



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE

Facoltà di Medicina e Chirurgia

**Corso di Laurea in:
EDUCAZIONE PROFESSIONALE**

Tesi di Laurea:

**I PERCORSI EDUCATIVI-RIABILITATIVI
DI REINSERIMENTO SOCIO-LAVORATIVO
IN SALUTE MENTALE: ESPERIENZA AL
CSM DI OSIMO**

Relatore:
Prof.ssa Marilena Flamini

Candidato:
Alessio Giombi

Anno Accademico 2020-2021

INDICE

INTRODUZIONE	pag.4
 CAPITOLO 1 ASPETTI GENERALI DELLA SALUTE MENTALE	
1.1 Il concetto di salute nella Salute Mentale	pag. 6
1.2 La storia della Salute Mentale	pag. 8
1.3 La legge Basaglia	pag.11
1.4 I disturbi psichici	pag.14
 CAPITOLO 2 RUOLO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE	
2.1 L'Educatore Professionale e la rete dei servizi psichiatrici	pag.22
2.2 La figura dell'Educatore Professionale e la metodologia	pag.28
 CAPITOLO 3 IL RUOLO LAVORO NELLA SALUTE MENTALE	
3.1 L'importanza del lavoro nell'utente con disagio psichico	pag. 42
3.2 Leggi a tutela dell'utente	pag.43
3.3 Tipologie di inserimenti lavorativi	pag.46
3.4 Il ruolo dell'Educatore Professionale e gli inserimenti socio-lavorativi	pag.50

CAPITOLO 4 L'ESPERIENZA DI TIROCINIO ED IL PROGETTO RIABILITATIVO

4.1	Il CSM Di Osimo	pag.53
4.2	Il progetto educativo-riabilitativo	pag.55
4.3	Risultati del progetto e discussione	pag.59
	CONCLUSIONE	pag.61
	SITOGRAFIA	pag.63
	BIBLIOGRAFIA	pag. 64

INTRODUZIONE

La tesi da me presentata è l'ultimo tratto di un percorso formativo ricco di contenuti, che mi ha dato l'opportunità di unire conoscenze teoriche ad attività pratiche. La mia esperienza di tirocinio svolta durante il terzo anno presso il Centro di Salute Mentale (CSM) di Osimo (AN), mi ha dato l'input per l'argomento che andrò a trattare, cioè i percorsi educativi-riabilitativi di reinserimento socio-lavorativo nella salute mentale. Nell'elaborazione, ho voluto focalizzarmi sull'importanza del lavoro come percorso di reinserimento, in quanto, soprattutto per le persone più giovani che hanno un disagio psichico, questo risulta essenziale per assicurare un'indipendenza e una certa sicurezza economica, aiutando a definire la propria identità personale, migliorando l'autostima e il riconoscimento da parte degli altri. Si può inoltre dire che il lavoro, quindi, rappresenta l'opportunità generalmente più significativa per dare un contributo alla vita comunitaria.

Una vita lavorativamente consistente permette di fare almeno cinque categorie di esperienze utili al benessere e alla crescita psicologica individuale: strutturare il tempo, organizzare le attività della giornata, avere contatti sociali, condividere scopi e impegni di gruppo, definire e rafforzare l'identità sociale. Si vuole ora sintetizzare le varie tematiche affrontate all'interno dei capitoli di questo elaborato.

Nel primo capitolo verrà presentata la Salute Mentale nei suoi aspetti generali, partendo dalla storia fino ad arrivare alla legislazione attuale in merito; trattando i numerosi disturbi psichici e la rete dei servizi che in Italia si occupa della presa in carico dei soggetti che ne soffrono.

Nel secondo capitolo andrò a delineare il ruolo dell'Educatore Professionale, focalizzando l'attenzione sulla sua figura, la normativa di riferimento ed i vari servizi psichiatrici in cui opera. Nella seconda metà del capitolo, toccherò invece la metodologia che contraddistingue tale professione.

Il terzo capitolo sarà dedicato all'importanza del lavoro, analizzando in particolare l'importanza di questo nell'utente con disagio psichico e le leggi che lo tutelano. Nella seconda parte verranno poi messi in luce i vari tipi di inserimenti lavorativi e il ruolo dell'Educatore Professionale nei percorsi di reinserimenti socio-lavorativi.

Infine, il quarto ed ultimo capitolo sarà dedicato alla mia esperienza di tirocinio, con obiettivo la stesura di un progetto educativo-riabilitativo di cui l'inserimento lavorativo risulta "protagonista". La scelta di trattare questo argomento nasce proprio dall'esperienza di tirocinio del terzo anno del corso di laurea, nel quale ho potuto osservare l'importanza del lavoro per gli utenti psichiatrici e come nonostante le difficoltà che si possono incontrare durante l'attività lavorativa, questa porta anche molti benefici sulla salute psico-fisica dell'utente psichiatrico.

CAPITOLO 1

ASPETTI GENERALI DELLA SALUTE MENTALE

1.1 Il concetto di salute nella salute mentale

La salute mentale è una parte integrante del concetto di salute e di benessere, lo si deduce dalla definizione di salute nella Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Questa intende la salute come *“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità”¹*.

L'OMS riconosce inoltre la salute come un diritto della persona e viene inclusa tra i diritti fondamentali dell'uomo. Questo principio assegna ad ogni stato il preciso compito di garantire e tutelare la salute dei suoi cittadini. La definizione di salute nella Costituzione dell'OSM citata prima ha assunto un valore rilevante solo dal 1948, quando il concetto di salute subì una radicale trasformazione diventando quello che conosciamo oggi. Prima la salute veniva considerata in riferimento al modello Biomedico. Il quale si concentrava su fattori puramente biologici ed esclude influenze psicologiche, ambientali e sociali. Secondo questo modello, la buona salute è la libertà dal dolore, dalla malattia o dal difetto. Si concentra sui processi fisici che influenzano la salute, come la biochimica, la fisiologia e la patologia di una condizione. Non tiene conto di fattori sociali o psicologici che potrebbero avere un ruolo nella malattia. In questo modello, ogni malattia ha una causa sottostante e, una volta rimossa tale causa, il paziente sarà di nuovo sano. In questo modo il soggetto passava in secondo piano rispetto alla malattia ed era costretto ad assumere un ruolo passivo senza trovare posto all'interno del processo di cura, in quanto non si teneva conto del suo ambiente di vita, del suo vissuto, della sua personalità e di tutti quegli aspetti che non si prestavano ad un'analisi scientifica e quantitativa. Il modello biomedico durò fino alla Seconda guerra mondiale, quest'ultima portò, in seguito ai numerosi traumi, un incremento delle malattie non solo fisiche ma anche quelle di

¹ O.M.S. Definizione di salute O.M.S. 1948

natura psichica. Ci si iniziò ad accorgere come la salute di un individuo non potesse essere basata solamente sull'assenza di malattia, ma anche su altri fattori propri della persona, che non potevano essere misurati o analizzati utilizzando strumenti di laboratorio. Nacque così il modello bio-psico-sociale, una strategia di approccio alla persona, che attribuisce il risultato della malattia, così come della salute, all'interazione intricata e variabile di fattori biologici, fattori psicologici e fattori sociali. Il modello bio-psico-sociale si contrappone al modello biomedico, che attribuisce la malattia principalmente a fattori biologici, come virus, geni o anomalie somatiche, che il medico deve identificare e correggere. Circa 10 anni dopo, l'OMS si riunisce ad Ottawa per indurre il primo congresso Internazionale di promozione della salute, la conferenza è stata soprattutto una risposta all'esigenza sempre più diffusa di un nuovo movimento mondiale per la salute. La discussione si è incentrata sui bisogni dei paesi industrializzati, senza però trascurare le situazioni consimili nel resto del mondo. Alla fine della conferenza l'OSM definì la salute mentale come *“stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni”*² Su questa base, la promozione, la protezione e il ripristino della salute mentale possono essere considerati una preoccupazione vitale degli individui, delle comunità e delle società di tutto il mondo. Molteplici fattori sociali, psicologici e biologici determinano il livello di salute mentale di una persona in qualsiasi momento. Una cattiva salute mentale è anche associata a rapidi cambiamenti sociali, condizioni di lavoro stressanti, discriminazione di genere, esclusione sociale, stile di vita malsano, cattiva salute fisica e violazioni dei diritti umani. Ci sono specifici fattori psicologici e di personalità che rendono le persone vulnerabili ai problemi di salute mentale. I rischi biologici includono fattori genetici. La promozione della salute mentale comporta azioni che migliorano il benessere psicologico. Ciò può comportare la creazione di un ambiente che supporti la salute mentale. Un ambiente che rispetti e protegga i diritti civili, politici, socio-economici e culturali è fondamentale per la salute mentale. Senza la sicurezza e la libertà fornite da questi diritti, è difficile mantenere un alto livello di salute mentale. Le politiche

² O.M.S. *Carta di Ottawa per la promozione della salute*. 1986

nazionali sulla salute mentale dovrebbero riguardare sia i disturbi mentali che le questioni più ampie che promuovono la salute mentale. La promozione della salute mentale dovrebbe essere integrata nelle politiche e nei programmi governativi e non governativi. Oltre al settore sanitario, è essenziale coinvolgere i settori dell'istruzione, del lavoro, della giustizia, dei trasporti, dell'ambiente, dell'alloggio e del welfare.

1.2 Storia della salute mentale

La Salute mentale così come la si intende oggi è il prodotto di numerose trasformazioni sul piano teorico, sul piano pratico, cioè di azione ed intervento. Nel corso degli anni la malattia mentale o “follia”, come la definivano passato, è stata oggetto di numerose discipline come la medicina, la pedagogia, psicologia, antropologia e molte altre. Ogni civiltà ha interpretato e curato la malattia mentale basandosi sulle loro concezioni del mondo, secondo la specifica struttura sociale, politica ed economica. Nelle civiltà antiche la follia assumeva un significato mistico, infatti credevano che i folli fossero messaggeri delle divinità; di conseguenza il trattamento alla follia era assegnato a sciamani o sacerdoti che avevano il compito di interpretare il messaggio divino.

Nell’antica Grecia, la follia era associata al sacro, sia in prospettiva positiva che in prospettiva negativa e il folle veniva considerato l’oggetto della sua ira o la voce della sua volontà. Solo con Ippocrate, il primo medico riconosciuto dalla storia, intorno al 400 A.C, il disturbo mentale trovò collocazione nella medicina *“gli uomini devono sapere che il piacere, la letizia, il riso, gli scherzi e così pure il dolore, la pena, l’afflizione ed il pianto, da nessuna parte ci provengono se non dal cervello. E sempre per opera sua diventiamo folli ed usciamo di senno ed abbiamo incubi e terrori e, talvolta di notte, talvolta anche durante il giorno, soffriamo di sogni e di smarrimenti ingiustificati e di preoccupazioni infondate e siamo incapaci di riconoscere le cose solite che ci appaiono e ci sentiamo sprovveduti”*³. Con Ippocrate si afferma quindi una visione olistica dell’uomo, considerato come corpo e anima.

Nell’antica Roma la medicina, inizialmente, mantiene comunque l’interesse per i disturbi o malattie mentali che però verrà poi influenzata dall’ottica religiosa dell’uomo e con

³ Ippocrate. La malattia sacra, a cura di Amneris Roselli. 2001

l'emergere della demonologia. Sempre nell'antica Roma si svilupparono alcune idee sul legame causale tra fattori esterni e psicosi. Tali ideali furono poi destinati a rimanere sullo sfondo di interpretazioni irrazionali e semplicistiche.

Nel Medioevo, per molti anni, la malattia mentale assunse una connotazione del tutto negativa e le persone considerate folli venivano segregate, escluse e a volte gli si attribuivano delle pene. *“nel medioevo il folle era l'espressione del male e della bontà redentiva, in connessione con l'idea della malattia come “collera di Dio” e “Bontà di Dio” dunque oggetto di carità ma anche di pratiche purificatrici.”*⁴ Un'altra interpretazione diffusa nel medioevo era che le persone affette da malattie mentali venivano considerati posseduti da demoni malvagi, di avere una morale debole o l'essere sottoposti alla punizione divina. Una delle pratiche purificatrici più diffuse nel medioevo era l'allontanamento e il folle veniva esiliato e costretto a vivere la sua vita emarginato senza nessuna possibilità di reintegrazione.

Nel 1656 in Francia, in particolare a Parigi, nacque l'Hopital general, una struttura che pur avendo il nome di ospedale rappresentavano un luogo di reclusione dove i malati mentali ricevevano sia assistenza che punizioni, dove le condizioni di vita erano molto precarie. Queste strutture erano tra il medico e il giuridico e contribuirono ad imprigionare la follia. Una svolta nella concezione della malattia mentale ci fu con l'avvento dell'illuminismo e della Rivoluzione Francese portarono l'affermazione dei diritti di uguaglianza e libertà dell'uomo *“all'avvio di una cultura di approccio curativo alla massa indefinita di deboli mentali contro la dominante tendenza all'internamento fisico.”*⁵ Nel periodo dell'illuminismo si sviluppò un pensiero critico che permise l'apertura alla tecnica e all'evoluzione, all'osservazione mirata e alla sperimentazione, alla scienza e ai diritti dell'uomo. La malattia mentale, quindi, non è più legata al peccato e si comincia a comprendere che si tratta di patologia organica e/o sofferenza umana, rimettendo l'uomo al centro del problema vedendolo in una concezione più totale considerando l'anima e il corpo nella sua interezza, nella sua realtà, con le sue emozioni e come persona inserita in una sfera sociale.

⁴ Crispiani Piero. Storia della pedagogia speciale. L'origine, lo sviluppo, la differenziazione. p. 80. 2016

⁵ Ivi. p. 81

*“l’800 vede tuttavia una prima forma di evoluzione terapeutica nel passaggio dalla reclusione al “sistema degli asili”, azione iniziata da P. Pinel nel 1793 e gradualmente generalizzata. I malati mentali saranno destinati pertanto ai manicomi, molto diffusi in Europa sin dal ‘700.”*⁶ Pinel colse il rapporto tra la relazione tra la disintegrazione sociale, la miseria e i disturbi mentali, inoltre riconobbe l’importanza degli elementi emozionali e psicologici nei disturbi mentali, a lui si deve il primo tentativo di trattamento medico razionale della follia. Pinel definì il manicomio come *“un luogo deputato a difendere, più che la società dai malati, i malati da una società turbolenta, assicurando loro la soddisfazione dei bisogni minimi oltre che primari come l’averne un letto, del cibo, il riscaldamento, lo svago e le cure. L’abolizione della contenzione e l’utilizzo di farmaci orientano la psichiatria a intendere la cura come una rieducazione ambientale e morale, quale rimedio ai danni prodotti dalla società stessa”*⁷. Pinel, quindi, trasformò il manicomio da luogo di contenzione a luogo di cura, dando ai folli la dignità di malati.

Il 900’è il periodo del riscatto del malato mentale e di una nuova visione della vita psichica individuale e della personalità umana. Per la prima volta si riconobbe la mente è legata saldamente ad altre aree, sfere della vita della persona, come le relazioni sociali, gli ambienti di vita e di crescita e del vissuto della persona. Viene assunta una visione globale dell’uomo, dove corpo e mente vengono visti come elementi uniti ed indivisibili. Queste nuove visioni orientarono i futuri trattamenti della Salute Mentale, in percorsi volti ad eliminare ed abbondare l’assistenzialismo ed a adottare approcci educativi. Il culmine di tale percorso è individuabile nella Legge 180 del 13 maggio del 1973, Legge Basaglia, che sancì in Italia la chiusura dei manicomi e l’avvio dei servizi sociosanitari nazionali.

