

---

## 1. LINEE DIRETTRICI DEGLI OBIETTIVI DI LAVORO

Sin dalla loro creazione i CEMEA operano nel settore dell'educativa territoriale. Dal 1991 hanno creato, in collaborazione con i Servizi Sanitari, un servizio di educativa territoriale associato alla Neuropsichiatria Infantile. Un servizio educativo "anomalo", che tenta d'integrare il sociale con il terapeutico.

**L'obiettivo principale è di "far emergere e promuovere le risorse presenti nel minore e nella sua famiglia, agendo prioritariamente nel suo contesto di vita e di relazione".**

Quest'obiettivo si struttura in una serie di quattro sotto-obiettivi:

- "fare vivere la minore un'esperienza relazionale sana che favorisca un positivo processo identificatorio ed un adeguato cammino psicoevolutivo"
- "favorire l'attivazione delle positive potenzialità presenti nella famiglia stessa, orientate al benessere del minore"
- "favorire lo sviluppo dell'integrazione sociale del minore nel territorio di residenza"
- "contenere situazioni di rischio e prevenire l'istituzionalizzazione".

### QUATTRO AREE DI OBIETTIVI

ESPERIENZE - RELAZIONE  
SANA - IDENTIFICAZIONE

ATTIVAZIONE  
POTENZIALITA'  
FAMIGLIA

INTEGRAZIONE SOCIALE  
NEL TERRITORIO

CONTENERE SITUAZIONI  
DI RISCHIO

Questi quattro obiettivi fondanti il servizio di appoggio educativo evidenziano come nel normale svolgimento del lavoro del servizio di NPI ci si trovi ad operare ed entrare in contatto con bambini ed adolescenti sofferenti che propongono percorsi e problemi *molto* diversificati.

Vi sono infatti

- i ragazzini segnalati dalle scuole per problemi di apprendimento e di comportamento;
- quelli condotti dallo psicologo dai genitori stessi o per libera iniziativa o su indicazione del medico di base (per sintomi ansiosi, disturbi del sonno o dell'alimentazione, problemi di linguaggio o altro);
- i casi segnalati dal Servizio Sociale;

- 
- quelli inviati dal Tribunale dei Minori per i quali è spesso richiesta una conoscenza approfondita del minore e della famiglia per valutare eventuali processi di allontanamento del minore dal nucleo familiare;
  - vi sono poi i bambini che presentano patologie mentali più gravi che li pongono sulla linea di confine del trattamento psicoterapeutico incrociato con interventi di riabilitazione dell'ambito dell'handicap.

In ogni caso ci si muove e si opera in una “zona d'ombra” complessa, su di una linea di confine non sempre chiara immediatamente.

Una cosa è tuttavia certa: “in ciascuno di questi casi vi è la presa in carico del minore e della sua famiglia” (E. Lana, “Presa in carico”, école n°47, anno 1997, pag. 22).

Questa la caratteristica unificante dell'intervento: sia che s'intervenga per “proteggere” il minore dalla famiglia, sia per stimolare nella famiglia l'assunzione di “funzioni genitoriali”, sia che si voglia “far uscire” il minore dall'alveo delle sue esperienze carenziate oppure che si desideri contenere una situazione d'abbandono altrimenti drammatica per il minore, sempre l'intervento avviene nel “cuore” patogeno del contesto: la famiglia del minore.

“Si tratta cioè di diventare la “mente che contiene” sia il bambino che il suo nucleo familiare” (ibidem, pag.22): il lavoro è davvero “sistemico”. Non si può pensare d'intervenire sul minore senza apportare delle modifiche alle abitudini della famiglia, non si possono architettare mutamenti senza alterare equilibri che investono i partner della relazione familiare del minore.

