Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

SUPSI

"A come Abuso, T come Trauma..."

Il lavoro educativo nell'accompagnamento peri traumatico con minori vittime di abusi (con focus nell'ambito dei Centri Psico-Educativi)

Studente/essa
Joséphine Ciminella

Corso di laurea
Lavoro sociale

Opzione
Educatore Sociale

Tesi di Bachelor

STUDENTSUPSI

Luogo e data di consegna
Manno, settembre 2017

“Ma in questi bambini c’è di più. C’è il coraggio. [...] Lì c’è più coraggio che da ogni altra parte. Alcuni di quei bambini vivono con tali incubi e tali ossessioni, nella loro testa, che ogni loro movimento si carica di straordinario terrore. Alcuni vivono a contatto con una violenza e una perversione che le parole non possono descrivere. Ad alcuni non viene nemmeno concessa la dignità che si concede agli animali. Alcuni vivono senza amore. Alcuni vivono senza speranza. Eppure resistono. Quasi tutti accettano la loro vita, non conoscendo altro modo di vivere.”

- Torey L. Hayden, *Una bambina* (1980/1993)

Il più grande ringraziamento va a mia sorella e alla mia famiglia, per avermi dato la possibilità di fare il lavoro che ho sempre sognato di fare, per avermi sopportata e supportata durante i tre anni di formazione, durante la stesura di questo Lavoro e per essermi stati sempre accanto, nel bene e nel male. So che non è stato facile e per questo un grazie non sarà mai abbastanza. Grazie anche ai miei amici, ai miei compagni e a tutti coloro che hanno saputo accogliere ogni mio stato d’animo durante i tre anni di scuola e lo svolgimento di questo Lavoro.
Un ultimo ringraziamento speciale va al professor Lorenzo Pezzoli, per tutto l’aiuto, i consigli, il sostegno e il supporto dati non solo nell’accompagnamento alla redazione del Lavoro di Tesi ma in tutti i tre anni di formazione. La sua presenza, disponibilità e vicinanza sono stati per me una guida fondamentale.

STUDENTSUPSI

“L’autrice è l’unica responsabile di quanto contenuto nel lavoro”

Indice

1. Introduzione 4
1.1 Motivazioni 5
1.2 Metodologia 6
2. Definizione del contesto lavorativo di un Centro Psico-Educativo 7
3. Definizione della problematica 9
3.1 Distinzione e descrizione delle varie forme di abuso 9
3.2 Definizione di trauma infantile 11
3.3 Conseguenze a medio e lungo termine dell'abuso su minori 13
4. L'educatore sociale in relazione con minori vittime di abusi 15
4.1 Target d'età, luoghi d'intervento e organizzazione 15
4.2 Un'antinomia educativa: istanza protettiva vs. istanza terapeutica 17
4.3 L'intervento educativo nella presa a carico di minori vittime di abusi 19
4.4 L'importanza di un lavoro multidisciplinare 24
4.5 Le emozioni dell'educatore sociale che si prende cura del minore abusato 25
5. Approcci istituzionali dei Centri Psico-Educativi presenti in Canton Ticino 27
5.1 Intervista a Josef Dornbierer, capo-équipe del CPE di Gerrapiano 28
5.2 Intervista a Marco Maggi, capo-équipe del CPE di Lugano 29
5.3 Intervista a Sonja Baruffini Marazzi, capo-équipe del CPE di Stabio 29
6. Confronto tra letteratura e pratica – valorizzazione degli interventi messi in atto presso i Centri Psico-Educativi 30
7. Conclusioni 33
8. Bibliografia e sitografia 35
9. Allegati 39

STUDENTSUPSI

1. Introduzione

Il tema che ho scelto di affrontare in questo Lavoro di Tesi riguarda l'abuso sui minori; non si tratta di un tema semplice e mi rendo conto che ho scelto un argomento che molto spesso si tende a reprimere o a ignorare con la speranza di non esserne mai toccati in prima persona o di non esserne mai coinvolti. In un'epoca in cui i fenomeni della violenza e degli abusi sono in continuo aumento però, ritengo doveroso cominciare a guardare in faccia alla realtà e ad affrontare una tanto delicata problematica.

Le mie riflessioni partono dalla lettura di alcuni testi riguardo gli abusi sui minori, i quali hanno evidenziato il rapporto fra eventi di vita e patologia psichiatrica trovando conferma su quanto gli eventi di vita e il loro impatto costituiscano un fattore di rischio per lo sviluppo di una patologia psichiatrica in età adulta (Cecchi, Cosci, Faravelli & Valgiusti, 2004, pp. 187-213). L'abuso – uno tra gli eventi traumatici più intensi – mette in crisi le relazioni umane fondamentali, rompe i legami affettivi della famiglia, dell'amicizia, dell'amore e della comunità; ha un effetto primario sulle strutture psicologiche della persona, sul sistema di affetti e di significati che unisce l'individuo alla comunità e, ancora, distrugge le aspettative fondamentali della vittima sulla sicurezza del mondo (Lewis Herman, 1992/2005, p. 73). A partire da queste riflessioni il mio Lavoro si propone, quindi, di porre l'attenzione attorno al fenomeno degli abusi su minori, dandone una lettura da una prospettiva specifica, quella di coloro che si occupano dei minori abusati in qualità di educatori sociali e che hanno quindi la possibilità di restituirgli – mediante un percorso di accompagnamento educativo – un processo di crescita e di sviluppo il più normale possibile nonostante i traumi subìti. L'educatore infatti potrebbe trovarsi a stretto contatto ogni giorno con queste giovani vittime ed egli deve ricordarsi che il pericolo è sempre in agguato, dietro ogni possibile angolo di qualsiasi strada e deve rendersi conto che è proprio lui stesso a poter cercare di ricostruire identità spezzate, corpi martoriati, bambini abbandonati (Amodio, Donati & Rosa, 2002, p. 107).

L'esigenza di affrontare tale fenomeno in ottica educativa nasce in quanto al termine del mio percorso formativo potrò iniziare ad operare sul territorio ticinese in qualità di educatrice sociale e le probabilità di trovarmi a lavorare a contatto con minorenni vittime di questi traumi sono molto elevate; da qui parte quindi il mio interesse nel capire concretamente il ruolo e il compito della figura dell'educatore sociale in questo tipo di presa a carico.

Nelle pagine seguenti mi concentrerò – dopo aver dato una descrizione delle varie forme di abuso esistenti, con la loro relativa definizione e dopo aver definito anche il termine trauma infantile presentando le possibili conseguenze di questo a medio e a lungo termine – a capire quali sono le pratiche educative da mettere in atto quando si lavora con giovani che hanno subìto questo tipo di esperienze, il tutto allo scopo di tamponare quanto più possibile l'evento traumatico perché non diventi un fattore di rischio per l'insorgenza di una

STUDENTSUPSI

patologia psichiatrica. Procederò poi ad intervistare i capo-équipe dei tre Centri Psico-Educativi[1] presenti in Ticino – in cui in uno di essi e più precisamente a Stabio ho effettuato l'ultima pratica professionale prevista nella formazione SUPSI – con l'obiettivo di capire quale sia il loro approccio istituzionale con la speranza di poter così effettuare un confronto tra quanto suggerisce la teoria da me consultata e quanto realmente viene messo in atto dalle tre istituzioni, valorizzandone anche i singoli operati.

Tramite questa ricerca intendo aumentare le mie conoscenze in merito al grande tema dell'abuso sui minori e, di conseguenza, capire come poter usare queste conoscenze nella realtà del mio campo professionale. L'obiettivo di questo mio Lavoro é per me di fondamentale importanza ed è quello di rispondere alla seguente domanda di ricerca:

Quali sono le buone pratiche educative di un operatore sociale con un minore vittima di abusi (nell'ambito dei Centri Psico-Educativi in Ticino)?

1.1 Motivazioni

Sono varie le ragioni che mi hanno spinta a scegliere questo argomento per il mio Lavoro di Tesi; mesi fa, quando ho iniziato a riflettere sui possibili argomenti da sviluppare, avevo in testa un obiettivo: scegliere un tema che mi avrebbe coinvolta emotivamente, professionalmente e che mi avrebbe dato la possibilità di crescere sia come persona sia come futura educatrice sociale. La motivazione principale che mi ha spinta più volte – anche durante il percorso formativo in SUPSI – a voler approfondire il tema dei traumi e degli abusi parte da un'esperienza personale, la quale più volte – secondo il mio punto di vista – influenza le nostre scelte professionali e private senza la nostra totale consapevolezza.

Partendo dall'esperienza personale e allargando il fenomeno a livello generale, mi sono nati molti interrogativi, numerose riflessioni e tante preoccupazioni a cui, tramite questa ricerca, voglio finalmente dare delle risposte. Se la letteratura dice che l'evento traumatico rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di una psicopatologia, vi è la possibilità di evitarlo? In che modo l'educatore sociale deve atteggiarsi nella relaziona educativa allo scopo di tamponare l'evento traumatico perché non diventi un fattore di rischio per lo sviluppo di una psicopatologia in età adulta?

La scelta di rimanere agganciata all'istituzione in cui ho svolto il mio ultimo stage è nata dalle osservazioni che fin da subito ho potuto effettuare e dalla presa di consapevolezza di quanto i primi anni di vita di un individuo siano fondamentali per lo sviluppo e la costruzione di un buon equilibrio psico-fisico e come, le esperienze stressanti e negative, costituiscano un fattore di rischio per lo sviluppo di problemi a livello mentale, comportamentale e sociale. I tre CPE in Ticino – Centri terapeutici ed educativi che accolgono bambini con questo tipo di disagi, potrebbero quindi prendere a carico minori

[1] Per questioni di praticità d'ora in poi utilizzerò l'abbreviazione CPE per indicare il Centro Psico-Educativo.

STUDENTSUPSI

che hanno subìto degli abusi e la possibilità di approfondire e capire il funzionamento e gli interventi che vengono messi in atto dagli operatori che lavorano al suo interno, l'ho trovata pertinente e molto arricchente per la mia ricerca.

Penso di poter affermare che l'argomento da me scelto identifichi un problema sociale che richiede ulteriore indagine e, da un punto di vista professionale, il motivo per cui mi sono concentrata su questo fenomeno è una mia mancanza di conoscenze sufficienti in questo ambito; oltre all'interesse e alla curiosità personale c'è stata quindi una motivazione anche nel voler apprendere qualcosa di nuovo che senza alcun dubbio mi sarà utile nel mio futuro lavorativo.

1.2 Metodologia

Facendo capo a quanto appreso lo scorso anno all'interno di un modulo di ricerca scientifica e ai consigli forniti da Carey (2013, p. 28) sulle fasi da seguire per l'elaborazione della Tesi, ho iniziato il mio percorso dalla scelta di un argomento appropriato, fase che non mi ha creato particolari problemi o esitazioni poiché avevo già da tempo in mente il tema che volevo approfondire. La seconda fase è stata l'approfondimento della letteratura del settore, fase che sostiene tutte le altre, che costituisce le fondamenta sul quale costruire la ricerca (*Ibidem*, p. 34) e che nel mio singolo caso credevo sarebbe stata meno complicata; è stato infatti problematico trovare testi specifici inerenti il mio tema senza cadere in opere di disciplina diversa dal mio ambito di studi. Ho dedicato parecchio tempo alla ricerca di una letteratura specifica in quanto senza quest'ultima mi era praticamente impossibile continuare ad elaborare questo argomento, non potevo permettermi di sviluppare una ricerca sugli abusi senza avere teoria a sufficienza. La seconda fase si è alternata in vari momenti con la terza – fase della definizione del progetto di ricerca – infatti man mano che leggevo varie opere, modificavo la direzione del mio Lavoro. Dopo aver definito il progetto di ricerca sono passata quindi alla scelta della metodologia che fin da subito ha avuto un'impronta qualitativa; in una ricerca qualitativa come la mia "vi è la tendenza a cercare una comprensione dei fenomeni [...] e può [...] essere basata sull'analisi di ricerche e pubblicazioni di altri ricercatori" (*Ibidem*, pp. 48-49), "l'analisi permette al ricercatore di identificare determinati temi ricorrenti o tendenze. [...] Questo processo dovrebbe permettere di arrivare a formulare delle generalizzazioni che, alla fine, si possono confrontare con i risultati emersi in altre ricerche e/o con un determinato modello teorico" (*Ibidem*, p. 182). Una volta delineata la cornice entro cui articolare la Tesi, ho proseguito con la quinta fase dell'elaborazione, ossia l'applicazione del metodo selezionato, e – per rimanere coerente con l'approccio scelto – ho deciso di avvalermi dell'intervista qualitativa semi-strutturata la quale è la "forma più diffusa di intervista nella ricerca qualitativa" (*Ibidem*, p. 217) ed altro non è che una "combinazione tra domande predefinite e parti non pianificate" (*Ibidem*, p. 137). Intervistare i tre capo-équipe dei diversi Centri mi è sembrata

STUDENTSUPSI

la via più efficace per ottenere una panoramica dell'operato del CPE e degli interventi messi in atto in una presa a carico di bambini vittime di abusi, proprio per la funzione e il ruolo che ricoprono all'interno del Centro.

La sesta fase è stata l'analisi dei dati che, come citato nel paragrafo precedente, mi ha permesso di fare delle generalizzazioni che ho potuto poi confrontare con i modelli teorici analizzati nella seconda fase (*Ibidem*, p. 182). Dopodiche ho potuto procedere passando alla settima – e penultima – fase che prevede la stesura dell'elaborato. Infine, l'ottava ed ultima fase, ossia la diffusione dei risultati, non l'ho ancora attuata in quanto verrà ultimata una volta discusso e approvato il mio Lavoro di Tesi. È mia premura specificare che le fasi le ho seguite *quasi* una dopo l'altra, nel senso che, delle volte, è stato necessario tornare ad alcune fasi precedenti anche se credevo di averle già superate. Per concludere, idealmente ho seguito le fasi suggerite da Carey (*Ibidem*, p. 28) ma, se la situazione me lo richiedeva, tornavo indietro di qualche passo per modificare o cambiare quanto già fatto; si è trattato quindi di un processo circolare.

2. Definizione del contesto lavorativo di un Centro Psico-Educativo

Dal momento in cui ho deciso di focalizzare una parte del mio Lavoro di ricerca sugli approcci istituzionali dei tre Centri Psico-Educativi presenti in ambito ticinese, ritengo fondamentale, prima di entrare nel concreto della tematica, definire il contesto lavorativo di quest'ultimi allo scopo di fornire una panoramica di cosa siano i Centri Psico-Educativi e in cosa consistano le loro prese a carico.

Nel 1898 con l'apertura dell'Ospedale neuropsichiatrico cantonale (ONC) nel quartiere Casvegno di Mendrisio, inizia la storia della psichiatria pubblica. Quando, tra l'inizio degli anni cinquanta e gli anni sessanta, vengono organizzati i primi servizi ambulatoriali psichiatrici per minori ed adulti, la psichiatria pubblica inizia ad agire direttamente sul territorio. Il 1 gennaio 1985 avviene il più grande cambiamento strutturale nella psichiatria pubblica: l'entrata in vigore della nuova *Legge sull'assistenza sociopsichiatrica cantonale* (LASP) e l'approvazione del Regolamento di applicazione; questi portano con sé grandi innovazioni: tutti i servizi fino ad allora gestiti autonomamente vengono riuniti in un solo organismo, l'attuale Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) – ente statale che si occupa dell'organizzazione di tutte le strutture ospedaliere e ambulatoriali pubbliche predisposte alla presa a carico dell'utente con patologie psichiatriche. (Associazione Psychiatry On Line Italia, s.d.)

Il Centro Psico-Educativo nasce nel 1976 ed opera nel settore della psichiatria infantile ed è quindi un servizio inglobato nell'OSC di Mendrisio; oltre alla sede di Stabio unica in Ticino ad avere un internato con posti letto in caso di necessità di ricoveri stazionari, vi

STUDENTSUPSI

sono anche altre due strutture semistazionarie, una a Lugano e una a Gerrapiano. (Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana [SUPSI], 2013, p. 135)

Il CPE si occupa principalmente della presa a carico di bambini dai tre fino ai dodici anni con casistiche di media e alta gravità; l'obiettivo è quello di offrire cure medico-psicologiche privilegiando la comunicazione e l'interazione sociale in un contesto che assume connotazioni ludiche. L'équipe multiprofessionale è composta da un coordinatore pedopsichiatrico, un capo-équipe psicologo o educatore, psico-educatori con formazione in psicologia e/o psicoterapia, educatori diplomati, un docente-educatore e due stagiaires; per il CPE di Stabio sono inoltre presenti in équipe due vegliatori notturni e il custode. Queste figure professionali – ad eccezione del coordinatore pedopsichiatrico e del capo-équipe i quali hanno delle mansioni più particolari – si fondano quasi l'una con l'altra, i ruoli non sono ben distinti tra loro e questo rende difficile la distinzione tra un professionista e l'altro; la differenza sta nell'ottica in cui svolgono il proprio agito professionale: ogni figura presente al CPE infatti pensa, osserva e interviene sulla base del proprio ruolo professionale e di quanto imparato durante la propria formazione. Tutte le figure quindi apportano all'interno dell'équipe un prezioso contributo secondo la propria specificità professionale, permettendo al team di avere uno sguardo a 360° sul bambino e un quadro della situazione che prende in esame il fenomeno sotto tutti i vari punti di vista disciplinari. (Magnolfi, G., 2008)

Il CPE lavora tramite gruppi, propone infatti attività settimanali specifiche come atelier di pittura, giochi, teatro, etc. Oltre alle cure in gruppo, offre delle cure individualizzate per il bambino tramite quattro distinte terapie: terapia individuale, terapia con la famiglia, incontri regolari con gli insegnanti di scuola e la pet-therapy. Le terapie messe in atto dal CPE sono molto importanti e hanno lo scopo di permettere un'accelerazione nella ripresa evolutiva del bambino. Il minore è quindi impegnato con attività educative e terapeutiche in piccolo gruppo, attività pedagogiche speciali e momenti individuali con educatori o psicoterapeuti; la scuola interviene per gli incontri tra educatori-insegnanti e infine le istituzioni sono presenti per garantire una continuità e completezza nel progetto del bambino. Questo modello d'intervento cerca di favorire la relazione con i coetanei, con il maestro di scuola, l'apprendimento scolastico, l'autonomia e l'autostima. Si cerca di relativizzare il vissuto della diversità e di conseguenza aumentare la stima di sé, si vuole evitare l'effetto dell'esclusione sociale permettendo al ragazzo o al bambino di eseguire un esame di realtà e di relativizzare il sentimento d'onnipotenza istituzionale. Altre finalità sono quelle di potenziare i processi di controllo degli impulsi, favorire l'adesione alle regole definite all'interno del setting terapeutico, riconoscere ed elaborare gli stati emotivi. (Magnolfi, G., 2009) Più in generale, al CPE si cerca di lavorare sulla base del *"fare con"* lasciando al bambino la possibilità di esprimersi, di fare da solo, di apprendere attraverso l'esperienza; l'educatore o lo psico-educatore è presente per osservare ciò che sta avvenendo, accompagnare il minore a superare determinate ed eventuali crisi, sostenerlo

STUDENTSUPSI

nel momento del bisogno, aiutarlo qualora dovesse presentare delle difficoltà in determinate attività e per spronarlo a far emergere tutte le risorse e le capacità in lui presenti.

3. Definizione della problematica

Per poter raggiungere l'obiettivo che mi sono fissata per questo Lavoro di Tesi e quindi per poter rispondere alla mia domanda di ricerca mi sembra doveroso – prima di addentrarmi nel vivo della questione – chiarire e definire i concetti chiave che accompagneranno il resto della mia ricerca. I prossimi tre sottocapitoli vogliono offrire al lettore una panoramica di quali atti o comportamenti rientrano nella categoria "abuso", dandone le rispettive definizioni; dopodiche si darà al lettore una definizione di trauma infantile e – per riuscire a cogliere il senso delle mie riflessioni e dei miei interrogativi – si affronteranno le conseguenze a medio e lungo termine di queste esperienze negative. Le mie riflessioni infatti partono proprio da queste problematiche: se l'evento traumatico porta con sé, inevitabilmente, delle conseguenze a medio e lungo termine, bisogna capire dove e come si colloca nella relazione educativa l'educatore sociale per permettere a queste conseguenze di insorgere il meno possibile.

3.1 Distinzione e descrizione delle varie forme di abuso

Quando affrontiamo il fenomeno dell'abuso ci si imbatte nell'impossibilità di individuare una definizione univoca, precisa e che prenda in considerazione i diversi punti di vista delle diverse professionalità interessate al suo studio, si tratta in tutto e per tutto di un argomento molto complesso e di un problema multifattoriale. (Damilano & Macario, 1995, p. 15)

Tuttavia, nel corso degli anni sono numerosi gli autori ad averci offerto una definizione completa del termine *abuso*, prendendo in considerazione la vastità del fenomeno; una tra quelle – a mio parere – maggiormente esaustiva viene scritta da Damilano e Macario (1995) citando Moro, il quale sostiene che «ogni insufficiente risposta ai bisogni fondamentali di crescita umana del minore, ogni non sporadica ed episodica violazione dei diritti che su questi fondamentali bisogni si radicano, ogni azione che pregiudica seriamente le potenzialità naturali di crescita ed interferisce sulla loro realizzazione, costituisce un grave abuso che deve essere denunciato e rimosso» (p. 21). Una seconda definizione che trovo completa è stata adottata dal Consiglio d'Europa (Strasburgo, 1978) e definisce gli abusi all'infanzia come "gli atti e le carenze che turbano gravemente il minore, attentano alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettivo e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o le lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino".

STUDENTSUPSI

Eppure, nonostante queste definizioni ci diano già delle sufficienti spiegazioni su cosa sia un abuso su minori, si può classificare il fenomeno nelle sue diverse forme dividendolo in quattro distinte categorie: abusi fisici, abusi sessuali, abusi affettivi e psicologici ed incurie (World Health Organization [WHO], 2006, p.10).

Nell'abuso fisico rientrano tutti quei comportamenti che, mediante l'uso intenzionale della forza fisica contro un minore, provocano o hanno alte probabilità di provocare un danno alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino stesso. In questo termine rientrano gli atti del colpire, percuotere, prendere a calci, scuotere, mordere, strangolare, scottare, bruciare, avvelenare e soffocare (*Ivi*).

Con abuso sessuale invece si fa riferimento al coinvolgimento di un minore in atti sessuali che lui stesso – o lei stessa – non è in grado di comprendere completamente, per i quali non è in grado di acconsentire o per i quali non ha ancora raggiunto un grado di sviluppo adeguato (*Ivi*). A causa della sua tenera età, il bambino non riesce a comprendere la natura del contatto e quindi ad opporre un'adeguata resistenza (Marcelli, 1999, p. 507). Sono compresi in questa definizione i casi di pedofilia, di stupro e di incesto – forma di violenza la cui presa d'atto provoca maggior disagio nella collettività (Damilano & Macario, 1995, pp. 32-33). L'abuso sessuale diventa intra-famigliare – definito anche a carattere incestuoso – quando a perpetrarlo è un adulto membro del nucleo famigliare della vittima, che sia esso genitore, nonno, zio o un'altra figura con legami parentali; può essere invece di carattere extra-famigliare quando viene attuato da una persona esterna alla famiglia, che sia essa un vicino di casa, un insegnante o un completo sconosciuto. Negli abusi sessuali rientrano anche tutti gli atti mirati ad uno sfruttamento sessuale, quali prostituzione di minori, produzione di materiale pedo-pornografico e turismo sessuale.

L'abuso affettivo e psicologico comprende quelle situazioni in cui chi si prende cura del minore non gli fornisce un ambiente appropriato e di supporto per il suo sviluppo, aumentando così le probabilità di arrecargli danni alla salute fisica e mentale impedendogli il pieno sviluppo fisico, mentale, spirituale e sociale. È la forma di abuso meno visibile ma, ciononostante, con gravi conseguenze a livello psicologico; al giovane viene trasmessa l'idea che lui non è all'altezza delle situazioni e/o delle persone, che vale poco e che possiede poche risorse. Questa tipologia di abuso viene attuata mediante critiche, minacce, svalutazioni, colpevolizzazione, denigrazione o l'uso di messaggi ambigui.

Da ultimo, con il termine incuria si fa riferimento a tutte quelle situazioni, sia isolate sia reiterate nel tempo, in cui – genitori o altri membri della famiglia – seppure in grado di farlo, non provvedono allo sviluppo e al benessere della persona in diverse aree, quali la salute, l'educazione, lo sviluppo affettivo, la nutrizione, l'alloggio e le condizioni di vita sicure (WHO, 2006, pp. 10-11). L'incuria può essere suddivisa in incuria fisica (in cui non si provvede a soddisfare i bisogni basilari del fanciullo come l'alimentazione, l'abbigliamento e la salute), in incuria emotiva (in cui vi è una mancanza di contatto emotivo, disattenzione e indisponibilità nei confronti del bambino e del suo contesto di

STUDENTSUPSI

vita), in discuria (in cui i genitori non favoriscono le conquiste evolutive del figlio, lo trattano come se avesse meno anni della sua età o al contrario vengono fatte richieste eccessive rispetto all'età e alle sue capacità) ed infine in ipercuria (condizione in cui il minore riceve cure eccessive e sproporzionate ai propri reali bisogni evolutivi).

3.2 Definizione di trauma infantile

Il termine trauma deriva dal greco e tradotto letteralmente significa "ferita", "lacerazione"; trattandosi di un termine che può essere utilizzato in molte discipline – ad esempio in medicina o in botanica – a dipendenza del contesto in cui viene utilizzato prende valenze differenti. In questa mia ricerca utilizzerò il termine trauma per indicare una condizione a carattere psicologico, riferendomi quindi a quelle condizioni in cui vi è "turbamento dello stato psichico prodotto da un avvenimento dotato di notevole carica emotiva" (Enciclopedia Treccani, s.d.).

All'interno del DSM-V, nel capitolo riservato al Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) – il disturbo post-traumatico più studiato negli ultimi tempi – hanno recentemente inserito un sottotipo dedicato esclusivamente all'infanzia diagnosticabile prima dei sei anni di età. Il primo criterio da adempiere per poter parlare di DPTS è "l'esposizione [di bambini sotto i sei anni] a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi: fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i, assistere direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri, in particolare ai caregiver primari o venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure a una figura di accudimento". (American Psychiatric Association [APA], 2013, p. 316) Campbell e Hinsie (1979, p. 794) definiscono il trauma infantile come "il prodursi, nella primissima infanzia o nell'infanzia, di una situazione in cui la psiche è bombardata da stimoli di tale intensità da non poter essere padroneggiati o scaricati"; ma tutte queste definizioni – seppur molto precise – ancora non sono in grado di offrirci una spiegazione esaustiva del termine poiché privilegiano una lettura degli eventi prettamente oggettiva senza tener conto della soggettività della vittima, facendo così perdere ogni utilità al termine stesso. Tutto ciò concretamente significa che è di fondamentale importanza considerare le risposte soggettive dell'individuo coinvolto in questi avvenimenti e ci da una risposta al perché il medesimo evento può essere estremamente traumatico per un soggetto e non esserlo affatto per un altro; è necessario quindi sottolineare quanto è importante la maniera in cui viene vissuta tale esperienza dalla persona (Foschi, 2011-2012, p. 22).

Come ci suggerisce Nicolais (2015) all'interno di un suo articolo "un evento è un trauma quando minaccia la salute ed il benessere di un individuo, lo rende impotente di fronte a un pericolo, viòla gli assunti di base della sopravvivenza determinando l'impossibilità di controllare e prevedere gli eventi. Ma l'esperienza che ne risulta può essere definita psicologicamente traumatica se supera le abilità di fronteggiamento di quell'individuo e lo

STUDENTSUPSI

lascia preda alla paura della morte e dell'annichilimento, così che questi si senta emotivamente, cognitivamente e fisicamente sopraffatto" (p. 49), ed è proprio in questa sopraffazione emotiva, cognitiva e/o fisica che si differenziano gli eventi che potenzialmente possono essere traumatici dai traumi veri e propri con le relative conseguenze post-traumatiche. In sintesi, un evento può essere potenzialmente traumatico ed essere vissuto come una vera fonte di stress che connota quindi quell'evento come un trauma vero e proprio con le relative conseguenze, oppure, all'opposto, è possibile che un'altra persona di fronte al medesimo evento potenzialmente traumatico riesca a fronteggiarlo o a trovare le risorse e le strategie adatte per non vivere quell'evento come un trauma e quindi non sviluppare alcuna conseguenza. Questo ci insegna come noi esseri umani attribuiamo un certo significato ad un evento in base alla valutazione soggettiva che facciamo di quello stesso evento (De Pasquale, 2017, p. 20).

È importante dire però che subire abusi, di qualsiasi genere, per un minorenne in fase di sviluppo, altro non è che l'esperienza più stressante e negativa che egli può vivere; questi eventi fanno sì che ogni sicurezza crolli, si rompe un'unità che provoca una sofferenza che si aggiunge all'oggettiva drammaticità dell'evento. Ciò che noi chiamiamo trauma è quindi una rottura, un urto, un evento che mette in crisi le capacità di coping dell'individuo (capacità di far fronte alle avversità della vita), la spaccatura di una totalità, dell'unità dell'identità del soggetto, l'irruzione dell'imprevisto, una taglio netto tra un prima e un dopo in cui nulla potrà essere più com'era (Bernegger, 2014, pp. 13-21). È quindi molto importante quando si parla di eventi traumatici – specialmente su soggetti che ancora non hanno raggiunto un pieno sviluppo fisico e psicologico – parlare di vulnerabilità e di resilienza, due fattori che mediano l'impatto allo stress e influenzano non solo le reazioni a una certa esperienza ma anche il processo di recupero. La vulnerabilità indica quanto un soggetto può essere vittima di un evento traumatico, ed è composta da diversi fattori di rischio: i fattori individuali (ad esempio l'età del soggetto o il sesso) e i fattori ambientali (quali ad esempio caratteristiche dell'evento, durata o gravità). (Foschi, 2011-2012, p. 38) Al contrario, la resilienza indica la capacità di far fronte ad un evento traumatico, di combattere, di mettere in gioco tutte le energie a disposizione per non lasciarsi annientare dalla traumaticità dell'accaduto; "una delle caratteristiche più interessanti che emerge dagli studi sulla resilienza è proprio la capacità di trasformare un'esperienza dolorosa in apprendimento, inteso come la capacità di acquisire delle competenze utili al miglioramento della qualità di vita e all'organizzazione di un percorso autonomo e soddisfacente [...]. L'evento traumatico, che in molti casi rischia di far richiudere la persona solo ed esclusivamente nella condizione di dolore [...] può divenire, al contrario, motore di cambiamento possibile" (Malaguti, 2005, p. 27).

STUDENTSUPSI

3.3 Conseguenze a medio e lungo termine dell'abuso su minori

Per poter capire quali sono le conseguenze a medio e lungo termine di un abuso subito nei primi anni di vita, è utile ricollegarmi a quanto detto nel capitolo precedente in merito alla soggettività del trauma e ribadire come un evento assuma un determinato significato in base alla valutazione soggettiva che la persona fa di quell'evento; quindi, non è possibile stilare un elenco preciso e adattabile ad ogni situazione e ad ogni essere umano di quali sono le conseguenze di un abuso. Dal momento in cui non è possibile fare una generalizzazione delle conseguenze che un abuso provoca – ma si deve anzi tenere conto che ogni essere umano reagisce in maniera differente di fronte al medesimo evento – per riuscire a cogliere quali sono i fattori che determinano le reazioni soggettive all'impatto con l'evento traumatico trovo interessante menzionare la *metafora della bambola spezzata* di Manciaux, il quale appunto utilizza una metafora semplice ma efficace per spiegare "la constatazione che bambini esposti ai medesimi rischi si sviluppano in modo differente" (Malaguti, 2005, p. 72).

Manciaux nella sua metafora utilizza una bambola sottolineando che se la si lascia cadere da una certa altezza, questa bambola si *romperà* – e quindi reagirà alla caduta – più o meno facilmente – e in maniera totalmente diversa da altre bambole nel caso fossero gettate dalla stessa altezza della prima – a dipendenza di tre variabili che definiscono la vulnerabilità umana e che, come già accennato nel capitolo precedente, indicano quanto un soggetto può essere vittima di un evento traumatico; i tre fattori sono *la natura del suolo* che simboleggia la rete e il sostegno che la persona ha attorno a sé, *la forza con cui è stata gettata* che indica quanto è durato il trauma e quanto esso sia stato intenso e, ultimo fattore, *il materiale di cui è composta* che rappresenta la storia personale dell'individuo e la sua forza, capacità di resilienza. (*Ivi*)

Nonostante non sia mai stato individuato un legame diretto tra il tipo di evento e il tipo di disturbo sviluppato, esiste comunque una letteratura che ha identificato una relazione tra il carico di determinati eventi con la patologia psichiatrica in generale; tra questi eventi specifici presi in studio vi sono anche l'abuso sessuale e l'abuso fisico. (Cecchi et al., 2004, p. 202) È quindi possibile, nel caso di abuso sui minori, farsi un'idea di quali possono essere le conseguenze sullo sviluppo sociale, psicologico, cognitivo e biologico che l'esposizione al trauma può arrecare a chi lo subisce. Dopo un qualsiasi evento traumatico, di qualsiasi genere e durata, l'essere umano inevitabilmente si trova nella condizione di vivere stati che sconvolgono il suo senso di realtà; questi stati possono durare dalle poche ore ai pochi giorni oppure persistere nel tempo anche per diversi e numerosi anni; lo studio del cosiddetto spettro post-traumatico e la letteratura ci offrono un'ampia panoramica dei possibili sintomi sviluppabili a seguito di un trauma intenso, sintomi che si svilupperanno più o meno intensamente a dipendenza dell'età della vittima, della tipologia e della durata dell'abuso subito (D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola & Van Der Kolk, 2015, p. 62).

STUDENTSUPSI

Finkelhor e Browne (1985) all'interno di un loro scritto prendono in esame quattro sentimenti che marcano in maniera importante la psiche dei minori vittime di abusi; il primo sentimento che si può sperimentare è il senso d'impotenza, ovvero la sensazione di trovarsi nella disperata condizione di non avere nessun tipo di controllo della propria vita; all'ingiustizia si aggiunge la sopraffazione e la percezione di essere incapaci a sfuggire alla situazione: una sconfitta interna ed esterna. Un secondo sentimento che può nascere è il vissuto di tradimento, in quanto spesso il giovane riceve del male proprio da coloro da cui ci si aspetterebbe unicamente del bene, dalle figure in cui fin da piccolissimi si pone fiducia incondizionata. Il terzo vissuto è quello di sessualizzazione traumatica, che induce la persona a manifestare comportamenti sessuali, conoscenze e riproduzioni di atti e linguaggi incongrui rispetto al normale percorso evolutivo di un minore della sua stessa età e cultura, provocando una fissazione di comportamenti e preoccupazioni legate al proprio corpo spesso visibilmente anormali. Infine, il quarto vissuto è quello legato alla stigmatizzazione, ovvero il percepire una profonda differenza tra sé e il resto del mondo che non ha vissuto l'abuso; a queste nette percezioni di differenza si sommano poi sentimenti come la colpa e la vergogna, emozioni che risalgono all'imbroglio e agli atti meschini di chi ha abusato del piccolo. (pp. 530-541)

"L'abuso e il maltrattamento subito durante l'infanzia rappresentano una ferita profonda, un'esperienza fortemente traumatizzante e destabilizzante, che può influire negativamente sullo sviluppo del bambino e sul suo adattamento nel corso del tempo. Evidenze empiriche riportano che i bambini vittime di violenza sono a rischio di sviluppare un ampio repertorio di problematiche in diversi ambiti durante l'infanzia, l'adolescenza e l'età adulta" (Santoro, 2011, p. 33). In assenza di un ambiente protettivo e di cure, il minore non sarà in grado di maturare la capacità di comprendere i processi psichici che hanno luogo nella mente di chi abusa, questo deficit di mentalizzazione può poi condurre ad un deficit del funzionamento mentale e della capacità di sintonizzarsi con i sentimenti dell'altro; questo impedimento nella regolazione affettiva altererà il normale sviluppo della coscienza morale nel ragazzo (Nicolais, 2015, p. 56).

In un loro articolo inerente il trauma e le sequele dell'abuso e del maltrattamento infantile, D'Andrea et al. (2015) hanno mostrato come i bambini e gli adolescenti possono maturare – a seguito di eventi traumatici legati ad abusi – difficoltà croniche e importanti nella regolazione delle emozioni e del comportamento, nell'attenzione e nei processi cognitivi, nelle relazioni interpersonali e nell'attribuzione di un significato alle proprie e altrui emozioni; inoltre esperienze traumatiche precoci possono condurre a stati dissociativi in età evolutiva. L'espressione comportamentale può essere caratterizzata da ritiro sociale, comportamenti aggressivi o autolesivi, comportamenti oppositivi, promiscuità sessuale o uso di sostanze. Oltre quanto appena detto possono verificarsi anche difficoltà nell'apprendimento e scarsi risultati scolastici e diminuita autostima. Può accadere anche che si presentino difficoltà di attenzione e stati alterati di coscienza mediante fenomeni

STUDENTSUPSI

dissociativi, depersonalizzazione, disturbi della memoria o incapacità a prestare concentrazione; i minorenni vittime di un trauma così intenso mostrano sovente anche distorsioni nella rappresentazione di sé o degli altri, una bassa auto-efficacia e ridotta autostima che sembrano avere un peso rilevante anche nello sviluppo di relazioni sociali e sembrano essere associati ad una compromissione della salute mentale a lungo termine. I sentimenti di colpa e vergogna, sommati alla scarsa autostima possono condurre questi giovani alla non adozione di comportamenti auto-protettivi dando loro maggiore probabilità di sviluppare sintomi psicopatologici. Nei minori che hanno subito abusi o che hanno vissuto in condizioni di trascuratezza possono esserci inoltre difficoltà interpersonali quali, ad esempio, stili di attaccamento insicuri, difficoltà a dare fiducia agli altri, scarsa capacità di assumere un ruolo attivo nella relazione, minori abilità sociali, incapacità a comprendere le interazioni sociali e ridotte capacità nell'assumere il punto di vista dell'altra persona. (pp. 61-82) È possibile anche che si manifestino sintomi come ad esempio disturbi dell'alimentazione, del sonno, del controllo sfinterico, dolori di varia natura quali cefalee, nausea o dolori addominali, o ancora, paure, disordini della condotta, disturbi della sfera sessuale e cadute a livello scolastico (Malacrea, 1997, pp.5-6).