⁶ Ivi. p. 97-98

⁷ Classici della psicologia

1.3 La legge Basaglia

La Legge 180 del 13 maggio del 1978, o Legge Basaglia, fu l'apice di un percorso che portò alla chiusura dei manicomi e l'avvio dei servizi sociosanitari. Questa legge fu un'importante svolta sia in ambito legislativo che in ambito sanitario atto a voler ridare dignità, valore e voce in capitolo ai malati mentali. Infatti, fino alla prima metà del Novecento, tali persone venivano isolati e repressi anche con la forza e la contenzione, oggi sono persone libere e godenti dei diritti spettanti. Con la Legge 180 (Basaglia) furono spazzati via secoli di ingiustizie e abusi che erano costretti a subire le persone considerate folli. I primi anni 50 del ventesimo secolo, in Italia, possono essere definiti come l'epoca dell'istituzionalizzazione del malato mentale, dove la parola "follia" era ancora associata alla parola "pericolo" e quindi il pensiero comune era che tali persone dovevano essere separate dalle persone considerate "normali" ed i luoghi individuati affinché avvenisse ciò erano gli ospedali psichiatrici o manicomi. I manicomi furono introdotti con la Legge 14 febbraio 1904 n.36, o Legge Giolitti, con il titolo "*Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*"⁸ e si richiedeva l'obbligo di ricovero per le persone dementi pericolosi o scandalosi, l'ammissione solo dopo procedure giudiziarie, tranne per le emergenze, le spese a carico delle Province e l'istituzione di servizi speciali di vigilanza per le persone alienate, lo scopo era quello di regolamentare tutte le strutture. Inoltre, tale legge prevede con l'Art. 1 "*Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi. sono compresi sotto questa denominazione, agli effetti della presente legge, tutti quegli istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere. Può essere consentita dal Tribunale, sulla richiesta del procuratore del re, la cura in una casa privata, e in tal caso la persona che le riceve e il medico che le cura assumono tutti gli obblighi imposti dal regolamento. Il direttore di un manicomio può sotto la sua responsabilità autorizzare la cura di un alienato in una casa privata, ma deve darne immediatamente notizia al procuratore del re e all'autorità di pubblica sicurezza.*"⁹ I manicomi erano situati all'interno delle città, dove l'individuo, non veniva privato

⁸ Legge 14 febbraio 1904 n.36

⁹ Legge 14 febbraio 1904 n.36 art.1

soltanto dei suoi diritti civili, ma anche della sua dignità di uomo e presto divennero luoghi di reclusione dove il concetto di cura andava perdendosi. L'accesso al manicomio avveniva per richiesta *“dai parenti, tutori o protutori, e può esserlo da chiunque altro nell'interesse degli infermi e della società”*¹⁰, il pretore autorizzava, in via provvisoria, su presentazione di un certificato medico e di un atto di notorietà, mentre era il tribunale a disporre il ricovero, in accordo con il direttore del manicomio, dopo un periodo di osservazione che durava circa un mese, passato il periodo di osservazione la persona veniva rinchiusa per sempre, salvo nuove disposizioni da parte del tribunale.

Nella seconda metà del 900 il sistema sanitario, in particolare quello riguardante la Salute Mentale, subì numerosi cambiamenti, come l'utilizzo a scopo terapeutico dei primi psicofarmaci, il ridimensionamento del personale degli Ospedali Psichiatrici con l'introduzione di nuove figure professionali come psicologi, psicoterapeuti, neurologi ed assistenti sociali. Con la Legge 431 del 18 marzo 1968 ci fu una nuova ristrutturazione degli Ospedali Psichiatrici con l'inserimento dello psichiatra anche negli ospedali civili, venne istituito il ricovero volontario, l'abolizione dell'obbligo di annotazione dei provvedimenti di ricovero nel casellario giudiziario, inoltre, introduceva i Centri di Igiene Mentale (CIM) ovvero servizi sul territorio destinati a una funzione di terapia e di prevenzione della malattia.

La svolta si ebbe, come citato all'inizio del paragrafo, con la Legge 180 del 13 maggio 1978, o Legge Basaglia, sancì la chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici o manicomi, l'integrazione dell'assistenza psichiatrica nel SSN (Servizio Sanitario Nazionale), la limitazione del trattamento sanitario obbligatorio (TSO) e la creazione di strutture territoriali per l'assistenza psichiatrica. Il T.S.O è uno strumento che nasce con l'obiettivo di cautelare i diritti del cittadino e non più come mezzo di esclusione sociale. Con la chiusura dei manicomi i trattamenti sanitari obbligatori vengono effettuati in specifiche strutture della Salute Mentale, vengono così istituiti, negli ospedali generali, i Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura (SPDC). La Legge Basaglia introdusse il concetto di *“centralità della persona”*, l'attenzione è rivolta all'individuo e non alla patologia, l'individuo viene considerato unico, con una propria storia, un proprio vissuto e dei

¹⁰ Legge 14 febbraio 1904 n.36 art.2

bisogni di cura. Inoltre, ha contribuito a ridare dignità ai malati mentali, rispettando i loro diritti e riconoscendole come persone.

Riportare persone con disturbo mentale nell'ambito della normale fruizione di beni, delle leggi e dei servizi rappresenta, oggi, la più importante via di uscita dalla spirale disturbo mentale – etichettamento- emarginazione (Dell'Acqua, 2010).

Tra gli anni 90' e il 2000 vengono emanati due importanti DPR sulla Salute Mentale, cioè il primo Progetto obiettivo nazionale "Tutela della Salute Mentale 1994-1996, ed il secondo "1998-2000". Il primo *"progetto-obiettivo individuava quattro questioni principali da affrontare per dare basi più solide al settore dell'assistenza psichiatrica, riferita alla popolazione adulta, onde migliorarne la qualità complessiva: la costruzione di una rete di servizi in grado di fornire un intervento integrato, lo sviluppo dell'organizzazione dipartimentale del lavoro, l'aumento delle competenze professionali degli operatori per far fronte a tutte le patologie psichiatriche e il definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico mediante l'attuazione di programmi mirati ad una nuova sistemazione dei degenti.*¹¹ L'organizzazione dovrà essere di tipo dipartimentale e viene individuato come fulcro del servizio e come struttura territoriale sanitaria esterna all'ospedale che si occuperà di prevenzione, riabilitazione e cura della malattia mentale il Centro di Salute Mentale (CSM). Il secondo progetto-obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1998-2000" *"operativamente caratterizzato da indicazioni precise sulla "missione" dei dipartimenti di salute mentale, sugli obiettivi di salute e sugli interventi che prioritariamente devono essere realizzati. Nella progettazione delle attività volte a contrastare la diffusione dei disturbi mentali, i servizi di salute mentale, pur senza trascurare la domanda portatrice di disturbi mentali medio-lievi, devono dare, nell'arco del triennio, priorità ad interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi, da cui possono derivare disabilità tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza, con alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione sociale*¹²." Questo progetto rappresenta quindi un percorso di sviluppo dell'assistenza psichiatrica in termini sia quantitativi che qualitativi, nel quale si descrive anche il modello organizzativo del Dipartimento di Salute Mentale, sottolineando anche

¹¹ Ministero della Salute. Progetto obiettivo "tutela della Salute Mentale 1994-1996"

¹² Ministero della Salute. Progetto obiettivo "tutela della Salute Mentale 1998-2000"

l'importanza del lavoro d'équipe. Inoltre, si descrivono i distretti psichiatrici, come SPDC, CSM, Day Hospital e Centri Diurni e le loro relative funzioni, affermando la centralità del CSM come centro del coordinamento degli interventi da attuare sul territorio e organizzazione del lavoro di équipe.

1.4 Disturbi psichici

I manuali diagnostici nascono dall'esigenza di poter classificare e catalogare, a livello internazionale, i disturbi, o malattie, mentali. Tale esigenza nasce dal fatto di voler creare un glossario comune per migliorare la comunicazione, fornendo uno schema di codifica comune sulla base di codici formati da sequenze ordinate di lettere e numeri, ognuno dei quali identifica una determinata patologia, permettendo di confrontare i dati tra i vari paesi, le varie discipline e periodi. L'unico e il solo manuale diagnostico per i disturbi mentali è il DSM *“(sigla dell'ingl. **Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders**) Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali che consiste in una classificazione delle malattie psichiatriche basata sulla sintomatologia; la classificazione è nosografica (prescinde dalle caratteristiche personali del paziente), a teoretica (non tiene conto di teorie o scuole psichiatriche), e i sintomi sono raggruppati con criteri statistici, cioè in base alla loro frequenza nelle patologie.”*¹³ Il primo DSM, il DSM-I, risale al 1952, quando successivamente alla guerra, a causa di essa, emersero numerose patologie e disturbi psichiatrici e si sentì la necessità creare una classifica ordinata e sistemica dei disturbi mentali visto l'aumento dell'insorgenza di quest'ultimi. In seguito, poi si succedettero altre edizioni: il DSM-II nel 1968, poi il DSM-III nel 1980(revisionato poi nel 1978) e nel 1994 il DSM-IV che viene poi revisionato nel 2000, fino ad arrivare al manuale diagnostico psichiatrico che utilizziamo anche oggi ovvero il DSM-V che venne pubblicato nel 2014. Mentre le prime tre edizioni erano molto simili tra loro, il DSM-IV introduce delle novità nella forma e nel contenuto, come l'utilizzo di una classifica di tipo categoriale suddividendo i disturbi in classi differenziate utilizzando un insieme di criteri di tipo descrittivo. Nonostante tale metodo abbia numerosi vantaggi rappresenta una forzatura, in quanto i pazienti vengono classificati sulla base di somiglianza con il modello della categoria e per la diagnosi, perché non esistono confini netti tra i disturbi mentali. Tale forzatura è stata riconosciuta anche dagli autori del DSM-

¹³ Enciclopedia Treccani

IV che infatti invitarono ad usare il manuale in modo flessibile. Un'altra novità introdotta è stata l'adozione e la divisione in una struttura multi-assiale formata da cinque "assi" e volta a semplificare a una diagnosi standardizzata: *"asse 1, disturbi clinici e altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione, patologie psichiche temporanee o comunque non strutturali e disturbi imputabili a patologie extracerebrali; asse 2, disturbi di personalità e ritardo mentale, stabili, strutturali; asse 3, malattie generali e disordini fisici; asse 4, problemi psicosociali e ambientali che contribuiscono al disordine psichico; asse 5, valutazioni globali del funzionamento"*.¹⁴ L'obiettivo del DSM-IV era quello di creare uno strumento che favorisse la ricerca e la comunicazione tra i vari professionisti e fornisse delle linee guida diagnostiche che il clinico potesse utilizzare in modo flessibile.

Nel 2014 fu redatto il DSM-V per fronteggiare la disuguaglianza tra i sintomi e al conseguente innalzamento dei livelli di comorbidità. L'innovazione più significativa è stata il superamento del sistema assiale in favore del raggruppamento denominato "spectrum disorders" che consiste nell'inserimento nello stesso gruppo disturbi con caratteristiche diverse, ma che possono avere possibili basi neuropatologiche. Il manuale è suddiviso in tre sezioni, la prima sezione è un'introduzione sull'utilizzo del manuale, la seconda sezione comprende i criteri diagnostici e codici (22 aree diagnostiche) e l'ultima sezione le condizioni che hanno ancora bisogno di approfondimenti e di studi, inoltre quest'ultima evidenzia anche le differenze a causa del genere, dell'etnia e della cultura, fattori clinicamente importanti da un punto di vista psicopatologico.

I manuali diagnostici contengono un'importante quantità di disturbi psichici, è necessario però fare una distinzione tra nevrosi e psicosi. Per nevrosi si intendono i disturbi psichici più comuni ma, nonostante ciò, non compromettono il rapporto con la realtà. Invece, per psicosi si intende *"L'insieme di condizioni psicopatologiche gravi contraddistinte dalla perdita del contatto con la realtà e delle capacità di critica e giudizio, dalla presenza di disturbi pervasivi del pensiero, delle percezioni e dell'affettività e da una compromissione delle abilità e delle relazioni sociali"*¹⁵. La differenza più significativa tra nevrosi e psicosi è il distacco dalla realtà presente nella psicosi e non nella nevrosi.

¹⁴ Enciclopedia Treccani, definizione DSM

¹⁵ Enciclopedia Treccani, definizione Psicosi

Disturbi d'ansia

L'ansia è un'emozione complessa, che in condizioni fisiologiche attiva la vigilanza e prepara l'individuo ad affrontare uno stato di allerta. Quando diventa patologica può portare il soggetto a bloccarsi (Freezing), può coinvolgere il corpo (Angoscia), può portare al timore di avere una malattia (Ipocondria) oppure può determinare una psicopatologia ad insorgenza acuta e particolarmente intensa, in cui il soggetto ha la sensazione di perdere il controllo (Attacco di Panico). Quando l'ansia patologica è legata a specifiche situazioni o contesti e si protrae nel tempo, si verifica un'Ansia Anticipatoria che spinge spesso ad attivare condotte di evitamento. Ai sintomi di natura psichica possono essere associati anche delle manifestazioni somatiche come la tachicardia, l'affanno, la sudorazione, rigidità muscolare ecc.

Disturbi d'ansia generalizzata

La caratteristica principale è un'ansia diffusa e persistente durante tutto il corso della giornata.” *La sintomatologia è variabile, sono però individuabili sintomi comuni quali la sudorazione, il tremore, la sensazione costante di nervosismo e le palpitazioni. Il decorso è cronico e solitamente non rappresenta un'invalidazione pesante per il soggetto.*”¹⁶ A causa di queste preoccupazioni eccessive, relative al fatto che possono accadere delle situazioni negative, per il soggetto risulta difficile controllare il proprio stato di tensione.

Disturbi fobici

I disturbi fobici sono disturbi d'ansia molto diffusi e si manifestano con la paura persistente e immotivata di aspetti specifici. Le fobie specifiche sono molto diffuse nella popolazione, e riguardano situazioni specifiche che se entrano in contatto con il soggetto possono generare attacchi di panico.

Disturbo da attacchi di panico

Il panico è un'ansia molto intensa che si accompagna alla paura di perdere il controllo. Nel disturbo da attacchi di panico compaiono crisi di grave ansia acuta in circostanze in cui non vi è un obiettivo pericolo. “*L'attacco può essere solitamente accompagnato da*

¹⁶ Nardi Bernardo, et al. Manuale essenziale di psichiatria.

una serie di sintomi quali difficoltà respiratoria, sudorazione, tachicardia e nei casi più gravi, alterazioni della percezione della realtà."¹⁷

Disturbo ossessivo-compulsivo

Il disturbo ossessivo-compulsivo è un disturbo cronico caratterizzato da pensieri ossessivi e/o comportamenti compulsivi ricorrenti. I pensieri ossessivi sono idee, immagini o impulsi, ricorrenti e persistenti, che entrano ripetutamente nella mente del soggetto in modo stereotipato e intrusivo. L'ossessione comporta il compiere comportamenti ripetitivi per neutralizzare il pensiero "ego distonico" (pensiero che fa star male). La compulsione è un comportamento che il soggetto è costretto a fare in modo ritualizzato perché sennò non sa cosa gli potrebbe accadere.

Disturbi dell'umore

L'umore è lo stato emotivo e affettivo globale ed unitario di fondo. Esprime l'atteggiamento interiore prevalente in un dato momento della vita psichica di un individuo. Il tono dell'umore costituisce la risultante dell'insieme di emozioni e di affetti ed è legato sia ad aspetti contingenti sia ad aspetti acquisiti attraverso il confronto con le esperienze fatte. Il tono dell'umore oscilla quotidianamente, in condizioni fisiologiche, le oscillazioni non sono mai marcate e consentono al soggetto di adeguarsi coerentemente al contesto e alla situazione. Nei disturbi psicopatologici dell'umore, questo appare rigido e difficilmente adattabile rispetto al variare degli stimoli o delle circostanze esterne e tende a presentare oscillazioni oltre i limiti della norma. L'umore depresso (ipotimia) si manifesta con prevalenza di sentimenti di tristezza, di pessimismo, dolore, infelicità, colpa, accompagnati da rallentamento o inibizione di tutta l'attività psichica e motoria. Gli innalzamenti psicopatologici del tono dell'umore caratterizzano l'umore maniaco (ipertimia), con euforia, facile distraibilità, riduzione del bisogno di sonno, iperattività, accelerazione delle idee e del linguaggio, disinibizione sessuale. L'umore è regolato dalla serotonina. I disturbi dell'umore sono distinti in forme monopolari e in forme bipolari. Le forme monopolari si manifestano con episodi depressivi più o meno gravi, unici o ricorrenti o come distimia (depressione cronica). Le forme bipolari si distinguono in bipolare tipo I, che è caratterizzato da un andamento nel tempo di episodi con tono

¹⁷ Nardi Bernardo, et al. Manuale essenziale di psichiatria.

dell'umore orientato in senso prevalentemente maniacale, e il tipo II caratterizzato da un andamento nel tempo di episodi con il tono dell'umore orientato in senso prevalentemente ipomaniacale. Le fluttuazioni del tono dell'umore che caratterizzano il disturbo bipolare esprimono oscillazioni tra fasi in cui il soggetto tenta di reagire al senso di pessimismo e di fallimento che lo pervade attraverso un affaccendamento ed una iperattività di pensiero e comportamento, e altri momenti in cui il senso di sé cede alla rassegnazione e alla disperazione.

