

Adolescenti a rischio tra emergenza e rottamazione dell'io: la relazione educativa oltre il know-how delle tecniche in un progetto di cooperazione in Africa

di **Diego Ottolini**

Abstract

A partire da un'esperienza di cooperazione internazionale in Kenya, viene presentata l'emergenza educativa di una nuova generazione di adolescenti "problematici", in bilico tra mondi culturali diversi. Sei anni di lavoro nel sistema della giustizia minorile in stallo su tecniche che conducono alla rottamazione dell'io di bambini/e e adolescenti a rischio hanno permesso di elaborare percorsi educativi che integrano la cura nell'istituzione e la cura di comunità.

La relazione educativa emerge come la chiave di volta per transitare i servizi pubblici istituzionali e territoriali dal relativismo del know-how educativo alla legittimazione della responsabilità educativa di una rete di attori catalizzati dalla figura dell'educatore.

Parole-chiave
**relazione educativa, Kenya, adolescenza,
cura nell'istituzione, cura di comunità**

The educational emergency of an incoming generation of "difficult" adolescents being at the threshold of diverse cultural worlds is introduced and discussed starting from the practice of an international cooperation project in Kenya. Six years of work within the local Juvenile Justice System stagnated on techniques which fragment the psychological identity of children and adolescents at risk have allowed developing educational programmes which integrate institutional and community care.

Key-words
**Educative relationship, Kenya, Adolescence,
Institutional care, Community care**

1. Cura dei figli e adolescenza nell’Africa sub-sahariana: analisi del cambiamento nell’attuale contesto socio-culturale

Nelle culture tradizionali dell’Africa sub-sahariana, le pratiche relative alle cure dei figli si basano sulla comprensione di ciò che il bambino è in rapporto al sistema sociale, come ricorda l’adagio: “Ci vuole un villaggio per allevare un bambino” (Swadener, Kabiru, Njenga, 2000).

Il figlio è accudito in un sistema familiare allargato dove non solo i padri e le madri sono indispensabili per la cura (Kilbride, Suda, Njeru, 2000), in quanto il concetto di famiglia “non è limitato ai genitori biologici... La cura di tutti è nelle mani della comunità” (King, 1976, pp. 155-156). Lo stesso accudimento reciproco e di interdipendenza tra fratelli e sorelle fin dall’infanzia è parte di questo “funzionamento condiviso del sistema familiare” (Weisner, Bradly, Kilbride, 1997). Un approccio di cura comunitaria che si prolunga nell’adolescenza, generalmente sincronizzata con i cambiamenti biologici della pubertà, ma il cui significato di transizione all’età adulta si diversifica per costruzioni sociali, con varietà di tempi e ritualità di iniziazione. Riti di passaggio per demarcare il cambiamento di stato umano e sociale (Vizedom, 1976), gestiti dagli anziani per iniziare ai “segreti della comunità” – come miti o simboli – e interiorizzare i sistemi culturali, filosofici e religiosi (Ejizu, 2010). Una cruciale svolta nella traiettoria esistenziale dell’adolescente in transito dalla “pubertà sociale” ai ruoli e responsabilità dello stato adulto e un’eccellente opportunità educativa per la comunità.

Tuttavia, queste forme della tradizione educativa sono oggi sottoposte a radicali trasformazioni che stanno drasticamente modificando le organizzazioni sociali e la struttura familiare, rimpiazzando i modelli tradizionali di accudimento (Evans, 1994) ed il profilo dell’adolescenza. Si assiste alla perdita brutale di un complesso sistema di riferimento e di codifica delle percezioni e delle rappresentazioni (Devereux, 1978). I ritmi di acculturazione differiscono tra i vari membri o tra le generazioni del sistema familiare spostando ruoli, potere e competenze, generando conflitti tra persone sospese tra mondi diversi (Ellenwood, Brok, Cornish, 2004), con un impatto significativo sul processo di sviluppo dell’adolescente (Andolfi, Angelo, De Nichilo, 1989). Ne sono grave sintomo la scomparsa dei padri, che sempre meno rappresentano l’elemento costitutivo della famiglia (Budlender, 1998), e la diffusione di pratiche abbandoniche e di rinuncia alla cura dei figli da parte delle madri, che come afferma Moro (2002, p. 33), “non possono portare il proprio bambino se non a condizione di sentirsi anch’esse portate”, specie quando deprivate del proprio involucro culturale e sociale.

