



TRANSATLANTIC FORUM ON INCLUSIVE EARLY YEARS

INVESTING IN THE DEVELOPMENT OF YOUNG CHILDREN FROM MIGRANT AND LOW-INCOME FAMILIES

Investire nell'infanzia è coltivare la vita

**Sistemi integrati:
nuove frontiere per
l'infanzia e la famiglia**

Quaderno TFIEY n. 5



FONDAZIONE EMANUELA ZANCÉ
Onlus - Centro Studi e Ricerca Soci



fondazione
cariplo



Fondazione
Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo



Gruppo di coordinamento del progetto:

Cinzia Canali, Roberto Maurizio, Antonella Ricci, Marzia Sica, Tiziano Vecchiato

Autori del Quaderno:

Cinzia Canali, Devis Geron, Elena Innocenti, Tiziano Vecchiato

© Compagnia di San Paolo e Fondazione Emanuela Zancan onlus

in Italia il progetto è sostenuto da:

- Compagnia di San Paolo nell'ambito del Programma ZeroSei
- Fondazione Cariplo
- Fondazione Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo
- Fondazione CON IL SUD

con la collaborazione scientifica di Fondazione Emanuela Zancan onlus

ISBN 978-88-88843-834

Fondazione Emanuela Zancan onlus

Via Vescovado, 66

35141 Padova

tel. 049663800

fax 049663013

email: fz@fondazionezancan.it

www.fondazionezancan.it

www.tfietyitalia.org

Gennaio 2015

Indice

Introduzione	p.	5
1. Sistemi integrati	»	7
1.1. Perché sistemi integrati?	»	7
1.2. Integrazione di risorse o di responsabilità?	»	8
1.3. Livelli di integrazione	»	9
1.4. Potenziali dell'integrazione	»	11
1.5. Resistenze al cambiamento	»	14
2. Sistemi non integrati	»	16
2.1. Da dove nascono i problemi	»	16
2.2. Criticità persistenti	»	17
2.3. Regolazioni dell'integrazione	»	18
2.4. Integrazione con o senza le persone	»	19
2.5. Governabilità e integrazione tra sistemi	»	20
2.6. Culture dell'integrazione	»	21
2.7. Apprendere dai servizi integrati per la prima infanzia	»	21
3. L'integrazione: questione trasversale in diversi paesi	»	23
3.1. L'integrazione dei servizi nella prospettiva internazionale	»	23
3.2. Le raccomandazioni a favore dell'integrazione dei servizi	»	27
3.3. Selezione di contributi sull'integrazione dei servizi	»	34
4. L'integrazione nelle idee condivise Tfiey	»	42
4.1. Integrazione istituzionale	»	42
4.2. Integrazione gestionale	»	44
4.3. Integrazione professionale	»	46
4.4. Integrazione comunitaria	»	50

5. Alle radici dell'integrazione	p.	52
5.1. Famiglie: da destinatarie a soggetti	»	52
5.2. Ostacoli e resistenze	»	53
5.3. Riconoscere nelle persone ogni persona	»	55
5.4. Esercizi condivisi di responsabilità	»	56
5.5. Dalla partecipazione parlata alla integrazione delle responsabilità	»	57
 Scheda sugli strumenti giuridici per l'integrazione	 »	 59
 Bibliografia	 »	 68
 Biblioteca del Tfey	 »	 75

Introduzione

L'appuntamento con l'integrazione non poteva mancare nel percorso Tfiety, visto che i termini *"transatlantic"* e *"forum"* dichiarano a chiare lettere questo sforzo. La prima infanzia è un terreno di tutti e di nessuno. È di tutti quando il parlarne rappresenta un modo per alimentare la speranza. Ma può essere anche un modo per evitarla, con auspici, dichiarazioni, attestazioni di valore a cui non fanno seguito pratiche coerenti.

È di nessuno quando il vuoto di iniziativa e di responsabilità ci mette davanti una realtà meno generosa e cruda, quella reale. Per questo gli indici di deprivazione, di accesso inadeguato, di disuguaglianza, proprio nella fase nativa della vita, descrivono deficit profondi di umanità e di capacità sociale e politica nell'affrontare in modo adeguato queste sfide.

Un modo per giustificarsi è che i problemi sono troppo grandi, sovrastano le singole capacità, le singole fonti di risorse. Proprio perché è così, bisogna farne una ragione positiva per ripartire in modo diverso, facendo di capacità limitate e settoriali la ragione sfidante per ridurre questo dislivello, con tutta la forza disponibile. È da portare a concorso al risultato, valorizzando tutte le capacità a disposizione. L'integrazione serve a questo, a superare ostacoli più grandi di ogni parte interessata, per configurare risorse in modo inedito e finalizzato alla natura dei problemi. È necessario per non subire le difficoltà, ma a farne parete di roccia da superare grazie anche alla sua forza, la forza che ogni problema mette a disposizione.

Il quaderno fa proprie queste considerazioni e inizia delimitando il campo, definendolo, proponendo criteri per riconoscere le diverse componenti e valorizzarle (*capitolo 1*). Segue la consapevolezza che ogni sfida porta con sé: come evitare gli errori, le pratiche che non hanno dato risultato, le resistenze che si frappongono a ogni cambiamento (*capitolo 2*).

Il terzo capitolo mette a disposizione una ricognizione sulla riflessione congiunta che emerge da diversi paesi con gli stessi problemi. È conoscenza preziosa per non ripetere gli errori, per adattare le soluzioni, tenendo conto delle culture, delle normative, delle configurazioni sociali (*capitolo 3*). Il quarto ci riporta a casa Tfiety, visto che in precedenti seminari, con le elaborazioni, le idee condivise, le questioni dell'integrazione sono diventate confronto, raccomandazioni, facendo chiarezza su come passare dal dire al fare, per sperimentare strade nuove (*capitolo 4*).

Il quinto capitolo ritorna al problema e propone di ridefinirlo, mettendo meglio al centro le persone, le responsabilità, le capacità. In questo modo le dimensioni, i concetti, le strategie sono rimesse in asse dinamico, dentro un universo in cui i pianeti sono le componenti, cioè i livelli di integrazione, mentre il centro di gravità e la principale fonte di energia sono le responsabilità, a partire dalle persone, con figli e genitori (*capitolo 5*). In questo modo, come vedremo, emergono prospettive da meglio approfondire sul piano giuridico, professionale, sociale, metodologico e strategico.

1. Sistemi integrati

1.1. Perché sistemi integrati?

La domanda di risposte integrate nasce ogni volta che i problemi da affrontare sono più grandi delle capacità a disposizione. Diventa naturale chiedersi quali altri centri di responsabilità e capacità possono dare “insieme” risposte ai bisogni dei bambini e delle famiglie. Sono bisogni molteplici e la mappa dei servizi per la prima infanzia li rappresenta in modo articolato¹, sociale, educativo, sanitario. È molto ma non abbastanza, visto che non vengono ad esempio considerate altre risposte, ad esempio del sistema giustizia. La mappa disegna cioè un territorio vasto ma non abbastanza grande per contenere tutte le istanze che possono emergere quando dalle risposte di cure primarie ci si allarga a quelle educative, sociali, sanitarie, della tutela giuridica, dell'integrazione sociale. Sono tutte ugualmente necessarie in diversa misura per ogni bambino. Ad esempio la tutela giuridica è necessaria a fronte di problemi di protezione da abusi e maltrattamenti o derivanti da periodi di carcerazione dei genitori o altro ancora.

Evitare le domande dell'integrazione delle capacità e responsabilità ha significato, in molti casi, assecondare le spinte e le tentazioni dei servizi specialistici, per loro natura ad alto rischio di separazione, di istituzionalizzazione, quando non si mantengono integrati con le risposte, ugualmente necessarie, prima, durante e dopo di loro. Al contrario partire dai bisogni e dalle capacità è un modo positivo per affrontare i problemi dell'integrazione, per incontrarsi e per operare in modo integrato.

Il fatto stesso di partire dalle capacità associate ai bisogni significa scegliere il campo. *Capacità di chi?* Dei bambini e dei loro genitori, visto che insieme possono incontrarsi con le capacità dei professionisti.

La storia dell'integrazione dei servizi alle persone non ha privilegiato i bisogni ma le titolarità. *Chi è responsabile di che cosa?* La risposta ricorrente è stata: le istituzioni. Però le istituzioni lo hanno fatto delegando le proprie responsabilità generali ad ammini-

1. Si vedano a proposito: Quaderno TFIEY 1: *Bambini poveri: chi sono, cosa chiedono, cosa ricevono* (2013), Quaderno TFIEY 3: *Orientarsi nei servizi per l'infanzia* (2014). I Quaderni TFIEY sono scaricabili dal sito: www.tfieyitalia.org.

strazioni specifiche, separando, in questo modo, le risorse dalle responsabilità. Quando si è capito che questo non poteva bastare era già tardi e molti investimenti compensativi, in particolare il lavoro di rete, non sono bastati per colmare i deficit di integrazione delle responsabilità e delle risorse ai diversi livelli. Anche il decentramento verso il livello locale (comunale) di molte responsabilità ha contribuito ad aumentare le differenze invece di ridurle.

Hanno così continuato a convivere risposte garantite a livello nazionale e risposte affidate alle capacità locali, integrate, ove possibile, dall'iniziativa privata e solidaristica. Come sappiamo le conseguenze di questi andamenti sono tuttora un grande problema, con deficit di risposte che penalizzano soprattutto i bisogni e i diritti della prima infanzia.

1.2. Integrazione di risorse o di responsabilità?

Le questioni elettive dell'integrazione interessano tutto il ciclo di vita, dove si concentra la necessità di aiutare, facendo convergere le competenze necessarie per aiutare le persone e le famiglie che non sono in grado di affrontare da sole i problemi vitali.

La lettura integrata vede da una parte i bisogni e dall'altra le capacità, da una parte i problemi e dall'altra le potenzialità, da una parte i limiti e dall'altra le condizioni per superarli. In questo modo i potenziali di crescita sono anche condizioni di sviluppo dei bambini, che in questo modo possono trovare nell'aiuto dei servizi condizioni necessarie e positive per affrontare i problemi. Sono dei loro genitori e della comunità.

Una prima condizione basilica, necessaria è la collaborazione tra amministrazioni per esprimere sforzi unitari su scala *orizzontale*, quando servizi, professionalità e solidarietà collaborano per obiettivi condivisi, garantendo continuità nel tempo agli sforzi comuni.

Nei servizi alla persona l'integrazione è problema tecnico e strategico. Non è necessario integrarsi quando i problemi sono semplici, alla portata delle singole capacità. Si fa invece appello all'integrazione quando la natura e le dimensioni dei problemi vanno oltre i potenziali individuali, chiedendo capacità multiformi per affrontarli. Chiedono cioè ulteriori saperi e competenze, ulteriori esperienze e metodologie per interfacciarle e riconfigurarle in modo coerente con la natura dei problemi da affrontare. È integrazione di responsabilità o di risorse?

È integrazione di responsabilità quando diversi enti (amministrazioni, servizi, organizzazioni...) condividono obiettivi, risorse e responsabilità per conseguire risultati attesi e condivisi. Ogni ente è portatore di proprie risorse, capacità e competenze, che però solo insieme generano possibilità di affrontare i problemi.

Chi enfatizza l'integrazione delle responsabilità evidenzia che non ci si può limitare a gestire risorse, senza identificare le responsabilità per il conseguimento dei risultati at-

tesi. Chi privilegia l'integrazione delle risorse fa leva sull'esigenza di collegare le responsabilità ad altrettante azioni sostenibili, cioè commisurate alle risorse disponibili. Molte esperienze di lavoro di rete, rese possibili da finanziamenti ad hoc, hanno evidenziato il rischio di confondere i mezzi con i fini. L'integrazione è un mezzo, una condizione necessaria per affrontare problemi complessi. Se non diventa integrazione delle responsabilità è un costo ingiustificato, un mezzo fine a sé stesso, in certi casi una patologia organizzativa.

In letteratura negli ultimi 20 anni si è fatto riferimento a quattro livelli di integrazione: *istituzionale* (tra responsabilità pubbliche), *gestionale* (tra responsabilità e risorse pubbliche e private), *professionale* (tra saperi e abilità), *comunitaria* (tra soggetti e risorse del territorio). Vediamo come possono essere caratterizzati.

1.3. Livelli di integrazione

Integrazione istituzionale

È pensata per gestire unitariamente le diverse fonti di risorse (sociali, educative, sanitarie ...). Si è in questo modo chiesto alle istituzioni di uscire dai propri confini per operare insieme con accordi di programma, intese, altre soluzioni giuridiche facilitanti l'incontro di responsabilità e l'ottimizzazione delle risorse a disposizione. I maggiori sforzi sono stati fatti in ambito sociosanitario (per le aree di bisogno ad elevata integrazione) e in ambito scolastico (per affrontare in modo collaborativo l'integrazione dei bambini e ragazzi con disabilità)².

Integrazione gestionale

Si è però visto che integrare le titolarità (responsabilità istituzionali) non è sufficiente senza investire nell'integrazione gestionale. Riguarda il funzionamento dei servizi, delle risposte, la gestione integrata delle risorse, il superamento delle barriere dell'accesso, che penalizzano soprattutto i più deboli. Si sono così potuti identificare meccanismi di coordinamento per diversi problemi, senza confondere le risposte semplici con quelle

2. La definizione del Piano sanitario nazionale 1998-2000, può essere considerata una sintesi culturale del dibattito degli ultimi 30 anni del Novecento. "L'integrazione istituzionale si basa sulla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (in particolare aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma. L'integrazione gestionale si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni. Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: la costituzione di unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie d'intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate".

complesse, ad alto contenuto di integrazione dei saperi e delle risorse tra ambiti operativi. Ad esempio una delle soluzioni praticate è la metodologia di lavoro per progetti, con unità multiprofessionali in grado di gestire unitariamente la valutazione del bisogno e la attuazione globale dei processi di servizio. Si sono cioè sviluppati sistemi informativi integrati, che ancora oggi sono alla ricerca di base solide e replicabili.

Integrazione professionale

L'integrazione professionale è condivisione di responsabilità e capacità tra professionisti afferenti a diversi sistemi, solidalmente impegnati nel lavoro a diretto contatto con le persone.

Si è così visto come operare e come gestire in modo integrato l'analisi della domanda, la definizione multifattoriale dei problemi, la gestione delle conoscenze e della documentazione, la quantificazione delle risorse necessarie, la loro allocazione, la valutazione dei risultati e degli esiti.

È emersa con maggiore chiarezza l'importanza dell'area comune di professionalità per quanti sono chiamati ad operare a diretto contatto con le persone, nell'ambito di gruppi di lavoro interprofessionali, per integrare l'apporto istituzionale e comunitario. Si è meglio capito come conciliare le esigenze di differenziazione e di autonomia tecnica con la necessità di riconoscere i fattori unificanti, di tipo metodologico, necessari per garantire unitarietà e appropriatezza agli interventi. Nell'area comune di professionalità infatti convergono e si confrontano funzioni di tipo relazionale e gestionale.

Le funzioni comuni di tipo gestionale possono essere descritte con riferimento alle conoscenze e alle abilità riguardanti: i principali modelli di organizzazione del lavoro; le tecniche di lavoro di gruppo; le teorie e tecniche sulla formazione delle decisioni; le dinamiche di gruppo che possono favorirle; i modelli e i processi comunicativi; le componenti della propria professione in rapporto con altri ruoli professionali. In generale si è visto che le professionalità sono meno predisposte alle chiusure pregiudiziali quando la conoscenza reciproca e il riconoscimento dell'area comune di professionalità diventa terreno di confronto, formazione congiunta, verifica dei risultati.

Integrazione comunitaria

Lo sviluppo del volontariato organizzato, dell'associazionismo di impegno sociale, dell'associazionismo familiare..., hanno reso possibili molte esperienze di lavoro in rete, con progettualità integrate, con risorse pubbliche e private, valorizzando le risorse presenti nelle comunità locali. Si sono così affrontati bisogni che non trovavano risposta nelle configurazioni tradizionali di servizio all'infanzia e alla famiglia. Si sono potute sperimentare nuove modalità di servizio, flessibili, adattabili ai tempi di vita e di lavoro delle famiglie. Nell'integrazione comunitaria le fonti di risorse sono molteplici, professionali e non professionali. Il principale problema è la stabilizzazione delle esperienze,

spesso scoraggiate da normative che standardizzano i processi e privilegiano la sicurezza delle strutture di servizio piuttosto che la loro umanizzazione. Si tratta di dimensioni che non sono necessariamente in contrasto tra loro, ma possono diventarlo: con sistemi di vigilanza, controllo e accreditamento basati su requisiti strutturali, organizzativi e non anche sui requisiti di capacità professionale nel conseguire risultati di inclusione, risposte efficaci ai bisogni, sostenibili economicamente.

1.4. Potenziali dell'integrazione

I principali approcci all'integrazione ci mettono in grado di allargare l'attenzione ai suoi potenziali, visto che le soluzioni che oggi abbiamo a disposizione non sono sufficienti, soprattutto nell'area infanzia, perché scontano scarsi investimenti e vuoti di operatività. Alcuni di questi potenziali li abbiamo visti nelle raccomandazioni formulate nel percorso Tfey. Una parte di esse identifica nel fabbisogno di integrazione e nelle sfide dell'integrazione altrettante priorità di investimento di tipo economico, professionale e sociale.

Indicazioni da Sisclass

Nel Quaderno Tfey n. 3 sul tema *"Orientarsi nei servizi per l'infanzia"*, dopo aver spiegato le ragioni per condividere un sistema di classificazione delle risposte (*sisclass*) e facilitare una visione unitaria, ci siamo anche chiesti come la classificazione proposta potesse adattarsi al punto da risultare isomorfa al ciclo di vita. Il risultato è di seguito riproposto. Evidenzia che dalla nascita in poi ogni bambino può e potrebbe diventare destinatario di un numero crescente di opportunità, grazie ad un'offerta integrata di servizi per l'infanzia e la famiglia.