Schizofrenia

La schizofrenia rappresenta il disturbo principale tra i disturbi psicotici, in quanto causa una disgregazione della personalità alquanto invalidante, *“con il termine schizofrenia si definisce una serie di disturbi che interessano diverse funzioni psichiche e che comportano una marcata disfunzione dell'autonomia personale, della cura di sé, delle capacità sociali, lavorative, scolastiche e tendono ad avere un decorso tendenzialmente cronico”*¹⁸. Il pensiero e il linguaggio appaiono disorganizzati, incoerenti, frammentati, con tendenza a deragliare dalla logica comune. In questi disturbi sono in vario modo presenti “sintomi positivi” e “sintomi negativi”. Per sintomi positivi si intendono neoproduzioni psichiche mediante le quali il soggetto cerca di mantenere un rapporto con il mondo, sia pure abnorme, non riconosciuto e non criticato consapevolmente. I sintomi positivi sono tre: le allucinazioni, che sono percezioni false in mancanza di un oggetto reale, i deliri, ossia disturbi del contenuto del pensiero caratterizzati da idee false, non modificabili da prove o da argomenti razionali esterni, che vengono rifiutate, la catatonìa cioè un arresto psicomotorio, con rigidità muscolare generalizzata, persistente tensione interna e opposizione alle sollecitazioni interne. I sintomi negativi, invece, esprimono un atteggiamento, attivamente destabilizzante a livello affettivo, portando la persona al ritiro sociale, all'appiattimento emotivo, alla mancanza di iniziativa e all'impoverimento del linguaggio e del pensiero. Il decorso della schizofrenia è caratterizzato da ricadute e remissioni, la persona dopo ogni ricaduta, non ritorna allo stesso livello di funzionamento e si avvia verso un peggioramento graduale e progressivo. Nel tempo i sintomi positivi

¹⁸ Nardi Bernardo, et al. Manuale essenziale di psichiatria.

ad essere meno gravi mentre quelli negativi possono peggiorare le condizioni di vita del soggetto.

Disturbi di Personalità

I disturbi di personalità sono l'espressione diretta di fragilità e rigidità dei tratti che costituiscono la personalità di un individuo e che caratterizzano quindi il suo modo di essere e di comportarsi abitualmente, accompagnandolo, tra alti e bassi, tutta la vita. La personalità è l'insieme delle caratteristiche che permettono a ciascun individuo di riconoscersi e di dare stabilità alla propria identità (modi di pensare, di agire e di sentire). Esistono 10 diversi disturbi che sono divisi in 3 gruppi, detti cluster, sulla base delle loro caratteristiche comuni:

Cluster A: è formato da patologie accumulate alla presenza di tratti psicotici. Si manifestano con comportamenti strani ed eccentrici e portano la persona a vivere in modo isolato e ad essere diffidente nei confronti degli altri.

- Personalità Paranoide: soggetti diffidenti, sospettosi, rancorosi, si sentono perseguitati o traditi. Soggetti rigidi, ben dotati cognitivamente.
- Personalità schizoide: soggetti solitari, freddi ed indifferenti nei confronti degli altri
- Personalità schizotipico: soggetti tendenti ad isolarsi, eccentrici, con convinzioni strane.

Cluster B: raggruppa le patologie con alterazioni emotive che coinvolgono sia l'intensità che l'espressione dei propri stati interiori, facendo fatica a regolare le proprie emozioni e a controllarle. Le emozioni risultano esasperate e imprevedibili.

- Disturbo di personalità antisociale: soggetti che non rispettano le regole, violano i diritti degli altri senza rimorso. Non ha regole né sensi di colpa.
- Disturbo di personalità borderline: soggetti instabili nell'umore, nel senso di sé e nei rapporti con gli altri, impulsivi. Oscillano tra normalità, nevrosi e psicosi, inoltre possono avere comportamenti antisociali.
- Disturbo di personalità istrionico: soggetti iperemotivi, teatrali con eccessiva ricerca di attenzione.

- Disturbo di personalità narcisistico: soggetti con grandioso senso di sé, iper-bisognosi di sentirsi ammirati e non empatici.

Cluster C: contraddistinto da elevati livelli di ansia e preoccupazioni collegate al contesto sociale. Tali soggetti sono particolarmente inibiti sul piano delle relazioni e tendono ad essere isolate.

- Disturbo di personalità evitante: soggetti inibiti socialmente, ipersensibili ai giudizi negativi, con marcato senso di inadeguatezza.
- Disturbo di personalità dipendente: soggetti iper-bisognosi di essere accuditi, consigliati, guidati, incapaci di scegliere e prendere decisioni autonome, timorosi della separazione.
- Disturbo di personalità ossessivo-compulsivo: soggetti estremamente preoccupati per ordine, pulizia, perfezione e controllo, iper-attenti ai dettagli e alle regole, poco flessibili e aperti nei confronti degli altri.

Disturbi della condotta alimentare (DCA)

La condotta è un comportamento abituale che riguarda un settore della nostra vita e che richiede una certa motivazione. I disturbi della condotta alimentare sono patologie il cui tratto distintivo è un'eccessiva preoccupazione, da parte della persona, per l'alimentazione, con conseguente alterazione di essa, e/o per il proprio corpo. Possono essere divisi in tre disturbi. Il primo è l'anoressia: una marcata paura di aumentare di peso e di diventare grassi, anche quando si è notevolmente magri. La paura di ingrassare persiste anche con il progredire del dimagrimento ed esprime una profonda alterazione dell'identità personale, si manifesta sia nel rapporto con il proprio corpo e con la propria sessualità, sia nelle relazioni con le figure significative. Il secondo disturbo è la bulimia: ovvero la tendenza ricorrente ad ingerire oltre misura qualsiasi cibo sotto forma di abbuffate. Il soggetto ha la sensazione di perdere il controllo sulla condotta alimentare, con conseguente incapacità di riuscire a smettere di mangiare o controllare cosa e quanto e quanto stia mangiando. Nella bulimia con condotte di eliminazione il soggetto previene l'incremento ponderale con vomito autoindotto o uso eccessivo di lassativi, diuretici ed enteroclistmi. Il terzo è il disturbo da alimentazione incontrollata (Binge Eating): abbuffate non seguite da condotte compensatorie per tentare di smaltire l'eccessiva ingestione di cibo. Il soggetto perde il controllo sull'atto del mangiare, per cui assume in

maniera rapida e compulsiva smodate quantità di cibo, non riuscendo a smettere di mangiare.

CAPITOLO 2

RUOLO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE

2.1 L'Educatore professionale e la rete dei servizi psichiatrici

Successivamente alle riforme del 1978 i servizi assistenziali psichiatrici, in Italia, subirono notevoli trasformazioni. Queste riforme partono dal presupposto che la sofferenza psichica è legata ai rapporti tra l'individuo e l'ambiente nel quale egli si trova a vivere e quindi occorre affrontare il disagio dove sorge e non in una realtà esterna. La legge n°180 sancì la chiusura dei manicomi consentendo la riorganizzazione del S.S.N e di appositi servizi di psichiatria territoriale diffusi e diversificati nel territorio, che consento ai cittadini con disturbi psichici di mantenere rapporti con la collettività in cui sono inseriti. Le strutture manicomiali vengono sostituite da una nuova rete di servizi, chiamati Dipartimenti di Salute Mentale, il cui compito non si limita alla cura, bensì comprendere la prevenzione e la riabilitazione nel territorio. Con la moderna strutturazione dipartimentale di tali servizi si è data la possibilità al paziente psichiatrico di mantenere una continuità di rapporti con la propria famiglia e con la realtà del tessuto sociale locale, contrastando quei fattori che, nell'esperienza manicomiale, fungevano da rinforzi alla cronicità istituzionale. Il soggetto non viene più sequestrato, estrapolato dal suo ambiente e portato in un luogo fisicamente distante, dove è facile dimenticare ed essere dimenticato, bensì è il luogo stesso della cura che si sposta verso di lui, nella realtà dei suoi rapporti.

Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

“Il Dipartimento di salute mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL).”¹⁹

Il DSM coordina le attività di tutti i servizi che ne fanno parte, ognuno dei quali impegnato nell'offrire un supporto differente in base alle specifiche mansioni, tutto ciò avviene in

¹⁹ Ministero della Salute. *La rete dei servizi per la Salute Mentale*

affiancamento con un Comitato tecnico con funzioni pratiche, organizzative e scientifiche.

Il Dipartimento di Salute Mentale è dotato di servizi come:

- *Il CSM (Centro di Salute Mentale), servizio per l'assistenza diurna;*
- *Il CD (Centro Diurno), servizio semiresidenziale;*
- *Le SR (Strutture Residenziali), distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative;*
- *Servizi Ospedalieri: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH);²⁰*

Lo scopo principale è quello di creare una psichiatria di comunità che renda partecipe attivamente, oltre ai soggetti interessati, le loro famiglie e la cittadinanza. Tutto ciò è reso possibile grazie alla collaborazione instaurata tra il DSM e il terzo settore e il privato sociale, ovvero le cooperative, le associazioni di volontariato e le fondazioni che operano nel territorio ed erogano servizi alternativi e integrativi a quelli offerti dalle ASL.

Centro di Salute Mentale (CSM)

Il Centro di Salute Mentale (CSM) viene individuato come fulcro del servizio e come struttura territoriale sanitaria esterna all'ospedale che si occuperà di prevenzione, riabilitazione e cura della malattia mentale. La componente fondamentale è l'équipe multidisciplinare formata dallo psichiatra, dallo psicologo, dall'assistente sociale, dall'educatore, dall'assistente sociosanitaria e personale amministrativo, fornendo interventi sia di tipo ambulatoriale che domiciliare. Tali professionisti lavorano in maniera integrata, anche con la partecipazione del paziente, sviluppando piani terapeutici di cura e di riabilitazione. *“Il CSM assicura i seguenti interventi:*

- *trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni Day hospital strutture residenziali, ricoveri*
- *attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi*

²⁰ Ministero della Salute. *La rete dei servizi per la Salute Mentale*

nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica

- *attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formativa. In alcuni CSM è attiva anche una linea telefonica dedicata ai medici di famiglia per counselling, durante l'orario di apertura*
- *consulenza specialistica per i servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze ecc.), nonché per le strutture residenziali per anziani e per disabili*
- *attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private accreditate, al fine di assicurare la continuità terapeutica*
- *valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità delle pratiche e delle procedure adottate*
- *intese e accordi di programma con i Comuni per, tra l'altro, inserimenti lavorativi degli utenti psichiatrici, affido etero-familiare ed assistenza domiciliare*
- *collaborazione con Associazioni di volontariato, scuole, cooperative sociali e tutte le agenzie della rete territoriale.*

*È previsto che il CSM sia attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana.*²¹

Il Centro Diurno (C.D.)

Il Centro Diurno è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel contesto territoriale. È aperto almeno otto ore al giorno per sei giorni a settimana. È dotato di una propria équipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato. Dispone di locali idonei adeguatamente attrezzati. Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini

²¹ Ministero della Salute. *La rete dei servizi per la Salute Mentale*

dell'inserimento lavorativo.²² All'educatore professionale, in accordo con l'équipe, il compito di progettare e condurre interventi individualizzati volti al miglioramento della qualità della vita ed a un maggior grado di benessere. Al fine di tutto ciò è importante svolgere attività impostate in maniera specifica sui bisogni dell'utenza, in particolare quelle attività che hanno come obiettivo il reinserimento sociale.

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è situato all'interno delle strutture ospedaliere. *“Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero. Esplica, inoltre, attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri. E' parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale, anche quando l'ospedale in cui è ubicato non sia amministrato dalla stessa Azienda sanitaria. In tal caso i rapporti tra le due Aziende sanitarie sono regolati da convenzioni obbligatorie, secondo le indicazioni della Regione. Il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti. Ciascun SPDC contiene non più di 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni.”*²³ La terapia prevista all'interno del SPDC è strettamente di tipo farmacologico, in quanto l'obiettivo principale della struttura è la remissione dei sintomi e la stabilizzazione dell'acuzie del paziente per poi inserirli nelle strutture più congrue ai bisogni della persona.

Day Hospital (DH)

Il D.H. costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocato all'interno dell'ospedale, con un collegamento funzionale e gestionale con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Può essere, inoltre, collocato presso strutture esterne all'ospedale, collegate con il CSM, dotate di adeguati spazi, delle attrezzature e del personale necessario. È aperto almeno otto ore al giorno per 6 giorni alla settimana. L'utente vi accede in base a programmi concordati tra gli operatori del DSM.²⁴ Il Day Hospital permette di fare controlli diagnostici, permette di effettuare trattamenti farmacologici e

²² PROGETTO OBIETTIVO “TUTELA SALUTE MENTALE 1998-2000”

²³ Ministero della Salute. *La rete dei servizi per la Salute Mentale*

²⁴ PROGETTO OBIETTIVO “TUTELA SALUTE MENTALE 1998-2000”

riduce l'uso del ricovero o cerca di limitarne l'utilizzo. Inoltre, il Day Hospital va sempre condiviso e effettuato in accordo con i referenti sul territorio come l'équipe del CSM, mantenendo con tali un contatto costante a livello informativo.

Strutture Residenziali

Una Struttura Residenziale è *“una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socioriabilitativo per i cittadini con disagio psichiatrico inviati dal CSM con programma personalizzato e periodicamente verificato. Queste strutture hanno lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative.”*²⁵ L'inserimento in una struttura residenziale, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, avviene esclusivamente a cura del Centro di Salute Mentale, tramite una procedura di consenso professionale per una buona pratica clinica, relativa a criteri di appropriatezza e condizioni che suggeriscono il ricorso ad un trattamento in regime residenziale, come processo attivo e non autorizzazione “passiva”.²⁶ La durata dell'inserimento della persona nelle strutture residenziali varia in base al grado di assistenzialità, quindi la durata non è standard ma variabile. L'obiettivo delle strutture residenziali, tramite degli interventi mirati, è quello di far maturare la persona, tramite lo sviluppo di competenze, capacità e abilità che gli permettono di un graduale recupero delle autonomie di base e indipendenza.

