

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

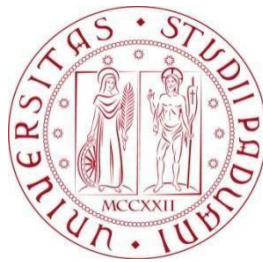
Dipartimento di Neuroscienze (DNS)

Direttore Prof. Edoardo Stellini

Corso di Laurea in

EDUCAZIONE PROFESSIONALE

PRESIDENTE PROF.SSA ELENA TENCONI



Tesi di Laurea

**L'educatore professionale e il suo ruolo all'interno delle strutture  
riabilitative**

*Relatore:* Prof.ssa Elisa Palermo

*Correlatore:* Dott. Boldrini

*Laureanda/o:* Chiara  
Schenal

*Matricola:* 2012519

Anno Accademico 2022-2023



## ABSTRACT

Introduzione: Nella presente tesi verrà affrontato il tema dell'educatore professionale all'interno delle strutture riabilitative. Inizialmente approfondiremo brevemente la nascita della figura dal punto di vista normativo in Italia, le sue competenze e le mansioni che svolge. Saranno calate all'interno delle strutture riabilitative, portando un esempio di intervento che potrebbe proporre l'educatore con i pazienti ricoverati e i caregiver.

Obiettivo: l'obiettivo che si pone questa ricerca è quello di dimostrare che l'educatore professionale ha le competenze e può collaborare all'interno delle strutture riabilitative con l'equipe multiprofessionale. Inoltre, l'educatore è il professionista che possiede le competenze richieste in merito all'educazione terapeutica.

Strategia di ricerca: per analizzare questa tematica si è scelta la tipologia di tesi bibliografica. È stata condotta una revisione della letteratura attraverso le piattaforme digitali come Pubmed, Google scholar. Sono stati analizzati atti giuridici, riviste specializzate, manuali e articoli scientifici. È stato analizzato il panorama italiano.

Discussione: il profilo professionale dell'educatore inizia a svilupparsi dagli anni Cinquanta in poi del Novecento, fino a raggiungere il riconoscimento giuridico nel 1998 con il decreto ministeriale 520. Vengono poi definite nel corso del tempo le competenze necessarie da sviluppare nel percorso di formazione dell'educatore. Dopo l'analisi della definizione di riabilitazione e strutture riabilitative si riconosce che accanto alla cura delle menomazioni sia necessario formare i pazienti rispetto alle disabilità che comporta la patologia. Vengono poi elencate le competenze utili all'educazione terapeutica.

Conclusione: si rileva che le competenze necessarie per l'educazione terapeutica, ovvero la strutturazione di progetti educativi, gestire lo stato emotivo del paziente e definire gli strumenti di intervento più adatti, sono competenze che devono appartenere all'educatore come professionista. Si conferma perciò che l'educatore professionale può intervenire e portare il suo contributo all'interno del percorso riabilitativo.

PAROLE CHIAVE: educatore, riabilitazione, competenze, professionisti, caregiver



## **INDICE**

<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>2</b>
<b>CAPITOLO 1</b> .....	<b>3</b>
1.1 Obiettivo della tesi .....	3
1.2 Quesiti di Ricerca .....	3
1.3 Disegno di studio .....	3
1.4 Strategie di ricerca .....	4
<b>CAPITOLO 2</b> .....	<b>5</b>
2.1 L'EDUCATORE PROFESSIONALE .....	5
2.2 L'EDUCATORE PROFESSIONALE: RUOLO E FUNZIONI .....	10
2.3 LE COMPETENZE DELL'EDUCATORE .....	12
<b>CAPITOLO 3</b> .....	<b>21</b>
3.1 RIABILITAZIONE E STRUTTURE RIABILITATIVE .....	21
3.2 INTERVENTI RIABILITATIVI .....	24
3.3 EDUCAZIONE TERAPEUTICA (RIPRENDERE EDUCAZIONE E RIABILITAZIONE NELLE COMPETENZE) .....	25
3.4 ESEMPIO TORNO A CASA CON LA PEG (BEGHELLI AT ALL, 2015) .....	28
<b>CONCLUSIONI</b> .....	<b>30</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>31</b>
<b>SITOGRAFIA</b> .....	<b>34</b>
<b>RINGRAZIAMENTI</b> .....	<b>35</b>



## **INTRODUZIONE**

La presente tesi dal titolo “L'educatore professionale e il suo ruolo all'interno delle strutture riabilitative” si propone di indagare il riconoscimento giuridico della professione, le funzioni e le competenze appartenenti ad essa per poi calarle all'interno delle strutture riabilitative, al fine di proporre alla comunità scientifica un approccio multidisciplinare in cui viene integrata la componente sociale ed emotiva alla componente sanitaria e fisco-riabilitativa. Riconoscendo l'educatore come il professionista designato per questo compito, con le competenze e la formazione adeguata.

L'interesse per questo tema è nato durante il mio tirocinio all'interno della Casa di Cura Privata “Città di Rovigo” che svolge un ruolo cruciale per il percorso riabilitativo dei pazienti all'interno del territorio della provincia di Rovigo. In questa struttura non era presente l'educatore professionale, con il mio tirocinio ho indagato quale sia il contributo che questa professione, che è stata riconosciuta solo nel 1998 dal decreto 520, possa portare.

Nel primo capitolo illustro quali sono stati i metodi di ricerca e di raccolta delle informazioni. Successivamente approfondisco il riconoscimento giuridico della professione che inizia a svilupparsi dagli anni 50 del Novecento e le varie definizioni che vengono fornite nel tempo di educatore professionale.

Proseguo con la descrizione del ruolo e delle funzioni dell'educatore professionale all'interno delle strutture in cui opera; concludendo il secondo capitolo con tre modelli differenti che illustrano le competenze necessarie per l'educatore nella sua pratica professionale.

Nel terzo capitolo affronto che cosa si intende per riabilitazione e strutture riabilitative. Andando a identificare che il ruolo dell'educatore professionale è in merito alla gestione dell'educazione terapeutica, finalizzata ad una migliore prognosi del decorso di malattia del paziente.

## **CAPITOLO 1**

### **Obiettivi, metodi e strumenti di ricerca**

#### **1.1 Obiettivo della tesi**

L'obiettivo della tesi è indagare quali sono le competenze dell'educatore professionale e quale contributo possa portare all'interno di una struttura riabilitativa. Per raggiungere questi punti affronterò il suo riconoscimento giuridico, indagando quali sono le motivazioni che hanno spinto la nascita di questa nuova professione. Approfondirò il core competence dell'educatore professionale, il profilo professionale con le funzioni che svolge, le competenze che vengono riconosciute in tre diversi modelli di riferimento. Approfondiremo le strutture riabilitative e individuerò il ruolo che l'educatore può ricoprire all'interno delle stesse.

#### **1.2 Quesiti di Ricerca**

- Com'è nato l'educatore professionale?
- Qual è stato il percorso per il riconoscimento giuridico della professione?
- Chi è l'educatore professionale?
- Quali sono le sue competenze?
- Cosa si intende per riabilitazione e strutture riabilitative?
- Quali sono gli interventi riabilitativi vengono svolti?
- Cos'è l'educazione terapeutica?
- Qual è il ruolo dell'educatore all'interno delle strutture riabilitative?

#### **1.3 Disegno di studio**

La tesi proposta è una revisione bibliografica. L'approccio di ricerca utilizzato è il paradigma neopositivista, ovvero la realtà è oggettivamente studiabile ma non si possono formulare leggi generali e sempre verificabili. Le leggi che vengono proposte sono "provvisorie e aperte alla revisione continua" (Bobbo, 2023, p.25)



#### **1.4 Strategie di ricerca**

La ricerca viene svolta nelle banche dati: PubMed, Galileo discovery, google scholar, Journal of Health Care Education in Practice. Per completare le informazioni necessarie alla stesura del seguente, sono stati utilizzati anche alcuni testi accademici tra cui “il profilo dell’educatore”, “l’educatore professionale”, “il core competence dell’educatore professionale”, “l’educazione terapeutica, metodologia e applicazioni”.