Infine, grazie alle ricerche di altri autori possiamo arrivare a concludere che bambini e adolescenti vittime di abusi hanno la probabilità di sviluppare in età adulta disturbi come disturbi d'ansia, disturbo ossessivo compulsivo, disturbi di personalità, abuso di sostanze o farmaci, disturbi della condotta alimentare o, addirittura, una psicosi. Si può quindi concludere affermando che è stato osservato e dimostrato come i traumi – specialmente quelli a carattere sessuale – infantili aumentano il rischio di patologia psichiatrica in età adulta (Cecchi et al., 2004, pp. 192-206).

4. L'educatore sociale in relazione con minori vittime di abusi

Questa parte centrale del Lavoro si propone – allo scopo di suggerire al lettore come evitare nel limite del possibile lo sviluppo delle conseguenze citate nel paragrafo precedente – di riportare quanto trovato nella letteratura da me consultata in merito all'educatore sociale e al suo ruolo all'interno di una relazione professionale con minori vittime di abusi.

4.1 Target d'età, luoghi d'intervento e organizzazione

In questo studio mi focalizzerò sui minori di diciotto anni; tale scelta deriva dal fatto che, come ci suggerisce il capitolo precedente, a rischio di sviluppo di una psicopatologia in età adulta ci sono tutti coloro che ancora non hanno raggiunto una stabile ed equilibrata condizione psico-fisica, da qui quindi la decisione di includere nel target d'età tutti i minorenni.

STUDENTSUPSI

In un primo momento gli interventi attuati saranno quelli della polizia e dell'assistente sociale; si passerà all'assistenza di tipo educativo e terapeutico solo in un secondo tempo. Nel momento in cui si procede a fare una diagnosi del caso e a definire i termini del problema esistente, i professionisti devono già tenere conto dei possibili interventi attuabili per proteggere il minorenne, per fare fronte alla situazione familiare e per offrire dei validi aiuti; questo è il motivo per cui ogni intervento va programmato molto accuratamente. (Pro Juventute, 1992, p. 44) Dopo le dovute constatazioni del caso, la situazione può evolversi in diverse modalità: è possibile che il giovane rimanga all'interno del suo nucleo familiare e che sia la persona abusante ad essere allontanata, permettendo quindi alla persona di continuare a restare a vivere sotto la cura di un adulto familiare protettivo e all'interno del suo ambiente di riferimento; in questo caso verranno attuati interventi terapeutici o educativi in strutture create appositamente per questo tipo di presa a carico (come ad esempio il Centro Psico-Educativo che prenderò in esame nei prossimi capitoli). Nei casi più gravi invece, può essere necessario l'allontanamento del minore dalla famiglia come provvedimento di protezione provvisorio da gravi condizioni di rischio e che egli quindi si ritrovi a vivere un nuovo trauma: quello dell'allontanamento dalla propria casa e del suo inserimento in una struttura quale, ad esempio, un foyer o una comunità a carattere residenziale (Amodio et al., 2002, p. 110). In tutto questo possiamo quindi dedurre che, a dipendenza del tipo di abuso subìto e della situazione specifica del caso, potranno essere realizzati degli interventi che prendono in considerazione anche il genitore protettivo e innocente della vittima, l'intero nucleo familiare o, se il caso lo richiede, la vittima da sola, utilizzando delle metodologie di intervento che variano da quelle psicoeducative a quelle più miratamente psicoterapeutiche (Nicolais, 2015, p. 58). Quando si parla di luogo d'intervento bisogna tenere in considerazione un presupposto fondamentale: Damilano e Macario (1995) – per evitare che il minore ripeta l'esperienza traumatica vissuta in famiglia o per evitare che le dinamiche relazionali disfunzionali vengano ripetute – suggeriscono che qualsiasi sia la struttura in cui egli viene collocato questa non deve essere la ripetizione o la copia precisa del suo nucleo familiare originario. Non si tratta infatti di un gruppo costituito per libera scelta bensì di un gruppo di persone creato per rispondere a determinati bisogni sociali. Tenuto conto di tutto ciò è però necessario che gli educatori professionali all'interno di queste strutture creino un ambiente di clima ospitale, il più normale possibile, di casa, simile a quello di famiglie normoformate. L'elemento che collega la vita comunitaria ad una realtà familiare è proprio la dimensione del gruppo, sommato al rispetto di alcune condizioni necessarie alla crescita del minore, come ad esempio la condivisione, l'interazione diretta o la familiarità. (pp. 90-99)

Qualsiasi sia il tipo di struttura, è importante organizzare l'ambiente così da creare un clima di accoglienza ed empatia in cui il giovane possa trovare spazio d'ascolto e una risposta ai tanti interrogativi che inevitabilmente avrà. (Amodio et al., 2002, p. 109) "In particolare, chi ha vissuto in un ambiente deprivato ha bisogno, più di altri, di vivere in un luogo gradevole nel quale potersi rispecchiare e trarre fondamento per la ricostruzione di

STUDENTSUPSI

una propria identità personale. Pertanto, ogni aspetto dello spazio fisico e ogni sua modalità di funzionamento sarà finalizzato a far sentire il soggetto a casa propria, una sorta di seconda casa, un ambiente in cui ciascuno sia importante, riconosciuto e nel quale possa liberamente muoversi. (...) La comunità intende offrire sicurezza, come luogo positivo e di gratificazione, trasmettere valori e spunti educativi, stimolare alla socializzazione, all'acquisizione di una maggior coscienza del proprio Io, alla sperimentazione dell'alterità, fornendo così una risposta terapeutica ai bisogni dei bambini" (Damilano & Macario, 1995, p. 101). È inoltre fondamentale – per far sì che i bambini e i ragazzi di cui ci si prende cura siano in grado di rientrare nelle famiglie d'origine, in famiglie affidatarie oppure che raggiungano un certo grado d'autonomia e maturità – la costruzione e l'organizzazione degli eventi ricorrenti e familiari che caratterizzano la quotidianità, intervenendo proprio sui fatti che accadono tutti i giorni, come i momenti dei pasti, del dormire, del gioco o della cura dell'igiene personale i quali rappresentano una sorta di palestra entro cui il ragazzo può sperimentarsi, prima guidato dall'adulto per arrivare a farlo poi sempre più autonomamente, raggiungendo così capacità e apprendimenti sempre più evoluti (*Ibidem*, pp. 100-101). Oltre alla dimensione della quotidianità può essere utile anche introdurre alcuni momenti strutturati che permettano ai giovani di trovare un contesto più ritmato e definito all'interno del quale può essere più facilmente contenuto (Angeli & Quarello, 2002, p. 112). Lo strumento più importante per l'organizzazione dell'intervento professionale dell'educatore che si prende cura di questi bambini e ragazzi è il progetto educativo; "costruito sulla base di un'attenta analisi della situazione di partenza, il piano di lavoro esprime l'intenzionalità educativa degli operatori, ovvero il cambiamento che intendono promuovere per sviluppare le potenzialità, modificare le condizioni di disagio, aumentare le risorse dei minori ospiti (...) attraverso azioni che fanno parte della quotidianità e con strategie pedagogiche comuni e condivise" (Damilano & Macario, 1995, p. 100). Tutto quanto appena detto costituisce per il bambino uno scenario privilegiato per importanti sperimentazioni sul piano relazionale ed affettivo.

4.2 Un'antinomia educativa: istanza protettiva vs. istanza terapeutica

Nella letteratura da me consultata sono numerosi gli autori (ad esempio Angeli, Damilano, Macario, Quarello, etc.) che prendono in esame le difficoltà a cui gli educatori sociali possono imbattersi nell'accompagnamento di minori vittime di abusi; lavorare con una casistica tanto delicata, molto spesso pone l'educatore professionale in una posizione debole con il rischio di portarlo ad uno stato di confusione. Come ci suggeriscono Angeli e Quarello (2002) l'agire educativo all'interno di una struttura che accoglie minori vittime di abusi molto spesso può essere caratterizzato da un'antinomia; all'interno delle comunità, dei foyer o di qualsiasi centro che si prende cura di questi giovani gli educatori si trovano a vivere quindi tra due istanze incongruenti che, sempre Angeli e Quarello (2002), definiscono con i termini di istanza protettiva e istanza terapeutica. L'istanza protettiva si

STUDENTSUPSI

riferisce alla necessità del minore di non subire più alcun tipo di vittimizzazione e di conseguenza al suo bisogno di essere protetto, non solo dall'adulto ma anche da se stesso e da tutti gli altri ospiti; questo livello di protezione è difficile da raggiungere poiché inevitabilmente all'interno del gruppo di ospiti vi sarà la presenza di complessi e violenti comportamenti derivati dalle esperienze vissute e le interazioni tra coetanei potrebbero quindi diminuire questo livello protettivo (pp. 108-110). L'istanza terapeutica invece prevede la necessità che le strutture si configurino come luoghi di cura in cui le vittime possano esprimere liberamente il proprio disagio anche attraverso comportamenti sintomatici, così da essere accolti, riconosciuti e compresi. Il conflitto tra le due istanze nasce quindi da queste due opposte aspettative: "secondo l'istanza terapeutica, la manifestazione del comportamento aggressivo o sessualizzato, così come ogni altro sintomo, permette agli educatori di avvicinarsi alla sofferenza del minore, al piccolo di esprimerla, allo psicologo di raccogliere materiale importante (...). Secondo l'istanza protettiva, al contrario, si tratta di un comportamento pericoloso, che non dovrebbe essere espresso: anzi, gli educatori si devono adoperare affinché le interazioni sintomatiche tra bambini non avvengano" (*Ibidem,* p.109). A quanto già esplicitato si aggiungono poi le aspettative che il contesto produce nei confronti dei professionisti della relazione d'aiuto; aspettative come, ad esempio, un giudice che decreta l'inserimento del minore in una struttura allo scopo di proteggerlo o un assistente sociale che in egual modo vorrà essere certo che al suo minore non accada più nulla di male. I coordinatori delle diverse équipe recepiscono queste pressioni che inevitabilmente trasmettono agli educatori e che quindi li porta ad avere una sorta di conflitto tra la necessità di proteggere in tutti i modi possibili il minore e il bisogno di lasciar esprimere il disagio liberamente così da poter capire in quali aspetti e in che maniera aiutare il giovane. È a partire da queste riflessioni che l'educatore che lavora con minori vittime di abusi potrebbe trovarsi a ricercare continuamente un equilibrio tra il dover proteggere il minore e il voler capire – tramite le sue manifestazioni di sofferenza – dove e come poter intervenire e apparire quindi come in una posizione debole e di estrema confusione; se gli educatori infatti alzano il livello di attenzione e mirano ad aumentare la protezione, rischiano di non usufruire della loro capacità di lettura dei sintomi come espressioni di sofferenza, correndo così il pericolo di non intervenire in termini di comprensione. Gli resterebbero così meno occasioni per ascoltare il minore e per progettare interventi mirati e adattati alle singole situazioni. Al contrario però, se l'educatore si mantiene rigido e attento solo alla valenza terapeutica, significherebbe negare l'esistenza di un problema che c'è e che minaccia l'istanza terapeutica stessa. L'arduo compito quindi dell'educatore sociale che si trova a vivere questa antinomia dell'agire educativo è il dover attuare una costante pratica riflessiva per equilibrare nel giusto modo le due istanze (*Ivi*).

STUDENTSUPSI

4.3 L'intervento educativo nella presa a carico di minori vittime di abusi

La grande responsabilità di restituire ai minori l'opportunità di ricostruire la fiducia nei confronti di tutto ciò che li circonda, spetta anche – e in grande misura – all'educatore sociale il quale deve investire tutte le sue energie e risorse per trovare l'intervento su misura per il giovane, per permettergli di recuperare questa fiducia perduta, per poter accrescere le sue capacità personali e sociali, per far sì che l'esperienza traumatica si trasformi in un'occasione di cambiamento e di resilienza e, più in generale, per far sì che un'esperienza tanto negativa non diventi un fattore di rischio per lo sviluppo di una patologia in età adulta. In questo tipo di presa a carico sono necessarie da parte dell'educatore alcune attenzioni particolari, come la necessità di riflettere, conoscere, riconoscere e solo dopo intervenire, con pazienza, senza pretendere immediatamente la condizione ottimale; è fondamentale anche tenere conto della possibilità di modificare eventuali programmi o interventi nel corso della presa a carico. Ritengo importante sottolineare anche come l'educatore debba cercare la giusta distanza con il minore, tutelandosi dal divenire fusionale, per darsi la possibilità di partecipare attivamente ed empaticamente senza però perdere di vista l'obiettivo educativo e i limiti del proprio agire professionale. (Damilano & Macario, 1995, pp. 5-8)

Damilano e Macario (1995) offrono molti suggerimenti su quanto e in che modo l'intervento dell'educatore può essere d'aiuto in una presa a carico del genere; il primo spunto è cercare la costruzione di una storia in comune mediante l'offerta di una giusta affettività, la condivisione dei ricordi, la conoscenza degli ambienti di vita, la comunicazione empatica, il tutto tramite i gesti più semplici del vivere insieme, trasmessi giorno dopo giorno attraverso un'interazione costante e reciproca e la costruzione di relazioni significative. In un foyer o in una comunità, così come in altre strutture psicoeducative, il momento dei pasti può rappresentare un'occasione per l'avvio di una relazione, una possibilità di conoscenza reciproca e di progressiva intimità; è in questo contesto e in questo momento che si possono accogliere i racconti degli episodi accaduti durante la giornata, sia all'interno della struttura sia fuori. In questo modo è favorita anche la connessione con ricordi legati al passato e proprio grazie a questi momenti di interazione e relazione può iniziare a "strutturarsi un delicatissimo processo di solidificazione dei rapporti interpersonali, attraverso l'intersezione delle storie di ciascuno". (p. 105) Anche i momenti di cura personale sono di fondamentale importanza per l'educatore e hanno una specifica funzione; il termine *cura personale* è molto ampio e si riferisce alla preparazione del cibo, all'igiene personale, alla cura dell'abbigliamento e della propria immagine, tutti gesti estremamente importanti per la creazione delle fondamenta di un rapporto basato sulla fiducia, ancor di più nei minori con un vissuto di trascuratezza. Molto spesso tanti di questi ragazzi sono sorpresi nell'assistere che un adulto si occupa, con dedizione, alla preparazione del loro pasto, specialmente se ne

STUDENTSUPSI

vengono curate la varietà, la qualità e i loro gusti personali. In questi momenti è anche possibile, gradualmente, attivare un processo di responsabilizzazione e di autonomizzazione, richiedendo, ad esempio, la partecipazione alla preparazione dei pasti; allo stesso modo si può aumentare gradualmente l'indipendenza nell'igiene personale, nella cura e nell'ordine della propria persona e immagine; si può dare al minore la possibilità di scegliere il proprio vestiario, il che contribuirebbe alla costruzione di un'immagine di sé più positiva, molto spesso lontana dal vissuto passato di scarsa stima di sé e dell'autodenigrazione. Viene ritenuto importante anche festeggiare le ricorrenze come, ad esempio, il Natale o i compleanni. Già solo quanto elencato fino ad ora favorisce nel giovane la possibilità di rappresentarsi un futuro differente da quello a cui poteva sentirsi destinato, specialmente nei vissuti caratterizzati da carenze e trascuratezza. (p. 106-107)

L'educatore che accompagna questi bambini e ragazzi deve anche fungere da supporto all'apprendimento del minore, il che concretamente significa confermare e rinforzare la persona nelle sue abilità, farla sentire in grado di fare qualcosa, capace, anche quando non riesce a portare a termine completamente da solo un certo compito (che sia esso rifare il proprio letto, riordinare la propria camera o apparecchiare la tavola). Svolgere insieme questi compiti permette al giovane di impararne la sequenza, di memorizzarla e di riprodurla poi a sua volta, ricavandone alla fine soddisfazione personale e apprezzamenti da parte dell'educatore. "Il successo e la conferma dell'adulto nelle attività minime, ma via via più complesse, favoriscono l'acquisizione di una maggiore fiducia in sé, esperienza nuova per bambini che possiedono un passato frequentemente connotato da mancati riconoscimenti o da rimandi squalificanti, e consente loro di sperimentarsi in compiti gradualmente più impegnativi" (*Ibidem*, p. 109).

L'educatore in questo accompagnamento ha anche il compito – a cui bisogna dare però dei tempi più lunghi – di giocare e di divertirsi insieme al piccolo, collaborando così alla creazione di un rapporto interpersonale mediato dall'aspetto ludico e alla creazione di un clima sereno e positivo, capace di contenere l'aggressività e le provocazioni messe in atto dai giovani, con l'obiettivo di aiutarli a superare l'ansia e la diffidenza che spesso caratterizzano i loro comportamenti; numerosi sono i materiali e gli spazi facilitatori della relazione educativa a disposizione dell'adulto: giochi di società, fumetti, video, gruppi sportivi, gruppi artistici, uscite pomeridiane o serali di gruppo come ad esempio recarsi al cinema o in pizzeria, gite o escursioni (Amodio et al., 2002, p. 115). Uno di questi materiali facilitatori molto citato in letteratura è l'uso delle favole all'interno di piccoli gruppi, il quale risulta essere funzionale all'elaborazione dei diversi vissuti legati all'esperienza traumatica; nelle fiabe, paure e tensioni sono espresse in modo tale che il piccolo riesca inconsapevolmente a comprenderle e il loro utilizzo lo aiuta a "vedere più chiaro nelle proprie emozioni e a guardare il proprio mondo interno permettendogli di indentificarsi nei vari personaggi sulla base dei propri vissuti." (Agosti & Pessina, 2007, p. 186) L'ascolto e

STUDENTSUPSI

la creazione di fiabe inoltre darebbe al minore la possibilità di rappresentare in maniera simbolica le sue difficoltà e di prendere spunto dal personaggio per elaborare il proprio trauma (*Ibidem*, p. 187), da la possibilità di avere concreti esempi di come le difficoltà si possono risolvere e le paure superare; uno strumento prezioso quindi che funge da ottima chiave di accesso in quei fanciulli particolarmente spaventati (Preuschoff, 1998, p. 74). Per le paure invece, sono molte le strategie che aiutano gli educatori ad affrontarle insieme ai più giovani; un primo consiglio che ci fornisce la psicologa Preuschoff (1998) è quello di ascoltare e dialogare insieme, senza esprimere alcuna valutazione e alcun giudizio che altrimenti rischierebbero di bloccare il dialogo poiché entrerebbe in gioco la paura, il sentimento di essere incompresi o la vergogna. Viene suggerito di provare a rappresentare giocando la situazione che impaurisce, così da poter mettere in scena le preoccupazioni e i sentimenti del piccolo favorendo la partecipazione e la comprensione di ciò che il ragazzo vede come minaccia. Un ulteriore spunto interessante per combattere le paure è quello di creare dei rituali, ossia "gesti che vengono compiuti in un certo modo e sempre ripetuti (...) e si rivolgono in modo particolare alla sfera emozionale" (*Ibidem*, p. 97), per esempio mediante la creazione di mandala, di una canzone o di una preghiera da recitare (*Ibidem*, pp. 71-101). Un'altra strategia che l'educatore può utilizzare per un intervento efficace è il lavoro con gli animali, dall'inglese *pet-therapy*. Questo termine indica il rapporto tra uomo e animale ed è considerata un'attività terapeutica vera e propria, una terapia di supporto che integra e rafforza le normali terapie effettuate. In base alla letteratura esistente si può dire che grazie a quest'attività è possibile alleggerire il disagio psico-fisico in quanto l'animale è considerato un "acceleratore di relazioni umane" (Caon, Grisillo, Omizzolo & Romizi, 2004, p. 28). Il contatto con un animale garantisce affetti mancanti o carenti passati, è molto adatto a favorire i contatti interpersonali, ad alleviare condizioni di stress o conflittualità, è un valido aiuto per chi presenta problemi di comportamento sociale o di comunicazione – in particolar modo nei bambini –, migliora alcune capacità mentali, controlla l'iperattività, migliora le capacità relazionali e di interazione, aumenta il livello di fiducia e autostima, evita l'isolamento, favorisce la socializzazione e da ultimo è un ottimo "esternatore di conflitti e di dinamiche relazionali non verbalizzate, che possono essere elaborate con l'educatore all'interno di relazioni individuali o in gruppo"; tutte aspettative quindi volte al miglioramento delle funzioni fisiche, sociali, cognitive ed emotive. (*Ibidem*, p. 29)

Un ulteriore compito che richiede estrema delicatezza da parte dell'educatore è quello di sostenere emotivamente, in diverse forme e modalità, a seconda delle diverse circostanze e della soggettività del minore; sostenere emotivamente significa essere capaci di operare il contenimento delle emozioni e dei sentimenti delle vittime, le quali molto spesso sono espresse in maniera molto confusa e hanno la necessità del supporto dell'educatore per poterle riconoscere, nominare ed elaborare. Per ogni singola circostanza e persona vi possono essere differenti modalità di sostegno emotivo e di comunicazione; Damilano e Macario (1995) a riguardo propongono di prestare particolare attenzione anche al

linguaggio non verbale, il quale determina gran parte dei significati dei messaggi che mandiamo, alla postura del proprio corpo, al tono di voce, alla distanza fra lui e l'interlocutore e alla tendenza ad avvicinarsi o a sfuggire ad un certo argomento (p. 111). "Riconoscere e sostenere la tendenza a regredire oppure la tristezza o le rabbie nascoste, frequenti nei bambini [...], con le loro storie di pesante deprivazione alle spalle, costituisce per gli educatori un compito gravoso e complesso" (*Ivi*). Sono molti gli autori a sottolineare l'importanza per la piccola vittima di avere qualcuno che possa ascoltare ciò che hanno da dire. "Risulterà che il nostro raccontarci è una via maestra per garantirci un senso di permanenza e di identità, una riconoscibilità, pur nei cambiamenti, più o meno profondi, a cui l'esistenza ci espone. [...] È attraverso l'atto di raccontarci che [...] diamo forma a un'immagine unitaria della nostra esistenza e [...] il racconto è in grado di trasformare la connotazione di ciò che nella vita si presenta come evento senza senso, in rottura rispetto alla continuità dell'esistenza, attribuendogli una collocazione, e in tal modo un significato, all'interno del tutto unitario di una narrazione." (Bernegger, 2014, p. 14-15) Dunque, la forza dell'ascolto e della narrazione sta nella possibilità di poter integrare più facilmente l'evento di rottura nella nostra identità, arrivando – nelle migliori delle ipotesi – a convincere il minore che un altro racconto è possibile. (*Ibidem*, pp. 13-21) L'arte della narrazione la si può anche trasformare – nel caso in cui l'età e le capacità del ragazzo lo permettano – in un'attività di scrittura: un progetto di cura educativo che consiste nel far leva sull'uso della scrittura non tanto per guarire quanto piuttosto per lavorare sul significato che quella personale esperienza assume per quel determinato bambino (Castiglioni, 2014, p. 29). Altro obiettivo dell'educatore è quello di prendersi cura delle esigenze fisiche del giovane, inteso come un compito che va oltre il concreto soddisfacimento dei bisogni e che "assume il senso della comunicazione privilegiata con gli ospiti [...], in particolare con i minori adolescenti, che vivono spesso un rapporto di estrema ambivalenza con il proprio corpo, fatto oggetto di cure eccessive oppure, all'opposto, di trascuratezza e di negazione" (Damilano & Macario, 1995, p. 113).

Un altro suggerimento dato agli educatori sociali è quello di delimitare i confini delle azioni che definiscono il quotidiano, per esempio attraverso l'esplicita definizione dei diversi compiti, delle responsabilità e degli orari. I limiti, una volta delineati, devono sempre rimanere tali ed essere garantiti; in questa maniera al tempo stesso si compie un ulteriore compito educativo: la tutela dei confini, i quali vengono molto spesso messi alla prova dai bambini e dagli adolescenti che cercano di misurare l'affidabilità degli adulti; contemporaneamente il minore può vivere una nuova esperienza, ossia quella di sperimentare conflitti o competizioni in cui la propria aggressività o distruttività riesce ad essere contenuta dalla figura adulta e non apparire più così dannosa o spaventosa. (*Ibidem*, pp. 112-113)

Altro spunto da affrontare in questo capitolo, a cui la letteratura ha dedicato molta attenzione nelle tematiche post-traumatiche, è il lavoro all'interno di gruppi, i quali

STUDENTSUPSI

sembrano essere particolarmente efficaci per gli adolescenti vittime di abusi, applicati successivamente anche ai più piccoli. Il gruppo appare come una risorsa qualora si programmino interventi – di durata limitata – in cui giovani ospiti si riuniscono per affrontare qualche specifico argomento "con l'aspettativa che mettere in comune vissuti ed esperienze possa accelerare o rinforzare gli effetti dell'intervento. I risultati che si possono ricavare da tali strategie (...) sono a volte straordinariamente positivi". (Malacrea, 1998, p. 212) Parlare in gruppo con le piccole vittime di tutto ciò che accade, normalizza un problema che esiste ed affrontando certi argomenti è possibile aiutare i minori ad interagire sperimentando nuove modalità comunicative e relazionali (Angeli & Quarello, 2002, p. 113). Non bisogna inoltre dimenticarsi che vivere determinate esperienze lascia nel giovane un sentimento di vergogna e una percezione di diversità dal resto del mondo e dei coetanei, è comprensibile quindi che anche solo ritrovarsi con persone che hanno vissuto esperienze simili sia un grande conforto grazie alla possibilità di scoprire che non si è i soli ad aver vissuto la stessa terribile esperienza (Bertonati, 2007, p. 159); sono numerosi infatti gli studi che hanno dimostrato l'efficacia della terapia di gruppo nelle funzioni sociali dei bambini e degli adolescenti, poiché offre la possibilità di interagire con altri coetanei all'interno di un ambiente sicuro, favorisce l'aumento del livello di autostima, riduce gli stati di ansia, dei sentimenti di rabbia, del senso di colpa e di numerose sintomatologie legate al trauma (*Ibidem*, pp. 159-160). Gli elementi fondamentali che vengono suggeriti per una buona riuscita di un gruppo sono il permettere ai minori di vivere il contesto del gruppo come un luogo sicuro e protetto e il promuovere la coesione fra partecipanti, con l'obiettivo di identificare e far esprimere i giovani riguardo sentimenti e vissuti legati alle esperienze traumatiche, modificare il significato patologico che le vittime attribuiscono alle esperienze stesse, individuare strategie più funzionali per gestire i momenti critici, le difficoltà personali o relazionali e mettere la vittima nella condizione di riconoscere ed evitare situazioni pericolose (Agosti e Pessina, 2007, p. 175). Angeli e Quarello (2002), dalla loro esperienza con bambini vittime di abuso all'interno di una comunità, suggeriscono inoltre che l'educatore dovrebbe insegnare ai giovani a difendersi attraverso percorsi di educazione alla protezione del proprio corpo e dei propri beni, all'affettività e alla sessualità così da aiutarli a riconoscere quando un contatto è sano o all'opposto violento. (p. 113) È importante menzionare che parallelamente ad un percorso educativo di gruppo vi è la necessità di fare un percorso anche individuale, poiché unicamente leggendo i vari comportamenti in rapporto alla storia individuale del minore l'educatore può, mediante l'osservazione, concentrare le proprie energie nel dare un significato ad un certo comportamento sintomatico, condizione che in un gruppo di più bambini, con ognuno la propria storia differente, non sarebbe possibile. (Angeli & Quarello, 2002, p. 113)

Ricollegandomi invece a quanto scritto nel capitolo precedente in merito all'antinomia in cui l'educatore può trovarsi quando accompagna minori vittime di abusi, Angeli e Quarello (2002) individuano tre modalità per la gestione dei comportamenti sintomatici: la prima è

STUDENTSUPSI

quella del contenimento, in cui si fanno interventi che mirano a tranquillizzare il giovane, ad aiutarlo a porre fine all'espressione del comportamento sintomatico e in cui si propone al piccolo delle modalità alternative per comunicare il suo disagio. La seconda modalità è quella della comprensione, intesa come il tentativo di collegare un certo comportamento problematico al vissuto traumatico, dandogli la connotazione di un'espressione della sofferenza. La terza ed ultima è invece quella del controllo, secondo la quale l'educatore deve costantemente vigilare i bambini e i ragazzi evitando così di fargli vivere all'interno delle comunità o delle strutture ulteriori esperienze di vittimizzazione o di aggressione. Queste tre modalità devono essere messe in atto contemporaneamente cercando il giusto equilibrio a dipendenza della specifica situazione. (p. 107)

In conclusione, è di estrema importanza ribadire come ogni intervento educativo dovrebbe avviarsi dall'attenta analisi dei bisogni del minore – analisi che è consentita unicamente dopo un'attenta osservazione e da un buon ascolto attivo – e svilupparsi successivamente tramite una rielaborazione continua del proprio agito, inteso come quella pratica riflessiva costante che connota ogni intenzionalità educativa.

4.4 L'importanza di un lavoro multidisciplinare

Una strategia d'intervento che negli ultimi anni ha ottenuto sempre più un riscontro positivo in letteratura è il lavoro di rete con i vari professionisti, inteso come il confronto e la collaborazione tra le diverse figure professionali all'interno della stessa presa a carico. Attuare un lavoro multidisciplinare permette un'integrazione delle diverse conoscenze teoriche dei professionisti e di diversi interventi operativi; si necessita di consapevolezza da parte delle persone coinvolte della parzialità di ogni singolo intervento se non integrato in un percorso significativo e condiviso. Nella casistica di minori vittime di abusi, collaborare con diversi professionisti consente all'educatore sociale di affrontare la complessità delle diverse situazioni e di mettere in atto interventi ad ampio raggio che creano le premesse per una presa a carico efficace (Baglioni & Corato, 2008, p. 82). Questo significa instaurare un dialogo a 360 gradi, creare rapporti di forte collaborazione e spartire le diverse responsabilità in rapporto ai propri ambiti di intervento e dei propri compiti professionali (Amodio et al., 2002, p. 113).

Lavorare in un'équipe multidisciplinare favorisce, grazie al supporto tra i diversi professionisti, la creazione di un luogo di confronto e di discussione il quale aiuta nell'elaborazione dei diversi vissuti, pensieri, dubbi e agevola il superamento di determinate situazioni. I continui passaggi di informazioni e gli scambi di conoscenze teoriche tra le diverse figure favoriscono inoltre un atteggiamento attivo e partecipe in grado di mettere continuamente in discussione il progetto del minore per poterlo costantemente migliorare, adattare e sistemare nel corso della presa a carico; creare delle alleanze tra – ad esempio – educatori sociali, assistenti sociali, psicoterapeuti, medici o insegnanti scolastici permette anche la realizzazione di un ambiente maggiormente

STUDENTSUPSI

supportivo per il minore rendendo la presa a carico più efficace (Baglioni & Corato, 2008, p. 82). Un ulteriore vantaggio del lavorare in un team composto da più professionisti è quello di poter integrare – nelle analisi delle situazioni, nelle varie osservazioni, o ancora, nell'interpretazione di determinati fenomeni – i vari punti di vista e i diversi modi di leggere le situazioni, potendo così co-costruire un intervento sulla base di più visioni e di più conoscenze professionali. Gli educatori hanno il compito di raccontare con chiarezza e in modo esaustivo l'esperienza maturata dal contatto con minori vittime di abusi, sottolineando i problemi e le difficoltà, perché solo così è possibile costruire un confronto con altri professionisti coinvolti sulla base di una consapevolezza comune con l'obiettivo di trovare insieme tutte le soluzioni possibili; è assolutamente necessario quindi contrastare quella che secondo Angeli e Quarello (2002) è la "logica del segreto" per cui gli educatori sociali potrebbero avere difficoltà a fornire all'esterno della propria istituzione le informazioni complete sulla realtà dei comportamenti sintomatici delle giovani vittime; come se vi fosse il timore che se in una struttura succedono determinate cose o i ragazzi attuano determinati comportamenti allora è perché quella struttura non fa un buon lavoro. Difendersi però non è la soluzione migliore poiché non farebbe altro che creare un circolo vizioso: "più si nascondono le difficoltà che la gestione dei minori vittime di abuso comporta, più le aspettative sul lavoro (...) si alzano, più diventa naturale e necessario minimizzare i problemi che si incontrano" (p. 111).

In sintesi, lavorare in rete collaborando con altre figure professionali permette ai professionisti di dividersi compiti e responsabilità, sfruttando al meglio le risorse personali e le competenze professionali di ogni figura coinvolta; "sul piano delle competenze, poter integrare conoscenze più rivolte al mondo interno con altre più di taglio relazionale può rivelarsi una ricchezza importante" (Malacrea, 1998, p.159). L'educatore sociale deve lavorare quindi in ottica di reciprocità, creando interdipendenza tra i diversi professionisti, ovvero osservare, progettare e intervenire con la consapevolezza di dipendere gli uni dagli altri; grazie a questa necessità reciproca sarà possibile lavorare sapendo che si ha bisogno dell'altro per arrivare a raggiungere un dato obiettivo ma al tempo stesso si ha la consapevolezza che anche senza il nostro intervento l'altro non potrebbe raggiungere il proprio obiettivo professionale (Aliberti, Nuzzo & Pirozzi, 2016, p. 2).

4.5 Le emozioni dell'educatore sociale che si prende cura del bambino abusato

Nei capitoli precedenti ho già avuto modo di esplicitare come lo stare in relazione con minori che hanno subìto una qualsiasi forma di abuso renda indispensabile l'entrata in contatto dell'educatore sociale con la vita emotiva e affettiva delle giovani vittime; trattare l'abuso significa anche al tempo stesso entrare in contatto con le proprie emozioni e con i propri vissuti, significa richiamare involontariamente in causa esperienze passate e presenti che costringono l'operatore ad una continua rivisitazione delle proprie emozioni e

STUDENTSUPSI

significa attivare aspetti inconsci di cui non si aveva nessuna consapevolezza ma che tuttavia hanno un peso rilevante nella presa di decisioni e di scelte. La letteratura, oltre a confermare quanto appena detto, rileva anche come la notizia di un abuso perpetrato su minori determini negli operatori sociali immediate e intense reazioni emotive, quali ad esempio: forte desiderio di aiutare la vittima, dolore e sofferenza per ciò che ha vissuto il piccolo, rabbia, preoccupazione, disgusto, desiderio che venga fatta giustizia, difficoltà a gestire i carichi emozionali che le vittime involontariamente portano all'interno della relazione educativa, aspetti depressivi e ansiogeni che la rivelazione di un abuso implica a chi ascolta e a chi deve prendersi cura della persona e sentimenti di impotenza e di inutilità che si possono provare difronte, ad esempio, alle proiezioni che i bambini fanno (verso gli educatori) del loro disagio trasformato in aggressività agita (Acquistapace & Milani, 2005, pp. 99-107). Tutti questi sentimenti possono, col tempo, portare l'operatore sociale ad un sovraccarico operativo ed emotivo, con il rischio di aumentare le probabilità di burn-out. Per questo motivo è di estrema importanza essere consapevoli dei rischi che una simile casistica può comportare; la tematica dell'abuso su minori ha un impatto emotivo talmente forte da avere anche effetti distruttivi e disgreganti sulle modalità operative di chi ne è professionalmente coinvolto (*Ibidem*, p. 100). È richiesto quindi all'educatore sociale capacità di autocontrollo emotivo, di assumersi responsabilità, di controllare le varie situazioni e di essere mentalmente flessibile, di essere professionalmente coscienzioso e distaccato emotivamente quanto basta per non lasciarsi confondere con le figure genitoriali, la cui cosa genererebbe situazioni estremamente a rischio di fusionalità e dipendenza.

Per gestire questa forte implicazione emotiva vi è quindi la necessità di offrire un momento previlegiato ideato e creato appositamente per l'operatore sociale; la letteratura propone la creazione di uno spazio riservato alla supervisione, ossia uno spazio formativo atto a sviluppare, consolidare ed elaborare le competenze emotive degli operatori, un continuo monitoraggio del lavoro svolto in cui è possibile affrontare a più livelli le problematiche riscontrate in struttura; "la supervisione è una particolare opportunità formativa, offerta agli educatori, in gruppo o singolarmente; deve poter avvenire con regolarità durante il corso del lavoro, con la mediazione di un consulente esterno all'équipe (...), che conduce la riflessione sulle dinamiche interne alla comunità, sugli interventi effettuati, sul modo complessivo di operare, sui casi più problematici, con particolare attenzione alla qualità delle relazioni" (Damilano & Macario, 1995, p. 112). Questo attento e delicato supporto per l'educatore risulterà fondamentale per una buona manutenzione del Sé, per avere a disposizione uno spazio in cui "potersi pensare e pensare al lavoro svolto, dove poter confrontare gli stili educativi, dove poter confrontare le proprie debolezze e le proprie risorse; dove i dubbi e le certezze sono elementi di partenza per affrontare in modo professionale un intervento delicato e complesso, dove l'intreccio tra le emozioni proprie e le emozioni altrui, tra i sentimenti propri e quelli dei minori determinano un flusso di pensiero, di sollecitazione, di co-costruzione di un nuovo percorso di vita" (Amodio et al.,

STUDENTSUPSI

2002, p. 122). La supervisione, che sia di gruppo o individuale, può essere fatta su tre livelli: la supervisione delle relazioni tra i vari utenti o tra utente e educatore; la supervisione delle attività che vengono svolte in quella struttura e la supervisione in merito ai vissuti dell'educatore in relazione al lavoro con l'utenza (*Ivi*).