L'Educatore Professionale

L'Educatore Professionale è definito, come da D.M 8 ottobre 1998 n.520, come *“l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà.”*²⁷ L'educatore professionale fonda il suo agire sulla relazione educativa, intesa come il quadro su cui fonderà e si originerà l'intero intervento educativo, processo tramite cui la persona potrà raggiungere un maggior grado di autonomia e

²⁵ Ministero della Salute. *La rete dei servizi per la Salute Mentale*

²⁶ Ministero della Salute. *Le strutture residenziali psichiatriche*

²⁷ D.M. 8 ottobre 1998, n. 520.

benessere e quindi migliorare le proprie condizioni di vita. La relazione educativa e in particolare la relazione d'aiuto si propone di sviluppare sia l'interiorità che la socialità. Lo scopo della relazione d'aiuto è quello di fargli raggiungere un maggior livello di autonomia, autostima, di senso di responsabilità, sostenendo quel processo di cambiamento nel suo modo di percepire la realtà e di viverla sul piano emotivo affinché sia possibile ottenere una nuova ristrutturazione della situazione socio-ambientale e le relazioni che la connotano. L'obiettivo del lavoro svolto dall'educatore non è tanto quello di curare la patologia individuale o sociale ma quello di sostenere nel soggetto e nel gruppo un processo di apprendimento di modi diversi di pensare, sentire, agire che rendano più adeguati e funzionali gli sforzi per affrontare e risolvere la propria situazione, anche con il supporto di quelle risorse materiali e immateriali che l'educatore riesce ad attivare in rapporto al progetto d'azione e d'aiuto che ha predisposto con il soggetto. *“Questo processo d'aiuto si attua su diversi piani; sul piano organizzativo-promozionale, lavorando sulle reti sociali, istituzionali e ambientali per coinvolgerle in trono al progetto formulato; sul piano razionale-emotivo, cercando di ottenere dal soggetto un cambiamento nel modo di percepirsi e di rappresentarsi la realtà, le difficoltà e i problemi che gli provocano stress e ansia, ragionando sulle possibili soluzioni e vie d'uscita; sul piano comportamentale, sostenendo il soggetto nello svolgimento di determinati compiti di sviluppo.”*²⁸ Il punto centrale è la capacità dell'educatore di coinvolgere la persona nell'elaborazione del progetto che impegni vari livelli all'attivazione, al mantenimento, al recupero e al cambiamento delle abilità, capacità e potenzialità sia sul piano personale che sul piano relazionale. Quindi, l'intervento deve essere mirato, consapevole e specifico sulla base dei bisogni della persona; quindi, è necessaria la conoscenza del paziente che è raggiungibile solo con l'instaurarsi della relazione. L'educatore deve essere in grado di creare un setting e un clima che siano favorevoli alla nascita di una prima interazione; quindi, sono necessari la sospensione del giudizio, il rispetto dell'altro, l'empatia, l'ascolto, l'accoglienza, l'autenticità dell'operatore e l'intenzionalità, tutto ciò deve essere volto alla finalità educativa, cioè il miglioramento della qualità di vita. Per agire professionalmente nella complessità dell'agire educativo è molto importante possedere delle competenze, individuate nella

²⁸ Professione educatore. Modelli, metodi, strategie d'intervento. Maria Teresa Bassa Poropat, Fabrizio Lauria.

metodologia dell'educatore professionale. Agire con professionalità significa agire con metodo, ovvero insieme di decisioni, prassi e pensieri che rendono l'agire educativo tale. Il metodo, con l'esperienza, prende forma attenuandosi in pratiche educative che favoriscano lo sviluppo, il fiorire, il mantenimento delle potenzialità della persona. L'educatore fa parte ed è affiancato sempre da un'équipe multidisciplinare composta da più professionisti come infermieri, pedagogisti, tecnici della riabilitazione, operatori socio-sanitario e varie figure mediche. La varietà di figure professionali all'interno dell'équipe multidisciplinare permette di impostare e calibrare interventi mirati sulla persona che comprendano tutte le dimensioni di tale, sempre per il raggiungimento del miglior stato di benessere e migliori qualità della vita.

2.2 La figura dell'educatore professionale e la metodologia

La figura dell'Educatore Professionale nasce nel dopoguerra per necessità di accudimento dei bambini che erano rimasti orfani e ricoverati negli istituti; successivamente con la chiusura dei manicomi, con la legge 180 del 1978, la figura dell'educatore iniziò ad essere utilizzata nelle strutture territoriali per le persone con disagio psichico, inoltre tale figura, dopo l'emanazione del profilo professionale del 1984, si legò anche alle aree della disabilità e nelle attività terapeutiche delle dipendenze patologiche.²⁹ Sempre nel 1984 si riunì la "Commissione Nazionale di studio per la definizione dei profili professionali per la definizione e dei requisiti di formazione degli operatori professionali", attivata dal Ministero degli Interni, che giunse ad una definizione condivisa dell'educatore professionale *"L'educatore professionale è un operatore che, in base a una specifica formazione professionale di carattere teorico e tecnico-pratico e nell'ambito dei servizi socio-educativi e educativo-culturali extrascolastici, residenziali o aperti, svolge la propria attività nei riguardi di persone di diverse età, mediante la formulazione e attuazione di progetti educativi caratterizzati da intenzionalità e continuità, volti a promuovere e contribuire al pieno sviluppo delle potenzialità di crescita personale e di inserimento e partecipazione sociale, agendo, per il perseguimento di tali obiettivi, sulla relazione interpersonale, sulle dinamiche di gruppo, sul sistema familiare, sul contesto*

²⁹ **Francesco Crisafulli.** LE COMPETENZE DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE BUONA VOLONTÀ E BUONSENNO NON BASTANO PER I BISOGNI COMPLESSI DELLE PERSONE IN DIFFICOLTÀ

sociale e ambientale e sull'organizzazione dei servizi in campo educativo” ³⁰. Questa definizione, nonostante gli obiettivi che la commissione prefissò, non contribuì a produrre un profilo professionale giuridicamente riconosciuto. Successivamente ci furono ulteriori proposte di legge come il DM 10/2/1984 n.1219 e nel 1992 con la fondazione dell'ANEP (Associazione Nazionale Educatori Professionali) che però nessuna di queste furono mai approvate. Nonostante ciò, sempre nel 1992, con il Dlvo 502/92, stabilì che le figure professionali riconosciute dal Ministero della Sanità dovessero essere riordinate. La figura dell'Educatore Professionale fu riordinata con il DM 520/98 (citata nel precedente paragrafo) che pur avendo valenza solo in ambito sanitario, riconobbe la natura unitaria della professione, evidenziando con particolare attenzione la natura dei progetti che realizza l'educatore professionale. Infine, con la legge 328/00 ed il Dlgs 229/99 stabilirono che dovessero essere definiti i profili per gli ambiti sociali e sociosanitari, nell'ambito dei quali dovrà trovare riconoscimento anche la figura dell'Educatore Professionale. Negli ultimi anni la figura dell'educatore professionale ha visto il presentarsi di diversi Disegni di legge:

-Disegno Di Legge n. 2474: “Disciplina delle professioni di educatore professionale e pedagoga”: che prevede percorso formativo unico per l'educatore, creando un solo educatore professionale. Piano straordinario di assunzione di educatori professionali e pedagoga in particolare all'interno delle istituzioni scolastiche;

-Disegno Di Legge n. 2443: “Disciplina delle professioni di educatore professionale socio-pedagogico, educatore professionale socio-sanitario e pedagoga.”: è un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge n. 2656 e n. 3247; il primo rispettivamente dell'On. Iori e il secondo dell'On. Binetti; che portò, la figura dell'Educatore Professionale Socio-Pedagogico equiparata quasi all'attuale Educatore Professionale;

-Disegno Di Legge n. 3868: “Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute”: Il Disegno Di Legge n. 3868 viene presentato dal Ministro Lorenzin. Al Senato le era stato assegnato il n. 1324, approvato alla Camera Dei Deputati il 13\03\2017

³⁰ Commissione Nazionale di studio per la definizione dei profili professionali e dei requisiti di formazione degli operatori sociali 1984.

diventando il n. 3868; riapprodato in senato il 06\12\2017. Tale disegno di legge, per la figura dell'Educatore Professionale comportò all'istituzione dell'albo delle professioni sanitarie tecniche della riabilitazione e della prevenzione.³¹

Le Leggi dello stato italiano impongono l'iscrizione all' Albo Professionale per esercitare una specifica attività, ancor più obbligatoria se tali attività sono a stretto contatto con la sicurezza e la salute della persona. Per accedere e iscriversi all'Albo Professionale è necessario possedere un titolo di studio ed aver superato un esame di stato oltre ad avere una fedina penale pulita e possedere dei requisiti morali. Gli Albi Professionali sono aggiornati sistematicamente dagli ordini professionali che tutelano l'attività svolta dai professionisti e rappresentano l'organismo di autogestione di una professione. Tali enti vengono vigilati dal Ministero della Giustizia, gli ordini professionali hanno principalmente la funzione di assistere i cittadini e assicurare la coerenza tra la qualità dei servizi forniti e le retribuzioni adottate. Gli ordini professionali, oltre a tenere la revisione degli albi, devono tutelare, attraverso la comunicazione alla magistratura, gli abusi delle funzioni di una professione. Quindi, per esercitare la professione di Educatore Professionale è necessario l'iscrizione all'albo o alle liste speciali. Per tutti coloro che, in riferimento al comma 594 della legge 205/2017, modificato e integrato dal comma 517 della legge 145/2018, in qualsiasi ambito operino con funzioni socio-assistenziali, socio-sanitarie e della salute, ma sono sprovvisti di titolo abilitante, equipollente o equivalente all'esercizio della professione, si applica quanto previsto dal comma 537 della legge n. 145/2018 *“coloro che svolgono o abbiano svolto un'attività professionale in regime di lavoro dipendente o autonomo, per un periodo minimo di trentasei mesi, anche non continuativi, negli ultimi dieci anni, possono continuare a svolgere le attività professionali previste dal profilo in oggetto, purché si iscrivano, entro il 31 dicembre 2019, negli elenchi speciali ad esaurimento istituiti presso gli ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione”*.³²

³¹ Dott. Nicolò Ricci Pacifici. LA LEGISLAZIONE DI RIFERIMENTO PER L'EDUCATORE PROFESSIONALE

³² Ministero della Salute. comma 537 della legge n. 145/2018

L'Educatore Professionale è un professionista che, attraverso interventi educativi definiti da un progetto individualizzato e alla collaborazione in equipe, accompagna la persona con disagio nel suo percorso di crescita. L'Educatore Professionale è impegnato nei processi di integrazione tra i bisogni sanitari e sociali della popolazione, in particolare la popolazione target sono persone con disabilità, con patologie o in situazioni di fragilità e disagio. L'E.P è attivatore e promotore delle "life skill", inoltre, è parte integrante e attiva dell'équipe, con la quale collabora per l'attuazione di interventi volti a superare o attenuare situazioni di criticità, analizzando e valutando le problematiche, le risorse, le capacità, le abilità, le risorse e i bisogni funzionali ed esecutivi della persona, progettando interventi e servizi, attiva interventi e attività assistenziali e sociosanitarie. Per le caratteristiche che possiede tale figura professionale, l'educatore professionale lo si può incontrare nei seguenti servizi:

- in strutture residenziali (es. comunità per minori o per disabili, per persone con malattie psichiatriche o con dipendenze, rsa disabili o anziani, case rifugio per donne vittime di violenza, ...) o nei servizi diurni (es. centri diurni minori, anziani, disabili, psichiatria, dipendenze, ...);
- nei servizi di accoglienza ed integrazione di cittadini stranieri richiedenti Asilo o titolari di protezione internazionale (es. CAS, SPRAR ora denominato SIPROIMI Adulti e Minori, Strutture specifiche per vittime di tratta, ...);
- nei servizi di integrazione e inclusione socio-lavorativa (es. SIL, ...);
- nel sistema ospedaliero (es. reparti di neuropsichiatria infantile, reparti psichiatrici, REMS, ...);
- nei servizi territoriali (DSM, Servizi per le Dipendenze Patologiche, Consultori, Distretti Sociali o Socio-Sanitari, Unità Multidisciplinari Età Evolutiva o Adulti, UVI, Centri Anti Violenza, Educativa territoriale /domiciliare/scolastica di assistenza all'autonomia e alla comunicazione, Spazi neutri, Servizi Affidato, ...);
- nei servizi per accreditamento o per il controllo e vigilanza per le unità di offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali

- nei servizi rivolti a minori o adulti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria (USSM, UEPE, case circondariali, case di reclusione, comunità riabilitative, comunità terapeutiche ...);

- nei servizi di prevenzione/promozione della Salute nonché nell'ambito formativo universitario e ricerca (unità di strada, progetti di prevenzione nelle scuole, sportelli di ascolto, ...).³³

Dopo aver delineato a grandi linee la figura dell'Educatore Professionale, facendo riferimento al quadro normativo e ai servizi nei quali opera, ora focalizzerò l'attenzione sulla funzione, sulle competenze e la metodologia educativa propria dell'E.P. La funzione educativa si configura nella funzione di guida, di supporto e di accompagnamento sviluppando finalità sociali, sociosanitarie, riabilitative della funzione tramite l'inserimento del soggetto nella comunità di appartenenza, partecipazione alla vita sociale, acquisizione della piena cittadinanza ed acquisizione del potere contrattuale. L'Educatore Professionale non trasferisce informazioni, non trasmette comunicazioni, ma deve trasformare, attraverso il proprio sapere professionale, la propria competenza e capacità di riflessione, l'esperienza nata dalla vita quotidiana in una esperienza consapevole, finalizzata e programmata. Come operatore specializzato della Pedagogia Speciale, l'E.P è co-attivatore di un processo di cambiamento attivando processi di costruzione di significati condivisi attraverso la formazione degli attori istituzionali ed extraistituzionali e il loro coinvolgimento nei progetti educativi-riabilitativi. Tutto ciò, attraverso la promozione di dimensioni di compartecipazione, solidarietà sociale, un aspetto conservativo degli interventi educativi, ovvero esercizio per il mantenimento delle competenze residue del soggetto, ed un aspetto innovativo cioè promotore di cambiamenti attraverso interventi mirati a favorire il maggior grado di autonomia possibile del soggetto. La particolarità dell'Educatore Professionale è che non agisce dopo aver conosciuto l'utente ed elaborato interventi ma interagisce con gli utenti e con il contesto e dal feedback che riceve e la lettura che opera, cerca di cogliere il senso per programmare gli interventi, per approfondire la conoscenza relazionale del soggetto e l'efficacia delle sue azioni mirate, fino al percorso progettuale. Dal suo sapere trasversale deve essere capace di costruire risposte nell'incertezza, nella precarietà, nella mancanza di risorse e

³³ EDUCATORE PROFESSIONALE (EP). ANEP

nella mobilità alla quale sono sottoposti gli utenti. Educare significa promuovere la crescita, recuperare o sviluppare l'identità personale partendo dall'individuazione delle potenzialità del soggetto. La trasmissione dei valori deve essere accompagnata dalla testimonianza concreta dell'Educatore, perché si educa per il livello profondo di comunicazione che si riesce ad instaurare; quindi, si educa per quello che si è, e per la capacità di dare testimonianza ai valori trasmessi, apprendere quindi dall'esperienza. Necessità di istituire un rapporto dialettico tra coinvolgimento soggettivo e competenza scientifica. L'esercizio della professionalità implica una corretta mediazione tra la partecipazione personale e l'acquisizione di abilità. Le abilità educative devono essere costantemente revisionate e aggiornate per conferire efficacia alle proprie azioni.

Tentativo di analisi epistemologica attraverso dieci tesi pedagogiche, una semantica della pedagogia (operare con metodo per educare ed istruire):

1. **L'osservazione:** non solo intesa come competenza di rilevazione nell'aspetto statistico ma monitorare, porre un'attenzione focalizzata, operare una lettura contestuale delle dinamiche in maniera empatica e rispettosa adottando strategie e strumenti professionali. L'osservazione orienta le scelte e prepara alle fasi successive.
2. **Sostegno e Progettualità:** sono due strumenti fondamentali del metodo pedagogico e al contempo qualità umane compresenti nella relazione educativa. Il termine sostenere si contrappone alla "presa in carico" usata nei servizi. Sostenere come difendere, prendere su di sé un peso, quindi strutturare argomentazioni per le strategie e le responsabilità. Progettare significa fondare un progetto comune che si sviluppa nel tempo. Progettualità significa suscitare e creare nel soggetto lo stesso processo affettivo verso la meta da raggiungere, lo stesso processo mentale e cognitivo circa le risorse da mettere in campo, la stessa capacità di partecipazione all'interno del percorso di vita. Sviluppare quindi il consenso, la compartecipazione, la contestualità all'interno del progetto come configurazione di condivisione.
3. **Reciprocità e processualità:** questi due termini sono sinonimi di sostegno e progettualità. L'E.P. non deve solamente formarsi o creare condizioni utili per operare, ma deve misurare le proprie capacità nel confronto con il soggetto, sviluppando un processo non solo cognitivo ma anche metodologico. La creatività

non è una componente alternativa della personalità, ma parte integrante del processo in cui il prodotto relazionale è indifferenziato, nuovo. Il ruolo dell'Io ausiliare dell'E.P. si colloca simmetricamente tra l'Io integro dell'educatore e l'Io dell'utente. Sostegno e progettualità sono sia i punti di partenza che le mete principali del ciclo di vita della relazione pedagogica. Il fattore tempo per la realizzazione, misura la validità di alcuni progetti, ed è indicatore di processo e di fattibilità, è per l'educatore professionale la sedimentazione psicologica in termini di approvazione e di identificazione del soggetto con il progetto stesso. Metodo di lavoro e strumento operativo diviene allora la identificazione speculare del tempo oggettivo cioè quello determinato da situazioni di realtà, da procedure e tempi tecnici connessi con le fasi processuali, con il tempo soggettivo, costituito da resistenze, dinamiche interpersonali, frustrazioni.