## CAPITOLO 2

### 2.1 L'EDUCATORE PROFESSIONALE

La figura professionale dell'educatore, come viene oggi intesa trova la sua origine nella seconda metà del Novecento. La sua evoluzione storica affonda le radici in un contesto socioculturale che ha avuto bisogno di molto tempo per farne emergere un ruolo professionale vero e proprio. Prima del Medioevo le funzioni educative e di aiuto interpersonale venivano svolte all'interno delle comunità di appartenenza, in cui le donne, gli anziani e i bambini partecipavano alle necessità di assistenza e al ciclo produttivo. Successivamente si strutturarono le prime organizzazioni educative afferenti a ordini o congregazioni religiose oppure ad organizzazioni private, aventi una declinazione caritatevole verso i più giovani, tesa alla restituzione di una dignità personale e spirituale, influenzata dalla marginalità sociale. Nella post-modernità lo sviluppo economico ha influenzato incontrovertibilmente la società e i valori tradizionali ed educativi degli ordini ecclesiali, della famiglia, delle professioni, delle istituzioni si sono indeboliti, sollevando la necessità di ridisegnare l'assetto educativo. (Oggioni, 2014, p. 14-22)<sup>1</sup>.

Dagli anni Sessanta del Novecento in poi si sviluppò la figura dell'educatore e ne venne definito il percorso formativo e il profilo professionale. Nel 1957 venne fondata la prima associazione di Educatori impegnati solo nell'assistenza dei minori (ANEGID Associazione Nazionale degli Educatori per la Gioventù Disadattata). È il primo momento in cui ci si interroga sulle esperienze educative, avviando così un tentativo di omogenizzazione degli obiettivi della professione e di riconoscimento giuridico della stessa, da cui far conseguire la necessità di una formazione professionale specifica dell'educatore. Durante un congresso del 1963 venne affrontata la proposta di fornire una formazione biennale, durante la quale affrontare un percorso psicopedagogico e psicodinamico accanto all'approfondimento della sociologia e della pedagogia. Secondo Fasan *“il solo dono vocazionale lasciò il passo al riconoscimento di un'esigenza di sapere, di conoscere, di integrare una disposizione naturale con la conoscenza tecnica e teorica.”* (Fasan, 2019, p. 77-80)

I primi centri formativi per gli educatori si svilupparono intorno agli anni Sessanta con l'istituzione a Torino del centro studi della FIRAS (Federazione italiana religiose dell'assistenza sociale) e a Milano della Fondazione dell'ESAE (Ente scuola assistenti educatori). A Torino poi tali centri educativi si evolsero negli anni Settanta con l'istituzione di corsi biennali e triennali della SFES (scuola di formazione per educatori specializzati) che divennero nel 1984 SFEP (scuola di formazione per educatori professionali). (Oggioni, 2019, p59-60)

Parallelamente allo sviluppo delle prime sedi di formazione regionali della figura dell'educatore, si assiste ad un primo riconoscimento giuridico di tale figura a livello professionale. Diversi furono negli anni '70 gli interventi normativi che interessarono la figura professionale dell'educatore: la legge 10 ottobre 1962, n. 1494 che prevedeva il riordinamento dei ruoli organici del personale addetto agli istituti di rieducazione dei minorenni; e la legge 30 marzo 1971 n. 118 che disciplinava in materia di interventi a favore di persone mutilate e invalidi civili, introducendo l'educatore come professionista coinvolto; la legge 26 luglio 1975 n. 354 relativa alla presenza degli educatori all'interno delle carceri; la legge 22 dicembre 1975 n. 685 riportante la "Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" che inserisce l'attività dell'educatore nella gestione dei casi di tossicodipendenza.

Il 13 maggio 1978 fu approvata la legge n. 180 cosiddetta "Legge Basaglia" recante disciplina su "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori". Nello stesso anno con la L. 23 dicembre 1978 n. 833 veniva istituito il Servizio Sanitario Nazionale. Con le succitate normative vennero introdotte le figure professionali dello psicologo, l'assistente sociale e l'educatore. Anche se l'educatore da un punto di vista normativo stava trovando avendo il suo riconoscimento professionale, si riscontrava ancora molta confusione tra le varie professionalità in campo pedagogico. Nel 1983 viene dunque fornita la prima definizione di educatore professionale all'interno del *Rapporto della Commissione nazionale di studio per la definizione dei profili professionali e dei requisiti di formazione degli operatori sociali*.

*“L'educatore professionale è un operatore sociale che, in base ad un specifica formazione professionale di carattere teorico e tecnico pratico, e nell'ambito di servizi socio-educativi ed educativo-culturali extrascolastici, residenziali o aperti, rivolge la propria attività a vantaggio di persone di diverse età, mediante la formulazione l'attuazione di progetti educativi caratterizzati da intenzionalità continuità volti a promuovere e contribuire al pieno sviluppo delle potenzialità di crescita personale e di inserimento e partecipazione sociale, agendo, per il perseguimento di tali obiettivi, sulla relazione interpersonale, sulle dinamiche di gruppo, sul sistema familiare, sul contesto ambientale e sull'organizzazione dei servizi in ambito educativo”* (Ministero dell'Interno – Direzione generale dei servizi civili, Coordinamento e integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi sanitari. Tendenze della legislazione e della programmazione regionale e nazionale, studio condotto dall'Istituto di ricerca sociale, Roma 1984.)

L'educatore è un professionista con una formazione specifica che integra la parte teorica a quella tecnico-pratica ed acquisisce le informazioni attraverso l'esperienza concreta. Questa definizione non è esaustiva rispetto al ruolo e alle funzioni specifiche dell'educatore, che è un operatore che opera nel sociale, ma connotato di un profilo di professionalità che lo distanzia dalla dimensione educativa generale, naturale, caritativa, filantropica, qualificandolo come una professionista di arti intellettuali che agisce operativamente, con intenzionalità, competenza e responsabilità.

Il riconoscimento rispetto ai ruoli e alle funzioni dell'educatore viene riconosciuto attraverso il D.P.R. 29 dicembre 1984 n.1219 *Individuazione dei profili professionali del personale dei Ministeri in attuazione dell'art.3 della legge 11 luglio 1980, n. 312.* (Oggioni, 2019, p.47-48). Vengono distinte le professioni di operatore dell'area pedagogica educatore, educatore coordinatore e direttore di area pedagogica.

Il D.M. 10 febbraio 1984 cosiddetto “Decreto Degan”, fissa una pietra miliare in materia perché di fatto formula per la prima volta la definizione di educatore professionale (Cardini e Molteni, 2003,p.27), definendone in generale le funzioni

di recupero e reinserimento di soggetti portatori di menomazioni psicofisiche, inserendolo nel circuito delle professioni sanitarie, seppur “atipiche” ed introducendo il percorso formativo biennale obbligatorio svolto dal Servizio Sanitario Nazionale con conseguente attestato di abilitazione. Vengono così definiti i ruoli e gli obiettivi della professione.

Di seguito la prima definizione di educatore:

*“Egli svolge attività nell'ambito dei servizi socio-educativi ed educativi culturali extrascolastici [...] mediante la formulazione e l'attuazione di progetti educativi caratterizzati da intenzionalità e continuità volti a promuovere e contribuire al pieno sviluppo delle potenzialità di crescita personale e di inserimento e partecipazione sociale, agendo per il perseguimento di tali obiettivi, sulla relazione interpersonale, sulle dinamiche di gruppo, sul sistema familiare, sul contesto ambientale e sull'organizzazione dei servizi in campo educativo.”* (Cardini e Molteni, 2003, p.27).

Tale decreto venne annullato nel 1990 da due sentenze del TAR Lazio e del Consiglio di Stato, ma la diffusione della figura dell'educatore in Italia non si arrestò e vennero istituite le sedi formative della professione, passando dalle 7 sedi ad inizio anni Ottanta a circa 60 a inizio anni novanta.