5. Approcci istituzionali dei Centri Psico-Educativi presenti in Canton Ticino

Come anticipato all'inizio di questo Lavoro, mi sono avvalsa dell'intervista qualitativa semi-strutturata per arrivare a capire in che modo i tre CPE operano sul suolo ticinese e, più precisamente, come gestiscono e intervengono in una casistica di abusi su minori. Dopo una lunga riflessione sulle possibili domande da sottoporre agli intervistati sono arrivata alla conclusione di impostare l'intervista sulla base di dodici domande prefissate obbligatorie, ognuna all'interno di un tema generale, con le relative linee guida da seguire nel caso in cui l'intervistato non avesse risposto in maniera sufficientemente esaustiva e avessi quindi dovuto formulare qualche domanda in più di chiarimento o di approfondimento. Le prime domande dell'intervista riguardavano i dati generici della persona – quindi il nome, il cognome, le esperienze lavorative pregresse in ambito Sociale e da quanto tempo opera presso il CPE – per poter così approfondire il grado di conoscenza della persona e della sua esperienza lavorativa; tutte le altre domande sono state suddivise in due parti, la prima dedicata al Centro Psico-Educativo e al suo approccio istituzionale generale e la seconda parte più specifica sulla figura dell'educatore sociale che lavora con bambini vittime di abusi nel Centro Psico-Educativo. Nella prima parte dedicata all'approccio istituzionale generale, ho voluto chiedere qual è la casistica presa a carico dal CPE, come esso opera e come si organizza. La seconda parte di domande era più specifica e così facendo sono potuta entrare nel merito del mio tema: le prime due domande sono state formulate con l'intento di capire la visione dell'intervistato sul lavoro di rete e sulla collaborazione con altre figure professionali poiché l'interesse era quello di capire se in queste prese a carico vi fossero coinvolte differenti figure professionali e – secondo il punto di vista del capo-équipe – quali fossero i punti di forza e i limiti di un lavoro di rete. La domanda successiva è stata impostata con l'obiettivo di capire qual è la prassi da seguire in una casistica come quella da me presa in esame, come viene organizzata e gestita la presa a carico e a quali aspetti di quest'ultima si da maggiore importanza; dopodiché ho inserito una domanda molto aperta – con eventuali sotto domande da porre – per capire qual è l'intervento dell'educatore sociale (in che modo può essere d'aiuto in una simile presa a carico, quali sono le strategie educative a sua disposizione, in che maniera dovrebbe atteggiarsi o porsi in una relazione professionale con questi bambini e quali sono i punti di forza e i limiti in un approccio individuale). La domanda seguente mirava a capire quali sono i programmi terapeutici previsti per l'accompagnamento di bambini vittime di abusi ed i loro relativi obiettivi da

STUDENTSUPSI

raggiungere; mi sono poi dedicata a capire quali sono, sempre secondo il capo-équipe, i punti di forza e i limiti di un approccio di gruppo, in che maniera al CPE si crea un ambiente in cui il bambino è libero di esprimere il proprio disagio, quali sono i comportamenti tipici – e come vengono gestiti – che corrispondono ad un caso di abuso ed infine quali sono gli aspetti di maggiore difficoltà in una simile presa a carico. L'ultima domanda invece ho voluto sottoporla per capire se al CPE vi sono degli spazi o dei momenti – e in che modo vengono gestiti – in cui l'educatore sociale ha la possibilità di parlare dei sentimenti o dei vissuti nati dalla relazione con questi bambini.

5.1 Intervista a Josef Dornbierer, capo-équipe del CPE di Gerrapiano [2]

La prima intervista è stata effettuata presso il CPE di Gerrapiano con il capo-équipe Josef Dornbierer. Grazie alle parole del capo-équipe capiamo che i bambini presi a carico sono dai tre agli undici-dodici anni e che la loro casistica varia dai disturbi pervasivi dello sviluppo ai disturbi misti del comportamento, della condotta, emotivi o disturbi della condotta definibili "semplici" come ad esempio l'iperattività; è quindi uno spettro piuttosto ampio che lui stesso definisce medio-grave poiché provocano nel bambino manifestazioni che possono essere anche estreme, soprattutto in contatto con il mondo relazionale famigliare, scolastico e sociale. Facendo una considerazione molto generale delle risposte fornite dal signor Dornbierer emerge chiaramente come al CPE di Gerrapiano gli operatori gestiscano le prese a carico prevalentemente con un approccio di tipo gruppale, pur restando comunque aperti – qualora la situazione lo richiedesse – ad approcci di tipo individuale; vengono proposti diversi gruppi in cui vi è la possibilità di svolgere attività differenti fra loro, alcune più a carattere terapeutico altre maggiormente artistiche ma tutte con un'impronta psicoeducativa; gli interventi sono pensati e attuati su due assi, quello educativo e quello terapeutico: l'asse educativo mira ad un lavoro sullo sviluppo delle autonomie personali, alla capacità di rispettare le regole, all'acquisizione di autostima e di sicurezza di sé; mentre l'asse terapeutico ha più l'obiettivo di riuscire a mettere il bambino nella condizione di poter esprimere le proprie emozioni, i propri stati d'animo e i propri vissuti e di riuscire ad offrigli gli strumenti per imparare a stare meglio all'interno dei vari contesti e delle diverse situazioni. Il lavoro di rete è considerato un vantaggio enorme e il signor Dornbierer ha riconosciuto subito la necessità di collaborare con altre figure professionali; dalle risposte del capo-équipe possiamo capire anche come gli operatori CPE cerchino – mediante i loro interventi – di offrire ai bambini un'esperienza di accudimento e di attenzione il più standard possibile – ossia cercando di offrire al bambino una situazione di vita e di accudimento normali, come farebbe qualsiasi genitore a casa – rivolgendo uno sguardo particolare agli eventi di vita quotidiana e ai quei momenti in cui vi è una certa vicinanza fisica (come ad esempio il momento di andare in bagno per un

[2] L'intervista interamente trascritta si trova nel capitolo 9.6 degli allegati

STUDENTSUPSI

bambino piccolo). Possiamo infine affermare che gli operatori che lavorano al CPE di Gerrapiano dispongono di numerosi spazi in cui poter riflettere, discutere e confrontarsi in merito alle attività, alle relazioni tra colleghi e tra ospiti del Centro e ai vissuti nati dalla relazione con i bambini.

5.2 Intervista a Marco Maggi, capo-équipe del CPE di Lugano [3]

La seconda intervista si è svolta presso il CPE di Lugano con il relativo capo-équipe, signor Maggi. Da quanto emerge dalle risposte possiamo vedere che i bambini presi a carico al CPE hanno delle patologie medio-gravi e i disturbi variano dal disturbo pervasivo dello sviluppo ai disturbi della condotta e della sfera emozionale; in generale dalle rispose del signor Maggi possiamo capire che il CPE è un centro terapeutico che mediante attività ludiche, terapeutiche, educative e artistiche – in una presa a carico prevalentemente gruppale ma anche individuale – ha l'obiettivo di reinserire il bambino nel suo ambiente di vita abituale, di permettergli di giocare e imparare a farlo rispettando le regole e gli altri compagni, di renderli consapevoli delle proprie emozioni e di insegnargli a riconoscerle, nominarle e a trovare un modo per gestirle nella maniera più consona e funzionale. Il signor Maggi ha sottolineato più volte come dal suo punto di vista lavorare in rete con più figure professionali sia un grande arricchimento ed una necessità per lui – e per la sua équipe – assoluta. Gli operatori del Centro di Lugano hanno il grande compito, in questo tipo di prese a carico, di creare un ambiente di fiducia in grado di accogliere il bambino ed il suo malessere, di saperlo sostenere e aiutare nell'elaborazione di quest'ultimo; ci vuole sempre un occhio particolare, specialmente in quelle situazioni in cui il bambino è solo con altri coetanei o l'operatore è occupato ad aiutare qualcun altro; per questo si pianificano i turni lavorativi inserendo sempre almeno due operatori insieme nello stesso momento. All'operatore è chiesto anche di saper gestire la distanza relazionale – aspetto di maggiore difficoltà secondo il signor Maggi – evitando il più possibile di diventare fusionale col minore, di eliminare i giudizi ma, invece, di trasmettere al bambino che lui è lì per aiutarlo, per sostenerlo e per ascoltarlo qualora sentisse la necessità di aprirsi. Da ultimo, anche a Lugano vi sono molti momenti a disposizione dell'educatore per confrontarsi con colleghi ed esperti in merito ai propri vissuti nati dalla relazione con questi bambini.

5.3 Intervista a Sonja Baruffini Marazzi, capo-équipe del CPE di Stabio [4]

L'intervista con la signora Sonja Baruffini Marazzi – capo-équipe del Centro di Stabio – è stata effettuata presso il CPE di Stabio; grazie alle risposte che Sonja mi ha fornito trovo conferma di quanto già detto in merito alla casistica e all'operato del CPE: anche a Stabio la casistica è di bambini dai tre agli undici-dodici anni con patologie medio-gravi la cui

[3] L'intervista interamente trascritta si trova nel capitolo 9.6 degli allegati

[4] L'intervista interamente trascritta si trova nel capitolo 9.6 degli allegati

diagnosi varia moltissimo; l'operato – come per gli altri CPE – è aiutare in maniera più intensiva quei bambini in difficoltà – tramite un lavoro prevalentemente in gruppo ma con possibilità di creare momenti individuali – cercando di fare un lavoro sull'espressione delle emozioni, sulla tolleranza delle frustrazioni, sull'imparare ad accettare le regole e sul riuscire a stare insieme agli altri e a starci bene. Si cerca di favorire un aumento dell'autostima, di raggiungere un buon grado di autonomia, di favorire il riconoscimento e l'espressione delle emozioni e di aumentare il livello di tolleranza delle frustrazioni. I gruppi esistenti e le relative attività sono anch'esse numerose e tutte diverse fra loro, sia più strettamente terapeutiche sia più educative o artistiche. Anche dalla signora Baruffini il lavoro di rete è considerato un enorme arricchimento, purché si tratti di una reale e costante collaborazione e condivisione e, infine, anche a Stabio gli operatori hanno la possibilità di confrontarsi, sostenersi e rielaborare i diversi vissuti e le varie esperienze grazie agli spazi di supervisione offerti.

6. Confronto tra letteratura e pratica – valorizzazione degli interventi messi in atto presso i Centri Psico-Educativi [5]

Per riuscire ad analizzare e a confrontare in modo semplice i risultati emersi dalle interviste e la teoria riportata nel quarto capitolo, ho deciso di strutturare una tabella in cui appare nella prima colonna l'ambito della domanda effettuata agli intervistati con quanto scritto in merito nel capitolo quattro di questo Lavoro, dopodiché nelle altre tre colonne si può facilmente leggere – per ogni domanda effettuata – la risposta di ogni capo-équipe. La scelta di utilizzare tre diversi colori è nata allo scopo di rendere più facile al lettore la comparazione di quanto detto dai capo-équipe e quanto scritto nella teoria; ogni colore infatti corrisponde a risposte che coincidono con la teoria, risposte che non coincidono o risposte che coincidono ma solo in parte. Uno sguardo superficiale alla tabella e ai colori riportati ci fa subito notare come sia prevalente il colore che indica che i dati emersi dall'intervista risultano coincidere con quanto trovato nella letteratura consultata; sono infatti numerosi gli elementi emersi dalle interviste che corrispondono a quanto scritto nel corpo centrale di questa Tesi. Per quanto riguarda il target d'età e il luogo d'intervento – minori di diciotto anni e interventi effettuati presso strutture residenziali o strutture educative e terapeutiche – il CPE, essendo un Centro terapeutico semi-residenziale che prende a carico minori dai tre ai dodici anni, adempie ad ognuno di questi criteri. Lo stesso è possibile dirlo per quanto concerne la metodologia d'intervento: la teoria suggerisce di realizzare interventi che – a seconda della situazione – prendano in considerazione o meno anche il genitore protettivo della vittima, utilizzando metodologie che variano da quelle psicoeducative a quelle più miratamente psicoterapeutiche; dai risultati emersi dalle

[5] Tutte le considerazioni riportate in questo capitolo sono frutto di una riflessione dopo aver compilato e analizzato la tabella per facilitare la lettura e il confronto tra i dati emersi che si può consultare nel capitolo 9.7 degli allegati

interviste possiamo notare come in tutti e tre i CPE si cerchi, laddove è possibile, di fare un lavoro includendo i genitori del bambino e si lavori sia sull'asse educativo sia su quello più psicoterapeutico. Per quanto concerne invece il suggerimento di creare un ambiente ospitale, simile a quello di famiglie normoformate, mettendo a confronto le risposte dei tre intervistati si può notare che al CPE di Gerrapiano e di Stabio si cerca di creare questo clima famigliare con lo scopo di offrire al bambino un'esperienza diversa da quella sperimentata in precedenza, mentre al CPE di Lugano i dati emersi coincidono in parte, nel senso che si vuole evitare il ripetersi di situazioni traumatiche e di creare un ambiente rassicurante e di fiducia, ma non viene menzionato il clima familiare. Il quarto suggerimento inerente l'importanza dell'accoglienza, dell'empatia e dell'ascolto trova conferma in tutte e tre le risposte ricevute, tant'è vero che tutti e tre i capo-équipe hanno sottolineato più volte quanto sia fondamentale accogliere il bambino e il suo malessere, essere empatici nei suoi confronti e offrirgli un canale espressivo ascoltando attivamente ciò che lui ha da dire. Nel punto successivo invece, quello dedicato all'identità personale, possiamo notare come le risposte fornite dai capo-équipe di Gerrapiano e di Stabio corrispondano a quanto suggerito dalla teoria da me riportata nel quarto punto – ossia che è importante dare al minore la possibilità di ricostruirsi un'identità personale – mentre per Lugano non emerge questo lavoro sul rinforzo dell'identità personale. Per quanto riguarda gli eventi quotidiani e l'organizzazione di questi momenti ricorrenti e familiari possiamo invece notare come sia il CPE di Stabio – nonostante sia il solo ad avere l'internato dal lunedì al venerdì – a non menzionarli nell'organizzazione della presa a carico (questo non significa però che non gli si dia attenzione, forse i momenti come i pasti, la messa a letto,... non hanno bisogno di un'organizzazione particolare). Parlando invece di gestione dei comportamenti sintomatici, possiamo affermare che le tre modalità di gestione suggerite dalla teoria (contenimento, comprensione e controllo) sono emerse anche dalle risposte dei CPE di Lugano e di Stabio, a differenziarsi è stato Gerrapiano il quale – nonostante ha messo l'accento sulla necessità di lasciar esprimere il bambino e di non affrettarsi con le conclusioni bensì di osservare e di riflettere attentamente su come poter aiutare il bambino ad esprimersi diversamente – non ha accennato ad alcuna modalità di gestione. Riferendomi poi ai successivi due ambiti, ossia il dover ricostruire la fiducia aumentando le diverse capacità del bambino e il dover riflettere accuratamente attuando una valutazione in itinere cercando così la giusta distanza relazionale, le interviste effettuate sul campo hanno dimostrato che tutti e tre i CPE hanno questi obiettivi, cercando il più possibile quindi di favorire lo sviluppo di numerose capacità nel bambino, la riacquisizione di una fiducia negli adulti e riflettendo sempre accuratamente su ogni singola situazione e storia di vita, valutando e monitorando costantemente la presa a carico e cercando regolarmente la giusta distanza relazionale. Uno dei punti in cui spicca chiaramente la mancata coincidenza tra i suggerimenti della teoria e quanto emerso dalle interviste è la costruzione di una storia comune all'interno della struttura e la necessità di fare molta attenzione durante i momenti di cura personale: per quanto concerne il CPE di

STUDENTSUPSI

Stabio non sono emersi elementi significativi riguardo questo tema, mentre per Gerrapiano e Lugano è emerso unicamente il loro impegno nel prestare attenzione durante i momenti di particolare vicinanza fisica, come ad esempio l'andare in bagno, cambiare il pannolino o cambiarsi per l'attività di piscina, ma nessuno dei tre capo-équipe ha accennato alla necessità di costruire all'interno della struttura una storia comune. Anche mettendo a confronto quanto dice la teoria in merito al rinforzo della persona e all'acquisizione di una maggiore fiducia in se stessi troviamo risposte differenti: dalle risposte date dal capo-équipe del CPE di Gerrapiano emerge unicamente l'aspetto del rinforzo della persona e non dell'acquisizione di maggiore fiducia nel bambino; per quanto riguarda il CPE di Lugano, non sono emersi elementi significativi in questo ambito ed al contrario invece, dalle risposte date dalla capo-équipe del CPE di Stabio, emerge come si cerchi di fare un lavoro sul rinforzo della persona e sull'acquisizione di fiducia. Un altro spunto inserito all'interno del corpo centrale di questo lavoro è la necessità di utilizzare l'aspetto ludico come mediatore, spunto che trova conferma nei dati emersi da tutte e tre le interviste, anzi, i tre capo-équipe hanno sottolineato più volte come l'aspetto ludico sia presente e fondamentale nelle prese a carico del CPE. Parlando invece di sostegno emotivo e dell'importanza di dare al bambino la possibilità di riconoscere, nominare ed elaborare le proprie emozioni, mettendo le tre interviste a confronto si può affermare che anche in questo ambito quanto attuato dai tre CPE corrisponde con quanto trovato nella letteratura consultata. Il punto successivo, dedicato all'importanza di effettuare una buona osservazione, di ascoltare attivamente e di porre dei limiti che devono poi rimanere tali, trova anch'esso conferma nelle risposte date dai tre capo-équipe: in tutti e tre i CPE infatti si cerca di osservare attentamente prima di programmare o intervenire, si da un'importanza particolare all'ascolto dei bisogni e dei malesseri dei bambini e in tutti e tre i Centri si ha il pensiero che i limiti sono necessari e che una volta delineati devono rimanere tali. I successivi due punti riguardano rispettivamente il lavoro con il gruppo di pari e il lavoro individuale; la teoria sottolinea l'importanza e la funzionalità di lavorare in gruppo, esplicitandone i punti di forza, ma evidenzia anche la necessità di effettuare parallelamente un lavoro individuale. In entrambi i punti, quindi sia per quanto riguarda la dimensione gruppale sia per quella individuale, i tre capo-équipe hanno fornito risposte molto simili, accentuando come al CPE la dimensione gruppale sia presente e fondamentale senza però escludere la possibilità di prendere a carico anche individualmente; è interessante anche vedere come coincidano – tra di loro e a confronto con la teoria – i punti di forza elencati da tutti e tre i capo-équipe. Riferendomi ora al suggerimento della teoria di educare i bambini a riconoscere ed evitare quelle situazioni potenzialmente pericolose, purtroppo sia il capo-équipe di Gerrapiano sia il capo-équipe di Lugano non hanno fornito elementi significativi in questo senso, mentre dalla capo-équipe del Centro di Stabio è emerso come sia importante insegnare ai bambini che le attenzioni e gli affetti mancati in passato non devono essere cercati da chiunque. A proposito invece di materiali e spazi facilitatori della relazione educativa, di cui ne sono stati elencati

STUDENTSUPSI

numerosi all'interno del corpo centrale, le interviste effettuate ai tre CPE hanno mostrato come in tutti e tre i casi corrispondano numerosi di questi materiali e spazi facilitatori. Infine, anche per quanto concerne gli ultimi due suggerimenti dati dalla teoria – ovvero che è importante lavorare e collaborare in rete con differenti figure professionali ed è necessario offrire agli educatori degli spazi privilegiati previsti per il confronto e l'elaborazione dei diversi vissuti nati dalla relazione con questi minori – i dati emersi dall'estrapolazione delle interviste mettono chiaramente in risalto la corrispondenza tra quanto attuato all'interno dei tre CPE e quanto suggerito dalla letteratura; tutti e tre i capo-équipe infatti hanno espresso il loro parere positivo circa la collaborazione con diverse figure multidisciplinari riconoscendone la necessità, e tutti e tre i capo-équipe hanno elencato i diversi momenti che il CPE mette a disposizione dei suoi operatori per rielaborare i vari vissuti, per monitorare l'andamento della presa a carico o per riflettere attorno a questioni che meritano attenzione e dedizione da parte di tutta l'équipe.

Come detto anche all'inizio di questo paragrafo quindi, a livello generale i risultati emersi dalle tre interviste dimostrano che quanto messo in atto dai tre Centri Psico-Educativi presenti sul suolo ticinese corrisponde ai suggerimenti dati dalla letteratura da me consultata; questo concretamente ci permette di affermare che se un minore vittima di abusi viene preso a carico da uno dei tre CPE, gli educatori sociali che operano al suo interno metteranno in pratica interventi funzionali e idonei per la sua specifica situazione con l'obiettivo quindi di tamponare l'evento traumatico perché in futuro non diventi un fattore di rischio per lo sviluppo di psicopatologie.

7. Conclusioni

All'inizio del mio Lavoro di Tesi si prefissava come obiettivo quello di rispondere alla mia domanda di ricerca in merito alle buone pratiche educative di un operatore sociale con un minore vittima di abusi; oltre a ciò, intendevo aumentare le mie conoscenze in merito a questo grande tema e capire quale fosse l'approccio istituzionale messo in atto dai tre CPE allo scopo di confrontarlo con quanto suggerito dalla teoria. Alla fine di questo percorso posso dire di aver raggiunto, anche se con qualche difficoltà, gli obiettivi posti all'inizio; grazie alla letteratura consultata ho potuto trovare le pratiche consigliate da mettere in atto in questo tipo di casistiche, pratiche che sicuramente potrò utilizzare nel mio futuro professionale qualora mi saranno necessarie; ho avuto modo di ampliare il mio bagaglio di conoscenze su questo tema tanto delicato e, infine, grazie ai risultati emersi dalle tre interviste ho potuto verificare come gli interventi messi in atto dai tre CPE siano molto vicini – e in alcuni casi uguali – agli approcci e ai suggerimenti forniti dalla letteratura.

Nonostante sono dell'idea di aver raggiunto gli obiettivi prefissati a inizio Tesi, sono consapevole di alcuni limiti all'interno di questa mia ricerca: come motivato a inizio Lavoro,

STUDENTSUPSI

ho deciso di rimanere aderente al posto di lavoro in cui ho effettuato l'ultima pratica professionale; questa scelta mi ha in parte limitata in quanto il CPE è una struttura che prende a carico bambini con diverse patologie medio-gravi e non unicamente casistiche di abuso, inoltre, come già emerso durante le interviste, il CPE solitamente non è la prima struttura ad intervenire in casi di abusi, bensì entra in gioco in un secondo momento se la situazione e la condizione del bambino lo richiede. Sarebbe stato interessante – se i vincoli del Lavoro di Tesi me lo avessero permesso – prendere in esame anche strutture residenziali che intervengono nell'immediato, come per esempio il Centro di Pronta Accoglienza e Osservazione (PAO) di Mendrisio. Nonostante questi limiti, sono comunque dell'idea che quanto affrontato in questa mia ricerca sia in relazione rispetto alla mia pratica professionale e sia importante per la figura dell'operatore sociale; avendo svolto la pratica proprio presso il CPE ho avuto modo di provare su me stessa l'approccio istituzionale messo in atto e di avere a che fare io stessa con bambini vittime di qualche tipologia di abuso, potendo così ampliare le mie conoscenze su molti aspetti e avendo anche la possibilità di riflettere sul mio operato di questi mesi.

Credo che l'abuso su minori sia il più grave degli eventi con cui un operatore sociale debba confrontarsi, uno di quegli avvenimenti capace di annientare non solo chi lo subisce ma anche chi deve prendersene cura, in grado di modificare completamente il futuro di chi ne è vittima e di chi sta vicino alla vittima e talmente potente con le sue conseguenze da necessitare la giusta cura al giusto momento. L'educatore sociale in una simile presa a carico è responsabile di dare al minore un'altra via d'uscita, di offrirgli un futuro migliore libero da ulteriori traumi e di evitare il più possibile l'insorgere di qualche patologia e – in una società in cui sentiamo sempre più parlare di abusi su minori – ho concluso che non c'era più tempo per rimandare la discussione. Purtroppo mi rendo conto che – come mi ha suggerito anche uno degli intervistati – non esiste un *Vademecum* che ci dica cosa fare, cosa dire, come comportarci e in quali situazioni e questo potrebbe essere un ulteriore limite del mio Lavoro; esistono però – ed è per questo che ho voluto comunque seguire questo progetto – delle buone pratiche, dei validi consigli e delle opportune strategie che possono aiutare l'educatore ad operare nella giusta direzione. Ritengo che questa mia ricerca potrebbe essere utile agli operatori sociali per fornire loro delle basi entro cui potrà poi *muoversi* la soggettività di tutti coloro che lavoreranno con giovani vittime di abusi. Per concludere, sono soddisfatta del percorso intrapreso, grazie a questa ricerca ho più consapevolezza sugli abusi sui minori, di quali possono essere le sue conseguenze e di come, in qualità di futura educatrice sociale, dovrò comportarmi se dovessi trovarmi a lavorare con minorenni vittime di abusi.

STUDENTSUPSI

8. Bibliografia e sitografia

Fonti bibliografiche

Acquistapace, V. & Milani, L. (2005). Gli operatori di fronte all'abuso sessuale: reazioni emotive e risorse personali. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 2005 (Vol. 7 nr. 2), pp. 99-108.

Agosti, S. & Pessina, C. (2007). Trattamenti di gruppo per bambini vittime di abuso sessuale. *Ecologia della mente, rivista interdisciplinare per la costruzione di un comportamento terapeutico*, 2007 (2), pp. 174-194.

Aliberti, S., Nuzzo, A. & Pirozzi, F. (2016). *Dal gruppo al gruppo di lavoro.* (materiale didattico del modulo "Processi nelle équipe"). Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Manno.

American Psychiatric Association (APA), (2014). *DSM-5. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Quinta edizione.* (Biondi, M. , trad.). Milano: Raffaello Cortina Editore. (opera originale pubblicata nel 2013).

Amodio, G., Donati, D. & Rosa, S. (2002). L'intervento di tutela nei confronti del minore maltrattato e abusato. Riflessioni su un intervento all'interno di una Comunità residenziale: "Casa Montebello". *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 2002 (vol. 4 nr. 2), pp. 107-127.

Angeli, A. & Quarello, E. (2002). La gestione dei comportamenti sintomatici dei bambini vittime di abuso sessuale accolti in comunità. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 2002 (vol. 4, n. 1), pp. 105-116.

Baglioni, P. & Corato, A. (2008). Il trattamento psicosociale dei minori abusati e maltrattati: uno studio di follow-up sui casi del "Centro Tutela del Minore" di Vicenza. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 2008 (vol. 10 nr. 3), pp. 73-101.

Bernegger, G. (2014). Traum(a): trauma, sogno, racconto. *Rivista per le Medical Humanities*, 2014 (28), pp. 13-21.

Bertonati, C. (2007). Trattamento di gruppo per vittime di abuso sessuale e loro caregiver: analisi della letteratura. *Ecologia della mente, rivista interdisciplinare per la costruzione di un comportamento terapeutico*, 2007 (2), pp. 158-173.

Campbell, R. & Hinsie, L. (1979). *Dizionario di psichiatria.* (Cuzzolaro, M. & Zanda, G., trad.). Roma: Casa Editrice Astrolabio – Ubaldini Editore. (opera originale pubblicata nel 1970).

STUDENTSUPSI

Caon, L., Grisillo, D., Omizzolo, P. & Romizi, R. (2004). Pet Therapy. *Il Cesalpino, rivista medico-scientifica dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Arezzo,* 2004 (9), pp. 28-30.

Castiglioni, M. (2014). Si può scrivere il trauma?. *Rivista per le Medical Humanities,* 2014 (28), pp. 22-29.

Castrogiovanni, P. & Traverso, S. (2006). *Per una definizione della traumaticità dell'evento*. 2006 (2); pp. 123-149.

Carey, M. (2013). *La mia tesi in servizio sociale*. (Pasini, A. & Raineri, M. , trad.) Trento: Erickson. (opera originale pubblicata nel 2013).

Cecchi, C., Cosci, F., Faravelli, C. & Valgiusti, S. (2004). *Eventi di vita e patologia psichiatrica.* 2004 (3), pp. 187-213.

Consiglio d'Europa. (1978). *IV Seminario Criminologico.* Strasburgo.

D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J. & Van Der Kolk, B. (2015). Comprendere il trauma interpersonale nei bambini: perché abbiamo bisogno di una diagnosi orientata allo sviluppo. (Cerniglia, L. , trad.). *Infanzia e adolescenza, Quaderni, Prospettive cliniche e neurobiologiche nel trattamento dell'abuso e della trascuratezza*, 2015 (1).

Damilano, G. & Macario, P. (1995). *Il bambino negato. Teoria ed esperienze di pratica educativa nelle condizioni di abuso all'infanzia.* Torino: Editrice Elle Di Ci.

De Pasquale, M. (2017). *Infermieristica legale e forense. Ne abbiamo bisogno anche in Ticino? Ricerca qualitativa-fenomenologica sull'applicazione di questo ramo specialistico emergente anche nel nostro territorio* (Tesi di Bachelor). Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Manno.

Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse, *American Journal of Orthopsychiatry,* 55 (4), pp. 530-541.

Foschi G., (2011-2012). *I disturbi post-traumatici alla luce della teoria di Onno Van Der Hart. Analisi di un caso clinico* (Tesi di Licenza). Università Pontificia Salesiana, Facoltà di Scienze dell'Educazione, curricolo di Psicologia Clinica e di Comunità, Roma.

Lewis Herman, J. (2005). *Guarire dal trauma.* (Russo, R. , trad.). Roma: Edizioni Scientifiche Ma.Gi. s.r.l. (opera originale pubblicata nel 1992).

STUDENTSUPSI

Magnolfi, G. (2009, ottobre). CPE – I Centri Psico-Educativi in Ticino. *Un modello di Hôpital de Jour per bambini con disagio psichico*. Presentazione tenuta alla conferenza dell'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale, Mendrisio.

Magnolfi, G. (2008, giugno). Connettendosi alla rete: il ruolo dei CPE in Ticino nella filiera delle cure psichiche nell'infanzia. *Lugano: il bambino e la sua rete.* Presentazione tenuta alla conferenza dell'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale, Mendrisio.

Malacrea, M. (1997). L'intervento psicologico nell'abuso sessuale all'infanzia. In Bianchi, D. & Luberti, R. (a cura di), *...e poi disse che avevo sognato*. Firenze: Edizioni Cultura per la Pace.

Malacrea, M. (1998). *Trauma e riparazione, la cura nell'abuso sessuale all'infanzia.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Malaguti, E. (2005). *Educarsi alla resilienza. Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi.* Gardolo (TN): Edizioni Erickson.

Marcelli, D. (1999). *Psicopatologia del bambino. Quinta edizione italiana.* (Cazzullo, A., trad.). Milano: Masson S.p.A. (opera originale pubblicata nel 1999).

Nicolais, G. (2015). Metodologie valutative nell'abuso e nella trascuratezza: per una diagnosi non solipsistica. *Infanzia e adolescenza, Quaderni, Prospettive cliniche e neurobiologiche nel trattamento dell'abuso e della trascuratezza*, 2015 (1), pp. 45-58.

Nuzzo, A. & Pirozzi, F. (2014). *L'approccio sistemico* (materiale didattico del modulo "Processi comunicativi e relazionali"). Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Manno.

Pittàno, G. (1998). *Sinonimi e contrari, seconda edizione maggiore. Dizionario fraseologico delle parole equivalenti, analoghe e contrarie.* Bologna: Zanichelli editore S.p.A.

Preuschoff, G. (1998). *Come capire e risolvere le paure dei bambini.* Como: Red Edizioni.

Pro Juventute. (1992). Abusi sessuali su bambini e giovani, un primo passo: parlarne. *Pro Juventute, rivista per la gioventù, la famiglia e la società,* 1992 (60), p. 44.

Santoro, E. (2011). L'adattamento resiliente nei bambini vittime di abuso e maltrattamento: un'analisi dei fattori protettivi e dei meccanismi di mediazione. *Maltrattamento e abuso all'infanzia,* 2011 (3), pp. 33-52.

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana [SUPSI]. (2013). *Associazioni, enti e servizi sociali e sanitari operanti in Ticino.* Recuperato da

STUDENTSUPSI

http://www.supsi.ch/deass/dms/deass/...sociale/SUPSI-DSAS_Brochure_Istituzioni_2013.pdf

World Health Organization. (2006). *Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi.* (Bondi, L., Conforti, S., Piganti, A. & Costigan, G., trad.). Recuperato da http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/3/9241594365_ita.pdf

Fonti elettroniche

Associazione Psychiatry On Line Italia. (s.d.). *L'organizzazione dei servizi psichiatrici in Canton Ticino*. Sito dell'Associazione Psychiatry On Line Italia. Recuperato il 17 giugno 2017, da http://www.psychiatryonline.it/node/4202

Enciclopedia Treccani (s.d.). *Trauma*. Sito dell'Enciclopedia Treccani. Recuperato il 20 giugno 2017, da http://www.treccani.it/enciclopedia/trauma/

Immagine copertina:

Google immagini (s.d.). *Abusi sessuali sui bambini.* Sito di Google immagini. Recuperato il 6 settembre 2017, da http://www.ilsuperuovo.org/wp-content/uploads/2017/08/child-abuse_gamma_780890_01.jpg

STUDENTSUPSI

9. Allegati

Indice degli allegati

9.1 Allegato numero 1: Glossario
9.2 Allegato numero 2: Consenso informato per l'intervista al capo-équipe di Gerrapiano
9.3 Allegato numero 3: Consenso informato per l'intervista al capo-équipe di Lugano
9.4 Allegato numero 4: Consenso informato per l'intervista al capo-équipe di Stabio
9.5 Allegato numero 5: Modello dell'intervista effettuata ai tre capo-équipe
9.6 Allegato numero 6: Trascrizione delle interviste effettuate
9.7 Allegato numero 7: Tabella per facilitare la lettura e il confronto tra i dati emersi

9.1 Allegato numero 1 – Glossario

Antinomia: In pedagogia il concetto di antinomia viene assunto unicamente per analogia all'uso che si fa in filosofia e diritto. In ambito educativo e pedagogico le antinomie corrispondono a coppie di concetti che spesso si presentano come problemi e le cui soluzioni non sempre sono la reciproca esclusione dei due concetti. (Poletti, F. (2016). *Lavoro sociale e pedagogia sociale* (materiale didattico del modulo "Approcci pedagogici nel Lavoro Sociale"). Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Manno)

Autorità Regionale di Protezione (ARP): L'autorità regionale di protezione è un'istituzione che esercita la funzione di protezione dei minori e degli adulti secondo la legislazione federale. In Ticino sono state costituite sedici autorità regionali di protezione; le competenze di queste autorità sono assistere e consigliare gli utenti nell'ambito dell'applicazione del diritto tutorio, nominare o revocare i curatori e monitorare il loro operato, approvare i rapporti morali e i rendiconti finanziari, autorizzare operazioni particolari come, ad esempio, compravendita di immobili, cambiamento di domicilio,... Più in generale l'ARP deve occuparsi delle relazioni personali dei figli di non sposati e di divorziati, di prendere decisioni in merito all'autorità parentale, alla custodia e alla determinazione di un luogo di dimora per minori, della protezione dei minorenni ed anche della protezione degli adulti. Entrando nello specifico, per i minorenni l'ARP provvede ad impartire istruzioni, a dare sostegni alla famiglia, alla curatela educativa o curatela di mediazione tra i genitori, a privare della custodia dei figli, l'affidamento o il collocamento di questi, autorizza all'adozione, approva i contratti riguardo l'obbligo di mantenimento, adotta misure di protezione adeguate, in caso di conflitti decide le relazioni personali dei figli. Per gli adulti invece l'ARP si occupa di favorire l'autodeterminazione, rafforzare la famiglia e i suoi legami e salvaguardare il benessere delle persone bisognose con interventi proporzionati mediante la sussidiarietà dello Stato. L'Autorità regionale di protezione riceve le segnalazioni dalle autorità giudiziarie o amministrative, dagli organi di polizia, dai funzionari e i pubblici dipendenti e da qualsiasi persona che opera nei settori

STUDENTSUPSI

dell'educazione, del sociale e della sanità, i quali trasmettono le informazioni rilevanti per l'adozione di eventuali misure di protezione. (Canepa, E. (2016). *ARP – Casi concreti* (materiale didattico del modulo "Famiglie e partenariato educativo"). Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Manno; Repubblica e Cantone Ticino. (s.d.). *Autorità Regionale di Protezione*. Sito della Repubblica e Cantone Ticino. Recuperato il 7 agosto 2017, da http://www4.ti.ch/poteri/giudiziario/giustizia-civile/autorita-regionali-di-protezione/)

Concetto del "Sé": In psicologia il termine *Sé* può avere due aspetti: uno la cui esistenza può essere inferita da un osservatore esterno e un altro di cui il soggetto stesso è cosciente. Il *sé inferito* è la struttura di personalità che rappresenta il nucleo in cui prendono forma decisioni e programmi e processi di difesa e può, appunto, essere compreso da qualsiasi osservatore esterno. Questo aspetto del Sé è comunemente chiamato con il termine concepito da Freud "Io", precisando però che la sua definizione non corrisponde a quella freudiana. Il termine Sé può essere perciò riservato per indicare quel sé di cui la persona è consapevole. In psicologia analitica invece il termine *Sé* indica l'archetipo centrale, dell'ordine, la totalità dell'uomo. Per gli psicanalitici il concetto di Sé indica un'entità sopraordinata all'io cosciente ed esso abbraccia sia la psiche cosciente sia la psiche inconscia. (Hinsie, L. & Campbell, R. (1979). *Dizionario di psichiatria.* (Cuzzolaro, M. & Zanda, G. , trad.). Roma: Casa Editrice Astrolabio – Ubaldini Editore. (opera originale pubblicata nel 1970)).

Disturbo d'ansia (sindromi ansiose): Le caratteristiche dell'ansia sono numerose, a livello psicologico vi è un vissuto emotivo spiacevole, che può avere un contenuto specifico e stabile (come nel caso delle fobie per qualcosa di particolare), oppure essere libera, nel senso che può di volta in volta legarsi ad un contenuto diverso; a livello fisico invece l'ansia si manifesta attraverso numerosi sintomi somatici che possono interessare il sistema cardiopolmonare, gastrointestinale, genitourinario o il sistema nervoso. All'interno della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10) stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) vi è un completo elenco dei diversi disturbi d'ansia e sono compresi all'interno della categoria *Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi* (F40-F48). All'interno di questa categoria troviamo: le sindromi fobiche (F40) quale gruppo di sindromi in cui l'ansia è evocata da specifiche situazioni o oggetti esterni alla persona che normalmente non sono visti come pericolosi. Queste situazioni o oggetti vengono evitati il più possibile o tollerati con paura. In questo caso l'ansia non si allevia se altre persone ti dicono che non considerano la situazione come come minacciosa o paurosa. VI sono poi all'interno anche le altre sindromi ansiose (F41) in cui le manifestazioni dell'ansia sono i sintomi principali ma non hanno limiti a situazioni particolari. Vi possono essere sintomi depressivi o ossessivi o fobici ma devono essere secondari alla condizione fondamentale, ossia l'ansia; troviamo poi la sindrome ossessivo-compulsiva (F42) caratterizzata essenzialmente da pensieri ossessivi o atti compulsivi ricorrenti. I pensieri ossessivi possono essere idee, impulsi o immagini che entrano continuamente nella

STUDENTSUPSI

mente del soggetto, sono riconosciuti come pensieri dell'individuo ma sono totalmente involotari e a volte ripugnanti. Gli atti e i rituali sono costantemente ripetuti e stereotipati, questi comportamenti sono riconosciuti dai soggetti e vengono attuati molti tentativi di resistervi; vi sono poi le reazioni a gravi stress e sindromi da disadattamento (F43) che comprendono tutte quelle sindromi indentificabili sia per la loro sintomatologia e decorso, sia perché sono determinate da un evento eccezionalmente traumatico oppure un cambiamento di vita importante e significativo; abbiamo poi le sindromi dissociative (F44) in cui la caratteristica principale è la parziale o completa perdita della normale integrazione di ricordi del passato, della consapevolezza della propria identità, delle sensazioni immediate e dei movimenti del proprio corpo; sempre all'interno di questo capitolo abbiamo le sindromi somatoformi (F45) in cui la principale caratteristica è la comparsa di ripetuti sintomi somatici e, in più, vi è la costante richiesta di indagini mediche anche qualora vi siano già stati esiti negativi precedenti; infine troviamo le altre sindormi nevrotiche (F48). (Organizzazione Mondiale della Sanità. (1997). *Classificazione multiassiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell'adolescente. Classificazione dei disturbi psichici e comportamentali dell'ICD-10 nell'infanzia e nell'adolescenza.* (Bianchi, M. , trad.). Milano: Masson S.p.A. (opera originale pubblicata nel 1996)).

Disturbo del comportamento e della sfera emozionale: i disturbi del comportamento e delle emozioni all'interno dell'ICD-10 sono inseriti sotto il capitolo Sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza (F90-F98) e comprendono in generale disattenzione, iperattività e impulsività; più precisamente vi sono tutte le sindromi ipercinetiche (caratterizzate da un esordio precoce di comportamenti iperattivi scarsamente modulati con un'intensa inattenzione e scarsa perseveranza in diverse situazioni) come il disturbo dell'attività e dell'attenzione, il disturbo ipercinetico della condotta, le sindromi ipercinetiche di altro tipo e le sindromi ipercinetiche non specificate. All'interno dei disturbi comportamentali ed emozionali vi sono inoltre i disturbi della condotta (F91, vedi prossima voce), i disturbi misti della condotta e della sfera emozionale (che comprendono i disturbi della condotta depressiva, altri disturbi misti della condotta e della sfera emozionale e i disturbi misti della condotta e della sfera emozionale non specificati). Vi sono al suo interno anche le sindromi e i disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia (F93, in cui troviamo più nel dettaglio la sindrome ansiosa da separazione dell'infanzia, la sindrome fobica dell'infanzia, la sindrome di ansia sociale dell'infanzia, il disturbo di rivalità tra fratelli, il disturbo emozionale dell'infanzia di altro tipo e il disturbo emozionale dell'infanzia non specificato). Sempre sotto questa categoria troviamo i disturbi del funzionamento sociale con esordio dell'infanzia e dell'adolescenza (F94, in cui vi sono il mutismo elettivo, il disturbo reattivo dell'attaccamento dell'infanzia, il disturbo disinibito dell'attaccamento dell'infanzia, il disturbo del funzionamento sociale nell'infanzia di altro tipo e il disturbo del funzionamento sociale nell'infanzia non specificato). Si continua con i disturbi a tipo tic (F95 che

STUDENTSUPSI

comprende il disturbo a tipo tic transitorio, il disturbo a tipo tic cronico motorio o verbale, i tic combinati motori e vocali multipli – sindrome di Tourette, il disturbo a tipo tic di altro tipo e il disturbo a tipo tic non specificato) ed infine troviamo gli altri disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza (F98 con al suo interno l'enuresi non organica, l'encopresi non organica, il disturbo dell'alimentazione della prima e della seconda infanzia, la pica della prima e della seconda infanzia – ossia il mangiare in modo persistente sostanze non alimentari come terra, pietre, ecc – il disturbo da movimenti stereotipati, le balbuzie, il farfugliamento, altri disturbi comportamentali ed emozionali specifici con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza, i disturbi comportamentali ed emozionali non specificati con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza e i disturbi psichici non altrimenti specificati). (Organizzazione Mondiale della Sanità. (1997). *Classificazione multiassiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell'adolescente. Classificazione dei disturbi psichici e comportamentali dell'ICD-10 nell'infanzia e nell'adolescenza.* (Bianchi, M. , trad.). Milano: Masson S.p.A. (opera originale pubblicata nel 1996)).

Disturbo della condotta: All'interno dei disturbi della condotta possono esserci condotte assai diverse. Questi disturbi sono caratterizzati da una modalità ripetitiva e persistente di condotta antisociale, aggressiva o provocatoria; questi disturbi molto spesso possono essere sintomatici di altre condizioni psichiatriche. Il loro punto in comune è quello di essere delle condotte sintomatiche che, di primo acchito, non necessitano di essere integrate in una psicopatia particolare. Ad eccezione delle condotte suicidarie esiste per tutte un continuum che varia da normalità a patologico, nel senso che questi comportamenti possono non avere un significato psicopatologico particolare se si presentano in modo isolato o, all'opposto, possono essere i primi segnali di ciò che diverrà una personalità antisociale o un altro disturbo di personalità. All'interno di questo disturbo possono esserci la fuga, il furto, la menzogna, la mitomania, il consumo di sostanze psicotrope come alcool, tabacco, hashish o solventi. Possono esserci poi condotte aggressive, eteroaggressive o autoaggressive (le quali comprendono automutilazioni o tentativi di suicidio). (Marcelli, D. & Cohen, D. (2011). *Psicopatologia del bambino.* (Battaglia, M. , trad.). Milano: Elsevier Srl. (opera originale pubblicata nel 1982)).

Disturbo della sfera sessuale: I disturbi della sfera sessuale sono molto variati nella loro manifestazione; all'interno dell'ICD-10 vi sono diverse classificazioni di disturbi che interessano la sferra sessuale. Una prima categoria è quella dei disturbi dell'identità sessuale (F64) che comprende il transessualismo, il travestitismo a ruolo doppio e i disturbi dell'identità sessuale nell'infanzia; si tratta di disturbi che generalmente emergono nella prima infanzia e che sono caratterizzati da disagio intenso verso il proprio sesso, associato quindi a un desiderio di essere del sesso opposto. Spesso vi è polarizzazione sugli abiti o sulle attività del sesso opposto e un rifiuto a quelli del proprio e per diagnosticare un simile disturbo ci vuole una profonda osservazione; non è sufficiente che

STUDENTSUPSI

il bambino si comporti da semplice “femminuccia” o la bambina da “maschiaccio” per decretare un disturbo dell’identità sessuale; troviamo poi, sempre sotto la voce dei disturbi dell’identità sessuale (F64) altri disturbi dell’identità sessuale e disturbi dell’identità sessuale non specificati. Oltre a questo, all’interno dell’ICD-10 vi è anche la categoria dei disturbi della preferenza sessuale (F65) il quale comprende il feticismo, il travestitismo feticistico, l’esibizionismo, il voyerismo, la pedofilia, il sado-masochismo, i disturbi multipli della preferenza sessuale, altri disturbi della preferenza sessuale e i disturbi della preferenza sessuale non specificati. Si prosegue poi con i disturbi psicologici e comportamentali associati con lo sviluppo e l’orientamento sessuale (F66) il quale comprende crisi di maturazione sessuale (incertezza circa il proprio orientamento sessuale e la propria identità che causano ansia o depressione), l’orientamento sessuale egodistonico, i problemi nelle relazioni sessuali, altri disturbi dello sviluppo psico-sessuale e i disturbi non specificati dello sviluppo psico-sessuale; troviamo anche gli altri disturbi della personalità e del comportamento dell’adulto (F68) con all’interno l’elaborazione di sintomi fisici per ragione psicologiche, la produzione intenzionale o imitazione di sintomi o disabilità, fisici o psicologici (disturbo fittizio) e altri disturbi specifici della personalità e del comportamento nell’adulto. Infine abbiamo il disturbo non specificato della personalità e del comportamento nell’adulto (F69). (Organizzazione Mondiale della Sanità. (1997). *Classificazione multiassiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell’adolescente. Classificazione dei disturbi psichici e comportamentali dell’ICD-10 nell’infanzia e nell’adolescenza.* (Bianchi, M. , trad.). Milano: Masson S.p.A. (opera originale pubblicata nel 1996)).

Disturbo dello spettro autistico: *vedi Sindrome da alterazione globale dello sviluppo.*

Disturbo di personalità: Include diverse condizioni e modalità di comportamento che sono di significato clinico, tendono a essere persistenti e sono l’espressione di uno stile di vita e di un modo di porsi in relazione con sé stessi e con gli altri; alcune di queste modalità di comportamento emergono precocemente nel soggetto, mentre altre emergono più tardi nel corso della vita. Nell’ICD-10 i disturbi di personalità sono suddivisi come segue: disturbi specifici di personalità, altri disturbi di personalità e forme miste, modificazioni durature della personalità (F60-F62). Questi disturbi comprendono modalità di comportamento radicate e molto durature e si manifestano come risposta a una vasta gamma di situazioni personali e sociali; i disturbi di personalità sono condizioni che appaiono nell’infanzia e si prolungano nell’età adulta mentre, al contrario, le modificazioni della personalità si acquisiscono solitamente nel corso della vita adulta a seguito dell’esposizione a fattori stressanti intensi o prolungati, deprivazioni ambientali o malattie o traumi del cervello. (Organizzazione Mondiale della Sanità. (1997). *Classificazione multiassiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell’adolescente. Classificazione dei disturbi psichici e comportamentali dell’ICD-10 nell’infanzia e nell’adolescenza.* (Bianchi, M. , trad.). Milano: Masson S.p.A. (opera originale pubblicata nel 1996)). I disturbi di

STUDENTSUPSI

personalità sono più in generale suddivisi in tre categorie, detti *cluster A, B e C;* il gruppo A comprende pazienti con comportamenti strani o eccentrici con tratti di difficoltà sociale, disagio nelle situazioni sociali, ritiro sociale ed è suddivisibile in disturbo di personalità paranoide, schizoide o schizotipico; il gruppo B comprende quei pazienti che appaiono come troppo emotivi, instabili e drammatici e tutti quei tratti di reattività emotiva e scarso controllo degli impulsi ed è suddivisibile in antisociale, borderline, istrionico e narcisistico; mentre il gruppo C comprende tutti quei pazienti che all'apparenza sono tesi e angosciati con tratti ansiosi, paurosi e possiamo trovare il disturbo di personalità evitante, dipendente o ossessivo-compulsivo. (Pezzoli, L. (2015). (materiale didattico del modulo "Sofferenze psichiche"). Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Manno)

Disturbo ossessivo compulsivo: Il disturbo ossessivo compulsivo fa parte di una sindrome (nell'ICD-10 è inserita sotto la sindrome ossessivo-compulsiva F42) in cui la caratteristica essenziale è la ricorrenza di pensieri ossessivi o di atti compulsivi. I pensieri ossessivi possono essere immagini, idee, impulsi che entrano nella mente del soggetto in modo stereotipato. Spesso il soggetto prova con tutto se stesso a resistere a questi pensieri e all'impulso degli atti, senza ottenere particolare successo. Anche se questi pensieri e questi atti sono involontari, il soggetto se ne rende conto e li riconosce come propri; spesso il paziente li vede anche come tentativo per prevenire qualche evento spiacevole. Solitamente l'esordio avviene nell'infanzia o precocemente nell'età adulta. (Organizzazione Mondiale della Sanità. (1997). *Classificazione multiassiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell'adolescente. Classificazione dei disturbi psichici e comportamentali dell'ICD-10 nell'infanzia e nell'adolescenza.* (Bianchi, M. , trad.). Milano: Masson S.p.A. (opera originale pubblicata nel 1996)).

Disturbo post-traumatico da stress (DPTS): il disturbo post-traumatico da stress è il disturbo post-traumatico più studiato negli ultimi tempi. La caratteristica essenziale del disturbo da stress post-traumatico è lo sviluppo di sintomi tipici che seguono l'esposizione a uno o più eventi traumatici. La manifestazione clinica del DPTS è variabile. All'interno del DSM-5 troviamo i criteri a cui bisogna adempiere per poter diagnosticare questo disturbo, e, da poco tempo a questa parte possiamo trovare anche i criteri per poter diagnosticare questo disturbo nei bambini sotto i sei anni. Di seguito sono riportati i criteri diagnostici del DPTS:

Nota: i seguenti criteri si riferiscono a adulti, adolescenti e bambini di età superiore ai 6 anni. Per bambini sotto i 6 anni, si consultino i criteri corrispondenti riportati più avanti.

A. Esposizione a morte reale o minaccia, grave lesione, oppure di violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi:

1. Fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i
2. Assistere direttamente a un evento/i traumatico/i

STUDENTSUPSI

3. Venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure a un amico stretto. In caso di morte reale o minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento/i deve essere stato violento o accidentale
4. Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell'evento/i traumatico/i (per es., i primi soccorritori che raccolgono resti umani; agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli di abusi sui minori)

B. Presenza di uno (o più) dei seguenti sintomi intrusivi associati dell'evento/i traumatico/i, che hanno inizio successivamente all'evento/i traumatico/i:

1. Ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell'evento/i traumatico/i. Nota: nei bambini di età superiore ai 6 anni può verificarsi un gioco ripetitivo in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti l'evento/i traumatico/i.
2. Ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati all'evento/i traumatico/i. Nota: nei bambini, posso essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile.
3. Reazioni dissociative (es. flashback) in cui il soggetto sente come se l'evento/i traumatico/i si stesse ripresentando. (Tali reazioni possono verificarsi lungo un continuum, in cui l'espressione estrema è la completa perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante). Nota: nei bambini, la riattualizzazione specifica del trauma può verificarsi nel gioco
4. Intensa o prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i
5. Marcate reazioni fisiologiche a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i

C. Evitamento persistente degli stimoli associati all'evento/i traumatico/i, iniziato dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da uno o entrambi i seguenti criteri:

1. Evitamento o tentativi di evitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i
2. Evitamento o tentativi di evitare fattori esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che suscitano ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i.

D. Alterazioni negative di pensieri ed emozioni associati all'evento/i traumatico/i, iniziate o peggiorate dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da due (o più) dei seguenti elementi:

1. Incapacità di ricordare un aspetto importante dell'evento/i traumatico/i (dovuta tipicamente ad amnesia dissociativa e non ad altri fattori come trauma cranico, alcol o droghe)

STUDENTSUPSI

2. Persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative relative a se stessi, ad altri o al mondo (per es. "Io sono cattivo", "Non ci si può fidare di nessuno", "Il mondo è assolutamente pericoloso", "Il mio sistema nervoso è definitivamente rovinato").
3. Persistenti, distorti pensieri relativi alla causa o alle conseguenze dell'evento/i traumatico/i che portano l'individuo a dare la colpa a se stesso oppure agli altri.
4. Persistente stato emotivo negativo (per es., paura, orrore, rabbia, senso di colpa o vergogna)
5. Marcata riduzione di interesse o partecipazione ad attività significative
6. Sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri
7. Persistente incapacità di provare emozioni positive (per es., incapacità di provare la felicità, soddisfazione o sentimenti di amore)

E. Marcate alterazioni dell'arousal e reattività associati all'evento/i traumatico/i, iniziate o peggiorate dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da due (o più) dei seguenti criteri:

1. Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia (con minima o nessuna provocazione) tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti
2. Comportamento spericolato o autodistruttivo
3. Ipervigilanza
4. Esagerate risposte di allarme
5. Problemi di concentrazione
6. Difficoltà relative al sonno (per es., difficoltà nell'addormentarsi o nel rimanere addormentati, oppure sonno non ristoratore)

F. La durata delle alterazioni (criteri B, C, D e E) è superiore a 1 mese

G. L'alterazione provoca disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti

H. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., farmaci, alcool) o a un'altra condizioni medica.

Specificare inoltre se si tratta di DPTS:

Con sintomi dissociativi (depersonalizzazione o derealizzazione) e se ha espressione ritardata o meno. (American Psychiatric Association (APA), (2014). *DSM-5. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Quinta edizione.* (Biondi, M. , trad.). Milano: Raffaello Cortina Editore. (opera originale pubblicata nel 2013).

Legge sull'assistenza sociopsichiatrica cantonale (LASP): La Legge sull'assistenza sociopsichiatrica cantonale è entrata in vigore abrogando quella già esistente del 26 gennaio 1983 e ha lo scopo di tutelare i diritti delle persone bisognose di assistenza, di creare le premesse per garantirgli un'assistenza psichiatrica e

STUDENTSUPSI

sociopsichiatrica pubblica adeguata, di istituire e organizzare le Unità Terapeutiche Riabilitative (UTR) nel territorio e di monitorare sul loro funzionamento e di favorire la prevenzione dei fattori che determinano i fenomeni patogeni a livello individuale e sociale. Questa legge definisce quali sono i diritti delle persone bisognose di assistenza (libertà personale e assistenza adeguata), l'organizzazione (ai fini dell'applicazione di questa legge, il Cantone è suddiviso in settori psichiatrici, con all'interno le Unità Terapeutiche Riabilitative - UTR, l'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale e la Clinica Psichiatrica Cantonale). Successivamente la Legge decreta le condizioni per l'ammissione e il collocamento nelle UTR (sia volontarie sia coattive), l'assistenza e i diritti degli utenti, le condizioni per eventuali ricorsi e risarcimenti e le disposizioni finali e transitorie. (Repubblica e Cantone Ticino, raccolta delle leggi vigenti del Cantone Ticino. (s.d.). *Legge sull'assistenza sociopsichiatrica*. Sito della Repubblica e Cantone Ticino. Recuperato il 7 agosto 2017, da http://www3.ti.ch/CAN/RLeggi/public/raccolta-leggi/legge/numero/6.3.2.1)

Psicosi: Le psicosi sono un gruppo eterogeneo e vario di disturbi psichiatrici in cui possono comparire, insieme o in sequenza, sintomi che si possono raggruppare in tre principali dimensioni: la prima è la trasformazione della realtà mediante sintomi positivi (ampia gamma di vissuti deliranti e allucinatori), la seconda dimensione è l'impoverimento ideoaffettivo mediante i sintomi negativi (apatia, abulia, anaffettività, non pianificazione degli scopi ed anche dall'impoverimento dei comportamenti sociali come il ritiro sociale) mentre la terza dimensione è quella della disorganizzazione cognitiva con alterazioni del linguaggio e del ragionamento che assume connotati caotici e illogici. Con sintomi positivi ci si riferisce a tutti quei sintomi che aggiungono *un qualcosa* alla realtà (ad esempio le allucinazioni sono considerate sintomi positivi in quanto con le allucinazioni si vede, sente o percepisce un qualcosa che nella realtà non esiste), al contrario, sono considerati sintomi negativi tutti quei sintomi che tolgono *un qualcosa* dalla realtà (ad esempio l'apatia è un sintomo che ti toglie la possibilità di avere un qualcosa in più nella realtà come per esempio relazioni sociali stabili e durature). (Pezzoli, L. (2015). *Le psicosi.* (materiale didattico del modulo "Sofferenze psichiche"). Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Manno)

Sindrome da alterazione globale dello sviluppo (+ disturbo dello spettro autistico): Questo gruppo è caratterizzato da anomalie qualitative e sono di costante riscontro l'alterazione della capacità di comunicazione, l'alterazione delle interazioni sociali e lo stretto repertorio, ripetitivo e stereotipato dei comportamenti, interessi e attività; tutte queste anormalità qualitative sono presenti nel funzionamento dell'individuo, variando unicamente nel grado. Nella maggior parte dei casi lo sviluppo è fin dalla prima infanzia anormale, sono poche le eccezioni. Solitamente vi è anche un certo grado di compromissione cognitiva. Questa sindrome deve essere diagnosticata sulla base delle caratteristiche del comportamento, indipendentemente dal fatto che vi siano o meno condizioni associate di interesse medico (se si manifesta un ritardo mentale deve essere

STUDENTSUPSI

codificato separatamente). All'interno dell'ICD-10, in questa sindrome da alterazione globale dello sviluppo (F84) troviamo l'autismo infantile, l'autismo atipico, la sindrome di Rett, la sindrome disintegrativa dell'infanzia di altro tipo, la sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati, la sindrome di Asperger, altre sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico e la sindrome non specificata da alterazione globale dello sviluppo psicologico. (Organizzazione Mondiale della Sanità. (1997). *Classificazione multiassiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell'adolescente. Classificazione dei disturbi psichici e comportamentali dell'ICD-10 nell'infanzia e nell'adolescenza.* (Bianchi, M. , trad.). Milano: Masson S.p.A. (opera originale pubblicata nel 1996)).

Ufficio di Aiuto alle Vittime di Reati: Il servizio di aiuto alle vittime di reati si basa sulla Legge Federale concernente l'Aiuto alle Vittime di reati (LAV) e il suo scopo è quello di fornire un aiuto alle vittime di reati e di rafforzarne i diritti. Sono considerate vittime tutti coloro la cui integrità fisica, psichica o sessuale è stata direttamente lesa a causa di un reato; non importa se l'autore sia stato rintracciato, se si sia comportato in modo colpevole o abbia agito intenzionalmente o per negligenza. Hanno diritto all'aiuto anche il coniuge della vittima, i figli, i genitori e tutti coloro che sono uniti alla vittima da legami analoghi (congiunti). L'aiuto consiste in una consulenza che viene assicurata dal Servizio per l'Aiuto alle Vittime, in una protezione della vittima e tutela dei suoi diritti nel procedimento penale, un indennizzo e la riparazione morale. L'aiuto è dato indipendentemente se la vittima è femmina o maschio, bambino o adulto. I reati riconosciuti ai sensi della LAV sono quelli contro la vita e l'integrità della persona (lesioni personali gravi o semplici, lesioni colpose, aggressione e omicidio), i reati contro l'integrità sessuale (violenza carnale, coazione sessuale, atti sessuali con fanciulli, molestie sessuali, atti sessuali con persone dipendenti, incapaci di discernimento, ricoverate o detenute, sfruttamento dello stato di bisogno, esibizionismo, pornografia e promovimento della prostituzione), i reati contro la libertà personale (minaccia, coazione, estorsione, tratta di esseri umani, sequestro di persona e rapimenti e presa d'ostaggio) e altri reati (rapina, sottrazione di minorenni e propagazione di malattie dell'uomo). (Repubblica e Cantone Ticino, Servizio per l'Aiuto alle Vittime di Reati. (s.d.). *Servizio LAV, vittima ai sensi della LAV*. Sito della Repubblica e Cantone Ticino. Recuperato il 7 agosto 2017, da https://www4.ti.ch/dss/dasf/uap/dlav/servizio-lav/).

STUDENTSUPSI

9.2 Allegato numero 2: Consenso informato per l'intervista al capo-équipe di Gerrapiano

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

SUPSI

Consenso informato

Studente	Relatore di tesi
- Joséphine Ciminella	- Lorenzo Pezzoli
Corso di laurea	**Modulo**
- Lavoro sociale	- Tesi di Bachelor DEASS
Anno	
- 2016-2017	

Egregio signor Dornbierer,

Con la presente le chiedo l'autorizzazione a svolgere un'intervista finalizzata alla raccolta di dati che confluiranno in una ricerca dal seguente tema:
"A come abuso, T come trauma... Il lavoro educativo nell'accompagnamento peritraumatico con bambini vittime di abusi (con focus nell'ambito dei Centro Psico-Educativi)"
Tale ricerca costituisce la base del mio Lavoro di Bachelor, che si propone di trovare quale sia la buona pratica educativa che un educatore professionale dovrebbe mettere in atto quando lavora con bambini che hanno subito degli abusi allo scopo di tamponare l'evento traumatico perché non diventi un fattore di rischio per lo sviluppo di una psicopatologia.
La sua partecipazione a questa indagine è volontaria. Se ora decide di partecipare potrà comunque ritirarsi in qualsiasi momento senza alcuna motivazione.
Con il presente documento intendo richiedere il suo consenso informato per la registrazione dell'intervista e il trattamento dei dati secondo i criteri sopracitati.

L'intervista sarà registrata per garantire di poter trascrivere il suo racconto e procedere ad un'analisi qualitativa dei contenuti.

Confidenzialità dei dati
Tutti i dati raccolti saranno trattati in modo strettamente confidenziale.

Persone di contatto
Se desidera ulteriori informazioni riguardo l'intervista o lo studio non esiti a contattarci ai seguenti recapiti:

Studente in Lavoro Sociale
Joséphine Ciminella tel. 076 679 42 03
e-mail: josephine.ciminella@student.supsi.ch

Relatore di tesi
Lorenzo Pezzoli
e-mail: lorenzo.pezzoli@supsi.ch

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO:

Io sottoscritto: JOSEF DORNBIERER

Dichiaro di aver compreso lo scopo del Lavoro di Bachelor e le modalità di trattamento dei dati personali.
Dichiaro il mio consenso informato a questa intervista.

Luogo: GERRA PIANO Data: 19.7.2017 Firma: [signature]

Data
19.07.2017

STUDENTSUPSI
STUDENTSUPSI

9.3 Allegato numero 3: Consenso informato per l'intervista al capo-équipe di Lugano

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

SUPSI

Consenso informato

Studente	Relatore di tesi
- Joséphine Ciminella	- Lorenzo Pezzoli
Corso di laurea	**Modulo**
- Lavoro Sociale	- Tesi di Bachelor DEASS

Anno
- 2016-2017

Egregio signor Maggi,

Con la presente le chiedo l'autorizzazione a svolgere un'intervista finalizzata alla raccolta di dati che confluiranno in una ricerca dal seguente tema:
***"A come abuso, T come trauma...* Il lavoro educativo nell'accompagnamento peritraumatico con bambini vittime di abusi (con focus nell'ambito di un Centro Psico-Educativo)"**
Tale ricerca costituisce la base del mio Lavoro di Bachelor, che si propone di trovare quale sia la buona pratica educativa che un educatore professionale dovrebbe mettere in atto quando lavora con bambini che hanno subito degli abusi allo scopo di tamponare l'evento traumatico perché non diventi un fattore di rischio per lo sviluppo di una psicopatologia.
La sua partecipazione a questa indagine è volontaria. Se ora decide di partecipare potrà comunque ritirarsi in qualsiasi momento senza alcuna motivazione.
Con il presente documento intendo richiedere il suo consenso informato per la registrazione dell'intervista e il trattamento dei dati secondo i criteri sopracitati.

L'intervista sarà registrata per garantire di poter trascrivere il suo racconto e procedere ad un'analisi qualitativa dei contenuti.

Confidenzialità dei dati
Tutti i dati raccolti saranno trattati in modo strettamente confidenziale.

Persone di contatto
Se desidera ulteriori informazioni riguardo l'intervista o lo studio non esiti a contattarci ai seguenti recapiti:

Studente in Lavoro Sociale	**Relatore di tesi**
Joséphine Ciminella tel. 076 679 42 03	Lorenzo Pezzoli
e-mail: josephine.ciminella@student.supsi.ch	e-mail: lorenzo.pezzoli@supsi.ch

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO:

Io sottoscritto: Maggi Marco

Dichiaro di aver compreso lo scopo del Lavoro di Bachelor e le modalità di trattamento dei dati personali.
Dichiaro il mio consenso informato a questa intervista.

Luogo: Lugano Data: 8-8-2017 Firma:

Data
08.08.2017

STUDENTSUPSI
STUDENTSUPSI

9.4 Allegato numero 4: Consenso informato per l'intervista al capo-équipe di Stabio

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

SUPSI

Consenso informato

Studente	Relatore di tesi
- Joséphine Ciminella	- Lorenzo Pezzoli
Corso di laurea	**Modulo**
- Lavoro sociale	- Tesi di Bachelor DEASS

Anno
- 2016-2017

Gentile signora Baruffini,

Con la presente le chiedo l'autorizzazione a svolgere un'intervista finalizzata alla raccolta di dati che confluiranno in una ricerca dal seguente tema:
***"A come abuso, T come trauma...* Il lavoro educativo nell'accompagnamento peritraumatico con bambini vittime di abusi (con focus nell'ambito del Centro Psio-Educativo)"**
Tale ricerca costituisce la base del mio Lavoro di Bachelor, che si propone di trovare quale sia la buona pratica educativa che un educatore professionale dovrebbe mettere in atto quando lavora con bambini che hanno subito degli abusi allo scopo di tamponare l'evento traumatico perché non diventi un fattore di rischio per lo sviluppo di una psicopatologia.
La sua partecipazione a questa indagine è volontaria. Se ora decide di partecipare potrà comunque ritirarsi in qualsiasi momento senza alcuna motivazione.
Con il presente documento intendo richiedere il suo consenso informato per la registrazione dell'intervista e il trattamento dei dati secondo i criteri sopracitati.

L'intervista sarà registrata per garantire di poter trascrivere il suo racconto e procedere ad un'analisi qualitativa dei contenuti.

Confidenzialità dei dati
Tutti i dati raccolti saranno trattati in modo strettamente confidenziale.

Persone di contatto
Se desidera ulteriori informazioni riguardo l'intervista o lo studio non esiti a contattarci ai seguenti recapiti:

Studente in Lavoro Sociale	**Relatore di tesi**
Joséphine Ciminella tel. 076 679 42 03	Lorenzo Pezzoli
e-mail: josephine.ciminella@student.supsi.ch	e-mail: lorenzo.pezzoli@supsi.ch

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO:

Io sottoscritto: Sonya Baruffini

Dichiaro di aver compreso lo scopo del Lavoro di Bachelor e le modalità di trattamento dei dati personali.
Dichiaro il mio consenso informato a questa intervista.

Luogo: Stabio Data: 24.07.17 Firma:

Data
24.07.2017

STUDENTSUPSI
STUDENTSUPSI

9.5 Allegato numero 5: Modello dell'intervista effettuata ai tre capo-équipe

Dati generici riguardanti l'intervistato:

Nome, cognome e professione dell'intervistato:

_____

_____

Capo-équipe del Centro Psico-Educativo di: _____

Esperienze lavorative pregresse in ambito Sociale:

_____

_____

_____

Opera presso il CPE da (mesi o anni):

_____

_____

Contestualizzazione del mio Lavoro di Tesi:

Il tema che ho scelto di sviluppare per il mio Lavoro di Bachelor riguarda l'abuso sui minori; con l'aiuto della teoria da me consultata è mio interesse capire quale sia l'intervento che un educatore sociale dovrebbe mettere in atto nella presa a carico di minori vittime di abusi. Il mio interesse è anche quello di approfondire e contestualizzare quale approccio viene utilizzato nei tre CPE presenti in ambito ticinese. Cercherò poi di mettere in relazione quanto emerso dalle interviste e valorizzare l'operato dei CPE alla luce di quanto dice la teoria da me consultata. Di seguito è riportato il titolo della mia ricerca:

"*A come abuso, T come trauma...* Il lavoro educativo nell'accompagnamento peritraumatico con minori vittime di abusi (con focus nell'ambito dei Centri Psico-Educativi)"

Il Centro Psico-Educativo e il suo approccio istituzionale

1) Qual è la casistica presa a carico dal CPE?

_____

_____

_____

2) Qual è l'operato del CPE?

STUDENTSUPSI

_____
_____
_____

2.1) Da sviluppare durante l'intervista ***se non viene già detto****:*
In che maniera viene organizzato il lavoro con i bambini?

_____
_____
_____

Quali sono (oppure "vi sono dei...") i gruppi terapeutici proposti al CPE di *Gerrapiano / Lugano / Stabio*?

_____
_____
_____

L'educatore sociale e il lavoro con minori vittime di abusi nel Centro Psico-Educativo

3) Sono coinvolte, in una presa a carico di bambini vittime di abusi, altre figure professionali?

_____
_____
_____

3.1) Da sviluppare durante l'intervista ***se non viene già detto****:*
Quali pensa siano i punti di forza e i limiti del lavorare in rete con altre figure professionali?

_____
_____
_____

4) Qual è la prassi da seguire al CPE in una presa a carico di bambini vittime di abusi?

_____
_____
_____

4.1) Da sviluppare durante l'intervista ***se non viene già detto****:*
Com'è organizzata e gestita la presa a carico da parte del CPE nella casistica di bambini vittime di abusi?

STUDENTSUPSI

A quali aspetti della presa a carico quotidiana di un bambino vittima di abusi dareste maggiore importanza?

5) Qual è l'intervento dell'educatore sociale al CPE nella presa a carico di bambini vittime di abusi?

5.1) Da sviluppare durante l'intervista ***se non viene già detto****:*

Come può la figura dell'educatore sociale apportare un contributo a questa presa a carico?

Quali pensi siano le strategie educative che possono essere messe in atto dall'educatore sociale che lavora con bambini vittime di abusi?

Come dovrebbe atteggiarsi/porsi dunque l'educatore sociale che sta in relazione con un bambino vittima di abusi?

Quali pensa siano i punti di forza e i limiti in un approccio individuale (relazione educatore – bambino abusato)?

STUDENTSUPSI

6) Quali programmi terapeutici specifici ci sono per l'accompagnamento di bambini vittime di abusi?

_____

_____

_____

6.1) Da sviluppare durante l'intervista ***se non viene già detto****:*
Chiedere sugli obiettivi da raggiungere rispetto ai gruppi terapeutici del CPE funzionali alla presa a carico di bambini vittime di abusi

_____

_____

_____

Se non viene già detto, chiedere più informazioni in merito alle attività di scrittura, alle attività con gli animali e alle attività artistiche

_____

_____

_____

7) Quali pensa siano i punti di forza e/o le criticità nell'inserire un bambino vittima di abusi all'interno di un gruppo del CPE composto anche da altri bambini?

_____

_____

_____

8) In che modo al CPE create un ambiente in cui il bambino può esprimere il proprio disagio liberamente?

_____

_____

_____

9) Quali sono i comportamenti tipici che voi notate corrispondere nei bambini vittime di abusi?

_____

_____

_____

10) In che modo gestite questi comportamenti?

_____

_____

_____

10.1) Da sviluppare durante l'intervista ***se non viene già detto****:*
Se non lo dice chiedere se vi sono manifestazioni di comportamenti sessualizzati o aggressivi

STUDENTSUPSI

_____
_____
_____

11) Quali sono gli aspetti di maggiore difficoltà in una presa a carico di bambini vittime di abusi?

_____
_____
_____

12) Vi sono degli spazi, dei momenti in cui l'educatore sociale ha modo di parlare dei sentimenti o dei vissuti nati dalla relazione con questi bambini?

_____
_____
_____

12.1) Da sviluppare durante l'intervista ***se non viene già detto****:*
Mi può descrivere come sono concepiti/pensati questi spazi?

_____
_____
_____

Se non vengono concessi, vi è l'esistenza di altri spazi?

_____
_____
_____

La ringrazio infinitamente per la disponibilità e per il suo prezioso contributo al mio Lavoro di Tesi.

Con stima

Joséphine Ciminella

9.6 Allegato numero 6: Trascrizione delle interviste effettuate

Intervista numero 1: Centro Psico-Educativo di Gerrapiano

Luogo e data dell'intervista: Centro Psico-Educativo di Gerrapiano, mercoledì 19 luglio 2017

In grassetto saranno riportare le frasi della sottoscritta, mentre in carattere normale saranno riportate le risposte dell'intervistato, in questo caso del signor Josef Dornbierer.

L'intervista è iniziata subito dopo i saluti iniziali e dopo aver preso posto nell'ufficio del capo-équipe.

STUDENTSUPSI

Joséphine: Nella prima parte dell'intervista le farò qualche domanda in merito ai suoi dati generici, giusto per avere un'idea di chi andrò ad intervistare. Posso chiederle quindi il suo nome e il suo cognome?

Josef: certo, mi chiamo Josef Dornbierer.

J: Ok e la sua professione?

J: Io sono psicologo e svolgo la funzione di psicologo capo-équipe del CPE di Gerrapiano.

J: Perfetto. Quali sono le sue esperienze lavorative pregresse in ambito Sociale?

J: Praticamente le mie esperienze pregresse sono tutte all'interno dei Servizi dell'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale; finita la formazione Universitaria sono rientrato in Ticino e ho svolto il mio primo stage al CPE di Lugano ed il secondo stage al Servizio Medico Psicologico (SMP) di Lugano; ottenuta poi l'abilitazione ad esercitare come psicologo in Ticino ho trovato fortunatamente subito posto al CPE di Lugano e ho lavorato lì fino al 2013 come psicoeducatore; da settembre 2013 invece sono qua a Gerrapiano in veste di capo-équipe.

J: Molto bene. Quindi presso il CPE opera da quanto tempo?

J: Allora, calcolando un'interruzione di un anno di stage presso il Servizio Medico Psicologico (SMP) di Lugano, sono sedici anni che sono all'interno del CPE.

J: Perfetto, la prima parte sui dati generici è conclusa. Prima di iniziare con le domande vere e proprie, ha bisogno che le spieghi meglio o le chiarisca qualche dubbio in merito al Lavoro che sto facendo o in merito al motivo per cui la intervisto?

J: No, mi sembra di aver capito bene le sue intenzioni.

J: Ok, perfetto. Allora inizierei con le domande che riguardano il Centro Psico-Educativo e il suo approccio istituzionale; qual è la casistica presa a carico dal CPE?

J: Sono bambini dai tre anni circa, l'idea è quella di accoglierli il più precocemente possibile, poi nella realtà iniziamo dai tre anni e li seguiamo fino agli undici, dodici anni circa, coprendo quindi la fascia di scolarizzazione della scuola dell'infanzia e della scuola elementare. La casistica è una casistica di patologie psichiche medio-gravi, andiamo dai disturbi pervasivi dello sviluppo e quindi tutto ciò che vi sta all'interno, come il disturbo dello spettro autistico e così via, ai disturbi misti del comportamento, della condotta ed emotivi, o disturbi della condotta diciamo "semplici" come iperattività e simili; quindi uno spettro piuttosto ampio di questi disturbi che io definisco medio-gravi perché provocano effettivamente nel bambino manifestazioni che possono essere anche estreme, soprattutto in contatto con il mondo relazionale sia famigliare che scolastico che del tempo libero.

J: Qual è l'operato del CPE?

STUDENTSUPSI

J: Allora l'operato del CPE è di fornire attraverso la presa a carico gruppale in piccoli gruppi – e con piccoli gruppi intendo dire dai tre ai sette bambini circa – delle attività pensate e sviluppate su due assi principali: quello educativo, quindi un lavoro sullo sviluppo delle autonomie personali, sviluppo della capacità di rispettare le regole del gruppo e cosi via, e l'asse psicologico-psicoterapeutico, ovvero il tentare di trovare un modo per mettere il bambino nella condizione – all'interno del gruppo – di poter esprimersi, di poter esprimere la propria emotività, le proprie esperienze relazionali e quindi di potergli dare un canale espressivo, il tutto con l'idea che il materiale che il bambino porta (attraverso il disegno, il gioco, gli scambi verbali con gli operatori e con i compagni) possa essere in qualche modo d'aiuto agli operatori per a loro volta aiutare il bambino nello stare meglio all'interno delle situazioni.

J: Ok grazie, e in che maniera viene organizzato il lavoro con i bambini?

J: Come ho potuto dire prima, il lavoro viene pensato e organizzato su due assi: quello educativo e quello psicologico-psicoterapeutico; il lavoro educativo è più un lavoro sullo sviluppo delle autonomie personali, della capacità di rispettare le regole del gruppo e le regole in generale, mentre il lavoro psicologico-psicoterapeutico è più un cercare di trovare un modo per dare la possibilità al bambino di esprimere la propria emotività, le proprie esperienze relazionali e di potergli dare un canale espressivo per poter così dare l'opportunità agli operatori di aiutare a loro volta il bambino. Il tutto viene organizzato tramite gruppi, gruppi con frequenza a tempo parziale, ossia durante la settimana; quindi non esiste un gruppo che va dal lunedì al venerdì ma appunto accogliamo i bambini a tempo parziale, questo vuol dire che il resto del tempo sono inseriti nelle scuole dell'infanzia o scuole elementari. In fatto di operatori, il lavorare dal lunedì al venerdì ci permette di organizzare il lavoro in modo equilibrato, con non troppi turni, non troppe partenze di operatori.

J: Perfetto. Può dirmi quali sono i gruppi terapeutici proposti qui al CPE di Gerrapiano di cui mi ha parlato?

J: in questo momento sta funzionando un gruppo di espressione terapeutica che utilizza come mediatore, come attività principale il photolanguage, sulla base di esperienze di terapie di gruppo francesi ed è l'unico gruppo terapeutico attivo. Altrimenti c'è la possibilità di organizzare gruppi con altri mediatori terapeutici, come ad esempio la drammatizzazione – altro strumento che utilizziamo in cui il gruppo o il bambino inventa una storia e poi questa storia viene condivisa con gli altri bambini del gruppo, gli operatori e viene giocata attribuendo a ciascun bambino un ruolo. Questo permette da una parte al bambino di esprimersi attraverso l'invenzione della storia ma anche di confrontarsi poi nella condivisione della sua storia, la quale diventa poi storia del gruppo, con le conseguenti gioie e frustrazioni nate dal dover condividere una qualcosa che inizialmente era propria del bambino.

STUDENTSUPSI

J: Ok, questa prima parte è finita. Adesso entriamo di più nel merito della mia ricerca, con la parte di domande relative l'educatore sociale e il lavoro con bambini vittime di abusi nel Centro Psico-Educativo. Sono coinvolte, in una presa a carico di bambini vittime di abusi, altre figure professionali?

J: All'interno del CPE ci sono psicologi e educatori, un docente e i vari stagiaire in formazione nei diversi ambiti; all'esterno sì, c'è la possibilità di segnalare, collaborare e costruire dei progetti di intervento anche con le autorità ad esempio; in prima battuta – in caso di sospetti di abusi e maltrattamenti – ci si può riferire ad esempio all'Autorità Regionale di Protezione (ARP), autorità con la quale si collabora, si segnalano quelle situazioni anche più in senso lato rispetto agli abusi e maltrattamenti, ma dove si hanno elementi di preoccupazione rispetto a ciò che può fornire l'ambiente, per esempio, famigliare come ambiente di protezione per il bambino; quindi quando qualcosa vacilla in quell'ambito noi stessi possiamo segnalare all'Autorità Regionale di Protezione (ARP) e poi saranno loro a muoversi, a contattare i genitori e valutare quali passi ulteriori – se necessario – fare. Non mi è ancora mai capitato di dover segnalare un caso all'Autorità ma eventualmente c'è anche l'Ufficio di Aiuto alle Vittime di Reati, il quale ha dei contatti che si possono attivare nel caso ci sia qualcosa di più di un sospetto rispetto a maltrattamenti e abusi, loro sicuramente sono una risorsa in questo ambito. Proprio recentemente, qualche mese fa, è capitato di avere dei contatti con il sergente maggiore dell'Unità di violenza domenica della polizia, nell'ambito di una situazione in cui mamma e figli si sono allontanati dalla situazione domestica – da casa – a causa della violenza del papà; quindi in questo caso il sergente della polizia è un altro riferimento importante perché è il sergente che coordina l'intervento della polizia a casa e quindi è lui che viene attivato per garantire la protezione e per prendere contatto con altri enti i quali entreranno in campo in seconda battuta – in questo specifico caso ad esempio si attiva Casa Sant'Elisabetta o Casa Armonia – che possono effettivamente offrire un luogo di protezione subito dopo l'intervento della polizia, quando ovviamente c'è la volontà espressa da parte della vittima di allontanarsi dal nucleo famigliare.

J: Quali pensa siano i punti di forza e i limiti del lavorare in rete con altre figure professionali?

J: Sicuramente i vantaggi sono enormi perché noi stessi non potremmo assumerci ruoli di competenza di altri, giustamente, ognuno deve fare la sua parte di lavoro. Le faccio un esempio: si tratta di in un'altra situazione in cui una mamma ha iniziato a parlarci delle violenze che subiva dal marito, la quale poi è andata verso una denuncia e un allontanamento da casa con il bambino, in quel caso noi non abbiamo potuto *essere tutto*; quelli che accolgono sì, naturalmente è il nostro ruolo, quelli che danno la visione di quello che si può fare pure; ma già all'interno del nostro Servizio non sono stato solo io ad accogliere questa signora, ma ho anzi subito collaborato con un'educatrice del nostro Centro e un'assistente sociale del Servizio Medico Psicologico (SMP), che meglio sanno

STUDENTSUPSI

come ci si può muovere in questi casi, perciò io stesso non avrei potuto offrire tutte le informazioni e quindi spesso già all'interno dei nostri servizi (SMP e CPE) è stato importante collaborare insieme e accompagnare la signora a elaborare una via d'uscita dalla situazione. Spesso non possiamo essere noi a sostituirci alla volontà della signora, della vittima, è quindi stato un percorso di accompagnamento di un paio di mesi prima che la signora decidesse che così non poteva più andare avanti. Abbiamo solo potuto rassicurarla per quanto riguardava la situazione economia, le strade da poter prendere,... Molte volte anche solo quando chiamano per segnalare una situazione di violenza, raggiungiamo i nostri limiti, noi accogliamo però poi si avverte subito il servizio di polizia che successivamente interviene. Ecco, un intervento di polizia ad esempio non potremmo mai farlo noi, sono persone formate e addestrate a questo, non possiamo, ad esempio, essere noi a mettere dei limiti come può fare la polizia o l'Autorità Regionale di Protezione (ARP) dando, ad esempio, dei limiti di allontanamento della persona, la quale non può più avvicinarsi al nucleo famigliare; evidentemente sono strumenti che noi non possediamo e che non ci competono, i quali però sono indispensabili in molte situazioni. Ecco, da parte nostra è più un accompagnare le persone a maturare la possibilità di far dei passi, come dicevo prima però senza sostituirci alla persona e alla sua volontà.

J: Qual è la prassi da seguire al CPE in una presa a carico di bambini vittime di abusi?

J: Allora, direi che non c'è una prassi, questo vale un po' per tutti i bambini del CPE; noi accogliamo il bambino per quello che lui porta e si sente di poter portare in quel momento. Oltretutto noi lavoriamo in una situazione prevalentemente di gruppo e quindi non è nemmeno scontato che il bambino si senta di poter o di voler parlare e esprimere certe cose in gruppo qui al CPE; da questo punto di vista c'è sempre una sensibilità e un attenzione particolare, per tutti i bambini del CPE, se sentiamo che il bambino ha la necessità oppure esprime ad un operatore del gruppo di avere questa necessità di esprimersi ma non difronte al gruppo, si può creare uno spazio individuale di parola, per sentire cosa ha il bambino da dire e valutare poi in seguito, se il bambino non lo ha già, un percorso di psicoterapia individuale; se il bambino quindi ne sente il bisogno può beneficiare di un approccio di questo tipo. Prima dicevo che non esiste una prassi, naturalmente però esiste il buon senso di informarsi se ci sono delle restrizioni da parte dell'Autorità Regionale di Protezione (ARP) o della polizia, come ad esempio, il dover rispettare eventuali decisioni prese dalle Autorità e il chiarire come agire nel caso in cui il genitore di un bambino avesse il divieto di avvicinarsi al piccolo ed esso si presenta li al Centro; è importante poter avere quelle informazioni basilari su come gestire eventuali situazioni critiche. Ecco, non c'è un protocollo, una prassi, ma ci sono certe cose che sono importanti fare a dipendenza della situazione specifica.

J: Com'è organizzata e gestita la presa a carico da parte del CPE nella casistica di bambini vittime di abusi?

J: Allora, chi decide se un bambino viene al CPE non siamo noi ma è il Servizio Medico Psicologico (SMP), servizio che raccoglie tutte le segnalazioni del territorio (che possono essere da parte dei genitori, su consiglio dei docenti, del medico...), incontra le famiglie, raccoglie l'anamnesi, la storia famigliare, l'evoluzione del bambino, fa una valutazione attraverso strumenti psicologici valutativi e laddove si pensa che il bambino possa beneficiare di un intervento di piccolo gruppo di carattere psicoeducativo allora arrivano le segnalazioni qui al CPE. Invece è nostro lavoro quello di – arrivate le segnalazioni – capire come formare o eventualmente integrare i bambini nei gruppi già esistenti. Non è mai arrivata al CPE una segnalazione di abuso nel senso che il bambino viene segnalato direttamente e unicamente per condizioni di abusi, in quanto non è mai il motivo principale; nonostante questo, molte volte dietro il malessere dei bambini si scopre che ci sono situazioni di violenza, maltrattamento, trascuratezza. Quindi, effettivamente, non è al momento in cui noi formiamo i gruppi che solitamente pensiamo "questo bambino è stato maltrattato e quindi lo mettiamo in quello specifico gruppo", bensì la scelta dei gruppi va piuttosto nel mettere insieme delle tipologie di bambini prendendo in considerazione sicuramente il criterio dell'età e anche la diagnosi, nel senso che non vi è una regola che dice che dobbiamo inserire tutti i bambini – ad esempio – autistici nello stesso gruppo, non esistono regole di questo tipo ma a dipendenza delle segnalazioni cerchiamo di formare gruppi che abbiano più senso possibile per i bambini (in modo tale che i bambini all'interno di quel gruppo possano essere da stimolo o da esempio per gli altri). Non mi è mai capitato quindi di pormi la domanda "questo bambino dove lo inserisco" ma, oltre a età e diagnosi, valutiamo il grado di capacità comunicativa e elaborativa del bambino.

J: E a quali aspetti della presa a carico quotidiana di un bambino vittima di abusi dareste maggiore importanza?

J: Io penso che ci siano vari aspetti importanti, non saprei metterli in gerarchia; però sicuramente uno è il fatto di poter offrire al bambino una situazione di vita, un'esperienza di vita nella quotidianità – quindi nell'andare in bagno, nel mangiare, e così via – il più *normale* possibile e che quindi il bambino possa confrontarsi con una situazione di accudimento e di attenzione da parte dell'adulto standard, come farebbe qualsiasi buon operatore. D'altra parte c'è anche il poter – e questo lo si fa in tutti i gruppi del CPE – lasciare aperta la possibilità espressiva attraverso il gioco, il disegno, la parola, e quindi di poter offrire al minore questi canali espressivi – come dicevo prima – non con l'idea di andare a forzare l'espressione ma di dar la possibilità di esprimere e sarà poi il bambino a decidere quale contenuto portare attraverso questi canali e noi naturalmente dobbiamo essere pronti ad accoglierlo, a capire se il bambino ha voglia di parlarne in gruppo o se preferisce parlarne in separata sede con un operatore o con un'operatrice; è anche importante dare al bambino l'effettiva possibilità di elaborare insieme l'accaduto o se non altro di poterlo condividere.

STUDENTSUPSI

J: Grazie. Vorrei sapere ora qual è l'intervento dell'educatore sociale al CPE, sempre nella presa a carico di bambini vittime di abusi

J: L'educatore del CPE posso dire che non deve fare delle cose straordinarie rispetto alla presa a carico di altri bambini del CPE, perché in fondo quì arrivano bambini che – o per situazioni effettivamente traumatiche vissute o per una difficoltà generale dello sviluppo psicologico – vivono in modo massiccio delle difficoltà nello stare insieme agli altri, nel relazionarsi, nel comunicare, nello star bene con loro stessi e insieme agli altri, quindi diciamo che la base è uguale per tutti; mi verrebbe da dire che in caso di abusi, una certa attenzione va agli aspetti della vita quotidiana; per fare un esempio concreto, penso al fatto che qui al CPE ci sono bambini molto piccoli, con magari ancora il pannolino e per questo capita che bisogna accompagnarli in bagno, aiutarli a togliere il pannolino e cambiarsi, queste sono situazioni di particolare vicinanza fisica e di accudimento dei bisogni primari del bambino che – in una situazione di abuso e di violenza – possono suscitare nel bambino delle reazioni particolari, oppure i piccoli in quei momenti possono effettivamente rivivere situazioni particolari o possono venirgli in mente per associazione degli accaduti passati di ciò che hanno subìto all'esterno. Quindi ci sono dei momenti in cui bisogna prestare particolare attenzione e in questo l'équipe aiuta, non si è mai da soli col bambino bensì si lavora sempre in team e quindi si ha anche la possibilità di valutare chi deve intervenire. Ad esempio se vi è una bambina che ha vissuto degli abusi sessuali, gli operatori essendo sempre almeno in due possono decidere che nel momento – ad esempio – dell'andare in bagno o dell'accudimento ad intervenire sarà la collega donna. Ecco situazioni di questo tipo possono crearsi, essendo un Centro aperto su tutto l'arco della giornata (anche sul pranzo) e che vede i bambini in un orario anche prolungato può venirsi a creare una situazione del genere e quindi anche la parte dell'accompagnamento allo sviluppo dell'autonomia è una parte integrante del nostro lavoro e questo fa si che ci sia una vicinanza anche fisica diversa rispetto ad altri servizi.

J: La domanda che le sto per fare è simile a quella precedente: come può la figura dell'educatore sociale apportare un contributo a questa presa a carico?

J: L'educatore sicuramente è un po' il garante dello sviluppo delle autonomie in un ambiente regolare – passatemi il termine "*come farebbe un genitore a casa"* – e quindi quando prima dicevo che il poter già solo fornire un modello di "normalità" al bambino che ha subito dei traumi dovuti a maltrattamenti o abusi, è già una buona base e un buon modello di interazione. Questo non vuol dire che è sufficiente questo perché il bambino poi viva bene queste situazioni; magari per certi bambini la normalità è proprio in contrapposizione con l'avvenimento traumatico, e quindi ad esempio reagisce con la rabbia, facendosi mille domande del tipo "perché lo zio, la mamma, il papà non fanno così, come invece l'educatore del CPE mi sta mostrando che è possibile con un po' più di pazienza o con delle regole?". Quindi l'educatore da il suo contributo accompagnando il bambino ad un processo di acquisizione dell'autonomia, della sicurezza di sé, della felicità

STUDENTSUPSI

di essere capaci di fare, su un modello il più normale possibile; e questo è già un grande lavoro.

J: Quali pensi siano le strategie educative che possono essere messe in atto dall'educatore sociale che lavora con bambini vittime di abusi?

J: È difficile per me riuscire a rispondere non essendo io di professione un educatore, forse quello che può essere delicato è l'incontro tra il normale vissuto di tutti i bambini (possiamo anche ad esempio pensare a quando eravamo piccoli noi, il vivere male le regole, i limiti da parte dei genitori), al CPE a volte i bambini esprimono in modo estremo il vivere il limite e la regola come una violenza, una limitazione della libertà del poter fare quello che si vuole, quindi il compito dell'educatore è anche quello di accompagnare ad accettare le regole, all'indipendenza, a volte usando come strategia il mantenere una linea rigida sul "no"; se tutti i bambini mettono via, ad esempio, il gioco perché è il momento di andare a pranzo, allora tutti indipendentemente dalla situazione personale devono mettere via il gioco per andare a pranzo. Ecco che qui, però, da parte dell'educatore ci vuole una certa delicatezza nel non andare in risonanza col bambino; nei casi di abuso ci vuole più delicatezza in quanto il bambino può rivivere una situazione di violenza e il suo vissuto può essere nuovamente quello di "l'adulto mi fa stare male" e possono quindi emergere dei conflitti maggiori e che il limite posto dall'educatore può essere vissuto come una violenza.

J: Come dovrebbe atteggiarsi/porsi dunque l'educatore sociale che sta in relazione con un bambino vittima di abusi?

J: Ecco che come dicevo poco fa vedo in queste situazioni un punto delicato, il bambino potrebbe vivere i limiti in modo più estremo rispetto ad un altro bambino. Questo però non significa che l'educatore deve mettere meno regole e meno limiti al bambino abusato, deve comunque mantenere rigidamente le regole cercando però di non andare in scontro con il bambino. Il lavorare in gruppo in questi casi è di grande aiuto per l'educatore in quanto il bambino che vive in modo più intenso il limite ha il modello dei compagni di fronte, quindi l'operatore può lui stesso far capire al minore che non si tratta di un castigo o di un'antipatia personale, bensì che in quel preciso momento si deve fare in quel modo così come stanno facendo anche gli altri compagni. Il gruppo permette quindi di poter mantenere le stesse regole per tutti, per me è una cosa molto importante.

J: Quali pensa siano i punti di forza e i limiti in un approccio individuale (relazione educatore – bambino abusato)?

J: Nell'approccio individuale i pregi sono sicuramente che se vi è una buona relazione, un buon feeling e una buona fiducia tra bambino e operatore si possono creare le condizioni ideali perché il bambino trovi quel terreno fertile per potersi esprimere e quindi aprirsi al racconto dell'avvenimento traumatico, dei ricordi e anche l'operatore è più libero di – se c'è qualcosa di importante da dire al bambino – poterne parlare senza spettatori e senza

STUDENTSUPSI

porsi la domanda “posso dire questa cosa oppure è meglio dirla quando siamo soli io e lui?”, l’individuale quindi può creare le condizioni più favorevoli a parlarne, il gruppo può essere un’inibizione, può inibire il bambino a volersi esprimere. D’altra parte il limite è che se il bambino si esprime in gruppo spesso le reazioni dei membri del gruppo e degli operatori possono essere molto importanti per colui che è riuscito ad esprimersi. Un esempio può essere quello di un bambino che riesce ad esprimere i suoi sentimenti legati alla separazione dei genitori e all’interno del gruppo trova un altro bambino che anche lui sta vivendo questa situazione e che può condividere con lui sentimenti, modalità per affrontare quella determinata condizione; il bambino così facendo fa la scoperta che il gruppo può essere di aiuto e di sostegno. Può però capitare anche il contrario, ossia che il bambino viene attaccato e lì è ruolo dell’operatore quello di modulare, mediare in modo che ci sia libertà di espressione per tutti rispettando gli altri.

J: Quali programmi terapeutici specifici ci sono per l’accompagnamento di bambini vittime di abusi?

J: All’interno del CPE non ci sono programmi specifici, però si può fornire le situazioni più indicate a quel bambino che ha vissuto quella esperienza per potersi esprimere. Generalmente noi lavoriamo in gruppo però se ci accorgiamo che c’è un bambino che ha la necessità di parlare di un qualcosa, allora in quel caso si può creare un momento tra operatore e bambino per farlo esprimere; a dipendenza poi di ciò che dirà, a dipendenza di come sta, di come si sente, valutiamo – parlandone col bambino – se è una cosa che lui vuole portare nel gruppo o se preferisce tenerla per sé. Se il bambino preferisce tenerla per sé allora si può valutare di proporgli una psicoterapia individuale (che avviene spesso presso il Servizio Medico Psicologico). Fino ad ora mi sono concentrato molto sul bambino ma naturalmente altrettanto lavoro lo si fa con i genitori, se possibile anche con le persone del nucleo famigliare; vi è un’accoglienza particolare anche con i genitori i quali se necessitano anch’essi di un aiuto possono essere da noi indirizzati nei servizi di competenza, quindi offriamo anche a loro supporto e aiuto.

J: Anche se dalle risposte precedenti ho un po’ già intuito la risposta, vorrei sapere quali sono gli obiettivi da raggiungere rispetto ai gruppi terapeutici del CPE funzionali alla presa a carico di bambini vittime di abusi?

J: Il nostro compito è quello di accogliere il bambino e accogliere quello che lui ci vuole portare mettendo il piccolo nella migliore condizione di potersi esprimere, lasciargli un certo grado di libertà di quello che il bambino dice (deve essere libero di farlo) e fornirgli uno spazio per aprirsi senza forzare il ricordo e l’espressione (esempio: se il bambino ha un ricordo un po’ distorto del proprio genitore o di chi ha commesso l’abuso e il piccolo racconta episodi passati con grande enfasi e utilizzando espressioni positive nei confronti di questa persona, trovo importante lasciare che si esprima senza intervenire o forzare il ricordo; forse noi non lo sappiamo ma il bambino ha proprio il bisogno e la necessità di avere questo ricordo positivo).

J: Avete in programma anche attività con impronta meno terapeutica e più artistica?

J: Sì, in certi gruppi capita spesso di proporre attività in questo senso, a dipendenza dei vari gruppi e dei vari bisogni dei membri. È capitato ad esempio che qualche anno un gruppo si recasse a Gudo in una fattoria per fare un'attività di avvicinamento e conoscenza con gli animali, e nello stesso tempo i bambini han potuto fare un'esperienza di accudimento degli animali, dandogli da mangiare, affrontando anche alcune loro paure e di fare un'esperienza di accudire qualcun altro in condizione di piacere, disgusto, fatica, paura, e così via. Naturalmente questa attività veniva svolta con l'accompagnamento di un operatore del CPE e la responsabile della fattoria. Si tratta quindi di esperienze molto pratiche; altra attività è la piscina, attività che abbiamo proposto anche durante questo anno scolastico con i bambini piccoli (abbiamo la fortuna di avere una piscina coperta all'interno di questo stabile che possiamo sfruttare molto bene). Altro strumento che utilizziamo molto all'interno dei gruppi – praticamente quasi in tutti – è il disegno, che può essere sia al tavolino sia in atelier di pittura, in cui l'idea è quella di far esprimere liberamente il bambino. Altra attività che proponiamo molto vicina a queste è l'atelier racconto (in cui viene narrata una favola – la stessa per tutto l'anno – e successivamente viene messa in scena dai bambini del gruppo, in cui ogni bambino è un personaggio diverso e ogni settimana i ruoli cambiano), attività che quest'anno non abbiamo proposto ma che è comunque molto utilizzata. È difficile definire queste attività unicamente come educative, in quanto si tratta di esperienze impregnate di emozioni che permettono al bambino di confrontarsi con le proprie angosce, le proprie paure, i propri limiti; si può quindi dire che si tratta sempre e comunque di attività psicoeducative (questo vale per tutte le attività proposte all'interno del CPE).

J: Quali pensa siano i punti di forza e/o le criticità nell'inserire un bambino vittima di abusi all'interno di un gruppo del CPE composto anche da altri bambini?

J: La risposta a questa domanda l'ho un po' anticipata prima quando mi ha chiesto dei pregi e dei limiti di un approccio individuale; la forza del gruppo sta spesso nel fatto che le reazioni dei membri e degli operatori possono essere molto importanti per il bambino che è riuscito ad esprimersi su un determinato argomento. Il bambino che sta in gruppo può trovare grande aiuto e grande supporto dai coetanei, ha modo di capire che non è il solo ad aver vissuto una certa situazione e può anche avere dei modelli di come le altre persone hanno affrontato certe condizioni. Il limite può esserci quando capita il contrario, ovvero che il bambino viene attaccato o giudicato dai compagni oppure quando il bambino non si sente affatto pronto a condividere dei vissuti di fronte ad altri coetanei.

J: In che modo al CPE create un ambiente in cui il bambino può esprimere il proprio disagio liberamente?

J: Purtroppo il gruppo a volte limita o può limitare questo "liberamente", il gruppo inibisce e in questi casi bisogna capire se a inibire è l'attività (come ad esempio è capitato anni fa

STUDENTSUPSI

quando un bambino all'interno dell'attività del photolanguage era totalmente frenato) e c'è bisogno quindi di cambiarlo di gruppo e inserirlo in attività in cui può sentirsi più a suo agio. È stupendo invece quando il bambino – e si deve per forza creare un clima di fiducia all'interno del gruppo – fa l'esperienza del sentirsi libero di aprirsi, di parlare e scopre che poi indietro può arrivare qualcosa di rassicurante, la sensazione di sentirsi capiti, di non essere gli unici e che allora ce la si può fare.

J: Quali sono i comportamenti tipici che voi notate corrispondere nei bambini vittime di abusi?

J: Questa per me è una domanda piuttosto complicata, perché capita spesso di vedere dei disegni con dei riferimenti sessuali o delle scritte con parolacce estreme o con atti sessuali, così come capita spesso che siano i docenti a contattarci riguardo a disegni o scritte ambigue; da qualche parte è giusto che si dia un occhio particolare a bambini che si esprimono in questa maniera, però non si tratta di un'equazione scontata in cui in queste situazioni vi è per forza dietro un abuso o delle violenze, è lì che ci vogliono i professionisti che possono discernere le cose delicatamente e accogliere gli elementi della situazione per verificare se un abuso è realmente avvenuto o no. Ogni cosa è da contestualizzare e da capire. Un esempio che mi è rimasto impresso risale a qualche anno fa quando una bambina continuava a disegnare uomini e donne nude e noi operatori (così come la scuola) avevamo l'idea che potesse esserci stato un abuso; con un po' di tempo e con delicatezza abbiamo conosciuto i due genitori e, parlandone, confrontandoci – anche se la garanzia al 100% non c'è mai nella nostra realtà professionale – abbiamo capito che non era accaduto nulla, semplicemente i genitori di provenienza giapponese avevano questo rituale culturale di fare i bagni tutti insieme e nudi; cose che ad esempio per noi occidentali non sono abituali. Questo per dire che è giusto che ci siano occhi e orecchie dritte ma bisogna fare molta attenzione nel fare conclusioni affrettate. In conclusione, non vi è un equazione lineare dei comportamenti, però è vero che quando vediamo un'espressione dell'aggressività che va al di là del rendersi conto delle conseguenze del proprio atto fisico di violenza sull'altro potremmo essere di fronte ad un bambino che veramente non si rende conto delle conseguenze, che lo fa realmente senza rendersi conto, capiamo che non sta effettuando un'aggressività diretta verso l'altro ma magari questa è un'espressione di qualcosa che il bambino conosce portando quindi il bambino a comportarsi a specchio, riproducendo quindi l'unico modello relazionale che conosce. Di nuovo, non si tratta sempre di certezze ma si tratta di piccoli campanellini d'allarme a disposizione degli operatori che con questi bambini lavorano.

J: In che modo gestite questi comportamenti?

J: Spesso vi è la necessità di parlare di queste manifestazioni, non solo con il bambino ma anche con i genitori o con i docenti, per poterne vedere le reazioni. Bisogna trovare altri modi da proporre al bambino per esprimersi o per vivere e gestire tutte le emozioni che prova.

J: Vi sono manifestazioni anche di comportamenti sessualizzati o aggressivi?

J: Sì, però ripeto quanto detto poco fa perché per me è fondamentale: non è sufficiente che ci sia la sola manifestazione o espressione anche abbastanza esplicita di certi contenuti aggressivi o sessuali per poter affermare che un determinato bambino ha subito degli abusi; ci vuole dell'altro e penso che in questo la psicanalisi ci aiuta, nella visione del bambino e del suo sviluppo psicoaffettivo in cui la sessualità e l'aggressività sono presenti sin dai primi momenti di vita del bebè e che quindi è un qualcosa che regola le nostre vite e le nostre esperienze relazionali; in certe fasce d'età la curiosità e l'esplorazione che il bambino rivolge a questo tipo di vissuti e di esperienze sono maggiori e classicamente il bambino fino ai sei anni è in un momento in cui nel suo sviluppo deve elaborare una coscienza di se stesso e degli altri impregnate da domande e curiosità legate a chi sono, al proprio sesso, ai propri genitali, a come nascono i bambini... Tutto questo per dire che ci sono dei momenti di vita in cui possiamo creare, ad esempio, disegni con riferimenti alla sessualità ma bisogna sempre, come detto poco fa, documentarsi a sufficienza prima di trarre conclusioni affrettate.

J: Quali sono gli aspetti di maggiore difficoltà in una presa a carico di bambini vittime di abusi?

J: Penso che la difficoltà non stia tanto nel dover organizzare in modo diverso la presa a carico ma probabilmente è il garantire la protezione del bambino (quindi non è ruolo unicamente nostro ma intervengono anche le varie Autorità) ad esempio informandosi se vi sono delle misure particolari; altro aspetto di difficoltà è se l'autore dell'abuso è uno dei due genitori, altro caso in cui bisogna per forza collaborare con le Autorità. La parte difficile viene anche quando si deve creare un'alleanza terapeutica con coppie di genitori separati, situazione in cui vi è più spesso una conflittualità; in questo caso l'organizzazione può creare alcuni problemi (bisogna capire quando sono i diritti di visita, quando il bambino sta con un genitore piuttosto che un altro,...).

J: Vi sono degli spazi, dei momenti in cui l'educatore sociale ha modo di parlare dei sentimenti o dei vissuti nati dalla relazione con questi bambini?

J: Sì, per gli operatori che lavorano qui vi sono settimanalmente degli spazi di supervisione dei gruppi (a fine mattinata o a fine giornata) e degli spazi di intervisione; ci sono poi le sintesi settimanali – ovvero le presentazioni cliniche – dei bambini e del loro singolo caso a tutta l'équipe di lavoro (con la presenza del coordinatore dei tre CPE, con il caposervizio dei Servizi Medico Psicologici del Sopraceneri e con gli operatori del Servizio Medico Psicologico che hanno segnalato il caso).

J: Mi può descrivere in che modo sono concepiti/pensati questi spazi?

J: La supervisione si tiene ogni settimana e di volta in volta cambiano i gruppi da supervisionare; ogni gruppo ha a disposizione quarantacinque minuti in cui può discutere dei vissuti nati dalla relazione con i bambini o di altri argomenti riguardanti lo specifico

STUDENTSUPSI

gruppo. I momenti di intervisione invece sono creati a piacimento dagli operatori (a dipendenza del bisogno dell'operatore ci possono essere momenti in cui io sono a disposizione per parlare, oppure possono creare gruppi spontanei tra colleghi senza la mia presenza e quella dei superiori) e – sia gli spazi di intervisione sia gli spazi di supervisione – sono pensati per fare uno scambio di dubbi, di idee, preoccupazioni, pensieri, vissuti, ... Nelle sintesi settimanali invece si discute dell'evoluzione del bambino, dei suoi progressi, dei suoi limiti, della sua famiglia, di come sta il bambino all'interno del gruppo del CPE e infine si possono porre domande e quesiti su cui è necessario fermarsi e discutere insieme in équipe.

J: L'intervista è giunta al termine, io la ringrazio nuovamente per la sua disponibilità e il suo prezioso contributo al mio Lavoro di Tesi.

Intervista numero 2: Centro Psico-Educativo di Lugano

Luogo e data dell'intervista: Centro Psico-Educativo di Lugano, martedì 8 agosto 2017

In grassetto saranno riportare le frasi della sottoscritta, mentre in carattere normale saranno riportate le risposte dell'intervistato, in questo caso del signor Marco Maggi.

L'intervista è iniziata subito dopo i saluti iniziali e dopo aver preso posto nell'ufficio del capo-équipe.

Joséphine: Nella prima parte dell'intervista le farò qualche domanda in merito ai suoi dati generici, giusto per avere un'idea di chi andrò ad intervistare. Posso chiederle quindi il suo nome e il suo cognome?

Marco: certo, mi chiamo Marco Maggi.

J: Ok e la sua professione?

M: Sono psicologo capo-équipe del CPE di Lugano e attualmente sono in dirittura finale per la formazione di specializzazione in psicoterapia.

J: Perfetto. Quali sono le sue esperienze lavorative pregresse in ambito Sociale?

M: Lavoro per l'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale da 21 anni. Sono stato in precedenza psico-educatore presso il CPE di Stabio e di Lugano e sono capo-équipe del CPE di Lugano da circa 3 anni e mezzo; a parte un breve stage da psicologo presso il Servizio Medico Psicologico ho quindi sempre lavorato per il CPE.

J: Molto bene. Quindi presso il CPE opera da quanto tempo?

M: Sono circa 21 anni.

J: Ok, perfetto. Allora adesso procedo con le domande che riguardano il Centro Psico-Educativo e il suo approccio istituzionale; qual è la casistica presa a carico dal CPE?

STUDENTSUPSI

M: Il CPE prende a carico bambini dai tre fino agli undici-dodici anni con patologie medio-gravi per i quali le cure ambulatoriali sono insufficienti, è bene specificare però che non si tratta di un istituto. I CPE sono dei Centri terapeutici, dei luoghi di cura dei Servizi Medico Psicologici territoriali. Una persona magari potrebbe chiedersi come mai non vi è l'esistenza di un CPE a Bellinzona, be c'è da sapere che i CPE esistono dal 1976 e in quegli anni la situazione economica del Cantone a un certo punto è mutata e il progetto del CPE di Bellinzona non ha mai visto la luce, facendo rimanere solo i CPE di Stabio, Lugano e ai tempi Minusio (spostato oggi a Gerrapiano). Dicevo, il CPE cura casi medio-gravi, non è un ambulatorio in quanto le cure ambulatoriali per i nostri bambini non sono sufficienti e la casistica varia dai disturbi pervasivi dello sviluppo ai disturbi della condotta e della sfera emozionale; potremmo dire che vi sono bambini che hanno bisogno di cura molto nutriente a livello relazionale. Le prese a carico sono diventate parziali rispetto a molti anni fa in cui la frequenza era molto maggiore (questo perché oggi vi è la necessità di favorire l'inserimento dei bambini nelle scuole e a differenza di molti anni non si fa più scuola vera e propria all'interno del CPE), oggi infatti la frequenza minima è di due mezze giornate a settimana circa, con le eccezioni per quei bambini che necessitano di molto lavoro e che a scuola faticano tantissimo a stare e che quindi frequentano il CPE anche fino a quattro o cinque mezze giornate a settimana.

J: Qual è l'operato del CPE?