4. **Il ruolo gemellare dell'Educatore:** assimilazione della figura dell'Educatore Professionale a ruoli parentali, per la carenza di referenti educativi genitori assenti, è chiamato a sostituire per la funzione educativa. Esiste un processo di continua ridefinizione del proprio stato di dipendenza che richiede la presenza di figure significative che attivino e consolidino questa progressiva consapevolezza del rapporto con l'Altro. Il rapporto che si stabilisce con queste figure significative è chiamato di Oggetto/Sé, nel senso che il Sé si rispecchia nell'Altro da sé come fosse un oggetto che accompagna il processo di crescita, fino ad idealizzare questo stesso Oggetto, considerarlo proprio ed utilizzarlo, nell'emozioni e mentalmente come autentico ideale dell'Io. Un Oggetto/Sé può operare in modo speculare, analogamente al ruolo genitoriale, ma anche in modo gemellare cioè un ruolo "parentale" diverso da quello del genitore. Questa figura di sostegno è prioritaria. La figura dell'Educatore può essere percepita dal soggetto in sostituzione in sostituzione a quella del genitore con valenza di costruzione-ricostruzione del Sé.
5. **Il modello normativo:** un punto di riferimento che un educatore professionale rappresenta per un soggetto corrisponde un'azione di tipo gemellare in quanto si pone come sostegno per una ridefinizione dei rapporti vissuti in modo conflittuale in determinati contesti, e in relazione a disagi connessi con difficoltà nelle scelte, nelle aspettative e prospettive di vita. Quindi il ruolo più appropriato per l'educatore professionale secondo la prospettiva pedagogica è di tipo

compensatorio e non sostitutivo delle figure familiari. Questo può favorire l'assunzione per l'operatore di un ruolo complementare di io ausiliario, che faciliti la rappresentazione del principio di realtà e costituisca un modello di garanzia, il modello normativo. Il ruolo dell'educatore professionale si pone quindi come alter ego dell'autorità costituita, rappresentativo del mondo di valori e di Norme etiche e comportamentali e può rappresentare il lato positivo.

6. **La relazione pedagogica come relazione sociale. L'educatore tutore:** La relazione pedagogica assume valenza sociale nell'orientamento progettuale verso le scelte di vita della persona, di cui l'educatore si fa garante e tutore. Il ruolo di tutore può fornire ampia documentazione, costituisce il solo spazio epistemologico, professionale ed istituzionale dell'identità dell'educatore. Egli è quindi garante dei diritti del soggetto, di ciò che egli considera indispensabile per la sua vita. Il ruolo tutore, quindi, ha una duplice valenza: Garante dei diritti umani ed è portatore di una domanda di legittimazione della propria azione.
7. **La progettualità come metodo:** la progettualità è uno strumento metodologico della professione dell'educatore professionale. l'identificazione della progettualità con la contestualità è un altro dei confini della funzione pedagogica rispetto ad altre professioni. La contestualità dell'azione pedagogica afferma la globalità e l'unitarietà nel processo educativo all'interno dei concetti pedagogici di, similarità, simmetria, contestualità.
8. **Contesti operativi extraistituzionali:** l'identità dell'educatore professionale è legata alla sua professionalità e metodologia di intervento e non al livello istituzionale.
9. **L'équipe:** si configura come strumento che può qualificare il ruolo istituzionale dell'educatore professionale, può comunque presentare delle criticità come, per esempio, si può correre il rischio che essa divenga una platea delle dinamiche relazionali degli stessi operatori. occorre promuovere l'interprofessionalità più che la multiprofessionalità: cioè molteplici interventi su di un soggetto. Il lavoro fondato sul progetto invece fa confluire non solo gli apporti operativi, ma anche le analisi e valutazione proprie delle specifiche discipline di appartenenza per un progetto globale, organico e coordinato.

10. **Il modello comunicativo nella relazione pedagogica:** l'educatore comunica attraverso la parola ed il linguaggio non verbale. Linguaggio pedagogico rende la parola il tramite per la proiezione esteriore di chiarezza, congruita tra relazione vissuto e contenuto, dell'immagine oggettiva nella parola che il soggetto ha di sé, della possibilità di legame. la relazione pedagogica e allora una relazione parlata dove la parola rinvia all'immagine e all'idea che due soggetti danno ciascuno di sé, dove la parola accompagna l'espressione empatica.³⁴

Nonostante tutto ciò, rimane comunque in bilico la scientificità della professione anche se più volte dimostrata, non viene comunque vista come un paradigma anche se si va delineando una metodologia. Uno strumento di questa metodologia è l'osservazione; il termine indica un metodo per raccogliere le informazioni riguardanti il comportamento. L'osservazione è un luogo di incontro tra i bisogni della persona e l'intenzionalità educativa dell'E.P. L'educatore, osservando, individua problemi e difficoltà, ma anche risorse e potenzialità; presta attenzione al soggetto e ne coglie le caratteristiche, lo spessore, l'unicità. Un aspetto fondamentale nel processo osservativo in ambito educativo e alla comprensione dell'altro che non può avvenire se non in un rapporto all'interno del quale si instaura inevitabilmente un'interdipendenza tra osservatore ed osservato. È fondamentale restringere il campo conoscitivo, focalizzando l'attenzione su aspetti particolari e specifici della situazione che decidiamo di esplorare. L'osservazione, per come l'abbiamo definita, è un elemento basilare ed ineliminabile ed è anche alla base della professionalità di educatori professionali come cardine fondante della progettualità educativa.³⁵ Esistono vari tipi di osservazione:

-l'osservazione partecipante: l'osservatore è implicato attivamente nella situazione osservata. Egli ha la possibilità di sviluppare relazioni interpersonali significative, le quali sono potenziali fonti di informazioni complementari e originali. L'osservazione partecipante costituisce un'opportunità per raccogliere molti dati qualitativi e quantitativi in quanto è più difficile mascherare alcune formazioni a un osservatore che partecipa direttamente;

³⁴ Dr.ssa Daniela Saltari. Le competenze educative nei percorsi riabilitativi. Dispensa modulo didattico

³⁵ Dr.ssa Marilena Flamini. L'osservazione educativa. Dispensa modulo didattico

- **l'osservazione non partecipante:** l'osservatore cerca di influenzare il meno possibile ciò che avviene nella situazione ricoprendo una posizione esterna. Le interazioni con i soggetti sono ridotte ed il punto di forza di questa tecnica consiste nel fatto che essa è più discreta dell'osservazione partecipante e meno condizionata dalle implicazioni personali dell'osservatore nei confronti della situazione esaminata, però questa tecnica preclude l'accesso ad alcuni tipi di informazioni;

-**l'osservazione strutturata:** l'attenzione rivolta al comportamento messo in atto, si opera contemporaneamente lo svolgimento dei fatti. Le informazioni vengono raccolte e annotate e catalogate con delle griglie. Questo tipo di osservazione presenta delle caratteristiche come la pertinenza, la validità, l'affidabilità e la trasferibilità;

-**l'osservazione esperienziale:** si concentra l'osservazione sull'analisi degli atteggiamenti mettendo al primo posto il vissuto, utilizzando la narrazione ed il racconto.

nel processo di osservazione l'educatore professionale può ricorrere all'utilizzo di strumenti come il diario, il giornale di bordo, l'utilizzo di videocamere, griglie di osservazione, griglie di controllo, scale di valutazione.

Un altro strumento della metodologia dell'educatore professionale è la relazione. La relazione è la chiave fondamentale del percorso educativo, è la strada da fare insieme. *Connettersi con un altro essere umano vuol dire riuscire a costruire una relazione di intimità e di fiducia reciproca. Un simile legame deve stabilirsi anche tra gli operatori e gli utenti. la relazione di fiducia tra l'utente e l'educatore professionale è il fondamento di tutte le attività riabilitative e pone le basi per ogni programma futuro. Essa deve essere caratterizzata da accettazione, mutualità, rispetto e interesse e permettere all'utente sia di esprimere i suoi sentimenti e le sue idee sia di fidarsi delle indicazioni e dei suggerimenti ricevuti.*³⁶ La relazione è efficace quando riesco a valutarla e capire come gestirla, tramite la lettura delle situazioni, la comunicazione (verbale e non verbale) e i feedback ricevuti. La relazione è la base del cambiamento, parte dall'interazione tra E.P, che è forte della parola educativa in grado di modificare e generare un cambiamento, e l'utente e si realizza tramite strumenti metodologici passando per obiettivi. La relazione educativa e in particolare d'aiuto si propone di sviluppare sia l'interiorità che la socialità,

³⁶ Paolo Carozza. Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientati alla guarigione

e, si pone il compito di essere sostegno, accoglienza, consiglio, insegnamento, conoscenza dell'Altro senza pregiudizi. La relazione educativa dimostra il significato profondo dell'ineliminabile ed eterno bisogno di conoscersi e lavorare su di sé, ma, allo stesso tempo, dimostra che è altrettanto necessaria e arricchente la conoscenza e la relazione con l'Altro. Parliamo di relazione d'aiuto nel momento in cui l'Altro si affida a chi lo può aiutare e questi risponde con responsabilità, ovvero con la 'presa in carico'. Non vuol dire che tutto dipende dall'educatore, e solo da lui, ma a lui spetta il compito di convogliare l'utente, motivare, spronare, incoraggiare, dare fiducia, dare speranza, superando insieme, con il suo supporto, gli ostacoli che da solo non sarebbe in grado di superare. L'intenzionalità educativa è uno dei principi cardine di questo incontro; significa quindi che una azione educativa non può essere spontanea, improvvisata e occasionale. All'interno della relazione non esistono momenti educativi e momenti neutri o che non hanno una chiara valenza educativa, ci sono costantemente messaggi, interventi e azioni che si qualificano come tali e deve caratterizzarsi come un momento educativo "forte". Un momento educativo è 'forte' quando è intenzionale, metodico (risponde ad una logica, ad una sequenza organizzata e coerente nel tempo), definito, qualificato (gli operatori debbono essere qualificati attraverso la formazione) e finalizzato (ogni azione educativa deve avere ben chiari gli obiettivi educativi. È necessario durante il percorso operare delle verifiche intermedie per stabilire l'efficacia dell'azione educativa e per apportare modifiche nel caso contrario). La relazione educativa si distingue da qualsiasi altra relazione perché è fondata sull'intenzionalità, sulla messa in atto di azioni mirate.³⁷

Un altro strumento metodologico proprio e che caratterizza la professionalità dell'educatore professionale è il progetto. Il progetto è finalizzato a rendere l'azione educativa mirata, efficace, continuativa e che risponda ai bisogni reali dell'utente. Inoltre, deve essere "flessibile" perché all'occorrenza lo si deve poter modificare velocemente. Ogni progetto riabilitativo deve essere individualizzato, pianificato e definito in base agli obiettivi che derivano da un'adeguata valutazione delle aree di funzionamento e da tempi definiti, e monitorato e aggiornato nel tempo in base ai cambiamenti che emergono, al

³⁷ Dott.ssa Rocchetti Simona. La relazione educativa. Dispensa modulo didattico.

fine di ridurre la naturale tendenza alla regressione insita nella malattia. Un progetto ha una motivazione, degli obiettivi, degli oggetti, dei soggetti, delle procedure, dei tempi e le verifiche. Nasce dall'assessment che *“stabilisce un livello base di comprensione del paziente e permette all'equipe riabilitativa di prendere decisioni informate sul trattamento, che tengono conto delle condizioni cliniche del paziente.”*³⁸ È quindi, un processo di valutazione che inizia dal momento che si incontra l'utente e che dura per tutto il percorso educativo, sono procedure finalizzate a raccogliere e organizzare le informazioni rilevanti per impostare, valutare, monitorare un processo educativo riabilitativo. Nell'assessment si vanno a valutare le potenzialità, le criticità e le risorse che un utente possiede. Il progetto, quindi, in termini più tecnici, può essere definito un processo che attraverso strategie e azioni adeguate porta al raggiungimento in un dato tempo di obiettivi. Il progetto deve essere capace di produrre un cambiamento nel soggetto attraverso un dispositivo che permetta di descrivere in maniera rigorosa le strategie utilizzate e le azioni condotte così da rendere esplicito e visibile il percorso prefigurato, consentire un continuo monitoraggio delle azioni e la verifica degli esiti raggiunti. Un progetto ben realizzato deve contenere tre caratteristiche fondamentali: coerenza ai bisogni dell'utente, adeguatezza rispetto al contesto, flessibilità per poterlo modificare ogni volta che è necessario. Infine, il progetto si progetta con l'utente.

Fasi del progetto:

-Assesment: fase valutativa e conoscitiva per individuare i bisogni dell'utente su cui si baserà il progetto e raccolta delle informazioni.

-Finalità: attraverso il raggiungimento di tutti gli obiettivi. La finalità di un progetto può essere migliorare la qualità della vita, miglior stato di benessere, raggiungimento di determinate autonomie ecc.

-Obiettivi: possono essere distinti in base alla durata ovvero a breve, medio, lungo termine.

-Attività: valutate e pianificate in assesment, programmazione dell'interventoV per il raggiungimento degli obiettivi.

³⁸ La riabilitazione psichiatrica. Robert P.Lieberman

- Tempi:** durata delle attività e durata del progetto.
- Costi:** aspetto economico del progetto.
- Risorse:** possono essere materiali, umane e il setting fisico
- **Verifica e valutazione:** sono in itinere e finale.

L'attività di valutazione in educazione professionale è quell'azione specialistica che consente di arrivare ad avere un giudizio su una determinata situazione e, di conseguenza, di poter sia prendere delle decisioni sia scegliere con cognizione di causa, il percorso di pianificazione dell'intervento educativo o riabilitativo da adottare e praticare; quel giudizio consente anche di modificare alcuni aspetti dell'intervento, quando se ne presenti la necessità. L'attività di valutazione ha inoltre, lo scopo di cogliere le conseguenze di un'azione educativa-riabilitativa intenzionale, cioè di comprendere se l'intervento sia di beneficio per le persone e se stia producendo o abbia prodotto il cambiamento desiderato. In educazione professionale si ritiene peculiare il collegamento delle parti “cosa” e “quando” valutare, assumendo come modello di azione e di riferimento la ripartizione dell'attività di valutazione nelle tre fasi ex “ante”, ex “post” ed in “itinere”. Per valutazione ex ante si intende l'attività di assesment delle abilità di base, di bilancio delle abilità, competenze, di quegli aspetti che consentono di stabilire una misura di baseline utile a individuare punti di forza e punti di debolezza del funzionamento complessivo della persona. Per valutazione ex post si intende l'attività volta a stabilire l'efficacia e l'utilità del cambiamento procurato con l'azione educativa riabilitativa. Infine, per valutazione in itinere si intende l'attività che verifica le tappe intermedie della progettazione e che interviene sulle variabili che subentrano durante il processo educativo.³⁹ Tutto ciò dopo aver costruito un setting che si orienta sulla costruzione di spazio, tempo, relazione e regole ben definite. Il setting si sviluppa come un contratto basato sulla fiducia, prima si crea il setting poi la relazione, scaturisce l'assesment ed è fondamentale per l'accoglienza. l'educatore professionale è sempre impegnato nella costruzione del setting che deve essere costruito sui bisogni dell'utente. Al suo interno bisogna rendere esplicita la relazione e le sue finalità e condividere i programmi per accentuare la consapevolezza degli utenti su ciò che si sta facendo nel presente. Lo spazio

³⁹ La valutazione nel lavoro dell'educatore professionale. Modelli e strumenti di un'attività chiave nei contesti socio-sanitari. Francesco Crisafulli

deve essere protetto ovvero che non ci siano troppe intromissioni, definito, familiare quindi tranquillo per l'utente e costante anche se è difficile in quanto esportabile visto che educatore professionale opera in contesti informali quindi il setting dinamico e può variare. Il tempo deve essere protetto, definito, costante e percepito. educativo si usa per instaurare un rapporto di fiducia con l'utente che parte dalla lettura dei bisogni dell'utente e dalla consapevolezza dell'educatore di dover creare un luogo idoneo dove operare la rifondazione identitaria e la co-evoluzione.

