



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in EDUCAZIONE PROFESSIONALE

**IL PERCORSO DI TIROCINIO E
GLI STRUMENTI VALUTATIVI:
LA METODOLOGIA
DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE**

Relatore: Chiar.mo
MARILENA FLAMINI

Tesi di Laurea di:
FEDERICO LOMBI

A.A. 2019/2020

INDICE

INTRODUZIONE.....	pag. 2
CAPITOLO 1 L'EDUCATORE PROFESSIONALE	
1.1 La figura dell'Educatore professionale.....	pag. 4
1.2 Evoluzione normativa della figura professionale.....	pag. 6
1.3 La Metodologia dell'Educatore Professionale.....	pag. 12
1.3.1 La relazione educativa	pag. 15
1.3.2 L' Osservazione educativa	pag. 18
1.3.3 Assessment, progetto educativo e valutazione.....	pag. 23
CAPITOLO 2 LA VALUTAZIONE	
2.1 L'importanza della valutazione in ambito educativo.....	pag. 28
2.2 La valutazione nei contesti sanitari e socio-sanitari.....	pag. 33
2.3 Uno strumento di valutazione: Il VADO.....	pag. 35
CAPITOLO 3 ESPERIENZA DI TIROCINIO DEL TRIENNIO	
3.1 Esperienza di tirocinio 1°anno.....	pag. 40
3.1.1 Obiettivi e metodologia applicata.....	pag. 40
3.1.2 Osservazione come elemento di valutazione.....	pag. 42
3.2 Esperienza di tirocinio 2°anno.....	pag. 44
3.2.1 Obiettivi e metodologia applicata.....	pag. 44
3.2.2 Assessment e Progetto.....	pag. 49
3.3 Esperienza di tirocinio 3°anno.....	pag. 52
3.3.1 Obiettivi e metodologia applicata.....	pag. 52
3.3.2 Valutazione struttura, progetto e Valutazione di processo e di esito....	pag. 54
CONCLUSIONE.....	Pag. 59
Bibliografia.....	Pag. 60
Sitografia.....	Pag. 63

INTRODUZIONE

Ho iniziato questa università non conoscendo cosa avrei trattato e quale sarebbe stato lo scopo della mia professione in quanto già ero certo che questa non sarebbe stata la mia strada. Ho scoperto i compiti della mia figura professionale durante la prima lezione dove ci è stato consegnato il regolamento del Corso e la legislazione della nostra figura. Ho trovato molto interessante il processo di nascita della figura e quale fosse la sua mission. Più passava il tempo più cresceva in me la voglia di scoprire di più e di comprendere la metodologia da poter sfruttare nella pratica.

Nel corso della mia formazione università la volontà di proseguire è cresciuta in maniera esponenziale. Proprio per questi motivi la mia tesi presenta; l'evoluzione dell'Educatore Professionale, gli aspetti teorici valutativi principali e l'esperienza perdurata nel Tirocinio in questi tre anni. Come voler essere uno specchio della mia evoluzione sotto il punto di vista accademico e personale.

La prima parte ripercorre la nascita dalla figura dell'Educatore Professionale e l'evoluzione normativa che ha avuto durante questi anni. Inoltre, ho voluto portare una grande attenzione agli strumenti metodologici principali che lui utilizza.

Nel secondo capitolo cerco di spiegare e differenziare i diversi approcci e strumenti valutativi, parlando della loro importanza e della loro applicazione in base al contesto ed alla situazione che ci si pone davanti.

Il terzo capitolo è il core della tesi e rappresenta il mio percorso dei tre anni trascorsi all'interno del Corso universitario. All'interno troverete tutta la mia esperienza di tirocinio; i miei obblighi formativi, le competenze sviluppate, le metodologie acquisite, le strutture e la loro utenza ma cosa più importante l'evoluzione accademica e personale.

CAPITOLO 1

L'EDUCATORE PROFESSIONALE

1.1 La figura dell'Educatore professionale

Da sempre le figure educative si evolvono in base alle trasformazioni storiche, culturali e sociali, seguendo le problematiche che non permettono ai cittadini di raggiungere il benessere di cui lo Stato si fa garante.

L'istituzione dello Stato sociale e le trasformazioni sociali hanno dato l'avvio ai processi di modernizzazione della società italiana, ciò ha posto la necessità di ricercare una figura professionale dedicata non più solamente alla cura e all'assistenza ma alla promozione del benessere collettivo.

Le diseguaglianze sociali causate dal sistema economico-sociale fondato sullo scambio di beni e servizi, tipico del capitalismo, suscitarono nei cittadini un senso di insicurezza, lotta continua alla sopravvivenza e manifestazioni di povertà.

Ancor prima del capitalismo le istituzioni specifiche non erano garantivano a donne, bambini ed anziani un'adeguata qualità di vita.

La rivoluzione industriale modificò drasticamente l'organizzazione sociale, accentuando la divisione tra le attività sociali e lavorative, ne conseguì il peregrinaggio di mercanti portando all'insorgenza di quesiti sulla sicurezza e controllo che richiedevano forme di organizzate di assistenza.

Nel corso della storia sono state elaborate diversi pensieri filosofici e religiosi sulla persona umana, che riguardano la sua origine, natura, bisogni e diritti.

La chiesa considerava l'assistenza come un'opera di carità e supporto nei confronti dei più deboli, che restituisce la rispettabilità personale ed esistenziale.

Le istituzioni religiose e caritatevoli associavano al principio dell'assistenza quello dell'educazione come fondamentale per una condotta morale e

clericale incentrata sull'amore verso l'altro e verso Dio; ponendo come finalità ultima dell'educazione l'onestà morale e la devozione religiosa. Dunque, non senza fatica il concetto di educazione come professione riuscì ad emergere rispetto al concetto tradizionale di assistenza.

Intorno al ventesimo secolo, inizia ad affermarsi lo Stato Sociale, il Welfare State, basato su politiche pubbliche connesse al processo di modernizzazione, portando a trasformazioni sociali, economiche, politiche ed istituzionali.

In tal modo, lo Stato si fa garante della protezione contro i rischi e del soddisfacimento dei bisogni predeterminati, attraverso l'assistenza, assicurazione o sicurezza sociale, introducendo diritti e doveri sociali.

Letteralmente Welfare State significa "Stato del benessere" ciò implica che lo Stato si assume anche responsabilità legate alle politiche pensionistiche, sanitarie e socio assistenziali nei confronti della cittadinanza.

Il termine "benessere" si riferisce alle condizioni di vita delle persone, le risorse e occasioni di cui possono usufruire nelle varie fasi della loro vita.

Fino agli anni Settanta, i concetti di educazione, controllo e socializzazione erano intrinsecamente legati; soprattutto nel dopoguerra, a seguito dei gravi problemi legati all'infanzia e dei giovani disadattati, attribuiscono all'educatore il ruolo normativo di "controllore" all'interno di istituti minorili o strutture carcerari, compiendo azioni dirette all'adattamento delle norme morali e sociali generali.

I cambiamenti politici e sociali del Sessantotto rendono consapevole l'educatore della potenza delle sue azioni, che possono ripercuotersi sulla collettività oltre che sul singolo individuo, caratterizzandolo come figura coinvolta nei cambiamenti e nella discussione in merito alle questioni sociali.

Gli anni Sessanta e Settanta sono caratterizzati da un clima di forte scontento sociale in cui si criticano in modo determinante le istituzioni totalizzanti, fino alla promulgazione della legge Basaglia del 1978 che portò

alla chiusura degli istituti psichiatrici e delle “scuole speciali per handicappati”.

L’educatore, struttura i suoi interventi educativi partendo dall’analisi dei bisogni del contesto sociale in cui opera, monitorando i cambiamenti culturali e morali, oltre che porre attenzione all’aspetto demografico della popolazione, delle modifiche del mercato lavorativo che portano ad aumentare l’instabilità dei soggetti, causando nuove problematiche sociali.

Oggigiorno l’educatore è un consapevole professionista del cambiamento che opera una sintesi tra bisogni sociali e specifici delle diverse tipologie di utenze con cui lavora.

1.2 Evoluzione normativa della figura professionale

Il profilo professionale nazionale dell’educatore si evolve con i mutamenti legislativi che hanno interessato il Welfare e le pratiche sociali.

Titmuss (1986) studioso delle politiche sociali, realizzando l’analisi dei modelli di Welfare mise in evidenza le questioni riguardanti i limiti e le competenze degli interventi sociali a carattere pubblico.

In particolare, egli suddivise due categorie principali di Welfare, quello residuale e il modello istituzionale ai quali si aggiunge una terza suddivisione, ovvero il modello intermedio, chiamato anche “aziendale” o “meritocratico-occupazionale” di tipo previdenziale.

Il modello residuale si fonda su interventi sociali pubblici che vengono attivati solo quando il soggetto e le sue reti sociali di sostegno falliscono, dimostrando di non essere capaci di soddisfare i bisogni essenziali.

Il modello istituzionale, in particolare, prevede l’individualizzazione di processi di crescita economica e di chiare situazioni di disegualianza sociale e di povertà e attribuisce all’intervento pubblico un sostanziale compito di regolatore e di distribuzione.

Con il Welfare Mix, lo Stato declina le proprie concezioni di assistenza pubblica nominando il Terzo settore, ovvero le organizzazioni private o pubbliche, all'erogazione diretta delle prestazioni; mantenendo un ruolo di supervisione del sistema di offerte e di regolazioni dei finanziamenti.

La strutturazione dei servizi e delle politiche pubbliche, è avvenuta inizialmente facendo riferimento a cinque aree, ovvero alla famiglia e i minori, handicap, tossicodipendenze, salute mentale e anziani.

La famiglia è una struttura sociale che collega il pubblico e il privato, da sempre intorno ad essa insorgono degli interrogativi.

Gli anni Settanta sono stati caratterizzati da forti fermenti per via dell'introduzione del divorzio, dei mezzi d'informazione sul controllo delle nascite, leggi per la tutela della maternità e sull'aborto; ampliando notevolmente i confini delle decisioni individuali; inoltre, in questi anni viene riconosciuta la parità dei sessi nell'ambito del lavoro, favorendo così l'occupazione.

I servizi rivolti alla famiglia e ai minori sono stati modificati nel tempo, stabilendo vari obiettivi: supporto, tutela e controllo, mediazione e cura, socializzazione e crescita.

Per quanto riguarda l'handicap, le problematiche vanno oltre le difficoltà psicofisiche e sociale degli individui ma interessano anche i valori socioculturali del loro gruppo di appartenenza sociale che in diversi modi possono facilitare o sfavorire la loro integrazione, le condizioni strutturali del sistema economico oltre che occupazionale e le legislazioni sociosanitarie.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (l'OMS) con il documento "Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità e Handicap" presenta una distinzione tra il termine "menomazione", intesa come qualsiasi perdita o anomalia a carico di strutture o funzioni psicologiche, psicologiche o anatomiche; "disabilità" per indicare ogni restrizione o carenza, conseguente alla menomazione; e "handicap" come condizione di

svantaggio sociale , vissuto da una determinata persona a seguito ad una menomazione o di una disabilità.

Nel 1999 l'OMS elabora una nuova classificazione chiamata "Classificazione Internazionale del Funzionamento", che definisce lo stato di salute delle persone anziché le loro limitazioni.

La "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate", generalmente conosciuta come Legge 104, disciplina le responsabilità sociali e l'accertamento dell'handicap, gli interventi di prevenzione e diagnosi precoce, di cura e riabilitazione, i diritti riconosciuti e le misure di inserimento ed integrazione sociale, facendo anche riferimento al diritto all'educazione, all'istituzione e al lavoro.

Il benessere di una persona può essere influenzato da una moltitudine di fattori, non solo biologici ma anche storici, psicologici, sociopolitici, ambientali che possono pregiudicare, momentaneamente o in maniera definitiva, la capacità di relazionarsi e di adottare comportamenti socialmente adeguati.

La normativa della legge 13 maggio 1978 n.180, che viene ricompresa nella legge 23 dicembre 1978 n.833, "Istituzione del servizio sanitario nazionale", istituiva la chiusura dei manicomi e l'organizzazione a livello regionale di una rete di servizi territoriali e domiciliari, ambulatori ed ospedalieri che limitavano i ricoveri volontari o in regime di TSO (Trattamento sanitario obbligatorio) in casi di verificata gravità o necessità.

Nella "Dichiarazione di Helsinki sulla salute mentale per l'Europa" del 2005, la salute e il benessere mentale vengono riconosciuti come fondamentali per la qualità della vita e la produttività degli individui, delle famiglie, delle comunità e delle nazioni, perché permettono di dare un significato alla vita e di essere cittadini attivi.

L'area della salute mentale viene riconosciuta come prioritaria di interesse e di intervento, in modo tale da ridurre lo stigma sociale e la cronicizzazione attraverso interventi volti a garantire il benessere e le funzionalità delle

persone, andando a potenziare i punti di forza e le risorse, evidenziandone la resistenza e rafforzando i fattori di protezioni esterni.

La salute mentale ha dunque la necessità di un approccio multidisciplinare che coniughi la dimensione terapeutica, sociale, politica e che sappia ricollocare i malati mentali ad una condizione di cittadinanza attraverso interventi tesi all'inclusione e all'emancipazione.

Per quanto concerne l'invecchiamento della popolazione si è ritenuto necessario aumentare le risorse sanitarie, assistenziali, previdenziali per garantire forme di sicurezza sociale e di sostegno alle persone anziane.

Fino agli anni Settanta, l'approccio ai bisogni degli anziani era per lo più di tipo assistenziale e medicalizzato ed istituzionalizzato che si limitavano all'igiene, custodia, alimentazione, terapie farmacologiche e attività di animazione.