Riassumendo schematicamente le linee direttrici del lavoro, abbiamo:

**RELAZIONE / SOCIALIZZAZIONE**  
(l'educatore, gli altri)

**AUTONOMIA / IDENTITA'**  
(costruzione del sé)

**SOSTEGNO/ USO DEL TEMPO E  
DELLO SPAZIO** (strutturare l'intorno)

**MEDIAZIONE / CONTESTO**  
(costruire e riparare delle reti)

**ATTIVITA' / RAPPORTO CON IL  
REALE** (agire e fare esperienze)

---

## 1.1 PRIORITÀ DELLA PRESA IN CARICO

La prospettiva di intervenire in un servizio rivolto a **minori** così configurato lascia emergere intenzioni educative e sociali ben definite e differenziate a seconda del livello di gravità dei problemi evidenziati dal minore seguito. Gli educatori impegnati si impegnano allora ad:

- **operare in una “zona intermedia” di problematiche psico-sociali** che influenzano i processi di apprendimento e di crescita dei ragazzi, non risolvibili con interventi di tipo esclusivamente “istituzionale”;
- **contrastare in maniera mirata il cronicizzarsi** di atteggiamenti di ritardo sociale e personale (che porterebbero all’istituzionalizzazione), di squilibri emotivi, di difficoltà di inserimenti nella vita quotidiana, ecc.;
- **privilegiare esperienze di relazione** con adulti e coetanei, superando forme e dinamiche di esclusione e discriminazione, ma anche di depressione e/o distacco dal reale;
- **fondare l’intervento su scelte di tipo educativo che agiscano “in chiave sistemica”** sul minore: prima di tutto la famiglia, ma anche il gruppo classe, gli amici, l’ambiente esterno, gli insegnanti per superare una visione ristretta dell’intervento.

Il lavoro di “educativa territoriale” si organizza attorno all’obiettivo di attivare profondi cambiamenti, significativi per l’utente, sul piano delle relazioni, delle abilità sociali, della personalità, dell’equilibrio affettivo e, cosa per noi fondamentale, delle propria **“autorappresentazione”**: “la formazione della personalità, la rappresentazione di sé, l’identità dipendono da ciò che accade al bambino negli ambienti di vita, quegli ambienti carichi di significati affettivo, dalla famiglia alla scuola” (A.Canevaro, “la formazione dell’educatore professionale”, La Nuova Italia, 1991, pag. 19). Ciò non comporta da parte degli educatori la pretesa di “risolvere” ogni problema del bambino, né porsi come figura “salvifica”: “ridurre il disagio di una persona non significa solo compensare ciò che manca, o correggere i suoi errori, ma, prima d’ogni altra cosa, rapportarsi a lui tale qual è” (P.Perticari, “Attesi imprevisti”, Boringhieri, 1996, pag. 143).

Alterità e reciprocità sono così centrali nel nostro modello.

Nel caso di minori esposti a situazioni di rischio e/o di destrutturazione della personalità, ciò si traduce nella:

- **mobilitazione delle forze vitali** e le capacità esistenti: lavorare su “ciò che di sano e positivo è presente ed **“attivabile”** nel minore, piuttosto che sulla contemplazione passiva del rischio o del deficit come dato oggettivo ed imm modificabile;
- sviluppo di una **percezione realistica** della condizione esistenziale e “clinica” vissuta dal minore, senza negazioni né esagerazioni;
- capacità di **orientare ogni iniziativa “verso ciò che è possibile”**, tenendo conto della dialettica tra limiti e potenzialità;

- 
- apertura di spazi per “**provare e apprendere**” attraverso gli errori, sperimentando un equilibrio tra la necessità di momenti di sostegno e di situazioni di autonomia;
  - garanzia di poter utilizzare attrezzature e strumenti adatti a facilitare **l’integrazione** e le diverse “mobilità” degli utenti;
  - possibilità di operare in chiave retro-attiva nei confronti della **famiglia** per combattere paure, angosce, negazioni e favorire relazioni ed emozioni nuove.

## 1.2 INTEGRARE LE RISORSE

La progettazione della “presa in carico” deve quindi proporsi di **integrare** gli interventi di educativa territoriale “individualizzati” (servizi di appoggio educativo centrati su singoli casi), le risorse esistenti sul territorio, la dimensione propria dell’universo culturale ed affettivo del minore.

In ogni caso l’obiettivo è anche e soprattutto quello di inserire progressivamente i minori presi in carico entro un **circuito di “normalità”**.

Il rapporto privilegiato “**educatore-minore**” deve potersi proporre come nucleo di partenza per determinare situazioni di “**vita sociale**”, articolata e rispettosa delle individualità, ma capace di rappresentare un’esperienza educativa di prevenzione e difesa da “fattori di rischio”.