Tra i soggetti più minacciati da questi mutamenti e squilibri vi sono gli adolescenti che risiedono nel degrado delle periferie urbane dell’Africa, in situazioni di grave precarietà sociale ed economica, in bilico tra

mondi quanto mai lontani: quello del passato da cui provengono culturalmente, quello disfunzionale in cui sono inseriti e quello virtuale in cui li proietta la rete del web.

Una ricerca (Ndugwa et alii, 2010) sui giovani della periferia di Nairobi (Kenya) correla la delega o rinuncia della relazione genitoriale con i comportamenti antisociali dei figli. Essere maschio e vivere solo o con nessun genitore biologico si associano con aumentate difficoltà comportamentali di tipo delinquenziale, abbandono scolastico e rapporti sessuali ad alto rischio (Jacobson, Crockett, 2000; Kumi-Kyereme *et alii*, 2007). Altri studi (Mugisha, 2006; Zulu, Dodoo, Ezech, 2003) indicano simili correlazioni in rapporto a condizioni di vita sotto la soglia di povertà. Tutti fattori comunemente associati alla diffusione dell'HIV/AIDS tra i giovani dell'Africa sub-sahariana, che assommano quasi i due terzi di tutti i sieropositivi compresi nella fascia d'età tra i 15 e i 24 anni.

2. L'emergenza educativa tra tradizione e tecniche del know-how

Di fronte a tali sfide, l'Africa della tradizione si trova disarmata dal punto di vista educativo, nell'inconsapevolezza di come operare il passaggio dal sistema di iniziazione tradizionale, sempre più confinato nell'ambulatorio medico per la circoncisione, ad un percorso educativo al passo con la trasformazione in atto. Si è alla ricerca di modelli in grado di recuperare la tradizione africana che richiama fortemente l'approccio sistemico nel lavoro sociale, individuando la causa del disagio non nel singolo individuo, ma nelle sue relazioni umane. La cosmologia che sottende ai processi di cura tradizionali parte dal concetto che bersaglio dell'agire del guaritore non è la malattia in sé o la singola persona malata, ma il riequilibrio del suo sistema umano di riferimento o la sua malfunzionante rete di comunicazione terrena e con il mondo degli spiriti. Un approccio relazionale che richiama ciò che Folgheraiter (1995) afferma sulla prospettiva comunitaria di lavoro sociale, quella che gli anglosassoni chiamano "community care". Superando il "paradigma medico" che usa strumenti riparativi delle patologie escludendo dal processo di aiuto il beneficiario, si sposta l'enfasi dal "deficit" (malattia) alle "risorse" (competenze) della persona e della comunità, di cui l'"utente" è considerato membro nel tessuto di relazioni sociali che costituiscono possibili fonti di aiuto (Donati, 2006). Un modello di cura gradualmente trascinato in una situazione di grave disorganizzazione e perdita, a causa della progressiva riduzione della rete e stabilità delle relazioni intra ed extrafamiliari.

In Kenya, il disagio dell'adolescente a rischio espresso in comportamenti "difficili" o aggravato dalla pandemia dell'HIV/AIDS diviene "emergenza educativa" a cui si risponde sovrapponendo all'uso di stru-

menti di repressione ed emarginazione, interventi di “*pronto soccorso*” comportamentale, caratterizzati dalla pragmaticità di tecniche da utilizzare nell'immediato, in un contesto di relativismo educativo. La prima vittima di questo vuoto pedagogico è la figura dell'educatore, deprezzata per dare spazio al supermercato dei “*tool*”, gli strumenti che identificano educazione con il *know-how*: equipaggiare l'adolescente con “*skills*”, abilità per vivere, senza preoccuparsi di trasmettere un progetto di vita. Le emergenze educative sono affrontate con tecniche cognitive e comportamentali, delegittimando la responsabilità di colui che educa di mostrare la “*forma viva*” dell'umanità. Questa riduzione della responsabilità dell'educare al semplice *know-how* paga il prezzo della “*rottamazione dell'io*” (Bodei, 2002), prescindendo dallo sviluppo del nucleo sostanziale dell'adolescente, la sua identità più profonda.