	INTERVENTI SOCIALI	INTERVENTI EDUCATIVI	INTERVENTI SANITARI
Nascita	Interventi economici di sostegno al reddito Altri interventi di sostegno alla domiciliarità (accesso abitazione, prevenzione emergenze) Adozione Affidamento familiare <i>part time</i> diurno/notturno Mediazione culturale Interventi di sostegno alla genitorialità e alla famiglia Congedo obbligatorio		Pediatria di libera scelta Assistenza specialistica ambulatoriale Vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce Degenza ordinaria Assistenza consultoriale Percorso nascita, interventi di sostegno all'accudimento (post parto)

	INTERVENTI SOCIALI	INTERVENTI EDUCATIVI	INTERVENTI SANITARI
0-3	Sostegno al reddito Assistenza domiciliare educativa Assistenza domiciliare integrata Assistenza domiciliare sociale Altri int. sostegno alla domiciliarità Mediazione culturale Affidamento familiare <i>part time</i> Interventi di sostegno alla genitorialità Inserimenti in servizi di accoglienza per genitori e bambini Inserimenti in comunità residenziale Affidi etero familiari Adozione Congedi di maternità e parentali	Nido d'infanzia Servizi e interventi educativi in contesto domiciliare Spazio gioco per bambini Sezioni primavera	Assistenza domiciliare integrata (Adi, Adp) Assistenza riabilitativa domiciliare (art. 26) Assistenza riabilitativa a ciclo diurno (art. 26) Pediatria di libera scelta Trattamenti palliativi Vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce Assist. neuropsichiatrica in età evolutiva (ambulat. e residenziale) Ass. riabilitativa ambulatoriale Assistenza riabilitativa extramurale Ass. specialistica ambulatoriale Assistenza protesica Assistenza farmaceutica Assistenza integrativa Day Hospital Day surgery Assistenza a ciclo continuo (art. 26) Degenza ospedaliera
3-6	Sostegno al reddito Assistenza domiciliare educativa Assistenza domiciliare sociale Assistenza domiciliare integrata Mediazione culturale Aiuto personalizzato per la frequenza scolastica Interventi per l'incontro e la relazione possibile tra genitori e figli Inserimenti residenziali protetti Adozione Affidi etero familiari	Scuola d'infanzia Ludoteca Centro per bambini e famiglie	Assistenza domiciliare integrata (Adi, Adp) Assistenza riabilitativa domiciliare (art. 26) Assistenza riabilitativa a ciclo diurno (art. 26) Pediatria di libera scelta Trattamenti palliativi Ass. riabilitativa (ambulatoriale, extramurale, a ciclo continuo) Assistenza neuropsichiatrica in età evolutiva (ambulatoriale e residenziale) Ass. specialistica ambulatoriale Assistenza protesica Assistenza farmaceutica Assistenza integrativa Assistenza a ciclo continuo (art. 26) Day Hospital e day surgery Degenza ospedaliera

Quella che abbiamo visto è una mappa per riconoscere i fabbisogni di integrazione e le potenzialità che l'integrazione può metterci a disposizione. Considera tre sistemi: sanitario, educativo, sociale. Evidenzia le loro diverse capacità ed evidenzia anche i vuoti che potrebbero essere colmati con pratiche innovative. Lascia in ombra altri sistemi, che potrebbero utilmente entrare in gioco, ad esempio quello delle tutele giuridiche necessarie per meglio promuovere i diritti dell'infanzia.

Indicazioni dalle raccomandazioni

Nella produzione delle raccomandazioni le questioni proprie dell'integrazione non sono state a guardare. Si sono fatte spazio mentre le domande sui bisogni, sull'offerta di servizi, sulla spesa, sulla valutazione hanno scandito la riflessione su come affrontare i problemi con nuove idee e soluzioni. Ne riprendiamo alcune così da avere una composizione di contenuti e motivazioni. Il senso dell'integrazione è visto come questione di continuità tra sistemi, di collegamento tra aree di azione.

- *Lavorare in una logica di sistema integrato (nord-sud, pubblico-privato).*
- *Organizzare iniziative congiunte tra organizzazioni che seguono gli stessi problemi che garantiscono continuità degli interventi e coordinamento tra sistemi.*
- *favorire l'integrazione delle mamme, l'accesso ai servizi di prevenzione (vaccinazioni) e l'inserimento scolastico.*

I legami sono certamente importanti e costituiscono un elemento diretto di osservazione. Oltre i legami c'è la globalità, l'unitarietà, l'unificazione delle parti, da coltivare con pratiche capaci di tessere i fili delle capacità e delle responsabilità, senza che si spezzino a causa di dinamiche conflittuali.

- *Sviluppare, nei servizi, un approccio che si basi su una visione olistica e sistemica del bambino e delle sue relazioni.*
- *Sollecitare, negli operatori, l'adozione di un approccio scientifico e professionale multidisciplinare.*
- *Sollecitare, negli operatori, l'adozione di un approccio caratterizzato dall'idea di network tra soggetti, professionisti, servizi nel territorio.*

Nel secondo seminario Tfiery sul tema delle "risorse professionali ed economiche", il tema dell'integrazione è descritto come esigenza di:

- *Utilizzare tutti gli strumenti tecnici e amministrativi, anche innovativi, per rendere flessibili le soluzioni adottate dalle amministrazioni.*
- *Promuovere la sussidiarietà orizzontale, evitando di istituzionalizzare i "servizi non servizi".*
- *Lavorare a garanzia dei compiti evolutivi del bambino attraverso:*
 - a) *definizione di percorsi operativi ("nascita", "crescita", "cure primarie")*
 - b) *consolidamento del lavoro multidisciplinare*
 - c) *creazione di reti interprofessionali (pediatra, assistente sociale, psicologo...)*

Oltre le istanze di governo tecnico e relazionale dell'integrazione, emergono anche quelle umane ed esistenziali, riguardanti la valorizzazione delle persone, delle loro capacità genitoriali e familiari. Nascono prima di tutto come esigenze di coinvolgimento dei genitori, per poi trasformarsi in qualcosa che va oltre il semplice coinvolgimento.

Può diventare incontro, cointeressamento, condivisione delle sfide dell'integrazione a vantaggio di tutti gli interessati. Questo andamento è emerso in particolare nel seminario Tfiy sul tema "I genitori nello spazio di vita dei bambini". Le raccomandazioni indicano la necessità di "Coordinare e implementare processi di integrazione in rete di diversi servizi (educativi, sociali, sanitari, ...) anche a beneficio di un maggiore coinvolgimento dei genitori".

Infine il seminario dedicato alla valutazione nei servizi per la prima infanzia ha visto nell'integrazione un mezzo e una condizione facilitante la valutazione, raddomandando di:

- *Alimentare linguaggi comuni, capaci di utilizzare parole ed espressioni scientificamente corrette e coerenti, per dare valore alla dignità umana.*
- *Adottare un approccio integrato alla valutazione.*
- *Promuovere una valutazione condivisa da parte di tutti gli stakeholder (destinatari, operatori, mondo del lavoro, ecc.) così da stimolare la partecipazione.*
- *Superare la frammentazione delle politiche e la frammentazione della valutazione.*
- *Promuovere e garantire occasioni di scambio professionale tra le organizzazioni del privato sociale per condividere modelli e prassi operative di tipo valutativo nelle azioni di supporto alle famiglie.*

I nuclei portanti dell'integrazione sono stati utilizzati per contrastare i rischi di autoreferenzialità messi in campo da ogni sistema, pur di valorizzare sé stesso e i propri limiti, senza riconoscere le proprie incapacità strutturali di affrontare i problemi complessi, quelli che sono oltre le loro capacità.

1.5. Resistenze al cambiamento

Negli ultimi 50 anni le pubbliche amministrazioni hanno fortemente risentito delle scelte di "divisione del lavoro" per compiti e mansioni. Hanno orientato e legittimato le pratiche separate dell'azione professionale molto presenti nella sfera pubblica. Hanno fortemente caratterizzato il lavoro dei servizi alle persone, infanzia compresa con conseguenze ormai ben conosciute. Purtroppo rappresentano un costo sociale incrementale che nel tempo è diventato insostenibile.

È per fortuna in atto una faticosa "risalita", per riscoprire, integrare e meglio modulare le responsabilità. Interessa le professioni, i gruppi di lavoro, i progetti collaborativi. La separazione tra fonti di finanziamento lascia poco spazio a sperimentazioni integrate, necessarie per ridefinire i rapporti tradizionali tra compiti, funzioni, saperi, metodologie, così da riposizionarsi "in dialogo" e non più "in competizione".

Le resistenze al cambiamento sono evidenziate da atteggiamenti professionali contraddittori, riconoscibili nei servizi pubblici e privati. Una parte di essi interpreta la

propria missione ritagliandosi spazi di “libera professione” all’interno di “organizzazioni” pubbliche di servizio. Altri pongono l'accento su *performance* individuali di tipo prestazionale. In questo modo non affrontano la “questione delle responsabilità”: *quello che fai a cosa serve? Lo hai verificato? Hai accettato la sfida della verifica di esito? Ti sei chiesto se il tuo rapporto di costo/efficacia è ragionevole?*

Alcune professioni avvertono queste criticità ed esprimono l'esigenza di integrazione, ma intesa solo come collaborazione tra strutture, servizi, agenzie, volontariato. Sono animate da istanze positive, deontologiche ed etiche. Ma proprio perché eticamente orientate su problemi umani non possono essere affrontate individualmente, sotto vuoto relazionale e sociale, al netto dei risultati e degli esiti con cui misurarsi.

Altre resistenze sono più profonde e riguardano l'esercizio del potere. *Nel lavoro integrato chi decide che cosa e per chi?* Se non si risponde si evita di entrare nel merito dell'esercizio delle responsabilità collaborative. È la natura stessa del problema una condizione per affrontarlo con una struttura di responsabilità adeguate ma spesso sono strutture di potere funzionali ad obiettivi auto o eteroriferiti, a risultati per sé e non per esiti condivisi. Non è cioè in gioco il potere statico, di fonte organizzativa, ma il potere dinamico, a valle, nelle relazioni quotidiane. Dovrebbe essere finalizzato al risultato, nella logica di “servizio” alle persone e “con le persone”, interfacciando i poteri (professionali e non professionali) così che “servano allo scopo, al bene comune” e non a chi è a servizio per raggiungerlo.

Molti conflitti tra centri di responsabilità e di potere potrebbero essere evitati se si convenisse sul fatto che il lavoro integrato non è uno status e non appartiene alla statica del potere organizzativo. Il lavoro integrato e dinamico è funzionalmente temporaneo, cioè in funzione di un obiettivo. L'integrazione va quindi evitata quando i problemi possono essere affrontati con mezzi semplici, monoprofessionali. Non va reso complesso quello che non lo è, non serve che lo sia, consumando più risorse del necessario.

L'integrazione tra centri e sistemi di responsabilità è un'operazione fine, basata su gradi di libertà da gestire consapevoli che nei servizi standardizzati e burocratizzati l'integrazione delle responsabilità diventa facilmente il proprio contrario: integrazione di compiti e prestazioni che mortifica le persone: quelle che lavorano e quelle destinatarie del lavoro dei servizi.

2. Sistemi non integrati

2.1. Da dove nascono i problemi

Una parte dei servizi di welfare è ad accesso universalistico, per cui alla valutazione del bisogno fa seguito l'accesso a due macro tipologie di risposte. La prima ha a che fare con tutti gli interventi di welfare (sociali, sanitari, educativi) realizzati con i proventi della solidarietà fiscale. È finanziata in modo universalistico. Significa fruizione, senza ulteriori oneri per i cittadini, dopo la contribuzione fiscale, con accessibilità ai benefici previsti, senza discriminazioni, se non per gli effetti della valutazione del bisogno.

In tutti questi casi il nostro sistema di welfare agisce in termini di “assicurazione collettiva”, contro rischi che riguardano non soltanto le condizioni di vita della persona e della società, ma anche come “investimento pubblico”, per promuovere condizioni positive di vita sociale, sviluppo economico, migliore fruizione di beni pubblici. La richiesta di ticket in fase di accesso in origine è stata introdotta per scoraggiare utilizzi inappropriati di risposte senza averne bisogno.

Nel secondo caso l'accesso ai servizi è più problematico perché la raccolta fiscale riesce a finanziare, se non in parte, le risposte. La differenza viene chiesta al momento della fruizione del servizio, salvo condizioni di indigenza verificate con la prova dei mezzi. Si tratta evidentemente di una barriera all'accesso, soprattutto per i servizi 0-3. Questa difficoltà è accentuata da una grande quantità di regolamenti comunali diversi tra loro così che la verifica della capacità economica viene fatta con parametri che differiscono da comune a comune, senza giustificate ragioni (Del Boca e altri, 2013).

Da una parte abbiamo quindi un accesso basato su livelli essenziali di assistenza caratterizzati in termini universalistici e solidaristici. Dall'altra, i criteri di compartecipazione possono andare dal completo pagamento del costo del servizio ad una parte di esso. La discriminazione in fase di accesso penalizza i bambini più bisognosi e incide pesantemente sui loro diritti di crescita, educazione e cittadinanza sociale. Trattandosi di servizi per loro natura “essenziali”, dovrebbero essere inclusi nei livelli di assistenza, così da portare a condizioni di equità l'attuale accesso selettivo.

2.2. Criticità persistenti

I valori di accessibilità e di costo sono stati descritti nei Quaderni Tfiey 1 e 2, di cui richiamiamo i principali indicatori. In Italia l'accesso ai servizi tra i bambini di età 3-5 anni è piuttosto esteso: nell'anno scolastico 2009-2010 risultavano iscritti alle scuole d'infanzia (statali e non statali) 98 bambini ogni 100 residenti di età 3-5 anni. Decisamente inferiore invece la copertura dei servizi nella fascia di età più piccola, 0-2 anni. Nell'anno scolastico 2010/2011 i servizi socio-educativi comunali³ per la prima infanzia raggiungevano quasi 240 mila bambini tra 0 e 2 anni. Di questi, quasi 202 mila erano iscritti agli asili nido comunali, mentre i rimanenti frequentavano "servizi integrativi" (ad esempio *Tagesmutter* in Alto Adige o "nidi famiglia"). L'insieme dei servizi per la prima infanzia (asili nido e servizi integrativi) avevano una percentuale di presa in carico degli utenti (ossia la percentuale di bambini iscritti ai servizi sul totale dei bambini residenti di età 0-2 anni) pari al 14,2%, quasi tre punti percentuali in più rispetto a sette anni prima.

Nel biennio successivo (2011/2012 e 2012/2013), dopo anni di continua crescita, la percentuale di presa in carico è tuttavia diminuita, fino al 13,5% nell'anno 2012/2013. Considerando soltanto gli asili nido comunali, la percentuale di presa in carico nel 2010/2011 era pari al 12%, poi leggermente aumentata nel biennio successivo (fino al 12,3% nel 2012/2013) benché a fronte di una diminuzione del numero assoluto di utenti (198.705 bambini nel 2012/2013, contro i quasi 201.640 di due anni prima). Questo dato aggregato nasconde forti divari territoriali: nel 2012/2013 il tasso di presa in carico dei bambini di età 0-2 anni presso gli asili nido variava tra il 2% in Campania e il 25% in Emilia-Romagna (Istat, 2014).

I dati Istat permettono di analizzare anche il costo dei servizi socio-educativi per la prima infanzia. La spesa media per utente negli asili nido a livello nazionale era pari a 7.450 euro nel 2010/2011, con ampie variazioni tra diverse regioni (dai 3.351 euro della Calabria ai 12.131 euro del Lazio). Mediamente, il 18,3% di questa spesa era a carico degli utenti, anche in questo caso con ampie variazioni territoriali (dal 6,1% in Sicilia al 26,7% in Lombardia).

Decisamente inferiore la spesa media per utente nell'ambito dei "servizi integrativi" (1.491 euro in media a livello nazionale), il 16,5% della quale a carico degli utenti. Con particolare riferimento agli asili nido comunali, negli ultimi anni si è assistito a un andamento crescente della spesa media per utente (da 7.450 euro nel 2010/2011, a 7.612 euro nel 2011/2012, fino a 7.848 euro nel 2012/2013) e ad un contemporaneo aumento anche della quota di partecipazione alla spesa da parte degli utenti (dal 18,3% nel 2010/2011, al 18,8% nel 2011/2012, fino al 19,2% nel 2012/2013). Il tenden-

3. Sono comprese sia l'utenza delle strutture comunali sia l'utenza di servizi privati con rette pagate dai comuni.

ziale aumento della partecipazione al costo dei servizi da parte delle famiglie rischia di mettere i nuclei familiari (soprattutto i più poveri) in ulteriore difficoltà nell'accedere ai servizi per i figli fino a 3 anni.

2.3. Regolazioni dell'integrazione

La diversità di finanziamento della componente sociale e sanitaria dei servizi integrati è affrontata nell'atto di indirizzo sull'integrazione sociosanitaria del 14 febbraio 2001. All'art. 3 del Dpcm si specifica che le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, ovvero "le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite" sono "di competenza delle aziende unità sanitarie locali e a carico delle stesse". Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, ovvero "tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute" sono "di competenza dei comuni" e sono "prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini". Questa convivenza di criteri dissimili si configura come una contraddizione in materia di tutela dei diritti dell'infanzia.

La legge n. 328/2000 ha affrontato il tema dell'integrazione con riferimento ai principi generali della programmazione (art. 3), alle funzioni dei comuni (art. 6), alle funzioni delle regioni (art. 8), alle figure professionali (art. 12), alla metodologia per progetti personalizzati (art. 14), ai livelli di programmazione (art. 18), ai piani di zona (art. 19), alla definizione dei livelli di assistenza (art. 22). Il Piano sociale nazionale 2001-2003 ha chiesto di integrare le scelte del programma delle attività territoriali e quelle del piano di zona evidenziando la necessità di *"... garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal Programma delle attività territoriali (di cui all'articolo 3 quater del d.lgs n. 229/99) e dal Piano di zona (di cui all'articolo 19 della legge n. 328/2000)"*.

Si sta inoltre investendo sul rapporto tra teoria e pratiche valutative, per verificare gli esiti del lavoro integrato (Canali e altri, 2008, 2013; Zeira e altri, 2008). Un punto chiave è la possibilità di rendere isomorfe la valutazione del bisogno e la valutazione di esito, con metodi integrati di tipo qualitativo e quantitativo (Vecchiato e Mazzini, 2008, Maluccio e altri, 2011).

La ricerca sta portando contributi originali su questioni riguardanti: tipologie di prestazioni e servizi sociosanitari, valutazione dei costi, strumenti per la valutazione del bisogno e di esito (Maluccio e altri, 2011), formazione integrata (Diomedede Canevini, Vecchiato, 2002), valutazione partecipata. Si possono prefigurare interessanti sviluppi in

materia di evidenze professionali e scientifiche, necessarie per irrobustire l'apporto che l'integrazione può dare all'efficacia delle pratiche professionali.

Sul piano istituzionale, il tema dell'integrazione professionale è fortemente sollecitato dai cambiamenti nei sistemi regionali di welfare, dopo le modifiche costituzionali del 2001 e la L. n. 42/2009 sul federalismo fiscale, in particolare su fabbisogni e costi standard delle riposte integrate. Infine molte attenzioni si stanno concentrando sulla classificazione degli interventi (Ezell e altri, 2011), la tutela dei diritti delle persone non autosufficienti, lo sviluppo di nuovi strumenti per valutare bisogni, esiti e costo/efficacia. Lo sforzo maggiore in Italia e in altri paesi va cioè verso le condizioni di migliore rendimento dell'integrazione, valorizzando ogni tipo di apporto, professionale e non professionale, cercando soluzioni utili per potenziare i risultati del lavoro integrato (Vecchiato, 2011).

2.4. Integrazione con o senza le persone

L'approccio all'integrazione negli anni '90 ha privilegiato una visione prescrittiva. Dopo aver definito i fattori determinanti dell'integrazione, si è ritenuto sufficiente affidare a quanti sono stati deputati a realizzarla il compito di attivarli e portarli a risultato. Ma a questa prospettiva è mancato un punto di sintesi necessario. Non era difficile identificarlo: sono le persone.

Sono state sostituite da traguardi e fattori intermedi, tecnicamente definibili "di processo e di infrastrutturazione della capacità di risposta". L'integrazione diventa necessaria quando un problema è complesso, multifattoriale, oltre le soluzioni disponibili. Non significa problema "difficile" ma multidimensionale. La sua particolarità sta proprio nella coesistenza dei saperi e di chi li esprime, con soluzioni adeguate, commisurate al problema da affrontare.