Nel 1992 venne fondata l'Associazione Nazionale Educatori Professionali (ANEP) con lo scopo di *“favorire l'organizzazione, lo sviluppo e la tutela della professione ...; al riconoscimento giuridico del titolo abilitante all'esercizio della professione; all'individuazione del percorso formativo di base, la sua promozione, nonché la riqualificazione del personale educativo; alla tutela nell'ambito lavorativo in collaborazione con gli organi preposti.”* (Cardini e Molteni, 2003, p.30-31)

Nello stesso anno venne emanato il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 recante il Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421, successivamente integrato con il D.lgs 7 dicembre 1993 n. 517. La riforma attuata stabiliva che il Ministro della Sanità riordinasse gli operatori esistenti e i corrispondenti profili professionali, tra cui anche l'educatore professionale. Tale premessa comportò l'emanazione con il decreto ministeriale del

17 gennaio 1997 n. 57 del profilo di “tecnico dell’educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale.” L’associazione non riconosceva in questa figura le caratteristiche della professione, iniziò così una campagna di sensibilizzazione per ottenere il riconoscimento di educatore professionale (Crisafulli et al, 2010, p. 126-130). Venne così emanato il decreto ministeriale 8 ottobre 1998, n. 520 “Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.” Questo decreto ha introdotto la definizione di educatore professionale che riconosciamo valida ancora oggi: *“l'educatore professionale è l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà.”*

Nell’anno successivo si avviò un percorso di riconoscimento delle professioni sanitarie. Con la legge 26 febbraio 1999 n. 42 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie” il legislatore interveniva nel riordino delle professioni sanitarie ausiliarie, basandosi sui contenuti del decreto ministeriale istitutivo della professione, sui programmi didattici dei rispettivi corsi universitari e della formazione post-base e sul il codice deontologico (che sarà poi sviluppato dall’ANEP nel 2002). Inoltre, il provvedimento prevedeva l’emanazione di altri decreti in merito al riordino dei titoli pregressi al d.m. 520/1998.

Il 10 agosto 2000 venne promulgata la legge n. 251 in merito alla “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”, conosciuta come “Legge della dirigenza”, che individuava le aree delle professioni sanitarie, disciplinando i dirigenti Infermieri, Ostetrici e delle Professioni Sanitarie e prevedeva l’emanazione di decreti per la definizione dei percorsi formativi universitari necessari. Con il D.M. 29 marzo 2001

del Ministro della Sanità, le professioni vengono suddivise in quattro aree: “Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica”, “Professioni sanitarie riabilitative”, “Professioni tecnico-sanitarie”, “Professioni tecniche della prevenzione”. L’educatore professionale venne inserito all’interno delle professioni sanitarie riabilitative. (Crisafulli et al, 2010, p. 131-133).

Nel 2018 venne istituito l’ordine professionale degli educatori socio-sanitari a seguito della promulgazione della legge 11 gennaio 2018 n. 3, cosiddetta “Legge Lorenzin”. Le associazioni di categoria *“promuovono e assicurano l’indipendenza, l’autonomia e la responsabilità delle professioni e dell’esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell’esercizio professionale indicati nei rispettivi codici deontologici, al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva...”* (<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/31/18G00019/sg>).

Si conclude così il percorso di nascita e riconoscimento giuridico dell’educatore professionale così come lo intendiamo oggi. Il dibattito in merito alla professione non è ancora concluso. C’è un confronto sulla figura dell’educatore socio-sanitario (STN-2) e socio-pedagogico (L-19). Per fare ordine rispetto a queste due figure per certi versi simili, è stato presentato il disegno di legge lori n. 2656 avviato nel 2014 come Disciplina delle professioni di educatore e pedagoga. (Oggioni, 2019, p.53)

## **2.2 L’EDUCATORE PROFESSIONALE: RUOLO E FUNZIONI**

Ai sensi del decreto 8 ottobre 1998 n. 520 riportante “Regolamento recante norme per l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’educatore professionale ai sensi dell’articolo 6, comma 3, del D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502”, l’educatore professionale è *“l’operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell’ambito di un progetto terapeutico elaborato da un’equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un*

*contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà”.*

L'obiettivo della professione è promuovere la maturazione delle persone, proporre dei percorsi di crescita attraverso strumenti come la progettazione educativa e la relazione interpersonale. (Cardini e Molteni, 2003, p. 35).

All'interno del Decreto Interministeriale del 2 aprile 2001 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 6 maggio 2001 n. 128 - supplemento ordinario n. 136 recante “Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie” vengono riportate in modo più esplicito tutte le funzioni che un educatore professionale deve saper svolgere una volta terminato il percorso di studi. Nello specifico

- *“attuano specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana;*
- *curano il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà.*
- *... programmano, gestiscono e verificano interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia;*
- *contribuiscono a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie, al fine di realizzare il progetto educativo integrato; programmano, organizzano, gestiscono e verificano le loro attività professionali all'interno di servizi socio-sanitari e strutture socio-sanitarie-riabilitative e socio educative, in modo coordinato e integrato con altre figure professionali presenti nelle strutture, con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività;*
- *operano sulle famiglie e sul contesto sociale dei pazienti, allo scopo di favorire il reinserimento nella comunità;*
- *partecipano ad attività di studio, ricerca e documentazione finalizzate agli scopi sopra elencati;*



- *contribuiscono alla formazione degli studenti e del personale di supporto e concorrono direttamente all'aggiornamento relativo al loro profilo professionale e all'educazione alla salute;*
- *svolgono la loro attività professionale, nell'ambito delle loro competenze, in strutture e servizi socio-sanitari e socio-educativi pubblici o privati, sul territorio, nelle strutture residenziali e semiresidenziali in regime di dipendenza o libero professionale.”*

Il profilo dell'educatore professionale risulta molto complesso, mira al recupero delle potenzialità, a livelli sempre più elevati di autonomia per un reinserimento del paziente all'interno della comunità. Si interfaccia con le persone interessate per una co-costruzione del progetto, ma anche con i familiari, i gruppi, la collettività, il contesto sociale in cui è inserita la persona. Collabora all'interno delle strutture e i servizi in cui opera con le altre figure professionali per avere uno sguardo a 360 gradi del paziente. Il professionista partecipa ad attività di ricerca e contribuisce alla formazione degli studenti e del personale di supporto.

### **2.3 LE COMPETENZE DELL'EDUCATORE**

Affrontare il tema delle competenze è fondamentale per l'educatore. Secondo Casetta affinché una professione nasca, si riconosca, venga formalizzata e si consolidi è necessario che accanto al riconoscimento giuridico, sia caratterizzata da un corpo di competenze solido e condiviso (Casetta, 2012). Crisafulli invece sostiene che sia fondamentale per usufruire al meglio delle potenzialità della professione. Inoltre la chiarezza delle competenze della professione permette alle persone assistite di orientarsi meglio nelle richieste di sostegno e aiuto, e a coloro che sono chiamati a programmare l'acquisizione e la gestione del personale all'interno delle strutture nelle quali opera. Infine ne usufruisce il mondo accademico per formare i nuovi professionisti, in modo che abbiano acquisito le competenze al termine del percorso universitario. “La differenza tra l'agire con buon senso, esprimere delle abilità e lavorare per competenze diventa fondamentale quando si tratta con la

variabilità dell'umano. Scegliere operatori competenti migliora l'appropriatezza degli interventi e l'impatto sugli esiti dell'azione professionale" (Crisafulli, 2016). Nel 2010 l'ANEP pubblica il "Core Competence" dell'educatore professionale, che si propone di raggruppare tutte le competenze necessarie allo svolgimento della professione. Nel 2016 Crisafulli pubblica "E.P. EDUCATORE PROFESSIONALE" che approfondisce le competenze, la formazione e ricerca, gli strumenti e le metodologie mentre nel 2018 pubblica un articolo "The "core competence" of the Social Health Educator. Proposed models and literature review" una revisione sistematica dei lavori sul "core competence" pubblicati fino a quel momento. In aggiunta prendo in esame i testi "l'educatore professionale, guida per orientarsi nella formazione e nel lavoro" di Cardini e Molteni e "il profilo dell'educatore, Formazione e ambiti d'intervento" di Oggioni.