La riforma sanitaria prevede la definizione di politiche regionali in grado di prevenire l'isolamento e l'emarginazione, favorendo la partecipazione dei cittadini e promuovendo le collaborazioni con il volontariato; l'offerta dei servizi si compone di strutture residenziali per anziani non autosufficienti e di varie tipologie di assistenze domiciliari.

Un'altra tematica articolata è la tossicodipendenza, la quale va studiata e trattata secondo diversi approcci: medico, legale, sociale, psicologico e educativo.

A lungo il trattamento delle tossicodipendenze si è concentrato sull'aspetto sanitario di sintomatologie legate all'uso e abuso di sostanze stupefacenti e all'adozione di comportamenti pericolosi per la salute; focalizzandosi maggiormente sul disagio manifesto, senza indagare sulle cause e l'origine delle dinamiche del fenomeno del consumo.

Questo approccio non comprende la variabilità del caso, affrontandolo solo come problema legato al controllo, sicurezza e assistenza sociale; causando come risposta il proibizionismo, l'antiproibizionismo e la tolleranza controllata.

Negli anni sono aumentate le forme di dipendenza da sostanze legali quali l'alcol, tabacco, gioco d'azzardo, internet, sesso; dipendenze socialmente accettabili che producono forme di disagio tollerabile fino quando non cadono in modo incontrollabile in problematiche patologiche, sanitarie ed economiche.

Il legislatore ha definito, nella legge quadro per la realizzazione del sistema sanitario integrato di interventi e servizi sociali, i livelli minimi di assistenza uguali per ogni realtà territoriale; definendo gli interventi previsti e garantiti oltre che individuando gli enti reputati alla realizzazione di un sistema di protezione sociale attivo e integrato.

Il fine ultimo degli interventi individuali e collettivi diviene la promozione del benessere realizzato attraverso strategie dirette al potenziamento dell'integrazione tra risorse formali ed informali del territorio, senza tralasciare la personalizzazione degli interventi.

La figura professionale dell'educatore risulta faticosamente definibile sul piano legislativo, non riconducibile solo agli scarsi interventi normativi da parte di organi giurisdizionali, ma per l'eccessiva e contraddittoria presenza di norme legislative emanate da più organismi, che hanno reso la figura ed il ruolo dell'educatore quanto mai complesso, confuso e ambiguo.

Nel 1983 la Commissione di studio nazionale, istituita presso il Ministero dell'interno, ha riconosciuto l'importanza della figura dell'Educatore Professionale per il sistema dei servizi sociali e sanitari; definendolo un operatore che basa la propria professionalità sull'integrazione di competenze tecnico-pratiche, acquisite nella realtà tramite l'esperienza.

L'aggettivo professionale che segue il termine educatore attribuisce una caratteristica che sottolinea la lontananza da una sfera educativa generale e naturale, caritativa e filantropica, definendosi invece come attività intellettuale ed operativa esercitata in modo intenzionale, esperto e consapevole.

L'apprendimento dell'Educatore Professionale si conclude con il conseguimento di un titolo di studio, con valore legale, che consente l'accesso alle professioni mentre l'apprendimento non formale è una scelta intenzionale della persona, che si materializza nel volontariato, nel servizio civile nazionale e del privato sociale e nelle imprese.

Il Decreto Ministeriale dell'8 ottobre 1998, n.520 "Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", definisce il profilo dell'Educatore Professionale.

Il Decreto Ministeriale 520/98 delinea la figura professionale dell'educatore come l'operatore sociale e sanitario che, essendo dotato del diploma universitario abilitante, realizza progetti educativi e riabilitativi specifici elaborati insieme ad un'équipe multidisciplinare, volti a promuovere uno sviluppo adeguato alla singola personalità con obiettivi educativi e relazionali in un contesto di partecipazione e recupero della quotidianità; occupandosi dell'inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà.

Il Ministero della Salute ha riconosciuto la figura dell'Educatore Professionale come figura professionale sanitaria dell'area della riabilitazione con il DM 13/3/1999, definendola anche come professione dotata di una autonomia professionale e quindi non ausiliaria del medico (Legge 26 febbraio 1999, n. 42).

Con il Decreto Ministeriale del 27/7/2000 e con il Decreto Ministeriale del 22/6/2016 sono state riconosciuti i percorsi formativi equipollenti ma non sono ancora stati definiti i percorsi riguardanti le equivalenze dei titoli pregressi come invece previsto dall'art 2 della Legge 48/99.

Inoltre, sono state decretate le modalità di accesso agli incarichi di coordinamento e dirigenza.

A venti anni dal Decreto Ministeriale 520/98 dunque dal riconoscimento del profilo professionale di Educatore Professionale la legge, l'ex Ministro

della salute Beatrice Lorenzin ha firmato il primo decreto attuativo della legge n.3 del 2018, conosciuta comunemente come la legge che ha riformato il sistema degli Ordini e degli albi delle professioni sanitarie.

Tale decreto ha istituito in Italia gli albi delle 17 professioni sanitarie che fino a quel momento non erano né ordinate né regolamentate e che sono entrate a far parte dell'Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione; annettendosi agli albi già esistenti dei Tecnici sanitari di radiologia medica e degli Assistenti sanitari.

In tal modo è stato ultimato l'assetto normativo per tutte le 22 professioni sanitarie, compresa la professione sanitaria di Educatore Professionale, le quali avranno ognuna un Ordine a cui fare riferimento.

La legge n.3 del 2018 rappresenta una valorizzazione delle professioni sanitarie e dell'intero sistema sanitario; garantendo conseguentemente una tutela del diritto della salute dei cittadini.

La legge 3/2018 e il DM del 13 marzo 2018 confermano che per esercitare la professione di Educatore Professionale è obbligatoria l'iscrizione all'albo; in quanto chi non è iscritto incorre nel reato di esercizio abusivo della professione.

1.3 La Metodologia dell'Educatore Professionale

Il lavoro dell'educatore si riempie di significato solo se lo si inserisce all'interno di una collaborazione con un'équipe multidisciplinare in cui tutti i partecipanti lavorano nello stesso ambito e per questo vivono un sentimento comune, di appartenenza, attraverso cui percepiscono di far parte di un gruppo.

Nel lavoro educativo è fondamentale lo scambio comunicativo, l'educatore utilizza una serie di pratiche la comunicazione possa portare allo scambio di informazioni e aiuti l'altro ad emergere.

Gli strumenti tecnici e comportamentali che sono propri dell'educatore professionale sono:

- ascolto attivo: ovvero la capacità di far percepire all'altro che si sta ascoltando e comprendendo il significato più nascosto delle parole.

L'educatore sa bene che più la persona si sente ascoltato e compreso più parlerà apertamente senza sentirsi giudicato;

- empatia: reputare l'altro al nostro stesso livello, è la capacità di rispettare i sentimenti e le emozioni degli altri.

L'educatore empatico è colui che si sforza di mettersi nei panni dell'altro, comprendendo le sue emozioni e le sue motivazioni.

- tempestività: comprendere il momento più opportuno per parlare;
- chiarezza: esprimersi in modo trasparente e comprensibile;
- dimostrarsi aperti e flessibili.

Le modalità del metodo osservativo sono:

- distanza: non farsi influenzare da pregiudizi o dalla soggettività dell'educatore, mantenendo un equilibrio nel rapporto educatore-utente;
- comunicabilità: le osservazioni effettuate producono dei dati che devono essere fruibili anche agli altri educatori che partecipano all'intervento educativo.

Gli strumenti dell'osservazione si possono raggruppare in due categorie, ovvero, gli strumenti legati all'utente e quelli utilizzati dall'educatore nel suo lavoro.

Rappresentano strumenti utili all'osservazione tutto ciò che può fornire informazioni sull'utente, come ad esempio la cartella clinica, il fascicolo personale da cui si ricavano indicazioni sul profilo familiare, contatti con contesti scolastici od extrascolastici, la cartella clinica e la cartella educativa ovvero un macro contenitore in cui l'Educatore Professionale raccoglie tutto

ciò che produce in termini di scrittura e documentazione; la finalità della cartella educativa è quella di verificare e aggiornare il progetto educativo, inoltre, generalmente contiene la scheda anagrafica in cui si trovano anche informazioni riguardanti la presa in carico educativa, la data del primo contatto e del primo colloquio, in modo tale da poter essere sempre disponibile ogni volta che risulta necessario un aggiornamento o una relazione sull'utente. La cartella deve pure contenere tutti gli allegati che riguardano il percorso dell'utente fino alla fine del suo progetto educativo e alla sua dimissione.

Le finalità della cartella educativa sono quelle di mettere in evidenza i gli interventi educativi dell'Educatore Professionale, rappresentando, altresì, un'indispensabile documentazione del percorso dell'utente.

L'Educatore Professionale utilizza degli strumenti osservativi meno strutturati che permettono di definire un profilo cognitivo dell'utente e comprendere le sue capacità affettive e strumenti che sono invece più strutturati che gli consentono una riflessione più dettagliata che possono essere:

- l'osservazione della quotidianità;
- comportamenti attesi: i comportamenti che l'educatore si aspetta compia quello specifico utente;
- la capacità di far fronte ai problemi che si presentano all'utente;
- modalità di comunicazione del soggetto;
- osservazioni valutate nelle riunioni d'équipe.

Solitamente per le osservazioni più strutturate viene utilizzato il diario di bordo, ovvero un testo che viene elaborato giornalmente dall'Educatore Professionale, è la registrazione e l'annotazione di tutto ciò che accade; essendo scritto sottoforma di diario, l'Educatore Professionale scrive commenti e impressioni carichi di una forte emotività.

Il diario di bordo è un documento del servizio, che contiene la storia e ha la capacità di riportare alla memoria i fatti all'Educatore Professionale che rilegge ciò che ha scritto rivivendo le emozioni.

1.3.1 La relazione educativa

Fin dall'inizio del pensiero umano il dibattito sull'educazione è sempre stato molto controverso. Per Platone la conoscenza era innata e conosciamo solo quello che è già dentro di noi. Conosciamo noi stessi e ciò che ci circonda solamente perché lo ri-conosciamo poiché già presente in noi. La conoscenza quindi diventa un "tirar fuori".

Seguendo il pensiero Platoniano il concetto di educazione è visto come educere "condurre fuori" considerando ogni persona già in origine dotata di una ricchezza propria ed il compito di chi educa sarà quello di fornirgli i giusti strumenti per poterla scoprire.

L'educazione diventa quindi parafrasabile con il concetto di istruire "instruere", mettere dentro. La persona diventa materiale da plasmare e non ha in principio una propria originalità, il compito di chi educa sarà proprio quello di creare la sua forma.

Ciò che accomuna questi due pensieri è la relazione che si instaura tra educatore/educato ed istruttore/istruito. Nel primo caso il rischio è la negazione della relazione con l'ambiente esterno., quindi credere che l'ambiente ed il contesto non siano importanti per l'educazione.

Nel concetto di educare come istruire si fa riferimento all'ambiente ed al contesto esterno come unica fonte di sapere, negando così la possibilità di interagire con esso e relegando la persona ad accettare passivamente tutto ciò che gli accade.

Una terza visione, fortunatamente, introduce il concetto di relazione come occasione di crescita personale. Parte dal presupposto che ogni individuo vede la realtà con i propri occhi, non raggiungendo mai l'obiettività. Non solo l'individuo, né solo l'ambiente sono responsabili della crescita della persona; entrambi interagendo fra loro sono responsabili.

La relazione educativa è basata sull'incontro dell'Altro, si propone di sviluppare e migliorare la Sua interiorità e la Sua socialità.

Con questa visione l'Educatore Professionale si colloca accanto al soggetto in difficoltà, lo supporta ed accompagna in un percorso di costruzione della sua identità personale.

Per poter aprire la strada al cambiamento l'Educatore Professionale possiede svariati strumenti metodologici.

La relazione educativa è sicuramente lo strumento cardine della pratica educativa, si sviluppa attraverso parametri comunicativi e ne sfrutta le specifiche dinamiche per la gestione del processo empatico con l'Altro.

Le principali competenze educative:

1. L'autenticità dell'Educatore professionale. L'educatore professionale si impegna a non simulare un sentimento diverso da quello in quel preciso contesto.
2. L'accettazione incondizionata. Si attua tramite la sospensione dei giudizi morali dell'educatore, tutto ciò atto a favorire la creazione di uno spazio di ascolto per l'Altro
3. La comprensione empatica dell'utente. Riuscire a comprendere attivamente il punto di vista dell'utente al fine di contenere i sentimenti e le percezioni dello stesso.

La capacità dell'Educatore Professionale di aiutare l'altro devono essere assimilate come stabili competenze; la relazione educativa non può essere sintetizzata come consigli su come agire o informazioni riguardante una specifica problematica né tantomeno come azioni dirette alla risoluzione situazioni complicate o istruzioni di conoscenze ed abilità.

Una relazione d'aiuto deve essere predisposta al sostegno di una persona fornendole gli strumenti necessari che li diano la possibilità di imparare ad imparare.

L'Educatore Professionale è colui che riveste il ruolo di operatore d'aiuto ogni volta che un utente esprima il messaggio, anche in modo non verbale, di aver bisogno del suo sostegno.

Lo strumento privilegiato nelle relazioni d'aiuto è il dialogo, attraverso cui l'Educatore Professionale può cogliere i sentimenti, pensieri, emozioni dell'altro e attraverso questo riconosce la sua capacità di aiutare.

La competenza educativa del saper comunicare dell'Educatore Professionale si colloca in una più ampia conoscenza ovvero quello del saper aiutare.

