità* diventa così sia una competenza professionale che l'educatore deve acquisire per vivere la relazione quotidiana con i ragazzi, sia la “grande vicinanza” che ci deve essere tra tutti i servizi per poter collaborare e sostenere.

In fine la comunità educativa integrata si fa prossima, estremamente vicina all'esigenza del territorio e ai bisogni educativi di questi ragazzi con disturbi psicopatologici.

---

<sup>57</sup> <http://www.treccani.it/vocabolario/prossimita>

<sup>58</sup> G. Taddeo e C. Galleani, *Dare una famiglia ad un'altra famiglia* in R. Maurizio (a cura di) *Dare una famiglia a una famiglia*, Ega Editore, Torino 2007.

## CONCLUSIONI

Attraverso questo elaborato ho voluto approfondire la conoscenza dei disturbi psicopatologici soprattutto negli adolescenti, portando alla luce alcuni aspetti che ritengo fondamentali per lavorare con questo tipo di utenza.

Nella prima parte di questo testo ho cercato di dare una definizione univoca di disturbo facendo riferimento alle classificazioni internazionali quali DSM, ICD e ICF, per poter tracciare una linea di confine e capire di che cosa si parla quando si fa riferimento al concetto di disturbo e malattia mentale. Anche se a una prima lettura sembra essere legato molto di più alla sfera diagnostica invece che a quella educativa, in realtà non è così. L'operatore educativo che lavora in comunità integrata, o comunque in altri contesti che si rivolgono ai ragazzi con disturbi psicopatologici, ha necessità di avere anche una formazione in questo campo, perché è lui chiamato a lavorare a stretto contatto, giorno dopo giorno con il ragazzo con disturbi. Anche se è il clinico che fa la diagnosi, l'educatore deve saper padroneggiare questi strumenti di classificazione per poter comprendere fino in fondo il disturbo.

A volte si corre il rischio di racchiudere il ruolo di educatore alla pura assistenza del soggetto accolto. In realtà l'educatore svolge un ruolo fondamentale: è colui che trasforma la quotidianità del ragazzo, che è chiamato a "stare nella relazione" con il ragazzo, a vivere i momenti di crisi causati dalla patologia. Si è voluto quindi sottolineare l'importanza della figura dell'educatore nei processi educativi riabilitativi.

Dobbiamo ricordarci, quando lavoriamo con gli adolescenti, che di per sé l'adolescenza è un periodo di crisi, una spaccatura tra l'infanzia e l'età adulta, nella quale il ragazzo deve essere accompagnato, dalle figure adulte di riferimento, a superarla. Il mancato superamento può provocare la comparsa di disturbi psicopatologici in età adulta.

Inoltre ho voluto soffermarmi sulla realtà dei fatti che coinvolge tutto il territorio della provincia di Piacenza, con aumento negli ultimi 7 anni dei ragazzi affetti da questi tipi di disturbo. Nel 2017 il 24% degli utenti presi in carico dall'UONPIA di Piacenza sono adolescenti con disturbi psicopatologici. Questa situazione delinea un'esigenza del territorio, quella di creare strutture che si occupino, insieme all'azienda sanitaria, di questi soggetti dando loro la possibilità di vivere in un ambiente protetto e sviluppare la

propria identità attraverso la co-costruzione di un progetto educativo individualizzato e di vita.

Per questo motivo ho voluto raccontare di un'esperienza unica e innovativa sul territorio della provincia di Piacenza, quella della comunità educativa integrata Khora.

Khora è un'esperienza unica perché è la prima comunità educativa integrata nella provincia di Piacenza e la nona in tutta l'Emilia-Romagna, innovativa perché attraverso il suo modello educativo strutturato su tre dimensioni: del soggetto, dell'organizzazione e del processo, ha sviluppato un'impostazione nuova. Con il nuovo progetto di trasformarsi in comunità educativa integrata di prossimità Khora diventa così nodo centrale della rete dei servizi sociali e sanitari.

Nel raccontare questa esperienza ho voluto soffermarmi sugli elementi di criticità che caratterizzano il lavoro educativo con i ragazzi accolti per far conoscere le pratiche utilizzate dall'équipe di Khora.