I termini competenza e abilità nel linguaggio comune sono spesso considerati interscambiabili. Le conoscenze sono " il risultato dell'assimilazione d'informazioni attraverso l'apprendimento (fatti, principi, teorie e pratiche di un settore di lavoro e di studio: quindi teoriche e/o pratiche); le abilità sono la capacità di applicare conoscenze e utilizzare know-how per portare a termine compiti e risolvere problemi (abilità cognitive –l'uso del pensiero logico, intuitivo, creativo; abilità pratiche –abilità manuali e l'uso di metodi, materiali e strumenti); il termine competenza indica la comprovata capacità di utilizzare conoscenze, abilità e capacità personali, sociali e/o metodologiche in situazioni di lavoro o di studio e nello sviluppo professionale e personale, nell'EQF (quadro europeo delle qualificazioni professionali) le competenze sono descritte in termini di autonomia e responsabilità". (Crisafulli 2018 p. 222) Prenderemo quest'ultima come definizione di competenza.

McClelland inizialmente da solo nel 1973 e successivamente insieme a Spencer & Spencer e Boyatzis ha sviluppato il "modello individuale delle competenze". Identificano tre dimensioni del concetto di competenza: sapere, le conoscenze teoriche acquisite durante il percorso formativo; saper fare, le abilità pratiche che

rappresentano la capacità dell'individuo di applicare le conoscenze teoriche della professione; e saper essere, ovvero le capacità psicosociali dell'individuo per applicare nel campo il sapere e il saper fare. Il saper essere è alla base delle competenze dell'educatore, proprio attraverso le competenze trasversali si può mettere in campo tutto ciò che si ha appreso come conoscenza e le abilità acquisite. (Roberto Di Luzio, EDUCATORI PROFESSIONALI SOCIO-SANITARI TRA PROFESSIONE E FORMAZIONE 2020-2019)

Nel 2005 l'AIEJI (International Association of Social Educators) pubblica "Piattaforma comune per gli Educatori sociali in Europa", il primo lavoro di riferimento sul tema delle competenze. Inizialmente solo europeo, è stato ampliato ai paesi extraeuropei e ripubblicato con il titolo "le competenze professionali degli educatori sociali- una piattaforma concettuale". I documenti appena citati sono guidati dalla direttiva del parlamento europeo 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali. L'obiettivo del documento per Crisafulli è quello *"di rispondere alla definizione di criteri per il riconoscimento di professioni che provengono da formazioni diverse, allo scopo di facilitare il processo di libera circolazione dei professionisti auspicato dall'Unione Europea e per favorire la condivisione dei presupposti concettuali degli educatori sociali nel mondo."* (Crisafulli, 2018, p. 225). Il modello utilizzato è su base empirica ed esperienziale, il processo di validazione dei documenti è sistematico. Le competenze individuate sono le seguenti:

1) competenze fondamentali

- a. per intervenire;
- b. per valutare;
- c. riflessive.

2) competenze centrali

- a. personali e relazionali;
- b. sociali e comunicative;
- c. organizzative;
- d. sistemiche
- e. generate dalla pratica professionale.
  - teoriche e metodologiche;
  - per il comportamento professionale;
  - Culturali
  - Creative

La risoluzione presentata sancisce nel documento la dimensione etica dell'azione educativa che deve essere guidata dalla solidarietà con i gruppi più vulnerabili e dalla giustizia sociale, da valori democratici come l'uguaglianza, l'autodeterminazione e la partecipazione sociale. (Crisafulli, 2018, 225)

L'ANEP nel libro "il core competence" si propone di indagare quali siano le competenze necessarie ad un educatore per la sua pratica professionale. Ha utilizzato la metodologia prevista nella "guida pedagogica per il personale sanitario" di J. Guilbert, quello che viene fornito rappresenta la definizione dei compiti e degli obiettivi educativi, la prima tappa della spirale della pianificazione dell'educazione.

Gli obiettivi si distinguono in:

- 1) Obiettivi generali: le funzioni professionali, estrapolati dal profilo professionale
- 2) Obiettivi specifici: le attività professionali,
- 3) Obiettivi educativi specifici: i compiti



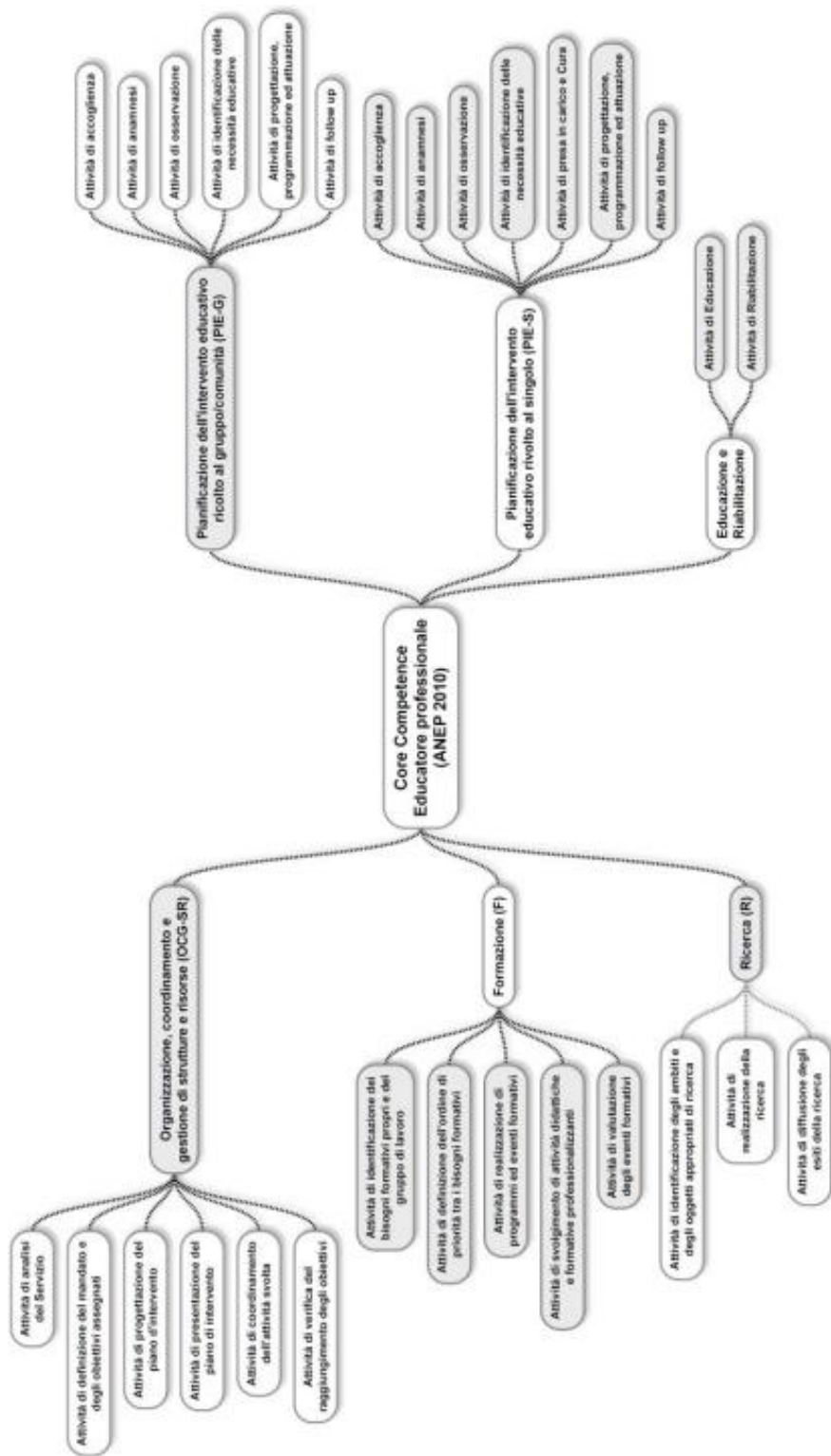
Figura 1 Spirale della pianificazione dell'educazione di J.J. Guilbert.

L'analisi dei compiti, delle attività e delle funzioni ha permesso di elaborare le competenze dell'educatore. Guilbert identifica tre tipologie di competenze: intellettuale, comunicativa e gestuale. Ha preso in esame i problemi socio-sanitari della popolazione di riferimento dividendoli in sei aree: minori, disabilità, adulti, anziani, disagio psichico, e dipendenze patologiche. Successivamente ha definito attraverso l'analisi del ruolo, funzioni e attività del profilo ministeriale, un prototipo del profilo articolato in funzioni, attività e sub attività.