L'Educatore Professionale attraverso la comunicazione caratterizzata dallo scambio interattivo tra due o più persone manifesta la sua predisposizione all'ascolto, attenzione, empatia, dimostrando a l'altro di avere piena fiducia in lui e sulle sue possibilità.

La capacità di entrare in comunicazione con l'utente è un'irrinunciabile competenza pedagogica-educativa facilitata dalla comprensione empatica, ovvero la capacità di sentire con l'altro; l'accettazione incondizionata che influenza positivamente il soggetto al cambiamento; la trasparenza e la congruenza che permettono all'Educatore Professionale di essere sempre se stesso senza modificare i suoi stati emotivi ma analizzando il suo vissuto personale in modo produttivo collocandoli all'interno della relazione; la disponibilità all'ascolto che è determinante in ogni relazione d'aiuto poiché senza l'ascolto non si può aiutare.

Una comunicazione efficace è il primo passo per la costruzione di una relazione educativa; comunicare in modo efficace significa sapersi esprimere in ogni situazione, sia a livello verbale che non verbale, in modo chiaro e coerente con il proprio stato d'animo. Per una comunicazione efficace è essenziale un ascolto attivo; l'ascolto attivo è la capacità di porre attenzione alla comunicazione dell'altro senza formulare giudizi. E' un atto intenzionale che impegna la nostra attenzione a cogliere quanto l'altro ci riferisce sia in modo esplicito che in modo implicito.

La relazione educativa rappresenta il luogo d'incontro fra Educatore e soggetto in difficoltà. l'intenzionalità educativa è la motivazione che spinge a questo incontro. L'intenzionalità educativa consiste nella consapevolezza della scelta e l'impegno nel portarla avanti. Ogni azione all'interno della relazione educativa deve avere dei chiari e definiti obiettivi da seguire.

La relazione educativa accompagnerà la persona lungo tutto il percorso riabilitativo fungendo da punto di riferimento e di sostegno. L'Educatore Professionale, sviluppando le proprie competenze, deve imparare a riconoscere e gestire l'emozioni che la relazione stessa origina in lui. Ciò permette all'Educatore di riconoscere e condividere le emozioni dell'Altro senza confonderle con le proprie; riuscendo così ad essere vicino al soggetto senza identificarsi in Lui.

Questa risonanza emotiva permette una conoscenza approfondita della persona che sarà essenziale per poter compilare l'Assessment.

1.3.2 L' Osservazione

Nel lavoro educativo un termine che si sente spesso ripetere è “osservazione”; è una parola che ricorre frequentemente discutendo circa l'opportunità di osservare, trovare spazi e tempi per l'osservazione e le modalità nelle quali l'osservazione può essere svolta. Il metodo osservativo può essere considerato come una fondamentale abilità dell'Educatore Professionale, una capacità che si trova alla base della sua formazione. La predisposizione all'osservazione rende gli Educatori Professionali dei partecipanti attivi al processo di ricerca anziché figure passive, in quanto in questo avviene una trasformazione e un adeguamento del progetto educativo.

Nell'intervento educativo la metodologia osservativa ha una finalità di carattere pratico perché permette all'educatore di risolvere i problemi incontrati nella pratica educativa. Nell'ambito di una riflessione in merito alla professione educativa è chiaro il dover considerare la sua complessità, l'assenza di parametri assoluti a cui fa riferimento e la molteplicità delle variabili che quotidianamente rimettono in discussione il lavoro svolto nei giorni precedenti.

Il metodo più efficace e spontaneo per ottenere le informazioni utili allo svolgimento del nostro lavoro è chiaramente l'osservazione. Diversi aspetti importanti differiscono tra guardare ed osservare.

Gli elementi cardini dell'osservazione sono la finalità e l'intenzionalità; l'educatore che osserva ha l'obiettivo di conoscere e descrivere, nel modo più oggettivo possibile, un determinato fenomeno considerato rilevante e significativo rispetto precisi interessi e motivazioni. L'osservazione dunque si presenta come un processo cognitivo, in quanto non solo è orientata alla lettura del fenomeno ma in particolar modo alla sua comprensione.

Un attento osservatore non si limita all'osservazione dei fenomeni nella loro individualità e peculiarità ma vuole cogliere l'aspetto globale e dinamico degli eventi, evidenziando le loro correlazioni. Non ci si limita a rilevare dei dati ma si ricerca una lettura dell'evento; questa operazione apparentemente soggettiva è invece parte essenziale e conclusiva del processo di osservazione.

Decidere cosa osservare è la fase iniziale del processo osservativo; questa scelta è determinata dall'ipotesi del nostro intento conoscitivo e dagli obiettivi della nostra rilevazione. E' fondamentale restringere il campo conoscitivo, focalizzando l'attenzione su aspetti particolari e peculiari del fenomeno che decidiamo di esplorare. Non è pensabile di poter osservare tutti ciò che ci circonda, sarebbe un procedimento poco proficuo e comporterebbe una grande dispersione di risorse. Quindi nell'osservazione è fondamentale mettere in evidenza gli elementi che forniranno le informazioni necessarie ai fini della rilevazione focalizzando la nostra attenzione su di essi.

Una volta stabilito cosa osservare bisogna stabilire il come; decidere quali strumenti e procedure siano le più funzionali per il nostro obiettivo.

Ora evidenziamo le tre fasi costitutive della procedura osservativa:

1. Focalizzazione. Ciò ci permette di Individuare e definire con chiarezza e precisione i vari aspetti del fenomeno studiato e formulare ipotesi sulle possibili variabili che entreranno a far parte della nostra osservazione.

2. Raccolta dei dati. In questa fase registreremo i comportamenti e la loro codifica; queste procedure ci permetteranno di individuare, analizzare e misurare le caratteristiche delle variabili prese in considerazione.

3 Analisi dei dati. Si distingue fra analisi quantitativa ed analisi qualitativa. Si definisce un'analisi di tipo quantitativo quando è possibile misurare tramite opportune scale la frequenza, il grado d'intensità o la durata delle variabili registrate.

L'analisi di tipo qualitativo ha come discriminante l'interpretazione soggettiva delle categorie di variabili registrate.

Un altro elemento imprescindibile dell'osservazione è il quando osservare; quindi stabilire a priori la durata e la frequenza delle nostre osservazioni.

Mantovani (1995) evidenzia due grandi tipologie di campionamento:

1. Campionamento temporale. Il metodo viene utilizzato quando l'intenzione dell'osservatore è quella di raccogliere informazioni relative alla frequenza di un determinato comportamento.

Il soggetto viene osservato ad intervalli di tempo intermittenti e di durata uniforme durante i quali egli cerca di descrivere tutto ciò che vede accadere.

2. Campionamento di eventi. Si utilizza quando l'interesse dell'osservatore è orientato a cogliere gli aspetti relativi alla sequenza ed alle modalità con cui si presenta un determinato comportamento.

La diversa partecipazione, il differente livello di coinvolgimento che l'osservatore mette in atto durante lo svolgimento dell'osservazione danno origine a differenti procedure operative; osservazione partecipante ed osservazione non partecipante.

Ciò che caratterizza il paradigma non è solamente il ruolo dell'osservatore ma anche il fatto che i soggetti sappiano o meno di essere osservati. Ciascun approccio presenta limiti e benefici, la scelta della tecnica utilizzata sarà in funzione dell'obiettivo della rilevazione.

Durante la l'osservazione partecipante l'osservatore prende parte attivamente alla situazione che si sta svolgendo, interagisce con i soggetti osservati in una

dimensione dinamica che lo coinvolge direttamente. Molto spesso questo tipo d'osservazione sotto intende un accordo tra osservatore ed osservato nella condivisione di un quadro di riferimento comune. L'obiettivo di tale rilevazione è la comprensione della situazione educativa dall'interno in un costante confronto di prospettive.

Durante l'osservazione non partecipante l'osservatore cerca di influenzare il meno possibile ciò che avviene nel contesto osservato, ricoprendo una posizione esterna alla realtà studiata e non interagendo con essa. Le tecniche più utilizzate per compiere questo tipo di osservazione sono gli specchi unidirezionali o strumenti di rilevazione automatica come ad esempio videocamere o registratori. Volendo compiere questo tipo di osservazione mantenendo la propria presenza nel contesto osservato è opportuno introdursi nel gruppo senza dichiarare le proprie intenzioni, agire come se non si ha alcun obiettivo, e procedere con la registrazione dei dati solo alla fine dell'osservazione.

Esistono due modi per poter condurre un'osservazione: un'osservazione di tipo strutturata(sistemica) oppure un'osservazione con basso grado di strutturazione(esperienziale).

Nell'osservazione sistematica l'attenzione è rivolta al comportamento effettivamente messo in atto in una determinata situazione, registrando fedelmente le informazioni prese. Questo tipo d'osservazione ha un obiettivo ben preciso stabilito a priori, viene effettuata su soggetti designati in precedenza e prevede la messa a punto preventiva di un sistema pianificato di raccolta e classificazione delle informazioni.

Postic e De Ketele (1993) evidenziano alcune caratteristiche necessarie affinché un'osservazione possa definirsi sistematica:

1. La pertinenza. Ciò che noi stiamo osservando è pertinente al raggiungimento dell'obiettivo prefissato.
2. La validità. Se gli indicatori che abbiamo evidenziato come significativi siano realmente rappresentativi della variabile osservata.

3. L'affidabilità. Se l'osservazione del medesimo fenomeno condotta in momenti diversi o da osservatori diversi presenta gli stessi risultati.

4. La trasferibilità. È essenziale che i risultati di una ricerca sistematica, condotta su un campione ritenuto dal ricercatore rappresentativo di una popolazione più estesa, possano essere generalizzati e trasferiti a tale popolazione.

Condurre un'osservazione con un basso livello di strutturazione significa concentrare l'attenzione sull'analisi degli atteggiamenti, delle percezioni, delle credenze dei soggetti osservati, mettendo al primo posto il vissuto rispetto al comportamento.

L'azione dell'osservatore non è orientata alla registrazione degli eventi nel momento stesso della loro messa in atto così da permettere al soggetto una completa libertà d'azione.

La descrizione che l'osservatore farà del materiale raccolto avrà la caratteristica della narrazione e i dati rilevati sono di tipo qualitativo. L'osservazione destrutturata viene utilizzata per poter raccogliere informazioni, così da definire con più precisione un'ipotesi per un piano di ricerca più strutturato.

Alcuni errori di osservazione possono derivare da distorsioni dello stato psicologico o dalle aspettative dell'Educatore Professionale così come dal disinteresse o dalla volontà di fornire dei dati che siano in linea con le sue idee personali.

È opportuno, altresì, che l'osservazione non avvenga da un unico osservatore ma che più educatori riflettano su una stessa ipotesi in modo da confrontare le loro idee.

Il compito dell'Educatore Professionale consiste nell'osservare per diverso tempo e attentamente, i singoli soggetti cercando di arrivare ad una conoscenza approfondita, capendo le origini dei suoi problemi e comprendendone i bisogni.

Tutto questo è possibile se e solo se l'Educatore Professionale si relaziona con l'altro.

L'osservazione così definita è un elemento basilare ed ineliminabile dell'Educatore professionale e rappresenta il cardine fondante della progettualità educativa.

1.3.3 Assessment, progetto e valutazione

È proprio l'osservazione e la relazione i primi sistemi di valutazione utilizzati dall'Educatore Professionale.

L'origine etimologica del verbo "progettare" riconduce al latino pro, davanti, gettare, e significa gettare avanti, esporre, mettere in mostra.

Il progetto è l'organizzazione di idee, provvedimenti, comportamenti e risorse ed è il risultato finale della progettazione.

Il progetto investe sul cambiamento della persona ma per far sì che avvenga è necessario avere inventiva, credere in sé stessi, osare e superare le incertezze.

L'Educatore Professionale deve avere la capacità di riconoscere le proprie insicurezze ma essere in grado di vincerle e di riprogettare.

Una delle fondamentali caratteristiche del progetto educativo è quella di essere flessibile, ovvero deve adeguare alle molteplici situazioni differenti tra loro.

Ogni giorno l'Educatore Professionale deve interfacciarsi con la flessibilità e adattarsi ai nuovi problemi, situazioni, relazioni e linguaggi.

Il bagaglio culturale e professionale dell'educatore gioca un ruolo chiave nel progetto poiché esperienze passate possono essere riutilizzate nell'attività di progettazione futura.

L'Educatore Professionale deve possedere la capacità metodologica e critica di revisionare il progetto, capendo di modificare l'idea originaria costruendone una nuova qualora fosse opportuno.

Per progettare si deve innovare attraverso i processi di strutturazione, destrutturazione e ristrutturazione, inserendo anche elementi dapprima esclusi se questi risultano necessari.

L'epoca contemporanea è caratterizzata dalla globalizzazione in cui viene affermato come paradigma la complessità di comprensione delle differenti

realtà sociali considerando la precarietà e l'insicurezza come costanti della società e della cultura.

Per comprendere la complessità, la dimensione relazione risulta un valido strumento per introdursi nei nuovi modi di osservare e descrivere gli avvenimenti.

L'Educatore Professionale ha a sua disposizione il progetto come strumento ed è indispensabile che gli interventi educativi siano realizzati tenendo conto dei bisogni e delle necessità dell'utente. È proprio sulla base di questo che elabora un Assessment educativo utilizzando gli strumenti descrittivi della Metodologia educativa professionale, formulando le ipotesi, le fasi processuali e gli esiti degli interventi e del progetto. L'ASSESSMENT EDUCATIVO è composto da diagnostica educativa quale: scheda educativa utente/utenti con dati ed informazioni, scheda area delle abilità per valutazione potenziali educativi, risorse e criticità; diario educativo in cui si evidenziano le competenze metodologiche quali la osservazione, la riflessione e la relazione educativa, la lettura e decodificazione del caso clinico, l'elaborazione del controtransfert nel vissuto relazionale con utente/utenti, l'individuazione e la definizione degli obiettivi educativi, l'utilizzo del processo e del linguaggio pedagogico attraverso la NBM (narrative based medicine), la scheda degli interventi educativi, le ipotesi progettuali.