M: Il CPE è un centro terapeutico collegato al Servizio Medico Psicologico territoriale. L'operato consiste in psicoterapie individuali ambulatoriali, ma in piccola parte in quanto ci vuole qualcosa di più nutriente per questi bambini. Il CPE quindi propone cure ambulatoriali tramite una presa a carico gruppale giornaliera, cinque giorni a settimana, la quale si articola su tutta la durata dell'anno scolastico. Il lavoro è organizzato mediante terapie rieducative e una pedagogia adattata ai bambini sofferenti psicologicamente che non sono tollerati dall'ambiente scolastico. All'inizio il CPE – quarant'anni fa – limitava la sua presa a carico a bambini definiti prepsicotici, prenevrotici o con una struttura psicopatica; poco a poco apparvero anche bambini di tutte le categorie sociali e portatori di patologie più gravi (come ad esempio i bambini autistici). La psicoterapia in senso stretto non era indicata in questi casi e quindi si è cercato di completare l'operato del CPE attraverso altre modalità terapeutiche sempre ispirate alla psicoanalisi che utilizzano la situazione del piccolo gruppo. Il fatto che la presa a carico sia esclusa nel fine settimana non è stato pensato a caso: i bambini possono tornare a casa nel loro ambiente famigliare e sperimentarsi relazionalmente e i genitori possono accudire i loro figli senza dimetterli loro stessi per affidarli totalmente a noi. La presa a carico solitamente ha una durata che varia dai due anni minimi ai sei anni massimi per casi particolarmente gravi, dopodiché il bambino viene dimesso ed è pronto per tornare a casa dalla propria famiglia o essere ammessi in altre strutture qualora ce ne fosse il bisogno (per questo è anche molto importante che la presa a carico sia sui cinque giorni e non sui sette e che il week end

STUDENTSUPSI

torni a casa, proprio per poter favorire – se questo è possibile – il reinserimento del bambino nel suo ambiente, per far sì che il genitore si prenda cura del proprio figlio; non è lo scopo del CPE operare sette giorni su sette). Il lavoro è organizzato tramite attività a mediazione, attività che favoriscono la relazione e la parola; sono tutte attività che vanno a lavorare sul piano relazionale, motorio e simbolico. Il gioco è importantissimo al CPE e le attività sono infatti organizzate per permettere al bambino di imparare a giocare, imparare a stare con gli altri, ad accettare le regole e i limiti. È molto importante infatti la funzione che il gioco ricopre ma è molto importante anche il mettere dei limiti o interromperlo quando il bambino, ad esempio, si eccita e utilizza questo spazio di gioco in maniera puramente proiettiva. Il CPE fa riferimento a modelli d'intervento della Francia, nel senso che molte delle attività che proponiamo qui al CPE sono state sviluppate da psicanalisti francesi; direi che uno dei principali modelli a cui fa riferimento deriva da un concetto anglosassone che risale a molto tempo fa ma che è rimasto così negli anni; è quello della terapia d'ambiente (*le milieu thérapeutique*) di Dora Knauer, cioè il creare un ambiente terapeutico per il bambino. Una *milieu thérapie* mira a creare un ambiente in cui vi è interesse per il funzionamento psichico del bambino e dei genitori all'interno di un équipe pluridisciplinare, in cui si da un senso, un significato ai comportamenti messi in atto dal bambino e lo si aiuta a trovare delle risposte diverse da quelle a cui è abituato; rompendo gli schemi relazionali disfunzionali è possibile favorire dell'attività psichica. In questo modello le relazioni interpersonali sono mediate dall'attività, dal gioco. Il nostro operato è quindi principalmente dedicato alla dinamica del gruppo. Diamo molta importanza anche alla funzione contenitrice del quadro istituzionale, così come al lavoro con le famiglie che rappresenta il perno centrale dell'alleanza terapeutica che si vuole creare con il nucleo famigliare del bambino; il tutto è ben equilibrato tra lavoro in gruppo e psicoterapia individuale

J: Perfetto. Può dirmi quali sono i gruppi terapeutici proposti qui al CPE di Lugano di cui mi ha parlato?

M: I gruppi non sono sempre uguali e sempre gli stessi, ma possono variare a dipendenza dei bambini ammessi e degli operatori presenti. Quest'anno scolastico ad esempio abbiamo avuto una decina di gruppi: il gruppo scuola per bambini di età elementare, l'atelier terapeutico detto anche photolanguage, il gruppo espressivo terapeutico (suddiviso in GET grandi e GET piccoli) in cui vi sono attività di psicodramma o di drammatizzazione, il gruppo osservazione, il gruppo giardino d'infanzia terapeutico in cui si leggono fiabe, si fanno attività di cucina, la pet-therapy e molte altre cose, l'atelier racconto sul modello di Lafforgue, la pataugeoire (attività di piscina sempre sulla base del modello di Lafforgue) ed infine le attività individuali. Quindi oltre ad attività in cui è presente il gioco, o il giocare un ruolo (come per il caso dell'atelier racconto o dello psicodramma) abbiamo anche molte attività corporee, in cui l'oggetto principale è appunto

STUDENTSUPSI

il bisogno del corpo e il riuscire a sentirsi, percepirsi (mi riferisco alle attività di piscina come mediatore terapeutico).

J: Ok, questa prima parte è finita. Adesso entriamo di più nel merito della mia ricerca, con la parte di domande relative l'educatore sociale e il lavoro con bambini vittime di abusi nel Centro Psico-Educativo. Sono coinvolte, in una presa a carico di bambini vittime di abusi, altre figure professionali?

M: Sì, collaboriamo con psicomotricisti, professionisti della pet-therapy, docenti esterni che si recano qui per il momento scuola, docenti di scuola, ispettori, direttori scolastici, docenti di sostegno così come gli assistenti sociali dell'Ufficio dell'Aiuto e della Protezione (UAP), l'unità di polizia, l'Autorità Regionale di Protezione (ARP), i curatori, gli educatori dei vari centri educativi minorili (CEM) ed eventuali psicoterapeuti dei servizi (ad esempio dell'SMP) e privati.

J: Quali pensa siano i punti di forza e i limiti del lavorare in rete con altre figure professionali?

M: Rispetto al passato i CPE sono più aperti verso l'esterno, questo sempre perché la presa a carico è diminuita e quindi per forza di cose si ha bisogno di collaborare con altre figure professionali. Io personalmente penso che in assenza di un lavoro di rete si rischia di appiattirsi; lavorare in rete ti permette di avere più punti di vista, più sguardi sul bambino, inoltre il bambino può confrontarsi con più figure adulte in contesti differenti; l'équipe inoltre ha modo di evitare di sentirsi detentrice della verità assoluta o semplicemente della miglior soluzione, si evita quindi la trappola del totalitarismo (per fare un esempio di questa trappola possiamo pensare alla situazione in cui un operatore pensa: *"io ho sempre lavorato così e lavorerò sempre così, il mio è il giusto e quello degli altri non va bene"*, questo tipo di pensiero non va bene, manda un messaggio molto forte e disfunzionale). Ancora, la rete aiuta a proteggersi dall'usura e dalla routine provocate da un lavoro ripetitivo in cui i progressi impiegano molto tempo per manifestarsi; in un lavoro multidisciplinare vi è il sentimento di partecipare ad un compito comune, di poter trovare insieme un piacere di funzionamento, ti permette di valorizzare il lavoro di tutti, rinforzare l'attenzione sul bambino, l'investimento affettivo del lavoro effettuato su di lui e, confrontandoti con altri professionisti, hai la possibilità mettere in discussione la tua identità professionale, il tuo agire, hai modo di monitorare la presa a carico rinforzandola laddove appare necessario farlo; confrontarsi con altre figure professionali ed aprire la relazione quindi anche ad altri colleghi che non siano sempre "gli stessi" ti permette di avere anche molti stimoli professionali. Attenzione però a non idealizzare troppo, nel senso che di pericoli, di limiti ce ne sono anche in questo caso; mi viene ad esempio in mente il rischio di avere una rete troppo numerosa: questo porta il rischio che si è in troppi e che non si riesca a comunicare; agli occhi dei genitori una rete troppo numerosa appare caotica, gruppi troppo numerosi poi rischiano di paralizzare il lavoro e potrebbe risultare

STUDENTSUPSI

impossibile trovare degli spazi adeguati e tempi necessari a contenere tutti gli interventi durante la riunione di rete.

J: Qual è la prassi da seguire al CPE in una presa a carico di bambini vittime di abusi?

M: Non esiste una prassi specifica, mi piacerebbe che ci fosse un Vademecum che ci dicesse cosa fare in certe situazioni; mi verrebbe da dirti che fondamentalmente nel nostro mestiere ci vuole una buona base teorica, ma una parte la si impara tutta dall'esperienza, purtroppo non esistono libri che ti dicono cosa fare e in quale momento. Si impara sul campo, provando, sbagliando, osservando gli altri colleghi, grazie ai vari stage o anche alle diverse supervisioni. Quindi non c'è una prassi da seguire, uguale per ogni caso; ma ci vuole un'attenzione generale particolare all'accoglienza, ad accogliere il malessere del bambino, proprio come per gli altri pazienti d'altronde, sempre però tenendo presente l'abuso avvenuto. Gli educatori qui, così come gli psico-educatori sono pronti ad accogliere il bambino che manifesta il suo malessere.

J: Com'è organizzata e gestita la presa a carico da parte del CPE nella casistica di bambini vittime di abusi?

M: Si crea un ambiente di fiducia allo scopo di accogliere le eventuali esternazioni dei bambini e si cerca il più possibile di evitare eventuali ulteriori eventi traumatici; ci vuole sempre un'attenzione particolare quando il bambino si mostra provocatorio o aggressivo e – faccio un esempio pratico ma le situazioni sono diverse – va in bagno, per questo bisogna stare sempre in due col bambino, per evitare che si creino quelle situazioni di ambiguità o le occasioni per cui il bambino può fraintendere le intenzioni degli operatori e accusarlo di un qualsiasi reato; bisogna avere inoltre un occhio particolare, vigilare sempre bene, specialmente quando il bambino sta in relazione con gli altri coetanei e ha modo di manifestare comportamenti aggressivi verso se o verso gli altri.

J: E a quali aspetti della presa a carico quotidiana di un bambino vittima di abusi dareste maggiore importanza?

M: Bisogna, secondo me, stare sempre in posizione di attesa di quei segnali significativi da parte del bambino; così come bisogna riuscire a trovare la giusta distanza relazionale e, sempre secondo me, è importante evitare che i bambini si isolino. Trovo importante anche avere un occhio particolare quando i bambini sono soli, o quando gli operatori sono occupati ad, ad esempio, aiutare un altro bambino, e non possono sorvegliare la situazione ed impedire il succedersi di eventuali ulteriori danni. Da ultimo direi che bisogna fare molta attenzione quando l'operatore è particolarmente stanco (capita raramente ma a volte, verso la fine dell'anno scolastico o a pochi giorni dalle vacanze può capitare), perché potrebbe reagire agli stimoli in maniera non totalmente consona o opportuna, e a questo bisogna dare la giusta attenzione in una simile presa a carico.

STUDENTSUPSI

J: Grazie. Vorrei sapere ora qual è l'intervento dell'educatore sociale al CPE, sempre nella presa a carico di bambini vittime di abusi

M: L'attività principe è il gioco, in questo l'educatore è molto presente; devo dire che mi riesce un po' difficile rispondere in maniera esaustiva a questa domanda, perché qui al CPE l'educatore e lo psicoeducatore hanno un ruolo molto simile e quindi è quasi impossibile dividere le varie figure; si lavora in équipe e l'educatore sociale solitamente si differenzia in quanto è molto ricco di proposte per quanto riguarda le attività e gli ateliers.

J: La domanda che le sto per fare è simile a quella precedente: come può la figura dell'educatore sociale apportare un contributo a questa presa a carico?

M: L'educatore come ho detto poco fa forse è più creativo, si differenzia forse solo perché ha più proposte per quel che concerne le attività e gli ateliers.

J: Quali pensi siano le strategie educative che possono essere messe in atto dall'educatore sociale che lavora con bambini vittime di abusi?

M: Deve assolutamente contenerlo senza però giudicarlo, lasciandolo libero di esprimere il proprio disagio o malessere, trovando la giusta distanza relazionale per instaurare un rapporto di fiducia. Tra le attenzioni che vengono date al bambino, oltre all'ascolto e ad un atteggiamento di accoglienza, l'educatore può usare come *strategia* quella appunto di mettere un quadro, delle regole al gioco quando esso rischia di non essere più funzionale, quando ad esempio il bambino si eccita troppo e rischia di non ricavare elementi positivi da quell'attività.

J: Come dovrebbe atteggiarsi/porsi dunque l'educatore sociale che sta in relazione con un bambino vittima di abusi?

M: Dovrebbe riuscire ad ascoltare il bambino, a porsi in un posizione di accoglienza e riuscire ad essere contenitivo. Ripeto che deve riuscire a trovare quella giusta distanza relazionale per non essere troppo fusionale col bambino, ne al contrario lasciarlo privo di attenzioni o di vicinanza. Bisogna avere sempre un atteggiamento generale di empatia ed accoglienza, ma anche tanta pazienza. Non si deve giudicare, ma far capire al bambino che ci siamo, sia per accoglierlo e contenerlo, sia per ascoltarlo qualora ne sentisse il bisogno, e che siamo disposti a accettare tutto quel che ha da dire.

J: Quali pensa siano i punti di forza e i limiti in un approccio individuale (relazione educatore – bambino abusato)?

M: In una relazione individuale il bambino potrebbe essere più spinto ad esprimere determinati contenuti o a comportarsi in una certa maniera che altrimenti non sarebbe emersa in un gruppo di più persone. Questo può essere sia un aspetto positivo sia un aspetto negativo (se ad esempio il bambino è intimorito dalla relazione individuale non si aprirà facilmente con l'adulto, potrebbe sentirsi minacciato, angosciato o potrebbe rivivere in una certa maniera la sensazione di essere impotente difronte ad un adulto).

STUDENTSUPSI

J: Quali programmi terapeutici specifici ci sono per l'accompagnamento di bambini vittime di abusi?

M: Non ci sono programmi specifici, sono come quelli detti prima, in base al bambino e alla sua situazione si valuta con l'équipe quale attività risulta più idonea a lui o lei. Potrei generalizzare dicendo che in ogni attività, in ogni momento al CPE vi è sempre presente il gioco. Autori come Winnicott hanno dato un grosso contributo alla comprensione del gioco del bambino e al gioco come via d'accesso al suo mondo interno, alle sue emozioni e alle sue paure; quindi nei CPE si gioca molto. Ci sono molti bambini che all'inizio non sanno giocare, si parte quindi da un livello molto basilare a cui manca completamente il piacere di giocare e il saper giocare (anche questa non è una cosa scontata).

J: Anche se dalle risposte precedenti ho un po' già intuito la risposta, vorrei sapere quali sono gli obiettivi da raggiungere rispetto ai gruppi terapeutici del CPE funzionali alla presa a carico di bambini vittime di abusi?

M: L'obiettivo delle prese a carico del CPE è il reinserimento del bambino nel suo ambiente di vita abituale laddove questo è possibile, il dar loro delle cure nutrienti a livello relazionale evitando il più possibile che il bambino ripeti l'esperienza di rottura come quella avvenuta nell'infanzia ed è per questo che si vuole evitare il più possibile che gli operatori manchino durante la settimana, proprio per evitare eventuali situazioni in cui il bambino ripeta l'esperienza traumatica dell'interruzione o dello spezzamento. Ecco perché ritengo importante anche il pianificare il lavoro senza troppi turni e l'evitare le troppe mancanze dell'operatore, per dar al bambino quella continuità che durante l'esposizione al/ai fattore/i traumatico/i non c'era (senza voler colpevolizzare nessuno). Per concludere, nella cura non devono assolutamente essere ripetute esperienze traumatiche come quelle vissute in precedenza. Inoltre i vari giochi e le varie attività favoriscono la relazione tra i bambini e la parola, lo scambio, la comunicazione e, aspetto molto importante, favorisce la dimensione simbolica (è molto importante per i nostri bambini che inizino a lavorare con la fantasia; molte volte può essere un gran successo anche solo quando un bambino dopo tanto tempo che costruisce solo palline inizia a far diventare quella pallina, ad esempio, un animale; questo ci permette di conoscere meglio il bambino e capire ciò che ha dentro). Un ulteriore obiettivo molto importante è il permettere al bambino di giocare e imparare a giocare, rispettando gli altri bambini, i loro turni e le regole del gioco. Tramite il gioco inoltre, il bambino senza rendersene conto prova emozioni, sentimenti e lo scopo è quello di mettere il bambino nella condizione di riconoscere queste emozioni, di saperle nominare, condividerle e qualora fosse necessario anche elaborare o trovare una modalità per gestirle.

J: Avete in programma anche attività con impronta meno terapeutica e più artistica?

M: Sì, diciamo che il gioco è presente in tutte le attività del CPE ed ha lo scopo di far apprendere attraverso la dimensione ludica, inoltre abbiamo attività in piscina, attività con

STUDENTSUPSI

animali (negli ultimi anni abbiamo in programma attività con cani o anche asini, in fattoria, le quali hanno molto successo e appassionano assai anche noi operatori), attività di cucina, pittura, creta, si possono inoltre usare gli strumenti musicali o le marionette; diciamo che ci sono varie possibilità. C'è da dire anche che quando un operatore ha degli interessi particolari, questo ha la possibilità di svilupparle ed integrarle nel lavoro; io ho lavorato ad esempio con delle operatrici bravissime sotto il punto di vista corporeo, nel senso che le piacevano le attività in cui la dimensione motoria e corporea era presente e per questo hanno sviluppato all'interno del CPE questo tipo di attività riscontrando grande successo.

J: Quali pensa siano i punti di forza e/o le criticità nell'inserire un bambino vittima di abusi all'interno di un gruppo del CPE composto anche da altri bambini?

M: Attraverso il lavoro in gruppo il bambino ha la possibilità di riconoscere le proprie emozioni e confrontarle con quelle degli altri, si ha la possibilità di rispecchiarsi, di rivedersi e di vedere le modalità di superamento degli altri bambini; condividere le proprie esperienze permette al minore di rielaborare il proprio vissuto e le proprie emozioni e questo è importante.

J: In che modo al CPE create un ambiente in cui il bambino può esprimere il proprio disagio liberamente?

M: Il bambino sa che è libero di esprimere ciò che vuole, l'atteggiamento di accoglienza e di ascolto che si richiede agli operatori di cui parlavo prima dà al bambino la sicurezza di poter essere se stesso senza essere giudicato o colpevolizzato. L'assenza di giudizio è importante per questo, per poter mettere il bambino nella condizione di esprimere qualsiasi contenuto lui voglia con la certezza che l'operatore non si arrabbierà con lui e sarà sempre lì per aiutarlo, sostenerlo e contenerlo laddove al bambino serve.

J: Quali sono i comportamenti tipici che voi notate corrispondere nei bambini vittime di abusi?

M: Vediamo spesso e in molti bambini atteggiamenti agitati, aggressivi o provocatori, anche sessualizzati. Spesso vogliono mostrarsi più grandi di quel che sono, potenti, invincibili (bisogna fare attenzione però perché non sempre dietro questi comportamenti vi è dietro un abuso); alcuni bambini sono anche depressi (molti si sentono scolasticamente depressi in quanto non riescono ad imparare, non riescono a creare delle amicizie, a prendersi cura del proprio corpo o a vestirsi in modo non trascurato e quindi il vissuto è quello di fallimento); spesso queste fragilità vengono mascherate da atteggiamenti tipici come quelli che noi definiamo da *gradassi,* ma che in realtà dietro nascondono – appunto – una grossa fragilità. Abbiamo poi manifestazioni di atteggiamenti ipomaniacali, esibizionisti ("non ho paura di niente e di nessuno") o bambini che si difendono tantissimo (anche con insulti) cercando di compensare le fragilità portando un'immagine di sé molto iperpotente, caricata; tanti bambini hanno il grande vissuto di impotenza, una ferita per

STUDENTSUPSI

essersi trovati di fronte all'adulto in una posizione totalmente passiva in balìa di un'altra persona e quindi il loro comportamento può essere il cercare di passare da una posizione relazionale passiva ad una attiva.

J: In che modo gestite questi comportamenti?

M: L'operatore del CPE di fronte a questi comportamenti assolutamente non deve giudicare o essere oppressivo; deve riuscire a contenerlo e a far capire al bambino che attuando certi comportamenti non ricava niente di positivo, specialmente nelle relazioni private. Si cerca di lasciar esprimere il bambino per capire il suo malessere, mettendo però sempre il limite laddove risulta necessario. Si cerca di creare un ambiente rassicurante e portare il bambino alla parola e non all'atto qualora manifestasse comportamenti aggressivi, sia verso se sia verso gli altri. Ripeto, è importante, quando i bambini manifestano troppa agitazione o eccitazione porre dei limiti per cercare di contenere questo aspetto. Attenzione alle conclusioni troppo affrettate però, non sempre dietro un certo comportamento vi è per forza un abuso.

J: Vi sono manifestazioni anche di comportamenti sessualizzati o aggressivi?

M: Sì certo, ci sono come ho detto già prima. In questo devo anche dire che internet e le varie tecnologie, a mio parere, non hanno facilitato le cose e mi preme anche sottolineare nuovamente come però non per forza dietro a un comportamento aggressivo o sessualizzato vi sia per forza un abuso; l'abuso può essere sì un'ipotesi ma bisogna vedere anche molti altri aspetti.

J: Quali sono gli aspetti di maggiore difficoltà in una presa a carico di bambini vittime di abusi?

M: Una delle cose più difficili consiste nel riuscire a costruire delle relazioni professionali di fiducia con la giusta distanza relazionale e a gestire, a tarare bene le proprie emozioni, questo è un aspetto molto delicato e a cui bisogna dare molta attenzione.

J: Vi sono degli spazi, dei momenti in cui l'educatore sociale ha modo di parlare dei sentimenti o dei vissuti nati dalla relazione con questi bambini?

M: Sì, i colleghi hanno spesso dei momenti in cui si scambiano i loro vissuti, parlano tra loro e io lo trovo importante per portare avanti un lavoro pulito. Inoltre è anche a loro disposizione la supervisione, sia informale (collega-collega) sia più strutturata (d'équipe) che viene proposta all'interno del CPE ma anche individuale con me, se necessario.

J: Mi può descrivere in che modo sono concepiti/pensati questi spazi?

M: Le discussioni tra colleghi avvengono in maniera informale, dopo le attività e i momenti con i bambini. Le supervisioni invece avvengono una volta alla settimana a rotazione a dipendenza del gruppo. Abbiamo anche la sintesi settimanale in cui si presente il caso clinico di un bambino, uno diverso ogni settimana, in cui si ha la possibilità di discutere in équipe dell'andamento del bambino nel gruppo e di valutarne l'andamento della presa a

STUDENTSUPSI

carico. Inoltre mi sembra importante dire che per me rappresenta un aspetto importante anche quello dello stipendio e delle vacanze, anche se ad alcuni potrebbe sembrare strano; lo trovo importante in quanto gli operatori qui svolgono un lavoro emotivamente pesante, un lavoro molto impegnativo che li pone nel rischio di burn out e quindi rischio di soccombere, di cedere o di andarsene da questo posto poiché emotivamente è troppo pesante, per questo trovo importante che vi siano tempi di riposo adeguati o degli ammortizzatori che permettano di ricaricare le energie. Mi sembra inoltre – per lo stesso motivo – molto importante avere in équipe un buon clima relazionale, per poter permettere agli operatori di confrontarsi, venirsi incontro ed evitare conflitti, ulteriori stress che poterebbero l'operatore a vivere male diverse situazioni.

J: L'intervista è terminata, la ringrazio nuovamente per la sua disponibilità e il suo prezioso contributo al mio Lavoro di Tesi.

Intervista numero 3: Centro Psico-Educativo di Stabio

Luogo e data dell'intervista: Centro Psico-Educativo di Stabio, lunedì 24 luglio 2017

In grassetto saranno riportare le frasi della sottoscritta, mentre in carattere normale saranno riportate le risposte dell'intervistato, in questo caso della signora Sonja Baruffini Marazzi.

L'intervista è iniziata subito dopo i saluti iniziali e dopo aver preso posto nell'ufficio della capo-équipe.

Joséphine: Nella prima parte dell'intervista le farò qualche domanda in merito ai suoi dati generici, giusto per avere un'idea di chi andrò ad intervistare. Posso chiederle quindi il suo nome e il suo cognome?

Sonja: Sonja Baruffini.

J: Ok e la sua professione?

S: Psicologa, psicoterapeuta e capo-équipe del Centro Psico-Educativo di Stabio.

J: Perfetto. Quali sono le sue esperienze lavorative pregresse in ambito Sociale?

S: Ho lavorato presso il Sostegno Pedagogico, poi ho lavorato in qualità di coordinatrice-psicologa presso l'Istituto Canisio, successivamente ho lavorato anche al Servizio Medico Psicologico (SMP), presso il Servizio Psico Sociale (SPS) e anche presso il CPE di Lugano. Attualmente sono capo-équipe del CPE di Stabio ma ho anche un'attività di psicoterapeuta in privato.

J: Ok. Quindi presso il CPE opera da quanto tempo?

S: Da undici anni.

J: Allora, la prima parte sui dati generici è conclusa. Prima di iniziare con l'intervista ha bisogno che le spieghi meglio o le chiarisca qualche dubbio in merito al Lavoro che sto facendo o in merito al motivo per cui la intervisto?

S: Sì, grazie

J: Ok. Oggi la intervisterò in quanto ho scelto di sviluppare il mio Lavoro di Tesi attorno al tema dell'abuso sui minori; è mio interesse capire quale sia l'intervento che un educatore sociale deve mettere in atto nella presa a carico di minori vittime di abusi, il tutto aiutandomi con la teoria da me consultata. Le interviste saranno effettuate a lei e ai capo-équipe dei CPE di Gerrapiano e di Lugano con lo scopo di approfondire e contestualizzare l'approccio utilizzato nei tre CPE in ambito ticinese per poter poi procedere con la messa in relazione di quanto emerso dalle interviste e quanto trovato da me in letteratura; cercherò poi quindi di fare una valorizzazione degli interventi messi in atto dai tre CPE.

S: Ok, grazie.

J: Perfetto. Adesso inizierei con le domande che riguardano il Centro Psico-Educativo e il suo approccio istituzionale. Qual è la casistica presa a carico dal CPE?

S: È piuttosto variata la casistica: alterazione globale dello sviluppo, disturbo pervasivo, disturbo del comportamento, disturbo della condotta, disturbo delle emozioni, ... Non ci occupiamo del ritardo mentale, alcune volte è accompagnante dal disturbo pervasivo dello sviluppo, però se il ritardo mentale è prevalente non ce ne occupiamo noi (non per forza un ritardo mentale porta a una patologia, sono molto più a rischio sì, però non è quella la diagnosi principale). La casistica è molto variata, non ci sono restrizioni per la diagnosi come pure per la gravità; i limiti sono nell'età (dai tre fino a massimo dodici anni). Si può anche dire che i bambini qui al CPE sono tutti *volontari*, nel senso che le ammissioni avvengono solo con un consenso da parte dei genitori, abbiamo anche purtroppo qualche ammissione coatta su mandato dell'Autorità Regionale di Protezione (ARP) con cui però è molto difficile lavorare.

J: Qual è l'operato del CPE?

S: Il CPE in fondo si occupa di aiutare in maniera più intensiva – un po' come un ospedale di giorno – i bambini in difficoltà. Tendenzialmente ci occupiamo dei bambini fino ai dodici anni, ma siamo molto elastici in questo; il CPE di Stabio inoltre dispone dell'internato durante il calendario scolastico, dal lunedì al venerdì. Lavoriamo prevalentemente in gruppo anche se offriamo – a seconda delle necessità dei bambini – anche dei momenti individuali, delle attività individuali o delle psicoterapie, in senso largo e in senso stretto poiché ci sono dei bambini per cui una psicoterapia vera e propria non sarebbe possibile, verrebbe vissuta in maniera troppo persecutoria; per questo motivo abbiamo creato delle attività individuali dove bambino e operatore possono – volendo – anche uscire dal CPE

per andare a fare delle attività come ad esempio usare lo skateboard (a seconda del bambino e delle cose che gli piacciono), oppure si possono fare attività di falegnameria o di cucina, insomma qualsiasi attività che il bambino è desideroso di fare; in queste occasioni, pian piano, quando vi è l'occasione si può fare qualche intervento. C'è sempre un'accoglienza psicologica, solo ad un livello meno marcato (così come in tutte le attività di gruppo del CPE).

J: Ok grazie, e in che maniera viene organizzato il lavoro con i bambini?

S: Il lavoro è organizzato in gruppo, anche se offriamo momenti individuali (come spiegato poco fa). Principalmente organizziamo i gruppi durante le riunioni di inizio anno, in cui per ogni bambino pensiamo quale attività proporre; si riflette attorno al livello di simbolizzazione del bambino e in base a questo si pensa quale attività può risultare per lui più efficace e produttiva. Per fare un esempio, ci sono dei bambini che magari vengono qui al CPE da quattro o cinque anni e per cui già, ad esempio, un'attività come il foto linguaggio è troppo; hanno bisogno ancora e sempre di un mediatore molto più concreto perché fanno molta fatica ad accedere ai momenti di parola se questi li riguardano troppo, in quanto si difendono moltissimo o sono troppo spaventati; per questo motivo bisogna sempre pensare bene per ogni singolo bambino quale attività proporre. Un altro esempio può essere quello di un altro bambino a cui, dopo anni di presa a carico da parte nostra, abbiamo proposto l'attività dello psicodramma in quanto convinti che il piccolo fosse pronto; ci siamo accorti poi che non ce la faceva, si attaccava all'adulto e lo imitava, oppure si buttava per quasi tutta l'attività a terra o tirava pugni, insomma, era troppo per lui e quindi abbiamo dovuto fare un passo indietro e pensare ad un'altra attività più idonea a lui.

J: Perfetto. Può dirmi quali sono i gruppi terapeutici proposti qui al CPE di Stabio di cui mi ha parlato?

S: Allora, abbiamo i vari atelier di cucina, con bambini grandi e piccoli, il gruppo Safari, lo psicodramma individuale e lo psicodramma di gruppo, il photolanguage, l'art déco, il gruppo d'espressione musicale (detto GEM), il gruppo d'espressione terapeutico (detto GET) e il mini-get (che si differenzia dal GET per la durata più breve e per l'età dei bambini), il gruppo espressione e condivisione (chiamato GEC), il gruppo sensoriale con i bambini piccoli, il gruppo psicomotorio con i più grandi, l'atelier racconto (sul modello di Lafforgue), il gruppo a mediazione (detto GAM) e tutti gli ACI (ossia Attività Creativa Individuale). Per gli ACI di partenza il luogo è sempre lo stesso, poi a dipendenza della volontà del bambino o si rimane sempre nello stesso locale o ci si sposta, il setting quindi non è così rigido e si riduce unicamente all'orario fisso. Quest'anno abbiamo creato anche un *gruppo* in cui vi era un solo bambino con una coppia di operatori – coppia di psicologi – i quali uscivano sempre fuori dal Centro per fare un lavoro sulla terziarietà allo scopo di riuscire a far diventare il bambino un po' più autonomo e fargli sopportare il fatto che ci fossero due persone con lui e che non avesse quindi l'esclusività con un solo operatore (e

STUDENTSUPSI

fargli quindi capire che questi due operatori possono anche parlare fra di loro, avere un contatto; questo momento è stato pensato perché per il bambino inizialmente era intollerabile stare in relazione in tre e non avere a sua disposizione il privilegio di una relazione a due). Ci sono poi bambini molto in difficoltà e molto disturbati che hanno bisogno solo di momenti individuali in quanto il gruppo viene percepito come qualcosa di molto persecutorio e pericoloso, in questi casi ci vuole un lavoro di mesi e mesi perché il bambino riesca a stare in relazione con altri coetanei. Ogni anno quindi, a dipendenza dei bambini presi a carico, possiamo introdurre nuovi gruppi o cambiare, modificare quelli già esistenti.

J: Ok, questa prima parte è finita. Adesso entriamo di più nel merito della mia ricerca, con la parte di domande relative l'educatore sociale e il lavoro con bambini vittime di abusi nel Centro Psico-Educativo. Sono coinvolte, in una presa a carico di bambini vittime di abusi, altre figure professionali?

S: Sì; all'interno del CPE ci sono psicologi, psicoterapeuti, educatori e c'è una docente specializzata; si collabora inoltre con i docenti delle scuole dell'infanzia e delle scuole elementari, collaboriamo anche con ergoterapisti, psicomotricisti e logopedisti.

J: Quali pensa siano i punti di forza e i limiti del lavorare in rete con altre figure professionali?

S: I limiti sono soprattutto quando ci sono bambini per cui noi vediamo l'indicazione, faccio un esempio, di una psicomotricità ma all'esterno il Servizio decide invece per tutt'altra cosa, ecco i limiti sono più che altro in questo senso, altrimenti una persona esterna al CPE, con un altro modo di pensare o con un'altra visione, sicuramente è un arricchimento. Oppure può essere un punto di forza quando ci sono genitori in difficoltà o, altro esempio, che si identificano meglio con un'altra figura professionale (al di fuori del CPE) e questo può sempre aiutare; l'importante è che però la rete lavori insieme e collabori, altrimenti il lavoro di rete diventerebbe, o può diventare, molto distruttivo (infatti molte volte si tengono incontri con tutta la rete professionale proprio perché se incontri i genitori separatamente manipolano la rete attribuendo, ad esempio, frasi non vere ai diversi professionisti). Per questo motivo trovo molto utile incontrarsi tutti insieme, per poter così mandare il messaggio ai genitori che lavoriamo tutti assieme. Molte volte infatti per il genitore, vedere che attorno al tavolo ci sono una ventina di professionisti, ognuno in rappresentanza di un servizio diverso, rappresenta un segnale del fatto che si sta facendo molto per suo figlio, che c'è un problema grave; già solo il primo contatto visivo quindi può essere un messaggio molto chiaro e forte di quanto ci si preoccupa e ci si interessa del figlio.

J: Qual è la prassi da seguire al CPE in una presa a carico di bambini vittime di abusi?

S: Non è mai capitato che un bambino arrivasse proprio con l'indicazione di abuso; la prassi è ormai da anni così: la segnalazione arriva dal Servizio Medico Psicologico (SMP),

STUDENTSUPSI

i colleghi fanno una valutazione e se ritengono che sia opportuno un intervento del CPE lo segnalano qui; dopodiché vengono accolti i genitori – se possibile con l'accompagnamento dell'operatore SMP che ha valutato il bambino – e viene discusso quello che noi potremmo proporre. Il genitore poi – a parte nel caso in cui il bambino viene segnalato dall'Autorità Regionale di Protezione (ARP) – è libero di decidere se mandare o meno il bambino presso il CPE. Infatti io quando incontro per la prima volta i genitori dico sempre di pensarci bene, di riflettere e poi di farmi sapere la decisione. Ecco la prassi in genere è questa qui, però è capitato davvero in rare occasioni che il motivo principale per cui un bambino venisse segnalato da noi fosse uno o più abusi, se arrivano casistiche del genere arrivano *in seconda battuta*. In altri casi invece è capitato che il bambino venisse preso a carico dal CPE non per una segnalazione di abuso però, una volta iniziato a lavorare col bambino, si ha avvertito subito il rischio altissimo che qualcosa fosse accaduto o che potesse accadere.

J: Com'è organizzata e gestita la presa a carico da parte del CPE nella casistica di bambini vittime di abusi?

S: Di principio la nostra presa a carico è di gruppo, ma può essere anche individualizzata nel senso che per ogni bambino pensi cosa sia più opportuno, però principalmente appunto lavoriamo a gruppi e facciamo un lavoro soprattutto di tipo psicodinamico, sulle emozioni e sulla loro espressione, sulla tolleranza alla frustrazione, sull'accettare le regole, sullo stare insieme; quindi non c'è a priori una modalità, ci sono delle attività che pensiamo e poi l'intervento vero e proprio è quello che succede all'interno dei vari gruppi terapeutici; ci sono le varie supervisioni in cui ogni operatore porta le dinamiche che avvengono all'interno dei gruppi e da lì si riflette su come andare avanti, su come rispondere alle varie situazioni ed esigenze. Ad esempio, c'è un bambino particolarmente a rischio per questo, ossia si suppone che sia successo qualcosa a casa o che possa succedere (anche a scuola tra i coetanei) e abbiamo sempre per lui un occhio di riguardo, senza diventare persecutori e togliendoli autonomia, ma si ha un occhio appunto particolare ed un ascolto diverso cercando di fare un grande lavoro sul rinforzo dell'Io del bambino e sulla sua autostima, perché molto spesso non sono in grado di capire che dovrebbero dire di no, che dovrebbero rifiutarsi in quanto loro diritto ma in questo sono ancora lontani perché sono abituati all'abuso, pensano di non valere niente e di meritarselo; per cui, in modi diversi, si lavora su questo. Sono bambini che molto spesso non vengono visti dai genitori, mentre qui devono fare l'esperienza di essere visti – ma essere visti per quello che sono e non per quello che il genitore vuole vedere o che proietta inconsciamente sul figlio – di essere guardati, proprio come fa un genitore in una situazione di normalità. Per quanto riguarda anche l'internato, c'è da dire che non tutti gli operatori sono uguali (c'è chi è più elastico e chi meno ad esempio), anzi, i bambini devono imparare che da quell'operatore riceveranno sempre lo stesso e non deve succedere che – come spesso avviene nel nucleo famigliare – un giorno ricevi una cosa e

STUDENTSUPSI

il giorno dopo un'altra senza sapere chi si ha difronte; per questo ritengo importante che l'operatore mantenga sempre lo stesso atteggiamento per rassicurare il bambino e dargli un inquadramento preciso di quello che ricevono qui al CPE. C'è una bellissima metafora che mi piace, la quale paragona il bambino ad un non vedente e dice che il bambino deve poter allargare le braccia avendo comunque un po' di spazio fra le sue braccia e il muro, ma neanche troppo altrimenti rischia di perdersi; questa per far capire che si deve lasciare al minore un po' di autonomia ma non troppa perché il bambino deve poter sentire che il muro c'è, lui ha bisogno di ricevere dei limiti, dei no, delle frustrazioni motivate ed è anche questa prevedibilità dell'adulto che trova qui al CPE che li aiuta. Quando il bebè viene allattato, con lo sguardo alza gli occhi e vede la mamma, lui impara che alzandoli vedrà sempre lei, si tratta di un qualcosa di molto primordiale e importante; ecco, ci sono molti bambini che abbiamo qui al CPE che non hanno vissuto questo e che quindi non sanno mai cosa riceveranno dall'adulto, qui cerchiamo di dargli questa sicurezza, che qui arriverà sempre questo e che soprattutto la risposta non varia a seconda della giornata o dell'umore dell'operatore in turno.

J: E a quali aspetti della presa a carico quotidiana di un bambino vittima di abusi dareste maggiore importanza?

S: È una domanda molto difficile; direi che l'aspetto più importante è che i bambini sappiano che noi siamo solo di passaggio e di cura, ma che il mondo esterno è fuori e quindi la cosa più importante per noi è riuscire a dargli degli strumenti affinché possano vivere, integrarsi o sopravvivere nel mondo esterno. Alcuni hanno pochi strumenti, l'ambiente circostante è quello, non modificabile e quindi il nostro intervento consiste nel cercare – nella sua specifica situazione – di dargli il meglio che si può.