CAPITOLO 3

IMPORTANZA DEL LAVORO

3.1 L'importanza del lavoro nella salute mentale

Con il lavoro l'essere umano partecipa allo sviluppo economico, sociale e culturale dell'umanità; da dei propri talenti. Il lavoro è fattore primario dell'attività economica e chiave di tutta la questione sociale e non deve essere inteso soltanto per le sue ricadute oggettive e materiali, bensì per la sua dimensione soggettiva, in quanto attività che permette l'espressione della persona e costituisce quindi elemento essenziale dell'identità personale e sociale dell'uomo e della donna. Il lavoro, oltre a una dimensione oggettiva collegata strettamente al lato economico, ha anche una dimensione soggettiva che non può non essere sociale, oltre che individuale, e lo sviluppo personale. Entrambe le dimensioni sono gli obiettivi della riabilitazione lavorativa di persone che hanno un disturbo mentale. Tali persone spesso vivono in condizioni veramente precarie, sia dal punto di vista economico che dal punto di vista sociale e delle relazioni. Quindi, con la riabilitazione lavorativa si cerca di intervenire su tali punti attraverso l'utilizzo di un lavoro o di tirocini. L'utilizzo del lavoro nella riabilitazione è molto recente, si è iniziato negli anni cinquanta e si è esteso fino agli anni sessanta. I programmi lavorativi venivano attuati negli ospedali, in laboratori protetti e in strutture intermedie. Tuttavia, l'ottimismo che sosteneva tali sforzi, basati sul fornire agevolazioni, fu presto sopraffatto da un profondo pessimismo sulla possibilità che i pazienti psichiatrici potessero ottenere un impiego. Gli anni settanta i primi anni 80 sono stati gli anni "bui". in cui la riabilitazione lavorativa di persone affette da gravi malattie mentali non era considerata compito noi dei centri di salute mentale né dei centri di riabilitazione generale. Durante tale periodo gli "psychosocial rehabilitation center" (PSR) Svilupparono programmi di "transitional employment" (TE), essi rappresentarono dei "feudi" all'interno dei sistemi di salute mentale che non avevano alcun orientamento lavorativo. Solo adesso si inizia a inserire degli adattamenti dei programmi di TE nei servizi dei programmi di sostegno della community nell'ambito dei centri di salute mentale. Attualmente ci troviamo alle soglie di un periodo di rinascita, rappresentato da un movimento che propone il supported employment (SE). Gli SE Sono un esempio del cambiamento avvenuto nel modo di pensare la terapia occupazionale, sostenendo il collocamento di clienti, che hanno

effettuato brevi training prelaborativi, in impieghi all'interno della community, è un sostegno limitato nel tempo, gli SE hanno permesso di esplorare le possibilità di impiego di persone affette da disturbi gravi.⁴⁰ È possibile ripristinare la capacità lavorativa, intervenendo su entrambi i fattori dell'equilibrio vulnerabilità-stress. mentre la terapia farmacologica agisce sulla vulnerabilità biochimica dei soggetti con disturbi mentali, non solo diminuendo l'entità della sintomatologia ma anche migliorando le prestazioni in aree come l'attenzione l'elaborazione delle formazioni e l'apprendimento, la psicoterapia o lo skills training possono invece diminuire i fattori di stress migliorando il clima familiare e potenziando le abilità di coping del paziente e la sua fiducia nelle proprie possibilità. Il lavoro è importante per assicurare alle persone un'indipendenza e una sicurezza economica, in quanto contribuisce a definire un'identità personale, l'autostima e il riconoscimento da parte degli altri, rappresenta l'opportunità generalmente più significativa per dare un contributo alla vita comunitaria. L'attività lavorativa permette di fare esperienze utili al benessere e alla crescita psicologica dell'individuo, in quanto permette di strutturare il tempo, organizzare le attività della giornata, avere contatti sociali, condividere scopi e impegni di gruppo, definire e rafforzare l'identità sociale.

3.2 Leggi a tutela dell'utente

I problemi di accesso e permanenza nel mondo del lavoro di persone che hanno una disabilità si originano in una serie di ostacoli individuali e ambientali che vanno dall'incapacità di trovare o svolgere un lavoro all'ostilità dei datori di lavoro al reclutamento di disabili. Tutto ciò vale ancora di più per chi soffre di un disagio psichico in quanto sperimentano una serie di difficoltà che ne limitano la capacità di svolgere determinati compiti come concentrarsi e mantenere l'attenzione, apprendere e ricordare informazioni, reagire velocemente agli stimoli esterni, pianificare le operazioni e riflettere su possibili soluzioni dei problemi. A questi si accostano i problemi ambientali, in particolare quelli legati allo stigma. L'atteggiamento che i lavoratori con disagio psichico sono costretti a subire è spesso pregiudiziale e si alimenta della scarsa conoscenza del disagio del lavoratore per generare aspettative negative che possono provocare sia

⁴⁰ La riabilitazione Psichiatrica. Robert P. Liberman.

nell'ostilità al reclutamento che nella tendenza di isolare ed escludere il lavoratore appena assunto. Molti paesi hanno una legislazione che prevede la disabilità non può essere una restrizione per non avere una vita dignitosa. Per quanto riguarda l'ambito lavorativo queste leggi sanciscono, per il datore di lavoro, per esempio, l'obbligo di allestire un ambiente lavorativo senza ostacoli o barriere accessibile alle persone che hanno una qualche disabilità o disagio. Un'evoluzione significativa della legislazione si ebbe con la legge 12 marzo 1999, N.68; la presente legge ha come finalità la promozione dell'inserimento integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato. Come scritto nell'art. 2 della suddetta legge *“Per collocamento mirato dei disabili si intende quella serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione”*.⁴¹ Sono così stati istituiti servizi per l'impiego mirati che, in collaborazione con i servizi sociali, sanitari, educativi e formativi del territorio, provvedendo all'avviamento del lavoro del disabile. L'ente che si occupa in raccordo con i servizi già citati è il C.I.O.F. (Centro Italiano Opere e Formazione Professionale), tale ente si occupa con i servizi del territorio alla programmazione, all'attuazione e alla verifica degli interventi volti a favorire l'inserimento delle persone disabili. Mettersi in rete, vuol dire abbandonare il nome dell'interesse pubblico, l'autoreferenzialità, la tentazione dell'autosufficienza, eccessivo orgoglio per le proprie prerogative istituzionali. I sistemi di rete facilitano, il lavorare per progetti ed ampliano, in misura a volte esponenziale, le possibilità di accesso a conoscenze, esperienze ed opportunità. I CIOF, come stipulato nella Convenzione di integrazione lavorativa (Art. 11, comma 4), possono stipulare con i datori di lavoro convenzione di integrazione lavorativa per l'inserimento dei disabili che presentino particolare difficoltà di inserimento nel ciclo lavorativo ordinario. Quanto tale convenzione sono stabiliti i tempi e le modalità delle assunzioni che il datore di lavoro si impegna ad effettuare. Tra le modalità convenute vi sono: la programmazione delle scoperture, la scelta nominativa, il tirocinio formativo e di orientamento, il contratto di

⁴¹ Legge 12 marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 68 del 23 marzo 1999 - Supplemento Ordinario n. 57

lavoro a termine ed altre forme di flessibilità e incentivi economici. È proprio qui che stanno i contenuti innovativi della legge 68/1999, che ribaltano la prospettiva della normativa precedente. In quest'ultima, per stendere il progetto di inserimento lavorativo, non venivano valutate le capacità e le competenze del disabile, ma la sua disabilità, ovvero le sue limitazioni fisiche, mentali o sensoriali che rappresentavano un impedimento all'accesso nel mondo del lavoro. Esperti del settore sociale e medico stendono un programma personalizzato per ciascun disabile iscritto nelle liste di collocamento e predispongono un piano di tutoraggio al fine di orientare i lavoratori con disabilità verso corsi di formazione o aggiornamento per sviluppare nuove capacità o approfondire quelle già possedute. Questo in attesa di un possibile posto di lavoro, che viene individuato dai centri per l'impiego che operano un incrocio tra le informazioni a disposizione riguardo alla domanda dei disabili e l'offerta dei datori di lavoro, che hanno l'obbligo di assumerli. Con la legge 24 dicembre 2007, n.247 sul protocollo Welfare, ha inserito dopo l'articolo 12 della legge 68, l'articolo 12-bis che prevede l'assunzione diretta, da parte dei soggetti destinatari, di persone disabili che presentino particolari caratteristiche e difficoltà di inserimento nel ciclo lavorativo ordinario, e ai quali le aziende in obbligo si impegnano ad affidare commesse di lavoro. La durata della convenzione non è inferiore ai tre anni e può essere rinnovata una sola volta, salvo valutazioni degli uffici competenti, per un periodo non inferiore a due anni. Una delle leggi più recenti in vigore nella Regione Marche è la legge regionale 25/01/2005 N.2 In materia di occupazione, qualità e tutela del lavoro. Con tale legge la regione sostiene di incentivare la formazione e l'occupazione dei soggetti svantaggiati nel mercato del lavoro e nelle aree dove più è alto lo squilibrio fra domanda ed offerta di lavoro garantendo l'attuazione dei principi di non discriminazione nell'accesso al lavoro e di parità di trattamento economico e normativo, nonché un'adeguata formazione. All'interno di tale legge troviamo l'art.25 *“La Regione, considerando di preminente interesse tutte le attività volte all'inserimento dei disabili ed in attuazione dei principi sanciti dalla legge 12 marzo 1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili) e dalla l.r. 4 giugno 1996, n. 18 (Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone in situazione di handicap) e successive modificazioni ed integrazioni, promuove ogni forma di sostegno a favore del collocamento mirato e dell'inserimento lavorativo delle persone*

disabili anche tramite percorsi propedeutici e di avviamento.”⁴² Con tale articolo si vuole promuovere e sostenere le azioni di accompagnamento ad una positiva e stabile integrazione nell'ambiente di lavoro. La regione promuove l'adozione del bilancio sociale e la certificazione etica quali strumenti utili a riaffermare il ruolo dell'impresa nel garantire la qualità, la sicurezza e la regolarità delle condizioni di lavoro. Infine, la Regione Marche con la deliberazione N.593 del 07/05/2018 ha stabilito delle linee guida per i tirocini di orientamento, formazione e inserimento/ reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione.

3.3 Tipologie di inserimenti lavorativi

Queste linee guida sono state stipulate per favorire l'integrazione sociale e migliorare la qualità della vita delle persone con disabilità mediante la partecipazione al mondo del lavoro attraverso un percorso educativo formativo e di inserimento lavorativo. Tutto ciò, per pensare ed attuare politiche per potenziare l'integrazione lavorativa delle persone disabili attraverso servizi di sostegno e collocamento mirato. I meriti delle linee guida sono aver formato un modello regionale, una piattaforma per costruire, rilanciare, stabilizzare interventi integrati fra i servizi sociali, sanitari, educativi, formativi e del lavoro ovvero una guida sul sistema di inserimento lavorativo delle persone disabili. Il gruppo di lavoro dei servizi integrati è composto da un componente regionale della formazione lavoro e politiche sociali, da uno provinciale di formazione al lavoro, dal centro per l'impiego, dal comune e ambito sociale e dall'ASUR. Il metodo di lavoro coniugare i diversi linguaggi ed aspettative del mondo del lavoro, con quelli dei servizi sociali e sanitari a quali afferiscono i bisogni delle fasce più deboli, per porre le basi per una reale promozione dell'integrazione lavorativa all'interno del progetto di vita della persona; tutto ciò tramite l'analisi delle metodologie già sperimentate in alcune realtà della regione con l'obiettivo di costruire un sistema organico e condiviso su tutto il territorio regionale. Le finalità delle linee guida sono:

-prevenire processi di emarginazione;

⁴² Art. 25 Regione Marche: Legge regionale 25/01/2005 N. 2

- favorire l'integrazione sociale e migliorare la qualità della vita attraverso l'inclusione lavorativa;
- promuovere la cultura dell'integrazione dei disabili nel mondo del lavoro;
- garantire una continuità di intervento da parte dei servizi del territorio;
- promuovere l'azione sinergica e integrata tra gli operatori dei servizi degli enti competenti;
- offrire fattiva collaborazione alle aziende ospitanti.

Gli strumenti operativi utilizzati per gli inserimenti lavorativi utilizzati sono : il tirocinio formativo, di orientamento, di osservazione e lo stage in azienda; mentre, da poco tempo, non esiste più la borsa lavoro socio-assistenziali e la borsa lavoro di pre-inserimento lavorativo. La borsa lavoro socio assistenziale era rivolta a quelle persone con disabilità non immediatamente collocabili in ambienti lavorativi e che possiedono discrete capacità relazionali, di adattamento e di comunicazione, per i quali l'inserimento in realtà produttive assume finalità terapeutiche ai fini dello sviluppo dell'autonomia personale e quale mezzo di integrazione sociale. È nel progetto Globale della persona, predisposto dalla componente UMEA/DSM che viene prevista l'opportunità di avviare un percorso di borsa lavoro individuandone anche presumibile durata. Gli operatori dell'UMEA/DSM, del comune di residenza della persona con disabilità, in collaborazione con il CIOF, si attivano per ricercare il datore di lavoro disponibile ad accogliere il borsista. Invece, la borsa lavoro di pre-inserimento lavorativa era rivolta a quei soggetti con disabilità che, pur non avendo ancora raggiunta una compiuta maturazione della personalità e/o acquisizione di professionalità, possiedono quelle abilità-potenzialità di base che possono essere sviluppate attraverso modalità propedeutiche all'inserimento lavorativo in contesti produttivi. Non può superare i tre anni. Il progetto deve indicare: i tempi di esecuzione, gli obiettivi da raggiungere, il tutor aziendale, l'eventuale operatore esterno, eventuali esigenze di trasporto e le soluzioni adottate, eventuali disposizioni al fine di rendere più efficace l'esperienza. L'UMEA/DSM Sei quella persona con disabilità nelle varie fasi dell'inserimento, mantiene rapporti con la famiglia nonché con il tutor aziendale e garantisce infine la propria consulenza all'azienda. Oggigiorno uno strumento operativo utilizzato, soprattutto per le persone più giovani che ancora frequentano la scuola, è lo

stage in azienda o alternanza scuola-lavoro che consente all'allievo. Un primo approccio alla realtà produttiva. Infine, lo strumento operativo maggiormente utilizzato per l'inserimento lavorativo è il tirocinio formativo, di orientamento, di osservazione o TIS (Tirocini di Inclusione Sociale) che è previsto dalla normativa sul collocamento al lavoro come lo strumento di ingresso in realtà produttive; un inserimento di tipo pre-lavorativo e finalizzato alla creazione di un rapporto di lavoro. la durata massima prevista per il tirocinio è di 12 mesi prorogabili una sola volta. È uno strumento flessibile che permette un inserimento graduale e la crescita della persona accompagnata da un tutor indicato dal soggetto promotore. Il tirocinio deve essere attivato nell'ambito della convenzione prevista dall'articolo 11 della L.68/99 e prevede inoltre la stipula della convenzione di tirocinio. I TIS (Tirocini di Inclusione Sociale) sono un valido strumento per agevolare l'inclusione sociale, l'autonomia e la riabilitazione delle persone prese in carico dai servizi sociali e/o dai servizi sanitari competenti. Questi si realizzano tramite una strutturazione del percorso che prevede un progetto di vita della persona e ipotesi di inserimento lavorativo da parte del DSM/UMEA, ricerca dell'azienda con il CIOF, visita in azienda per la ricerca della postazione idonea, progetto di inserimento dove vengono indicati la postazione, le mansioni, la durata, i tempi di accesso, in condivisione con l'azienda ospitante; definizione misure di accompagnamento e sostegno, attivazione del percorso delle misure previste e monitoraggio in itinere e verifica finale del percorso. In Piemonte sta prendendo campo un nuovo e innovativo modello di intervento per l'inserimento lavorativo, chiamato modello IPS (Individual Placement and Support); che ha l'obiettivo di sostenerle durante l'intero percorso in modo che possano ottenere un impiego competitivo nel libero mercato. Il metodo supera la mentalità assistenziale e permette alla persona, non più paziente, di raggiungere posizioni che ne sanciscono l'inclusione sociale, con innegabili benefici per la sua salute mentale, la famiglia, la società e con notevole riduzione dei costi sociali. La motivazione è il punto centrale di questo metodo in quanto consente di affrontare lo stress connesso alla ricerca del lavoro. L'IPS è una forma di accesso all'impiego senza programmi di formazione e transizione, in base alle attuali condizioni della persona, al suo grado di occupabilità attuale.⁴³ Comprende un sostegno individualizzato in diverse fasi, il supporto nella ricerca, lo sviluppo e la sperimentazione di proprie capacità e conoscenze per affrontare la ricerca