La relazione “educatore/utente” deve porsi come “**occasione per costruire il luogo e il tempo di un incontro e di uno scambio**” che possa permettere ai ragazzi di **vivere in un contesto di “benessere**” sempre più percepito come tale.

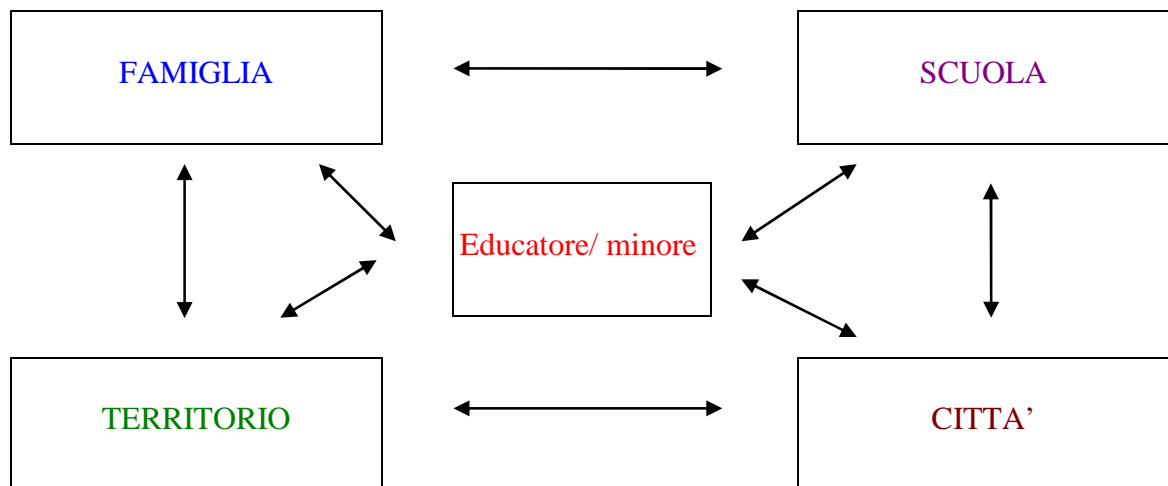
Questo aspetto si collega alla precisa volontà di fornire un senso più ampio al nostro servizio aprendolo sull’esterno. Le attività di **aggregazione e sostegno** devono restare aperte per porsi anche come **stimolo** attivo sul piano **culturale ed educativo**”, favorendo scambi e soprattutto concorrendo alla costruzione di processi di autostima dei ragazzi stessi per una “autorappresentazione” nuova e positiva della propria persona.

In questa direzione va anche l’esigenza di porre attenzione ai possibili percorsi di **sostegno di gruppo**. Qui pensiamo alla funzione dei **Laboratori**.

Il servizio educativo dovrà cercare di prendersi carico anche il possibile inserimento dei ragazzi nel “circuito” dei Laboratori (di cui elaboriamo a parte uno specifico progetto). L’uso dei Laboratori non rappresenta soltanto una risorsa organizzata per quei ragazzi per i quali, d’accordo con il referente dell’NPI, è necessario uno spazio d’attività e di contenimento più mirato e “sicuro”. Essa è anche una “zona intermedia” di esperienze, d’incontri, un “riparo” ma anche un luogo per “fare”.

E dovrà essere, quindi, una risorsa da “integrare” nell’elaborazione dei singoli progetti.

Questo intreccio di riferimenti può così essere rappresentato:



Il rapporto diadico “Educatore/minore” si trova al centro dell’incrocio tra diversi elementi della “Realtà” esterna del minore. Elementi che concorrono a determinare il tessuto dell’esperienza del bambino. Dietro a ciascuna di queste dimensioni del reale si trovano, però anche del soggetto, in “carne ed ossa” la cui soggettività ha un che di difficilmente riducibile ad un dato rigido. E’ con la “lettura” soggettiva che ciascun attore da di sé, anche rispetto al bambino, che l’educatore dovrà “fare i conti”. E’ il gioco delle **“reciproche attribuzioni”** che ci si dovrà confrontare per elaborare dei progetti adeguatamente “centrati” sui bisogni del minore preso in carico.