La mia intenzione era proprio di portare alla luce l'esperienza di Khora e capire per quali motivi ha fatto fatica a trovare armonia tra teoria e pratica. Come abbiamo visto nell'ultimo capitolo, Khora all'inizio non è stata in grado di farsi carico del suo vero compito, cioè quello di accogliere minori con disturbi psicopatologici, anche se nella teoria aveva tutte le carte in regola per poterlo fare. Ma adesso, grazie al grande lavoro della coordinatrice e dell'intera équipe, è pronta per diventare nodo fondamentale della rete dei servizi sanitari.

In conclusione, l'esperienza di Khora mi ha fatto capire quanto sia importante una formazione adeguata dell'educatore per quanto riguarda la conoscenza della patologia. In questi casi è la patologia che pone i limiti entro i quali lavorare e da non superare, cioè quali obiettivi fissare con quel determinato ragazzo, senza questa conoscenza si rischierebbe di fissare obiettivi troppo alti causando così frustrazioni sia per l'educatore che l'educando.

Penso sia importante il lavoro di équipe e la condivisione di modello pedagogico a cui far riferimento nella costruzione del progetto educativo individualizzato e di vita, con un gruppo educativo formato da più figure professionali che mettono insieme i loro saperi per costruire interventi educativi e psico-educativi. Collante di tutte queste figure deve essere il coordinatore che porta equilibrio ristabilendo l'ordine e ponendo le basi pedagogiche su cui costruire le azioni educative.

Con questo continuo scambio di informazioni e il riannodarsi di relazioni la comunità si fa 'prossima'.

## Allegato 1

<b>3. FAVORIRE LA SOCIALIZZAZIONE ALL'ESTERNO DELLA COMUNITÀ</b>			
<b>MINORE</b>	esce con amici non trasgressivi	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	partecipa ad attività esterne non trasgressive	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	invita gli amici in comunità	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	ricerca nuove amicizie	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	ascolta il parere degli educatori su chi frequenta	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	chiede di conoscere le persone frequentate dal ragazzo	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	conosce i luoghi frequentati dai ragazzi	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	osserva i comportamenti e le modalità interattive degli amici	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	conversa liberamente con il ragazzo sugli amici	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	interviene dando limiti quando c'è pericolo	SÍ	NO
<b>4. FAVORIRE LA CURA PERSONALE</b>			
<b>MINORE</b>	si lava da solo senza essere sollecitato	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	cambia i suoi abiti quando sono sporchi	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	sceglie con cura gli indumenti da indossare	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	si veste da solo o, se in difficoltà, chiede aiuto agli educatori	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	mangia volentieri e assaggia cibi nuovi	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	parla con il ragazzo dell'igiene personale	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	parla con il ragazzo dell'alimentazione	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	verifica col ragazzo la pulizia dei vestiti	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	sistema la stanza assieme al ragazzo	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	cucina con cura	SÍ	NO



<b>5. FAVORIRE LA CAPACITA' DI PLANNING</b>			
<b>MINORE</b>	non interrompe un'attività al primo insuccesso	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	dimostra soddisfazione per un successo	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	fa progetti realistici sul suo futuro e chiede consigli	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	rispetta i suoi impegni autonomamente	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	riconosce le proprie responsabilità	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	sollecita il ragazzo a riconoscere i suoi interessi	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	aiuta il ragazzo a rendere fattibili i progetti	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	gratifica il ragazzo negli impegni presi	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	conforta per un insuccesso	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	progetta assieme al ragazzo	SÍ	NO
<b>6. RISPETTARE LE REGOLE DELLA COMUNITÀ</b>			
<b>MINORE</b>	rispetta gli oggetti e gli spazi collettivi	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	riordina la stanza e suoi oggetti senza sollecitazione	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	svolge i propri incarichi	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	rispetta gli orari delle uscite e del rientro senza protestare	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	rispetta gli altri senza insultarli	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	cura gli ambienti della casa	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	riordina assieme al ragazzo	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	ricorda al ragazzo gli impegni assunti	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	spiega ai ragazzi le ragioni delle regole adottate	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	aiuta il ragazzo a svolgere i propri incarichi	SÍ	NO
<b>7. POTENZIARE L'AUTOCONTROLLO DELL'AGGRESSIVITÀ</b>			
<b>MINORE</b>	supera la rabbia senza danneggiare oggetti o aggredire	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	accetta i limiti	SÍ	NO