J: Grazie. Vorrei sapere ora qual è l'intervento dell'educatore sociale al CPE nella presa a carico di bambini vittime di abusi

S: È importante (anche se a dire il vero tutto è importante) che il bambino sappia che noi siamo qui per lui e per i suoi genitori, se succede qualcosa l'educatore deve accennare al fatto che si sa che è successo (mettere delle parole su quanto accaduto) ma senza insistere, come dire che si sa che qualcosa è successo e poi, se il bambino vuole, ne parla, ma è appunto importante che il bambino sappia che se lui vuole ne potrà parlare. Così come a volte capita o è capitato che si capisce dai genitori che qualcosa è successo e lì bisogna fare in modo che la persona riesca a tirarla fuori, a parlarne, con noi o con qualcun altro (non ha importanza con chi) ma bisogna dar valore a questo trauma che hanno vissuto, senza negarlo e senza soffocarlo in quanto diventa un estremo rischio anche per i figli. È importante anche non forzare, se succede qualcosa noi informiamo i genitori e parliamo con i bambini di quello che è successo e, a seconda delle situazioni, incontriamo insieme i genitori e il bambino, dipende appunto sempre dalle singole circostanze; l'importante è appunto accennare al fatto che si sa dell'accaduto, non tacere.

STUDENTSUPSI

J: Come può la figura dell'educatore sociale apportare un contributo a questa presa a carico?

S: Oltre a quanto già detto, cerchiamo di lavorare con i genitori, senza colpevolizzare, cercando di arrivare alla condizione che i genitori ti vivano come un alleato, anche se questo è molto difficile. A volte l'alleanza non è possibile, molte volte i genitori non riesci a cambiarli e lì l'importante è aiutare il bambino a vedere chi ha di fronte, senza dare colpe, ma aiutandoli a tirare fuori, ad esempio, la rabbia o la delusione che hanno dentro nei loro confronti, riuscendo però poi a mettere il bambino nella condizione di vederli e soprattutto di accettarli così come sono; ma accettarli nel senso che devono accettare che ci sono cose che loro non ti offriranno mai e quindi forse le si devono trovare altrove. È importante però fargli capire che devono riuscire a trovarli dalle persone giuste (ed è qui che sono molto vulnerabili tanti bambini, soprattutto a livello sessuale, perché poi pur di aver dell'affetto o delle attenzioni le cercano ovunque e a qualsiasi prezzo) ed è in questo che dobbiamo cercare di aiutarli.

J: Quali pensi siano le strategie educative che possono essere messe in atto dall'educatore sociale che lavora con bambini vittime di abusi?

S: Nel tempo che i bambini restano qui è importante che imparino a fidarsi perché poi è lì che l'educatore può dire o fare qualcosa. È importante ascoltare il minore, prenderlo sul serio e creare un rapporto di fiducia. Anche all'interno dei gruppi si lavora molto sull'ascolto, sul rispetto dell'altro e sul rispetto del proprio turno di parola, quindi l'educatore da il messaggio al bambino che anche quello che hanno da dire loro è importantissimo e così facendo si può cercare di aiutarlo a farsi rispettare da solo o, se non ce la fa, a farlo con l'intervento dell'adulto (senza però indebolirlo ma dandogli anzi gli strumenti perché lui impari a farlo da solo e impari ad esprimere qualcosa su di se).

J: Come dovrebbe atteggiarsi/porsi dunque l'educatore sociale che sta in relazione con un bambino vittima di abusi?

S: Non esiste un modello unico; il giudizio verso l'altro è qualcosa che va totalmente lasciato via, il bambino (ma anche il genitore!) che si sente colpevole o incapace è qualcosa che va assolutamente evitato. L'educatore dovrebbe anche evitare interventi su cosa e come il bambino dovrebbe fare o dovrebbe comportarsi, è un atteggiamento che fa sentire il bambino più incapace e più colpevole della sua situazione (ricordiamoci che il bambino dal suo punto di vista è dentro nella situazione, non è forte tanto quanto l'operatore che gli dice come e cosa fare) in più, se dopo l'intervento dell'educatore il bambino non riesce a portare a termine ciò che gli viene detto si sentirà doppiamente incapace e si mina ancora di più la sua autostima; quindi si deve cercare di creare il più possibile quelle situazioni in cui il bambino può esercitarsi – in ogni caso senza giudizio e senza critiche in merito ai suoi errori – a fare, a imparare. La relazione educativa la si può paragonare un po' ad un buffet: l'operatore mette sul tavolo le sue cose ma nessuno è

STUDENTSUPSI

obbligato a prenderle o è forzato a mangiarle, sono lì offerte e se il bambino è pronto le potrà prendere (ma nel frattempo che il piccolo sarà pronto lui sa che le cose sono lì, a sua portata di mano per quando *gli verrà fame*) altrimenti potrà anche non prenderle; ma nessuno ad un buffet ti colpevolizza se non mangi, ecco questa metafora può rappresentare il nostro lavoro.

J: Quali pensa siano i punti di forza e i limiti in un approccio individuale (relazione educatore – bambino abusato)?

S: Suona molto forte ma un bambino abusato significa anche un bambino che non è stato protetto dal genitore o che questo genitore non ha potuto, non è riuscito o non è stato capace di proteggere il figlio, quindi di partenza vi sarà sempre da parte del bambino una non fiducia verso l'adulto, una sfiducia di base. Per il piccolo quindi sarà molto difficile affidarsi a una nuova persona che ti può anch'essa deludere o ferire. Questo io all'interno del CPE trovo che sia una grande ricchezza, col tempo si costruiscono delle relazioni privilegiate e quando questo ha luogo noi cerchiamo di svilupparle (ad esempio se un bambino mostra chiaramente che ha investito su un operatore in particolare possiamo dar seguito a questo purché faccia l'esperienza di una relazione positiva e di fiducia con un adulto). Se il bambino però non è pronto non si affida ad una persona sola, qui al CPE siamo in tanti e questo dovrebbe favorire una capacità a relazionarsi con tante persone. Un limite può esserci nel caso in cui venga a crearsi una rivalità tra l'operatore con cui il bambino ha il forte legame e i genitori; un altro limite può essere quello che ci sono alcuni bambini che non sono ancora pronti ad avere una relazione individuale, specialmente se all'interno di quattro mura, in quanto sarebbe vissuto dal piccolo piuttosto in maniera persecutoria; in questo caso ci vogliono da parte dell'operatore molta delicatezza e molto tatto e all'inizio della presa a carico questi bambini sono più rassicurati con un'attività in gruppo. Un punto di forza può essere invece quello che il bambino ha la possibilità di essere visto, di essere guardato e per lui questo è un grande nutrimento (se si crea una relazione privilegiata è un qualcosa di positivo; quando un bambino non riesce a creare una relazione privilegiata con un adulto è un po' come se mancasse un gradino in più). Faccio un esempio concreto: c'è stato una bambina che per i primi tempi che veniva qui non faceva alcuna differenza tra operatori, abbracciava tutti, era per così dire affamata di relazioni; col passare del tempo ha smesso di andare ad abbracciare tutti e questo per noi è stato un grande progresso, ci ha dimostrato che aveva iniziato a differenziare e a distinguere le figure e a non andare più a cercare affetto da chiunque. Per noi è stato un passo avanti perché questa persona era molto a rischio in quanto si deve imparare a differenziare gli individui e soprattutto si deve imparare a non fidarsi di tutti e non andare a cercare affetto e attenzioni da tutti. Per questo motivo troviamo positivo quando un bambino mostra di preferire un operatore all'altro o quando un bambino riesce ad instaurare una relazione privilegiata di fiducia.

STUDENTSUPSI

J: Quali programmi terapeutici specifici ci sono per l'accompagnamento di bambini vittime di abusi?

S: Al CPE i gruppi sono tendenzialmente eterogenei, al loro interno ci sono casistiche diverse in cui si impara rispettarsi, a rispettare gli altri e a rispettare le differenze. Si tende quindi a non fare gruppi in cui vi sono solo bambini autistici (ad esempio) ma, appunto, tendiamo a creare dei gruppi in maniera eterogenea. Per ogni singolo bambino pensiamo cosa sia meglio fare, cosa sia più utile, a quale grado di simbolizzazione lui riesce ad accedere, cosa diventa per lui troppo minaccioso, angosciante o persecutorio e cosa invece ha piacere di fare. Tra l'altro, un'altra cosa da dire che può non essere letta in maniera troppo positiva è quando un bambino viene troppo volentieri qui: è bello per noi, ma non è un bel segnale, significherebbe che l'esterno è ancora troppo minaccioso e pericoloso. Siamo invece contenti quando un bambino – magari anche dopo anni che viene qui – si lamenta e preferirebbe rimanere a scuola, questo per noi è un segnale molto positivo perché è fuori che deve imparare a stare e desiderare di stare.

J: Vorrei ora sapere quali sono gli obiettivi da raggiungere rispetto ai gruppi terapeutici del CPE funzionali alla presa a carico di bambini vittime di abusi?

S: In generale gli obiettivi dei gruppi sono il favorire un aumento dell'autostima, il raggiungimento di un buon grado di autonomia, favorire il riconoscimento e l'espressione delle emozioni, riuscire a tollerare la frustrazione. Qui al CPE però non facciamo – come in altre correnti di pensiero – valutazioni ogni due o tre mesi per vedere se un determinato obiettivo è stato raggiunto o meno, lo facciamo attraverso le supervisioni dei vari gruppi in cui si vede se ci sono evoluzioni o meno e quindi possiamo vedere se insistere su determinati aspetti, come modificare il nostro intervento, aggiungere elementi all'attività,... ma non è un qualcosa di troppo sistematico bensì è più *naturale* in base a cosa il bambino riesce a fare. C'è un'aspettativa minore, nel senso che non è formalizzata; a volte capita anche che arrivi dall'esterno la conferma: a volte il bambino all'interno del CPE non cambia ma i cambiamenti li porta al di fuori, ad esempio a casa o a scuola, ed è per questo che è importante per noi che il bambino vada a scuola e che si mantengano i rapporti professionali con l'esterno o con la famiglia.

J: Avete in programma anche attività con impronta meno terapeutica e più artistica?

S: Abbiamo attività all'interno del CPE e un'attività anche all'esterno del CPE. Le ho già un po' anticipate all'inizio dell'intervista e sono ad esempio i vari atelier di cucina, l'atelier racconto, l'art déco, l'attività di falegnameria, ecc. All'esterno del CPE invece facciamo un'attività di pet-therapy a Meride, presso una fattoria. Inoltre, può sembrare banale ma non lo è, abbiamo qui al CPE un acquario con i pesci, il quale attira sempre moltissimo l'attenzione dei bambini e anche dei genitori, soprattutto quando vengono a fare la prima visita per conoscere il Centro.

STUDENTSUPSI

J: Quali pensa siano i punti di forza e/o le criticità nell'inserire un bambino vittima di abusi all'interno di un gruppo del CPE composto anche da altri bambini?

S: Ci sono bambini così angosciati che bisogna prepararli allo stare in gruppo, magari ci vuole un lavoro di un anno intero e poi si inizia pian piano con un'attività di gruppo poiché non tollerano di stare con altri bambini, sarebbe troppo minaccioso; quindi il limite potrebbe essere che non tutti i bambini sono pronti per stare in gruppo. La forza invece sta nel fatto che, come in ogni gruppo, le cose che arrivano dai pari hanno un valore diverso, molte volte più efficace ancora dell'intervento dell'adulto. Anche nei momenti di parola all'interno dei gruppi si possono creare situazioni in cui confrontarsi con i pari aiuta (ad esempio a ridurre le preoccupazioni, i dubbi,...), tra coetanei ci si aiuta, si condivide e ci si conforta a vicenda, anzi, il più delle volte ha più valore ciò che dice un coetaneo rispetto a ciò che dice il terapeuta o l'educatore. Questa è la grande ricchezza dei gruppi in generale. Un altro punto positivo del gruppo è che si può veder se stessi nell'altro; ad esempio all'interno di un gruppo, un bambino ha la possibilità di vedere un compagno comportarsi nello stesso modo in cui lui stesso si comporta fuori da lì e – il fatto di rivedersi attraverso l'altro – può smuovere qualcosa dentro questo bambino. È possibile poi che in gruppo emergano degli elementi che in un approccio individuale non verrebbero fuori o non così in fretta, può capitare anche che un bambino in un approccio individuale si comporti come un *angioletto* e che i problemi invece emergano quando si tratta di stare insieme ad altre persone, in questo caso il gruppo è funzionale per fare esercizio su questo.

J: In che modo al CPE create un ambiente in cui il bambino può esprimere il proprio disagio liberamente?

S: Quando un bambino fa una crisi si cerca sempre di parlare, di rimandare il messaggio che, in ogni caso, non bisogna essere violenti. Finché non è passata la crisi il bambino non è raggiungibile, ma loro sanno bene che qui da noi vengono sempre accolti – qualunque cosa accada – che noi non siamo arrabbiati con loro, o comunque che il giorno dopo l'operatore è ancora lì per lui e che quindi non è successo niente di irreparabile.

J: Quali sono i comportamenti tipici che voi notate corrispondere nei bambini vittime di abusi?

S: Un passaggio all'atto, una difficoltà ad esprimere attraverso le parole un disagio. C'è sempre una scarsa autostima e questo porta al non mettersi in gioco, a provare angoscia subito, all'aggressività come risposta perché non hanno o non trovano altri modi di rispondere, difficoltà nel riuscire a stare insieme o a stare bene insieme agli altri. Per associazione mi vengono in mente le situazioni in cui si affidano i bambini alle famiglie affidatarie; molto spesso vi è delusione (anche inconscia) da parte dei genitori affidatari perché si ritrovano a dire "ma come... io gli sto offrendo tutto ciò che lui non ha mai avuto e il bambino mi attacca così tanto? Mi mette continuamente alla prova" ma nella maggior

STUDENTSUPSI

parte dei casi il bambino vuole verificare se anche in questo caso non verrà *buttato via* come nel caso precedente e questa è una cosa difficilissima da capire: spesso questi bambini sembrano degli ingrati, ma non sanno fare altrimenti. In questo infatti gli educatori e tutti gli operatori CPE sanno benissimo che non vi è nulla di personale dietro ai comportamenti del bambino bensì stanno solo rispondendo nella modalità di cui sono capaci e bisogna aiutarli proprio a cambiare in questo.

J: In che modo gestite questi comportamenti?

S: Dove e nella modalità in cui è possibile si cerca di dare un rimando al bambino, di mostrare quello che sta succedendo, quello che ha fatto e perché; però le modalità e le parole che si usano sono molto diverse, sono variate. In ogni caso il "no" è "no", mi viene in mente un bambino che anni fa usava come modalità lo sputare agli operatori; potrà aver avuto anche tutte le ragioni del mondo però lo sputare non era un comportamento accettabile, quindi si è passati – come strategia per cercare di placare questo suo comportamento – ad usare le sue cose personali per pulirsi dalla sua saliva, così facendo pian piano il bambino ha cambiato modalità. Molte volte vi è anche l'assegnazione di un piccolo castigo, ma non una punizione vera e propria, si tratta più che altro di avvalersi di un qualcosa che al bambino importa (come ad esempio il cartone animato da guardare prima di andare a dormire), per poter dare al bambino un segnale e successivamente potergli spiegare che sono comportamenti da evitare, che ci sono altre modalità per esprimere la rabbia o la delusione così che pian piano il bambino inizi a capire e ad usare queste altre modalità.

J: Vi sono manifestazioni anche di comportamenti sessualizzati o aggressivi?

S: Sì, sia comportamenti sessualizzati sia aggressivi e la modalità di gestione è la stessa appena descritta.

J: Quali sono gli aspetti di maggiore difficoltà in una presa a carico di bambini vittime di abusi?

S: Che purtroppo difficilmente l'abusante (qualunque sia il genere di abuso a cui ti riferisci) ammette ciò che ha commesso e quindi difficilmente è un vero alleato nella presa a carico (punto di estrema importanza nelle relazioni terapeutiche o educative). Un altro aspetto di difficoltà emerge quando, ho in mente un esempio concreto, i genitori del bambino negano lo stato di trascuratezza del figlio e quest'ultimo li giustifica o difende le loro lacune di genitori.

J: L'ultima domanda è se vi sono degli spazi, dei momenti in cui l'educatore sociale ha modo di parlare dei sentimenti o dei vissuti nati dalla relazione con questi bambini?

S: Sì, durante le supervisioni che teniamo ogni lunedì. Abbiamo supervisioni per il gruppo dei bambini grandi e per quello dei piccoli, abbiamo poi le supervisioni di ogni singolo

STUDENTSUPSI

gruppo terapeutico. Il vissuto dei singoli operatori però è più facile che emerga quando si tengono le supervisioni in gruppi più piccoli (quindi quelle dei gruppi terapeutici). Oltre a questo si può fare supervisione in individuale privatamente (qualche operatore ad esempio ha un momento di analisi); infine se qualcuno mi chiede io sono sempre disponibile per un momento tra me e loro. Trovo molto importante che un educatore o un operatore possa esprimere ciò che ha dentro e possa parlare dei propri vissuti.

J: Mi può descrivere in che modo sono concepiti/pensati questi spazi?

S: Durante la giornata del lunedì, al mattino, si tengono a rotazione le supervisioni dei vari gruppi terapeutici e le supervisioni dei gruppi dei grandi e dei piccoli. Queste supervisioni sono tenute da me con la partecipazione dei dr. Sportelli (medico coordinatore dei tre CPE). Il lunedì pomeriggio inoltre teniamo settimanalmente il momento di sintesi in cui viene letta la cartella clinica del bambino con all'interno la sua evoluzione, il suo andamento all'interno dei gruppi, eventuali domande, dubbi o osservazioni e in questo spazio si può riflettere, ragionare, valutare tutti insieme in équipe (con la partecipazione del coordinatore dei tre CPE e degli operatori del Servizio Medico Psicologico) la singola situazione del bambino. In questi spazi è fondamentale che gli operatori si mettano in gioco, che nessuno si permetta di giudicare il vissuto degli altri (non lo trovo rispettoso e penso che questo inibisca tantissimo le persone) e soprattutto che i colleghi si trovino bene tra loro (e in caso di eventuali tensioni che ci riesca a parlare e risolvere). Trovo infine fondamentale avere un momento di supervisione (o cercare un supervisore esterno se la struttura già non lo propone) poiché molto spesso il vissuto che un operatore prova in relazione con un bambino non è altro che il vissuto di quel determinato bambino che proietta in te ciò che prova; grazie alla supervisione quindi è possibile trovare un modo o una strategia su come intervenire con quel bambino.

J: Perfetto Sonja, l'intervista è giunta al termine, io la ringrazio nuovamente per la sua disponibilità e il suo prezioso contributo al mio Lavoro di Tesi.

9.7 Allegato numero 7: Tabella per facilitare la lettura e il confronto tra i dati emersi

La seguente tabella è stata stilata con lo scopo di facilitare la lettura e il confronto – per ogni domanda sottoposta – tra le diverse risposte ricevute dai tre capo-équipe dei CPE in ambito ticinese. La tabella è stata stilata con l'obiettivo di facilitare al lettore il confronto tra la teoria riportata nel corpo centrale del Lavoro di Tesi e le informazioni ottenute dalle interviste; per dare ordine alle varie informazioni ho deciso di suddividere la teoria da me consultata in venti sottopunti ognuno all'interno di un ambito specifico.

STUDENTSUPSI

Legenda per la comprensione della tabella:

Le parti evidenziate in giallo riportano i dati emersi dall'intervista che risultano coincidere con quanto trovato nella letteratura da me consultata.
Le parti in verde riportano i dati emersi dall'intervista che non risultano coincidere con quanto trovato nella letteratura da me consultata.
Le parti in azzurro invece riportano i dati emersi dall'intervista che coincidono con quanto trovato in letteratura ma che al suo interno possiedono anche elementi che non coincidono o che si differenziano in parte da quanto trovato nella letteratura da me consultata.

Nr.	Ambito della domanda effettuata (cosa dice la teoria da me consultata)	Risposta fornita dal capo-équipe del CPE di Gerrapiano	Risposta fornita dal capo-équipe del CPE di Lugano	Risposta fornita dal capo-équipe del CPE di Stabio
1.	**Target d'età e luogo d'intervento:** il target d'età preso in esame sono i minori di diciotto anni e il luogo di intervento varia a seconda della situazione di ogni bambino. In genere gli interventi vengono effettuati presso strutture residenziali apposite per queste casistiche o strutture terapeutiche e educative non a carattere residenziale.	Al CPE di Gerrapiano il target d'età è dai tre anni agli undici-dodici anni massimo e si tratta di un Centro terapeutico ed educativo per bambini con patologie medio-gravi.	Al CPE di Lugano il target d'età è dai tre anni fino agli undici-dodici massimi ed è un Centro di cura terapeutico e educativo collegato al Servizio Medico Psicologico.	Al CPE di Stabio il target d'età è dai tre fino a massimo dodici anni e si tratta di un Centro che prende a carico bambini su base volontaria dei genitori. Il CPE di Stabio oltre ad essere un Centro terapeutico ed educativo aperto sull'arco della giornata dispone anche di un internato dal lunedì al venerdì, quindi è considerabile un Centro semiresidenziale.
2.	**Metodologia d'intervento:** a dipendenza del tipo di abuso subìto e della situazione specifica del caso potranno essere realizzati interventi che prendono in considerazione anche il genitore protettivo, tutto il nucleo famigliare o il bambino da solo, utilizzando metodologie che variano da quelle psicoeducative a quelle più miratamente psicoterapeutiche.	La presa a carico avviene su due principali assi: quello educativo e quello psicologico-psicoterapeutico. Si fa un lavoro anche con i genitori, anzi, se possibile con tutte le persone facenti parte del nucleo familiare della vittima.	L'operato consiste in psicoterapie individuali ambulatoriali e attività gruppali; il lavoro è organizzato mediante terapie rieducative e una pedagogia adattata ai bambini; vi sono altre attività con una modalità d'intervento terapeutica ispirate alla psicoanalisi, sono tutte attività che vanno a lavorare sul	Lavoriamo prevalentemente in gruppo ma offriamo anche momenti individuali o delle psicoterapie; in ogni gruppo e attività c'è sempre un accoglienza psicologica. Il lavoro con i genitori viene fatto, innanzi tutto è il genitore che decide se mandare o meno il bambino al CPE, successivamente cerchiamo di lavorare

STUDENTSUPSI

			piano relazionale, motorio e simbolico. Il modello di Dora Knauer inoltre, oltre che ad interessarsi al funzionamento del bambino si interessa anche di quello dei genitori e li prende in considerazione cercando di dare un senso, un significato ai comportamenti messi in atto dal bambino e lo si aiuta a trovare delle risposte diverse da quelle a cui è abituato; rompendo così gli schemi relazionali disfunzionali favorendo l'attività psichica.	con loro senza colpevolizzare, cercando piuttosto di arrivare alla condizione che i genitori ti vivano come un alleato, anche se questo è molto difficile.
3.	**Ambiente all'interno della struttura:** qualsiasi sia la struttura in cui il bambino viene collocato non può essere la ripetizione o la copia precisa del suo nucleo famigliare originario. È necessario che gli educatori creino un ambiente all'interno del quale possa crearsi un clima ospitale, il più normale possibile, di casa, simile a quello di famiglie normoformate.	L'educatore deve cercare di offrire al bambino una situazione di vita, un'esperienza di vita il più normale possibile in un ambiente regolare, deve cercare di comportarsi – passatemi il termine "*come farebbe un genitore a casa".*	Si crea un ambiente di fiducia allo scopo di accogliere le eventuali esternazioni dei bambini e si cerca il più possibile di evitare eventuali ulteriori eventi traumatici. Si cerca di creare un ambiente rassicurante. Mi sembra inoltre importante avere in équipe un buon clima relazionale.	Sono bambini che molto spesso non vengono visti e che qui devono fare l'esperienza di essere visti, di essere guardati proprio come fa un genitore in una situazione di normalità. I bambini devono imparare che da quell'educatore riceveranno sempre lo stesso e che egli manterrà sempre il medesimo atteggiamento, così da rassicurarlo e dargli un inquadramento preciso di quello che si riceverà sempre qui al CPE.
4.	**Accoglienza, empatia e ascolto:** è importante poter creare un ambiente in cui ci sia accoglienza ed empatia e in cui il bambino possa trovare spazio d'ascolto e una risposta ai tanti	Bisogna poter dare al bambino un canale espressivo; noi accogliamo il bambino per quello che lui porta, da questo punto di vista c'è sempre una	Non c'è una prassi da seguire, ma ci vuole un'attenzione generale particolare all'accoglienza, ad accogliere il malessere del	È importante che il bambino sappia che noi siamo qui per lui e per i suoi genitori ed anche che lui sappia che se vuole parlare l'operatore è lì per

STUDENTSUPSI

	interrogativi.	sensibilità e un'attenzione particolare. Noi operatori dobbiamo essere sempre pronti ad accoglierli.	bambino. L'educatore dovrebbe riuscire ad ascoltare il bambino, a porsi in una posizione di accoglienza e riuscire ad essere contenitivo; in generale bisogna avere sempre un atteggiamento generale di empatia ed accoglienza, ma anche tanta pazienza.	ascoltarlo; fare in modo che la persona riesca a tirare fuori ciò che ha dentro, a parlarne, senza forzare però le cose. È importante che i bambini imparino a fidarsi e che l'educatore ascolti il minore e lo prenda sul serio, creando un rapporto di fiducia. Nei gruppi si lavora molto sull'ascolto, quindi l'educatore da il messaggio al bambino che anche quello che hanno da dire loro è importantissimo; si deve sempre avere un occhio particolare ed un ascolto diverso.
5.	**Identità personale:** il bambino ha bisogno di vivere in un luogo gradevole nel quale potersi rispecchiare e trarre fondamento per la ricostruzione di una propria identità personale; la comunità intende offrire sicurezza, come luogo positivo e di gratificazione, trasmettere valori e spunti educativi, stimolare alla socializzazione e all'acquisizione di una maggior conoscenza del proprio Io.	Il lavoro educativo è più un lavoro sullo sviluppo delle autonomie personali, della capacità di rispettare le regole mentre il lavoro psicologico-psicoterapeutico è più un cercare di trovare un modo per dare la possibilità al bambino di esprimere la propria emotività. L'educatore funge da garante dello sviluppo delle autonomie e da il suo contributo accompagnando il bambino ad un processo di acquisizione dell'autonomia, della sicurezza di sé, della felicità di essere capaci di fare; il gruppo aiuta in quanto il bambino può capire che non è solo e può avere dei modelli di come le altre persone hanno affrontato certe condizioni.	Abbiamo tutte attività che vanno a lavorare sul piano relazionale, motorio e simbolico. Grazie al lavoro in gruppo si ha la possibilità di rispecchiarsi con gli altri bambini, di rivedersi.	Si deve avere un occhio particolare ed un ascolto diverso cercando di fare un grande lavoro sul rinforzo dell'Io del bambino e sulla sua autostima.
6.	**Eventi quotidiani e**	Il lavoro è pensato e	Il lavoro è organizzato	Facciamo un lavoro

STUDENTSUPSI

	organizzazione: è fondamentale la costruzione e l'organizzazione degli eventi ricorrenti e familiari che caratterizzano la quotidianità, come i momenti dei pasti, del dormire, del gioco o della cura dell'igiene personale, i quali rappresentano una sorta di palestra entro cui il bambino può sperimentarsi, raggiungendo così capacità e apprendimenti sempre più evoluti.	organizzato per favorire lo sviluppo delle autonomie personali, lo sviluppo della capacità di rispettare le regole e per aiutare il bambino a stare meglio all'interno delle situazioni. L'educatore deve dare una certa attenzione agli aspetti della vita quotidiana, più precisamente in quelle situazioni di particolare vicinanza fisica e di accudimento dei bisogni primari; deve fornire un modello di "normalità" accompagnando il bambino ad un processo di acquisizione dell'autonomia, della sicurezza di sé, della felicità di essere capaci di fare, su un modello il più normale possibile.	tramite attività che favoriscono la relazione e la parola, che vanno a lavorare sul piano relazionale, motorio e simbolico; le attività sono organizzate per permettere al bambino di imparare a giocare, imparare a stare con gli altri, ad accettare le regole e i limiti. Ci vuole sempre un'attenzione particolare quando, ad esempio, vanno in bagno, per questo bisogna stare sempre in due col bambino, si deve vigilare sempre bene, specialmente quando il bambino è solo o sta in relazione con gli altri coetanei e ha modo di manifestare comportamenti aggressivi verso se o verso gli altri. I vari giochi e le varie attività favoriscono la relazione tra i bambini e la parola, lo scambio, la comunicazione, la dimensione simbolica e l'imparare a giocare rispettando gli altri bambini, i turni e le regole.	soprattutto di tipo psicodinamico, sulle emozioni e sulla loro espressione, sulla tolleranza alla frustrazione, sull'accettare le regole, sullo stare insieme; la cosa più importante per noi è riuscire a dargli degli strumenti affinché possano vivere, integrarsi o sopravvivere nel mondo esterno. Bisogna evitare di far sentire il bambino incapace e colpevole ma creare anzi quelli situazioni in cui il egli può esercitarsi – senza giudizio e senza critiche – a fare, a imparare. Puntiamo a favorire un aumento dell'autostima, al raggiungimento di un buon grado di autonomia, a favorire il riconoscimento e l'espressione delle emozioni, a riuscire a tollerare la frustrazione.
7.	**Gestione dei comportamenti sintomatici:** l'educatore sociale potrebbe trovarsi in una posizione debole e di estrema confusione, in una continua ricerca di equilibrio poiché vi è la necessità del minore di non subire più alcun tipo di vittimizzazione e quindi ha bisogno di	Il gruppo spesso inibisce o limita il bambino nella sua espressione. Capita comunque spesso di vedere disegni con riferimenti sessuali o delle scritte con parolacce estreme o con atti sessuali. Prima di tutto è necessario fare molta attenzione nel fare	Il bambino qui da noi sa che è libero di esprimere ciò che vuole, il bambino ha la sicurezza di poter essere se stesso senza essere giudicato o colpevolizzato. L'assenza di giudizio è importante per	I comportamenti tipici che noi vediamo sono il passaggio all'atto, difficoltà ad esprimere attraverso le parole un disagio; c'è sempre scarsa autostima che porta al non mettersi in gioco, a provare angoscia subito, all'aggressività come

STUDENTSUPSI

	essere protetto, allo stesso però vi è la necessità che le strutture si configurino come luoghi di cura in cui le piccole vittime possano esprimere liberamente il proprio disagio anche attraverso comportamenti sintomatici, in modo tale da essere accolti, riconosciuti e compresi. Vi possono essere tre modalità per la gestione di questi comportamenti sintomatici: il contenimento (interventi che mirano a tranquillizzare il bambino e ad aiutarlo a porre fine all'espressione del comportamento sintomatico), la comprensione (tentativo di collegare un certo comportamento al vissuto traumatico) e il controllo (si deve costantemente vigilare i bambini); non per forza deve essere presente una sola dimensione.	conclusioni affrettate, qualsiasi cosa è da contestualizzare e da capire (per poter affermare qualcosa non è sufficiente la sola manifestazione di comportamenti sessualizzati o aggressivi), sono tutti piccoli campanellini d'allarme ma non si tratta mai di certezze. Questi comportamenti li gestiamo parlandone col bambino e con i genitori o i docenti, per poterne vedere le reazioni. Bisogna trovare altri modi da proporre al bambino per esprimersi o per vivere e gestire tutte le emozioni che prova.	questo, per poter mettere il bambino nella condizione di esprimere qualsiasi contenuto lui voglia con la certezza che l'operatore non si arrabbierà con lui e sarà sempre lì per aiutarlo, sostenerlo e contenerlo. In ogni caso vediamo spesso atteggiamenti agitati, aggressivi o provocatori, ed anche sessualizzati. Spesso vogliono mostrarsi più grandi di quel che sono, potenti, invincibili (bisogna fare attenzione però perché non sempre dietro questi comportamenti vi è dietro un abuso); alcuni sono anche depressi; abbiamo poi manifestazioni di atteggiamenti ipomaniacali, esibizionisti o bambini che si difendono tantissimo; tanti bambini infine hanno il grande vissuto di impotenza e il loro comportamento può essere il cercare di passare da una posizione relazionale passiva ad una attiva. Per gestire questi comportamenti cerchiamo di non giudicare e di non essere oppressivi, di contenere il bambino e fargli capire che attuando certi comportamenti non ricava niente di positivo; si deve	risposta, ad avere difficoltà nello stare insieme o nello stare bene insieme agli altri. In questi casi cerchiamo di dar un rimando al bambino, di mostrare quello che sta succedendo; si usano a volte le assegnazioni di piccoli castighi, ma non si tratta di punizioni vere e proprie, si tratta più che altro di avvalersi di un qualcosa che al bambino importa per potergli dare un segnale e potergli spiegare che sono comportamenti da evitare, che esistono altre modalità per esprimere la rabbia o la delusione. Qui al CPE si cerca sempre di parlare, di rimandare il messaggio che non bisogna essere violenti; in ogni caso finché non è passata la crisi il bambino non è raggiungibile, ma loro sanno bene che qui verranno sempre accolti, che noi non siamo arrabbiati con loro o che comunque il giorno dopo l'operatore sarà ancora lì e che quindi non è successo nulla di irreparabile.