⁴³ Modello IPS

del lavoro, per migliorare l'autonomia, l'autostima, il senso di efficacia personale al fine di operare scelte e sperimentarsi in contesti reali ed integrati. Gli operatori aiutano l'utente nella ricerca del lavoro, senza sostituirsi a lui, sostenendolo e aiutandolo, continuando a monitorarlo ed a fornirgli il necessario supporto anche nella fase di collocazione al lavoro attraverso sinergie con i servizi di salute mentale, con la famiglia, con i colleghi di lavoro ed attraverso l'adozione di tutte le misure e gli interventi finalizzati al mantenimento della propria posizione lavorativa. Il metodo IPS motiva l'utente, non lo connota come paziente ma come persona, con delle preferenze, dei desideri e delle ambizioni, e lo mette in grado di ricevere una reale soddisfazione professionale. La metodologia IPS prevede pertanto un lavoro mirato a far emergere i punti di forza, la motivazione, le risorse e le abilità che una persona in difficoltà tende a dimenticare o rinnegare, in virtù anche di quella che è la sua condizione di paziente presenza di sintomatologia pervasiva piuttosto che scarso adattamento sociale. Il metodo IPS è basato su 8 principi che ne garantiscono la massima efficacia in termini di ottenimento e di mantenimento di un'occupazione:

1. **Obiettivo:** ottenimento di un lavoro competitivo, integrato nella comunità di appartenenza.
2. **Sostegno integrato con il trattamento del disturbo mentale:** in collaborazione con l'équipe socio-sanitaria.
3. **Zero Exclusion:** ogni persona che voglia lavorare è idonea, indipendentemente dalla diagnosi psichiatrica, dai sintomi, dalla storia lavorativa, con un'unica condizione, la volontà di avere un impiego (motivazione al lavoro), secondo i principi delle Pari opportunità e non discriminazione.
4. **Partire dalle preferenze della persona** riguardo al tipo di lavoro che si cerca, al tempo e alla natura del supporto richiesto all'operatore IPS e all'équipe clinica.
5. **Consulenza sulle opportunità economiche** per ottenere e mantenere i benefici sociali ed economici (in collaborazione con gli assistenti sociali del DISM).
6. **Rapida ricerca del lavoro:** non sono previsti tirocini; corsi di formazione, laboratori protetti.

7. **Lavoro sistematico di sviluppo professionale:** relazioni con le risorse del territorio.
8. **Sostegno a tempo illimitato:** la durata del sostegno è valutata in base alle richieste e necessità della persona.⁴⁴

3.4 Il ruolo dell'Educatore Professionale negli inserimenti socio-lavorativi

L'educatore lavora per recuperare e reinserire socialmente persone in difficoltà e in situazioni di disagio, che vivono per questo ai margini della società, che lavora solitamente con soggetti portatori di handicap psichici o fisici (adulti e minori), persone con problemi di dipendenza, anziani e anche detenuti. Le situazioni e le problematiche con cui deve confrontarsi questa figura sono varie e piuttosto complesse, per questo la vediamo lavorare in gruppo, accompagnata da psicologi, assistenti sociali e medici. L'obiettivo finale è il recupero delle potenzialità dell'allievo e il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia, collaborando con la famiglia il contesto sociale. Negli inserimenti socio-lavorativi è prevista la partecipazione, dell'Educatore Professionale, nella programmazione e nell'organizzazioni dell'attività lavorativa; tramite interventi di sostegno e chiarificazione con gli utenti e con i loro familiari e di tutoraggio presso le aziende o gli enti ospitanti. L'Educatore Professionale interverrà con delle attività di sostegno qualora l'utente che lavora possa riscontrare delle difficoltà e possa avere una remissione dei sintomi, in quanto possono avere un peso rilevante le difficoltà a focalizzare l'attenzione, a concentrarsi e a sopprimere altri stimoli ambientali forti, la mancanza di persistenza e continuità nei compiti, i limiti nello svolgere compiti multipli e nel lavorare con ritmi predefiniti, i problemi di relazione con gli altri, quelli di accettare le critiche e la supervisione, la scarsa flessibilità e la difficoltà a cambiare procedure e mansioni. Quindi, l'E.P. ha un ruolo molto importante nel sostegno e nel tutoraggio dell'utente inserito in quanto le difficoltà si possono presentare anche quando si ha un lavoro. Dal punto di vista psico-fisico talvolta ci si confronta con situazioni di stress

⁴⁴ Modello IPS

correlato al lavoro, quando le richieste dell'ambiente di lavoro superano la capacità del lavoratore di affrontarle.

- Il nostro equilibrio psichico è legato alla nostra capacità o possibilità di dirci e di dire agli altri chi siamo e cosa stiamo a fare al mondo. Far parte o essere parte di un'organizzazione produttiva, stare nel mondo del lavoro, attraverso un percorso formativo o lavorativo, consente di costituire e di rafforzare la propria identità lavorativa. L'identità lavorativa è una realtà dinamica che evolve o coinvolge a seconda dei momenti e delle situazioni lavorative e di vita e che segue un suo percorso individuale, organizzativo e sociale per conseguire l'obiettivo del lavoro. Tale obiettivo assume diverse sfaccettature e declinazioni: dall'aver un posto di lavoro al percepire uno stipendio, dal sentirsi qualcuno con un lavoro, un mestiere, una professione, un nome, al riattivarsi e al potenziare abilità, competenze, motivazione e senso di responsabilità. L'Educatore Professionale ha l'obiettivo di motivare una persona che è demotivata dopo un lungo periodo di inattività e/o insicurezza e fornire il giusto supporto sia morale che fisico, mantenendo una giusta distanza, tramite delle supervisioni e dei colloqui all'utente. Per favorire l'inserimento socio-lavorativo l'educatore può mettersi in contatto con la rete dei servizi a lui circostanti, come per esempio nella nostra regione è presente il Progetto Sollievo che predispone di una Rete di Servizi e di risposte finalizzate all'inserimento sociale in tutte le realtà territoriali: sociale, culturale, sportiva, scolastica e produttiva. Gli obiettivi generali di tale progetto riguardano principalmente la prevenzione primaria, secondaria e terziaria: evitare l'insorgenza della patologia psichiatrica, evitare l'ampliarsi della nuova cronicità e il ricorso all'istituzionalizzazione, costruendo un sistema di supporto per le famiglie tramite l'attivazione di risorse esistenti e valorizzando la famiglia stessa. Quindi le finalità di tale Servizio sono:
- combattere la solitudine e l'emarginazione che si crea intorno alla persona che vive un problema di salute mentale;
- favorire l'accoglienza e la presa in carico delle famiglie che vivono, direttamente o indirettamente, il problema;

- predisporre una Rete di Servizi e di risposte finalizzate all'inserimento sociale in tutte le realtà territoriali: sociale, culturale, sportiva, scolastica e produttiva;
- costruire interventi sociali, di prevenzione ed informazione a favore dei giovani.⁴⁵

Quindi gli obiettivi che l'educatore professionale si predispone negli interventi socio-lavorativi sono quelli di supportare le persone affette da disturbi mentali e/o disagio psichico a riconquistare una dimensione di normalità, soprattutto durante il tempo libero e nel mondo lavorativo, e di permettere agli utenti di mettere in campo le proprie competenze relazionali e sociali e attivare e potenziare risorse personali sopite o, addirittura, mai esplorate.

⁴⁵ Progetto: SERVIZIO DI SOLLIEVO

CAPITOLO 4

ESPERIENZA DI TIROCINIO ED IL PROGETTO RIABILITATIVO

La componente centrale del presente capitolo tratterà dell'esperienza di tirocinio svolto durante il terzo anno del corso di laurea nel settore della Salute Mentale. Durante il percorso formativo del tirocinio ho potuto personalmente impostare e condurre un progetto educativo-riabilitativo rivolto ad un utente del Centro di Salute Mentale di Osimo (AN). Il punto fondamentale di tale progetto è rappresentato dalla comunicazione come punto centrale per un reinserimento socio-lavorativo; finalizzato a migliorare le abilità linguistiche per cercare un lavoro o un tirocinio e migliorare la comunicazione per creare nuove relazioni al di fuori del CSM. Il progetto propone come obiettivo il miglioramento delle capacità linguistiche di un utente di origine marocchina e che nonostante sia in Italia da tre anni non è riuscito a “masticare” l'italiano e tale ostacolo gli ha impedito di trovare un lavoro e stringere delle relazioni significative in quanto non riusciva a farsi capire. Il capitolo, infine, si conclude con delle riflessioni sull'esperienza di tirocinio, influenzata anche dalla pandemia del COVID-19, e con la discussione dei risultati raggiunti tramite il progetto.

4.1 Il Centro di Salute Mentale di Osimo

Il Centro di Salute Mentale di Osimo si occupa dei territori sottostanti dell'area vasta 2, più prossimi al comune di Osimo, come Castelfidardo, Loreto, Porto Recanati, Offagna ecc. All'interno della struttura operano diverse figure professionali, tra cui 3 educatrici, 8 infermieri, 2 assistenti sociali e 4 psichiatri, al fine di una presa in carico globale del paziente. Nella struttura vengono effettuate le prime visite e le prese in carico, vengono somministrati i farmaci dagli infermieri ed avvengono numerosi colloqui a cui partecipano anche gli educatori professionali con gli altri professionisti. Due volte a settimana, in tarda mattinata, si svolge la riunione d'équipe; una riunione riguardava l'intero servizio e in questa partecipavano tutte le figure professionali per presentare eventuali nuovi ingressi al servizio, per ragionare su delle situazioni particolari dove si fossero riscontrate delle criticità e per varie comunicazioni interne del servizio. L'altra

riunione, invece, riguardava più da vicino l'area riabilitativa. In questa riunione partecipavano gli educatori, il responsabile del servizio, lo psicologo e un'assistente sociale ed una volta ogni due settimane partecipava il responsabile della rete "Il Sollievo" per discutere di eventuali utenti da inserire nel progetto o per illustrare eventuali cambiamenti degli utenti che già facevano parte del progetto e che sono in carico al servizio; quando il responsabile di tale progetto non partecipava alla riunione, questa serviva per discutere degli utenti che facevano parte del centro diurno, per progettare eventuali nuovi progetti, per apportare delle modifiche ai progetti già avviati e per programmare le attività della settimana e gli accessi visto che in piena pandemia l'accesso era garantito solo a un numero ristretto di persone. All'interno del CSM l'educatore professionale interviene sugli inserimenti lavorativi nella partecipazione alla programmazione e all'organizzazione dell'attività lavorativa, tramite interventi di sostegno e di chiarificazione con utenti e familiari; inoltre svolgono tutoraggio presso aziende o Enti ospitanti. Le educatrici svolgono principalmente la loro attività riabilitativa presso lo stesso CSM, garantendo quotidianamente l'accoglienza, l'organizzazione e la definizione di interventi educativi rispondenti ai bisogni individuali dei singoli e del gruppo. L'attività di sostegno allo sviluppo o recupero dell'autonomia, delle risorse di ciascuno e delle relazioni sociali viene svolta sia ambulatorialmente che nella rete sociale esterna. Inoltre, si occupano della gestione del gruppo appartamento con incontri individuali, riunioni settimanali con gli utenti e mensili con i familiari, svolgendo anche attività di supporto nella gestione della casa, affiancamento nell'autonomia abitativa. Una volta raggiunta un'autonomia abitativa, quindi usciti dal gruppo appartamento, gli utenti vengono comunque seguiti, se necessitano, dagli educatori con visite domiciliari sia per la gestione del denaro che per la gestione della casa. Infine, lavorando in rete sono riusciti ad attivare dinamiche di auto-mutuo-aiuto, attività di facilitatore nei gruppi A.M.A e svolgimento dei colloqui informativi e motivazionali per i nuovi ingressi. L'Educatore Professionale in qualità di facilitatore prende parte alle riunioni previste di intervizione mensile e supervisione continua. Quindi, concludendo, l'educatore professionale all'interno del CSM SUD (Osimo), attraverso progetti educativi integrati, cura il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale di gruppi o singole persone seguite dal servizio territoriale. La programmazione, gestione e verifica degli interventi educativi e

riabilitativi è orientata al recupero ed allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia.

4.2 Il progetto educativo-riabilitativo: reinserimento socio-lavorativo.

All'interno di questo paragrafo si tratterà del progetto educativo-riabilitativo sul quale poi ho impostato tutta la tesi. L'esperienza di tirocinio nell'ultimo anno del corso di laurea prevede come obiettivo finale quello di impostare un progetto educativo in un contesto singolo o grupale e successivamente valutarne e verificarne l'andamento e i risultati ottenuti. Nel corso del tirocinio nel CSM di Osimo ho personalmente impostato e condotto fondato su degli incontri in cui insegnavo ad un ragazzo marocchino a parlare e capire meglio l'italiano affinché, una volta finiti gli incontri, migliori le sue capacità linguistiche per provare a trovare un lavoro e stringere delle relazioni. L'idea del progetto è nata quando incontrando il ragazzo in questione fin dal primo momento ha espresso la necessità di avere un lavoro o un qualcosa che fosse fonte di reddito, soprattutto anche per un fatto culturale, che volesse allargare la sua cerchia di conoscenze, relazioni che fino a quel momento era circoscritto all'area familiare. Nonostante la motivazione dell'utente, lo stesso ha individuato l'ostacolo che gli impedisce di fare tutto ciò, è il non riuscire a farsi capire e comprendere in quanto ha difficoltà nel parlare l'italiano. Quindi ho pensato di fare un laboratorio di lezioni di italiano dove si andavano ad approfondire le basi della lingua italiana con esercizi scritti, con esercizi orali e con l'assegnazione di facili compiti da svolgere a casa da solo. Parallelamente a tutto questo, intanto, si procedeva con la ricerca di un lavoro, alla costruzione di un curriculum vitae; facendo anche delle simulazioni su ipotetici colloqui di lavoro e situazioni che si potevano venire a creare all'interno di questi.

PROGETTO EDUCATIVO RIABILITATIVO: ASSESSMENT

L'utente con cui è stato programmato, pensato, progettato e organizzato il progetto è un ragazzo di 28 anni di origine marocchina. Il ragazzo è venuto in Italia circa 2/3 anni fa con la madre hanno raggiunto la sorella maggiore che era in Italia da più tempo. L'utente è entrato nel CSM poco dopo l'arrivo in Italia, in quanto anche in Marocco gli era stato diagnosticato un disturbo mentale, che però una volta arrivato in Italia lo psichiatra di

riferimento si è accorto di molta confusione nella diagnosi. Il ragazzo ha completato il percorso di studi in Marocco e per questo una volta arrivato in Italia si è subito trovato in difficoltà a relazionarsi non conoscendo la lingua e vivendo con la madre con la quale parla solo marocchino, le uniche occasioni in cui poteva parlare in italiano e quindi provare a migliorare tale abilità era quando stava saltuariamente con la sorella o quando frequentava le attività del CSM. L'utente, in Marocco ha frequentato e completato una scuola professionale che gli ha permesso di iniziare a lavorare come elettricista; sempre in Marocco dice di aver lasciato gli amici di infanzia ed una ragazza con la quale aveva una relazione. Stando al suo racconto e come si presenta e relaziona con gli altri pazienti del CSM, fa intuire che ha buona capacità relazionali, anche se timido, e che sa stare in un gruppo. Per quanto riguarda l'area della cura del sé, il ragazzo si presenta sempre ordinato, vestito bene, ben curato; è un ragazzo molto calmo, gentile, garbato, preciso, rispettoso, socievole ma timido. Come detto anche prima l'utente vive con la madre, ma ha una situazione familiare complicata in quanto il padre è deceduto quando ancora vivevano in Marocco, la madre ha dei problemi di salute, il fratello è seguito da un altro servizio territoriale in quanto ha dei problemi ed infine ce la sorella che lui ha individuato come una figura di riferimento ma lei si è comunque costruita una famiglia e quindi non ha tanto tempo da dedicare a lui. Trovandosi da solo a casa con solo la madre, anche per un fatto culturale, l'utente ha espresso il desiderio e il bisogno di trovare una fonte di reddito per sia una soddisfazione personale e culturale sia per aiutare la madre. Quindi, dopo numerosi colloqui e dopo averne parlato con le educatrici e l'équipe si è progettato, programmato e organizzato un progetto educativo-riabilitativo individuale di inserimento socio-lavorativo; per quanto riguarda l'area della socializzazione si sono organizzati dei laboratori gruppali, per migliorare la relazione interpersonale con gli altri utenti, e laboratori individuali di italiano per migliorare le capacità linguistiche all'interno del CSM; invece per l'area lavorativa si pensava, anche con la sua assistenze sociale di riferimento, ad un inserimento lavorativo con un tirocinio o con il servizio civile.