Quando si è di fronte a una persona che manifesta un forte disagio si è portati ad agire secondo due modalità; la prima è rispondere immediatamente al malessere fornendo prestazioni e servizi ed intervenendo nel minor tempo possibile; in questa modalità di intervento la relazione educatore-utente è orientata sulla sostituzione più che sulla promozione poiché a richiesta di bisogno si risponde con una prestazione.

La seconda modalità di azione è quella di fornire la risposta al problema, andando ad analizzare le cause che generano il disagio e cercare di intervenire su queste; in tale circostanza l'educatore prende in carico non il bisogno immediato dell'utente ma la persona che lo ha espresso, impegnandosi con l'utente e accompagnandolo nel suo processo di cambiamento.

Nel momento in cui l'Educatore Professionale elabora un progetto educativo deve tenere conto di alcuni concetti chiavi come l'equità, intesa come unione dei diversi punti di vista delle persone coinvolte nel progetto; la provvisorietà, cioè l'educatore deve saper indicare un termine del progetto; la flessibilità, l'abilità di riadattare il progetto in itinere; l'apertura, allargare gli orizzonti per accompagnare l'utente verso i possibili cambiamenti; la perfettibilità, l'educatore deve essere consapevole che ogni azione nel progetto potrebbe essere migliorata ed infine la concretezza, in quanto il progetto per poter essere attuabile deve fare i conti con la realtà.

Il Progetto Educativo Individualizzato rappresenta il percorso svolto dall'Educatore Professionale e dal soggetto; è caratterizzato da un iter sequenziale di eventi e dall'alternarsi di strumenti metodologici ed educativi che mirino al "recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà per il raggiungimento di livelli sempre più elevati di autonomia" (D.M. 520/98).

La flessibilità all'interno del progetto educativo è fondamentale visto che deve adeguarsi alle molteplici situazioni dissimili tra loro.

L'Educatore professionale deve essere dotato delle capacità metodologiche e critiche necessarie per poter revisionare il progetto, riuscendo così a modificare l'idea iniziale per un'altra più aderente ai bisogni del soggetto.

La formazione didattica e culturale rappresentano un ruolo chiave nel progetto poiché possono essere sfruttate nella realizzazione e nella progettazione delle attività future.

Il progetto è lo strumento che permette di riconoscere l'effettiva realizzazione del lavoro e la validità dello stesso. Il progetto ruota intorno al soggetto in difficoltà e si delinea con una precisa programmazione di eventi;

1. Analisi della realtà di partenza. Si raccoglie tutto il materiale diagnostico educativo al fine di poter evidenziare e valutare i punti di forza, le risorse e le debolezze del soggetto.

2. Finalità. Illustra l'obiettivo generale del percorso di riabilitazione.

3. Obiettivi specifici. Permette di suddividere i diversi obiettivi in modo

temporale, si suddividono in;

3.1 Obiettivi a breve termine.

3.2 Obiettivi a medio termine.

3.3 Obiettivi a lungo termine.

4. Partners coinvolti. Sono tutti quei soggetti, interni od esterni al servizio, che vengono coinvolti nel progetto.

5. Risorse interne ed esterne al servizio. Individua i materiali, gli ambienti e tutto ciò che si ha a disposizione per lo svolgimento delle attività.

6. Attività. Le attività sono strutturate con difficoltà crescente. Le prime constano di un impegno elementare, susseguono le attività di primo livello (spesso basate sulla vita quotidiana ed i suoi risvolti sociali, familiari e personali) e le attività di secondo livello (stimolano la consapevolezza di sé e dei propri vissuti e spesso vengono condotte da figure professionali con formazione specifica).

7. Tempi

8. Spazi.

9. Costi. Spese da dover sostenere seguendo sempre il criterio di efficienza/efficacia.

10. Valutazione. E' un processo interno e contemporaneo al progetto.

La valutazione è presente fin dalle prime fasi del progetto e si protrae fino alla sua naturale conclusione. La valutazione ci permette di attribuire un giudizio in base a:

1. Fatti, eventi o attività in cui il soggetto è inserito.

2. Scopi che il soggetto vuole perseguire.

11. Verifica. Evidenzia l'andamento del progetto ed i cambiamenti del soggetto in relazione al processo attivato. Permette la modifica del progetto e protegge l'educatore, il soggetto e l'equipe multidisciplinare dal rischio di cronicizzazione dell'intervento riabilitativo.

12. Indicatori di verifica. Individua tutti i parametri usati per la verifica, sia di carattere qualitativo che quantitativo.

Davanti una persona che manifesta un forte disagio si è soliti agire secondo due modalità; la prima si basa sul rispondere tempestivamente al turbamento fornendo prestazioni e servizi nel minor tempo possibile. Con questa modalità la relazione educatore-soggetto è indirizzata più ad una sostituzione più che sulla promozione poiché alla richiesta di aiuto si risponde con una prestazione. La seconda modalità di azione è quella di fornire la risposta al problema, analizzando le cause del disagio e cercare di agire su di esse. In questa situazione l'educatore prende in carico non il bisogno istantaneo del soggetto ma tutta la persona, dedicandosi al soggetto e accompagnarlo nel suo processo di cambiamento.

L'Educatore Professionale lavora in collaborazione ad un'équipe multidisciplinare dunque la progettazione è un'azione che vede coinvolti più professionisti che vede al suo interno l'integrazione di diverse identità professionali.

Durante il progetto è essenziale oltrepassare eventuali confronti per poter dar vita ad un luogo, spazio dove il confronto diventa consapevolezza del pensiero dell'altro. Nelle riunioni d'équipe si possono condividere emozioni, pensieri e riflessioni; abbandonando linguaggi tecnici e far posto alla comprensione ed alla condivisione.

All'interno del progetto ogni obiettivo sarà caratterizzato da un susseguirsi di azioni volte alla sua attuazione, per questi gli obiettivi devono essere semplici, realizzabili, misurabili, concreti e misurabili nel tempo.

Quindi la fase iniziale del progetto sarà definita dalla composizione delle attività e dalle attività di monitoraggio e di controllo.

Come già enunciato in precedenza il progetto è costantemente affiancato da verifiche e valutazioni; le prime si basano su dati oggettivi come l'identificazione e le misurazioni di dati osservabili, le seconde sono successive alle verifiche ed hanno come obiettivo quello di esprimere dei giudizi in merito ai risultati ottenuti.

Un errore nel quale può imbattersi l'Educatore Professionale durante la progettazione è quello di confondere la sua realtà con quella dell'altro. I

processi che conducono a questo errore si possono riassumere in tre meccanismi: la generalizzazione, la cancellazione e la deformazione.

La generalizzazione si basa sull'utilizzare un modello nei diversi contesti e situazioni; nella cancellazione noi ci basiamo solo su determinati elementi non tenendo in considerazione il resto; la deformazione è l'alterazione della realtà osservata.

Per questo l'Educatore Professionale, durante il progetto, deve continuamente riflettere sulle proprie azioni e decisioni. La supervisione dall'Educatore Professionale viene utilizzato come strumento di riflessione per le proprie pratiche educative; è quindi uno spazio aperto al dibattito, offre diverse occasioni di scambio e confronto tra i diversi operatori e rappresenta quindi uno momento formativo e professionalizzante.

CAPITOLO 2

LA VALUTAZIONE

2.1 L'importanza della valutazione in ambito educativo

Riabilitare significa "rifare abile, abilitare nuovamente, mettere nei diritti di prima, e rimettere in buona fama, rendere nuovamente degno di stima" (Zingarelli, 1960).

In ambito psichiatrico, secondo le parole di Ciompi e coll., il concetto di riabilitazione *"indica immediatamente un processo ed un obiettivo, che va inteso, nel migliore dei casi, come reinserimento, quanto più possibile completo, nella normale vita sociale e lavorativa"*.

Sia in medicina generale che in psichiatria, la riabilitazione implica l'esistenza di una menomazione, di un esito di un processo morboso, e quindi si può dire che *"la riabilitazione si occupa principalmente dell'individuo che conserva tracce della malattia"*.

Il concetto di riabilitazione è fondato sul presupposto che, nonostante il disagio psichico, la sofferenza e le disabilità indotte dalla malattia, il malato mentale possa riacquisire e sviluppare capacità perdute e recuperare quindi ruoli adeguati nel proprio ambito familiare e sociale, che gli consentano di integrarsi, nel modo migliore possibile, nella vita di comunità.

La riabilitazione non punta l'accento sulla patologia, ma su ciò che rimane di sano dell'individuo.

Negli anni che vanno dal 1964 (anno di inizio dell'esperienza del gruppo dell'Istituzione Negata di Franco Basaglia) al 1978 (anno di promulgazione della legge 180) non si parla esplicitamente di riabilitazione: essa si definisce attraverso la pratica della deistituzionalizzazione e ne è la premessa.

Infatti la riabilitazione ha come fine prioritario:

- o il miglioramento della qualità della vita quotidiana nell'istituzione;
- o l'aumento del potere contrattuale del degente, sia sul piano materiale sia su quello affettivo;
- o il progressivo istituirsi di possibilità di vita alternativa all'istituzione per il paziente, l'appropriarsi della vita quotidiana e delle sue possibilità fuori da ogni circuito invalidante.

In realtà la riabilitazione assume un ruolo di primaria importanza nel panorama dell'assistenza psichiatrica solo negli ultimi anni, dopo l'entrata in vigore della legge 180, per il progressivo spostamento dell'intervento terapeutico dall'ospedale psichiatrico, dove l'assistenza psichiatrica era caratterizzata da una prassi sostanzialmente custodialistica, a strutture e servizi collocati nel tessuto sociale, allo scopo di garantire la fine dell'isolamento e dell'emarginazione del malato e consentirne l'integrazione nel suo contesto sociale e nella sua famiglia.

Oggi la riabilitazione psichiatrica sta acquisendo un ambito di intervento sempre più ampio, sta anzi diventando più un "approccio" che un insieme di tecniche specifiche. È opinione comune, e sostenuta da numerosi studi, che le determinanti del disturbo psichiatrico, della sua gravità e dei suoi siti, dipendano da numerosi fattori attinenti a campi diversi dell'esperienza umana. Si devono così prendere in considerazione aspetti biologici, aspetti psicologici individuali o del gruppo familiare di appartenenza e fattori sociali. La costruzione del programma terapeutico si fonda sull'analisi della costellazione di questi fattori in relazione al singolo individuo, alle risorse di cui dispone l'équipe curante e alle risorse dell'ambiente di riferimento.

Gli aspetti da prendere in considerazione, per quello che riguarda la valutazione della situazione del singolo individuo, sono:

1. la diagnosi psichiatrica;
2. la presenza di eventuali disturbi di tipo organico determinanti la patologia psichiatrica;

3. l'assetto psicodinamico della personalità, in particolare riguardo il tipo di evoluzione del paziente;
4. la storia del paziente, con particolare attenzione alle sue modalità di porsi nei confronti delle persone importanti della sua vita e di comportarsi nelle diverse circostanze;
5. l'atteggiamento del paziente nei confronti delle proprie difficoltà, il suo livello di sofferenza soggettiva;
6. l'indicazione ad un trattamento farmacologico;
7. l'indicazione ad un trattamento psicoterapeutico;
8. l'indicazione ad un trattamento riabilitativo.

Un'analisi accurata delle caratteristiche del paziente ha anche lo scopo di definire, con il paziente stesso, un contesto di lavoro comune, ed è un'alleanza con lui sugli obiettivi e le modalità per conseguirli, tale da evitare le implicazioni e i pericoli di prese in carico superficiali e frettolose.

La capacità di stabilire una buona alleanza terapeutica è uno dei più importanti fattori di prognosi positiva del trattamento. Il lavoro preliminare implica anche la conoscenza degli aspetti familiari, sociali ed ambientali che coinvolgono il paziente.

L'intervento riabilitativo deve quindi articolarsi secondo due strategie fondamentali:

La malattia mentale è infatti un'alterazione della vita di relazione, per cui non si può focalizzare l'attenzione solo su uno dei due poli di questa relazione; quando ci si pone un obiettivo terapeutico-riabilitativo-educativo esso deve tendere anche al mantenimento o alla costituzione di un contesto significativo, che consenta lo svolgersi della vita di relazione.

Il campo operativo e gli strumenti di intervento saranno quindi la vita quotidiana, le relazioni interpersonali, il rapporto tra l'individuo e il suo ambiente.

Gli obiettivi della riabilitazione sono quindi quelli di identificare, prevenire e ridurre le cause dell'inabilità, e, nello stesso tempo, di aiutare la persona a usare e sviluppare le proprie risorse e capacità.

Il processo educativo/terapeutico è costituito da un'interazione pianificata di collaborazione tra l'operatore, il soggetto e l'ambiente.

Oggetto fondamentale del processo di valutazione iniziale è il comportamento sia attuale che passato del paziente, in relazione ai diversi contesti ambientali in cui è vissuto. Le informazioni dovrebbero essere raccolte dal maggior numero possibile di fonti (il paziente stesso, i familiari, i colleghi di lavoro, gli psichiatri e lo psicoterapeuta curante), al fine di verificare le differenze di comportamento del paziente in differenti contesti.