Le risorse a disposizione sono educative, sanitarie, sociali, personali, familiari e comunitarie. Sono presenti negli spazi di vita animati da memoria e futuro. Insieme possono fare la differenza. Separati fanno invece dissipazione di risorse non abbastanza capaci di affrontare i problemi che soverchiano le singole capacità di risposta. Non è quindi pensabile che l'integrazione sia soltanto una riconfigurazione organizzativa dei fattori produttivi o dei centri di responsabilità. L'integrazione non è infatti condizione statica ma dinamica, per aggiungere valore alle risorse e poter utilizzarle in modo collaborativo. Come abbiamo visto, la questione del potere ha scoraggiato molti tentativi di affrontare le sfide dell'integrazione. Non sono soltanto sfide tra poteri da integrare, che dovrebbero mettersi a servizio dei bisogni, consapevoli che quelli più rilevanti e determinanti sono indicati dalla natura del problema, dai bisogni e dalle capacità.

Solo a partire da chi vive il problema e con chi lo vive si trova insieme il bandolo della matassa, per evitare i labirinti delle prestazioni non integrate. L'idea di prendersi cura

è tradizionalmente monodirezionale, mentre l'incontro delle capacità è invece convergente e bicondizionale. Deve poter convergere sull'obiettivo e sull'esito, perché l'*outcome* è sintesi positiva delle diverse linee d'azione. La sfida dell'integrazione nasce da questa esigenza: sostituire le prassi tradizionali con nuove soluzioni, posizionando i problemi oltre i modi consueti di affrontarli.

2.5. Governabilità e integrazione tra sistemi

La governabilità trasforma la possibilità di collegare i bisogni con risposte capaci di soluzioni efficaci. Il primato delle prestazioni tiene normalmente a distanza le persone dalle proprie responsabilità. Diventano responsabili di fare ma non di definire le condizioni per il fare efficace. Condizione necessaria dell'integrazione è la "persona al centro" perché la persona "è il centro": lo è in senso tecnico, strategico ed etico.

Potrebbe sembrare paradossale rendersi conto che tanti sforzi per integrare le risposte sui bisogni ci consegnano un risultato parziale. Ma si è visto che senza un centro gravitazionale le forze e le capacità si disperdono. Diventano componenti di un prestazioni-ficio difficilmente governabile, costoso, povero di responsabilità.

Per superare questa contraddizione sono necessarie scelte coraggiose. Se sono coraggiose a partire dalla prima infanzia possono contribuire a ridisegnare i valori di una società che ha bisogno di ripartire e di guardare oltre la crisi che sta vivendo. È proprio in un riequilibrio tra beni comuni a disposizione delle generazioni che si possono aprire nuovi scenari di socialità e di promozione dei diritti dell'infanzia.

Le difficoltà della raccolta fiscale sono conosciute e misurabili con il ricorso progressivo all'imposizione sui consumi, che amplifica le disuguaglianze, dopo che il prelievo fiscale ha cercato di ridurle. Una difficoltà permanente viene dall'assistenza sociale, che non si è modernizzata e non ha affrontato i problemi della trasformazione delle risorse in servizi e in occupazione di welfare. Si è concentrata sui trasferimenti, evitando di governarli, con criteri inadeguati per tutelare i bambini più bisognosi.

Nel dibattito europeo sull'integrazione prevale l'attenzione sulla composizione dei fattori produttivi. Sono necessari per conseguire una certa performance. Ma il punto focale non è questo. L'integrazione delle risposte è l'interfaccia tecnica necessaria per risposte appropriate ed efficaci quando i bisogni eccedono le singole capacità a disposizione. Per questo richiedono la composizione delle competenze e delle risorse, per ottenere condizioni più potenti per affrontare i problemi.

2.6. Culture dell'integrazione

Le ragioni di efficienza possono fare spazio alle ragioni di efficacia, cioè di effettiva capacità di dare risposte ai bisogni delle persone e delle famiglie, integrando servizi e

processi, competenze e risorse, capacità e responsabilità. È infatti la sfida tecnica e strategica per gestioni multidimensionali e multipotenti. I problemi non nascono però solo da qui, visto che le competenze professionali sono costruite per compiti e funzioni, con criteri divisionali del lavoro, con responsabilità determinate da mansionari e protocolli “a cui attenersi”. Gli atteggiamenti difensivi (di autotutela) sono diventati una forma di difesa immunitaria “dai rischi dell’azione professionale integrata”, quella che guarda al bisogno dei destinatari, agli outcome da conseguire e interpreta le responsabilità “oltre il fare prestazionale”, a vantaggio del fare efficace. Sono approcci diversi che comportano un diverso esercizio delle responsabilità.

È diventato così facile poter dire “*Integrated care is what we all want*”, come titola Fiona Godlee nell’editoriale del BMJ 2012. Ma è difficile accettare l’idea che integrare significa soprattutto “*personalizzare*” cioè “*fare cose diverse per persone diverse*”, a loro servizio, a misura dei loro bisogni e delle loro capacità. È arte professionale, sapendo di andare oltre le infrastrutture tecniche necessarie per poter operare in questo modo.

Il punto di sfida diventa l’armonizzazione dei livelli dell’integrazione, passando dall’istituzionale, al gestionale, al professionale, alla dimensione comunitaria senza interruzione di continuità, “intorno alle persone e con le persone”. Il nucleo portante è infatti l’incontro tra persone e responsabilità, per non operare in contesti fatti di pratiche e procedure a responsabilità limitata.

2.7. Apprendere dai servizi integrati per la prima infanzia

Per affrontare le sfide dell’integrazione nella prima infanzia, con le famiglie, in un ambiente dove tutto è più nativo e ricco di futuro e necessario riconoscere le potenzialità a disposizione. Sono un ambiente umano e professionale che insegna quello che in altri contesti non si è abbastanza capito. Storicamente è stata la non autosufficienza a chiedere cure integrate, a fronte dei limiti evidenti delle pratiche tradizionali, costose e inefficienti. In quel caso la logica dei costi ha prevalso sulle scelte di composizione dei fattori produttivi, visto che le persone erano considerate non autosufficienti e sottovalutando l’apporto che ogni persona, in ogni età della vita, può dare per meglio affrontare i propri problemi.

Nella prima fase della vita, con bambini e genitori sarebbe del tutto innaturale pensare e poi operare così, con servizi standardizzati, autoreferenziali, istituzionalizzanti. Ma l’incontro con domande vitali della vita che nasce e cresce può aiutare a ridefinire i paradigmi necessari per mettersi a servizio delle persone con le persone. L’approccio all’integrazione potrebbe infatti rinnovarsi riconoscendo che i livelli di integrazione prima descritti non sono un punto di partenza dall’istituzionale al sociale, ma uno

schema mentale da rovesciare e rimettere a nuovo in senso culturale, professionale e strategico.

3. L'integrazione: questione trasversale in diversi paesi

3.1. L'integrazione dei servizi nella prospettiva internazionale

Il tema dell'integrazione dei servizi è stato affrontato dalla letteratura internazionale, primariamente con riferimento all'ambito sociosanitario e in relazione a servizi rivolti a persone adulte e anziane. In quest'area infatti la questione dell'integrazione è stata particolarmente avvertita per i costi e gli impatti (attesi) di natura organizzativo-gestionale, in contesti (soprattutto nei paesi occidentali) caratterizzati da crescenti tassi di invecchiamento della popolazione.

Successivamente l'interesse si è allargato a tutte le età della vita e anche l'integrazione dei servizi per l'infanzia è diventato un nucleo importante di attenzione. Proprio in quest'area si osserva infatti un crescente interesse al coinvolgimento dei vari *stakeholder*, dal lato della "offerta" (servizi sociali, sanitari, educativi, giudiziari) ma anche dal lato dei destinatari (bambini e genitori) nelle comunità di riferimento.

Nies e Berman (2004), a partire dai servizi per la terza età, definiscono la *integrated care* come un "insieme ben pianificato e ben organizzato di servizi e processi di cura, indirizzati alle esigenze/problemi multidimensionali di un singolo utente o di una categoria di persone con esigenze/problemi simili"⁴. La crescente attenzione verso una *integrated care* si accompagna alla più generale tendenza a sviluppare sistemi di risposta attenti alle necessità degli utenti e non soltanto alla qualità delle prestazioni fornite (Kodner, 2003). Questa tendenza si è affermata anche in altri ambiti di servizio (ad esempio nel trasporto pubblico) o negli spazi commerciali. La domanda di integrazione dei servizi (sanitari, sociali, di comunità, ...), anche da parte degli utenti, è aumentata in

4. "[...] we define integrated care as a well planned and well organised set of services and care processes, targeted at the multi-dimensional needs/problems of an individual client, or a category of persons with similar needs/problems" (Nies e Berman, pag. 18).

particolare con l'acuirsi di due tendenze contrapposte: i bisogni crescenti a fronte di risorse decrescenti. Vista in questa prospettiva, l'integrazione presenta il conto di problemi spesso non adeguatamente affrontati o sottovalutati. Tra questi possiamo ricordare il maggiore costo dell'inefficienza e il basso livello di soddisfazione di chi opera servizi non adeguati (van der Aa e Konijn 2001, Goodwin et al., 2003). È un terreno di coltura di duplicazioni e sprechi, minore flessibilità nella erogazione di servizi, minore coordinamento e continuità (Brown e McCool, 1992).

Integrazione, strumento e condizione

Come si è accennato, un approccio "globale" alla erogazione di servizi, se adeguatamente implementato, comporterebbe vantaggi di natura economica e organizzativa. L'integrazione non costituisce tuttavia un esito di per sé. È o dovrebbe essere uno strumento e una condizione per conseguire esiti ottimali a beneficio degli utenti.

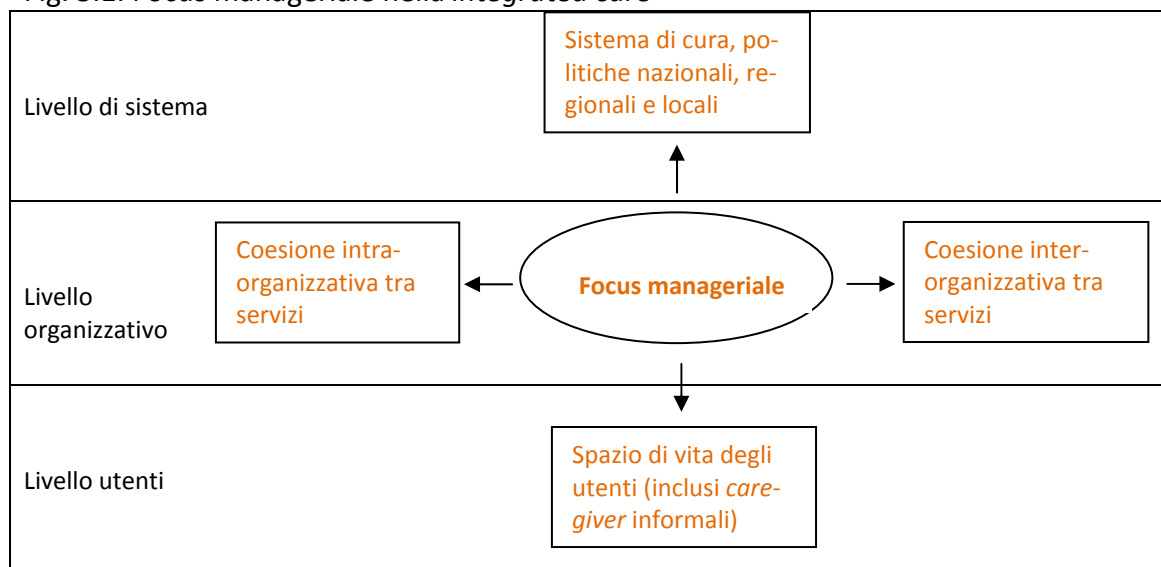
Un approccio integrato richiede infatti di coordinare i diversi servizi "attorno" al beneficiario. Come evidenziato da Nies e Berman (2004), richiede di: connettere e combinare i compiti dei *caregiver* formali e informali, dei volontari, ...; coordinare i servizi forniti da diversi soggetti; creare legami con il contesto o sistema di cura di riferimento.

In particolare, la combinazione dei compiti svolti da diversi professionisti, *caregiver* informali e volontari richiede un duplice sforzo: mettere in atto un dialogo bilanciato con gli utenti destinatari e con gli stessi *caregiver* informali; dall'altro lato, sviluppare nuove qualifiche che il personale potrà utilmente esprimere. Nei percorsi di integrazione, utenti, *caregiver* non professionali (parenti, vicini di casa, ...) e volontari dovrebbero essere considerati come "partner" in un sistema di erogazione dei servizi, perché insieme possono meglio contribuire al sistema dei servizi e influire positivamente sul benessere dei destinatari.

Per i manager dei servizi integrati diventa perciò necessario operare su tre livelli: a) la relazione con gli utenti nel loro spazio di vita; b) l'organizzazione e il network con altre organizzazioni; c) il sistema di riferimento ossia il contesto di policy presente e prospettico (fig. 3.1).

Dal punto di vista dei beneficiari, un'integrazione ottimale richiede: a) che i servizi siano organizzati attorno alle loro esigenze; b) che tengano in considerazione il benessere dei *caregiver*; c) che venga considerato come essenziale, nella erogazione del servizio, il ruolo e il contributo dei destinatari; d) che questi ultimi abbiano voce in capitolo; e) che i servizi siano accessibili (sul piano fisico, finanziario, informativo); f) che sia garantita una ideale continuità tra servizi; g) che i "pacchetti" di cura siano disegnati ed erogati in dialogo tra destinatari, *caregiver* e fornitori dei servizi; h) che sia garantita una piena valutazione di quanto avviene.

Fig. 3.1. Focus manageriale nella *integrated care*



Fonte: tradotto da Nies e Berman (2004, pag. 20).

Dal punto di vista di chi fornisce i servizi (enti pubblici, privati profit o non profit, ...), l'integrazione dovrebbe: a) migliorare la qualità del servizio; b) migliorare l'accessibilità anche finanziaria ai servizi; c) connettere vari aspetti del servizio tra organizzazioni e sistemi; d) integrare le risposte (assistenza, abitare, trasporti, attività educative, ...) (Nies e Berman, 2004).

Collegamento, coordinamento, integrazione

Secondo la classificazione di Leutz (1999) è possibile distinguere tra tre modalità di integrazione:

- collegamento (*linkage*): implica un'adeguata comunicazione tra professionisti, mantenendo la divisione esistente tra servizi;
- coordinamento in rete (*co-ordination in networks*): comporta un maggiore e più strutturato coordinamento tra i servizi (nella condivisione di informazioni, nella individuazione delle responsabilità, ecc.);
- piena integrazione (*full integration*): punta a sviluppare programmi comprensivi, ritagliati sulle esigenze di specifici gruppi di destinatari, caratterizzati da una stretta cooperazione tra diversi professionisti.

Ciascuna modalità presenta diverse implicazioni di natura operativa (tab. 3.1), ad esempio per quanto riguarda i criteri di accesso ai servizi (*eligibility*). Al primo livello di integrazione (*linkage*), i criteri di accesso sono definiti separatamente per i diversi servizi; al secondo livello di integrazione (*co-ordination in networks*) si persegue un bilanciamento tra i criteri di accesso; c) al terzo livello (*full integration*) i criteri di accesso sono definiti in una logica integrata tra diversi servizi.

Tab. 3.1. Implicazioni operative dei diversi livelli di integrazione

Implicazioni operative	Linkage	Co-ordination	Full integration
<i>Case management</i>	-	<i>Case manager</i> e personale di collegamento	<i>Team manager</i> o <i>case manager</i> gestiscono l'intera assistenza
Transizione tra contesti ed erogazione del servizio	Riferimenti (per guidare i destinatari) e <i>follow-up</i>	Transizione "liscia" tra contesti, copertura e responsabilità	Controllo o erogazione diretta dei servizi in tutti i contesti
Informazioni	Erogazione su richiesta	Erogazione di informazioni o predisposizione di rapporti con regolarità, in entrambe le direzioni	Impiego di registri comuni come parte del quotidiano lavoro congiunto
Risorse finanziarie	Comprendere chi finanzia ciascun servizio	Decidere chi finanzia cosa, nei singoli casi e in generale	Mettere in comune le risorse finanziarie per effettuare acquisti nei diversi servizi
Erogazioni	Seguire i diversi criteri di accesso e copertura	Gestire le diverse erogazioni in modo da massimizzare efficienza e copertura	Fondere le diverse erogazioni; cambiare e ridefinire i criteri di accesso

Fonte: tradotto da Nies e Berman (2004, pag. 23, adattamento di Leutz, 1999).

Il livello di integrazione può essere legato al tipo di servizi forniti. Nel caso dei primi due livelli (*linking* e *co-ordination*) può essere sufficiente fornire servizi "tradizionali". Nel caso di piena integrazione (*full integration*) è invece necessario fornire servizi innovativi, che non rientrano nelle classificazioni tradizionali e non riflettono ruoli, percorsi e responsabilità tradizionali.

Il cambiamento verso una maggiore integrazione dei servizi può tuttavia incontrare ostacoli, in buona parte radicati negli assetti organizzativi e nei contesti di policy esistenti (Leichsenring e Alaszewski 2004). La rete europea Carmen (*Care and Management of Services for Older People in Europe Network*) ha anche identificato le principali barriere all'integrazione presenti in diversi paesi Ue:

- insufficienza dei finanziamenti pubblici per fornire servizi adeguati e per implementare sistemi integrati e coordinati;
- dipendenza dei servizi da diverse autorità o organizzazioni, caratterizzate da regimi (normativi, finanziari, ecc.) non omogenei;
- criteri di accesso disomogenei (ad esempio tra diverse autorità locali e regionali);
- complessità del sistema, per cui differenti *stakeholder* hanno ruoli, compiti, interessi diversi;
- barriere (socio-economiche, politiche, normative, procedurali) alla sincronizzazione dei processi tra enti, dipartimenti, livelli, ... del sistema;
- prevalenza di sistemi incentrati sull'offerta attuale di prestazioni, anziché sui bisogni degli utenti;

- mancanza di personale adeguato, laddove l'integrazione richieda nuove tipologie di professionisti e gruppi di lavoro collaborativi (*case manager, peer adviser, ...*);
- frizioni nella collaborazione tra diverse organizzazioni e professionisti (ad esempio dovute a differenti culture professionali, modi di lavorare, qualifiche richieste, ...) e mancanza di un unico centro di responsabilità complessiva per il conseguimento degli *outcome* attesi.

L'implementazione di un sistema integrato può essere riassunta in 5 fasi: 1) scelta, basata sull'analisi delle ragioni dell'adozione di un sistema integrato e sulla definizione del tipo di integrazione più adatto; 2) esplorazione delle modalità di introduzione del nuovo sistema; 3) esame degli aspetti pratici, tra cui il disegno dell'integrazione, l'analisi delle conseguenze organizzative, la definizione dell'investimento necessario; 4) implementazione di processi collaborativi e monitoraggio degli ostacoli all'implementazione; 5) valutazione dell'integrazione, finalizzata a monitorarne gli impatti (sul personale, raggiungimento degli obiettivi, indici di costo-efficacia) e per comprendere se è aumentato il benessere di utenti e *caregiver*.

3.2. Le raccomandazioni a favore dell'integrazione dei servizi

Diversi organismi (enti istituzionali e centri di ricerca) a livello internazionale hanno evidenziato l'importanza dell'integrazione dei servizi con particolare riferimento ai programmi per la prima infanzia.

Perché integrare i servizi per l'infanzia?