STUDENTSUPSI

			lasciar esprimere il bambino per capire il suo malessere, mettendo però sempre il limite laddove risulta necessario. Si cerca di creare un ambiente rassicurante e portare il bambino alla parola e non all'atto.	
8.	**Ricostruire la fiducia e aumento delle capacità del bambino:** vi è l'estrema necessità di avere indietro al più presto l'opportunità di ricostruire la fiducia nei confronti delle altre persone e più in particolare degli adulti; bisogna trovare l'intervento su misura per il piccolo, per permettergli di recuperare fiducia nel mondo esterno, in se stesso, per accrescere le sue capacità personali e sociali, per far sì che l'esperienza traumatica si trasformi in un motore di cambiamento e resilienza. I momenti di cura personale – intesi come il momento della preparazione e del consumo dei pasti, dell'igiene personale e della cura dell'abbigliamento e della propria immagine – sono estremamente importanti poiché per molti bambini avere qualcuno che si prende cura di lui e che si occupa con dedizione della sua immagine, igiene o della preparazione dei pasti (specialmente se ne viene curata anche varietà, qualità e gusti personali) può lasciarli alquanto sorpresi; in più, in questi momenti è possibile, gradualmente, attivare un	Il lavoro educativo e psicoterapeutico ha lo scopo di favorire lo sviluppo delle autonomie personali e di varie capacità nel bambino (capacità di rispettare le regole, di riconoscere e nominare le proprie emozioni, di relazionarsi coi pari, acquisizione dell'autonomia, della sicurezza di sé, della felicità di essere capaci di fare,...). L'educatore in tutto questo funge da garante per lo sviluppo delle autonomie in un ambiente regolare, deve fornire al bambino un modello di "normalità" accompagnandolo ad un processo di acquisizione dell'autonomia, della sicurezza di sé, della felicità di essere capaci di fare.	Qui al CPE si lavora su un piano relazionale, motorio e simbolico, il bambino deve imparare a giocare, a stare con gli altri, ad accettare regole e limiti, a stare in relazione con adulti e bambini, a parlare, a scambiare idee e opinioni, a comunicare e a rispettare adulti, bambini, spazi e regole. Infine, si vuole creare un ambiente in cui il bambino può fidarsi dell'adulto. L'obiettivo del nostro operato è far sì che il bambino sia reinserito nel suo ambiente di vita abituale trovando gli strumenti o le strategie per esprimere le proprie emozioni correttamente, senza aggressività o manifestazioni sessualizzate.	Tramite il nostro operato cerchiamo di permettere al bambino di acquisire la capacità di riconoscere ed esprimere le proprie emozioni, di tollerare la frustrazione, di accettare le regole, di stare insieme al gruppo di pari; più in generale gli obiettivi sono il favorire un aumento dell'autostima e il raggiungimento di un buon grado di autonomia. Vogliamo permettere al bambino di vedere e accettare i propri genitori per come sono, accettando anche che ci sono cose che loro non ti daranno mai ma che per questo non bisogna andare a cercarle da altre persone. È importante che imparino a fidarsi degli operatori e che acquisiscano la consapevolezza che il mondo esterno è fuori dal CPE e che quindi riescano ad imparare a vivere, integrarsi o sopravvivere nel mondo esterno. L'educatore può essere d'aiuto al bambino facendogli capire chi ha di fronte (riferendosi ai

STUDENTSUPSI

	processo di responsabilizzazione e di autonomizzazione mediante la richiesta di partecipazione alla preparazione, oppure, si può aumentare gradualmente l'indipendenza nell'igiene personale, nella cura e dell'ordine della propria persona e immagine.			genitori) per poter far sì che il piccolo prenda coscienza del fatto che i suoi genitori sono fatti così, che impari ad accettare che da loro non potrà ricevere di più (senza giudicare i genitori ovviamente); si dovrebbe evitare qualsiasi forma di giudizio e di critica, evitare di dire al piccolo come ci si dovrebbe comportare o far sentire il bambino incapace di fare qualcosa, ma, anzi, si deve cercare di creare il più possibile quelle situazioni in cui il bambino può esercitarsi a fare da solo e ad imparare. Un altro obiettivo per noi è quello di dare al bambino la possibilità di imparare a differenziare gli individui e a non fidarsi di tutti, senza andare quindi a cercare affetto e attenzioni da chiunque.
9.	**Riflettere accuratamente, attuare una valutazione in itinere e cercare la giusta distanza:** vi è quindi la necessità di riflettere, conoscere, riconoscere e solo dopo intervenire; resistere dal sentirsi onnipotente e detentori delle proposte più significative e competenti. Infine bisogna tenere conto della possibilità di modificare eventuali programmi o interventi nel corso della presa a carico. È fondamentale anche cercare la giusta distanza	È fondamentale informarsi se vi sono o meno delle restrizioni da parte dell'Autorità Regionale di Protezione o della polizia; il Servizio Medico Psicologico raccoglie tutte le segnalazioni del territorio e se lo ritiene opportuno manda le segnalazioni al CPE, a quel punto è nostro lavoro riflettere e capire come formare i gruppi o integrare i bambini nei gruppi già esistenti; per questo si valuta attentamente	L'operatore deve riuscire a trovare quella giusta distanza relazionale per riuscire a non essere troppo fusionale col bambino, ne al contrario lasciarlo privo di attenzioni o di vicinanza. Per i gruppi terapeutici non ci sono programmi specifici, in base al bambino e alla sua situazione si valuta con l'équipe quale attività risulta più idonea. Abbiamo la	Durante le riunioni di inizio anno, per ogni bambino pensiamo a quale attività proporre, quale può risultare per lui più efficace e produttiva; bisogna pensare bene per ogni singolo bambino. Ogni anno, a dipendenza dei bambini presi a carico, possiamo introdurre nuovi gruppi o cambiare, modificare quelli già esistenti. Durante le supervisioni e le sintesi settimanali si ha la possibilità,

STUDENTSUPSI

	col bambino, tutelandosi dal divenire fusionale.	grado di capacità comunicativa ed elaborativa. Attenzione alle situazioni di particolare vicinanza fisica e di accudimento dei bisogni primari. I momenti di supervisione e di sintesi riservati all'équipe hanno lo scopo di fare uno scambio di dubbi e di idee, di discutere sull'evoluzione del bambino, sui suoi progressi, sui limiti,... così che ci si possa fermare a riflettere in caso di necessità.	sintesi settimanale in cui si presente il caso clinico di un bambino, uno diverso ogni settimana, in cui si ha la possibilità di discutere in équipe dell'andamento del bambino nel gruppo e di valutarne l'andamento della presa a carico.	insieme all'équipe, di monitorare l'andamento del bambino con eventuali dubbi o osservazioni così da riflettere, ragionare e valutare tutti insieme la singola situazione del bambino.
10.	**Costruzione di una storia comune e attenzione ai momenti di cura personale:** La prima cosa che un educatore deve fare è cercare la costruzione di una storia in comune mediante l'offerta di una giusta affettività, la condivisione dei ricordi, la conoscenza degli ambienti di vita, la comunicazione empatica. Altra particolare attenzione va data ai momenti di cura personale, termine molto ampio che include ad esempio la preparazione del cibo, l'igiene personale, la cura dell'abbigliamento e della propria immagine; tutti questi sono gesti estremamente importanti per la creazione delle fondamenta di un rapporto basato sulla fiducia.	Un aspetto importante di questo tipo di presa a carico è il dover offrire al bambino una situazione di vita, un'esperienza di vita nella quotidianità – quindi nell'andare in bagno, nel mangiare, e così via – il più *normale* possibile. Una certa attenzione ci vuole anche per certi aspetti della vita quotidiana, come ad esempio quando bisogna accompagnarli in bagno, aiutarli a togliere il pannolino o a cambiarsi (sono situazioni di particolare vicinanza fisica e di accudimento dei bisogni primari che in una situazione di abuso e violenza possono suscitare reazioni particolari e a cui ci vuole una certa attenzione.	Ci vuole un'attenzione particolare quando il bambino si mostra provocatorio o aggressivo e, ad esempio, va in bagno; bisogna stare sempre in due col bambino, per evitare che si creino quelle situazioni di ambiguità o le occasioni per cui il bambino può fraintendere le intenzioni degli operatori e accusarlo di un qualsiasi reato.	Non sono emersi elementi significativi.
11.	**Rinforzare la persona e acquisizione di una maggiore fiducia in se stessi:** l'educatore che accompagna questi bambini	La persona la si rinforza contenendola, sostenendola e accompagnandola ad un processo di acquisizione	Non sono emersi elementi significativi.	Si ha un occhio particolare ed un ascolto diverso, cercando di fare un grande lavoro sul

STUDENTSUPSI

	deve anche fungere da supporto all'apprendimento del minore, che concretamene significa confermare e rinforzare la persona nelle sue abilità, farla sentire in grado di fare qualcosa, capace, anche quando non riesce a portare a termine da solo un compito. Svolgere insieme questi compiti permette al bambino di impararne la sequenza, di memorizzarla e riprodurla poi a sua volta ricavandone soddisfazione personale e apprezzamenti da parte dell'educatore, il che favorisce l'acquisizione di una maggiore fiducia in sé stessi.	dell'autonomia, della fiducia e della sicurezza di sé e della felicità di essere capaci di fare da soli.		rinforzo dell'Io del bambino e sulla sua autostima. Nel tempo che i bambini restano qui è importante che imparino a fidarsi, è importante ascoltare il minore, prenderlo sul serio e creare appunto un rapporto di fiducia.
12.	**Aspetto ludico come mediatore:** altra funzione fondamentale dell'educatore è il giocare e il divertirsi insieme, collaborando così alla creazione di un rapporto interpersonale mediato dall'aspetto ludico e alla creazione di un clima sereno e positivo, capace di contenere l'aggressività e le provocazioni messe in atto dai bambini, con l'obiettivo di aiutarli a superare l'ansia e la diffidenza.	Vi sono molte attività mediate dall'aspetto ludico, un esempio è la drammatizzazione, strumento che utilizziamo in gruppo, in cui il bambino inventa una storia e questa storia viene poi condivisa e giocata. Diciamo che proponiamo numerosissime attività psicoeducative in cui il gioco e l'aspetto ludico è presente.	Il gioco è importantissimo al CPE e le attività sono organizzate per permettere al bambino di imparare a giocare. È molto importante infatti la funzione che il gioco ricopre. L'attività principale al CPE è il gioco e in questo l'educatore è molto presente; in ogni attività, in ogni momento vi è sempre presente il gioco, tramite quest'ultimo il bambino senza rendersene conto prova emozioni e sentimenti. In tutte le attività è presente il gioco allo scopo di far apprendere ai bambini attraverso la dimensione ludica.	Nei momenti di relazione individuale tra bambino e operatore è possibile fare alcune attività in cui è presente l'aspetto ludico; anche all'interno dei gruppi terapeutici questa dimensione è sempre presente.
13.	**Sostenere emotivamente, riconoscere ed elaborare le emozioni:** ulteriore compito difficile è quello di	Trovare un modo per mettere il bambino nella condizione di potersi esprimere, di poter	Si crea un ambiente di fiducia allo scopo di accogliere le eventuali esternazioni dei	Viene fatto un lavoro di tipo psicodinamico sulle emozioni per favorirne il loro

STUDENTSUPSI

	sostenere emotivamente in diverse forme e modalità, a seconda delle diverse circostanze e della soggettività del bambino; bisogna essere capaci di operare il contenimento delle emozioni e dei sentimenti, le quali spesso sono espresse in maniera molto confusa e hanno la necessità del supporto dell'educatore per poterle riconoscere, nominare ed elaborare.	esprimere la propria emotività; noi accogliamo il bambino per quello che lui porta e si sente di poter portare in quel momento. Bisogna lasciare aperta la possibilità espressiva attraverso il gioco, il disegno, la parola e quindi di poter offrire al minore questi canali espressivi. Il nostro compito è quello di accogliere il bambino e quello che lui ci vuole portare mettendo il piccolo nella migliore condizione di potersi esprimere, lasciargli un certo grado di libertà di quello che il bambino dice e fornirgli uno spazio per aprirsi senza forzare il ricordo e l'espressione.	bambini; l'educatore deve assolutamente contenere il bambino senza però giudicarlo, lasciandolo libero di esprimere il proprio disagio. I vari giochi e le attività favoriscono la relazione tra i bambini e la parola, lo scambio e la comunicazione. Tramite il gioco inoltre, il bambino senza rendersene conto prova emozioni, sentimenti e lo scopo è quello di metterlo nella condizione di riconoscere queste emozioni, di saperle nominare, condividerle e qualora fosse necessario anche elaborare o trovare una modalità per gestirle. Attraverso il gruppo si ha anche la possibilità di riconoscere le proprie emozioni e confrontarle con quelle degli altri, si ha la possibilità di rispecchiarsi, di rivedersi e di vedere le modalità di superamento degli altri bambini; condividere le proprie esperienze permetter al minore di rielaborare il proprio vissuto e le proprie emozioni e questo è importante.	riconoscimento e la loro espressione.
14.	**L'importanza dell'osservazione, dell'ascolto e dei limiti:** è importante che l'educatore osservi ed elabori ciò che	Accompagnare ad accettare le regole, all'indipendenza, a volte usano come strategia il mantenere una linea	A Lugano vi è l'esistenza di un gruppo osservazione; ascoltare e osservare attentamente tutti quei	I bambini qui devono fare l'esperienza di essere visti, di essere guardati, è importante che il bambino sappia

STUDENTSUPSI

	accade nei vari contesti collettivi o individuali; ogni intervento educativo infatti dovrebbe avviarsi dall'attenta analisi dei bisogni del minore – analisi consentita unicamente dopo un'attenta osservazione e da un buon ascolto attivo. I limiti invece una volta delineati devono sempre rimanere tali ed essere garantiti così da svolgere un ulteriore compiti educativo: la tutela dei confini, i quali vengono molto spesso messi alla prova dai bambini che cercano di misurare l'affidabilità degli adulti; contemporaneamente il bambino può vivere una nuova esperienza, ossia quella di sperimentare conflitti o competizioni in cui la propria aggressività o distruttività riesce ad essere contenuta e non apparire più dannosa o spaventosa. È fondamentale per i bambini avere qualcuno che possa ascoltare ciò che hanno da dire.	rigida sul "no"; mantenere rigidamente le regole cercando però di non andare in scontro con il bambino. L'osservazione e l'ascolto sono due dimensioni molto presenti.	segnali significativi che potrebbero essere l'esternazione del malessere bambino. Una strategia può essere quella di mettere, durante i giochi specialmente, un quadro, delle regole al gioco quando esso rischia di non essere più funzionale. Si deve lasciare esprimere il bambino per capire il suo malessere, mettendo però sempre il limite laddove risulta necessario; quando i bambini manifestano troppa agitazione o eccitazione – specialmente nei momenti del gioco – è importante porre dei limiti per cercare di contenere questo aspetto.	che noi siamo qui per lui e per i suoi genitori, che il bambino sappia che se lui vuole ne potrà parlare. È importante inoltre ascoltare il minore, all'interno dei gruppi si lavora molto sull'ascolto e il rispetto dell'altro. Si deve lasciare al minore un po' di autonomia ma non troppa perché il bambino deve poter sentire che il muro c'è, lui ha bisogno di ricevere dei limiti, dei no, delle frustrazioni motivate ed è anche questa prevedibilità dell'adulto che trova qui al CPE che li aiuta.
15.	**La dimensione gruppale:** il lavoro all'interno di gruppi sembra essere particolarmente efficace per coloro vittime di abusi. Il gruppo appare come una risorsa qualora si programmino interventi in cui giovani ospiti si riuniscono per affrontare qualche specifico argomento, con l'aspettativa che mettere in comune vissuti ed esperienze possa accelerare o rinforzare gli effetti dell'intervento. È possibile aiutarli i minori ad interagire sperimentando nuove modalità	La presa a carico del CPE è una presa a carico prevalentemente gruppale; la forza del gruppo sta nel fatto che le reazioni dei membri e degli operatori possono essere molto importanti per il bambino che è riuscito ad esprimersi su un determinato argomento. Il bambino che sta in gruppo può trovare grande aiuto e grande supporto dai coetanei, ha modo di capire che non è il solo ad aver vissuto una certa situazione e può anche	Il CPE propone cure ambulatoriali tramite una presa a carico gruppale giornaliera. Attraverso il lavoro in gruppo il bambino ha la possibilità di riconoscere le proprie emozioni e confrontarle con quelle degli altri, si ha la possibilità di rispecchiarsi, di rivedersi e di vedere le modalità di superamento degli altri bambini; condividere le proprie esperienze permette	Lavoriamo prevalentemente in gruppo anche se offriamo, a seconda delle necessità dei bambini, anche dei momenti individuali. Ci sono bambini così angosciati che bisogna prepararli allo stare in gruppo, magari ci vuole un lavoro di un anno intero e poi si inizia pian piano con un'attività di gruppo poiché non tollerano di stare con altri bambini, sarebbe troppo minaccioso; quindi il

STUDENTSUPSI

	comunicative e relazionali; anche solo ritrovarsi con persone che hanno vissuto esperienze simili è un grande conforto grazie alla possibilità di scoprire che non si è i soli ad aver vissuto la stessa terribile esperienza. Sono numerosi gli studi ad aver dimostrato l'efficacia della terapia di gruppo nelle funzioni sociali del bambino, in quanto offre la possibilità di interagire con altri coetanei all'interno di un ambiente sicuro, favorisce l'aumento del livello di autostima, riduce gli stati d'ansia, dei sentimenti di rabbia, del senso di colpa e di numerose sintomatologie del Disturbo Post-Traumatico da Stress. Per una buona riuscita bisogna permettere ai bambini di vivere il contesto del gruppo come un luogo sicuro e protetto e il promuovere la coesione fra partecipanti.	avere dei modelli di come le altre persone hanno affrontato certe condizioni. Il limite può esserci quando capita il contrario, ovvero che il bambino viene attaccato o giudicato dai compagni oppure quando il bambino non si sente affatto pronto a condividere dei vissuti di fronte ad altri coetanei. Se il bambino si esprime in gruppo spesso le reazioni dei membri del gruppo e degli operatori possono essere molto importanti per colui che è riuscito ad esprimersi. Un esempio può essere quello di un bambino che riesce ad esprimere i suoi sentimenti legati alla separazione dei genitori e all'interno del gruppo trova un altro bambino che anche lui sta vivendo questa situazione e che può condividere con lui sentimenti, modalità per affrontare quella determinata condizione; il bambino così facendo fa la scoperta che il gruppo può essere di aiuto e di sostegno.	al minore di rielaborare il proprio vissuto e le proprie emozioni e questo è importante.	limite potrebbe essere che non tutti i bambini sono pronti per stare in gruppo. La forza invece sta nel fatto che, come in ogni gruppo, le cose che arrivano dai pari hanno un valore diverso, molte volte più efficace ancora dell'intervento dell'adulto. Anche nei momenti di parola all'interno dei gruppi si possono creare situazioni in cui confrontarsi con i pari aiuta (ad esempio a ridurre le preoccupazioni, i dubbi,...), tra coetanei ci si aiuta, si condivide e ci si conforta a vicenda, anzi, il più delle volte ha più valore ciò che dice un coetaneo rispetto a ciò che dice il terapeuta o l'educatore. Questa è la grande ricchezza dei gruppi in generale. Un altro punto positivo del gruppo è che si può veder se stessi nell'altro; ad esempio all'interno di un gruppo, un bambino ha la possibilità di vedere un compagno comportarsi nello stesso modo in cui lui stesso si comporta fuori da lì e – il fatto di rivedersi attraverso l'altro – può smuovere qualcosa dentro questo bambino. È possibile poi che in gruppo emergano degli elementi che in un approccio individuale non verrebbero fuori o non così in fretta, può

STUDENTSUPSI

				capitare anche che un bambino in un approccio individuale si comporti come un *angioletto* e che i problemi invece emergano quando si tratta di stare insieme ad altre persone, in questo caso il gruppo è funzionale per fare esercizio su questo.
16.	**La dimensione individuale:** Molto efficace è il lavoro all'interno di gruppi di pari; non bisogna però dimenticare che parallelamente ad un percorso educativo di gruppo vi è la necessità di fare un percorso anche individuale, poiché unicamente leggendo i vari comportamenti in rapporto alla storia individuale del bambino l'educatore può, mediante l'osservazione, concentrare le proprie energie nel dare un significato ad un certo comportamento sintomatico, condizione che in un gruppo di più bambini, con ognuno una storia differente, non sarebbe possibile.	Oltre alla presa a carico gruppale vi è la possibilità di creare dei momenti individuali; nell'approccio individuale i pregi sono sicuramente che se vi è una buona relazione, un buon feeling e una buona fiducia tra bambino e operatore si possono creare le condizioni ideali perché il bambino trovi quel terreno fertile per potersi esprimere e quindi aprirsi al racconto dell'avvenimento traumatico, dei ricordi e anche l'operatore è più libero di – se c'è qualcosa di importante da dire al bambino – poterne parlare senza spettatori e senza porsi la domanda "posso dire questa cosa oppure è meglio dirla quando siamo soli io e lui?", l'individuale quindi può creare le condizioni più favorevoli a parlarne, il gruppo può essere un'inibizione, può inibire il bambino a volersi esprimere. D'altra parte il limite è che se il bambino si esprime in gruppo spesso le reazioni dei membri del gruppo e degli operatori	Al CPE qui a Lugano facciamo un lavoro più di tipo gruppale ma vi è anche la possibilità di effettuare dei momenti individuali. In una relazione individuale il bambino potrebbe essere più spinto ad esprimere determinati contenuti o a comportarsi in una certa maniera che altrimenti non sarebbe emersa in un gruppo di più persone. Questo può essere sia un aspetto positivo sia un aspetto negativo (se ad esempio il bambino è intimorito dalla relazione individuale non si aprirà facilmente con l'adulto, potrebbe sentirsi minacciato, angosciato o potrebbe rivivere in una certa maniera la sensazione di essere impotente difronte ad un adulto).	Oltre ad organizzare il lavoro in diversi gruppi offriamo momenti individuali, attività individuali o psicoterapie. Suona molto forte ma un bambino abusato significa anche un bambino che non è stato protetto dal genitore o che questo genitore non ha potuto, non è riuscito o non è stato capace di proteggere il figlio, quindi di partenza vi sarà sempre da parte del bambino una non fiducia verso l'adulto, una sfiducia di base. Per il piccolo quindi sarà molto difficile affidarsi a una nuova persona che ti può anch'essa deludere o ferire. Questo io all'interno del CPE trovo che sia una grande ricchezza, col tempo si costruiscono delle relazioni privilegiate e quando questo ha luogo noi cerchiamo di svilupparle. Se il bambino però non è pronto non si affida ad una persona sola, qui al CPE siamo in tanti e

STUDENTSUPSI

		possono essere molto importanti per colui che è riuscito ad esprimersi. Può però capitare anche il contrario, ossia che il bambino viene attaccato e lì è ruolo dell'operatore quello di modulare, mediare in modo che ci sia libertà di espressione per tutti rispettando gli altri.		questo dovrebbe favorire una capacità a relazionarsi con tante persone. Un limite può esserci nel caso in cui venga a crearsi una rivalità tra l'operatore con cui il bambino ha il forte legame e i genitori; un altro limite può essere quello che ci sono alcuni bambini che non sono ancora pronti ad avere una relazione individuale, specialmente se all'interno di quattro mura, in quanto sarebbe vissuto dal piccolo piuttosto in maniera persecutoria; in questo caso ci vogliono da parte dell'operatore molta delicatezza e molto tatto e all'inizio della presa a carico questi bambini sono più rassicurati con un'attività in gruppo. Un punto di forza può essere invece quello che il bambino ha la possibilità di essere visto, di essere guardato e per lui questo è un grande nutrimento (se si crea una relazione privilegiata è un qualcosa di positivo; quando un bambino non riesce a creare una relazione privilegiata con un adulto è un po' come se mancasse un gradino in più).
17.	**Riconoscere ed evitare situazioni pericolose:** tramite un lavoro di gruppo si dovrebbe identificare ed esprimere sentimenti e	Non sono emersi elementi significativi.	Non sono emersi elementi significativi.	A volte l'alleanza non è possibile, molte volte i genitori non riesci a cambiarli e lì l'importante è aiutare il

STUDENTSUPSI

	vissuti legati alle esperienze traumatiche, correggere il significato patologico che le piccole vittime hanno attribuito alle esperienze stesse, individuare ed apprendere strategie più funzionali per gestire i momenti critici e le difficoltà personali e relazionali, riconoscere ed evitare situazioni pericolose. Si suggerisce inoltre che l'educatore dovrebbe insegnare al bambino a difendersi attraverso percorsi di educazione alla protezione del proprio corpo e dei propri beni, all'affettività e alla sessualità così da aiutarli a riconoscere quando un contatto è sano o all'opposto violento.			bambino a vedere chi ha di fronte, senza dare colpe, ma aiutandoli a tirare fuori, ad esempio, la rabbia o la delusione che hanno dentro nei loro confronti, riuscendo però poi a mettere il bambino nella condizione di vederli e soprattutto di accettarli così come sono; ma accettarli nel senso che devono accettare che ci sono cose che loro non ti offriranno mai e quindi forse le si devono trovare altrove. È importante però fargli capire che devono riuscire a trovarli dalle persone giuste (ed è qui che sono molto vulnerabili tanti bambini, soprattutto a livello sessuale, perché poi pur di aver dell'affetto o delle attenzioni le cercano ovunque e a qualsiasi prezzo) ed è in questo che dobbiamo cercare di aiutarli. Si deve imparare a differenziare gli individui e soprattutto si deve imparare a non fidarsi di tutti e non andare a cercare affetto e attenzioni da tutti.
18.	**Materiali e spazi facilitatori della relazione educativa:** Una funzione fondamentale dell'educatore è il giocare e il divertirsi insieme al bambino, collaborando così alla creazione di un rapporto interpersonale mediato dall'aspetto ludico	In questo preciso momento sta funzionando un gruppo di espressione terapeutica che utilizza come mediatore, come attività principale il photolanguage. Altrimenti c'è la possibilità di organizzare	Il lavoro è organizzato tramite attività a mediazione, attività che favoriscono la relazione e la parola; sono tutte attività che vanno a lavorare sul piano relazionale, motorio e simbolico. Diciamo che il gioco è	Al CPE abbiamo vari gruppi terapeutici tra cui lo psicodramma, il photolanguage e vari altri gruppi in cui si favorisce la parola, l'espressione, la scrittura,... Ci sono poi ad esempio i vari atelier di cucina,

STUDENTSUPSI

	e alla creazione di un clima sereno e positivo. L'uso delle favole è un ottimo suggerimento per l'elaborazione dei diversi vissuti legati all'esperienza traumatica, così come l'ascolto e la creazione di fiabe. Per quanto riguarda le paure, sono molte le strategie che aiutano gli educatori ad affrontarle insieme ai più piccoli; si suggerisce di ascoltare e dialogare insieme senza esprimere alcuna valutazione e alcun giudizio, di provare a rappresentare giocando la situazione che impaurisce, di aiutarsi con storie e fiabe oppure di ricorrere alla pittura, al modellare o alla creazione di rituali contro la paura. Un'altra ottima strategia per un intervento efficace è l'utilizzare il lavoro con gli animali, chiamata pet-therapy, la quale è considerata una tecnica terapeutica vera e propria.	gruppi con altri mediatori terapeutici, come ad esempio la drammatizzazione – altro strumento che utilizziamo in cui il gruppo o il bambino inventa una storia e poi questa storia viene condivisa con gli altri bambini del gruppo, gli operatori e viene giocata attribuendo a ciascun bambino un ruolo. Questo permette da una parte al bambino di esprimersi attraverso l'invenzione della storia ma anche di confrontarsi poi nella condivisione della sua storia, la quale diventa poi storia del gruppo, con le conseguenti gioie e frustrazioni nate dal dover condividere una qualcosa che inizialmente era propria del bambino. È capitato anche qualche anno che un gruppo si recasse a Gudo in una fattoria per fare un'attività di avvicinamento e conoscenza con gli animali, e nello stesso tempo i bambini han potuto fare un'esperienza di accudimento degli animali, dandogli da mangiare, affrontando anche alcune loro paure e di fare un'esperienza di accudire qualcun altro in condizione di piacere, disgusto, fatica, paura, e così via. Un'altra attività è la piscina, attività che abbiamo proposto anche durante questo anno scolastico con i bambini	presente in tutte le attività del CPE ed ha lo scopo di far apprendere attraverso la dimensione ludica, inoltre abbiamo attività in piscina, attività con animali detta pet-therapy (negli ultimi anni abbiamo in programma attività con cani o anche asini, in fattoria, le quali hanno molto successo e appassionano assai anche noi operatori), attività di cucina, pittura, creta, si possono inoltre usare gli strumenti musicali o le marionette; diciamo che ci sono varie possibilità. C'è da dire anche che quando un operatore ha degli interessi particolari, questo ha la possibilità di svilupparle ed integrarle nel lavoro.	l'atelier racconto (con l'uso di favole), l'art déco con la pittura, l'attività di falegnameria e molti altri con impronta più artistica. All'esterno del CPE invece facciamo un'attività di pet-therapy a Meride, presso una fattoria. Inoltre, può sembrare banale ma non lo è, abbiamo qui al CPE un acquario con i pesci, il quale attira sempre moltissimo l'attenzione dei bambini e anche dei genitori, soprattutto quando vengono a fare la prima visita per conoscere il Centro.

STUDENTSUPSI

		piccoli; altro strumento che utilizziamo molto all'interno dei gruppi – praticamente quasi in tutti – è il disegno, che può essere sia al tavolino sia in atelier di pittura, in cui l'idea è quella di far esprimere liberamente il bambino. Altra attività che proponiamo molto vicina a queste è l'atelier racconto (in cui viene narrata una favola – la stessa per tutto l'anno – e successivamente viene messa in scena dai bambini del gruppo, in cui ogni bambino è un personaggio diverso e ogni settimana i ruoli cambiano).		
19.	**Confronto e collaborazione con altre figure professionali:** una strategia d'intervento che negli ultimi anni ha ottenuto sempre più un riscontro positivo in letteratura è il lavoro di rete con i vari professionisti, inteso come il confronto e la collaborazione tra le diverse figure professionali all'interno della stessa presa a carico. Attuare un lavoro multidisciplinare permette un'integrazione delle diverse conoscenze teoriche dei professionisti e di diversi interventi operativi; si necessita di consapevolezza da parte delle persone coinvolte della parzialità di ogni singolo intervento se non integrato in un percorso significativo e condiviso. Collaborare con diversi professionisti consente di affrontare la complessità	All'interno del CPE ci sono psicologi e educatori, un docente e i vari stagiaire in formazione nei diversi ambiti; all'esterno c'è la possibilità di segnalare, collaborare e costruire dei progetti di intervento anche con le autorità; ad esempio ci si può riferire all'Autorità Regionale di Protezione (ARP) o eventualmente all'Ufficio di Aiuto alle Vittime di Reati. Proprio recentemente inoltre, è capitato di avere dei contatti con il sergente maggiore dell'Unità di violenza domenica della polizia. I vantaggi sono enormi perché noi stessi non potremmo assumerci ruoli di competenza di altri, ognuno deve fare la sua parte di lavoro. Spesso non possiamo essere noi	Qui al CPE collaboriamo con psicomotricisti, professionisti della pet-therapy, docenti esterni che si recano qui per il momento scuola, docenti di scuola, ispettori, direttori scolastici, docenti di sostegno così come gli assistenti sociali dell'Ufficio dell'Aiuto e della Protezione (UAP), l'unità di polizia, l'Autorità Regionale di Protezione (ARP), i curatori, gli educatori dei vari centri educativi minorili (CEM) ed eventuali psicoterapeuti dei servizi (ad esempio dell'SMP) e privati. Rispetto al passato i CPE sono più aperti verso l'esterno,	All'interno del CPE ci sono psicologi, psicoterapeuti, educatori e c'è una docente specializzata; si collabora inoltre con i docenti delle scuole dell'infanzia e delle scuole elementari, collaboriamo anche con ergoterapisti, psicomotricisti e logopedisti. I limiti sono quando ci sono bambini per cui noi vediamo l'indicazione, faccio un esempio, di una psicomotricità ma all'esterno il Servizio decide invece per tutt'altra cosa, ecco i limiti sono più che altro in questo senso, altrimenti una persona esterna al CPE, con un altro modo di pensare o con un'altra visione, sicuramente è un arricchimento. Oppure

STUDENTSUPSI

	delle diverse situazioni e di mettere in atto interventi ad ampio raggio che creano le premesse per una presa a carico efficace. Significa instaurare un dialogo a 360 gradi, creare rapporti di forte collaborazione e spartire le diverse responsabilità in rapporto ai propri ambiti di intervento e dei propri compiti professionali. Lavorare in un'équipe multidisciplinare favorisce la creazione di un luogo di confronto e di discussione. I continui passaggi di informazioni e gli scambi di conoscenze teoriche tra le diverse figure favoriscono inoltre un atteggiamento attivo e partecipe in grado di mettere continuamente in discussione il progetto del bambino per poterlo costantemente migliorare, adattare e sistemare nel corso della presa a carico; creare delle alleanze permette anche la realizzazione di un ambiente maggiormente supportivo per il minore rendendo la presa a carico più efficace. Un ulteriore vantaggio è quello di poter integrare – nelle analisi delle situazioni, nelle varie osservazioni, o ancora, nell'interpretazione di determinati fenomeni – i vari punti di vista e i diversi modi di leggere le situazioni, potendo così co-costruire un intervento sulla base di più visioni e di più conoscenze professionali. Lavorare in rete collaborando con altre figure professionali permette ai professionisti di	a sostituirci alla volontà delle persone, delle vittime. Molte volte anche solo quando chiamano per segnalare una situazione di violenza, raggiungiamo i nostri limiti, noi accogliamo però poi si avverte subito il servizio di polizia che successivamente interviene. Ecco, un intervento di polizia ad esempio non potremmo mai farlo noi, sono persone formate e addestrate a questo, non possiamo, ad esempio, essere noi a mettere dei limiti come può fare la polizia o l'Autorità Regionale di Protezione (ARP) dando, ad esempio, dei limiti di allontanamento della persona, la quale non può più avvicinarsi al nucleo famigliare; evidentemente sono strumenti che noi non possediamo e che non ci competono, i quali però sono indispensabili in molte situazioni. Ecco, da parte nostra è più un accompagnare le persone a maturare la possibilità di far dei passi, come dicevo prima però senza sostituirci alla persona e alla sua volontà.	questo perché la presa a carico è diminuita e quindi per forza di cose si ha bisogno di collaborare con altre figure professionali. Personalmente penso che in assenza di un lavoro di rete si rischia di appiattirsi; lavorare in rete ti permette di avere più punti di vista, più sguardi sul bambino, inoltre il bambino può confrontarsi con più figure adulte in contesti differenti; l'équipe inoltre ha modo di evitare di sentirsi detentrice della verità assoluta o semplicemente della miglior soluzione, si evita quindi la trappola del totalitarismo (quindi quando l'operatore pensa: *"io ho sempre lavorato così e lavorerò sempre così, il mio è il giusto e quello degli altri non va bene"*). La rete aiuta a proteggersi dall'usura e dalla routine provocate da un lavoro ripetitivo in cui i progressi impiegano molto tempo per manifestarsi; in un lavoro multidisciplinare vi è il sentimento di partecipare ad un compito comune, di poter trovare insieme un piacere di funzionamento, ti permette di	può essere un punto di forza quando ci sono genitori in difficoltà o, altro esempio, che si identificano meglio con un'altra figura professionale (al di fuori del CPE) e questo può sempre aiutare; l'importante è che però la rete lavori insieme e collabori, altrimenti il lavoro di rete diventerebbe, o può diventare, molto distruttivo (infatti molte volte si tengono incontri con tutta la rete professionale proprio perché se incontri i genitori separatamente manipolano la rete attribuendo, ad esempio, frasi non vere ai diversi professionisti). Per questo motivo trovo molto utile incontrarsi tutti insieme, per poter così mandare il messaggio ai genitori che lavoriamo tutti assieme. Molte volte infatti per il genitore, vedere che attorno al tavolo ci sono una ventina di professionisti, ognuno in rappresentanza di un servizio diverso, rappresenta un segnale del fatto che si sta facendo molto per suo figlio, che c'è un problema grave; già solo il primo contatto visivo quindi può essere un messaggio molto chiaro e forte di quanto ci si preoccupa e ci si interessa del figlio.

STUDENTSUPSI

	dividersi compiti e responsabilità, sfruttando al meglio le risorse personali e le competenze professionali di ogni figura coinvolta.		valorizzare il lavoro di tutti, rinforzare l'attenzione sul bambino, l'investimento affettivo del lavoro effettuato su di lui e, confrontandoti con altri professionisti, hai la possibilità mettere in discussione la tua identità professionale, il tuo agire, hai modo di monitorare la presa a carico rinforzandola laddove appare necessario farlo; confrontarsi con altre figure professionali ed aprire la relazione quindi anche ad altri colleghi che non siano sempre "gli stessi" ti permette di avere anche molti stimoli professionali. Attenzione però a non idealizzare troppo, nel senso che di pericoli, di limiti ce ne sono anche in questo caso; mi viene ad esempio in mente il rischio di avere una rete troppo numerosa: questo porta il rischio che si è in troppi e che non si riesca a comunicare; agli occhi dei genitori una rete troppo numerosa appare caotica, gruppi troppo numerosi poi rischiano di paralizzare il lavoro e potrebbe risultare impossibile trovare degli spazi adeguati e tempi necessari a contenere tutti gli interventi durante la riunione di rete.	

STUDENTSUPSI

20.	**La supervisione:** è di estrema importanza essere consapevoli dei rischi che una simile casistica può comportare. Vi è quindi la necessità di offrire un momento previlegiato ideato e creato appositamente per l'operatore sociale: la supervisione, ossia uno spazio formativo atto a sviluppare, consolidare ed elaborare le competenze emotive degli operatori, un continuo monitoraggio del lavoro svolto in cui è possibile affrontare a più livelli le problematiche riscontrate in struttura. Nella supervisione si ha una particolare attenzione alla qualità delle relazioni ed è uno spazio in cui i dubbi e le certezze sono elementi di partenza per affrontare in modo professionale un intervento delicato e complesso. La supervisione, che sia di gruppo o individuale, può essere fatta su tre livelli: la supervisione delle relazioni tra i vari utenti o tra utente e educatore; la supervisione delle attività che vengono svolte in quella struttura e la supervisione in merito ai vissuti dell'educatore in relazione al lavoro con l'utenza.	Per gli operatori che lavorano qui vi sono settimanalmente degli spazi di supervisione dei gruppi (a fine mattinata o a fine giornata) e degli spazi di intervisione; ci sono poi le sintesi settimanali – ovvero le presentazioni cliniche – dei bambini e del loro singolo caso a tutta l'équipe di lavoro (con la presenza del coordinatore dei tre CPE, con il caposervizio dei Servizi Medico Psicologici del Sopraceneri e con gli operatori del Servizio Medico Psicologico che hanno segnalato il caso). La supervisione si tiene ogni settimana e di volta in volta cambiano i gruppi da supervisionare; ogni gruppo ha a disposizione quarantacinque minuti in cui può discutere dei vissuti nati dalla relazione con i bambini o di altri argomenti riguardanti lo specifico gruppo. I momenti di intervisione invece sono creati a piacimento dagli operatori (a dipendenza del bisogno dell'operatore ci possono essere momenti in cui io sono a disposizione per parlare, oppure possono creare gruppi spontanei tra colleghi senza la mia presenza e quella dei superiori) e sono pensati per fare uno scambio di dubbi, di idee, preoccupazioni, pensieri, vissuti,... Nelle sintesi settimanali invece si	I colleghi hanno spesso dei momenti in cui si scambiano i loro vissuti, parlano tra loro e io lo trovo importante per portare avanti un lavoro pulito. Inoltre è anche a loro disposizione la supervisione, sia informale (collega-collega) sia più strutturata (d'équipe) che viene proposta all'interno del CPE ma anche individuale con me, se necessario. Le discussioni tra colleghi avvengono in maniera informale, dopo le attività e i momenti con i bambini. Le supervisioni invece avvengono una volta alla settimana a rotazione a dipendenza del gruppo. Abbiamo anche la sintesi settimanale in cui si presente il caso clinico di un bambino, uno diverso ogni settimana, in cui si ha la possibilità di discutere in équipe dell'andamento del bambino nel gruppo e di valutarne l'andamento della presa a carico.	Abbiamo supervisioni per il gruppo dei bambini grandi e per quello dei piccoli, abbiamo poi le supervisioni di ogni singolo gruppo terapeutico. Oltre a questo si può fare supervisione in individuale privatamente (qualche operatore ad esempio ha un momento di analisi); infine se qualcuno mi chiede io sono sempre disponibile per un momento tra me e loro. Trovo molto importante che un educatore o un operatore possa esprimere ciò che ha dentro e possa parlare dei propri vissuti. Durante la giornata del lunedì, al mattino, si tengono a rotazione le supervisioni dei vari gruppi terapeutici e le supervisioni dei gruppi dei grandi e dei piccoli. Queste supervisioni sono tenute da me con la partecipazione dei dr. Sportelli (medico coordinatore dei tre CPE). Il lunedì pomeriggio inoltre teniamo settimanalmente il momento di sintesi in cui viene letta la cartella clinica del bambino con all'interno la sua evoluzione, il suo andamento all'interno dei gruppi, eventuali domande, dubbi o osservazioni e in questo spazio si può riflettere, ragionare,

STUDENTSUPSI

		discute dell'evoluzione del bambino, dei suoi progressi, dei suoi limiti, della sua famiglia, di come sta il bambino all'interno del gruppo del CPE e infine si possono porre domande e quesiti su cui è necessario fermarsi e discutere insieme in équipe.		valutare tutti insieme in équipe (con la partecipazione del coordinatore dei tre CPE e degli operatori del Servizio Medico Psicologico) la singola situazione del bambino. In questi spazi è fondamentale che gli operatori si mettano in gioco, che nessuno si permetta di giudicare il vissuto degli altri (non lo trovo rispettoso e penso che questo inibisca tantissimo le persone) e soprattutto che i colleghi si trovino bene tra loro (e in caso di eventuali tensioni che ci riesca a parlare e risolvere). Trovo infine fondamentale avere un momento di supervisione (o cercare un supervisore esterno se la struttura già non lo propone) poiché molto spesso il vissuto che un operatore prova in relazione con un bambino non è altro che il vissuto di quel determinato bambino che proietta in te ciò che prova; grazie alla supervisione quindi è possibile trovare un modo o una strategia su come intervenire con quel bambino.

STUDENTSUPSI