3. Prassi dell'intervento educativo in un progetto di cooperazione: dal confino nel Sistema Penale Minorile alle relazioni di cura

3.1 Il Contesto: Un progetto pedagogico di cooperazione internazionale

La Nairobi Children Remand Home è stata il punto d'ingresso di un progetto di cooperazione internazionale di 6 anni (2005-2011), denominato “*Children's Community Safety Nets*”¹ (Reti di Tutela Comunitarie per l'Infanzia). L'intervento, gestito da CEFA e Overseas, un consorzio di ONG italiane in partenariato con il Dipartimento Nazionale dei Minori, era finalizzato al sostegno delle riforme del sistema dei servizi pubblici minorili del Kenya. Grazie al sostegno della Cooperazione Italiana, da questo istituto di detenzione e prima accoglienza, il progetto si è successivamente esteso ad altre istituzioni pubbliche raggiungendo circa 3.000 minori tra i 6 e i 17 anni, in conflitto con la legge o vittime di grave maltrattamento, trascuratezza o abuso. Un laboratorio di sperimentazione per la presa in carico educativa di bambini/e e adolescenti dall'ingresso nel sistema della giustizia minorile fino alla loro de-istituzionalizzazione. Un percorso sviluppato a tappe, partendo dalla “*cura nell'istituzione*”, transitando per la “*cura nella comunità*”, per giungere alla “*cura della comunità*”.

3.2 La Cura nell'Istituzione come relazione educativa

La trasformazione delle istituzioni minorili pubbliche da luogo di reclusione a laboratorio educativo è stato l'obiettivo di lungo periodo del pro-

1 Il manuale del progetto può essere scaricato dal sito <http://www.nairobi.cooperazione.esteri.it/utlnairobi/download/Manuale%20The%20children%20Community%20safety%20nets%20projects.pdf> (ultima consultazione: 16.11.2011).

getto. Considerando l'istituzione come "luogo di passaggio formativo" si è operato per transitare i centri da un ruolo sanzionatorio e di contenimento del disagio ad opportunità inclusiva di crescita.

Si è partiti dalla constatazione che i minori ospiti suddivisi per gruppi d'età e di genere erano coinvolti nella gestione quotidiana dei servizi svolgendo mansioni di pulizia degli ambienti, raccolta d'acqua, taglio della legna, preparazione e cottura pasti, lavaggio di indumenti. Il tempo rimanente era utilizzato in attività ricreative, riassumibili in partite di calcio per i maschi.

Mancando un quadro formale di riferimento teorico sugli obiettivi da raggiungere, i centri ruotavano attorno ad un generico consenso sul compito riabilitativo rispetto al minore ospite, considerato in genere come un soggetto "deviante". Il modello metodologico applicava una strategia educativa basata sulle sanzioni disciplinari, privilegiando le punizioni corporali. Parte del personale riceveva periodici pacchetti formativi su tecniche riabilitative offerti dal Ministero preposto, per fornire agli operatori un *know-how* sufficiente a trasmettere "skills" comportamentali ai giovani ospiti, ulteriormente "agiti" nell'applicare "istruzioni" piuttosto che resi attori di un agire responsabile. I manuali erano a disposizione ma inutilizzati in quanto ritenuti inefficaci. Personale di altri organismi visitava gli istituti introducendo laboratori pedagogici ma in modo saltuario e disorganizzato. In generale, si evidenziava negli operatori pubblici una grave carenza di capacità relazionale con gli adolescenti in un processo di delega di responsabilità alle tecniche, inadatte a sostenere un progetto di vita responsabile.