*“Le funzioni (obiettivi educativi generali) individuate sono sei; per ognuna vi sono delle attività (obiettivi educativi intermedi) e un successivo livello di approfondimento che non corrisponde esattamente al terzo livello dei compiti (obiettivi educativi specifici) – richiamato nella guida, ma costituisce una pratica rappresentazione del lavoro educativo. Le funzioni del prototipo sono*

- di pianificazione dell'intervento educativo rivolta alla comunità/gruppi;*
- di pianificazione dell'intervento educativo rivolto al singolo;*
- di educazione e riabilitazione;*
- di organizzazione, coordinamento e gestione di strutture e risorse;*
- di formazione;*
- di ricerca.”* (Crisafulli, 2018, p227-228)

riporto lo schema rappresentativo dell'intera articolazione



*Figura 2 Core Competence Educatore professionale. Adattata da ANEP, 2010 Tratto da Crisafulli 2018*

La terza rielaborazione delle competenze che andremo ad esaminare è stata pubblicata nel 2008 all'interno del secondo volume del documento "le competenze delle professioni sanitarie" pubblicato dalla regione Toscana. In questo documento le professioni sanitarie sono state mappate attraverso quattro aree di competenza: di base, trasversali, tecnico professionali, tecnico professionali trasversali. Per ogni professione è stata costruita una mappa ad hoc ed è stata riportata la denominazione, lo scopo della figura e le aree di responsabilità.

Per l'EP la mappa di competenze è così organizzata:

- competenze di base: inglese, informatica, diritto del lavoro, organizzazione aziendale;
- competenze trasversali: area gestionale, area innovativa, area relazionale;
- competenze tecnico professionali trasversali: gestione, formazione, ricerca, consulenza;
- competenze tecnico professionali: educazione e riabilitazione, promozione
- sociale e prevenzione, valutazione funzionale.

Oltre a questi quattro gruppi di competenze sono state definiti per le competenze tecnico professionali tre livelli indipendenti tra loro: le funzioni, le aree di riferimento, le competenze propriamente descritte. Verranno riportate nello schema riassuntivo proposto.

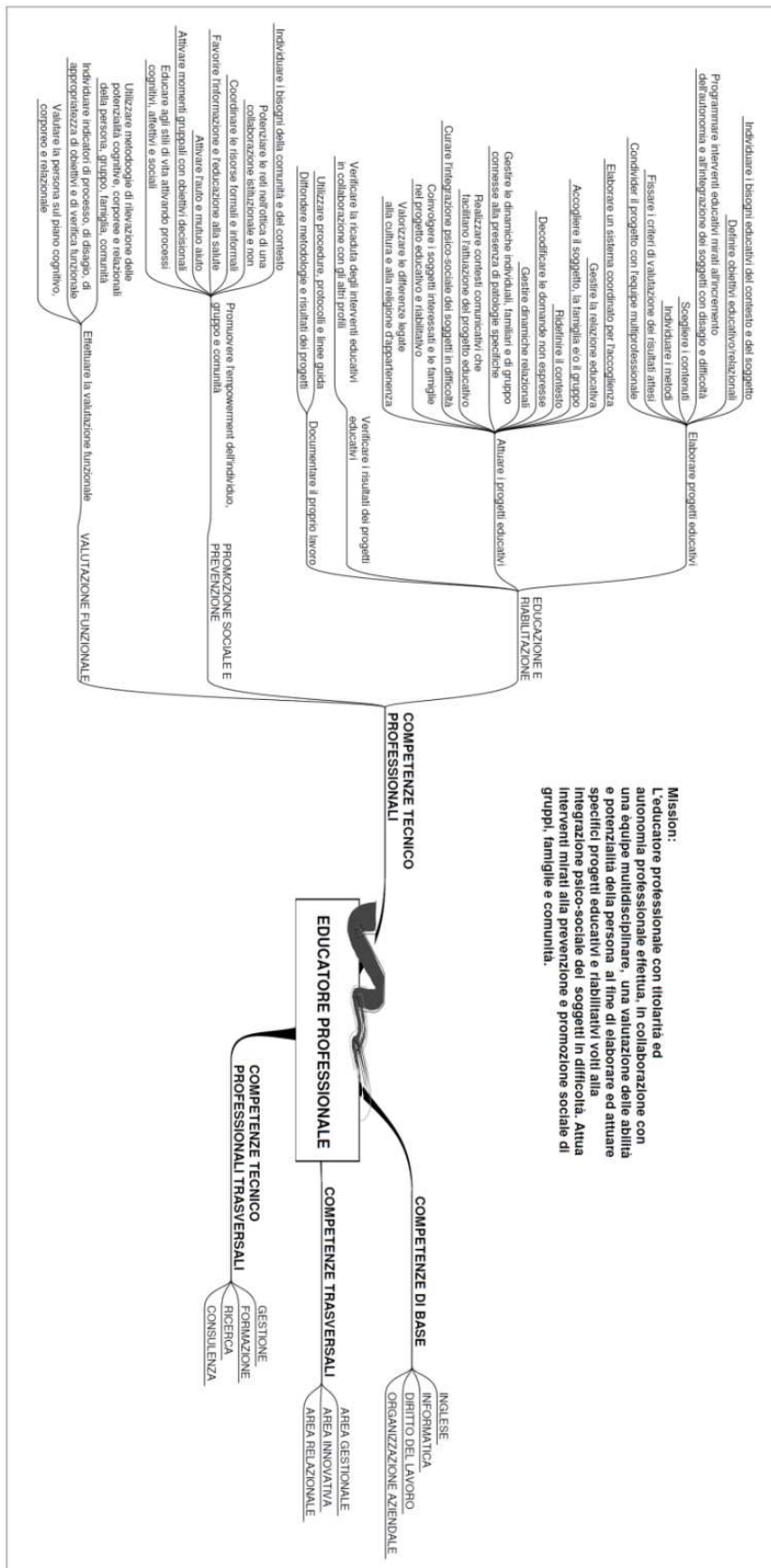


Figura 3 Mappa competenze EP. Da Servizio Sanitario Regione Toscana, 2008 Tratta da Crisafulli, 2018



Nell'articolo proposto Crisafulli distingue le competenze centrali e complementari necessari alla professione: *“la pianificazione e la realizzazione dell'intervento educativo insieme alle funzioni di educazione e riabilitazione, valutazione e riflessione, rientrano nel primo raggruppamento; le funzioni organizzative, di formazione, documentazione e ricerca, tecniche professionali, rientrano nel secondo raggruppamento.”* Dopo l'analisi dei documenti proposti la competenza relazionale e di comunicazione interpersonale sono sempre citati (Crisafulli, 2018, p. 232).

## CAPITOLO 3

### 3.1 RIABILITAZIONE E STRUTTURE RIABILITATIVE

Prima di indagare quale sia il ruolo dell'educatore delle strutture riabilitative, è doveroso definire con precisione cosa si intende quando si parla di "strutture riabilitative" e "riabilitazione"; per rispondere a questi quesiti, verranno prese in analisi varie fonti tra cui "Cap. 22 – Educazione terapeutica e riabilitazione" di aprirenetwork e le "linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" del ministero della sanità 1998 ai sensi del decreto ministeriale 281 del 1997.