PROGETTO EDUCATIVO- RIABILITATIVO

1) Finalità:

Sviluppo di un maggior stato di benessere psichico in un'ottica di miglioramento della qualità della vita sia dal punto di vista sociale che in un'ottica strettamente personale.

In quanto il lavoro è essenziale per assicurare alle persone l'indipendenza e la sicurezza economica, aiuta a definire l'identità personale e sociale, l'autostima e il riconoscimento da parte degli altri, rappresenta l'opportunità generalmente più significativa per dare un contributo alla vita comunitaria.

2) Obiettivi:

Migliorare le capacità linguistiche di base della lingua italiana, in modo che possa essere inserito in un contesto lavorativo e possa allargare la cerchia di relazioni che è molto limitata.

3) Attività:

-Laboratorio individuale di lingua italiana all'interno del quale si fanno esercizi di lettura, comprensione, grammatica e verbalizzazione;

-Incontri gruppalari con gli altri utenti del CSM per migliorare le capacità linguistici e le abilità relazionali, all'interno dei quali si parlava e ci confrontava su argomenti scelti al momento che potevano essere vicende di vissuti personali, fatti di cronaca ecc.

-Costruzione di un curriculum vitae e ricerca di un lavoro idoneo alle capacità dell'utente, inoltre si facevano delle simulazioni di ipotetici colloqui di lavoro.

4) Risorse e Partener:

- Sala colloqui: al fine di poter svolgere le attività del laboratorio di italiano e per poter fare delle simulazioni di colloqui di lavoro;

- Schede didattiche: per poter trovare degli esercizi utili allo svolgimento delle lezioni di italiano e per assegnare dei compiti da presentare alla lezione successiva;

- Sala "comune": utile per gli incontri gruppalari con gli altri utenti per il raggiungimento degli obiettivi prefissati;

- Computer: per procedere alla creazione di un curriculum vitae, per la ricerca del lavoro e per cercare gli esercizi o argomenti da trattare durante gli incontri individuali e gruppalari.

5) Tempi

-Tempi attività: il laboratorio di italiano ha durata di 2 ore e veniva svolto 2/3 volte a settimana, mentre gli incontri con gli altri utenti non avevano una durata prestabilita e venivano svolti 2 volte a settimana a volte alla fine del laboratorio di italiano;

-Tempi del progetto: in accordo con gli obiettivi prefissati, la durata complessiva del progetto è di 4 mesi.

6) Costi:

I costi complessivi del progetto sono uguali a 0 in quanto ho trovato tutto il materiale all'interno del CSM e su internet;

7) Verifica e Valutazione:

Gli indicatori di verifica utilizzati sono stati due. Il primo una scheda di valutazione dell'attività dell'utente nel laboratorio di italiano, dove annotavo il "livello di attenzione", il "grado di partecipazione", il "livello della prestazione" e le varie difficoltà riscontrate soprattutto dopo aver fatto gli esercizi a casa. Ad ogni livello ho assegnato dei punteggi da 1 a 5 con delle annotazioni personali di fianco:

- 1 = molto scarso
- 2 = scarso
- 3 = medio/sufficiente
- 4 = buono
- 5 = ottimo

L'altro indicatore di verifica è un questionario compilato a metà e a fine progetto dall'utente sia per il grado di soddisfazione, il grado di utilità, il grado di coinvolgimento e socialità che andasse a valutare l'intero progetto e quindi comprendendo anche le attività svolte, ovvero sia il laboratorio di italiano, sia gli incontri gruppalmente con gli altri utenti e le varie simulazioni di colloqui di lavoro. Il questionario era

composto da 10 domande, ogni domanda aveva tre opzioni di risposta: “poco”, “abbastanza” e “molto”. Questi indicatori di verifica mi hanno permesso di comprendere l’andamento delle attività programmate e apportare delle modifiche in base a ciò che notavo e in base alle risposte dell’utente che avevo nel questionario, permettendomi di impostare gli incontri e le attività in modo specifico e mirato. La valutazione finale del progetto si è basata sui due indicatori citati precedentemente, ovvero la scheda di valutazione dell’utente e il questionario compilato dallo stesso durante il progetto. Dai risultati ottenuti ho potuto valutare che ci sono stati dei miglioramenti da parte dell’utente nelle abilità linguistiche e nelle capacità relazionali, inoltre durante il progetto l’utente ha iniziato il Servizio Civile Nazionale presso la Croce Verde di Castelfidardo aumentando così anche il grado di soddisfazione e il benessere psichico del ragazzo derivati anche dall’attività individuali e gruppali svolte.

4.3 Risultati del progetto e discussione:

Come riportato in precedenza, la valutazione educativa si è basata sui due indicatori di verifica ovvero la scheda analisi e il questionario compilato dall’utente. È emerso come l’utente è migliorato nelle abilità e capacità linguistiche. Inoltre, confrontando i dati osservati e le osservazioni annotate durante le attività ho notato, oltre al miglioramento della lingua, ha migliorato anche le abilità relazionali nel confronto, l’approccio con l’altro, oltre a ciò con il passare delle settimane e degli incontri ci sia stato un incremento della motivazione e coinvolgimento nella partecipazione dell’attività.

La malattia mentale, che già risulta invalidante per la persona causandogli una sofferenza, porta il soggetto ad isolarsi dal contesto circostante, inoltre comporta delle disfunzioni percettive, cognitive, affettive e comunicative. Nel caso dell’utente con cui ho progettato, organizzato e condotto il progetto educativo-riabilitativo queste funzioni non hanno compromesso la sua vita; ad eccezione dell’area comunicativa, che sia per la malattia e sia per dove ha vissuto gran parte della vita, risultava deficitaria e questo ha portato nel soggetto ad escludersi ed isolarsi dagli altri. Alla luce di tutto ciò, per quanto riguarda la sfera della comunicazione si è organizzato un laboratorio di lingua italiana, che si svolgeva per 2/3 volte a settimana dalla durata di circa 2 ore. Il laboratorio aveva

l'obiettivo di migliorare le capacità linguistiche e comunicative affinché l'utente potesse relazionarsi meglio con gli altri, in quanto ha sempre espresso il desiderio, il bisogno di stringere nuove relazioni e allargare la sua cerchia delle conoscenze che era molto limitata. I risultati osservati dalle verifiche periodiche e i comportamenti osservati durante gli incontri con gli altri pazienti mi permettono di dire che il laboratorio di italiano ha avuto una risposta positiva in quanto alla fine del progetto il ragazzo ha migliorato le proprie capacità linguistiche di base e necessarie per poter capire quando gli si assegnava un compito e dare una risposta consona e congrua alla richiesta. Parallelamente a questo si è provveduto alla creazione di un curriculum vitae e alla ricerca di un lavoro, in quanto l'apprendimento di abilità sociali e professionali può aiutare a ridurre l'isolamento e migliorare la qualità della vita delle persone con disturbo psichico. La formazione sulle abilità sociali aiuta a migliorare la comunicazione e le interazioni con gli altri sia a casa che sul posto di lavoro, e la formazione professionale aiuta le persone a prepararsi, trovare e mantenere un impiego. Dopo numerose ricerche, il ragazzo ha partecipato e vinto il bando per il Servizio Civile Nazionale presso la Croce Verde; questo in lui ha comportato un maggior grado di benessere in quanto è andato a colmare quel senso di inutilità che era emerso durante gli incontri e i colloqui.

Dal punto di vista della relazione, ho potuto notare quanto fosse importante per il ragazzo poter parlare con un suo "coetaneo" perché spesso si trovava a non essere capito ed ascoltato. All'inizio non è stato facile entrarci in relazione e capire i suoi bisogni, sia per la distanza culturale, sia per la difficoltà nell'esprimersi che anche per un atteggiamento svalutativo nei miei confronti essendo un ragazzo giovane, ma poi col passare del tempo questi limiti e resistenze si sono dissolte e sono riuscito ad instaurarci una relazione educativa particolarmente intensa, che mi ha permesso di progettare e organizzare il progetto. Queste resistenze che si stavano dissolvendo le ho comprese in maniera più approfondita nel momento in cui il ragazzo chiedeva sempre più spesso la mia presenza; inoltre chiedeva di essere accompagnato e aiutato quando doveva svolgere qualche compito come, per esempio, quando ha avuto il colloquio di lavoro e ha chiesto esplicitamente che ci fossi anche io.

CONCLUSIONI

L'idea, nonché il punto di partenza nella stesura di tale elaborato è stata l'esperienza di tirocinio, con la progettazione di un progetto educativo-riabilitativo, presso il Centro di Salute Mentale di Osimo. Durante la stesura, l'organizzazione, l'attivazione e la valutazione del progetto ho potuto osservare i vari benefici psico-fisici dell'inserimento lavorativo nell'utente psichiatrico. L'attività lavorativa, in tutte le sue facce sia positive che negative, favorisce nella persona la creazione di una propria identità personale, un aumento per quanto riguarda l'autostima personale e dà la possibilità di condividere scopi e impegni di gruppo per dare un contributo alla vita comunitaria. È, inoltre, un importante mezzo dell'inclusione sociale per creare nuove relazioni, soprattutto se si prendono in considerazione gli utenti psichiatrici che spesso vivono in condizioni di esclusione perché visti come "diversi". Da questo, ne deriva come, il paziente psicotico necessita, ad integrazione e completamento dei programmi di trattamento medico e psicologico, di interventi di tipo "riabilitativo" che hanno come finalità la riacquisizione di tutte quelle competenze relazionali, sociali, espressive, occupazionali compromesse o perdute a causa della grave patologia di base. Al fine di poter confermare l'ipotesi iniziale, con il presente elaborato ho cercato di approfondire, nei vari capitoli, l'ampio mondo della Salute Mentale nei suoi molteplici aspetti. Dal punto di vista storico, ripercorrendo l'evoluzione del concetto di Salute e Malattia Mentale nel corso del tempo: è infatti grazie a tale evoluzione che è stato abbandonato il modello basato sulla segregazione ed esclusione dei malati psichici e si è arrivati alla presa in carico e alla riabilitazione psichiatrica come la conosciamo oggi. Da un punto di vista più didattico e conoscitivo ho focalizzato l'attenzione sulla figura dell'Educatore Professionale e la normativa che ne ha delineato giuridicamente la professione, illustrando anche la metodologia propria dell'E.P. Attraverso il progetto educativo-riabilitativo di inserimento socio-lavorativo ho potuto verificare come l'attività lavorativa sia un importante percorso per il reinserimento sociale dell'utente psichiatrico, il quale ha la possibilità di riacquisire le quelle abilità relazionali, sociali e occupazionali che la malattia mentale compromette e come il lavoro favorisca un benessere psico-fisico globale e un miglioramento della qualità della vita, in linea con la definizione di salute proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che

intende la salute come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale. Tale elaborato ha rinforzato le evidenze, già presenti nella letteratura, a sostegno dell'importanza del lavoro come percorso di reinserimento sociale, rivolti ad utenti dei servizi psichiatrici territoriali, e ha confermato la centralità del ruolo dell'Educatore Professionale negli interventi di promozione della salute, rivolti agli stessi utenti.

SITOGRAFIA

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

https://db0nus869y26v.cloudfront.net/it/Modello_biopsicosociale#cite_not_e-4

[Carta di Ottawa.pdf \(unipd-org.it\)](#)

[Microsoft Word - dispensa_dsm.doc \(news-forumsalutementale.it\)](#)

[Dai manicomi alle REMS - PSICHE.ORG](#)

[Legge Basaglia: Cos'è, Principi e Politiche Attive in Italia \(psicocultura.it\)](#)

[Legge 14 febbraio 1904.pdf \(beniculturali.it\)](#)

[Attività in ambito nazionale \(salute.gov.it\)](#)

[Anep](#)

[C 17 notizie 3868 listaFile itemName 0 file.pdf \(salute.gov.it\)](#)

[L 68/99 \(parlamento.it\)](#)

[Art. 12 bis - Legge 68 del 1999 - Convenzioni di inserimento lavorativo \(officeadvice.it\)](#)

[TIS - Tirocini Inclusione Sociale \(regione.marche.it\)](#)

<https://www.gnosispsichiatria.it/index.php/progetti/individual-placement-support>

<https://www.ilmargine.it/ips-innovazione-e-salute-mentale-home-page/>

[Servizio Sollievo Ambiti Territoriali XIX e XX – Nuova Ricerca \(coopres.it\)](#)

BIBLIOGRAFIA

O.M.S. Definizione di salute O.M.S. 1948

Crispiani Piero. Storia della pedagogia speciale. L'origine, lo sviluppo, la differenziazione. 2016

L. 14 febbraio 1904, n. 36. Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati

Enciclopedia Treccani definizione DSM.

American Journal of Psychiatry: Personality Disorders in DSM-5

Enciclopedia Treccani definizione Psicosi

Nardi Bernardo, et al. Manuale essenziale di psichiatria.

D.M. 8 ottobre 1998, n. 520. Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale.

Professione educatore. Modelli, metodi, strategie d'intervento. Maria Teresa Bassa Poropat, Fabrizio Lauria.

Francesco Crisafulli. LE COMPETENZE DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE BUONA VOLONTÀ E BUONSENSO NON BASTANO PER I BISOGNI COMPLESSI DELLE PERSONE IN DIFFICOLTÀ.

Dott. Nicolò Ricci Pacifici. LA LEGISLAZIONE DI RIFERIMENTO PER L'EDUCATORE PROFESSIONALE. Seminario laboratorio di tirocinio

Dr.ssa Daniela Saltari. Le competenze educative nei percorsi riabilitativi. Dispensa modulo didattico. *A.Canevaro Pedagogia speciale. D.Demetrio L'educatore auto.(bio)grafo.*

Gabriella Ba Strumenti e tecniche della riabilitazione psichiatrica e psicosociale Franco Angeli

Benedetto Saraceno La fine dell'intrattenimento

Paolo Carozza. Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientati alla guarigione.

Dott.ssa Rocchetti Simona. La relazione educativa. Dispensa modulo didattico. *La relazione d'aiuto. Elementi teorico-pratici per la formazione a una corretta comunicazione interpersonale.*

Dr.ssa Annamaria Ciuccarelli. Teoria e Progettazione educativa. Dispensa modulo didattico.

Robert P.Liberman. La riabilitazione psichiatrica.

Francesco Crisafulli. La valutazione nel lavoro dell'educatore professionale. Modelli e strumenti di un'attività chiave nei contesti socio-sanitari.

Dr.ssa Marilena Flamini. L'osservazione educativa. Dispensa modulo didattico. *“EDUCAZIONE E OSSERVAZIONE. TEORIE, METODOLOGIE E TECNICHE.”*, Autore: Maida S., Molteni L., Nuzzo A.

Legge 12 marzo 1999, n. 68 "**Norme per il diritto al lavoro dei disabili**" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 68 del 23 marzo 1999 - Supplemento Ordinario n. 57

Regione Marche: Legge regionale 25/01/2005 N. 2

Regione Marche: Deliberazione n. 593 del 07/05/2018 Revoca DGR 293/2016. Linee guida per i tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione.