

La comunità «Educativa e Psicologica» come risposta innovativa alle nuove sfide poste dal disagio giovanile. Analisi del modello e risultati di una valutazione d'impatto

Manuele Cicuti

Pedagogista Sociale, Psicologo, Psicoterapeuta in formazione; manuele.cicuti@gmail.com

Sommario

In questo articolo si vuole proporre una riflessione su un nuovo modello di comunità per minori (bambini e adolescenti), che sta nascendo in Italia come risposta innovativa e multidisciplinare al disagio psicologico in età evolutiva.

Prima di addentrarsi nella presentazione di questo modello di comunità, si ripercorreranno gli antecedenti storici e il relativo tragitto che ha portato nel tempo alla nascita di realtà sperimentali, che trovano nel contesto attuale la possibilità di essere riconosciute e adeguatamente studiate. Viene individuato come particolarmente importante il processo che abbiamo definito di «de-istituzionalizzazione dei minori», cioè di progressivo abbandono delle grandi istituzioni (brefotrofi, orfanotrofi, riformatori, manicomî) per far spazio a esperienze a carattere familiare, con uno stile educativamente e affettivamente significativo. Verrà poi introdotto un documento molto recente e di grande rilevanza scientifica e istituzionale che riporta l'attenzione su questo nuovo modello di comunità: «Educativa e Psicologica». Si procederà a una prima analisi delle caratteristiche salienti del modello, a partire dall'osservazione delle esperienze pilota già presenti in Italia.

L'ultima parte sarà dedicata alla presentazione di un'esperienza di valutazione dell'impatto educativo, svolta presso due comunità del Lazio.

Parole chiave

Minori, psicopedagogia, comunità, età evolutiva.

1. Introduzione

Chi opera nei servizi educativi residenziali per minori (case famiglia e gruppi appartamento) si trova spesso di fronte a una difficoltà: l'accoglienza di bambini o adolescenti che presentano un grave disagio psicologico, che spesso impedisce di ricorrere allo strumento simbolico del «contratto educativo» e di conseguenza a una progettualità educativa condivisa. Essendo l'età evolutiva caratterizzata da un'alta mobilità dei processi psichici, minori che presentano una sofferenza psicologica non ancora sfociata in disagio psichiatrico diagnosticato e certificato trovano come unica risposta residenziale le comunità educative. La conseguenza è che sintomi rilevanti sotto il profilo psicologico e comportamentale creano dei profondi squilibri all'interno del gruppo, sia nei minori accolti in struttura sia nell'équipe degli educatori. Squilibri che possono non trovare un adeguato contesto in cui venir accolti e trattati.

Da questo punto di *impasse* del lavoro educativo nasce la mia ricerca: le comunità socio-educative per minori (che rappresentano il modello standard nel panorama attuale dei servizi), essendo pensate e strutturate come luoghi a carattere familiare che accompagnano i ragazzi nella realizzazione del proprio progetto di vita e con la finalità di offrire possibilità di benessere, protagonismo e autonomia per i propri ospiti, non sono pensate, e conseguentemente strutturate, per poter trattare il disagio psicologico acuto. La figura di riferimento costante nelle comunità a carattere socio-educativo è infatti l'educatore professionale/sociale, che assume il ruolo di modello che trasmette stili di vita e valori, che accompagna ogni singolo ragazzo nello sviluppo delle proprie potenzialità e nel raggiungimento di un protagonismo attivo rispetto alla propria vita.

Le figure con competenze psicologiche (psicologi o psicoterapeuti) sono contemplati solo come risorse esterne, di consulenza, o al massimo come responsabili e coordinatori di struttura. Minori con una forte sofferenza psicologica, che non riescono a stare in una relazione educativa, ad aderire a norme, regole o progetti, che hanno ad esempio disfunzioni nel controllo degli impulsi, che ripetono comportamenti violenti vissuti in famiglia o che hanno avuto esperienze di abuso, avrebbero bisogno di un accompagnamento integrato: educativo e psicologico. E questo non solo in riferimento al proprio progetto individuale, ma anche al sistema educativo (inteso come intera comunità educante) che li accoglie. L'intero sistema, cioè la comunità, dovrebbe funzionare in modo tale da poter accogliere e assorbire i comportamenti problematici dei minori accolti, come se fossero dei «messaggi»

inviati agli adulti per segnalare un disagio e una sofferenza, che deve trovare nello stesso contesto una adeguata risposta. Risposta che prevede la messa in campo di una logica terapeutica, che affianchi quella pedagogica, integrandovisi.

Nel panorama italiano, le comunità per minori sono o «socioeducative» oppure «terapeutiche», cioè veri e propri presidi sanitari per minori, riabilitativi rispetto al quadro diagnostico psichiatrico dell'ospite. In queste ultime viene trattata l'acuzie, vengono fatti ricoveri e vengono ospitati prevalentemente minori con disturbi psicopatologici conclamati, minori che hanno sindromi gravi o che comunque sono stati già inquadrati in una diagnosi psichiatrica.

Da quest'ultima osservazione nasce la domanda alla base del seguente lavoro: esiste un modello di comunità che operi in ottica *preventiva e promozionale*, oltre che sul piano educativo, anche e congiuntamente sul piano psicologico? In realtà la risposta è affermativa, questo modello di comunità esiste ed è definito dal Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali: «comunità educativa psicologica». Tale modello di comunità prende le mosse dalla consapevolezza di doversi muovere in un'ottica di «integrazione socio-sanitaria», cioè di dover de-istituzionalizzare i servizi sanitari/terapeutici per prevenire e trattare il disagio psichico nel territorio, come nella seconda metà del Novecento già Franco Basaglia aveva indicato.

In questo articolo si vuole approfondire il modello di comunità per minori «Educativa e Psicologica», per fornire dei dati che possano aiutare a comprendere se tale risposta sia realmente efficace ed efficiente, per accompagnare in un'ottica di intervento preventiva e promozionale il benessere integrale di minori che non riescono a inserirsi o a integrarsi nelle normali strutture educative. Per fare questo vorrei ricostruire le caratteristiche fondamentali del servizio, per fare poi successivamente una valutazione e un monitoraggio che forniscano dei dati in relazione all'impatto educativo, all'interno di alcune comunità già esistenti.

2. Il processo di «de-istituzionalizzazione dei minori» e la nascita delle case famiglia

In questo primo paragrafo viene presentato il percorso storico che ha visto susseguirsi negli anni, o meglio nei secoli, forme diverse di luoghi e spazi educativi rivolti a quei minori, a quei bambini o giovani, che per motivi diversi si trovavano privi della possibilità di crescere nella propria famiglia. In questo modo si vuole delineare la cornice entro la quale poter guardare l'oggi con le proposte e i modelli di intervento che sono presenti in Italia e che sono frutto di un cammino di consapevolezza che l'umanità ha fatto rispetto alla cura e all'educazione.

In Occidente la storia dei minori abbandonati dalla propria famiglia, figli ritenuti illegittimi o inadeguati, ha radici molto lontane. Presso gli antichi Greci l'esposizione degli infanti, specie nelle famiglie poco agiate, fu un fenomeno diffusissimo, tanto che si pensava che questo fenomeno riguardasse addirittura le origini mitiche di alcuni degli dei allora adorati (ad esempio Zeus). Nell'antica Grecia, l'abbandono dei neonati con il tempo diventò una pratica comune. Molti

erano i motivi per cui alcuni bambini venivano rifiutati dai genitori: problemi economici creati dal nuovo nato, la presenza di una malformazione fisica, l'essere il frutto di una violenza, di un incesto o di una relazione illecita. Le femmine erano più abbandonate dei maschi in quanto destinate a diventare comunque un peso per la famiglia: se si sposavano, infatti, dovevano essere fornite di dote; invece, se rimanevano nella casa d'origine, pesavano gravemente sul bilancio familiare.

Negli scritti dell'epoca ricorre spesso il personaggio del fanciullo esposto e poi ritrovato. È noto in effetti, come in alcune città e in alcuni momenti dell'epoca antica furono considerati legali l'infanticidio e l'abbandono. La spiritualità cristiana introdusse nei costumi e nella legislazione un maggior riguardo alla sorte degli esposti e una progressiva sensibilità nuova nei confronti dell'infanzia e dei suoi diritti: «Scagliandosi contro la soppressione e l'esposizione, spinse molti dei suoi proseliti a salvare gli esposti, nutrendoli, pur esponendosi così alla grave accusa di servirsi di quelle creature per i loro riti cruenti».¹ In molti luoghi, specialmente nei Paesi latini cristiani, sorsero istituti e fondazioni per l'accoglienza degli esposti, numerose in Italia fino a tutto il secolo XIX. Sono proprio questi istituti, i brefotrofi e gli orfanotrofi, gli «antenati» storici delle attuali comunità per minori.

Il brefotrofio è l'istituto che accoglie e alleva i neonati illegittimi, abbandonati o in pericolo di abbandono. Le prime esperienze di questo tipo si possono far risalire già al IV secolo: nel 370 San Giovanni Crisostomo a Sebaste e San Basilio a Cesarea, quasi contemporaneamente, istituirono i primi istituti per l'alimentazione dei trovatelli e delle case che accogliessero i bambini più grandi, orfani dei genitori. Il brefotrofio si distingue dall'orfanotrofio, il quale è invece la struttura di accoglienza dove sono accolti e educati i bambini orfani, e a cui vengono anche affidati minori abbandonati o maltrattati dai genitori naturali.

Un orfanotrofio è una struttura, pubblica o privata, dove sono accolti e educati i bambini orfani e i minori senza famiglia. Oltre agli orfani e ai bambini di strada, generalmente vengono affidati a questi istituti anche i minori che per incuria, maltrattamento, abuso e inadeguatezza dei genitori naturali, vengono allontanati dalla famiglia d'origine. Essi rimangono in queste strutture generalmente fino al compimento della maggiore età o fino a che non entrano in un programma di affido familiare o vengono adottati da una famiglia. In molti casi queste strutture residenziali erano gestite con motivazione e cura, ma nonostante ciò il peso e gli effetti dell'istituzionalizzazione si riversavano nella personalità dei giovani accolti e nel loro sviluppo, generando carenze maggiori rispetto a chi era cresciuto in famiglia. In altri casi questi istituti erano pervasi da numerosi problemi gestionali, organizzativi e educativi, finendo per poter essere paragonati a dei *lager*.²

Il secolo in cui a queste istituzioni assistenziali antiche sono sorte delle alternative valide, è stato sicuramente il Novecento. Nel secolo scorso infatti, a partire dalla fine della seconda guerra mondiale, è iniziata una riflessione basata

¹ F. Romita, *Gli illegittimi nei secoli. I brefotrofi*, Roma, Luigi Pozza, 1966, p. 18.

² A. Onorati, *Gli ultimi sono gli ultimi. L'esperienza di un maestro in un orfanotrofio lager*, Roma, Armando, 1999.

sull'evidenza dei riscontri negativi della presenza dei minori in tali istituzioni, le quali erano gestite in modo molto diverso da un sistema familiare e che di conseguenza provocavano effetti negativi per lo sviluppo della personalità, soprattutto in termini relazionali, affettivi e sociali. Fra gli altri, spiccano gli studi di R. Spitz, J. Bowlby e U. Broffernbrenner, i quali in modi diversi hanno evidenziato come la separazione precoce e prolungata dalla madre (o dal *cargiver*) costituisca un danno potenzialmente irreversibile sullo sviluppo psichico del bambino, soprattutto in assenza di un sostituto adeguato, il quale non poteva essere offerto nei grandi istituti. In molti Paesi del mondo di fatti, brefotrofi e orfanotrofi sono stati progressivamente sostituiti da un lato dagli istituti dell'adozione e dell'affidamento, dall'altro dalle case-famiglia, strutture comunitarie di dimensioni più ridotte. Vediamo quali sono state le tappe principali di questo processo che potremmo chiamare di *de-istituzionalizzazione dei minori*. Il fulcro di queste esperienze, che hanno portato al quadro di riferimento attuale, è la ricerca di passare a piccole comunità, a carattere familiare, meno istituzionali possibili, luoghi in cui l'esperienza affettiva e relazionale potesse essere posta al centro, così come sarebbe avvenuto in famiglia.

Si arriva così agli anni Settanta, i quali hanno visto sorgere forme nuove di accoglienza e accompagnamento a favore dei minori, le *comunità alloggio*, inizialmente in Piemonte. Queste esperienze educative avevano spesso sfaccettature diverse, ma erano accomunate dalla tensione a superare la logica assistenziale, dalla vita comunitaria in piccoli nuclei (che richiamavano l'esperienza educativa familiare), dall'autonomia economica, organizzativa e educativa, con il potenziale controllo del servizio pubblico, da un rapporto nuovo con il territorio, di progressivo inserimento e protagonismo, dal ruolo degli educatori che lentamente si avviava a essere professionale e sempre più diverso dagli schemi fissi degli istituti, per centrarsi sempre più sulla promozione dello sviluppo integrale dei minori. Esperienze simili sorsero negli stessi anni anche in Emilia Romagna e Lombardia, definite però *gruppi appartamento*. Questi erano caratterizzati da piccoli gruppi di minori, inseriti in normali appartamenti all'interno del territorio e della comunità locale, con autonomia economica e educativa dell'ente che li gestiva. Si proponevano come radicale alternativa agli istituti, di fatti gli educatori tendevano ad assumere un ruolo diverso da quello esclusivamente normativo e cercavano di riparare i danni provocati dalla crescita negli istituti.

Nei più recenti DPR 448/88 e successivo Decreto Legislativo 272/89 la realtà della comunità è ancora contemplata a livello normativo, ma questa volta in ambito giudiziario, come modalità di risposta alla devianza minorile (preventiva, alternativa o conseguente al carcere minorile). Nel Decreto Legislativo 272/89 la comunità viene concepita come luogo familiare educativamente significativo, caratterizzato da un'utenza mista, nel senso che deve essere prevista la presenza (prevalente) di minorenni non sottoposti a provvedimento penale, così da poter consentire un clima e una conduzione educativamente significativi e da poter contrastare processi di esclusione e stigmatizzazione di minori che hanno commesso reati penali. Si avvia così un altro processo di de-istituzionalizzazione dei minori, questa volta

non in ambito civile (dagli istituti, brefotrofi e orfanotrofi, alle comunità) ma in ambito penale (dal carcere minorile e dai riformatori, al collocamento in comunità).

In Italia, la svolta decisiva avviene in un passato molto recente, grazie alla Legge 149 del 28 marzo 2001, che ha decretato la chiusura degli istituti, almeno per i minori di anni sei: «Il ricovero in istituto deve essere superato entro il 31 dicembre 2006 mediante affidamento a una famiglia e, ove ciò non sia possibile, mediante inserimento in comunità di tipo familiare caratterizzate da organizzazione e da rapporti interpersonali analoghi a quelli di una famiglia» (titolo II, art. 2). Ci si adeguava così al principio che ogni bambino ha diritto a crescere come figlio e che, a fronte dell'incapacità della famiglia naturale di prendersene cura, abbia diritto a un'altra famiglia o all'inserimento in una comunità di tipo familiare. Questo è il punto nodale del processo di de-istituzionalizzazione, da lì a qualche anno le realtà dei brefotrofi e degli orfanotrofi sono progressivamente scomparse, lasciando il passo ai modelli di comunità che caratterizzano il panorama attuale della legislazione e delle prassi educative.

3. Disagio psichico in età evolutiva e comunità «Educativa e Psicologica» come risposta integrata

Abbiamo ripercorso le tappe della «de-istituzionalizzazione dei minori» in ambito sociale e in ambito giudiziario. Ma essendo la comunità Educativa e Psicologica pensata per accogliere minori con una sofferenza psichica rilevante, è importante ripercorrere le tappe principali di un terzo percorso di de-istituzionalizzazione. È il percorso dei malati psichiatrici, che negli ultimi decenni sono passati dalla reclusione nei manicomi all'inserimento presso comunità terapeutiche, diffuse nel territorio sociale e incluse nella cittadinanza.

Come abbiamo detto le comunità terapeutiche sono venute in sostituzione dei manicomi e degli ospedali psichiatrici. Anche le strutture manicomiali «hanno conosciuto il fenomeno dell'internamento dei minori: si trattava sia dei figli di pazienti ricoverate che di bambini rifiutati dalle loro famiglie per disturbi del comportamento». ³ I vecchi ospedali psichiatrici erano molto grandi, nascosti in campagna, divisi dalla comunità sociale da una barriera, con lunghi o lunghissimi tempi di degenza. Grazie al processo di de-istituzionalizzazione sono stati sostituiti progressivamente da istituzioni piccole, inserite nel tessuto sociale e sono state potenziate le cure ambulatoriali.

Discipline come la sociologia, la psicologia e la psicoanalisi fornirono chiavi di lettura del disturbo psichico e del funzionamento istituzionale totalmente estranee alla cultura medica e psichiatrica. Ciò comportò in primo luogo una considerazione del paziente come parte integrante e paritetica del dispositivo di cura e una con-

³ N. Ghisotti, *Le comunità residenziali per minori come strumento di tutela e di cura nella rete dei servizi*. In A. Ferruta, G. Foresti e M. Vigorelli (a cura di), *Le comunità terapeutiche. Psicotici, borderline, adolescenti, minori*, Torino, Raffaello Cortina, 2012, p. 235.

cezione sistemica dell'Istituzione nel suo insieme. Veniva così a destrutturarsi la rigida distinzione fra una parte considerata «sana» (il gruppo dei curanti: medici, infermieri, ecc.), depositaria di tutta la salute mentale e di ogni capacità di cura, e una parte ritenuta «malata» (i pazienti), totalmente passiva e incapace. Si iniziava a considerare la visione di un sistema composto da diverse parti interagenti fra loro con la capacità di analizzare continuamente le modalità e la qualità delle interazioni e del proprio funzionamento: la comunità doveva essere in grado di «curare» anche se stessa per poter raggiungere i suoi obiettivi terapeutici.⁴

Da questo quadro generale sulle comunità terapeutiche, nascono anche le comunità per minori. Non è facile risalire a quale sia stata la prima, perché la realtà in questo campo risulta ancora priva di statistiche certe. Negli Stati Uniti l'Orthogenic School di Bettelheim (1950) e la Pioneer School di Redl e Wineman (1951) sono riconosciute come i primi tentativi di superare il custodialismo e creare contesti di cura residenziale dedicati in modo specifico a bambini e adolescenti con disturbi psichiatrici o condotte antisociali.⁵ Contemporaneamente anche in Europa sono sorte altre forme di residenzialità terapeutica per minori, con una progettualità specifica per i bisogni dell'utenza, le quali però erano piuttosto frammentate rispetto ai modelli di riferimento e alle metodologie utilizzate.⁶

Le comunità terapeutiche per minori attualmente sono confinate esclusivamente nel settore di intervento sanitario e sono considerate dei veri e propri presidi terapeutici/riabilitativi. Sono servizi gestiti dalle Aziende Sanitarie Locali e si occupano di trattare l'acuzie, nonché prevedono dei piani medici e riabilitativi a seconda del tipo di diagnosi in ingresso. La comunità terapeutica per minori è una struttura sanitaria di dimensioni familiari per il trattamento volontario globale, psicoterapeutico, farmacologico, relazionale e sociale di soggetti in età evolutiva, agli esordi psicopatologici, con disturbi in fase di acuzie o sub acuzie, che non possono essere trattati a domicilio e che non hanno bisogno di trattamento ospedaliero.⁷ Per concludere il discorso sulle comunità terapeutiche si ritiene importante sottolineare la valenza preventiva che determinate strutture e determinati interventi possono avere in età evolutiva, in quanto effettuando interventi precoci, a livello sia individuale che di sistema familiare, si potrà intervenire su quella popolazione clinica che «presenterà o non presenterà dei problemi in età adulta a seconda di quando, come e quanto sarà ben seguita: scelte intempestive potrebbero aumentare il rischio di cronicizzazione».⁸

Per introdurre la nascita della comunità Educativa e Psicologica per minori, si ritiene importante citare un importante documento, il «Nomenclatore interre-

⁴ L. Dozza, *Professioni educative per il sociale*. In L. Cerrocchi e L. Dozza, *Contesti educativi per il sociale. Approcci e strategie per il benessere individuale e di comunità*, Trento, Erickson, 2007, pp. 25-46.

⁵ N. Ghisotti, *Le comunità residenziali per minori*, op. cit., p. 235.

⁶ *Ibidem*, p. 236.

⁷ C. Bencivenga, *Comunità terapeutiche per adolescenti e fattori di criticità*. In A. Ferruta, G. Foresti e M. Vigorelli (a cura di), *Le comunità terapeutiche*, op. cit., p. 205.

⁸ *Ibidem*, p. 207.

gionale degli interventi e servizi sociali», elaborato a cura del Coordinamento tecnico interregionale per le politiche sociali e del CisIs. Nella sezione «M», dedicata alle strutture residenziali per minori, sono classificate le seguenti tipologie: le Comunità Familiari per minori; le Comunità socio educative; l'Alloggio ad alta autonomia; i Servizi di accoglienza per bambino e genitore; le Strutture di pronta accoglienza per minori; le Comunità multiutenza; e infine la Comunità Educativa e Psicologica.

Quindi, per fare una sintesi relativa ai modelli di comunità per minori nel panorama italiano dei nostri giorni, possiamo indicare tre macro-tipologie di comunità di accoglienza residenziale:⁹

1. le *Comunità familiari/Case famiglia*, caratterizzate dalla presenza stabile di adulti residenti (famiglia, coppie, educatori residenti); tra di esse rientrano anche le comunità multiutenza, in cui oltre a minori sono presenti altre tipologie di utenza socialmente svantaggiate (come ad esempio persone con disabilità);
2. le *Comunità educative/socio-educative*, caratterizzate da operatori/educatori che non abitano in comunità ma sono presenti con modalità «a rotazione»;
3. le *Comunità socio-sanitarie*, siano esse Comunità familiari/Case famiglia o Comunità educative, caratterizzate dalla complementarietà delle funzioni socio-educative e terapeutiche assunte da operatori professionali e a titolarità compartecipata tra la competenza sociale e sanitaria.

Rispetto a quest'ultima categoria, oggetto del presente studio, così si esprime il recente Documento di proposta «Comunità residenziali per minorenni: per la definizione dei criteri e degli standard», elaborato dal gruppo di lavoro sulle comunità di tipo familiare, istituito dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza: «questa particolare tipologia di comunità *richiede indubbiamente approfondimenti specifici perché si tratta di una risorsa oggi particolarmente utile e richiesta stante il constatato aumento di minorenni che evidenziano forte disagio psichico*. Potrebbe quindi essere utile, in una successiva elaborazione, la definizione puntuale di questa tipologia di comunità» (corsivo mio, NdR).¹⁰ Essendo un modello di comunità di recente elaborazione e in via di definizione, l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza richiede che tale tipologia di servizio residenziale venga approfondita e puntualmente definita, rimandando alla possibilità che l'Autorità stessa si occupi in futuro di organizzare un gruppo di lavoro che elabori uno studio su questa.

Questo discorso è motivato dal fatto che questa tipologia di comunità rappresenta una risorsa oggi particolarmente utile e richiesta, stante il constatato aumento di minorenni che evidenziano forte disagio psichico. Essendo però un modello nuovo e in via di elaborazione e definizione, non è presente ancora una letteratura

⁹ Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza, *Comunità residenziali per minorenni. Per la definizione dei criteri e degli standard. Documento di proposta*, Roma, Tipografia Legatoria Rossini, 2015, pp. 15-16.

¹⁰ *Ibidem*, p. 16.

chiara sulle origini teoriche e storiche, in quanto non è stato ancora elaborato uno studio sistematico su questo tema. Per giunta non esiste una definizione univoca, quanto piuttosto esperienze pilota con caratteristiche e sfaccettature diverse, ma accomunate dallo stesso target di riferimento (minori, prevalentemente adolescenti, con problematiche al limite tra l'ambito socio-educativo e l'ambito di competenza psichiatrica) e dal tipo di intervento proposto, di accompagnamento educativo e cura psicologica (in contemporanea) all'interno del territorio sociale, proprio come nelle normali comunità per minori e case famiglia.

4. Aspetti di innovazione del modello

Nella Regione Lazio è presente una sola comunità a integrazione socio-sanitaria: la comunità «Casetta Rossa», gestita dall'APS «Il fiore del deserto». Questa è una comunità nata da pochi anni da un bando sull'emergenza psichiatrica in adolescenza, che rendeva applicativo quanto deciso nel Piano Nazionale Sanitario 1998-2000 e quanto stabilito dal DPR 23 luglio 1998: offrire un servizio qualificato a livello sociale e sanitario integrato, che permettesse di poter trattare il disagio psichico non in istituzioni a carattere riabilitativo, di competenza esclusivamente sanitaria, ma in un contesto sociale, territoriale e comunitario, quale quello che caratterizza una comunità educativa per minori. Bisogna però riconoscere che ci sono molte altre comunità per minori, sia nel Lazio sia in tutto il territorio nazionale, che pur non essendo accreditate come comunità «Educativa e Psicologica» a integrazione socio-sanitaria (ma come normali strutture socio-educative per minori), svolgono però al loro interno un servizio psico-educativo di fatto.

Alcune di queste comunità¹¹ «psico-educative di fatto», ma non accreditate con una convenzione socio-sanitaria (cioè con un accordo istituzionale misto, sia con i servizi sociali sia con i servizi sanitari) preferiscono per scelta essere, a tutti gli effetti e in tutte le caratteristiche strutturali e organizzative, accreditate come delle normali comunità socio-educative. L'idea è che ogni comunità, se l'intervento al suo interno è vissuto e gestito con una logica orientata in modo tale da poter trattare il disagio psichico, può essere già in se stessa terapeutica. Perché la comunità di tipo familiare diventa il luogo in cui minori che hanno vissuto traumi e problemi in famiglia possono rimetterli in atto in un ambiente simile, ma che dovrebbe posizionarsi diversamente e dare risposte diverse. E anche perché in questo modo, non diversificandosi in nulla se non nella metodologia di intervento dalle altre comunità educative per minori, viene meno la distinzione tra sani e malati, portando così a compimento l'idea di trattare il disagio mentale nel territorio, abbattendo le barriere che tendono ad apporre etichette su chi presenta una sofferenza psicologica acuta.

¹¹ Si vedano ad esempio molte comunità dell'«Unione delle comunità di tipo familiare di Roma e del Lazio» e i relativi contributi teorici del dott. Tito Baldini.

4.1. L'utenza

Vediamo ora, prima di addentrarci sulla specificità di questo modello di comunità, qual è l'utenza specifica di riferimento, basandoci sui dati della Comunità «Casetta Rossa» di Roma. Come prima cosa si mette in evidenza la carenza di strutture socio-educative destinate ad adolescenti di età compresa tra i sedici e i ventuno anni, che accolgano soggetti in fase di post-acuzie psichiatriche, anche sottoposti a provvedimenti civili e penali del Tribunale per i Minorenni. Si tratta, in generale, di una fascia d'età spesso poco «visibile» all'interno dei servizi, poiché, collocandosi a cavallo con la maggiore età, perde la possibilità di accedere a progetti di tipo assistenziale da parte dei Servizi Sociali dell'ente locale e, per quanto attiene l'area sanitaria, confluisce nell'ambito di competenza dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e delle Aziende Sanitarie Locali (ASL).¹²

In secondo luogo, i minori seguiti dai Servizi Sociali dell'Ente locale e della Giustizia Minorile presentano spesso problematiche psicopatologiche immediatamente evidenti o che emergono durante un percorso educativo già avviato (in concomitanza di eventi fisiologici o critici del ciclo vitale) e che risultano di pertinenza sanitaria. Da qui la necessità di un intervento sanitario per un inquadramento diagnostico precoce e di un progetto terapeutico da effettuarsi presso strutture sanitarie (Centri Diurni e Comunità Terapeutiche), oppure presso strutture socio-educative, dotandole del necessario supporto sanitario.¹³ In terza istanza, si assiste spesso al ricorso a ricoveri ospedalieri che, in taluni casi, potrebbero essere prevenuti se a livello territoriale e intermedio ci fosse la possibilità di effettuare, nelle situazioni di compenso e di sub-acuzie, interventi efficaci.

La carenza di strutture «intermedie» tra l'ambito educativo/sociale e l'ambito terapeutico/sanitario, crea un vuoto tale da facilitare l'immediato passaggio alla crisi, non essendoci una «risposta cuscinetto» tra il polo ambulatoriale e il ricovero ospedaliero.¹⁴ Infine va riconosciuto che la sopracitata carenza di strutture intermedie rende, di fatto, difficile l'applicazione di misure penali diverse dalla detenzione, previste da Processo Penale Minorile, per quei minori in carico ai Servizi della Giustizia Minorile che presentano situazioni in cui la presenza di una problematica psicopatologica si associa o trova espressione nella commissione di un reato, con la conseguenza di dover ricorrere a strutture non idonee o dislocate in altre regioni, con evidenti ricadute sul percorso del minore derivanti dall'allontanamento dal proprio ambiente e contesto di vita.¹⁵

Nel 2010 l'utenza che ha usufruito della Comunità «Casetta Rossa» è stata complessivamente di sedici adolescenti, di età media pari a diciassette anni. I minori, provenienti dall'area sociosanitaria, presentavano principalmente diagnosi di disturbo borderline di personalità e disturbi della condotta (il quale spesso è un antecedente evolutivo del disturbo antisociale di personalità), con una piccola percentuale di

¹² <http://www.ilfioredeldeserto.it/casetta%20rossa.html> (consultato il 15/05/2017).

¹³ Ibidem.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Ibidem.

disturbi legati all'area psicotica e dell'umore.¹⁶ In relazione all'area penale, si è potuta rilevare una maggiore presenza di un quadro personologico rappresentato da uso di sostanze all'interno di un'organizzazione borderline di personalità.¹⁷

4.2. La comunità «Educativa e Psicologica»

La complessità di tale tipologia di utenza implica e richiede la messa in campo di una varietà di risorse, per poter rispondere globalmente ai bisogni espressi che, essendo così articolati, presentano diverse criticità. Gli educatori dell'équipe spesso si trovano a lavorare con ragazzi che hanno problemi psichiatrici o hanno quadri di personalità molto problematici, con la conseguenza che nei momenti di crisi il loro aiuto può essere rifiutato anche con la violenza: si tratta della violenza come grido, la «violenza della disperazione».¹⁸ È essenziale quindi che l'équipe sia multidisciplinare: formata da esperti dell'area pedagogica/sociale ed esperti dell'area psicologica/terapeutica e neuropsichiatrica. Non basta però la compresenza delle varie figure professionali, è necessario che il sapere e le competenze proprie di ciascuna figura siano condivisi e si compenetrino. Solo così gli educatori potranno imparare a leggere con uno sguardo psicologico e clinico le situazioni e i comportamenti dei ragazzi, e gli esperti dell'area terapeutica potranno indirizzare il loro intervento nell'ottica del protagonismo attivo nel territorio e della trasmissione di valori e delle altre caratteristiche proprie dell'intervento educativo. Per questo tale modello di comunità si chiama «psico-educativa» o «educativa psicologica», per la compresenza e interdipendenza attiva di entrambe queste funzioni.

La professionalità di un'équipe «non risiede nel possesso di tecniche specialistiche a cui sottoporre le varie tipologie di utenza, ma si misura nel saperci fare con la specificità di ciascun paziente. Cosa che non può darsi senza un costante lavoro di affinamento del “gusto clinico”, della capacità, cioè, di stupirsi del soggetto e delle sue manifestazioni, nonché di imparare da quanto accade nel vivo della relazione».¹⁹ Elemento cardine del lavoro di équipe è la consapevolezza e la gestione del *transfert* che i ragazzi accolti inevitabilmente dirigeranno verso le figure adulte. Si tratta della «messa in atto della realtà dell'inconscio. Il che significa una rimessa in moto della sua storia e una ridefinizione dei suoi legami con gli altri che si attualizzano nella relazione con la comunità che lo ospita, all'interno di un ordine discorsivo dove egli possa rileggere le scansioni importanti della sua vicenda umana al fine di ricavarvi una posizione».²⁰ Affinché questo effetto discorsivo possa strutturarsi è necessario che l'équipe sia «animata da soggettività bene orientate, sufficientemente differenziate e in grado di non essere prigioniera dei propri narcisismi e dei propri fantasmi inconsci».²¹

¹⁶ V. Quondamatteo e S. Allevato, *Il fiore del deserto. Storia di Vicky e di giovani che cercano di uscire dall'inferno*, Castelbolognese, RA, Itacalibri, 2012, p. 86.

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ Ibidem, p. 60.

¹⁹ Ibidem, p. 66.

²⁰ Ibidem, p. 159.

²¹ Ibidem.

Si prevede, pertanto, dopo la fase d'accoglienza, la predisposizione di una programmazione individualizzata, progettata ad hoc dall'equipe con gli altri Enti competenti. In questa prima fase, si costruisce con il minore la realizzazione di un contratto terapeutico e educativo. Il contratto terapeutico, con pazienti ad alto disagio, va inteso nella pienezza del suo significato, ossia un accordo tra persone adulte, con piena capacità di agire, dove il minore viene considerato come responsabile del proprio cambiamento e dei propri obiettivi.²² Il contratto diviene, dunque, il primo obiettivo terapeutico, transitando da una visione «passiva» del paziente a una «attiva», dove l'operatore non accetta la delega, il rapporto di dipendenza, ma co-costruisce (progressivamente) insieme il processo di cambiamento.

Con la creazione di un tale contratto psicoeducativo si evita di cadere nell'ottica del paternalismo che cristallizza il giovane accolto in una posizione in qualche modo di inferiorità, perpetuando così una posizione di passività che inevitabilmente porterebbe alla sindrome da istituzionalizzazione, cioè ad accettare lo stato di tutela rinunciando allo stato di diritto.²³ Una prospettiva di *empowerment* prevede invece il coinvolgimento nell'elaborazione del proprio progetto di crescita e nel coinvolgimento nelle decisioni educative e terapeutiche, responsabilizzando e rendendo autonoma la persona nei confronti del proprio progetto educativo e di cura terapeutica.²⁴

Nella loro organizzazione spesso le comunità psico-educative offrono dei laboratori con specifiche finalità funzionali all'interno dell'intervento globale, in modo da costruire un tutto organico e non un centro dove si svolgono varie attività slegate fra loro. I percorsi laboratoriali possono essere interpretati come uno spazio formativo in senso professionale, personale e artistico; uno «spazio altro» nel quale si può lavorare creativamente sulla scoperta di sé. I laboratori divengono, dunque, dei «contenitori» dove gli adolescenti possono riversare le emozioni e le risorse che, spesso, non sanno neanche di possedere.²⁵

5. Esperienza di valutazione dell'impatto educativo

In quest'ultimo paragrafo si vuole presentare un'esperienza di valutazione effettuata presso due comunità della Regione Lazio. L'impianto della rilevazione e la relativa strumentazione, costruita e utilizzata per il monitoraggio d'impatto ha permesso di fornire una prima indagine esplorativa circa l'operato di alcune comunità, offrendo dei dati rispetto all'impatto che esse hanno sui minori accolti.

Lo strumento utilizzato presenta le seguenti caratteristiche. È uno strumento di verifica rispetto al raggiungimento degli obiettivi psicopedagogici stabiliti nel Progetto Psicoeducativo Individualizzato di ciascun ospite, che permette altresì di rilevare eventuali modifiche del comportamento/dei comportamenti target, in

²² <http://www.ilfioredeldeserto.it/casetta%20rossa.html> (consultato il 15/05/2017).

²³ V. Quondamatteo e S. Allevato, *Il fiore del deserto*, op. cit., p. 140.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ <http://www.ilfioredeldeserto.it/casetta%20rossa.html> (consultato il 15/05/2017).

relazione agli obiettivi prefissati. Prevede per la sua applicazione in una comunità dei prerequisiti indispensabili: che la comunità lavori in maniera progettuale, sia in relazione all'ambito educativo che più propriamente psicologico; che venga elaborato e scritto un progetto per ciascun ospite, con analisi dei bisogni, conseguenti obiettivi psicoeducativi e azioni necessarie per realizzarli; che venga effettuato un monitoraggio, possibilmente strutturato e scritto, rispetto al raggiungimento degli obiettivi; infine, che si possano rilevare, mediante appositi indicatori di verifica, i risultati realmente ottenuti per poterli confrontare con i risultati attesi.

Gli strumenti che sono stati richiesti a ciascuna comunità, come fonti di verifica necessarie alla rilevazione dei dati, sono stati: le presentazioni di ingresso di due minori, individuati dalla comunità; i progetti individualizzati dei relativi minori; le relazioni di aggiornamento dei progetti (o le relazioni di aggiornamento inviate ai servizi ogni trimestre, o ogni semestre, a seconda dei casi). È stato infine richiesto a un coordinatore di ciascuna struttura di integrare con la propria osservazione i dati rilevati per mezzo delle suddette fonti di verifica, per compilare la scheda di osservazione relativa alla modifica dei comportamenti che testimoniano il raggiungimento/non raggiungimento degli obiettivi.

Per ciascuna comunità «Educativa e Psicologica» lo strumento di rilevazione dell'impatto educativo è stato somministrato su due casi di minori accolti. Il tempo di osservazione rispetto a ogni caso è stato di un anno.

5.1. Campione

La prima casa famiglia oggetto della valutazione d'impatto si chiama «Rosa Luxemburg» è gestita dalla cooperativa sociale «Il Funambolo Onlus» ed è situata nella Regione Lazio. È una di quelle strutture che pur non essendo accreditate come comunità psico-educative a integrazione socio-sanitaria (ma come normali strutture socio-educative per minori), svolgono però al loro interno un servizio psico-educativo di fatto, per la metodologia di intervento, il personale adeguatamente qualificato e l'integrazione tra pedagogia e clinica. In questa casa famiglia i ragazzi trovano un dispositivo di aiuto che rende possibile, tramite un continuo lavoro di gruppo e di supervisione, la riattivazione del processo evolutivo dell'adolescenza: «Noi facciamo grande attenzione al lavoro di gruppo appunto e pensiamo che questo sia lo strumento principale per comprendere profondamente il funzionamento psichico e la sofferenza mentale».²⁶

La seconda comunità psico-educativa che presentiamo è la già citata «Casetta Rossa», gestita dall'APS «Il fiore del deserto». È stata presentata precedentemente, si tratta di una comunità a integrazione socio-sanitaria, che cioè accoglie adolescenti in misura civile e penale, che vengono inviati a essa sia dal servizio sociale e sia dalle istituzioni sanitarie, prevedendo una compartecipazione della retta, per poter sostenere il servizio altamente qualificato e integrato.

²⁶ http://ilfunambolo.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=102:la-casa-famiglia&Itemid=612 (consultato il 02/05/2017)

5.2. Strumenti utilizzati

La strumentazione per il monitoraggio d'impatto consiste quindi in una scheda che riassume: la data di ingresso e di uscita del minore in oggetto; la data di inizio e di fine osservazione da parte del coordinatore; la finalità generale del progetto individualizzato del minore; due obiettivi specifici, in relazione alla finalità generale; la serie di azioni che vengono messe in atto per raggiungere ogni singolo obiettivo specifico; una scala di valutazione qualitativa, che presenta delle misure per testimoniare il raggiungimento/non raggiungimento degli obiettivi.

Ultima caratteristica della strumentazione è la presenza di indicatori ICF, cioè della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute.²⁷ L'ICF è una classificazione che ha diversi scopi e può essere utilizzata in discipline e settori diversi. I suoi scopi principali sono:²⁸ fornire una base scientifica per la comprensione e lo studio della salute; stabilire un linguaggio comune per la discrezione della salute e delle condizioni a essa correlate, allo scopo di migliorare la comunicazione fra gli utilizzatori, che appartengono a diversi campi (statistico, medico, psicologico, socio-educativo, politiche sociali, ecc.); rendere possibile il confronto fra dati raccolti in Paesi, discipline, servizi e periodi diversi; fornire uno schema di codifica sistematico per i sistemi informativi sanitari.

L'utilizzo della classificazione ICF ha avuto il fine di offrire un respiro internazionale all'esperienza di verifica e monitoraggio, presentando i dati emersi dall'indagine esplorativa anche mediante uno strumento di classificazione internazionale rispetto agli standard di salute e disabilità. Nello specifico gli obiettivi indicati nel progetto educativo individualizzato di ciascun minore preso in esame, sono stati messi in relazione con l'indicatore ICF corrispondente. In questo modo, si apre la possibilità di poter intraprendere ricerche valutative più sistematiche, che potrebbero essere diffuse e condivise a livello internazionale, mediante l'utilizzo di un parametro di classificazione anch'esso diffuso in molti Paesi.

Il monitoraggio d'impatto è consistito quindi nel registrare eventuali sviluppi e modificazioni (in positivo o negativo) in relazione ai bisogni e agli obiettivi psico-educativi ad essi correlati. Questo mediante l'identificazione degli obiettivi (con i relativi indicatori ICF correlati) e delle azioni messe in atto per raggiungerli, e soprattutto mediante la scala di valutazione, che testimonia in che misura c'è stata una modificazione. Tale scala di valutazione è composta da sei misure qualitative: Nullo; Scarso; Quasi Sufficiente; Sufficiente; Medio; Ottimo. Tali misure indicano il grado di raggiungimento dell'obiettivo psico-educativo prefissato in relazione ai bisogni del minore, sia nel momento di inizio dell'osservazione, sia durante l'osservazione e sia alla fine. Si offre così una prospettiva longitudinale rispetto all'impatto psico-educativo della comunità.