Per ristabilire un compito educativo contestualizzato alla relazione educativa, il progetto inseriva educatori a tempo pieno nelle istituzioni con il ruolo di attivare relazioni educative con i minori ospiti e di affiancare l'insegnante-operatore pubblico a cui era stato delegato un ruolo meramente didattico/disciplinare. Interpretando la valenza educativa delle attività dei centri in prospettiva culturale, tali attività erano comprese come naturalmente modellate sulla vita familiare. Infatti, la famiglia intesa come sistema di relazioni estese tra genitori, figli e parenti a più livelli generazionali, faceva da specchio alla vita quotidiana dell'istituto che ne riproponeva in parte ruoli, compiti, relazioni, conflitti. La stessa gestione della disciplina, riproponeva le modalità relazionali tradizionali tra mondo adulto e mondo dell'infanzia per cui il bambino è "da osservare, non da ascoltare"². Due mondi separati e per molti aspetti incomunicabili, dove l'educatore assumeva la funzione ponte di un dialogo basato su alleanze e "complicità" relazionali sia con gli adolescenti, responsabilizzandoli al loro compito di crescita, sia

2 Proverbio vittoriano del XV secolo comunemente usato dagli operatori delle istituzioni minorili pubbliche. Cfr. <http://www.phrases.org.uk/meanings/children-should-be-seen-and-not-heard.html> (ultima consultazione: 15.11.2011).

con gli operatori modellandone le capacità relazionali. Grazie a questa strategia, il microcosmo domestico dell'istituto è progressivamente divenuto terreno educativo per tutti, per estendere il campo dell'esperienza, sperimentare se stessi e le proprie relazioni sociali, riflettere sulle proprie scelte, modificare il comportamento, imparare regole e confini. In questo senso, le varie attività di gestione della casa sono state riabilitate come laboratori di relazione educativa, così come avvengono e si sviluppano in un contesto familiare, rimodellando nella pratica degli operatori un concetto di educazione esteso oltre la didattica delle *skills* o l'applicazione di regole.

Per transitare l'istituzione nel nuovo percorso pedagogico, la sua struttura educativa è stata modificata inserendovi tre sezioni operative: *educativa*, del *counselling* e del *reintegro familiare*. Gestite da tre team di operatori pubblici e del progetto, tali sezioni hanno accompagnato il minore dall'ingresso nell'istituto al reintegro familiare, secondo un preciso percorso. La presa in carico del team educativo avviene tramite un colloquio di orientamento con il nuovo ospite, a cui si affiancano un *counsellor* e un assistente sociale in un percorso integrato di relazioni per interventi pedagogici e di supporto psico-sociale. Una volta rintracciata la famiglia, genitori e/o parenti vengono invitati ad un breve percorso di *counselling familiare*. La settimanale conferenza dei casi facilita lo scambio di informazioni tra i vari operatori, la valutazione dei fattori rischio, l'identificazione di resilienze e risorse del sistema ecologico familiare, per formulare un piano di azione individualizzato sul minore e la sua famiglia. Vari laboratori pedagogici rafforzano il percorso educativo includendovi lo sviluppo delle funzioni fisico-motorie (psicomotricità), abilità di comunicazione (arte e teatro), cognitive (progetto lettura), manuali e di sopravvivenza (orto, allevamento, fabbricazione di sapone).

In risposta al conclamato comportamento antisociale di adolescenti in conflitto con la legge, la sezione educativa propone il "Cognitive-Emotive Behaviour Change Rehabilitation Programme". Molti sono stati vittime di violenze disumanizzanti quanto più precocemente subite, segnati da gravi carenze nello sviluppo delle competenze sociali (Fonagy, Moran, Target, 1993). La risposta terapeutica di fronte alla deriva comportamentale parte dalla serenità della relazione educativa di fronte all'ineluttabile presenza della violenza nella vita di ciascuno. Riconoscere che il comportamento "difficile" è naturale ed inevitabile, che si fonda su un bisogno difensivo e non sadico in sé, costituisce il filo conduttore della relazione educativa (Monniello, 2004). Pensato in un'ottica di relazione sistemica, il programma si propone come obiettivo di sostenere le potenzialità e le competenze dell'adolescente per facilitare la modifica del comportamento "difficile" e limitarne la forza d'attrazione. La struttura progettuale si basava su due assi perpendicolari costituiti dal modello della relazione di cura del gruppo dei pari (*peer education*) e da parte dell'educatore/tutor.