La necessità di pervenire ad una maggiore integrazione dei servizi per la prima infanzia è evidenziata dalla Commissione Europea (2011), con specifico riferimento ai servizi sociali ed educativi (cosiddetti ECEC – *Early Childhood Education and Care*). La Commissione sottolinea infatti l'importanza dell'integrazione dei servizi per consentire ai bambini di acquisire, fin dalle primissime età (fino ai 6 anni), abilità di tipo cognitivo e non cognitivo (quali perseveranza, motivazione, capacità di interagire con gli altri).

Una maggiore integrazione dei servizi ECEC è inoltre collegata ad una crescente professionalizzazione del personale che opera in questo ambito. In generale, la Commissione rileva che i servizi ECEC dovrebbero essere disegnati in modo tale da soddisfare tutti i bisogni dei bambini – di tipo cognitivo, emotivo, sociale e fisico – che sono riconosciuti essere molto diversi rispetto ai bisogni dei bambini più grandi in età scolare.

La rete Eurochild (2014) riconosce che in generale a livello europeo, nonostante il supporto formale offerto dal Consiglio Europeo alla Raccomandazione della Commissione "*Investing in Children: breaking the cycle of disadvantage*", tuttora accordi istituzionali e meccanismi di finanziamento pongono ostacoli all'implementazione di politiche e servizi per l'infanzia coordinati e integrati a tutti i livelli (locale, regionale, nazionale).

Eurochild sostiene che i governi dovrebbero allocare sufficienti risorse a tutti i livelli (legislativo, amministrativo, giudiziario, istituzionale, di policy, di erogazione di servizi) e in particolare andrebbero sostenuti e sviluppati sistemi integrati di protezione dell'infanzia coordinati con il sistema assistenziale, il sistema educativo e il sistema sanitario. Cruciali risultano anche gli interventi a favore dei genitori, in termini di sostegno genitoriale, istruzione e formazione, *peer support* ecc., ma anche attraverso l'inclusione dei genitori stessi nello sviluppo e nella implementazione di politiche e di pratiche integrate. In particolare, Eurochild raccomanda di: coordinare le politiche tra settori, al fine di ottimizzare impatti e impiego di risorse pubbliche, tenendo presente che la tutela dei diritti dell'infanzia richiede approcci olistici e integrati.

Simili raccomandazioni provengono dall'analisi di letteratura e policy in materia di servizi alla prima infanzia, svolta da Bennett per il Centro italiano di ricerca dell'Unicef (2008). Il contributo evidenzia come, tra le diverse dimensioni della qualità dei servizi, una risulta poco menzionata nella normativa e regolamentazione di molti paesi: il coinvolgimento dei genitori (e della comunità), particolarmente in aree svantaggiate dove è necessario che i servizi si adattino al contesto socio-culturale locale, supportino gruppi di madri e padri, in una logica di programmazione integrata tra i servizi stessi e istituzioni che si occupano di lavoro, istruzione, sanità e politiche sociali.

A tal fine è necessario formare gli operatori dei servizi per l'infanzia in modo da renderli capaci di operare in gruppi di lavoro multidisciplinari. L'autore richiama il Commento del Comitato Onu sui diritti dell'infanzia (2006), che – tra le altre raccomandazioni – richiedeva ai paesi che avevano ratificato la Convenzione sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza di: a) adottare approcci integrati alle politiche per l'infanzia e la famiglia, attraverso programmi che coinvolgano in partnership i genitori e in generale implementando insieme di interventi con effetti positivi indiretti (ad es. politiche fiscali, abitative, occupazionali) e con impatti diretti (ad es. servizi sanitari per madri e figli, educazione genitoriale, assistenza domiciliare, servizi ECEC per i bambini); b) riconoscere l'opportunità di superare la tradizionale divisione tra servizi di “*care*” e servizi di “*education*”, muovendo verso servizi integrati e approcci coordinati, olistici, multisettoriali alla prima infanzia.

Integrazione come risposta

La necessità di un approccio integrato ai servizi emerge inoltre da alcune specifiche problematiche legate ai cambiamenti demografici in atto nella maggior parte dei paesi avanzati, come il calo dei tassi di natalità (che richiede una combinazione di servizi occupazionali, socio-educativi, ecc.) e la crescente presenza di bambini provenienti da famiglie immigrate. In particolare, la seconda questione implica la concorrenza di diversi fattori di rischio per i bambini figli di genitori stranieri, come evidenziato ad esempio nel Regno Unito da un progetto sulla efficace erogazione di servizi educativi

pre-scolastici (Sylva et al. 2003; EPPE, 2004). Considera vari indicatori di rischio (tab. 3.2). A fronte del rischio sociale e culturale che mette a repentaglio le future chance di successo nell'istruzione del bambino, lo studio evidenzia che questi fattori non possono essere affrontati dai soli educatori e che, di conseguenza, in diversi paesi Ocse sono stati introdotti servizi "comprensivi" per la prima infanzia, ossia integrati con servizi locali di tipo sanitario, sociale, educativo, occupazionale.

Tab. 3.2. Indicatori di rischio impiegati nello studio EPPE nel Regno Unito, 1997-2007

<i>Caratteristiche del bambino</i>	<i>Indicatori di svantaggio</i>
Prima lingua	= Prima lingua diversa dall'inglese
Dimensione della famiglia	= 3 o più fratelli
Peso alla nascita	= Prematuro o sotto i 2500 grammi
<i>Caratteristiche del genitore</i>	
Livello di istruzione della madre	= Nessuna qualifica
Classe sociale o occupazione del padre	= Lavoratore poco qualificato o non ha mai lavorato, o padre assente
Status lavorativo del padre	= Non occupato
Età della madre	= 13-17 anni alla nascita del bambino
Status coniugale	= Genitore solo
Status lavorativo della madre	= Disoccupata
Ambiente abitativo	= Di basso livello

Fonte: traduzione da Sylva, K. et al. (2003).

Analoghi spunti vengono forniti dalle analisi Ocse sui servizi ECEC. Nel recente documento *Starting Strong III* (2012), l'Organizzazione internazionale evidenzia come l'integrazione a livello istituzionale dei servizi per la prima infanzia consenta di fissare i medesimi standard per diversi contesti e di fornire servizi più coordinati e orientati all'obiettivo. Al contrario, la frammentazione delle responsabilità tra diversi sistemi di gestione può causare l'emergere di disuguaglianze a causa di livelli qualitativi disomogenei e della mancanza di obiettivi coerenti.

In generale, un approccio integrato alla *governance* dei servizi per la prima infanzia tende a favorire il coordinamento delle diverse politiche e delle risorse dedicate, così come l'adozione di una visione comune dei vari obiettivi (assistenziali, pedagogici, ...). In questo modo l'integrazione può associarsi positivamente alla qualità stessa dei servizi ECEC. In particolare, nei paesi che attribuiscono un maggior peso all'infanzia come importante fase della vita, si riscontra tendenzialmente una maggiore integrazione dei servizi di cura ed educativi, contribuendo così ad uno sviluppo più olistico del bambino ma anche ad una maggior chiarezza di obiettivi per i diversi enti, professionisti, genitori e *stakeholder* coinvolti (Bennett, 2008; Ocse, 2006).

L'integrazione dei servizi per l'infanzia può essere collegata anche al coordinamento della formazione (e delle qualifiche richieste) per il personale. Ad esempio, in alcuni

paesi la formazione per il personale che si occupa di assistenza (*child care*, in particolare rivolta ai bambini 0-3 anni) e di servizi educativi (*early education*) è più o meno integrata come descritto nella successiva tabella (tab. 3.3).

Tab. 3.3. Formazione per personale di *child care* e educazione pre-primaria

<i>Integrata (a)</i>	<i>Divisa</i>
Repubblica Ceca, Danimarca, Finlandia, Israele, Italia, Nuova Zelanda, Repubblica Slovacca, Svezia	Australia, Belgio, Canada (b), Germania, Ungheria, Corea, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Slovenia, Scozia

(a) L'integrazione implica il medesimo percorso formativo iniziale, con possibile divisione in successivi percorsi di specializzazione; (b) Columbia Britannica, Manitoba, Isola del Principe Edoardo

Fonte: OECD Network on Early Childhood Education and Care's "Survey for the Quality Toolbox and ECEC Portal", giugno 2011.

Integrazione comunitaria

Come si è visto nel primo capitolo, oltre alle dimensioni istituzionale, gestionale, professionale, l'integrazione presenta idealmente anche una dimensione *comunitaria*, tra soggetti e risorse del territorio. Emerge anche in questo modo l'importanza dell'incontro "generativo" di responsabilità professionale e non professionale, che rende possibile il "concorso al risultato", attraverso l'attivazione delle risorse dei familiari e dei membri della comunità di riferimento (Fondazione Zancan, 2014).

A livello internazionale, l'Ocse sottolinea l'importanza di un coinvolgimento attivo di genitori e comunità di riferimento (Ocse, 2012). La creazione di una partnership con i genitori (nel comunicare con il personale, nel seguire i bambini a casa, ecc.) è importante perché incide sulla qualità dei servizi per l'infanzia, ma anche perché è dimostrata essere fattore che favorisce esiti di lungo termine nei bambini (quali sviluppo socio-emotivo, successo scolastico).

Tra le sfide da affrontare in direzione di un coinvolgimento attivo dei genitori, vi sono barriere di tipo culturale, attitudinale e linguistico. In particolare, può essere difficile assicurare una "equa" rappresentanza e partecipazione a tutte le famiglie provenienti da diversi background socio-culturali (Ocse, 2006). Per le famiglie di basso livello socio-economico, può risultare particolarmente difficile dedicare un'attenzione appropriata ai propri figli senza risorse adeguate. In questi casi il ruolo dei servizi ECEC è particolarmente rilevante al fine di sostenere efficacemente i genitori (anche sul piano formativo) nella cura ed educazione domestica (Boyce et al., 2010).

Nonostante la crescente importanza dei servizi esterni alla famiglia, il ruolo genitoriale è da tutti considerato di primaria rilevanza, anche in una logica di coordinamento comunicativo con i servizi ECEC, così da garantire ai bambini continuità di esperienze tra diversi contesti.

Oltre alla partecipazione dei genitori, è importante il coinvolgimento della “comunità” di riferimento (il “vicinato” nel senso più stretto, l’intera comunità – incluse organizzazioni di volontariato ecc. – nel senso più lato). È una fonte di risorse, un *trait d’union* tra famiglie, servizi socio-educativi e altri servizi per l’infanzia, nella forma di “rete sociale” capace di sostenere i genitori, soprattutto nelle famiglie svantaggiate. È particolarmente importante che i diversi ambiti – socio-educativo, sanitario, dei servizi extra-scolastici – collaborino e creino un *continuum* di servizi per meglio soddisfare le diverse necessità (Ocse, 2012). Più forte è la collaborazione, più agevolmente i bambini sapranno sviluppare abilità cognitive e non cognitive. Tra le varie strategie (Oakes e Lipton, 2007; Epstein, 1995) collaborare con la comunità di riferimento implica “identificare e integrare le risorse e i servizi della comunità al fine di rafforzare programmi, pratiche familiari e apprendimento e sviluppo dei bambini”.

I bambini che vivono in famiglie economicamente svantaggiate possono trarre i maggiori benefici dall’integrazione dei servizi ECEC con altri servizi nel territorio: le famiglie di basso livello socio-economico hanno infatti minori possibilità di fornire ai loro bambini uno stile di vita salutare, un’educazione di qualità, risorse per l’apprendimento adeguate (Bradley et al., 1989). È un aspetto evidenziato anche nei casi di bambini adottati da famiglie di diversa condizione sociale (Duyme et al., 1999).

Queste considerazioni comportano alcune implicazioni di policy (Ocse, 2012): a) considerare il coinvolgimento dei genitori come un *benchmark* nel valutare la qualità dei servizi ECEC; b) coinvolgere i genitori e la comunità di riferimento (autorità nazionali, regionali, locali, organizzazioni di volontariato, imprese, gruppi comunitari) come partner strategici per implementare servizi integrati per la prima infanzia, in modo tale da assicurare un ampio supporto e contributi multi-dimensionali nei processi decisionali e di policy; c) dotare amministratori e professionisti di una adeguata formazione per metterli in condizione di promuovere partnership centrate sulla famiglia, ad esempio apprendendo le modalità con cui aiutare famiglie (e comunità) a soddisfare i propri bisogni socio-educativi (Litjens e Taguma, 2010).

L’Ocse ha tentato di classificare diversi paesi in base all’approccio adottato nei confronti del coinvolgimento di famiglie e “comunità” nei servizi per la prima infanzia. Gli approcci vanno dal semplice richiamo in documenti di policy alla obbligatorietà per legge di mettere in atto determinate azioni. In alcuni paesi, genitori e/o altri soggetti della comunità possono essere essi stessi produttori di servizi ECEC (tab. 3.4).

Tab. 3.4. Approcci prevalenti nell'ingaggio di famiglie e comunità, in diversi paesi (a)

A. Coinvolgimento dei genitori				
Obbligatorietà per legge	Diritto dei genitori	Richiamo in documenti di policy	Coinvolgimento dei genitori nel processo decisionale	Possibilità per i genitori di erogare servizi
Australia, Belgio, Repubblica Ceca, Estonia, Finlandia, Germania, Giappone, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Polonia, Portogallo, Isola del Principe Edoardo (CAN), Repubblica Slovacca, Slovenia, Spagna, Svezia, Turchia	Repubblica Ceca, Norvegia, Polonia, Isola del Principe Edoardo (CAN), Slovenia, Spagna, Svezia	Nuova Zelanda, Norvegia, Repubblica Slovacca	Australia, Belgio, Columbia Britannica (CAN), Repubblica Ceca, Danimarca, Estonia, Finlandia, Germania, Irlanda, Giappone, Manitoba (CAN), Messico, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Norvegia, Polonia, Portogallo, Isola del Principe Edoardo (CAN), Repubblica Slovacca, Slovenia, Spagna, Svezia, Turchia	Belgio, Germania, Manitoba (CAN), Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Norvegia, Polonia, Repubblica Slovacca, Svezia
#				
B. Coinvolgimento della comunità				
Obbligatorietà per legge	Richiamo in documenti di policy	Coinvolgimento di membri della comunità nel processo decisionale	Possibilità per membri della comunità di fornire servizi	
Australia, Belgio, Finlandia, Giappone, Messico, Norvegia, Portogallo, Slovenia, Spagna, Turchia	Norvegia, Slovenia, Spagna	Australia, Belgio, Finlandia, Irlanda, Giappone, Messico, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Norvegia, Portogallo, Repubblica Slovacca, Slovenia, Spagna, Svezia, Turchia	Belgio, Finlandia, Irlanda, Giappone, Messico, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Norvegia	

(a) L'Italia non figura nell'elenco dei paesi considerati

Fonte: OECD Network on Early Childhood Education and Care's "Survey for the Quality Toolbox and ECEC Portal", giugno 2011.

Il Consiglio d'Europa, in una propria Raccomandazione, ha spronato gli stati a promuovere forme di "genitorialità positiva" (*positive parenting*⁵) e a riconoscere l'importanza delle responsabilità genitoriali e la conseguente necessità di fornire ai genitori il necessario sostegno nel crescere i propri figli. Alcuni autori (Bullock et al., 2006) si sono chie-

5. Il Consiglio d'Europa (2007, p. 2) definisce il *positive parenting* come "il comportamento genitoriale basato sul superiore interesse del bambino che sia capace di crescere e responsabilizzare, sia non-violento e fornisca riconoscimento e guida il che implica fissare dei limiti per consentire il pieno sviluppo del bambino" ["the parental behaviour based on the best interests of the child that is nurturing, empowering, non-violent and provides recognition and guidance which involves setting of boundaries to enable the full development of the child"].

sti se e in che misura lo stato – in particolare, lo stato nella sua accezione “corporativa” (Gosta Esping-Andersen, 1990) – possa crescere i bambini, estendendo il concetto di “*corporate parenting*” alle funzioni istituzionali. Secondo questi autori, diversi fattori sono necessari per rendere lo stato un miglior “genitore” nel garantire qualità dei servizi pubblici e nel supportare i bambini problematici nelle fasi post-affido con soluzioni legali e professionali coerenti con i bisogni dei bambini (Montserrat, 2014).

L'integrazione per bambini in situazioni di fragilità

L'Accademia Americana di Pediatria (2000) raccomanda di adottare un approccio “integrato” (*comprehensive*) nella valutazione dei bisogni dei bambini in affido. Dovrebbe implicare piani individualizzati di trattamento, approvati dall'autorità giudiziaria e un monitoraggio continuo svolto da gruppi multidisciplinari dotati di adeguate competenze. In particolare, i pediatri dovrebbero dal versante sanitario collaborare con il sistema giudiziario e dei servizi sociali, nel garantire una appropriata valutazione delle necessità dei bambini, giacché solo un pieno utilizzo di tutte le risorse disponibili può assicurare una comprensiva valutazione, pianificazione e erogazione di servizi.

Per assicurare un sano sviluppo ai bambini seguiti dai servizi sociali e giudiziari, è necessario che essi ricevano cure di qualità, integrate, onnicomprensive, continue e supportate dalla famiglia. Il “sistema giudiziario” (giudici, avvocati, ...) va cioè coinvolto nel welfare per l'infanzia, per affrontare l'ampia gamma di bisogni dei bambini in condizioni di deprivazione e con genitori non adeguati. Un'assistenza che dia supporto alla famiglia richiede la condivisione di informazioni sulla salute del bambino tra i diversi *caregiver*, nonché una adeguata formazione dei *caregiver* stessi per venire incontro ai bambini con bisogni particolari. È ad esempio il caso dei disturbi di salute mentale nella prima infanzia.

In un documento di policy rivolto al Congresso USA (2007), il centro di ricerca “Zero To Three” raccomanda di perseguire una strategia complessiva – dotata di adeguati meccanismi di coordinamento – negli interventi sanitari rivolti a questo tipo di problematiche. Un approccio globale al problema richiede di integrare questi interventi collegando servizi socio-educativi, supporto alla genitorialità, servizi sanitari per figli e genitori.

Migliori *outcome* per i bambini potranno essere conseguiti integrando il sistema legale e dei servizi di welfare nella comunità. In particolare, gli interventi di salute mentale per i bambini e di formazione per i vari *caregiver* dovrebbero essere integrati nei vari altri programmi esistenti che raggiungono i bambini in differenti contesti. Ad esempio, attuando interventi di consulenza e formazione sulla salute mentale all'interno dei servizi socio-educativi per la prima infanzia (*child care center*), il personale può sostenere lo sviluppo sociale ed emotivo dei bambini, prevenire problemi comportamentali, supportare le relazioni intrafamiliari, identificare i segnali di rischio e intervenire precocemente.

3.3. Selezione di contributi sull'integrazione dei servizi

Presentiamo di seguito una rassegna di articoli per individuare i punti di contatto con il dibattito nazionale sul tema dell'integrazione dei servizi sociali, sanitari, educativi, giudiziari, ... rivolti ai bambini (in particolare di età 0-6 anni) e alle loro famiglie.

"Integrated care" e servizi per l'infanzia

Lyngsø et al. (2014) effettuano una analisi di letteratura sulla *integrated care*, allo scopo di identificare gli strumenti impiegati per misurare il livello di integrazione tra settori in ambito sanitario. Le autrici identificano 23 strumenti di misurazione e, fra questi, 8 elementi di natura organizzativa. In generale, emerge che nessuno degli strumenti copre tutti gli aspetti dell'integrazione. Gli otto elementi organizzativi essenziali nella costruzione di servizi integrati (ciascuno con diverse sotto-componenti) riguardano: comunicazione e accesso ai dati; cultura organizzativa e leadership; impegno all'integrazione; aspetti clinici; formazione; incentivi finanziari; miglioramento della qualità e misurazione della performance; focus sul destinatario (tab. 3.5). L'ultimo elemento organizzativo (focus sul paziente) richiama, nelle sue sotto-componenti, l'importanza di focalizzarsi sui bisogni del paziente e sul suo coinvolgimento e partecipazione come input nella erogazione del servizio.

Le autrici argomentano che la diversità tra i vari (23) strumenti identificati dipende dalla generale mancanza di comprensione condivisa del concetto di *"integrated care"*. La complessità dei sistemi di riferimento e della erogazione dei servizi, nella fattispecie in ambito sanitario, rende l'integrazione un compito particolarmente difficile. A ciò si aggiunge il fatto che, se dal 2000 in poi si è intensificato lo sviluppo di strumenti per misurare il livello di integrazione, questo rimane tuttora limitato. In generale, le autrici sottolineano che è necessaria ulteriore ricerca per raccogliere informazioni su implementazione e valutazione di iniziative centrate sull'integrazione, al fine di cogliere al meglio le dinamiche sottostanti i processi di creazione di servizi integrati.

Con specifico riferimento ai servizi per l'infanzia, Lowe-Lauri, van Pouke e Thomas (2014) analizzano l'integrazione sociosanitaria tra servizi ospedalieri e reti di cura per l'infanzia (*primary care networks*) negli USA orientali. Il processo di integrazione è durato oltre un decennio. Le caratteristiche fondamentali di questa rete di servizi per l'infanzia sono: una forte leadership da parte di un "hub" (Children's Hospital of Philadelphia e Boston Children's Hospital); alleanze con medici e con ospedali regionali o di comunità.

A questo proposito nel Regno Unito, fin dai primi anni 2000, sono state introdotte per via legislativa forme di collaborazione (*collaboration*) nella erogazione di servizi integrati. Stuart (2014) attraverso una ricerca con gruppi collaborativi che aspiravano a conseguire l'integrazione nell'assistenza a bambini, giovani e famiglie nel Regno Unito, ha trovato che un elemento chiave è rappresentato dalla necessità per le persone

coinvolte di essere collettivamente consapevoli del contesto di riferimento, di prendere decisioni congiunte, di agire insieme per poter erogare servizi integrati.

Tab. 3.5. Elementi organizzativi essenziali nella costruzione di *integrated care*

IT/information transfer/communication and access to data	<ul style="list-style-type: none"> • Centralised system-wide computerised patient record system; data accessibility from anywhere in the system • Efficient information systems that enhance communication and information flow across integrated pathways • Clear communication strategies and protocols
Organisational culture and leadership	<p>Organisational culture, values and trust</p> <ul style="list-style-type: none"> • Common goals/shared values and vision • Trust and respect for other care givers and organisations • Commitment to coordinating work • Shared decision-making and problem solving • Shared risk/responsibility • An integration culture institutionalised through policies and procedures <p>Leadership</p> <ul style="list-style-type: none"> • Committed managers who are willing to lead the process • Committed front-line staff who take ownership
Commitments and incentives to deliver integrated care	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborative involvement in planning, policy development and patient care delivery • Formal agreements in place between organisations • Procedures and activities that enable individuals and teams to work together; incentives for performance
Clinical care (teams, case management, clinical guidelines and protocols)	<ul style="list-style-type: none"> • Teams of multidisciplinary professionals across the service pathway; clearly defined roles and boundaries of each team member; maintenance of professional autonomy • Professionals in the care chain are informed/aware of each other's expertise and tasks • Agreements on referrals and transfer of clients through the care chain • Integrated clinical pathways • Care and case management • Existence of evidence-based clinical practice guidelines with automated tools to enforce their use
Education	<ul style="list-style-type: none"> • Educational opportunities
Financial incentives	<ul style="list-style-type: none"> • Creating financial and regulatory incentives that encourage cooperation among health care providers • Pooled resources
Quality improvement/performance measurement	<ul style="list-style-type: none"> • Commitment to quality of services, evaluation and continuous care improvement • Structured approach to analysis of issues and how they might be addressed
Patient focus	<ul style="list-style-type: none"> • Patient-centered philosophy; focusing on patients need • Patient engagement and participation, i.e. patients provide input on various levels • Commitment to the view that the patient is the customer • Population-based needs assessment: focus on defined population

Fonte: Lyngsø et al. (2014, pag. 10).

L'integrazione dei servizi per l'infanzia: un approccio globale

Kanste et al. (2013) analizzano la cooperazione tra servizi sanitari, sociali ed educativi nei servizi per bambini e famiglie. L'analisi si focalizza sulla cooperazione tra servizi nelle municipalità finlandesi, dal punto di vista di operatori e manager impiegati nei settori sanitario, sociale, educativo. Gli autori, attraverso un'indagine che ha coinvolto 457 dipendenti e 327 manager, hanno osservato una cooperazione ben funzionante a livello operativo e strategico, associata a una adeguata consapevolezza dei servizi e a pratiche condivise di cooperazione, con pochi ostacoli alla collaborazione.

Dalla ricerca emerge tuttavia che la cooperazione all'interno di ciascun settore è relativamente agevole, mentre la cooperazione tra settori e organizzazioni diverse rimane più difficile. Emerge inoltre l'importanza che tutti gli operatori di ciascun settore abbiano una adeguata conoscenza dei servizi erogati dagli altri settori coinvolti, in modo da poter disegnare servizi flessibili e orientati alle esigenze dei destinatari, prendendo meglio in considerazione i bisogni di bambini e famiglie. Un'adeguata cooperazione

permette infatti di allocare le risorse in maniera più efficiente e di eliminare duplicazioni di servizi. Serve pertanto un cambiamento di cultura organizzativa e manageriale, al fine di garantire che i servizi locali siano orientati alla famiglia e accessibili per i bambini e genitori. La ricerca evidenzia inoltre che è necessario che bambini e famiglie siano coinvolti nella erogazione dei servizi e possano influenzare le decisioni delle municipalità (Casas e altri, 2012; Ben-Arieh, 2007; Fernandez e altri, 2015; Fondazione Zancan, 2014).

Widmark et al. (2013) constatano che un'adeguata collaborazione tra professionisti nei servizi di welfare esercita un forte impatto sulla possibilità di relazione con genitori di bambini e adolescenti affetti da malattie mentali. È cioè una preconditione per rendere praticabile un supporto efficace a questi genitori. Gli autori, tramite uno studio qualitativo su piccola scala a Stoccolma, analizzano la percezione, da parte dei genitori di bambini affetti da ansia o depressione, della collaborazione tra professionisti sanitari (per la salute mentale), sociali e scolastici. Emerge che i genitori ritengono necessari legami comunicativi e coordinamento tra professionisti appartenenti a diverse organizzazioni, assieme a meeting congiunti per favorire l'incontro tra genitori e operatori. I genitori evidenziano inoltre che le relazioni di fiducia sono determinate da disponibilità, competenza, empatia e impegno dei professionisti.

Abrahamsson e Samarasinghe (2013), ancora con riferimento alla Svezia, analizzano i centri per la famiglia (*family centre*). Oltre che in Scandinavia, i *family centre* operano da tempo in diversi paesi, tra cui Francia, Grecia, Nuova Zelanda, Regno Unito, Canada, Germania, Irlanda e USA, con la presenza di diverse professioni (Warren-Adamsson, 2001; Berry e altri, 2006).

In Svezia (così come in Norvegia e Finlandia) i *family centre* sono servizi integrati in un contesto multi-professionale. I centri svedesi, specificamente rivolti ai futuri genitori e ai genitori di bambini fino ai 6 anni, includono servizi sanitari, sociali e pre-scolastici aperti. Si tratta quindi di un'offerta multi-professionale dove i vari operatori lavorano congiuntamente per soddisfare i bisogni delle famiglie. Sulla base di interviste a genitori e operatori in 6 centri per la famiglia, le autrici osservano che la "*compliance*" degli operatori è elemento cruciale per spiegare il successo dei centri famiglia nel facilitare una genitorialità positiva. La "*compliance*" del personale consiste nella capacità degli operatori di relazionarsi in modo dinamico con genitori e bambini, fornendo loro supporto e adattandosi di volta in volta alle specifiche situazioni, favorendo la formazione di reti sociali e l'apprendimento tra i genitori. Le autrici concludono che il modo migliore per incrementare il numero di servizi integrati è supportare e incoraggiare i professionisti che investono in "*compliance*", con soluzioni atte a migliorare la comunicazione interprofessionale.

Di nostro interesse sono anche i servizi integrati per bambini e famiglie *Parent and Child Centres* (PCCs) dei Paesi Bassi (Busch et al., 2013). Si tratta di centri, a livello di

quartiere, che forniscono servizi sanitari per la famiglia e coinvolgono team multidisciplinari di professionisti (tra cui medici, infermieri, ostetriche, pedagogisti). Tramite una analisi documentale e con interviste a cura dei PCCs, gli autori riconoscono i benefici di un'offerta integrata di servizi. In particolare i PCCs vengono considerati dai professionisti un promettente sviluppo nell'integrazione dei servizi. I principali vantaggi percepiti dei PCCs sono: maggiore continuità operativa, linee di comunicazione più corte, contatti a bassa soglia tra professionisti.

La non integrazione nei servizi per l'infanzia

Widmark et al. (2011) analizzano quali siano i principali ostacoli alla collaborazione inter-professionale in ambito sanitario, sociale, educativo, con *focus group* di professionisti operanti nel settore sanitario (a livello di contea), sociale (a livello municipale) e scolastico, nelle scuole di un distretto amministrativo di Stoccolma (Svezia). Dalla *content analysis* gli autori rilevano la presenza di barriere all'integrazione con riferimento a tre dimensioni (tab. 3.6): allocazione di responsabilità (ambiguità circa le responsabilità nei tre ambiti di servizio), fiducia (poca conoscenza delle attività svolte dagli altri professionisti) e incontro professionale (difficoltà comunicative dovute a differenze strutturali tra i tre ambiti di servizio). Gli ostacoli alla collaborazione tra professionisti derivano soprattutto da una mancanza di chiarezza circa le differenze culturali e strutturali esistenti tra i principali *stakeholder*, per cui la collaborazione rischia di diventare troppo estesa e costosa (*time consuming*). Per conseguire un'adeguata collaborazione professionale risultano invece cruciali la condivisione di responsabilità tra manager di diverse organizzazioni, il sostegno agli operatori da parte del management e un contesto sociale facilitante. Altri fattori facilitanti sono: la capacità dei professionisti di ascoltarsi a vicenda; obiettivi comuni centrati sui singoli bambini; lavoro basato su piani condivisi; accesso agevolato di ciascun operatore agli altri operatori.

Tab. 3.6. Modello per collaborazione “ben riuscita” e “mal riuscita”

	Collaborazione ben riuscita	Collaborazione mal riuscita
<i>Allocazione di responsabilità</i>	Chiara allocazione di responsabilità Risorse Conoscenza reciproca Riscontri	Non chiara allocazione di responsabilità Mancanza di risorse Mancanza di conoscenza Mancanza di riscontri
<i>Fiducia</i>	Affidamento sulle competenze altrui Impegno Aspettative realistiche Programmazione congiunta	Scetticismo sulle competenze altrui Mancanza di impegno Aspettative non realistiche Sconfinamento negli ambiti altrui
<i>Incontro professionale</i>	Uguaglianza Apertura Consenso Continuità	Disuguaglianza Mentalità chiusa Disaccordo Disgregamento della continuità

Fonte: tradotto da Widmark et al. (2011, pag. 7).

L'importanza della collaborazione tra *stakeholder* coinvolti nella erogazione di servizi di welfare e protezione per l'infanzia è sottolineata anche da documenti di policy. Tra gli altri, riportiamo una nota del governo del Nuovo Galles del Sud in Australia (2010). Evidenza come la comunicazione coinvolga, con differenti ruoli e responsabilità, diversi soggetti a livello individuale, organizzativo, istituzionale. Ogni strategia efficace in questo ambito di servizio richiede che i tre livelli operino insieme in modo collaborativo e avendo gli interessi del destinatario come focus. Si sottolinea l'importanza, per i fornitori dei servizi, di: a) sviluppare sistemi di contatto continuo con le famiglie e altri *stakeholder*, in modo da raccogliere nuove idee con riscontri su punti di forza e di debolezza; b) focus sui bisogni dei destinatari dei servizi, superando differenze "locali" tra diversi servizi; sessioni di formazione congiunta per operatori dell'infanzia e operatori della giustizia (Cross et al., 2005); c) approccio *evidence based* per influire su formazione e introduzione di nuove pratiche collaborative; d) dati sull'efficacia degli interventi basati sulla collaborazione nella erogazione di servizi.

La rilevanza dell'integrazione dei servizi rivolti alla protezione dei bambini è sottolineata anche da O'Reilly et al. (2010). Gli autori, analizzando la letteratura sull'efficacia degli interventi centrati sulla famiglia contro l'abuso e l'abbandono dei bambini (visite a domicilio, terapia cognitivo comportamentale, terapie di gruppo e servizi intensivi di protezione familiare), sottolineano che la maggiore efficacia è associata alla combinazione di più interventi applicati simultaneamente, con un approccio comprensivo alla protezione del bambino. Essendo l'eziologia dell'abuso e dell'abbandono dei minori multi-causale, gli interventi centrati sulla famiglia devono essere configurati intorno alle persone (figli e genitori) e con loro, così da poter affrontare la molteplicità di concause che generano sofferenza e difficoltà. L'impiego di una molteplicità di interventi richiede infatti la collaborazione fra soggetti che supportano le famiglie a rischio. I servizi di protezione dell'infanzia non hanno alternative: devono lavorare insieme per rendere possibili interventi adeguati alle condizioni multifattoriali di rischio, tenendo conto dei diversi bisogni della famiglia, valorizzando capacità e potenzialità, contrastando in tutti i modi possibili i rischi di abuso e abbandono dei bambini.

Integrazione e focus sugli outcome

Horwath e Morrison (2007) evidenziano come la collaborazione nella realtà non è sempre scontata, quando la complessità si associa alla ambiguità. Gli autori analizzano anche l'andamento di livelli crescenti di collaborazione (comunicazione, cooperazione, coordinamento, coalizione, integrazione) e identificano le criticità nel passaggio al livello più elevato (piena integrazione dei servizi per bambini vulnerabili all'abuso).

Mentre tradizionalmente, nell'analisi dell'integrazione tra servizi, la letteratura ha posto l'accento sugli "output" degli interventi (ad esempio il numero di bambini serviti), non va sottovalutata l'importanza di considerare gli "outcome" centrati sui benefici per

i destinatari resi possibili dal concorso di 6 componenti integrati: fattori propri di ciascuna organizzazione coinvolta, mandato (e possibilità di agirlo in direzione di una maggiore collaborazione), partecipazione e leadership tra gli attori coinvolti, *governance* delle strutture, *governance* dei processi, misure di *outcome* (fig. 3.2).

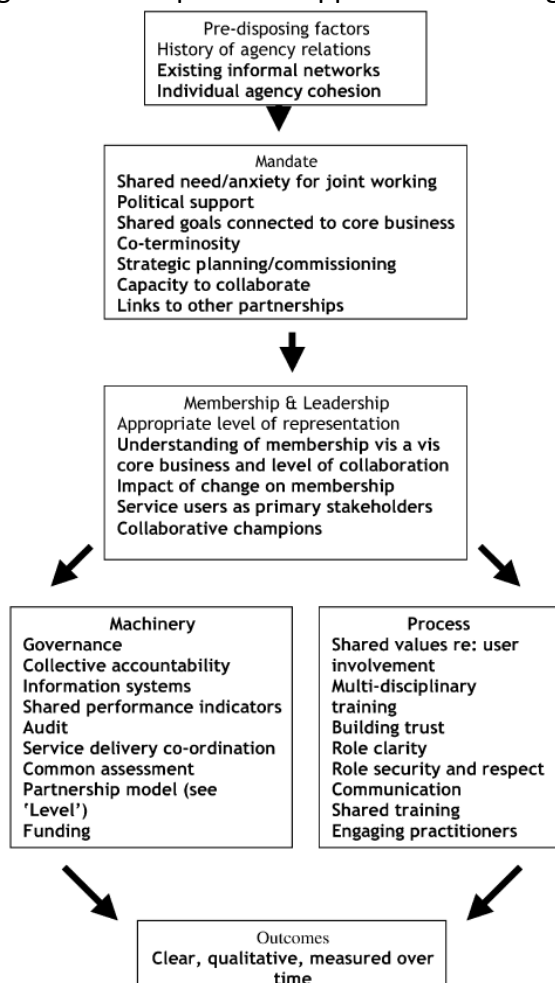
Infine, vari autori evidenziano come un orientamento all'*outcome* prevalente sull'erogazione dei servizi sia maggiormente in grado di mobilitare le energie dei professionisti e della comunità (Maluccio e altri, 2005; Canali, 2013). Un lavoro pienamente integrato richiede cioè che i diversi attori condividano responsabilità per definire e raggiungere gli *outcome* (Vecchiato, 2013).

Un rapporto di ricerca dell'ente britannico CfBT Education Trust (2010) analizza, sotto questa luce, gli approcci all'integrazione dei servizi per l'infanzia adottati da diversi stati o regioni. Il riferimento *benchmark* in questa comparazione è rappresentato dal contesto inglese. Già nel 2003 l'Inghilterra aveva dimostrato particolare attenzione alla necessità di una migliore integrazione dei servizi per l'infanzia, con la pubblicazione del *Green Paper "Every Child Matters"* (ECM), che proponeva una serie di misure per riformare e migliorare i servizi per l'infanzia. Delineava i 5 *outcome* principali per bambini e giovani⁶ (HM Treasury, 2003). Il *Green Paper* ha costituito una base di partenza per il *Children Act* del 2004 (Inghilterra e Galles), con l'obiettivo chiave di una migliore integrazione dei servizi per l'infanzia e una maggiore focalizzazione dei servizi sui bisogni di bambini, giovani e famiglie.

Ha fatto seguito il documento *"Every Child Matters: Change for Children"* (DfES-HM Government, 2004), che delineava la cornice nazionale per implementare a livello locale il cambiamento nei servizi, e *"The Children's Plan: Building Brighter Futures"* (DCSF, 2007), che poneva le fondamenta per un miglioramento delle scuole associato alla disponibilità di servizi integrati per le famiglie entro il 2020. Elementi chiave di quest'ultimo piano sono: a) assicurare che le scuole siano al centro delle comunità; b) far sì che i legami tra genitori, scuole, servizi sanitari e altri servizi per l'infanzia rimuovano le barriere all'apprendimento, alla salute, alla felicità di ogni bambino.

6. I cinque outcome più importanti, secondo il *Green Paper* citato, sono (nell'originale inglese): "Being healthy, Staying safe, Enjoying and achieving, Making a positive contribution, Achieving economic wellbeing".

Fig. 3.2. Fattori per lo sviluppo di servizi integrati



Fonte: Horwath e Morrison (2007, pag. 59).