Raccogliendo informazioni da un'unica fonte è, infatti, possibile che si generalizzino giudizi non rispondenti alle reali condizioni di funzionamento e disabilità del paziente. Mediante una corretta valutazione iniziale gli operatori evitano anche di nutrire eccessive aspettative nei confronti dei pazienti, aspettative che dipendono da una non corretta e insufficiente conoscenza del livello iniziale di disabilità del paziente, prima della comparsa dei sintomi. I contesti nell'ambito dei quali si dovrà orientare l'osservazione delle disabilità riguardano principalmente tre aree:

- l'attività lavorativa: va valutato il grado di relazioni interpersonali che il paziente è riuscito ad allacciare con i colleghi, la sua capacità a sostenere i ritmi lavorativi, la sua abilità lavorativa in riferimento al livello delle sue mansioni e gli specifici problemi che il paziente ha nell'ambiente di lavoro;
- la vita domestica: va valutata la capacità del paziente di curare la propria persona, di mantenere in ordine le proprie cose e la propria abitazione, di cucinare, di amministrare il proprio denaro e in generale la sua capacità di affrontare i compiti quotidiani;
- le relazioni sociali: l'attenzione in questo caso va posta sulle relazioni familiari, sulle funzioni e sui ruoli che il paziente svolge all'interno della famiglia d'origine o di quella acquisita, sulla partecipazione ad attività sociali

all'esterno della famiglia, sulla presenza di amici e confidenti.

2.2 La valutazione nei contesti sanitari e socio-sanitari

Il tema della valutazione in riabilitazione psichiatrica riguarda l'efficacia di modelli, tecniche, servizi riabilitativi e concorre al miglioramento della qualità di un servizio. Il concetto di qualità è nato con la Rivoluzione Industriale e si è in seguito evoluto. Tale evoluzione è avvenuta a causa della concorrenza, quindi a causa di spinte da parte dell'ambiente esterno.

Una azienda sanitaria o socio -sanitaria che punta alla qualità deve occuparsi di:

- soddisfazione del cliente
- leadership (che deve essere qualificata e riconosciuta. All'interno dell'azienda ognuno è leader secondo le proprie competenze)
- metodologie e tecniche di controllo (ci deve essere un approccio basato sui processi; i problemi vanno tagliati a pezzetti, per studiarli meglio e intervenire meglio; occorre avere obiettivi misurabili; occorre autovalutarsi...)
- formazione del personale
- miglioramento continuo (con verifiche, obiettivi intermedi misurabili)

IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DI QUALITA'

Il miglioramento continuo è uno degli strumenti della qualità totale.

E' l'insieme delle azioni intraprese a vantaggio sia dell'intera organizzazione che dei clienti.

In abito valutativo possiamo avere notevoli tipologie sulla base dello specifico ambito al quale si riferisce:

- ◆ valutazione degli approcci e delle tecniche della riabilitazione;
- ◆ valutazione dei servizi e dei programmi riabilitativi;
- ◆ valutazione dei risultati dei servizi e dei programmi;
- ◆ valutazione dei progetti riabilitativi individuali;
- ◆ valutazione dei risultati dei progetti individuali.

In ambito educativo assume notevole importanza la valutazione del singolo paziente allo scopo di redigere un progetto riabilitativo individuale e, successivamente, la valutazione dei risultati degli interventi basati su quel progetto. In tal senso la valutazione fa parte dello stesso lavoro riabilitativo, perché procede di pari passo per guidare gli interventi sul paziente.

Svariati approcci riabilitativi, specialmente in relazione alla schizofrenia, sono stati sottoposti a valutazione sistematica. Adams e collaboratori, in una recente rassegna, suddividono convenientemente gli interventi non farmacologici in tre categorie: 1) quelli finalizzati a fornire supporto o educazione alla salute; 2) quelli volti ad allenare a specifiche abilità, specie sociali e 3) quelli orientati al problema o al sintomo.

I primi cioè gli interventi di supporto e psico-educazione sia individuali che familiari sono risultati efficaci nel prevenire il rischio di recidive.

Anche gli interventi per l'allenamento di abilità sia pratiche che sociali sono assai diffusi ed utilizzati da tempo. Ciononostante, i relativi dati empirici che abbiamo ad oggi a disposizione sono ancora insufficienti e ci si auspica che vengano effettuati studi sempre più specifici che conduca ad una ulteriore valutazione in trial controllati più ampi.

Gli studi dimostrano inoltre come la terapia cognitivo-comportamentale è risultata efficace nel diminuire il rischio di recidiva e di ri-ospedalizzazione e nel ridurre la sintomatologia dei disturbi mentali; l'efficacia dell'approccio comportamentale della token economy nel migliorare la sintomatologia negativa è documentata, nonostante i limiti metodologici degli studi; l'efficacia della riabilitazione cognitiva e dell'approccio psicodinamico richiede, invece, un ulteriore approfondimento per essere adeguatamente valutata.

Un approccio molto conosciuto che vorrei riportare e di dimostrata efficacia è quello di Stein e Test. Come efficacemente sottolineano gli autori, esso è volto a "mantenere i pazienti nella comunità piuttosto che a prepararli per la comunità". Mira cioè a prevenire direttamente l'ospedalizzazione fornendo efficaci alternative territoriali, nel caso specifico una presa in carico forte sul

territorio (assertive community treatment).

Nel complesso, esaminando le rassegne di studi sulla riabilitazione psichiatrica si nota una sproporzione tra la diffusione e il credito tradizionalmente goduto da svariate pratiche e la scarsa evidenza empirica della loro efficacia per la relativa scarsità di studi clinici controllati. Non risultano risparmiate pratiche diffusissime come il case management e i centri diurni: queste ultime sono state da me direttamente osservate anche durante la mia esperienza di tirocinio.

La valutazione dei servizi e dei programmi riabilitativi mira a rispondere alla domanda: questo servizio o programma che si autodefinisce riabilitativo, lo è veramente? Ovvero individua le dimensioni essenziali della riabilitazione in base alle quali il programma riabilitativo viene valutato. Farkas e collaboratori formalizzano il modello individuando tre dimensioni: mission complessiva del programma riabilitativo, processo riabilitativo, ambiente nel quale la riabilitazione ha luogo.

La Mission si riferisce agli obiettivi generali dell'approccio riabilitativo adottato, in base ad una o più teorie di riferimento, documentate in letteratura, e alle modalità operative che ne derivano.

Il Processo è costituito da tre ambiti: diagnosi, progetto individuale, interventi:

- diagnosi: si riferisce alle modalità diagnostiche utilizzate per valutare

l'individuo preliminarmente alla stesura del progetto riabilitativo e rientra in questa voce anche la valutazione delle risorse personali e ambientali disponibili e quelle da sviluppare per fornire il supporto necessario. Per quanto detto sopra nell'ambito di intervento della riabilitazione, gli strumenti diagnostici non si rifanno alle categorie diagnostiche basate sulla psicopatologia, ma valutano il funzionamento dell'utente in relazione all'ambiente;

- progetto individuale: viene compilato all'inizio e aggiornato regolarmente, il più spesso possibile. Esso permette di seguire passo dopo passo l'evoluzione del paziente e di modulare gli interventi successivi tenendo conto di progressi e di eventuali regressi o episodi critici intercorrenti;

- interventi: sono elencate le attività riabilitative utilizzate, le risorse ambientali necessarie e lo stile relazionale del personale verso i pazienti.

L'Ambiente: viene descritto in termini di rete, e di contesto.

La rete comprende l'ambito dei rapporti naturali dell'individuo, come la famiglia, il quartiere, le associazioni (rete informale) e i setting professionali che offrono interventi assistenziali, terapeutici e riabilitativi (équipe territoriali, strutture semiresidenziali e residenziali:

rete formale o professionale); più la rete è ricca di nodi, maggiori sono le opportunità riabilitative e di inserimento

Il Contesto comprende i valori, la cultura, lo stile relazionale, l'organizzazione, l'ambiente fisico dell'ambiente riabilitativo e di quello circostante. Esistono équipe e servizi con uno stile molto formale e improntato alla gerarchia, altri organizzati come una famiglia, ecc. (Farkas e collaboratori).

2.3.Uno strumento di valutazione: Il VADO

Valutazione di Abilità Definizione di Obiettivi

Il Vado è apparentemente “tecnicistico” ma rispecchia in realtà il bisogno di mettere in opera quelle che Saraceno definisce “competenze parentali” (capacità di ogni buon genitore). Si fonda sulla convinzione che in realtà limiti e risorse di “normali” e non, sono diversi per quantità ma non per qualità. Pertanto, l'apprendimento non differisce qualitativamente (salvo maggior pazienza e resistenza alla frustrazione quando ci si rivolga a malati psichiatrici).

Messo a punto da un gruppo di operatori con una lunga esperienza in campo riabilitativo e da ricercatori esperti nello sviluppo di strumenti di valutazione standardizzati, il VADO è uno strumento innovativo per la valutazione e la pianificazione di interventi riabilitativi individualizzati con persone che presentano disabilità personali e sociali dovute a disturbi mentali. Si rivolge

pertanto a tutti gli operatori che lavorano nel campo della riabilitazione psichiatrica, indipendentemente dal loro ruolo professionale: psicologi, psichiatri, assistenti sociali, educatori, infermieri. Il VADO fa riferimento a un modello riabilitativo che si basa su alcuni punti fondamentali.

-Primo, l'obiettivo principale dei programmi riabilitativi è mettere gli utenti in grado di vivere nell'ambiente di loro scelta con il maggior grado di autonomia possibile date le loro condizioni;

-secondo, i programmi iniziati in strutture residenziali o semiresidenziali o durante un ricovero dovrebbero dare la massima importanza all'acquisizione e al miglioramento delle abilità che saranno più utili alle persone quando verranno dimesse e vivranno nell'ambiente di loro scelta;

-terzo, è comunque essenziale che le abilità apprese siano messe in atto anche nell'ambiente di vita prescelto e si deve verificare che ciò avvenga realmente.

Il VADO è costruito su due componenti fondamentali: una prima componente relativa alla valutazione del paziente, e una seconda relativa alla pianificazione/contrattazione e conduzione del programma riabilitativo.

Il ruolo supportivo nella gestione della riabilitazione si propone come facilitatore di dinamiche d'intervento atte a:

- definire gli obiettivi di un programma riabilitativo individualizzato per persone che hanno difficoltà a svolgere le attività della vita quotidiana, ad avere una soddisfacente vita relazionale e in genere a essere autonome.
- valutare l'andamento del programma, il raggiungimento degli obiettivi e gli esiti.

L'intervento riabilitativo, è utile precisarlo, comporta non solo il miglioramento delle competenze individuali, ma anche "l'introduzione di cambiamenti ambientali/relazionali che permettono una vita della migliore qualità possibile alle persone disabili".

Le aree principali che vengono valutate in un continuum interventistico sono quattro:

- Attività socialmente utili
- Rapporti personali e sociali

- Cura dell'aspetto e dell'igiene
- Comportamenti disturbanti e aggressivi

La fase valutativa si orienta verso un'osservazione partecipata nella vita del paziente; le fonti alle quali attingere possono essere varie e tutto diventa parte integrante della conoscenza del paziente che l'operatore può utilizzare per individuare "quale obiettivo con quali potenzialità".

Per rivelare informazioni necessarie si può utilizzare in tutto o in parte l'intervista standardizzata fornita dallo strumento stesso, che non si propone come un'intervista strutturata nel senso più specifico del termine, ma come spunto per la valutazione delle tre aree principali favorendo un colloquio abbastanza libero che crei una più condivisa alleanza terapeutica.

Segue poi la costruzione dell'obiettivo concordato sia nello spazio (area d'intervento) che nel tempo (effettivo termine più o meno flessibile).

Punti fondamentali per la progettazione:

- Badare più al recupero a lungo termine dell'autonomia che all'immediata soddisfazione del paziente, cercando di negoziare con lui anche obiettivi di autonomia per i quali può all'inizio mostrare riluttanza o indifferenza.
- Valorizzare ciò che di "sano e intatto l'individuo malato nasconde sotto la sua disorganizzazione.
- Concentrarsi sulle azioni ("non sulle spiegazioni")
- Sviluppare programmi riabilitativi organizzati e strutturati in un ambiente umano stabile e prevedibile.
- Dare priorità alle abilità Sociali necessarie per vivere sul Territorio (per Lavorare, per gestire una casa, ecc.)

Un'altra importante fase è quella del monitoraggio nel tempo tramite appositi test valutativi che permettono all'equipe di mantenere una struttura guida pur non perdendo le caratteristiche di flessibilità e dinamicità che distinguono tale strumento.

Il centro diurno di Recanati per le proprie caratteristiche organizzative e di presa in carico e contrattazione col paziente si è prefigurato come contesto molto idoneo alle funzionalità operative di uno strumento creato per la

valutazione e la progettazione di attività necessarie ad un miglioramento delle abilità personali, sociali e professionali.

Durante quest'anno anche a causa della pandemia sono stati avviati dei progetti di "recupero di risorse e potenziali" che hanno visto partecipare sia utenti che operatori coinvolgendo l'intera comunità.

Nella fase dell'accoglimento ogni nuovo utente inizia un percorso riabilitativo individualizzato, in modo che tutti gli ospiti del centro abbiano "contrattato" degli obiettivi da raggiungere nel periodo di permanenza nella struttura.

Il primo progetto, iniziato lo scorso anno, ha considerato il recupero di competenze scolastiche di un paziente nel tentativo di raggiungere un "Obiettivo specifico", operativo e raggiungibile realisticamente in alcuni mesi.