In essi si innestano in modo trasversale gli assi tematici generali, ossia:

1. L'asse cognitivo focalizzato sulla *self-awareness*, per potenziare le competenze interne dell'adolescente.
2. L'asse affettivo-relazionale focalizzato sulla "socializzazione", per rafforzare le capacità comportamentali, relazionali, affettivo-emotive.
3. L'asse dell'autonomia personale e del progetto di vita focalizzato sul *decision making* per sostenere la responsabilità della presa in carico della propria esistenza.

La relazione educativa costituisce il collante metodologico tra le singole parti del programma e tra gli interventi delle tre sezioni. L'educatore afferma la priorità della relazione sulle tecniche educative, accompagnando il minore nel processo di crescita perché sia capace di vivere, di convivere e di "essere fedele alla propria originalità [...] che dà senso del 'fare ciò che ci appartiene', o 'del trovare la nostra propria realizzazione'" (Taylor, 1999, pp. 35-36).

3.3 Dalla Relazione di Cura nella Comunità a quella della Comunità

La maggior parte dei minori accolti negli istituti del sistema penale proveniva dai sobborghi di Nairobi, città capitale. Aree a grave degrado ambientale e sociale, fatiscenti, prive di servizi igienici, acqua corrente ed elettricità. La povertà materiale vi coesiste con gravi fattori di rischio come criminalità, alcolismo, disoccupazione e prostituzione. L'ecologia familiare vi reclama vissuti di grave precarietà rispetto alla capacità di garantire la sopravvivenza fisica dei figli e alla qualità e consistenza dei legami parentali ed affettivi. Spesso si tratta di famiglie vulnerabili nella salute, insufficienti nel rispondere ai propri bisogni primari, inadeguate nelle relazioni genitoriali, isolate dal tessuto sociale. In esse è spesso presente maltrattamento, trascuratezza o abuso, favorendo il passaggio del minore alla strada e dalla strada al carcere.

Di fronte a questo quadro disarmante, il reintegro familiare del minore istituzionalizzato si presentava come un grave fattore di rischio. Per ovviare a questo, inizialmente, si privilegiava la relazione di cura nella comunità, riferendo l'adolescente a istituzioni alternative del privato sociale che offrivano servizi di accoglienza adeguati e spesso inseriti in un contesto di comunità. Dato che tali istituzioni assumevano una presa in carico globale dei casi, l'approccio era tuttavia insostenibile e inadeguato rispetto alla relazione di cura richiesta alle famiglie d'origine. La direzione del movimento della *care* andava dall'alto al basso, senza dar voce a chi direttamente o indirettamente era coinvolto nel problema, esattamente come all'interno delle macroresidenze.

La relazione di *cura iniziata nell'istituzione* necessitava del passaggio alla relazione di *cura della comunità*, cioè verso la capacità di cura fondata sulle

relazioni della comunità verso se stessa, per andare oltre ciò che Bulmer (1992) definisce *community care* “passiva”.

Rinunciando a “tamponare” situazioni familiari estremamente complesse e problematiche, come cura palliativa del disagio (Cirillo, Cipolloni, 1994), con il progetto si è individuato nel lavoro di rete (Folgheraiter, 1995) il modello di riferimento teorico per attivare, facilitare e organizzare relazioni educative dentro la comunità, accrescendone la capacità (*empowerment*) di accogliere e farsi carico dell’adolescente in uscita dal servizio pubblico.