²⁷ Organizzazione Mondiale della Sanità, *ICF versione breve. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Trento, Erickson, 2004.

²⁸ *Ibidem*, p. 16.

5.3. Risultati

Nel presente articolo si è deciso di dare spazio all'analisi storica e del modello di comunità «Educativa e Psicologica». A motivo di ciò non risulta possibile dare ampio spazio e presentare nel dettaglio ciascuno dei quattro casi presi in esame (nella tabella 1 si riporta un esempio di scheda riepilogativa) e delle relative modifiche rispetto ai bisogni iniziali e agli obiettivi prefissati. Si rimanda per questo a successivi studi e alla possibilità di applicare lo strumento presentato a un campione maggiormente rappresentativo, e possibilmente all'interno di un disegno di ricerca longitudinale che permetterebbe di isolare con maggiore rigore scientifico le variabili e fornire così dei dati maggiormente attendibili.

Complessivamente i risultati di questa prima indagine esplorativa hanno fatto emergere un impatto positivo dell'azione psicoeducativa di comunità rispetto ai bisogni degli ospiti e in relazione agli obiettivi prefissati. La variabile che emerge trasversalmente come significativa è la messa in campo di strumenti terapeutici all'interno dell'ambiente educativo (casa famiglia o gruppo appartamento). Questo infatti ha permesso agli operatori di avere a disposizione delle modalità per fronteggiare il disagio psichico di cui gli ospiti erano portatori e quindi riuscire a portare avanti i progetti individualizzati.

TABELLA 1
Esempio di strumentazione utilizzata per il monitoraggio d'impatto in una comunità lungo un intero anno

OBIETTIVI	Data osservazione: dal 01/01/2014 al 30/12/2014		GEN			FEB			MAR			APR			MAG			GIU			LUG			AGO			SET			OTT			NOV			DIC			
	N	S	QS	N	S	QS	N	S	QS	N	S	QS	N	S	QS	N	S	QS	N	S	QS	N	S	QS	N	S	QS	N	S	QS	N	S	QS	N	S	QS			
OBIETTIVO GENERALE: Miglioramento psicologico e fisico in famiglia mediante adeguato recupero rapporti.	X			X			X			X			X			X			X			X			X			X			X			X					
OBIETTIVO SPECIFICO 1: Miglioramento del benessere psicologico e raggiungimento di un migliore equilibrio psico-fisico. ICF:b122 (Funzioni psicosociali globali)																																							
Azione 1A Incontri settimanali con neuropsichiatra																																							
Azione 1B osservazione durante i laboratori terapeutici interni alla struttura																																							
Azione 1C psicoterapia individuale																																							
Azione 1D richieste di ricovero concordato in caso di sintomatologia acuta																																							
Azione 1E individuazione adeguata terapia farmacologica																																							

THE «EDUCATIONAL AND PSYCHOLOGICAL» COMMUNITY AS AN INNOVATIVE ANSWER TO THE NEW CHALLENGES POSED BY THE YOUTHFUL DISCOMFORT. ANALYSIS OF THE MODEL AND RESULTS OF AN IMPACT ASSESSMENT

Abstract

This article aims to introduce a reflection on a new model of community for children, which is emerging in Italy as an innovative and multidisciplinary response to psychological problem at an early age.

Before embarking on the presentation of this community model, the historical antecedents and the path that led to the emergence of experimental experiences will be traced back to time, which in the present context can be recognized and properly studied. The process I have described as «de-institutionalization of minors» is particularly important, that is, the progressive abandonment of large institutions (bambalings, orphanages, reformers, hymns) to make room for experiences with an educational and affective style sensitive indicator. A very recent document of great scientific and institutional importance will be introduced, which brings attention to this new model of community: «Educational and Psychological». A first analysis of the salient features of the model will be carried out, starting with the observation of pilot experiences already in Italy.

The last part will be devoted to presenting an educational impact assessment experience, conducted at two communities from Italy (in Lazio's region).

Keywords

Minors, psychopedagogy, community, childhood.

Bibliografia

- Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza (2015), *Comunità residenziali per minorenni. Per la definizione dei criteri e degli standard. Documento di proposta*, Roma, Tipografia Legatoria Rossini.
- Bencivenga C. (2012), *Comunità terapeutiche per adolescenti e fattori di criticità*. In A. Ferruta, G. Foresti e M. Vigorelli (a cura di), *Le comunità terapeutiche. Psicotici, borderline, adolescenti, minori*, Torino, Raffaello Cortina, pp. 205-210.
- Dozza L. (2007), *Professioni educative per il sociale*. In L. Cerrocchi e L. Dozza (a cura di), *Contesti educativi per il sociale. Approcci e strategie per il benessere individuale e di comunità*, Trento, Erickson, pp. 25-46.
- Ghisotti N. (2012), *Le comunità residenziali per minori come strumento di tutela e di cura nella rete dei servizi*. In A. Ferruta, G. Foresti e M. Vigorelli (a cura di), *Le comunità terapeutiche. Psicotici, borderline, adolescenti, minori*, Torino, Raffaello Cortina, pp. 233-270.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2004), *ICF versione breve. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Trento, Erickson.

- Onorati A. (1999), *Gli ultimi sono gli ultimi. L'esperienza di un maestro in un orfanotrofio lager*, Roma, Armando.
- Quondamatteo V. e Allevato S. (2012), *Il fiore del deserto. Storia di Vicky e di giovani che cercano di uscire dall'inferno*, Castelbolognese, RA, Itacalibri.
- Romita F. (1966), *Gli illegittimi nei secoli. I brefotrofi*, Roma, Luigi Pozza.

Presentato il 26 maggio 2017; accettato per la pubblicazione il 28 novembre 2017