## 7. POTENZIARE L'AUTOCONTROLLO DELL'AGGRESSIVITÀ

MINORE	è disposto a riconoscere i suoi errori	SÍ	NO
MINORE	riprende una comunicazione collaborativa	SÍ	NO
MINORE	evita di rilanciare le provocazioni	SÍ	NO
EDUCATORE	valorizza iniziative spontanee di autocontrollo	SÍ	NO
EDUCATORE	fa da mediatore nei conflitti	SÍ	NO
EDUCATORE	evita di raccogliere le provocazioni	SÍ	NO
EDUCATORE	non si spaventa di fronte agli attacchi verbali	SÍ	NO
EDUCATORE	riconduce la comunicazione avversa a modalità collaborative	SÍ	NO

## 8. FAVORIRE L'ORIENTAMENTO SPAZIALE E L'USO DEL DENARO

MINORE	conosce e rispetta le regole stradali	SÍ	NO
MINORE	utilizza i mezzi pubblici autonomamente	SÍ	NO
MINORE	raggiunge una meta su precise indicazioni	SÍ	NO
MINORE	conosce il denaro e sa conteggiare i resti	SÍ	NO
MINORE	utilizza il denaro in maniera corretta	SÍ	NO
EDUCATORE	fa attività facilitanti la comprensione regole stradali	SÍ	NO
EDUCATORE	fa attività facilitanti l'uso del denaro	SÍ	NO
EDUCATORE	esce assieme al ragazzo nel contesto esterno	SÍ	NO
EDUCATORE	fa la spesa assieme	SÍ	NO

## 9. MIGLIORARE IL RENDIMENTO SCOLASTICO

MINORE	fa i compiti senza opporsi	SÍ	NO
MINORE	comprende cosa gli è richiesto di fare nel compito scolastico	SÍ	NO
MINORE	organizza il proprio tempo rispetto agli impegni scolastici	SÍ	NO
MINORE	chiede l'aiuto di un educatore quando in difficoltà con un compito	SÍ	NO
MINORE	quando in difficoltà cerca di superarla senza interrompere il compito	SÍ	NO

<b>9. MIGLIORARE IL RENDIMENTO SCOLASTICO</b>			
<b>EDUCATORE</b>	dà i tempi al ragazzo per lo svolgimento del compito	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	facilita l'esecuzione dei compiti spiegando i passaggi difficili	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	guarda il diario giornalmente per sostenere la pianificazione dei compiti	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	chiede al ragazzo i risultati scolastici anche quando non è in turno	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	sta assieme al ragazzo durante lo svolgimento dei compiti	SÍ	NO
<b>10. AMPLIARE GLI INTERESSI PERSONALI</b>			
<b>MINORE</b>	mostra interesse per cose nuove	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	partecipa alle attività proposte	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	propone nuove attività	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	mostra piacere e soddisfazione in ciò che fa	SÍ	NO
<b>MINORE</b>	condivide con gli educatori i propri interessi	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	fa attività culturali insieme al ragazzo	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	condivide col ragazzo i propri interessi	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	valorizza gli interessi dei ragazzi e ne fa attività di discussione	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	suscita l'interesse con proposte adeguate	SÍ	NO
<b>EDUCATORE</b>	mostra soddisfazione e piacere nelle attività svolte	SÍ	NO