Con Folgheraiter (2011a), si è riconosciuta la debolezza di una *community care* che coincidesse solo con l’insieme degli aiuti informali, in particolare familiari, che spontaneamente si determinano al suo interno. Data la gravità del disagio degli adolescenti in questione e la complessità delle disfunzionalità del loro contesto familiare e sociale, non si è optato per la “care in” né la “care by”, ma per una “care intrecciata” fra reti formali e informali, fra figure professionali e non, fra pubblico e privato (Folgheraiter, 2011b). La reticolazione dei servizi ha portato a realizzare ciò che l’autore definisce come catalizzazione della “rete di fronteggiamento” (Folgheraiter, 2011b), intesa come “forza di contrasto” al disagio dell’adolescente, con il fine specifico di stimolare le relazioni sociali per una circolazione di risorse entro i propri circuiti. Un lavoro di rete che ha rintracciato, oltre alle “incapacità” evidenti, soprattutto i punti di forza che ogni sistema ecologico familiare e comunitario per quanto fragile porta in sé: la capacità genitoriale di attaccamento e presa in carico, i valori di riferimento, i legami parentali ed amicali, il contesto comunitario, le reti formali del territorio. A partire da queste “capacità” è stata rielaborata la relazione genitori-figli, mettendo in rete il capitale sociale di risorse relazionali della comunità di appartenenza (Putnam, 2002). La metodologia utilizzata si è rifatta alle Conferenze Familiari (Hardin, 1996), ideata in Nuova Zelanda negli anni 80 in risposta al numero sproporzionatamente elevato di minori Maori accolti in istituti residenziali di tutela o in famiglie affidatarie. Restituendo alle famiglie il potere decisionale sulla tutela dei figli, si erano drasticamente ridotti i casi di affidamento e istituzionalizzazione. Un modello adatto al ruolo di erogazione primaria di cura affidato dalle culture africane alla famiglia estesa e alle sue reti naturali di supporto, in quanto riconosce che la famiglia:

- definisce se stessa e i suoi componenti, includendovi relazioni basate su rapporti di amicizia, vicinato o di collaborazione;
- è la migliore esperta di se stessa e delle proprie risorse;
- è in generale il migliore luogo di cura per un bambino, di cui è la prima responsabile;
- va rispettata e ritenuta capace di prendere decisioni adeguate e di tutelare i figli.

In conformità a questo modello, la capacità di cura della comunità è stata riconosciuta e resa operativa dalla fase di rintraccio della famiglia del minore fino all'azione di monitoraggio successiva al reinserimento familiare. L'operatore agisce ora come educatore di comunità, facilitando un percorso centrato sulla conferenza familiare gestita dalla famiglia stessa, che vi invita rappresentanti di reti informali e formali, parenti, amici, vicini di casa, membri della comunità di fede di appartenenza, l'insegnante, e rappresentanti dell'amministrazione pubblica o di servizi di protezione sociale. Durante la conferenza, gli interventi tecnici degli operatori si reticolano con quelli della comunità per giungere ad un momento "privato" in cui la famiglia si riunisce in autonomia facendosi carico delle difficoltà dell'adolescente, in linea con quanto afferma Folgheraiter (1998, p. 158): "Se qualcuno sta cercando una soluzione per una persona diversa da se stesso, questa non può reggere se non è tale anche agli occhi di quest'ultima".

In questo processo di *pedagogia di rete*, l'operatore diventa un educatore di comunità il cui compito, come afferma Milan (2004, p. 318),

è quello di sollecitare e di far accadere, come elemento catalizzatore, una serie di *avvenimenti/eventi educativi di rete* che altrimenti non verrebbero espressi dal contesto. Egli si muove in tal senso come *linking agent*, con intenzionalità pedagogica, ovvero come *educational linking agent*, capace di suscitare e promuovere le relazioni significative e le risorse educative presenti nella comunità. Nel contempo egli è un tessitore di reti, secondo un chiaro disegno pedagogico, atto a favorire la presa in carico comunitaria del bisogno educativo individuale.

Uno studio (Ottolini, 2011) longitudinale sulle conferenze familiari, realizzate dal progetto tra il 2005 e il 2008 rivelava il loro impatto sulle funzioni di cura verso il minore assunte dalla famiglia e dalla comunità. Nel 98.6% di esse il gruppo familiare si era costituito come leader nella pianificazione degli interventi, facendosi carico di risposte mirate ai bisogni dei figli: scolastico (68.5% dei casi), di affetto, rassicurazione, accettazione e integrazione nella comunità (68%-77%), miglioramento delle competenze genitoriali (60.3%) o affidamento intrafamiliare (32.9%).