Il rapporto evidenzia che nel complesso la *evidence base* circa l'impatto dell'integrazione sia ancora relativamente debole visto che gran parte della ricerca precedente si era focalizzata sui processi del lavoro integrato piuttosto che nella misurazione degli *outcome* resi possibili dall'integrazione (Vecchiato, 2010). In letteratura, infatti, i miglioramenti conseguiti sono spesso valutati dal punto di vista dei fornitori di servizi, dando scarsa evidenza al punto di vista dei destinatari (bambini e famiglie) (Fernandez e altri, 2015).

In base all'analisi comparata delle policy a livello internazionale, il rapporto del CfBT Education Trust sottolinea che, su 54 autorità nazionali e sub-nazionali prese in considerazione, soltanto una piccola parte stava adottando (il rapporto risale al 2010) approcci compatibili con ECM (*"Every Child Matters"*). Il rapporto suddivide gli stati esaminati in due categorie (Tab. 3.7): 1) paesi i cui documenti di policy riflettono qualche livello di integrazione nella erogazione di servizi per bambini e famiglie (educativi, sanitari, sociali) e/o stanno operando in direzione di *outcome* simili a quelli espressi dall'ECM; 2) paesi i cui documenti di policy danno scarsa evidenza alla erogazione integrata di servizi per

l'infanzia o ancor meno parlano di una gamma di *outcome* simili a quelli espressi da ECM.

Tab. 3.7. Categorie di paesi (a)

	Some integration of provision and/or outcomes similar to ECM	Little or no integration of children's services provision or similar outcomes to ECM
Home countries	Ireland	
	Northern Ireland	
	Scotland	
	Wales	
Europe	Czech Republic	Austria
	Estonia	Flemish-speaking Belgium
	Finland	French-speaking Belgium
	Germany	German-speaking Belgium
	Hungary	Bulgaria
	Italy	Cyprus
	Lithuania	Denmark
	Luxembourg	France
	Malta	Greece
	Netherlands	Iceland
	Norway	Latvia
	Poland	Liechtenstein
	Portugal	Slovenia
	Romania	Sweden
	Slovakia	Switzerland
	Spain	Turkey
Rest of world	Australia	Canada
	Australia – Queensland	Canada – Saskatchewan
	Australia – Tasmania	Korea
	Australia – Victoria	USA – Kentucky
	Canada – Alberta	
	Canada – British Columbia	
	Canada – Ontario	
	Japan	
	New Zealand	
	Singapore	
	USA	
	USA – Maryland	
	USA – Massachusetts	
	USA – Wisconsin	

(a) Australia, Canada e USA appaiono sia come nazioni che come singoli stati, per riflettere le differenze tra politiche nazionali e statali

Fonte: CfBT Education Trust (2010, pag. 6).

Malgrado quindi i molti auspici e raccomandazioni, l'obiettivo di assicurare un approccio integrato ai servizi per l'infanzia rimane *work in progress*. È misura di un'inadeguata civiltà per l'infanzia. Ha vissuto, negli ultimi 20 anni, di principi, dichiarazioni e adozioni di dichiarazioni, lasciando in ombra le responsabilità delle realizzazioni. La strada è quindi in salita e i confronti internazionali lo evidenziano impietosamente.

4. L'integrazione nelle idee condivise Tfiey

Il progetto Tfiey nel corso del tempo ha organizzato numerose iniziative di confronto e discussione con esperti impegnati nei diversi sistemi: educativo, sociale, sanitario... Come è stato affrontato il tema dell'integrazione? Quali sono stati gli aspetti messi in evidenza dai partecipanti ai seminari?

Per dare risposta a queste domande, abbiamo riletto i contenuti delle Idee condivise ed evidenziato i "passaggi" più interessanti con l'obiettivo di rappresentare la galassia e le idee della comunità Tfiey.

4.1. Integrazione istituzionale

L'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza sin dall'avvio dei suoi lavori ha evidenziato la necessità di "riavviare il confronto e la discussione con i diversi soggetti istituzionali chiamati a occuparsi di questo tema.

Agendo come punto di riferimento istituzionale e in un'ottica di ricomposizione delle diverse competenze, l'Autorità vuole affrontare questo aspetto con l'obiettivo di costruire un metodo di lavoro volto a superare le barriere che finora non hanno permesso di arrivare alla individuazione dei LEP.

In questa prospettiva si vuole (ri)partire da quanto finora prodotto ed elaborato sui livelli essenziali anche in termini di definizioni e nomenclatura dei servizi, riportando la discussione su binari condivisi in modo da creare le premesse per un lavoro che riesca a dare piena attuazione a quanto previsto dalla legge 328/2000 (lettera b), comma 1, art. 9), come poi modificato dalla riforma del Titolo V della Costituzione.

Attraverso contatti con i diversi soggetti coinvolti sia di livello istituzionale (Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca scientifica, Ministero di Grazia e Giustizia, Presidenza del Consiglio dei Ministri attraverso sia il Dipartimento per le politiche della Famiglia che il Dipartimento per la coesione territoriale, Conferenza Stato-Regioni e Conferenza Unificata, Enti Locali) che del terzo settore (associazioni, sindacati, ecc.), si vuole avviare un nuovo tavolo tecnico

a cui affidare un obiettivo specifico e delimitato alla individuazione dei LEP concernenti i diritti civili e sociali relativi alle persone di minore età” (Brunetti M., 2013).

Ceccaroni (2013) evidenzia che “L’attuale ripartizione delle competenze (...) secondo quanto stabilito dalla Corte costituzionale può essere così riassunta: ‘a) alla legislazione dello Stato spetta di definire i principi fondamentali e promuovere interventi straordinari nel rispetto dei principi di leale collaborazione con le regioni e gli enti locali; b) alle regioni spetta la competenza legislativa concorrente e le attività amministrative di programmazione, in ordine alla definizione dei criteri per la gestione e l’organizzazione degli asili, nel rispetto dei principi di differenziazione, proporzionalità e adeguatezza; c) ai comuni spetta la titolarità delle funzioni amministrative e delle attività di gestione.

Nessuna dei diversi livelli di governo ha la titolarità esclusiva della materia, né in termini di normazione, né di amministrazione, per cui questa tipologia di servizi dovrà necessariamente convivere con un quadro di riferimento multilivello’ (...).

Al fine di incrementare l’offerta è importante anche lo sviluppo della normativa regionale relativa alle procedure di autorizzazione ed accreditamento, la cui assenza o carenza in alcune Regioni impedisce l’integrazione tra pubblico e privato, ovvero l’emersione di una offerta privata regolamentata e di qualità, all’interno di una governance pubblica.

(...) L’ultimo aspetto critico riguarda l’integrazione del sistema, una integrazione che può essere declinata a vari livelli: integrazione tra pubblico e privato, tra nidi tradizionali e servizi integrativi, tra Nord e Sud, tra Stato, regioni e comuni, tra sociale ed educativo, tra obiettivi di conciliazione e diritti dei bambini. Una grande sfida, quella dello sviluppo del sistema integrato dei servizi per la prima infanzia, che richiede una forte governance multilivello”.

Rientra nella necessità di ricomposizione, indicata sopra dal Garante Nazionale, anche la questione della frammentarietà della normativa, come evidenziato da Moyersoen (2013): “La frammentarietà e mancanza di collegamento e coordinamento della normativa italiana che riguarda i soggetti di minore età, soprattutto rispetto ai minori stranieri, è sotto gli occhi di tutti e comporta non soltanto una difficoltà di lettura e di comprensione fra le varie fonti e grado delle norme da parte degli operatori, ma anche il rischio di una non applicazione corretta tenendo sempre la considerazione preminente del miglior interesse del minore rispetto ad ogni singolo caso concreto (art. 3, CRC). Sarebbe pertanto auspicabile che si cominciasse a riflettere concretamente sulla necessità di raccogliere tutta la normativa in un unico ‘codice dei minori’, che potrebbe quindi contribuire a superare le criticità sopra indicate”.

Tutto questo ha ricadute a livello locale, come precisa Pellerino (2014): “Dal punto di vista delle strategie e delle politiche di intervento, anche la Commissione Europea sottolinea l’importanza di creare collegamenti regolari e sistematici tra i settori di azione che hanno una maggiore importanza per l’inclusione sociale dei minori e di rafforzare

le sinergie tra i principali soggetti coinvolti, in particolare nei settori dell'istruzione, dell'occupazione, della salute, dell'uguaglianza e dei diritti dei minori”.

4.2. Integrazione gestionale

La questione delle barriere all'accesso rende evidente la carenza di integrazione gestionale: “Le disuguaglianze sono, paradossalmente, ancora maggiori nelle situazioni di bisogno più complesse, gravi e gravose, dove l'asimmetria informativa si fa più evidente per la fragilità della persona nell'esplicitare i propri bisogni e far valere i propri diritti, nonché per la non sempre adeguata competenza dell'interlocutore (professionale e istituzionale) nel relazionarsi con la persona stessa. In particolare, nel caso di persone con disabilità complessa, il problema dell'accesso non è di natura sporadica e transitoria, ma riguarda la loro condizione quotidiana di vita.

Questo vale ancor di più se sono presenti criticità che aumentano il rischio di discriminazione (ad esempio, migranti con disabilità complessa). È aggravato dall'insufficiente capacità dei servizi sanitari di ridurre le barriere che ostacolano lo sviluppo di soluzioni professionali e organizzative necessarie per accogliere le specifiche necessità. È cioè un problema che non dipende, come si potrebbe pensare, dalla condizione di bisogno dei soggetti, ma dalla perdurante incapacità di abbattere le barriere conseguenti alla diseguale organizzazione dell'offerta di servizi, progettata e gestita senza tener conto dei bisogni e diritti delle persone con disabilità” (Serra F., 2013a).

È Krismer (2013) che focalizzando l'attenzione sugli interventi messi in atto nella Provincia Autonoma di Bolzano evidenzia che “sarebbe comunque molto importante puntare di più sulla prevenzione, gli aiuti precoci e l'integrazione. Ciò presuppone anche un rafforzamento della collaborazione e dell'integrazione dei diversi ambiti di intervento, come per esempio scuola, settore sociale, sanità e settore lavoro, con l'obiettivo di definire obiettivi comuni ed omogenei”.

Secondo Serra (2013b) si ha la sensazione che “i processi d'integrazione tra le diverse risorse e i diversi servizi che si occupano dell'infanzia locale siano sempre più difficili e complessi da costruire e mantenere. Sembra, infatti, che ci sia stato un arretramento della rete verso interventi di tipo preventivo: arrivano sempre più segnalazioni, accanto al caso sociale “classico”, cioè caratterizzato da multiproblematicità, di un disagio relazionale diffuso su cui la rete degli adulti non si confronta.

Inoltre, alcuni operatori sostengono che spesso manca la capacità di vedere e di riuscire a distinguere la sottile soglia, il confine che esiste tra benessere e malessere. Questa difficoltà è attribuita da alcuni all'abitudine di entrare a contatto con situazioni caratterizzate da fragilità e da un disagio relazionale diffuso tra i bambini, rischiando di far diventare queste situazioni la normalità”.

Il Comune di Milano riprende le Indicazioni Nazionali per il curriculum della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione sottolineando come la scuola debba perseguire una doppia linea formativa: verticale e orizzontale.

“La linea verticale esprime l'esigenza di impostare una formazione che possa poi continuare lungo l'intero arco della vita; quella orizzontale indica la necessità di un'attenta collaborazione fra la scuola e gli attori extrascolastici con funzioni a vario titolo educative: la famiglia in primo luogo” (Miur 2012). Sottolinea Pagano e altri (2014): “Non si tratta di intessere relazioni in occasione di difficoltà o momenti critici, ma di perseguire costantemente l'obiettivo di un'alleanza educativa scuola-genitori nella quale vengano riconosciuti i reciproci ruoli e nella quale ci si supporti vicendevolmente nelle comuni finalità educative”.

Cirillo (2014), parlando di Adozione Sociale, sottolinea: “La declinazione in tre livelli di intervento appare essere al momento la modalità di funzionamento migliore: un primo livello per tutti informativo, di accompagnamento nell'accesso ai servizi e di promozione della salute, un secondo livello con percorsi personalizzati nei casi con maggiori bisogni ed un terzo livello di interventi intensivi pluridisciplinari integrati intra e inter-sistema (socio-sanitario-educativo). (...) I soggetti e le istituzioni coinvolti in questo sistema sono diversi ed a vario livello, intrecciandosi misure nazionali della fiscalità generale fino all'individuazione e applicazione di modelli territoriali di intervento in cui la prossimità rappresenta il valore imprescindibile”.

Dall'esperienza di Orsa Maggiore di Napoli si rileva che “Rapportando le aspettative delle famiglie con gli obiettivi condivisi e gli interventi attivati dagli operatori, è possibile riflettere sull'efficacia dei nostri servizi soprattutto in termini di inclusione, intesa come connessione del singolo nucleo nella rete formale e informale del territorio. Anche nei casi di famiglie numerose o allargate, infatti, l'isolamento rappresenta una caratteristica evidente del nucleo. Di fatto, non parliamo di una scarsa socializzazione con l'esterno, intesa come contatti con vicini e conoscenti, ma di una scarsa capacità nel riconoscere e attivare risorse personali e riferimenti sani per la cura e l'educazione dei bambini, così come riuscire ad orientarsi nei percorsi sanitari.

Per il 60% dei bambini, infatti, sono stati attivati accompagnamenti presso i servizi sanitari (vaccinazioni-visite pediatriche-visite specialistiche). (...) C'è un investimento nella e della rete per condividere rappresentazioni e linguaggi, costruire valutazioni condivise e poter individuare una consequenzialità e una coerenza tra problemi, obiettivi e interventi; inoltre la presa in carico è congiunta ed integrata tra servizi: questo implica la possibilità per gli operatori di posizionarsi diversamente dai servizi invianti in virtù del lavoro di valutazione sui casi pregressi” (Capasso e Viola, 2014).

Ben rappresenta Mantovani (2014) la questione della integrazione tra servizi: “La carenza di risorse e la cultura competitiva diffusa ha creato in questi anni una forte competizione tra progetti per i bambini e i genitori, ma è stata incapace di pensare ad un sistema

di servizi collegati attraverso una rete flessibile che siano, da un lato, la traduzione concreta di finalità e valori generali e, dall'altro, generino nuove proposte e pratiche che rispondano ai cambiamenti sociali, ai bisogni che cambiano.

Questa frammentazione competitiva sembra una metafora della confusione di tanti genitori bombardati dalle sollecitazioni dei media, degli esperti, della "ricerca" semplificata nei suoi esiti e disorientati nelle scelte che devono compiere per i figli. Una rete e un dialogo che crei una intercultura tra i servizi potrebbe essere un antidoto alla trasformazione progressiva e lamentata dei genitori da partner a utenti a clienti anche esosi o a casi".

4.3. Integrazione professionale

L'impatto dell'integrazione professionale è messo ben in evidenza da Fagioli (2013): "Nel corso degli ultimi 20 anni, la collaborazione multidisciplinare in oncoematologia ha prodotto un significativo miglioramento della prognosi della maggioranza delle patologie oncologiche dell'età pediatrica, che sono per lo più trattate in maniera omogenea nei paesi occidentali, con percentuali di guarigione fino al 90%.

Una mancanza di risorse economiche ed una minore propensione ad un'adeguata politica sociale hanno però prodotto un significativo divario tra i risultati ottenuti nel mondo occidentale e le possibilità di accedere a un trattamento parimenti adeguato nei Paesi in via di sviluppo. (...) Presso il nostro Centro l'accoglienza di questi pazienti ha richiesto e continua a richiedere un approccio in parte 'diverso' e sicuramente 'più impegnativo' rispetto agli altri pazienti. L'obiettivo è quello di prendere in carico in maniera globale il bambino, mettendo in atto, grazie a specifiche figure professionali, una rete di interventi integrati per affrontare, oltre al problema strettamente medico, anche quello assistenziale, sociale, scolastico, psicologico, riabilitativo che gravano in ogni patologia".

Non mancano i punti critici, evidenziati da Fagioli e Bertolotti (2013) in relazione alla loro esperienza presso la Oncoematologia: "I limiti di tempo e di risorse economiche hanno impedito che tutti gli operatori fossero coinvolti completamente nella formazione: non tutti, infatti, hanno potuto partecipare a tutti gli incontri per questioni di garanzia di copertura servizi, turnistica... Sarebbe stato necessario ripetere più volte l'intero pacchetto formativo, anche in una formula più specificatamente rivolta ai volontari. Sarebbe necessario integrare a distanza la formazione (second step). Naturalmente rimangono i limiti legati a situazioni in cui la distanza culturale è grande (soprattutto riguardante i nuclei dove il livello socio-culturale è più basso) o dove le limitazioni necessarie imposte dai trattamenti risultano per le famiglie straniere di difficile accettazione".

Anche il gruppo di professionisti della UONPIA Fondazione IRCCS "Cà Granda" dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, a proposito della riorganizzazione, evidenzia "la restituzione alle scuole di elementi utili per l'attivazione di interventi pre-

ventivi e per facilitare l'integrazione. Le trasformazioni messe in atto per l'utenza migrante hanno attivato l'interesse e l'attenzione degli operatori a modificare le modalità di accoglienza e presa in carico anche nei confronti degli altri utenti dei servizi, diventando un significativo volano di cambiamento nella direzione di un approccio maggiormente partecipativo e rispettoso" (Costantino, Mazzoni, 2013).

"L'alleanza tra i servizi educativi e sociali; la creazione di gruppi di lavoro multiprofessionali e interistituzionali, laboratori che studiano, valutano e promuovono interventi e servizi presidiandone la qualità; il coordinamento pedagogico e sociale; la creazione di luoghi e tempi per il sostegno al singolo operatore; una struttura organizzativa che sostiene la sperimentazione; una comunità attenta e solidale; scelte politiche che destinano risorse professionali ed economiche" sono i punti di forza indicati da Taddei (2013) del Comune di Pistoia per far sì che i professionisti riescano a fare integrazione vera per superare la povertà infantile e l'esclusione sociale.

Sottolinea successivamente: "Assumere la prospettiva dell'integrazione delle competenze e delle risorse. La costruzione di partnership reali fra le risorse familiari, della rete sociale e dei servizi, è un obiettivo cruciale. È quindi necessaria una collaborazione tra i diversi sottosistemi: sociale, sanitario, scolastico, giuridico. Collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale, realizzata grazie anche alla definizione chiara delle competenze, dei ruoli, delle possibilità di lavoro comune, delle partnership fra pubblico e privato" (Taddei, 2014).

Tra le esperienze riportate, quella di Save the Children "La collocazione del servizio all'interno delle aziende ospedaliere, permette una stretta collaborazione – anche in termini di reciproco invio di utenza e monitoraggio di casi – con il personale sanitario dell'ospedale e con i servizi del territorio (principalmente consultori). In questo senso, le situazioni di particolare fragilità sono prese in carico e, se necessario, accompagnate durante tutto il percorso nascita, che inizia con la gravidanza e finisce idealmente con il compimento dell'anno del bambino" (Anzideo, 2014).

La Regione Toscana evidenzia una modalità inusuale di fare "integrazione professionale" a partire dall'integrazione istituzionale.