Dopo la fase valutativa, nella quale ci si è concentrati specificatamente sul funzionamento personale e sociale del paziente, si è passati alla fase di "contrattazione" di un reale progetto che ha visto partecipare non soltanto l'utente ma anche un gruppo (operatori e altri utenti) di supporto in tale attività.

Il paziente è stato seguito da due operatrici di riferimento che l'hanno supportato nelle attività di studio del monumento scelto da lei stessa. I tempi e i modi valutati insieme sono stati utili al raggiungimento dell'obiettivo, la comunità ha favorito e facilitato l'impegno non indifferente sia dell'utente che del gruppo di supporto.

La responsabilizzazione del paziente è stata funzionale nel favorire una dinamica "a specchio" utile a tutti gli utenti del centro in quanto "ruota da traino" capace di innescare meccanismi di "azione attiva".

Il progetto è tuttora attivo poiché l'obiettivo generale resta quello dedicato al recupero di più potenzialità che permettano al paziente di ritrovare le capacità per vivere autonomamente tenendo conto della patologia e delle sofferenze ad essa associate.

Attualmente a tutti i nuovi utenti che si trovano in una fase di conoscenza della struttura è stato proposto il colloquio valutativo per la costruzione e l'eventuale progettazione dell'obiettivo individualizzato.

CAPITOLO 3

ESPERIENZA DI TIROCINIO DEL TRIENNIO

3.1 ESPERIENZA DI TIROCINIO 1° ANNO

3.1.1 Obiettivi e metodologia applicata

In base al regolamento di tirocinio lo studente iscritto al Corso di Laurea in Educazione Professionale è tenuto ad acquisire e sviluppare le necessarie conoscenze e abilità metodologico-pratiche relative alle competenze richieste a questo profilo professionale. L'esperienza di Tirocinio è strutturata parallelamente alla didattica formale prevista.

Il primo anno lo studente viene guidato alla conoscenza del sistema normativo, organizzativo ed operativo dei diversi settori socio-sanitari che competono all'Educatore professionale, al fine di favorire un quadro conoscitivo completo del sistema in cui verrà chiamato a svolgere la propria professione. Nelle sedi di tirocinio pratico è orientato all'osservazione e alla relazione con le diverse tipologie d'utenza.

L'approfondimento delle conoscenze e competenze avviene nei principali ambiti d'impiego dell'Educatore professionale: anziani non autosufficienti, dipendenze patologiche, disabilità fisiche/psichiche/sensoriali congenite o acquisite, minori o adolescenti, salute mentale.

Lo studente generalmente effettua il tirocinio pratico in periodi diversi da quelli che lo vedono impegnato a sostenere le attività didattiche.

Per il primo anno del corso lo studente è tenuto a sostenere 280 ore di Tirocinio pratico in un settore d'impiego.

Lo studente verrà guidato a perseguire i seguenti obiettivi:

- Conoscere le principali tipologie di utenza dei servizi socio-sanitari e socio-educativo di competenza della professione di Educatore professionale;
- Conoscere i servizi socio-sanitari e socio-educativi nel loro assetto

organizzativo e funzionale;

- Osservare e conoscere le competenze professionali esercitate dagli Educatori professionali nei diversi settori di attività;
- Osservare e conoscere le competenze delle altre professionalità presenti nel Servizio;
- Sperimentare la relazione con i fruitori dei servizi;
- Esplorare ed elaborare la personale dimensione motivazionale conseguente all'esperienza con l'utenza.

Le attività di tirocinio previste per il primo anno accademico comprendono:

- Moduli formativi condotti da relatori che tratteranno le tematiche riguardanti i settori d'intervento attraverso seminari, lezioni frontali e interattive, visione di filmati relativi alla realtà dei servizi e alle tipologie d'utenza e laboratori di apprendimento delle competenze professionali;
- Visite ai servizi in cui lo studente potrà avere un primo approccio diretto all'utenza, ai servizi e ai professionisti che in essi vi operano
- Tirocinio pratico presso le sedi accreditate convenzionate
- Incontri di supervisione per consentire una rielaborazione dell'esperienza delle proprie reazioni conseguenti all'impatto, teorico e pratico, con i diversi settori di intervento.

Ogni studente dovrà documentare la propria esperienza attraverso la compilazione delle relazioni su moduli del Tirocinio per il settore affrontato. Le relazioni dovranno essere consegnate al Direttore ADP e saranno oggetto di valutazione.

Il mio Tirocinio del primo anno universitario è stato svolto nel settore delle Dipendenze Patologiche, presso la casa di cura Villa Silvia a Senigallia.

La casa di cura Villa Silvia è stata fondata nel 1963, si occupa della diagnosi e cura delle patologie psichiatriche e delle dipendenze, è un Centro Alcolologico Accreditato con il Servizio Sanitario Regione Marche.

All'interno della struttura vengono utilizzate innovative tecnologie diagnostiche e riabilitative per consentire la completa disintossicazione da droga ed alcol dei pazienti; inoltre vengono trattati i disturbi psichiatrici, sociali e comportamentali. Nella struttura regolarmente vivono 42 utenti divisi in due piani in base alle proprie caratteristiche diagnostiche e sulla base dell'obiettivo del ricovero.

La struttura presenta un complesso ospedaliero riservato alla degenza degli utenti e diverse strutture accessorie destinate alle terapie di gruppo ed al tempo libero degli utenti

Il personale della struttura è davvero ampio: presenta diversi infermieri, psichiatri, medici specialisti, psicologi, Educatori Professionali e specialisti nella riabilitazione.

Il compito dell'Educatore Professionale all'interno della casa di Cura Villa Silvia è quello di tenere determini gruppi motivazionali, funge da supporto nelle ore di attività quotidiane, gestisce ed elabora colloqui educativi con gli utenti che presentano tali necessità. Il lavoro dell'Educatore si discosta dal proprio status; è un altro tipo di riabilitazione che deve essere perfezionata e studiata nel proprio percorso d'apprensione metodologica. Il fine ultimo è lo stesso ma viene perseguito in modo differente.

3.1.2 Osservazione come elemento di valutazione

Dalla valutazione del mio Tutor guida durante questa esperienza si evince la mia partecipazione a tutte le attività che si svolgevano nella struttura.

Nella struttura si svolgevano molteplici gruppi psico-educazionali, terapeutici, fisico-corporei e medico informativi e ne sono rimasto particolarmente colpito. Ho partecipato come membro attivo al lavoro d'équipe, ai colloqui motivazionali svolti dall'Educatore Professionale ed ho preso parte all'attività di supervisione dell'équipe durante la presentazione e la discussione di un caso clinico.

Le attività educative si sviluppavano sempre in ambito gruppale fatta eccezione per i colloqui motivazionali individuali svolti dall'Educatore Professionale.

I gruppi che si svolgevano all'interno della struttura venivano tenuti da diverse entità professionali; medici, psicologi, educatori professionali, professionisti della riabilitazione e specialisti in materia.

Seguendo gli obiettivi del progetto formativo sono riuscito a dimostrare di saper applicare le conoscenze teoriche acquisite, nel mio primo anno di università, in un contesto pratico.

Ho avuto una buona capacità di riflessione sull'esperienza di Tirocinio e motivazione nel sostenerlo ogni giorno. Mi sono sempre assunto le responsabilità dei compiti che mi sono stati assegnati. Ho riscontrato delle buone modalità comunicative con gli utenti della Clinica ed ho avuto l'opportunità di affinare le mie tecniche d'osservazione.

Nelle prime settimane ho riscontrato diverse difficoltà nel relazionarmi sia con gli operatori che con gli utenti; sicuramente è stato molto importante il contributo del mio Tutor Guida per superare la prima fase di stasi. Abbiamo avuto numerosi confronti su quali erano i miei compiti all'interno della struttura e delle diverse strategie comunicative/relazionali da poter utilizzare.

Durante il mio periodo di tirocinio ho affinato le tecniche di autocontrollo in situazioni potenzialmente critiche, l'astensione dal giudizio, riuscire a comprendere cosa osservare e mi sono approcciato per la prima volta con diverse identità professionali all'interno di un'équipe.

3.2 ESPERIENZA DI TIROCINIO 2° ANNO

3.2.1 Obiettivi e metodologia applicata

Il Regolamento di Tirocinio del Corso di Laurea per gli studenti che hanno superato con successo il primo anno universitario prevede 475 ore di Tirocinio pratico, in un settore d'intervento, da dover compiere durante il secondo anno. Nel secondo anno lo studente sulla base delle conoscenze acquisite, delle proprie inclinazioni e delle esigenze organizzative di Tirocinio, verrà inserito in diversi settori lavorativi e guidato all'acquisizione delle capacità operative e relazionali adeguate, sperimentando l'elaborazione di progetti educativo-riabilitativi.

Lo studente verrà guidato a perseguire i seguenti obiettivi formativi;

- Sperimentare nella pratica professionale l'applicazione delle acquisizioni teoriche di base dell'Educatore professionale;
- Conoscere le procedure e la modulistica in uso nel Servizio e la loro applicazione,
- Acquisire la terminologia di base per un corretto rapporto multidisciplinare nelle riunioni d' équipe;
- Saper utilizzare le fonti bibliografiche ed informative, comprese le reti telematiche, per acquisire le conoscenze e la legislazione di riferimento per l'Educatore Professionale;
- Esplorare la dimensione relazionale intenzionale dell'intervento educativo nel rapporto con l'utenza;
- Rielaborare le proprie reazioni conseguenti all'impatto, teorico e pratico, con i diversi settori di intervento;
- Elaborare e svolgere un progetto educativo-riabilitativo rivolto a singoli e/o al

gruppo concordato con il proprio referente.

Le attività previste per il secondo anno accademico comprendono il Tirocinio pratico presso le sedi accreditate convenzionate e gli incontri di supervisione per consentire una rielaborazione dell'esperienza delle proprie reazioni.

Dopo la mia prima esperienza di Tirocinio nel settore delle dipendenze patologiche sono stato inserito come Tirocinante nella Comunità Educativa per Minori "il Pinocchio" di Ancona della Cooperativa Vivere Verde onlus.

La Cooperativa Sociale Vivere Verde Onlus nasce e si sviluppa nel territorio marchigiano.

La Vivere Verde Onlus rappresenta una risorsa professionale e moderna che eroga servizi sociali ed assistenziali ai minori con difficoltà familiari e migranti, attraverso l'amministrazione di:

- Comunità;
- Centri Diurni;
- Servizi Domiciliari.

La Cooperativa Sociale si pone come obiettivo lo sviluppo delle sue qualità in cinque fondamentali ambiti:

- tutela del benessere del minore;
- rapporti professionali con gli Enti e servizi inviati;
- integrazione del minore nel territorio;
- progetti educativi e ludici;
- equipe multidisciplinare professionale, qualificata e supervisionata.

Inoltre, la Cooperativa, intende garantire il graduale raggiungimento dell'autonomia dei suoi utenti attraverso interventi educativi e psicologici, favorendo la reale partecipazione ad una rete di servizi con cui collaborare per l'integrazione.

Per tale motivo l'equipe multidisciplinare attiva diversi progetti educativi, formativi, ludici e ricreativi orientati a rendere l'esperienza in comunità

quanto più positiva.

Regolarmente le attività programmate sono soggette a monitoraggio al fine di garantire la professionalità degli interventi, oltre che quella del personale con incontri di supervisione, formazione e aggiornamento.

Le linee guida per la politica di Qualità dei servizi che seguono la Cooperativa Sociale Vivere Verde Onlus sono orientate: ad aumentare l'interesse e la collaborazione di tutto il personale verso la politica di Qualità; a creare un planning di attività da svolgere per adempire alle norme vigenti; ad assicurare il controllo dei servizi erogati in modo tale da corrispondere alle esigenze dei servizi richiesti dalla pubblica amministrazione; ad evitare lo spreco di fondi economici; a garantire il rispetto dei diritti del personale e degli utenti; infine lavorare costantemente sulla propria immagine aziendale allo scopo di risultare più competitivi sul mercato.

I servizi della Cooperativa Sociale Vivere Verde Onlus sono:

- Comunità per minori;
- Comunità per mamme e bambino;
- Centro diurno;
- Centro diurno +;
- Progetto IN;
- Struttura residenziale terapeutica riabilitativa per tossicodipendenti.

Tali servizi sono erogati nella regione Marche.

-Le Comunità Educative per minori coordinate dalla Cooperativa Vivere Verde sono tre, collocate ad Ancona, Gallignano (An) e Fano (PU), la quale è dedicata a giovani ragazze.

Tali strutture residenziali ospitano minori con difficoltà psico-sociali, con procedimenti civili e/o penali oppure in stato di abbandono, offrendo loro servizi educativi ed assistenziali attraverso il lavoro di un'equipe multidisciplinare.

La Vivere Verde Onlus coopera con gli Enti invianti del territorio ospitando il minore nelle sue Comunità preparate ed organizzate.

Le finalità a cui la Cooperativa Sociale è orientata sono:

- assicurare un supporto ai minori in difficoltà;
- offrire un programma di aiuto educativo e psicologico;
- accompagnare il minore al raggiungimento della sua autonomia, anche attraverso progetti di integrazione territoriale.

L'obiettivo è quello di ricollocare il minore nel contesto dopo aver seguito un Progetto Educativo Individualizzato, accogliendone i bisogni e potenziando le risorse che possiede.

All'interno delle Comunità Educative viene garantito il supporto scolastico e psicologico, oltre che l'inserimento dei ragazzi in laboratori ludico-ricreativi come il teatro, la stesura di un giornalino, attività di volontariato ed uscite nel territorio.