Catalizzando la rete di comunità, l'evento educativo della conferenza si sviluppava oltre il singolo incontro per mantenere nel tempo necessario le risorse umane e sociali disponibili nel territorio. Il risultato sul lungo termine (30 mesi) rilevava la stabilità in famiglia dell'87% dei minori reintegrati, un grado di permanenza del 20% superiore a quello conseguente le pratiche utilizzate dai servizi pubblici del dipartimento dei minori del Kenya.

4. Conclusione

Un istituto di reclusione è una casa senza porte e finestre. Ugualmente, è un intreccio interno di relazioni con cose e persone. È questo “fatto originario” che contesta la deriva relativista dell’educazione, ridotta a didattica di tecniche finalizzate alla modifica del comportamento antisociale. Alla domanda: “Dove è Abele?” l’operatore può rispondere con un’altra domanda “Sono forse io il responsabile di mio fratello?” o farsene carico.

Nel caso di J., il suo malessere si approfondiva a causa della strutturale rinuncia dell’istituto alla relazione educativa, sostituita con la trasmissione di informazioni e regole di comportamento. Arrestato a 16 anni per rapina a mano armata, non riusciva a fondare l’autonomia personale e un progetto di vita su tecniche di *know-how*. Si era piuttosto chiuso in se stesso, siglando la rottamazione di un io già deprivato della capacità di riconoscere la propria verità e di esserle fedele. Il passaggio all’atto educativo gli proponeva una tessitura di reti all’interno e all’esterno del sistema istituzionale, a partire dalla propria famiglia con cui non si relazionava da anni. La catalizzazione e la moltiplicazione delle relazioni educative gli permetteva di attingere ad una pluralità di immagini vive di uomo tratte dalla ricchezza degli attori che accettavano la responsabilità di accompagnarlo nel percorso crescita. La relazione educativa è stata la chiave di volta che permetteva a J. di ricostruire un progetto di vita in un processo di cura nell’istituzione e di comunità.

Grazie alla strutturazione di questo modello nel sistema della giustizia minorile, il servizio pubblico ha iniziato la transizione dal relativismo del *know-how* educativo alla legittimazione della responsabilità educativa di una rete di volti riconosciuti come inclusivi nel processo di significazione del progetto di vita di adolescenti a rischio. Una transizione di cui un nuovo progetto in corso si sta facendo carico per strutturare e diffondere ulteriormente percorsi che integrano la cura nell’istituzione e la cura di comunità grazie alla relazione educativa.

Riferimenti bibliografici

- Andolfi M., Angelo C., De Nichilo M. (1989). *The myth of Atlas: Families and the therapeutic story*. New York: Brunner/Mazel.
- Bodei R. (2002). *Destini personali. L’età della colonizzazione delle coscienze*. Milano: Feltrinelli.
- Budlender D. (1998). *Women and men in South Africa*. Central Statistics.
- Bulmer M. (1992). *Le basi della community care. Sociologia delle relazioni informali di cura*. Trento: Erickson.
- Cirillo S., Cipolloni M.V. (1994). *L’assistente sociale ruba i bambini*. Milano: Raffaello Cortina.