Il sistema sanitario italiano interviene nella salute delle persone in tre fasi: la prevenzione delle *malattie*, *la loro cura* e *la riabilitazione*. Secondo il ministero della Sanità *la riabilitazione è "un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona con disabilità a raggiungere il miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale, con la minor restrizione delle sue scelte operative, pur nei limiti della sua menomazione."* La riabilitazione è quindi intesa come la soluzione di problemi o educazione alla gestione del problema stesso, in modo da raggiungere l'autonomia il più possibile a 360 gradi. Risalta come l'aspetto "curativo" dell'intervento sanitario sia affiancato dal crescente bisogno dell'aspetto "abilitativo-riabilitativo", definito come il recupero, il mantenimento e l'acquisizione di autonomia e capacità riguardanti la vita quotidiana. (Boldrini et al, 2021)

Va sottolineato che la riabilitazione non è solo un insieme di prestazioni specialistiche, ma è soprattutto un processo organizzato di soluzione di problemi, in cui sono pianificati e realizzati molteplici interventi, di tipo sanitario e sociale, ed in cui l'aspetto informativo/educativo assume un ruolo essenziale. La riabilitazione è per l'OMS *"un insieme di interventi concepiti per ottimizzare il funzionamento e ridurre la disabilità in persone che presentano diverse "condizioni di salute", riferibili*

a malattie acute o croniche, disordini, lesioni o traumi. Si caratterizza per interventi indirizzati alle menomazioni, limitazioni dell'attività e restrizioni della partecipazione, così come ai fattori personali ed ambientali (comprese le tecnologie assistive) che hanno impatto sul funzionamento. La riabilitazione è una strategia sanitaria fortemente centrata sulla persona: i trattamenti tengono conto sia della condizione di salute che degli obiettivi e delle preferenze dei destinatari delle cure (Cap. 22 – Educazione terapeutica e riabilitazione” di aprire network). Secondo le linee guida dell'accordo stati e regioni, la definizione di strategia riabilitativa deve avere quattro punti fermi:

1. La presa in carico individuale
2. La valutazione multidimensionale
3. L'elaborazione di un progetto riabilitativo
4. L'esecuzione di dettagliati programmi di intervento

Nell'accordo stato regioni del 10 febbraio 2011 viene approvato il piano di indirizzo che afferma i seguenti principi:

- Adozione del modello bio-psico-sociale indicato dall'OMS nel 2001 con l'ICF per la valutazione delle condizioni della persona da riabilitare
- Scopo della riabilitazione come “guadagno di salute” che si raggiunge rendendo sinergici i ‘percorsi riabilitativi” anche con componenti non sanitarie del processo riabilitativo.
- Interdisciplinarietà dell'approccio riabilitativo con l'apporto di diverse professionalità con specifica formazione.

Gli strumenti e i metodi previsti individuati per la riabilitazione sono la definizione del piano riabilitativo individualizzato che comprenda la prognosi, le aspettative le priorità del paziente attraverso i parametri ICF; la definizione di un percorso riabilitativo unico e la definizione di specifici programmi riabilitativi nelle diverse aree

di intervento da parte della struttura che ha preso in carico il paziente. (Conferenza stato-regioni 2011)

Le attività di riabilitazione, secondo quanto previsto dalle linee guida del 1998 e dal piano di indirizzo per la riabilitazione del 2011, sono classificate secondo i livelli di intensità (riabilitazione intensiva, riabilitazione intensiva ad alta specializzazione, riabilitazione estensiva, socio-riabilitazione a lunga durata), i regimi di erogazione (assistenza ospedaliera in ricovero ordinario o day hospital, assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza territoriale domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale) e le fasi di intervento (immediatamente successiva alla patologia, di completamento del processo di recupero, di mantenimento e/o di prevenzione della progressione della disabilità). (Conferenza stato-regioni 2011)

Prendiamo in esame l'attività di riabilitazione svolta all'interno delle strutture a regime di ricovero ospedaliero ordinario, è in questa tipologia di servizi che la suddetta tesi propone l'inserimento dell'educatore professionale. La tipologia di pazienti che accedono a queste strutture sono varie, per identificare al meglio il regime di ricovero si fornisce un codice di accesso: il cod.56 per le attività riabilitative intensive a maggiore o minore complessità e attività estensive non a riabilitazione di alta specializzazione; il codice 28 per pazienti con lesione midollare traumatica e non traumatica; codice 60 che corrisponde alle attività riabilitative per pazienti non autosufficienti con disabilità croniche non perfettamente stabilizzate e il codice 75 per pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite. Deve essere garantito per tutte le tipologie di pazienti l'assistenza medico-sanitaria h24 inoltre il servizio riabilitativo deve essere erogato per un minimo di 18 ore nel caso di un regime di ricovero intensivo mentre per almeno 6 ore se il ricovero è estensivo. L'equipe che interviene è composta da medici, infermieri, operatori sociosanitari, fisioterapisti, terapisti occupazionali, psicologi e logopedisti. Vedremo nel prossimo paragrafo quali sono gli interventi proposti e quali sono i bisogni educativi rilevati.

### **3.2 INTERVENTI RIABILITATIVI**

Gli interventi svolti necessitano della presa in carico da parte del team riabilitativo multiprofessionale come indicato nel piano di indirizzo sopra indicato, con il coinvolgimento degli specifici professionisti, in riferimento ai bisogni clinico-funzionali e socio-assistenziali della persona, e presuppongono la formulazione del progetto riabilitativo individuale. È definito dal medico specialista in riabilitazione, personalizzato per ciascun paziente, contiene:

- Valutazione multidimensionale
- Definizione degli obiettivi attesi in termini di recupero delle abilità
- Le strategie e le risorse per realizzarli
- Le modalità di effettuazione degli interventi riabilitativi
- I tempi e le modalità di verifica degli esiti dell'intervento e dei risultati raggiunti.

Questa tipologia di progetto permette di avere uno sguardo del paziente rispetto all'area sanitario-assistenziale. Gli interventi riabilitativi però si suddividono in tre tipologie:

interventi terapeutici, con lo scopo di modificare le menomazioni e le limitazioni conseguenti alla patologia; interventi assistenziali, cioè mantenere le migliori condizioni funzionali concesse dalla patologia disabilitante ed infine gli interventi informativi/educativi ovvero fornire alla persona, alla famiglia e ad altre persone rilevanti dell'ambiente di vita strumenti utili alla gestione delle problematiche disabilitanti ed al mantenimento delle migliori condizioni funzionali concesse dalla malattia. La partecipazione attiva dell'assistito e della sua famiglia è fondamentale per il suo percorso di cura. (Boldrini, 2021) È proprio in quest'ultima tipologia di intervento che si trova lo spazio per l'educatore professionale.

### **3.3 EDUCAZIONE TERAPEUTICA (RIPRENDERE EDUCAZIONE E RIABILITAZIONE NELLE COMPETENZE)**

“L’educazione terapeutica è finalizzata allo sviluppo di consapevolezza, responsabilità e abilità riferite al concetto di terapia, ossia di trattamento di una malattia” (Beghelli, 2015). L’obiettivo di tale azione educativa è di aiutare la persona malata ad acquisire e mantenere la capacità di gestire in modo ottimale la propria vita convivendo con la malattia. Secondo quanto scritto dagli autori nel manuale di “educazione terapeutica metodologia e applicazioni”, l’educazione deve coinvolgere i familiari o le persone significative che accompagnano la persona nel processo di cura e assistenza a lungo termine. Può intervenire sia nel momento acuto della patologia sia nella gestione della malattia cronica, in questo caso diventa cruciale. L’educazione terapeutica inoltre è *“un processo di apprendimento sistemico centrato sul paziente che prende in adeguata considerazione i suoi bisogni reali o potenziali (espressi o meno) e i suoi peculiari meccanismi di adattamento alla malattia.”* Il processo di educazione deve essere continuo ed adattato alle diverse necessità e caratteristiche della persona assistita inoltre gioca un ruolo fondamentale nell’assistenza e trattamento di una patologia. Riconosce l’utilizzo di strumenti e metodi appropriati e spesso strutturati consapevolmente che permettano un’attività informativa di addestramento e lo sviluppo di strategie motivazionali. (Beghelli, 2015, p. 32-33)

Gli obiettivi e le modalità di svolgimento dell’educazione terapeutica variano in base al momento in cui si interviene nel processo di cura. È consigliabile fornire in tutte le fasi del percorso riabilitativo le informazioni sulla menomazione dovuta alla patologia e sulle conseguenze disabilitanti attraverso colloqui informativi con i pazienti e i caregiver o fornendo materiale informativo come gli opuscoli. È inoltre consigliato di svolgere un’attività di addestramento a esercizi volti al mantenimento di autonomia nelle ADL primarie e secondarie anche con il corretto uso di ausili, alla prevenzione di menomazioni secondarie e nel recupero delle funzioni sensomotorie e cognitive. L’educazione terapeutica nella fase di reinserimento sociale extraospedaliero si

propone di valorizzare condotte ed attività idonee al mantenimento delle capacità acquisite e per la prevenzione secondaria, alla gestione autonoma delle terapie farmacologiche e gli ausili forniti e alla corretta gestione con le strutture di riferimento per i follow up programmati. (Boldrini, 2016)

L'educazione terapeutica si rivolge ad un'utenza con esperienza di malattia che è parte integrante del percorso di presa in carico e trattamento, dovrebbe perciò essere riconosciuta anche a livello formativo rispetto alle professioni sanitarie. I processi educativi si svolgono in collaborazione con un'equipe multidisciplinare. È perciò necessario che tutti i professionisti coinvolti abbiano una formazione specifica, ovvero lo sviluppo di competenze che permettano al professionista di promuovere comportamenti a tutela della salute o di far acquisire al paziente abilità di adattamento e autogestione dei trattamenti proposti. *“Non si tratta solo di competenze relazionali, il processo di educativo è complesso ed esige un rigoroso approccio metodologico, riferito ai principi educativi di base da applicare a seconda della tipologia di popolazione destinataria.”* (Beghelli et al, 2015, p. 39-40) All'interno del manuale preso in esame vengono identificate le competenze necessarie agli operatori sanitari per l'educazione terapeutica del paziente. Allo scopo di dimostrare che l'educatore professionale può portare avanti i progetti di educazione terapeutica all'interno delle strutture riabilitative, riporto in seguito le competenze.