Durante la mia esperienza di tirocinio presso la Comunità Educativa per Minori "il Pinocchio" di Ancona, ho osservato ed affiancato gli Educatori in turno nelle attività di routine della Comunità: sveglia mattutina degli utenti; monitoraggio del rispetto dei turni di pulizia e riassetto delle camere e degli spazi comuni della Struttura; preparazione dei pasti e dei piatti etnici insieme agli utenti e con la supervisione del personale O.S.S; sostegno ai Minori nello svolgimento dei compiti scolastici e/o per l'apprendimento della lingua italiana; uscite dalla Comunità per commissioni.

Sono stato un membro attivo dell'équipe multidisciplinare nelle riunioni settimanali. Ho accompagnato gli Utenti della struttura nei servizi territoriali per lo svolgimento delle specifiche pratiche al fine di conoscere la rete sociale con cui collabora la Cooperativa. Inoltre, mi sono relazionato con i Minori coerentemente le strategie educative individuate dall' équipe per il raggiungimento del P.E.I. (Progetto Educativo Individualizzato). Dalla valutazione da parte del mio Tutor guida è emerso che sono riuscito a raggiungere con esito positivo gli obiettivi specifici richiesti nel 2° anno di

Tirocinio per la formazione in Educazione Professionale.

Ho dimostrato di mettere adeguatamente in pratica gli strumenti della metodologia dell'Educatore Professionale: quali la relazione educativa, l'osservazione, la riflessione educativa. La partecipazione alle riunioni d'Equipe settimanali mi ha permesso di venire a conoscenza delle metodologie operative dello staff Educativo e di relazionarmi con gli Utenti in maniera coerente ed autentica.

Lo scambio quotidiano con gli operatori ha costituito un spazio di riflessione ed autovalutazione. Con i Minori ospiti della Struttura ho costruito gradualmente una relazione educativa di tipo professionale ed empatica ottenendo apertura e collaborazione; sono stato in grado di gestire sia i momenti di crisi che di gioco tipici di una Comunità Educativa per Minori. Ho dimostrato grazie al mio lavoro svolto ed al progetto realizzato di aver acquisito gli strumenti educativi professionali anche nell'elaborazione, attuazione e verifica del progetto specifico per il Tirocinio.

Dopo una prima parte d'osservazione degli utenti ed un periodo di conoscenza ho deciso di strutturare il mio progetto, sotto la supervisione del mio Tutor, su un ragazzo che presentava svariate carenze educative.

Il progetto si è svolto interamente all'interno della struttura ed è durato per tutto il mio periodo di Tirocinio. Una volta deciso su chi strutturare il progetto si sono susseguite diverse settimane in cui siamo stati a stretto contatto; per consolidare una relazione educativa e recepire tutte le informazioni utili per la compilazione dell'Assessment e della scheda educativa.

3.2.2 Assessment e Progetto

SCHEMA EDUCATIVA E ASSESSMENT

Dati Anagrafici:

- Nome: D
- Cognome: F
- Et : 12 anni
- Cittadinanza: Italiana
- Scolarizzazione: Frequenta il primo anno della scuola secondaria di primo grado.

Dati Sanitari

Non presenta alcuna patologia che possa inficiare un corretto sviluppo della sua sfera personale, affettiva e cognitiva.

Area Familiare

Il Nucleo familiare   composto dal padre e da tre fratelli; due dei quali (i pi  grandi) vivono con il padre. Il terzo fratello   un utente della stessa Comunit .

Area Personale

- **Hobby:** Nutre una grande passione per il calcio.
- **Rete amicale:** Si   trasferito da poco in citt , ancora non   riuscito a stringere legami validi con il suo gruppo di pari.

Area delle Abilit 

- **Area cognitiva:** Non presenta alcuna alterazione.
- **Cura del s :** Presenta un'eccessiva alimentazione ed una vistosa alterazione del suo peso corporea. Ha le capacit  per lavarsi e vestirsi autonomamente ma l'igiene personale   davvero carente. Ha bisogno di svariate sollecitazioni per

riuscire ad adempiere alla sua igiene personale quotidiana. Il ritmo sonno veglia è regolare ma presenta in maniera frequente (in media 4 volte alla settimana) diuresi notturna.

- **Attività domestiche:** Non svolge mai le sue mansioni quotidiane (pulizia della camera, lavatrice, cambio di vestiti, pulizia dei bagni ecc.) se non è sollecitato dagli operatori.
- **Autonomie Relazionali:** Non ha ancora stretto legami significativi con altri utenti della Comunità. Si mostra in maniera spavalda e prevaricatrice verso gli altri. Tenta di trasformare situazioni o azioni negative in positive tramite bugie e spergiri. Adotta dei comportamenti distruttivi nei suoi oggetti e in quelli degli altri membri della Comunità. Non riesce a tenere un confronto in maniera razionale e logica. Ricerca costantemente attenzioni da parte degli operatori e degli utenti della Comunità. Ho degli atteggiamenti manipolativi verso gli altri e raramente dice la verità in situazioni e contesti sconvenienti. Non si prende mai la responsabilità se le sue azioni sono negative.

Una volta stilato l'assessment mi sono reso conto delle sue gravi carenze e quali potevano essere i punti focali sui quali creare il progetto, una volta individuati gli obiettivi.

1. **Migliorare il suo rendimento scolastico.**
2. **Incrementare le sue capacità relazionali con il gruppo di pari.**
3. **Migliorare la sua igiene personale e lo svolgimento delle mansioni quotidiane.**

Ho deciso di strutturare le attività con l'utente in base agli obiettivi che mi sono posto. La mia relazione con lui non era ancora solida per permettermi di affrontare un percorso educativo nell'immediato. Mi sono proposto di essere da sostegno nei compiti, così da poter comprendere e strutturare, se fosse stato

necessario, il suo metodo di studio e iniziare a creare un legame con lui. Questo mi ha permesso sia di migliorare il suo rendimento scolastico sia di creare la giusta relazione per intraprendere dei colloqui educativi al fine di migliorare le sue carenze nelle altre aree.

Durante le nostre sedute di studio ho deciso di fare alcune pause per poter affrontare con lui dei colloqui dove cercherò di renderlo consapevole di come lui affronta situazioni spiacevoli e di come si comporta con il suo gruppo di pari.

Abbiamo spesso discusso di come si percepisce in difetto rispetto agli altri ragazzi della Comunità e di come cerca in ogni modo di togliere questo gap ricercando continuamente attenzioni.

Una volta finiti i compiti mi informo sulla sua igiene personale e sui compiti domestici; le informazioni che mi dà sono spesso contraddittorie e poco plausibili.

Così ho deciso insieme a lui di creare un tabellone con tutte le sue mansioni da dover svolgere durante la giornata. Ogni tre giorni se avrà svolto tutte le proprie mansioni avrà il permesso di comprarsi un pacchetto di figurine.

Questa tecnica è risultata molto valida ed ha permesso sia a me che a tutti gli altri operatori di monitorare nel tempo le azioni dell'utente. Inoltre, lui è rimasto molto soddisfatto del premio messo in palio e quasi sempre adempiva alle sue mansioni quotidiane.

Il progetto ha avuto una durata di tre mesi.

Ho avuto un riscontro positivo sul suo rendimento scolastico; 5 materie su 7 hanno avuto un notevole incremento. La sua situazione scolastica non sembra più a rischio ma è molto importante che il percorso di affiancamento durante lo studio continui.

La sua igiene personale ha avuto un sorprendente incremento grazie anche ai rinforzi positivi utilizzati, lo stesso risultato si è ottenuto nello svolgimento delle mansioni domestiche.

La sua sfera relazionale continua a soffrire, spesso risulta invadente ed

inopportuno.

I continui richiami servono soltanto ad aumentare il suo desiderio d'attenzione. Diversi atteggiamenti di deresponsabilizzazione permangono. Ci sono dei miglioramenti nella costruzione di legami significativi con alcuni utenti della Comunità.

Aver avuto la possibilità di monitorare e verificare il percorso educativo svolto con questo utente mi ha permesso di individuare quali fossero i suoi punti di forza su cui far leva per far acquisire all'utente nuove abilità e concentrare maggiormente l'attenzione sulle sue potenzialità in modo da svilupparle e che siano di compensazione degli aspetti deficitari, i quali però saranno oggetto di futuri progetti pensati e strutturati sulle reali esigenze della persona.

3.3 ESPERIENZA DI TIROCINIO 3° ANNO

3.3.1 Obiettivi e metodologia applicata

Nel regolamento di Tirocinio del è previsto che gli studenti che hanno superato con successo il secondo anno universitario svolgano 600 ore di Tirocinio pratico, in un settore d'intervento, da dover compiere durante l'ultimo anno universitario. Nel terzo anno lo studente è orientato all'approfondimento delle competenze educative con particolare riferimento alla competenza progettuale e valutativa all'interno delle sedi di Tirocinio.

Lo studente verrà guidato a perseguire i seguenti obiettivi formativi:

- Approfondire la conoscenza dei servizi nel loro assetto organizzativo e funzionale;
- Approfondire l'elaborazione, attuazione e verifica di un progetto educativo individuale e/o di gruppo concordato con il proprio referente;
- Approfondire gli aspetti relazionali con i fruitori dei servizi sulla base degli obiettivi del progetto e degli interventi educativi;

- Applicare le competenze educative maturate a fianco di operatori professionalmente qualificati;
- Strutturare una valutazione di processo e di esito degli interventi educativi svolti

Per il raggiungimento degli obiettivi, lo studente dovrà quindi incentivare le seguenti competenze:

- Collaborare con l'équipe con il Servizio ospitante;
- Assumere la responsabilità nel proporre, attuare e verificare un progetto educativo dimensionato alle competenze professionali acquisite nel triennio;
- Saper operare una lettura delle dinamiche relazionali ed istituzionali(contesto)
- Saper individuare e valutare il fabbisogno educativo-riabilitativo degli utenti del Servizio

Ogni studente dovrà documentare la propria esperienza attraverso relazioni di Tirocinio che descrivano gli elementi costitutivi della progettazione educativa, le modalità di implementazione, gli strumenti di verifica e i risultati raggiunti. Tutta la documentazione dovrà essere consegnata al Direttore ADP e concorrerà alla valutazione finale.

Per il raggiungimento di tali obiettivi, nel triennio, gli studenti devono effettuare il Tirocinio presso 2 diversi settori; tra i quali obbligatoriamente il settore Salute Mentale.

Un settore del Tirocinio, sulla base della valutazione del Progetto formativo di Tirocinio, può essere frequentato nuovamente durante il secondo o terzo anno.

Lo studente è tenuto a svolgere il Tirocinio nel periodo stabilito della programmazione del Corso di Laurea e negli orari concordati con la sede ospitante.

Durante il Tirocinio gli studenti svolgono le mansioni loro affidate quale adempimento dei propri obblighi di iscritti al Corso di Laurea in Educazione Professionale.

3.3.2 Valutazione struttura, progetto e Valutazione di processo e di esito

Durante il mio terzo anno universitario il Tirocinio è stato svolto all'interno del settore della Salute Mentale; sono stato affidato al Centro Diurno di Recanati.

Il Centro Diurno è situato in via Madonna cupa di Varano, all'interno della struttura oltre al Centro Diurno è presente un poliambulatorio del Centro di Salute Mentale. Il responsabile della struttura è il Dott. U. Sagripanti; oltre a lui nella struttura sono presenti altri due psichiatri e tre infermieri che insieme all' Educatore Professionale vanno a comporre l'equipe multidisciplinare.

Gli utenti sono tutti associati al Settore della Salute Mentale.

Il Centro Diurno è aperto dal lunedì al Venerdì dalle 8:00 alle 14:00. Le attività educative riabilitative si svolgono sia all'interno della struttura che all'esterno di essa. Il Centro Diurno di Recanati è l'unico, nella provincia, a fornire e sfruttare il momento del pranzo come attività educativa/relazionale.

Ho partecipato a tutte le attività strutturate che si svolgono al CD. Ho affrontato colloqui educativi ed incontri/colloqui con utenti, educatore professionale e medico.

Ho sostenuto la progettazione e verifica del percorso riabilitativo elaborato dall'equipe (medico, educatore professionale, infermiere, assistente sociale e servizio sociale del comune del comune di residenza).

Ho collaborato alla progettazione e verifica di attività educative, alla valutazione, elaborazione e verifica di progetti educativi. Autonomamente ho condotto alcuni incontri del gruppo di lettura e commento del quotidiano; la fase di inserimento al CD di un nuovo utente occupandomi anche della ricostruzione della storia personale.

Mi sono inserito gradualmente nel servizio e nel gruppo di lavoro. Ho dimostrato di comprendere agevolmente le dinamiche del gruppo utenti e del gruppo operatori, diventando parte attiva del gruppo stesso e tenendo sempre un comportamento in linea con le direttive presentatemi.

Negli incontri d'equipe ho portato il mio personale contributo e sono riuscito ad inserirmi bene in un ambiente di lavoro complesso e multidisciplinare. Il rapporto con l'utenza si è evoluto col tempo, grazie anche ai momenti dedicati alla riflessione col Tutor guida.

La mia capacità di integrare aspetti teorici nella quotidianità pratica è stata oggetto, più volte, di supervisione educativa ed ha portato sempre ad un maggior riconoscimento di riferimenti teorici nella metodologia operativa. Inizialmente ho riscontrato una lieve difficoltà nel saper utilizzare consapevolmente i miei strumenti educativi, principalmente l'avvio della relazione. Sono riuscito a valutare ed elaborare criticamente questi aspetti.