- Devereux G. (1978). *Saggi di Etnopsichiatria generale*. Roma: Armando.
- Donati P. (2006). La società come relazione. In P. Donati (a cura di), *Sociologia. Una introduzione allo studio della società* (pp. 1-61). Padova: Cedam.
- Ejizu C. I. (2010). *African Traditional Religions and the Promotion of Community-Living in Africa*. In <http://afrikaworld.net/afrel/community.htm> (ultima consultazione: 15.11.2011).
- Ellenwood A.E., Brok L., Cornish I. (2004). Ampliare i confini culturali del terapeuta: l'impatto dell'immigrazione sul processo terapeutico. In M. Andolfi (a cura di), *Famiglie immigrate e psicoterapia transculturale* (pp. 78-101). Milano: Franco Angeli.
- Evans J. L. (1994). Report of a workshop: *Child rearing practices and beliefs in Sub-Saharan*. Windhoek: Namibia.
- Folgheraiter F. (1995). Lavoro di rete e valorizzazione delle risorse sociali. In *L'intervento di rete, Concetti e linee d'azione*. Quaderni di formazione e Azione. Torino: Gruppo Abele.
- Folgheraiter F. (1998). *Teoria e metodologia del servizio sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Folgheraiter F. (2011a). *La logica sociale dell'aiuto. Fondamenti per una teoria relazionale del welfare*. Trento: Erikson.
- Folgheraiter F. (2011b). Il lavoro sociale oltre la modernità. In *Interventi di rete nei servizi territoriali*. Quaderno n. 7. Brescia: Assessorato Servizi Sociali.
- Fonagy P., Moran G., Target M. (1993). Aggression and the psychological self. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74, pp. 471-485.
- Hardin M. (1996). *Family group conferences in child abuse and neglect cases: Learning from the experience of New Zealand*. Washington, DC: ABA Center on Children and the Law, American Bar Association.
- Jacobson K.C., Crockett L.J. (2000). Parental monitoring and adolescent adjustment: an ecological perspective. *Res Adolescence*, 10, pp. 65-97.
- Kilbride P.L., Suda C., Njeru E. (2000). *Street Children in Kenya: voices of children in search of a childhood*. Westport: Bergin & Garvey.
- King J. (1976). African survival in the Black American Family: Keys factors in stability. *Journal of Afro-American Issues*, 4 (1), pp. 155-156.
- Kumi-Kyereme A. et alii (2007). Influence of social connectedness, communication and monitoring on adolescent sexual activity in Ghana. *African Journal of Reproductive Health*, 11(3), pp. 133-149.
- Milan G. (2004). Dalla frammentazione al dialogo. Risposte pedagogiche alla sfida del disagio. *Studium Educationis*, 2, pp. 306-320.
- Monniello G. (2004). Il trattamento dell'adolescente violento. *Adolescenza e Psicanalisi*, IV, 1. In <http://www.psychomedia.it/aep/2004/numero-1/monniello.htm> (ultima consultazione 22/11/2011).
- Moro M.R. (2002). *Genitori in esilio* Milano: Raffaello Cortina.
- Mugisha F. (2006). School enrolment among urban non-slum, slum and rural children in Kenya: is the urban advantage eroding? *International Journal of Education and Development*, 26 (5), pp. 471-482.
- Ndugwa R.P. et alii (2010). Adolescent Problem Behaviour in Nairobi's Informal Settlements: Applying Problem Behavior Theory in Sub-Saharan Africa. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 88, 2. The New York Academy of Medicine, pp. 5298-5317.

- Ottolini D. (2011). *The Family Conferencing: A Ground-breaking Practice for Community Based Child Protection in Kenya. A research study*. Limuru: Kolbe Press.
- Putnam R.D.(2002). *Bowling Alone. The collapse and revival of American community*, New York: Simon and Schuster.
- Swadener B.B., Kabiru M., Njenga A. (2000). *Does the Village Still Raise the Child?: A Collaborative Study of Changing Child-rearing and Early Education in Kenya*. Albany: State University of New York Press.
- Taylor C. (1999). *Il disagio della modernità*. Bari: Laterza.
- Vizedom M. (1976). Rites and relationships: rites of passage and contemporary Anthropology. Sage Research Papers in the Social Science. *Cross-Cultural Studies Series*. Vol.4, series n. 90-027. Beverly Hills, CA: Sage.
- Vizedom, M. (1976). *Rites and relationships: Rites of passage and contemporary anthropology*. Beverly Hills (CA): Sage Publications.
- Weisner T., Bradly C., Kilbride P.L. (1997). *African families and the crisis of Social Change*. Westport, Conn.: Bergin & Garvey.
- Zulu E.M., Dodoo F.N., Ezeh A.C. (2003). Urbanization, Poverty and Sex: Roots of Risky Sexual Behaviours in Slum Settlements in Nairobi, Kenya. In Kalipeni E. *et alii* (Eds.), *HIV and AIDS in Africa: Beyond Epidemiology* (pp. 167-174). Blackwell (MA): Malden.