A proposito del Centro di analisi sull'infanzia e l'adolescenza, Baggiani (2014) evidenzia: "Fin dalla sua istituzione, il Centro si è andato configurando come strumento privilegiato per la conoscenza, l'approfondimento e l'analisi sulla condizione dei minori in Toscana, a supporto dell'attività di programmazione, indirizzo e coordinamento svolta dalla Regione e per il sostegno all'attuazione degli interventi di livello locale. L'investimento assicurato nel corso degli anni ne ha poi rafforzate le competenze tecnico-scientifiche, contribuendo a definire un ambito qualificato di scambio, confronto e coinvolgimento degli operatori che, attraverso le attività per la manutenzione ordinaria delle banche dati, condividono anche obiettivi, problematiche e possibili soluzioni". (...) L'aspetto di valore di questo sistema di conoscenza è affidato a due elementi consolidati, come l'individuazione e

la definizione degli indicatori utili al monitoraggio insieme agli operatori territoriali e la costante restituzione/fruizione di quanto raccolto. In questo contesto di autentica condivisione è stato possibile, nel corso degli anni, fare del Centro e dell'Osservatorio regionali degli strumenti duttili, da modellare sui processi di cambiamento che hanno attraversato i servizi e i bisogni.

Non mancano le difficoltà, come evidenziata da Bartolomei (2013): “La progressiva riduzione delle risorse professionali del sistema pubblico, determinata anche dal blocco del turn over, si accompagna alla precarizzazione del lavoro, all'esternalizzazione di funzioni istituzionali, alla conseguente discontinuità nei percorsi di accoglienza e accompagnamento delle persone. In mancanza di una politica sociale concretamente ‘integrante’ (rispetto alle risorse) ed inclusiva (rispetto alle persone), le risorse sociali della comunità, spesso, sono relegate a funzioni surroganti e autocentrate. Le politiche locali sempre più orientano, riduttivamente, l'attenzione al ‘bisogno’ con la riproposizione di una visione riparativa e prestazionale”.

Nell'esperienza del Servizio Cerco Asilo dell'IRCCS-Fondazione Stella Maris, “viene avviato il lavoro di costruzione della rete, attraverso i contatti con i servizi territoriali, le scuole materne, i pediatri di base, per agganciare l'intervento alla realtà di territoriale di provenienza del nucleo, aiutare a ponderare e ricalibrare gli obiettivi in funzione delle risorse dell'ambiente, definire azioni coerenti e condivise tra tutti gli operatori coinvolti nella gestione del caso.

Nella elaborazione del progetto per la singola famiglia l'obiettivo è quello di costruire delle equipe a ponte tra i diversi servizi in modo da verificare insieme gli obiettivi e i risultati raggiunti. L'azione del Servizio si colloca pertanto a ponte tra il primo e il secondo livello, tra prevenzione primaria e secondaria, in un certo senso per prevenire che lo svantaggio sociale si trasformi in problema sanitario” (Maestro, 2014).

Milan (2014) evidenzia una questione molto importante che riguarda l'integrazione tra professionisti di servizi diversi: “stanno aumentando progressivamente anche i segnali e le manifestazioni di disagio, che riguardano in particolar modo bambini/e migranti e che si evidenziano inizialmente con l'ingresso alla scuola dell'infanzia.

Si tratta, nella maggior parte dei casi, di un disagio di natura psico-sociale, pervasivo e diffuso, che “genera” in alcuni casi problemi di comportamento e nell'apprendimento. In queste situazioni facilmente possono sorgere dei conflitti tra educatori, operatori sociali e famiglie migranti, perché risulta difficile alle diverse parti sociali condividere i compiti e gli obiettivi dell'azione educativa (se non si opera in stretta collaborazione). Le istituzioni scolastiche, a tutti i livelli (nido, infanzia, primaria, secondaria), hanno un ruolo fondamentale nell'evidenziare le varie forme di disagio. Infatti nella scuola si confrontano e si scontrano sistemi normativi diversi, abitudini e comportamenti legati a tradizioni culturali apparentemente inconciliabili.

È necessario perciò proporre servizi che favoriscano la comunicazione fra tutti i partner, valorizzando il ruolo cruciale che i genitori migranti possono svolgere nell’accompagnamento dei propri figli verso la partecipazione e l’integrazione nel tessuto sociale”.

4.4. Integrazione comunitaria

Sono soprattutto i soggetti del privato che evidenziano la necessità di integrazione comunitaria: “L’incontro tra famiglie sostiene senza dividere, spostando l’ottica dell’intervento sull’intero nucleo familiare. Affinché sia efficace, il progetto deve essere sviluppato in collaborazione con i servizi sociali e le realtà associative dei territori sui quali si interviene ed è quindi fondamentale conoscere le dinamiche del contesto politico-sociale di riferimento. Paideia crede e sostiene una prospettiva d’azione multidisciplinare, basata sul consolidamento delle partnership tra enti pubblici e soggetti privati e sul coinvolgimento degli attori sociali presenti sul territorio” (Serra, 2013a).

A fronte delle carenze derivate dalla mancata integrazione tra servizi sempre Serra (2013b) esprime la necessità di “investimento in azioni di tipo preventivo, da orientare su due versanti: da una parte il lavoro ‘sulle e con le genitorialità’ e, dall’altra, il lavoro ‘sul e con il territorio’. Il lavoro sul e con il territorio implica riprendere il filo di politiche pubbliche a favore dell’infanzia che nel chierese, per molti anni sono state sviluppate e che hanno dato luce a servizi e opportunità offerte ai bambini e alle famiglie. Tutto ciò richiede per una comunità locale un’assunzione di responsabilità in riferimento a un duplice impegno: aumentare nel tempo consapevolezza e competenze della comunità e dei soggetti che in essi operano e aumentare le possibilità di azione e di incontro con bambini e famiglie”.

Anche Belletti (2013) “sottolinea la possibilità di valorizzare e promuovere – ma anche di scoprire e ricercare – le potenzialità residue e la capacità di resistenza e di resilienza delle reti familiari primarie e del loro ‘interno relazionale informale’, attraverso progetti di cooperazione e di sostegno che vedano gli operatori sociali pubblici e privati in funzione di sostegno alla “riabilitazione relazionale” dei sistemi familiari e relazionali primari”.

Emerge “la frammentazione e la non integrazione che caratterizza i processi di aiuto. Spesso l’offerta di servizi e possibilità è ampia, ma quello che è molto debole (se non assente) è la presenza di uno sguardo complessivo sulla famiglia, che tenga conto e integri i diversi aspetti, non concentrandosi soltanto sul singolo deficit o problema contingente. Questo implica, qualche volta, anche l’emergere di una dimensione d’incoerenza tra gli interventi ricevuti, mossi ciascuno da un particolare punto di vista e in funzione di un particolare obiettivo.

Un secondo aspetto che ricorre molto frequentemente nelle storie familiari è il ruolo assegnato alle famiglie: sovente, infatti, le famiglie sono considerate ‘fruitori’ di inter-

venti, destinatari passivi. È poco presente la dimensione del protagonismo, che rischia di essere percepito come elemento di criticità nel processo terapeutico o sociale, in quanto spesso portatore di antagonismo con gli operatori professionali (Serra 2014). Secondo Fiaschi e Martinelli (2014) “la proposta educativa deve essere il frutto della collaborazione dei diversi soggetti che partecipano della crescita del singolo bambino. Ecco che allora la nostra concezione di servizio all’infanzia assume le sembianze di un villaggio: l’apertura al territorio è funzionale alla costruzione di una comunità in cui la responsabilità della crescita dei suoi componenti venga assunta collettivamente. Il nostro modello è quello dei servizi di comunità, calati nella realtà sociale circostante e ad essa aperti, a partire dal contributo delle famiglie e dal protagonismo dei genitori. Per questo, così come cambia la realtà circostante e i soggetti che la abitano, necessariamente anche il servizio è sottoposto a un processo di revisione e attiva percorsi di miglioramento continuo e di confronto con altri servizi. Un confronto che riteniamo facilitato dallo stare in rete”.

Le esperienze di integrazione comunitaria non mancano. Tra queste quella del Comune di Castelnuovo del Garda e del Piano Integrato delle Politiche Familiari. “Uno degli obiettivi di questo Piano Integrato è quello di riavvicinare la politica e la comunità, un modo partecipativo che nasce dal basso, in grado di cogliere e di soddisfare i reali bisogni della persona, della famiglia e della comunità sociale, cercando di controllare, e non più solo subire, l’inesorabile costante e rapido cambiamento imposto dalla globalizzazione e dal mondo della finanza. Molti sono i progetti che interessano la prima infanzia e di particolare impegno economico sono quelli relativi all’edilizia scolastica, interventi peraltro obbligati dallo sviluppo demografico e dall’incremento delle nascite degli ultimi anni” (Bernardi, 2013).

Rispetto al concetto di Fondazione di comunità, Rizzo (2014) sottolinea che “Il principio di sussidiarietà è alla base di un welfare plurale: tale principio orienta le relazioni tra gli attori sociali, in primis tra stato, mercato, terzo settore e famiglie.

Va precisato che il legame tra famiglia e terzo settore è strategico nell’area dei servizi alla persona, in quanto la famiglia è soggetto in grado di autocertificare i bisogni di attenzione alle relazioni di cura e di salute che la caratterizzano come nucleo e di cui sono portatori i suoi membri. Come tale la famiglia interpella gli altri attori sociali, in particolare i soggetti afferenti al terzo settore, nella ricerca di risposte ai propri bisogni, è al tempo stesso protagonista diretta della risoluzione dei propri bisogni e, in questa veste, può essere soggetto attivo all’interno della progettazione sociale ed educativa dei servizi a cui si rivolge, anche nella cura dell’infanzia.

L’idea di base della Fondazione di Comunità è quella di creare un percorso virtuoso in cui il rilancio socio-economico del territorio passi dalla lotta alle mafie, dalla creazione e rafforzamento delle economie locali, dagli investimenti in innovazione e ricerca, dall’utilizzo di risorse energetiche rinnovabili. Fare sistema.

Utilizzare i territori confiscati alle mafie per creare occasioni di lavoro, utilizzare i saperi dell'Università e dei suoi dipartimenti per l'innovazione tecnologica, utilizzare le energie rinnovabili per la salvaguardia dell'ambiente. Il tutto attraverso progetti che, grazie all'intreccio di questi settori e competenze, siano totalmente sostenibili sotto il profilo economico-finanziario”.

5. Alle radici dell'integrazione

5.1. Famiglie: da destinatarie a soggetti

Le famiglie fragili sono tra i destinatari frequenti e difficili dei servizi sociali, sanitari, educativi... Basti pensare ad una famiglia in difficoltà economiche che vive una crisi dovuta a separazione conflittuale oppure all'insorgere di problemi di salute di uno dei genitori. Le prestazioni si moltiplicano, le famiglie diventano "oggetto" di interventi diversi che non riescono a farle uscire dalle difficoltà. Spesso può accadere che le situazioni negative si cronicizzino e si trasmettano di generazione in generazione (Bianchi, 1989). Mounier (1964), con riferimento al servizio sociale, affermava: "lo tratto il prossimo come un *oggetto* quando lo tratto come un assente, come un repertorio di dati di cui servirmi..., quando lo catalogo arbitrariamente, ciò che, ad essere precisi, significa disperare di lui. Trattarlo come un *soggetto* significa riconoscere che non lo si può definire, classificare, che è inesauribile, colmo di speranze, e che egli solo può disporre delle sue speranze: significa fargli credito".

"Trattare da soggetti" è rispettare e promuovere l'autonomia e le responsabilità, ma il rischio è che rimanga "idea", che non diventi modalità concreta di intervento dei servizi e degli operatori. Un passo avanti è stato facilitato dalla riflessione sui *bisogni*. "Nel momento in cui si connotano dei bisogni, questi, per il semplice fatto che sono nominati, hanno un titolare, hanno un soggetto che li individua" (De Sandre, 1983). Il mettere al centro i bisogni degli utenti è importante perché si propone di superare la logica del rispondere solo in base all'offerta. L'importante è vedere il problema dei bisogni sulla base di chi vive e li definisce per individuare processi in cui i soggetti vivono ed esprimono le proprie tensioni tra necessità e aspettative.

Per questo bisogna insistere maggiormente sull'importanza di porre attenzione ai "soggetti". Esprimo *aspirazioni, desideri, aspettative*, per dare la possibilità ad altri soggetti, in dialogo con loro, di tenerne conto. Le esigenze di rispetto insite in questa prospettiva non bastano a descrivere la forza e la carica motivazionale che chiede di

camminare in questa direzione.

Gli “utenti”, in particolare i più problematici, possono diventare una somma di bisogni, con il risultato di favorire dipendenza e passività. Non sono interlocutori e non sono persone. Dovrebbero esserlo se messi in condizioni di riconoscimento per guardare oltre il ricevere, per poter scegliere, pur con tutti i limiti e i condizionamenti che ogni responsabilità di scegliere porta con sé.

Le stesse risposte non possono infatti diventare azioni replicate, con vuoti da riempire e prodotti standardizzati da offrire ad un’utenza che si adatta all’offerta, mortificando le potenzialità, oscurando le positività, senza promuoverle, limitandosi alle negatività da riparare.

Rogers (1970) osservava: “Se accetto l'altra persona come qualcosa di fissato, diagnosticato e classificato, già modellato dal suo passato, faccio la mia parte per confermare la mia ipotesi limitata. Se invece accetto l'altro come impegno in un processo di sviluppo, allora faccio tutto ciò che posso per confermare o stimolare le sue potenzialità”.

Riconoscere le potenzialità è prima di tutto consapevolezza di entrambi e fiducia in entrambi. Si può pensare di aiutare gli “utenti” ad utilizzare risorse sociali e istituzionali ma si può operare anche oltre, molto oltre, facendo spazio alle persone, alle loro capacità e potenzialità, assumendosi responsabilità nell’esprimerle e realizzarle.

In questo modo si sottolinea l'importanza dei piccoli passi, misurati secondo il ritmo di chi li fa, così da discernere e superare i condizionamenti (Berry e altri, 2006). Il raggiungimento di traguardi seppur piccoli apre altre possibilità. Viceversa un insuccesso, reso possibile da obiettivi predeterminanti, rallenterà o ridurrà la fiducia necessaria per modificare la condizione di bisogno.

Da “destinatari” a “soggetti” significa accettare di non dare aiuto senza aiutare, di non dare sostegno senza sostenere, accompagnamento senza forzare il passo, per “curare prendendosi cura”. Significa in definitiva cercare risposta alle domande delle persone, con uno strumento attivo che è “aiutare ad aiutarsi” come guida dell’intervento professionale (Canevini, 2002).

5.2. Ostacoli e resistenze

Il quarto seminario Tfiy sulla valutazione dei servizi per la prima infanzia ha messo in evidenza la necessità di non fermarsi a intuizioni generiche, di motivare sulla base di dati precisi i perché delle scelte, con indicatori che descrivono il cambiamento e aiutano a leggere l'efficacia, condividendola (Quaderno 4 Tfiy).

Si tratta di un’azione complessa. Implica contemporaneamente analisi e sintesi, capacità di vivere relazioni in cui entrano in gioco elementi esistenziali e professionali. Richiede conoscenze tecniche e metodologiche, capacità di riflessione, riconoscimento dell’altro, ascolto e condivisione del bene possibile.

Non basta conoscere, classificare i bisogni, mappare le risorse, senza capire cosa sta avvenendo. Il rischio ricorrente è infatti mettere al centro le ragioni professionali, organizzative, le disponibilità, i problemi di gestione. Il lavoro con le famiglie non è facile e diventa anzi più difficile se ricorrono i rischi appena descritti.

Il *lavoro pluriprofessionale* comporta un doppio riconoscimento “degli altri professionali” e “degli altri persone”, genitori, madri, padri, figli. Elisa Bianchi (1989) aveva prefigurato tutto questo, dicendo quanto fosse necessario individuare le potenzialità, le possibilità di cambiamento, imparando a prefigurarsi anche i piccoli miglioramenti sui quali far leva per ulteriori esiti.

Diventare soggetti, crescere nella capacità di prendere decisioni, interloquire con chi opera nei servizi, uscire dal circolo vizioso dell'emarginazione, fare cose “normali” (riuscire a scuola, andare al lavoro, accudire la casa, fare le pulizie, rispettare gli orari, ecc.); resistere al logoramento dell'emarginazione, migliorare qualcosa nella propria vita, migliorare qualcosa nella propria famiglia..., sono altrettanti frammenti di un mosaico che può prendere forma, comporsi, rivelare immagini inedite, impensabili nel disordine delle tessere scomposte. ¶

Per questo vanno riconosciuti gli spazi originali e personali di intervento, anche quando non sembra esserci speranza, come avviene nelle situazioni di *cronicità* umana ed esistenziale. ¶ Le famiglie fragili, in difficoltà, con molti problemi non sono necessariamente croniche. Cronica è la compresenza di lunga durata di elementi intrecciati tra loro, difficilmente isolabili, difficilmente sbrogliabili. In questi casi serve aiuto capace di aiutare, rispettando e valorizzando, senza sostituzioni prescrittive. Riducono l'altro a utente, assistito, a destinatario di prestazioni e servizi e non soggetto e persona.

Va quindi riconosciuta la cronicità che è frutto di interventi senza le persone. Hanno creato dipendenza e passività e questa cronicità non va confusa con la “cronicità” dello svantaggio che si protrae, che richiede aiuto per colmarlo, per lungo tempo, così da convivere attivamente con i problemi. ¶

Nelle azioni poco integrate spesso le famiglie fragili, con problemi concomitanti, diventano motivo di attenzione e di intervento da parte di vari operatori, servizi, volontari. Si intrecciano così valutazioni diverse, strategie diverse, interventi, mentre manca un progetto unitario.

La poca integrazione può favorire nelle famiglie modi impropri di utilizzare gli aiuti, specialmente quelli materiali, senza preoccuparsi se siano finalizzati e con obiettivi concordati. Servono ma non aiutano, assistono ma non emancipano. L'essere oggetto di molti interventi, tra loro indipendenti, non favorisce la possibilità di diventare soggetti. Alimenta, al contrario, la passività tipica delle situazioni assistenziali, che si trasformano in dipendenza e aggressività, invece che in autonomia e responsabilità.

In questi casi un compito importante degli operatori – a qualunque sistema appartengano – è cercare di comunicare “con tutti e tra tutti”, per rapportarsi insieme, per capi-

re come fare la propria parte, per gestire in modo essenziale le informazioni e trasformarle in ambizioni, attese condivise, con attenzione, rispetto, valorizzazione delle esigenze, salvaguardando la dignità della famiglia e dei suoi componenti.

5.3. Riconoscere nelle persone ogni persona

Quanto più si allarga la rete dei sostegni, maggiore dovrà essere la cura perché ogni soggettività venga valorizzata, responsabilizzata, così che la famiglia possa essere/diventare soggetto attivo. La verifica serve a questo, capire se l'azione è unitaria, anche dopo la fase di ideazione e progettazione, se le prestazioni non diventano il contrario dell'aiuto, se le libertà si trasformano in responsabilità condivise, se l'attenzione alla dimensione familiare non soffoca l'interesse per ciascun componente della famiglia per la sua crescita, i propri spazi di autonomia, sia esso figlio o genitore. Ragionare e operare in questi termini consente di aiutare anche le famiglie fragili, così che possano passare da destinatarie (di interventi) a soggetti.

L'identità e l'azione professionale diventano ricche e feconde quando sono capaci di affrontare sfide difficili come queste, facendo leva sulle specificità, parlando, dialogando, confrontandosi con gli altri, con le altre professioni, con i loro contenuti scientifici, le loro opzioni metodologiche, i risultati e gli esiti.