L'elaborazione del progetto si è fermata alla valutazione e progettazione iniziale a causa della sospensione del tirocinio e della chiusura del servizio come da DPCM e da Ordinanza 19 del 3/4/2020 del Presidente della Regione Marche per contrastare il diffondersi della pandemia da SARS-COV-2.

Ho partecipato a tutte le attività strutturate che si svolgono al CD. Ho affrontato colloqui educativi ed incontri/colloqui con utenti, educatore e medico.

Ho sostenuto la progettazione e verifica del percorso riabilitativo elaborato dall'equipe (medico, educatore, infermiere, assistente sociale e servizio sociale del comune di residenza).

Ho collaborato alla progettazione e verifica di attività educative, alla valutazione, elaborazione e verifica di progetti educativi. Autonomamente ho condotto alcuni incontri del gruppo di lettura e commento del quotidiano; la fase di inserimento al CD di un nuovo utente occupandomi anche della ricostruzione della storia personale.

Mi sono inserito gradualmente nel servizio e nel gruppo di lavoro. Ho dimostrato di comprendere agevolmente le dinamiche del gruppo utenti e del gruppo operatori, diventando parte attiva del gruppo stesso e tenendo sempre un comportamento in linea con le direttive presentatemi.

Negli incontri d'equipe ho portato il mio personale contributo e sono riuscito ad inserirmi bene in un ambiente di lavoro complesso e multidisciplinare. Il rapporto con l'utenza si è evoluto col tempo, grazie anche ai momenti dedicati alla riflessione col Tutor guida.

La mia capacità di integrare aspetti teorici nella quotidianità pratica è stata oggetto, più volte, di supervisione educativa ed ha portato sempre ad un maggior riconoscimento di riferimenti teorici nella metodologia operativa. Inizialmente ho riscontrato una lieve difficoltà nel saper utilizzare consapevolmente i miei strumenti educativi, principalmente l'avvio della relazione. Sono riuscito a valutare ed elaborare criticamente questi aspetti.

L'elaborazione del progetto si è fermata alla valutazione e progettazione iniziale a causa della sospensione del tirocinio e della chiusura del servizio come da DPCM e da Ordinanza 19 del 3/4/2020 del Presidente della Regione Marche per contrastare il diffondersi della pandemia da SARS-COV-2.

Attività progettuale

Avendo fatto una rapida ricerca mi sono reso conto che il Centro Diurno di Recanati, nella provincia, è l'unico ad adottare il pranzo come strategia educativa.

Insieme al mio Tutor più volte ci siamo trovati a riflettere sul significato dell'attività del pranzo, cercando di analizzare la sua valenza educativa ed i suoi risvolti sociali.

Dopo un primo periodo d'osservazione ho riscontrato essere il momento più rilevante per la maggior parte degli Utenti che frequentano il Centro Diurno. Mi sono posto con sguardo critico al comportamento degli utenti e quali regole venivano rispettate (preparazione della tavola, assegnazione del pasto, uso

corretto delle posate, utilizzo della raccolta differenziata).

Il pasto veniva fornito ogni giorno dalla mensa dell’RSA di Recanati; quindi una volta arrivato doveva essere portato in cucina ed ogni utente doveva prendere il proprio piatto. Questo momento era alquanto caotico e si susseguivano diverse forse di prevaricazione, si è deciso quindi di fare una scaletta con dei turni dove un solo utente, con la supervisione del Tirocinante, aveva l’incarico di consegnarlo.

Una volta concluso il pasto ogni utente doveva differenziare i rifiuti e riporli nell’apposito contenitore, dopodiché puliva la propria postazione e lavava ciò che aveva utilizzato.

Una volta date queste prime linee guida mi sono reso conto che molti utenti vedevano questo momento solo individualmente, quasi in simbiosi con il cibo, ignorando completamente la gran parte, se non tutte, delle norme sociali. Tutto questo mi ha portato a scegliere di basare il mio progetto del terzo anno proprio sul momento del pranzo.

Inizialmente ho creato degli item valutativi, divisi in aree

- **Area dell’igiene**
- **Area Manuale**
- **Area Sociale**
- **Area Nutrizionale**

Un ulteriore suddivisione è stata fatta in prima, durante e dopo il pranzo.

ITEM VALUTATIVI

Prima del Pranzo.

1. Si lava le mani?
2. Apetta gli sia consegnato il vitto?
3. Adempie alle proprie mansioni?

Durante il pranzo?

1. E' in grado di prendere ciò che gli è necessario?
2. Fa un utilizzo corretto delle posate?
3. Utilizza correttamente il tovagliolo?
4. Impiega un tempo adeguato nella masticazione?
5. Invade lo spazio personale altrui?
6. Mangia in modo compulsivo?
7. Utilizza adeguatamente i condimenti?
8. Cerca di impiegare meno tempo possibile per poi alzarsi?
9. Percepisce il pasto come un momento conviviale?

Dopo il pranzo

1. E' in grado di svolgere corretto lo smaltimento dei rifiuti?
2. Pulisce e ripone propriamente la tovaglietta?
3. Lava i denti?

Questa schematizzazione è stata fondamentale per apprendere i diversi modelli comportamentali e le abilità all'interno dell'attività del pranzo. Per ogni utente del Centro Diurno è stata compiuta un'osservazione durata 4 settimane.

Individualmente inoltre per approfondire la valutazione degli utenti nelle altre sfere comportamentali/di vita ho sfruttato il manuale del VADO (Valutazione di Abilità e Definizione degli Obiettivi).

Sono riuscito solamente a compilare la scheda valutativa senza poter procedere con il progetto individualmente per la sospensione del Tirocinio a causa della chiusura del servizio per tentare di contrastare la pandemia da SARS-COV-2.

CONCLUSIONI

Il percorso di Tirocinio è una grandissima opportunità per lo studente per acquisire e apprendere tutta una serie di conoscenze teoriche e pratiche che servono per svolgere la professione di Educatore professionale.

In questa tesi ho descritto le mie esperienze durante i tre anni del corso di laurea cercando di rielaborare tutti gli eventi, le situazioni le emozioni e il percorso fatto insieme agli utenti e gli operatori. Ho compreso e spero con questa piccola testimonianza di aver dimostrato l'importanza del processo di valutazione e di come questo renda valido e professionale il lavoro svolto da un professionista come l'Educatore professionale. Ho avuto l'opportunità durante questo cammino formativo di utilizzare la metodologia propria dell'educazione professionale e di essere corretto dai tutor laddove io commettessi errori. L'osservazione, la relazione educativa finalizzata e intenzionale, l'ascolto attivo, la costruzione di un assessment e la stesura del progetto mi ha fatto riflettere su quanto sia complesso intervenire e navigare nel vasto e complicato mondo dell'essere umano.

Inoltre, ho compreso quanto questa pratica valutativa risulta essere fondamentale ed efficace sia nella fase iniziale di assessment come strumento di valutazione iniziale ma ulteriormente nel corso dell'intervento, come valutazione in itinere e finale così da ottenere un feedback continuo della situazione. La verifica e il monitoraggio durante tutto il percorso educativo con l'utente rappresenta la cartina al tornasole del lavoro svolto fino a quel momento e permette di valutare la prosecuzione o meno del progetto educativo e se necessario il cambiamento di alcune delle sue parti. L'individuazione degli indicatori di processo e di esito permette poi di procedere ad una valutazione finale in termini raggiungimento degli obiettivi del progetto e di congruenza e affinità con i risultati attesi.

BIBLIOGRAFIA

- “Professione educatore. Modelli, metodi, strategie d’intervento”; Maria Teresa Bassa Poropat, Fabrizio Lauria; Edizioni Ets.
- “Il profilo dell’educatore- formazione ed ambiti di interventi”; F.Oggionni; Carocci Faber.
- “Un genitore quasi perfetto”; Bruno Bettelheim.
- “Scrivere per professione. L’Educatore Professionale e la documentazione educativa”; Marina Rinucci; Edizioni unicopli.
- “Metodologia della progettazione educativa. Competenze, strumenti e contesti”; Andrea Traverso ; Carocci editore
- “La progettazione educativa. Il lavoro sociale nei contesti educativi”; [Walter Brandani](#),[Manuela Tomisich](#); Carocci Faber
- “La supervisione pedagogica”; F.Oggionni; FrancoAngeli.
- “L’educatore auto(bio)grafo. Il metodo delle storie di vita nelle relazioni di aiuto”; D.Demetrio; Unicopli.
- “Organizzare le case famiglia. Strumenti e pratiche nelle comunità per minori”; Marzia Saglietti; Carocci Faber.
- “Lavorare con le famiglie nelle comunità per minori”; Giammatteo Secchi; Erickson.

- “Il progetto educativo nelle comunità per minori. Cos’è e come si costruisce”; Paola Bastianoni e Mauro Baiamonte; Erickson.
- “Minori, famiglia, comunità: una relazione complessa. Dall’analisi del contesto agli strumenti operativi”; Sonia Maria Laura Fusi; Franco Angeli.
- .Signorelli. Elementi di metodologia epidemiologica. Società Editrice Universo, 2011
- A. Madeddu e S.Sciacca. Epidemiologia facile. Esseditrice, Cecchina (Roma), 2006.
- F. Auxilia e M. Pontello. Igiene e Sanità Pubblica. Piccin Ed., Padova, 2012.
- Luigina Mortari, "Apprendere dall’esperienza: il pensare riflessivo nella formazione". Carocci, Roma, 2004.
- Roberto Trincherò, Manuale di ricerca educativa. Franco Angeli, Milano, 2002
- “Educazione e osservazione. teorie, metodologie e tecniche.”, Autore: Maida S., Molteni L., Nuzzo A., Casa Editrice: CAROCCI, 2009
- “L’osservazione Dello Sviluppo Umano”, Autore: S.Bonichini, G.Axia, Casa Editrice: CAROCCI, 2001
- Bassa Poropat M.T., Lauria F., Professione Educatore – Modelli, metodi, strategie di intervento. Edizioni ETS, 1998.

- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D., Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi delle patologie e dei paradossi. Editrice Astrolabio.
- Napier A.Y., Whitaker C.A., Il crogiolo della famiglia. Ed. Astrolabio
- Bertolini P., Caronia L., Ragazzi difficili, pedagogia interpretativa e linee di intervento, La Nuova Italia, Firenze, 1993 (cap. IX: La figura e il ruolo dell'educatore professionale).
- Barnao C., Fortin D., Accoglienza e autorità nella relazione educativa, Erickson, Trento 2009
- Fortin D., Un ruolo professionale per l'educatore autorevole, in: Barnao C., Fortin D., Accoglienza e autorità nella relazione educativa, Erickson, Trento, 2009, pp. 181-201
- Brandani W., Zuffinetti P., Le competenze dell'educatore professionale, Carocci, Roma 2004
(cap. 2: Prada G, La metodologia della pratica educativa professionale)
- Crisafulli F., Molteni L., Paoletti L., Scarpa P.N., Sambugaro L., Giuliodoro S., Il “core competence” dell’Educatore Professionale. Linee di indirizzo per la formazione, Unicopli, Milano 2010
- Bertolini P., Caronia L., Ragazzi difficili, pedagogia interpretativa e linee di intervento, La Nuova Italia, Firenze, 1993
- Bettelheim B., Un genitore quasi perfetto, Feltrinelli, Milano 1988

- ANEP Associazione Nazionale Educatori Professionali, Il codice deontologico, Bologna 2002
- Zucconi A., Howell P., “La Promozione della Salute - Un approccio globale per il benessere della persona e della società”, La meridiana, Molfetta 2005
- Cicchetti A., La progettazione organizzativa: principi, strumenti ed applicazioni nelle organizzazioni sanitarie, Franco Angeli, 2004.
- "Introduzione alla pedagogia generale"; Autori: F. Frabboni, F. Pinto Minerva; Casa Editrice: Editori Laterza.
- "Introduzione alla pedagogia sociale"; Autore: M. Striano; Casa Editrice: Editori Laterza.

Sitografia

- La tutela dei minorenni in comunità. La seconda raccolta dati sperimentale elaborata con le procure della Repubblica presso i tribunali per i minorenni; disponibile su <https://www.minori.it/it/node/6238>.

- Educazione Interculturale. Teorie, Ricerche, Pratiche. <http://rivistedigitali.erickson.it/educazione-interculturale/wp-pdfs/470dd4f5c390494ae812f920afcbe154/converted/12728/02-article-12730.pdf>

- Gazzetta Ufficiale Repubblica Italiana <https://www.gazzettaufficiale.it/>

- Camera dei deputati, minori stranieri non accompagnati, disponibile su <https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104665.pdf>
- L'accoglienza dei minori in comunità nella regione marche, report del 2016, disponibile su: <https://www.garantediritti.marche.it/storage/2017/02/report-comunita-minori.pdf>
- Wikipedia, l'enciclopedia libera <https://www.google.com/search?q=wikipedia&oq=wikipedia&aqs=chrome.69i59j0l3j69i60l2.2313j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Metodo e tecniche nelle scienze sociali. Enciclopedia delle scienze sociali (1996) di Giancarlo Gasperoni, Alberto Marradi; disponibile su [http://www.treccani.it/enciclopedia/metodo-e-tecniche-nelle-scienze-sociali_\(Enciclopedia-delle-scienze-sociali\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/metodo-e-tecniche-nelle-scienze-sociali_(Enciclopedia-delle-scienze-sociali)/)
- Cooperativa sociale "Vivere Verde Onlus" <http://www.vivereverdeonlus.it/>
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/04/28/099G0190/sg>
- Associazione Nazionale Educatori Professionali (ANEP): <https://www.anep.it/profiloprofessionale>
- Ministero della Salute: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3312

Associazione Nazionale Educatori Professionali (ANEP):

<https://www.anep.it/news/2788/show>