## BIBLIOGRAFIA

### *Volumi*

- Basaglia F., *Scritti I*, Einaudi, Torino, 1981.
- Bastianoni P., Taurino A., *La comunità per minori. Modelli di formazione e supervisione clinica*, Carocci Faber, Roma, 2009.
- Biondi M. (a cura di), *DSM-V. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi menatali*, Cortina Raffaello, Milano, 2014.
- Caretti V., Dazzi N., R. Rossi (a cura di), *DSM-IV. Guida alla diagnosi dei Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza*, Elsevier, Milano, 2000.
- Erikson E. H., *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*, Armando Editore, Roma, 2003.
- Galimberti U., *La casa di Psiche. Dalla psicoanalisi alla pratica filosofica*, Feltrinelli, Milano, 2006.
- Kaneklin C., Orsenigo A. (a cura di), *Il lavoro di comunità. Modalità di intervento con adolescenti in difficoltà*, Carocci, Roma, 1998.
- Marmocchi P., Dall'Aglio C., Zannini M., *Educare le life skills. Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità*, Edizioni Erickson, Trento, 2004.
- Maurizio R. (a cura di) *Dare una famiglia a una famiglia*, Ega Editore, Torino 2007
- Milani L., *Competenza pedagogica e progettualità educativa*, La Scuola, Brescia, 2000
- Munire E., *Le personalisme*, Coll, Que sais-je?, P.U.F., Paris 1949 (trad. it. *Il personalismo*, Eva, Roma, 2004, XXII edizione).
- Piccione R., *Manuale di psichiatria. Teoria e pratica della salute mentale nel servizio pubblico*, Bulzoni, Roma, 1995.
- Tibollo A., *La comunità per minori. Un modello pedagogico*, FrancoAngeli, Milano, 2015.
- Tramma S., *L'educatore imperfetto. Senso e complessità del lavoro educativo*, Carocci Faber, Roma, 2009
- Triani P., *I servizi d'aiuto e la relazione educativa: spazi, contesti, metodologie*, FrancoAngeli, Milano, 2011.

Triani P., *Sulle tracce del metodo. Educatore professionale e cultura metodologica*, I.U.S Università Cattolica, Milano, 2002.

M. Zappa, a cura di, *Rifare comunità, Aprirsi a responsabilità condivise per chiudere davvero gli istituti*, FrancoAngeli, Milano, 2008.

#### *Articoli*

Blanc V., Tosco L., “Tra progetto individuale e progetto di comunità: processi e strumenti educativi nelle strutture residenziali per minori”, *Animazione sociale*, Torino, 6/7 2000.

Miragoli S., Acquistapace V., Oltre l’istituto: i criteri di qualità dei centri residenziali socio-educativi per minori, *Maltrattamento e abuso all’infanzia*, Milano, 3/1998.

Zimmerman M. A., “Empowerment e partecipazione della comunità”, *Animazione sociale*, Torino, 2/1999.

#### *Altri convegni e ricerche*

Autorità garante per l’Infanzia e l’Adolescenza, *La salute mentale degli adolescenti. Documento di studio e di proposta*. Roma, 2017.

Progetto Salus, *Adolescenze e relazioni problematiche. Vademecum per operatori sociali*. Roma, 2011.

Carta costituzionale dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS, Ginevra, 1948.

#### SITOGRAFIA

<http://www.treccani.it/enciclopedia/minore-diritto-civile/>

<http://www.treccani.it/vocabolario/prossimita>

## RINGRAZIAMENTI

Il primo e doveroso ringraziamento è per il Professore Paolo Calidoni che ha accettato, nonostante il poco tempo a disposizione, di aiutarmi nell'elaborazione di questa tesi e di accompagnarmi nella conclusione del mio percorso universitario. Un grazie anche al Professor Dimitris Argiropoulos che si è reso disponibile alla supervisione di questo elaborato.

Grazie alle persone più importanti della mia vita... ai miei genitori che mi hanno saputo crescere con amore, insegnandomi ad affrontare le difficoltà con positività e a testa alta. Grazie per avermi sostenuto sempre in tutto, se oggi sono arrivata fino a qui è in gran parte merito vostro.

Grazie a mio fratello Lorenzo, il bello di avere un fratello è quello di saper di aver sempre qualcuno al tuo fianco.

Grazie anche al mio fidanzato Raffo, il mio primo sostenitore. ...noi testardi come onde sugli scogli... Grazie per farmi riscoprire la semplicità delle cose. Spero che la vita ci riservi momenti belli da vivere insieme.

A coloro che hanno saputo mostrarmi il bello dell'educazione, che con i loro insegnamenti mi hanno spinto a intraprendere questa strada. Grazie Ale e Pali, sorelle maggiori acquisite. Grazie per avermi permesso di crescere all'interno di Kairos.

Grazie a una persona speciale che il destino mi ha fatto incontrare o forse siamo state noi a sceglierci in mezzo a tanta gente... Grazie Anna per esserci sempre anche a distanza.

Grazie alle mie amiche di sempre: Emily, Miri, Marti e Ele con voi ho condiviso tutto. Grazie per avermi supportato e sopportato sempre. Grazie per ogni momento bello vissuto insieme.

Grazie a tutta la mia famiglia, in particolare a Zia Maura per l'aiuto prezioso che mi hai dato.