*“Secondo l’OMS, gli operatori sanitari dovrebbero essere in grado, individualmente e all’interno di un gruppo, di:*

- *adattare il proprio comportamento professionale ai pazienti e alle loro malattie (acute e croniche), sia a livello individuale che con le loro famiglie;*
- *adattare costantemente i propri ruoli e azioni a quelli dei team di assistenza sanitaria e di educazione con i quali collaborano;*
- *comunicare in modo empatico con i pazienti;*
- *riconoscere i bisogni dei pazienti;*

- *tenere in considerazione lo stato emotivo dei pazienti, le loro esperienze, le loro rappresentazioni della malattia e del suo trattamento;*
- *aiutare i pazienti nell'apprendimento;*
- *educare i pazienti a gestire il loro trattamento e a sfruttare le risorse sanitarie, sociali ed economiche disponibili;*
- *aiutare i pazienti a gestire il loro modo di vivere;*
- *educare e consigliare i pazienti ad affrontare le crisi e i fattori che interferiscono con la gestione della loro condizione;*
- *selezionare gli strumenti educativi del paziente;*
- *usare e integrare questi strumenti nell'assistenza ai pazienti e nel processo di apprendimento dei pazienti stessi (contatto con il paziente);*
- *prendere in considerazione, nel contesto dell'educazione terapeutica, le dimensioni educative, psicologiche e sociali dell'assistenza a lungo termine;*
- *valutare l'educazione del paziente per i suoi effetti terapeutici (clinici, biologici, psicologici, educativi, sociali, economici) e apportare le modifiche indicate;*
- *valutare e modificare periodicamente le performance educative degli operatori sanitari.”*

Si evidenzia come le competenze descritte nel paragrafo 2.2 diventino cruciali per la buona riuscita del percorso di educazione terapeutica. L'analisi dei bisogni, la progettazione del progetto educativo, la sua realizzazione e la sua stessa valutazione sono parte integrante del lavoro dell'educatore professionale. Questo è il professionista designato per la strutturazione dei progetti di educazione terapeutica, in collaborazione con tutti i professionisti necessari, struttura degli interventi ad hoc per i pazienti presi in carico in modo ad sviluppare l'autonomia e mantenere le capacità residue. Accanto alle competenze tecniche l'educatore utilizza la relazione educativa per entrare in contatto con il paziente, le competenze relazionali sono fondamentali per strutturare un comportamento autoprotettivo e di aderenza terapeutica. L'educatore acquisisce nel suo percorso di formazione gli strumenti necessari per l'analisi dei bisogni, la strutturazione degli obiettivi, i metodi



e le risorse per l'intervento educativo e i sistemi di valutazione per tutte le fasi di intervento.

### **3.4 ESEMPIO TORNO A CASA CON LA PEG (BEGHELLI AT ALL, 2015)**

Riporto un esempio di progetto educativo di educazione terapeutica per la dimissione di un paziente con presidio medico-chirurgico complesso come la Peg. I presidi medico chirurgici che possono seguire un intervento chirurgico sono molteplici, all'interno di una struttura che si propone di promuovere il corretto reinserimento all'interno del contesto sociale di riferimento è necessario preparare il paziente e i familiari che lo assistono (i caregiver). La complessità però è determinata dalle conoscenze in merito agli ausili, da che cosa saper fare e quali atteggiamenti assumere.

*“Il progetto riguarda i pazienti portatori di PEG, dopo la dimissione ospedaliera dovranno saper gestire a domicilio in autonomia. Il progetto educativo è rivolto ai pazienti ai loro familiari che li assisteranno nella gestione della PEG in presenza di parziale autosufficienza della persona.*

*Verrà proposta un questionario semi strutturato per indagare quali siano le conoscenze, le capacità e abilità del paziente. Per poi definire i bisogni educativi.*

*Si è ipotizzato che la persona, al termine dell'intervento educativo:*

- *conoscerà la funzione della PEG;*
- *conoscerà le eventuali complicanze che possono insorgere;*
- *conoscerà le misure preventive per evitare o ridurre le complicanze;*
- *sarà in grado di gestire la medicazione;*
- *saprà utilizzare la pompa a infusione per la somministrazione dell'alimentazione;*
- *saprà preparare la miscela nutrizionale e il successivo lavaggio del sondino;*
- *sarà in grado di assumere comportamenti idonei per evitare le infezioni (detersione, disinfezione, utilizzo di garze sterili).*

*Si è ipotizzato di intervenire con un piano di addestramento, effettuato dal personale infermieristico di reparto 24 ore dopo l'inserimento della PEG, che vedrà coinvolti il paziente e/o i suoi familiari. L'addestramento sarà costituito da una prima parte teorico-osservativa e da una seconda parte in cui il paziente e/o il familiare eseguiranno le azioni precedentemente insegnate. Avrà lo scopo di aiutare la persona ad acquisire manualità e sicurezza per una migliore gestione della situazione.*

*Al termine dell'addestramento verrà consegnato all'utente un opuscolo contenente informazioni sulla PEG, sul suo trattamento e sulle eventuali complicanze. L'opuscolo, scritto con un linguaggio semplice a caratteri grandi, sarà corredato da immagini di immediata interpretazione, in modo da poter essere facilmente letto dalle persone anziane, o comunque con problemi di vista. Sarà opportuno indicare i numeri di telefono cui fare riferimento in caso di necessità e si consiglierà di tenere un diario giornaliero da avere con sé a ogni controllo con le informazioni da riportare.*

*Prima della dimissione, la persona o il familiare effettueranno in autonomia, con supervisione, la medicazione e la procedura dell'alimentazione. Con un colloquio si valuterà il grado di comprensione dell'opuscolo. Eventuali criteri di valutazione a lungo termine (un mese) saranno: assenza/presenza di ostruzioni del sondino; assenza/presenza di infezione; assenza/presenza di calo ponderale; assenza/presenza di dislocazione del sondino.” (BEGHELLI A., FERRARESI A., MANFREDINI M., (ediz.2015) Educazione terapeutica Metodologia e applicazioni. Roma: Carocci Editore, p. 141-142)*

## **CONCLUSIONI**

La tesi presentata si proponeva di individuare quale sia il contributo che l'educatore professionale socio-sanitario può portare all'interno delle strutture riabilitative. Si è individuata l'educazione terapeutica come strumento che permette di presupporre una prognosi migliore. Aumentando la conoscenza rispetto alla patologia, alle menomazioni coinvolte e alla disabilità riportata il paziente è più incoraggiato a mantenere un comportamento autoprotettivo e di conseguenza evitare le menomazioni secondarie (BOBBO, N. (2020). *La diagnosi educativa in sanità*. Roma: Carocci Editore. Rispetto alle competenze necessarie per svolgere degli interventi di educazione terapeutica e alle competenze analizzate che il profilo professionale prevede per l'educatore, risalta come questa figura sia quella designata per strutturare i progetti di educazione terapeutica all'interno della struttura. L'educatore verrà inserito in un'equipe multiprofessionale con cui collaborerà. Potrà strutturare i progetti per i pazienti ricoverati o per i caregiver che assistono la persona, a seguito dell'analisi dei bisogni educativi, strutturerà gli obiettivi, i metodi e gli strumenti di intervento, mantenendo una valutazione costante del percorso proposto.

## BIBLIOGRAFIA

BEGHELLI A., FERRARESI A., MANFREDINI M., (ediz.2015) Educazione terapeutica Metodologia e applicazioni. Roma: Carocci Editore.

BIRKHOFF, JUTTA MARIA Nozioni di Medicina Legale. Uno strumento per le professioni medico-sanitarie e giuridiche. 2011-01-01

BOBBO, N. (2020). La diagnosi educativa in sanità. Roma: Carocci Editore.

BOBBO, N., & MORETTO, B. (A c. Di) (2020). La progettazione educativa in ambito sanitario e sociale. Roma: Carocci Editore

BOBBO N., (2023) Da una tesi alla Laurea Guida semplice per laureandi dei corsi di laurea delle professioni sanitarie ed educative. Padova, Editore: CLEUP

BOBBO N., Studio P\_CARE: dal paziente alla persona malata. I risultati dell'indagine. Journal of Health Care Education in Practice (Special Issue - Sep, 2021) Atti del convegno "P\_CARE: dal paziente alla persona" 16/04/2021 Scientific Article- DOI: 10.14658/pupj-jhcep-2021-3-8

CARDINI, M., & MOLTENI, L. (A c. Di) (2003). L'educatore professionale. Guida per orientarsi nella formazione e nel lavoro. Roma: Carocci Editore

CERRI S., BONFANTI M., TRAPÉ P., CALAMASSI D. (2014) Educazione terapeutica e counseling nel Chronic Care ModelUna survey nella Regione Toscana, rivista toscana medica 9/2014

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO 1998 Linee guida del ministero della sanità per le attività di riabilitazione

CRISAFULLI, F. (2018). The "core competence" of the Social Health Educator. Proposed models and literature review. Form@re - Open Journal per la formazione in rete, 1(3), 220–236. <https://doi.org/10.13128/FORMARE-24215>

CRISAFULLI, F. (2016) E.P. Educatore professionale Competenze, formazione e ricerca, strumenti e metodologie, Maggioli Editore

CRISAFULLI, F., MOLTENI, L., PAOLETTI, L., SCARPA, P. N., SAMBUGARO, L., & GIULIODORO, S. (2010). Il «Core Competence» dell'Educatore Professionale Linee d'indirizzo per la formazione. Milano: Edizioni Unicopli.

CRISAFULLI F. (2018) L'educatore professionale. Una guida per orientarsi nel mondo del lavoro e prepararsi ai concorsi pubblici in Paola Nicoletta Scarpa (a cura di), Maggioli S.p.A., Santarcangelo di Romagna.

CRISAFULLI F. (2016) Le competenze dell'educatore professionale Buona volontà e buonsenso non bastano per i bisogni complessi delle persone in difficoltà

DECRETO INTERMINISTERIALE 19 FEBBRAIO 2009 (in G.U. 25 maggio 2009 n. 119). Determinazione delle classi delle lauree delle professioni sanitarie.

ALLEGATO AL DECRETO INTERMINISTERIALE 19 FEBBRAIO 2009. Allegato A.

Decreto Interministeriale 2 aprile 2001 Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 6 maggio 2001 n. 128 - supplemento ordinario n. 136 Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie allegato 2

DECRETO MINISTERO SANITÀ 8 OTTOBRE 1998, N. 520 (in G.U. 28 aprile 1999, n. 98). Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

DECRETO MINISTERIALE 10 febbraio 1984 «Identificazione dei profili professionali attinenti a figure nuove atipiche o di dubbia ascrizione ai sensi dell'art. 1, quarto comma, del decreto del presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, che regola lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali».(G.U. 15 febbraio 1984, n. 45)

D.M. 29 marzo 2001 Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4, della L. 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1, L. n. 251/2000).

FASAN, G. (2019). La formazione degli educatori tra gli anni Sessanta e i primi anni Novanta del Novecento italiano. *Studium Educationis - Rivista quadrimestrale per le professioni educative*, 3, 77–88. <https://doi.org/10.7346/SE-032019-07>

FASCO L. “L’educatore professionale e la competenza progettuale: storia della professione verso i nuovi orizzonti della professione educativa” 2020-21

J.-J. Guilbert (2001), Guida pedagogica per il personale sanitario, OMS, ed. it. G. Palasciano, A. Lotti, Edizione dal Sud.

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO 10 febbraio 2011. Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento concernente "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione"

LEGGE 2 AGOSTO 1999, N. 264. Norme in materia di accessi ai corsi universitari.

LEGGE 27 DICEMBRE 2017, N. 205. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020

MAROCLONGO R., L’educazione terapeutica, luogo d’incontro tra malati e

Curanti *Journal of Health Care Education in Practice* (Special Issue – Sep, 2021)  
Atti del convegno “P\_CARE: dal paziente alla persona” 16/04/2021 Scientific  
Article- DOI: 10.14658/pupj-jhcep-2021-3-2

MORETTO, B. (2019). Educazione terapeutica del paziente tra competenze e contesti di cura: Riflessioni sul ruolo dell’educatore professionale. *Journal of Health*

Care Education in Practice, 2(12), 1–15. <https://doi.org/10.14658/pupj-jhcep-2019-2-1>

OGGIONNI, F. (2019). Il profilo dell'educatore Formazione e ambiti di intervento (2° ed.). Roma: Carocci Faber.

Organizzazione Mondiale della Sanità & Ufficio Regionale per l'Europa. (1998). Educazione terapeutica del paziente. 69.

REGIONE TOSCANA, Le competenze delle professioni sanitarie, 2008

TORE R., FODDI M.R., Il protocollo educativo: strumento per l'Educatore Professionale a garanzia di un'educazione terapeutica di qualità. Journal of Health Care Education in Practice (November 2020) Scientific article - DOI: 10.14658/pupj-jhcep-2020-2-4

TRENTO, M. (2012). Il modello della group care per l'educazione terapeutica del paziente. In Igiene e Sanità Pubblica. Educazione sanitaria. Strategie educative e preventive per il paziente e la comunità (pagg. 153–166). Padova: Piccin-Nuova Libreria

## **SITOGRAFIA**

<https://www.edscuola.it/archivio/handicap/educatore.htm>

<https://www.aprirenetwork.it/2021/04/05/cap-22-educazione-terapeutica-e-riabilitazione/> 10 settembre 2023

<http://www.ilmondounito.com/15Quadernodiricercasociale8.pdf> 23 settembre 2023

<https://www.parlamento.it/service/PDF/PDFServer/DF/318808.pdf> 23 settembre 2023

<https://www.anep.it/profiloprofessionale> 23 settembre 2023

<https://www.educatoreprofessionale.it/norme-e-sentenze> 24 settembre 2023

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1654686148.pdf> 24 settembre 2023

## **RINGRAZIAMENTI**

Ringrazio la professoressa Elisa Palermo per avermi seguito e incoraggiato durante la stesura di questa tesi.

Ringrazio la professoressa Moretto che ci ha accompagnato nel percorso formativo durato tre anni, attraverso i suoi seminari, laboratori di tirocinio e le sue lezioni abbiamo acquisito tutte le conoscenze necessarie per la nostra futura professione.

Ringrazio mamma e papà perché sono stati sempre un sostegno per il mio percorso, mi hanno spronato e incoraggiato durante tutto il mio percorso.

Ringrazio Veronica per tutti i vestiti rubati mentre abitavo a Rovigo e Massimiliano per tutte le corse con le macchine che facevo mentre ero a casa.

Ringrazio Simone che si è sorbiti tutti i pensieri e le lamentele che potessi avere durante la stesura della tesi e in generale in tutto il percorso.

Ringrazio le mie preziose coinquiline, Chiara e Barbara, che hanno reso la mia permanenza a Rovigo molto più interessante e divertente. Con loro ho vissuto momenti indimenticabili.

Ringrazio Camilla che ha condiviso con me l'appartamento mentre tutto era bloccato per il covid

Ringrazio infine tutti i miei compagni di corso, tutti i professori e tutte quelle persone che ho incontrato durante tutti i tre anni che mi hanno permesso di sperimentarmi e mettermi in gioco per crescere e diventare la persona che sono oggi.