La professionalità agisce nella quotidianità, consapevole di quello che sa fare, di quello che deve fare, di quello che può fare. Il contenuto di ciascuna di queste domande mette in sequenza: *perché* → *con chi* → *come*. Nel gioco abile e combinato di queste domande si esprime una sapiente competenza professionale che, per dare risposte ai passaggi obbligati della sequenza, deve passare dal sé al noi (Canevini, 2002).

È competenza che nasce dall'identità professionale, da un campo professionale che si estende a un contesto di relazioni. Le relazioni per loro natura spingono a modi di pensare e agire plurali. "A livello professionale non si può parlare di azione efficace se non su scala plurale" (Vecchiato, 1989). Il linguaggio plurale paradossalmente specifica meglio l'identità professionale e personale, aiuta a definirla, ad esprimerla, mette in gioco le sue potenzialità. Sono un insieme di azione pubblica e privata, sociale e personale, soggettiva e interpersonale, dove altruismo ed egoismo, vocazione e interesse, passione e calcolo, agiscono in tensione e rendono possibili modi di pensare e di agire plurali. I molti soggetti, che oggi sono attivi in diversi ambiti di azione sociale, non possono che essere così, plurali, visto che lo sono, che non possono pensarsi come pianeti indipendenti della galassia a cui appartengono. All'interno dei servizi per l'infanzia e la famiglia, l'efficacia dell'azione, riguarda la persona, la famiglia, la piccola comunità in cui questo avviene, in uno spostamento continuo dal singolare al plurale.

Chi cerca di operare così non può non impegnarsi a rompere gli steccati (disciplinari, ordinamentali, organizzativi...). Sono barriere che spesso nascono dall'impenetrabilità

dei linguaggi, delle posizioni gestite a rendita personale, dei piccoli poteri incapaci di servire, di costruire condizioni per aiutare ad aiutarsi. I muri non riguardano solo l'offerta pubblica ma anche gli orti chiusi del privato sociale e del volontariato. Riguardano tutti quelli che pensano di affrontare i problemi umani complessi con mezzi troppo semplici, cioè se stessi e poco altro.

5.4. Esercizi condivisi di responsabilità

La titolarità plurale è esercizio condiviso di responsabilità. Per questo non è facile, è titolarità dinamica di competenze da comporre e ricomporre intorno ai problemi, dentro spazi di vita personali, familiari, cioè inediti e non replicabili in forme prestazionali. Il riconoscimento delle identità, delle titolarità e delle responsabilità può facilitare il passaggio da destinatari a soggetti. Le condizioni facilitanti sono ad esempio le seguenti:

- attraverso una mentalità plurale si rispetta il profilo professionale e si supera la logica del linguaggio dei mansionari;
- si supera la rigidità della logica compiti/funzioni, che segmenta le professionalità dividendo il servizio professionale in cose da fare, compiti da eseguire, obiettivi da perseguire, con occhi monoprofessionali;
- si valorizza la propria specificità se aiutata a meglio esprimersi nel confronto con altre specificità, ci si confronta fra diversi, ma non fra omologati;
- si apprezza (nel lavoro sul campo) la pluralità delle competenze, assicura maggiore creatività, fantasia, innovazione nella progettazione e in tutte le fasi degli interventi;
- si verifica un più alto livello di produttività, oltre il lavoro individuale e del servizio nel suo insieme;
- si è stimolati a cercare, nel contesto del servizio e nel contesto ambientale, tutti i possibili soggetti e tutte le possibili modalità di partecipazione e cooperazione;
- ci si accorge che con i colleghi, i volontari, le risorse della comunità si possono avere rapporti diversi dal solo rapporto d'uso;
- si constata che lavorare insieme, con obiettivi comuni, comunicati, condivisi, il lavoro quotidiano diventa più facile, gratificante, alimenta senso di appartenenza, sviluppa un forte “we feeling”, è persino più divertente;
- anche i rischi di crisi e di onnipotenza possono essere contrastati, i “vorrei, ma non posso”, i fenomeni di “burn out”;
- si scopre che la strada dell'integrazione è possibile, non è difficile, se liberata dalle barriere e dagli ostacoli che impediscono di vedere e di fare il bene.

5.5. Dalla partecipazione parlata all'integrazione delle responsabilità

Questi sforzi convergenti hanno come traguardo la possibilità di trasformare i modi stessi dell'incontro tra servizi e famiglie. La partecipazione delle famiglie è stata auspicata, incoraggiata, è diventata presenza, confronto di idee, condivisione di problemi e soluzioni. Ma il livello dialogico ha prevalso e non ha reso possibili incontri più profondi. In questo modo la partecipazione si è fermata al coinvolgimento, alla concertazione poco vissuta, dichiarata, ma non agita nella quotidianità, nelle pratiche, nei servizi e negli spazi di vita.

Lo stallo è evidente, produce scoraggiamento, ripiegamento nella standardizzazione qualitativa dei processi, senza le persone, senza vivificare le pratiche, senza integrazione vera e profonda, oltre i limiti della integrazione istituzionale, gestionale, professionale e comunitaria.

I limiti sono riconoscibili nei deficit di personalizzazione, nella difficoltà di fare spazio alle persone, perché siano centro e non periferia dei modi di affrontare i problemi.

La sussidiarietà che non scende fino alle radici dell'umanità (di ogni persona) rimane intermedia, limitata, delegata ai solidali e ai solidaristi, non ingaggia le capacità di ogni individuo, che così non ha modo di essere riconosciuto come persona e valorizzato nelle sue capacità e responsabilità.

Quello che è mancato negli sforzi di promuovere l'integrazione ai diversi livelli è un centro gravitazionale. I livelli di integrazione, che abbiamo descritto nel primo capitolo, non possono essere centro. Si è visto che quando ognuno di essi ha cercato di esserlo i risultati sono stati insoddisfacenti. Se la persona diventa centro di gravità l'universo delle responsabilità e delle capacità prende invece una forma compiuta. Quelli che prima sembravano elementi portanti ritrovano la loro dimensione propria, strumentale e di servizio, orbitante intorno ad un centro vivo e umano, le persone, che sono nello stesso tempo problema e potenzialità.

In un universo così configurato i pianeti hanno una vera fonte di luce e di forza. Ruotando concorrono a delineare campi di forze in concorso tra loro. Volendo possono armonizzarsi, anche per evitare le eclissi delle capacità e delle responsabilità. La fonte di energia sono le persone e non potrebbe essere diversamente. Da satellitari e destinatarie possono diventare soggetti, cioè fonti attive e responsabili di un destino che riguarda genitori e figli, comunità di genitori e figli, dentro spazi di vita più accoglienti.

Il futuro dell'integrazione va in questa direzione, oltre i livelli statici di raccordo collaborativo tra entità, mettendo al centro i problemi e le persone che li esprimono. Chi li esprime li conosce e li vive di più, più intensamente di qualunque altro. Avrà quindi maggiori ragioni per affrontarli, per accettare di farlo in modo integrato, quando i problemi sovrastano tutte le parti in concorso, perché sono a responsabilità limitata dalle competenze, dalle risorse, dai ruoli, dalle funzioni operative.

Il passaggio da destinatari a soggetti può quindi rappresentare un salto di paradigma per l'integrazione e per le pratiche partecipative, in un universo dinamico centrato su bisogni e responsabilità, problemi e potenzialità, con intorno risorse e limiti, insieme disposti a diventare universo generativo. Responsabilizzare, rendere, rigenerare sono la sintassi elementare di un welfare che da assistenziale diventa generativo. La prima infanzia è l'ambiente migliore per capirlo e praticarlo.

Scheda sugli strumenti giuridici per l'integrazione

Negli ultimi anni le riforme che hanno interessato il settore pubblico sono state spesso indirizzate alla ricerca della governabilità dei processi, soprattutto quelli che per essere efficaci dipendono da una nuova visione delle responsabilità in gioco per produrre risultati validi. Questo trova chiari riflessi nella semplificazione delle procedure e nella maggiore responsabilizzazione dei soggetti titolari di funzioni pubbliche.

Questi cambiamenti sono stati accompagnati da altre evidenze: l'allargamento del sistema delle responsabilità, i nuovi modi di concepire i rapporti tra produttori pubblici e privati nell'area dei servizi alle persone, il riconoscimento della necessità (strutturale) di collaborare a diversi livelli, senza confondere quello politico con quelli gestionali.

Tutto questo dipende anche dalla disponibilità di strumenti giuridici capaci di rispondere in modo efficace all'esigenza di disciplinare i rapporti tra soggetti diversi (pubblici e privati, non profit e profit) e di promuovere l'integrazione nelle sue diverse declinazioni⁷.

La moltiplicazione delle fonti di disciplina dei rapporti tra soggetti istituzionali, gestori pubblici e no profit, enti associativi, cittadini, rende il quadro degli strumenti giuridici che regolano e promuovono l'integrazione piuttosto complesso.

La legislazione regionale in ambito sociale, sanitario, educativo, in materia di organizzazione dei servizi, di partecipazione dei cittadini, ha introdotto varie forme di strumenti di raccordo e regolazione dei rapporti. Lo sforzo fatto in questa sede è quello di "tornare ai fondamentali" e proporre una classificazione degli strumenti il più possibile incentrata su caratteristiche formali e sostanziali omogenee.

Alcuni strumenti possono essere utilizzati per regolare più tipi di integrazione, a seconda del loro contenuto, altri invece sono più marcatamente utilizzabili in ambiti specifici: gestionali e organizzativi, professionali, comunitari.

7. Gli schemi successivi sono stati elaborati nell'attività di ricerca della Fondazione Zancan a cura di Fortunato Rao.

In letteratura si sottolinea come l'esercizio delle funzioni pubbliche sia sempre più orientato a procedure collaborative e fondate sul consenso delle parti interessate, piuttosto che sull'utilizzo di poteri autoritativi (Allegretti, 2009; Cassese 2012). Di conseguenza, l'utilizzo di strumenti di raccordo, collaborazione, partenariato ha avuto una grande espansione in tutti gli ambiti di intervento delle amministrazioni pubbliche.

Nell'ambito dei servizi alla persona, e nello specifico dei servizi per la prima infanzia, la ricerca di forme di collaborazione interistituzionale e di vera e propria integrazione ha avuto un'evoluzione "forzata" dalla necessità di trovare soluzioni che permettessero di rispondere alle esigenze di cura e di sostegno espresse dalle famiglie e contestualmente di far fronte alle richieste di ottimizzazione delle risorse e di recupero di efficienza dell'organizzazione pubblica.

Di seguito, per ognuno dei tipi di integrazione individuati si propone una esemplificazione di strumenti utilizzabili, le fonti principali di disciplina, le caratteristiche attuative necessarie perché vi sia reale integrazione, eventuali esperienze significative di applicazione nell'ambito dei servizi e delle politiche rivolte ai bambini di età prescolare.

a. Strumenti per l'integrazione istituzionale

L'integrazione istituzionale è pensata per gestire unitariamente le diverse fonti di risorse (sociali, educative, sanitarie ...) e per facilitare il governo di sistemi territoriali su cui insistono una pluralità di istituzioni con competenze analoghe.

La formalizzazione dell'integrazione istituzionale può avvenire attraverso strumenti di raccordo e collaborazione su determinati ambiti di intervento o obiettivi (con accordi di programma, convenzioni, ecc.) oppure tramite l'istituzione di enti di secondo livello, cui le diverse istituzioni aderenti conferiscono risorse e funzioni per settori specifici o per macroaree di intervento (consorzi, unioni di comuni).

Tab. 1 - Principali strumenti per l'integrazione istituzionale

Strumento	Riferimento normativo principale	Caratteristiche qualificanti ed esemplificazioni
1. Accordo tra amministrazioni	Art. 15 legge 241 del 1990	Le amministrazioni pubbliche possono sempre concludere accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune. Questo tipo di accordo ha un carattere generale: può promuovere integrazione laddove favorisce la condivisione di obiettivi, il coordinamento di politiche, ecc. <i>Un esempio interessante di questo tipo di accordo è il protocollo di intesa siglato tra Azienda ospedaliera Santa Maria Nuova di Reggio Emilia e Istituzione scuole e nidi d'infanzia del Comune di Reggio Emilia nel 2008.</i>

Strumento	Riferimento normativo principale	Caratteristiche qualificanti ed esemplificazioni
2. Accordo di programma	Art.34 dlgs 267 del 2000	<p>L'accordo di programma disciplina il coordinamento delle risorse e delle responsabilità istituzionali a livello locale tra pubbliche amministrazioni per il perseguimento di obiettivi specifici di interesse comune, tra cui la gestione e l'integrazione di servizi sociali, sanitari, educativi.</p> <p>Dagli accordi di programma possono derivare le convenzioni che regolano il rapporto tra enti pubblici e tra enti pubblici e soggetti privati per la gestione dei servizi (v. infra).</p> <p><i>L'esemplificazione più frequente dell'utilizzo di questo strumento nell'ambito dei servizi alla persona riguarda l'adozione degli strumenti di programmazione territoriale in ambito sociale e sociosanitario (Piani di zona).</i></p>
3. Convenzione	Art. 30 dlgs 267 del 2000	<p>Finalizzata a svolgere in modo coordinato funzioni e servizi determinati o per la gestione a tempo determinato di uno specifico servizio. Può prevedere la delega ad uno dei soggetti firmatari oppure la costituzione di uffici comuni. È lo strumento con cui gli enti locali conferiscono le funzioni fondamentali agli enti di secondo livello (v. sotto).</p>
4. Unioni di comuni	Art. 32 dlgs 267 del 2000	<p>Ente locale di secondo livello, costituito da più comuni territorialmente contigui, dotato di autonomia regolamentare, impositiva e di spesa, finalizzato all'esercizio associato di più funzioni e servizi.</p> <p>Di recente è divenuta la forma "prevalente" di razionalizzazione degli enti locali, con interventi normativi che ne hanno previsto l'adozione obbligata per i piccoli comuni per l'esercizio delle funzioni fondamentali, tra i cui i servizi sociali (decreto legge 78/2010, convertito dalla legge 22/2010).</p>
5. Consorzi	Art. 31 dlgs 267 del 2000	<p>Dopo lo scioglimento "obbligatorio" dei consorzi di funzioni istituiti tra enti locali previsto all'art. 2, comma 186, lettera e), della legge finanziaria statale 2010 (legge 191/2009), che sembrava porre fine all'esperienza dei consorzi intercomunali per lo svolgimento delle funzioni in materia di servizi sociali, l'art. 9 della legge 135/2012 (che ha convertito il decreto legge 95/2012) ha introdotto il comma 1-bis che consentiva in forma specifica il mantenimento dei consorzi comunali nelle materie socioassistenziali. È quindi ancora possibile per</p>

Strumento	Riferimento normativo principale	Caratteristiche qualificanti ed esemplificazioni
		<p>gli enti locali associarsi in consorzi: l'integrazione istituzionale diventa funzionale all'integrazione gestionale per attività specifiche a favore delle comunità locali.</p> <p><i>Un esempio significativo di consorzio in ambito socio-sanitario è l'esperienza delle Società della Salute promossa dalla Regione Toscana, avviata nel 2004 e oggi in fase di revisione, che ha a oggetto la programmazione unitaria e la gestione dei servizi socio-sanitari territoriali a livello di zona distretto e che vede associati i comuni e l'azienda sanitaria locale.</i></p>

Box 1- Esempi di strumenti giuridici per l'integrazione istituzionale di recente introduzione regionale

- Regione Friuli Venezia Giulia (legge regionale n. 26 del 2014): introduzione delle **Unioni territoriali intercomunali**, istituzioni sovra comunali, dotate anche di funzioni di gestione unitaria dei servizi sociali (in forma diretta, con delega all'azienda sanitaria competente per territorio, con delega ad azienda pubblica di servizi alla persona)
Riferimento normativo: articoli 5 ss, articoli 62 ss legge regionale n. 26 del 2014
- Regione Toscana (legge regionale n. 2 del 2013): disciplina delle **Conferenze zonali per l'educazione e l'istruzione**, composte dai sindaci o assessori delegati competenti dei comuni della zona distretto socio-sanitaria. Hanno funzioni di programmazione educativa territoriale, promozione del coordinamento pedagogico unitario dei servizi per la prima infanzia, individuazione di principi omogenei per l'adozione di regolamenti comunali in grado di garantire uniformità negli interventi territoriali.
Riferimento normativo: articoli 3 bis e 6 ter legge regionale n. 32 del 2002.

Box 2- Schema tipo per l'attuazione dell'accordo di programma (art. 27 L. 142/1990)

- Individuazione dei bisogni da soddisfare e del bacino di utenza
- Definizione del progetto di intervento
- Indizione della conferenza dei rappresentanti degli enti
- Quantificazione delle risorse umane, strutturali finanziarie (con piani anche pluriennali)
- Definizione delle modalità organizzative con la specificazione degli adempimenti attribuiti ai singoli soggetti (responsabilità)
- Istituzione di un collegio di vigilanza e controllo
- Determinazione delle modalità di attivazione del procedimento arbitrale per la risoluzione di eventuali controversie
- Definizione di criteri per la scelta dei soggetti anche privati per la gestione dei servizi (debbono evidenziarsi i criteri idonei per la competenza, efficienza, affidabilità per realizzare servizi con adeguati livelli di qualità).

b. Strumenti per l'integrazione gestionale

L'integrazione gestionale riguarda l'organizzazione e il funzionamento dei servizi e delle risposte, la gestione integrata delle risorse, il superamento delle barriere dell'accesso. In questo ambito si trovano le maggiori esperienze e formalizzazioni, soprattutto in ambito sociosanitario: la gestione integrata dei servizi tra azienda e comuni, la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, le gestioni sovracomunali di servizi a domanda individuale sono i casi più frequenti trova attuazione questo tipo di integrazione. In questo ambito andrà valutato l'impatto della recente direttiva 2014/24/UE in materia di appalti, che dispone un regime specifico per i servizi sociali.

Tab. 2 - Principali strumenti per l'integrazione gestionale

Strumento	Riferimento normativo principale	Caratteristiche qualificanti ed esemplificazioni
1. Convenzione	Art. 30 dlgs 267 del 2000	<p>Dal punto di vista gestionale, la convenzione è strumento di disciplina e attuazione del conferimento di funzioni tra enti pubblici (v. sopra), ma anche strumento di regolazione dei rapporti tra enti locali, singoli o associati, e soggetti gestori dei servizi, pubblici o privati (esempio tipico, la convenzione tra comuni associati e azienda sanitaria per la gestione di servizi sociosanitari).</p> <p>Al fine di promuovere l'integrazione gestionale è opportuno che le convenzioni integrino i propri contenuti secondo le indicazioni specificate ai box 3 e 4.</p> <p>In diverse realtà regionali, il contenuto minimo obbligatorio delle convenzioni tra enti pubblici in ambito sociosanitario viene preordinato in sede legislativa.</p>
2. Consorzio di servizi	Art. 31 dlgs 267 del 2000	<p>È uno strumento di integrazione gestionale tra enti pubblici, i quali costituendo il consorzio, ente pubblico dotato di autonomia organizzativa e finanziaria, individuano un soggetto gestore autonomo, su cui possono operare significative forme di controllo e indirizzo attraverso gli organi societari.</p> <p><i>La specificità dell'esperienza delle Società della salute si riverbera anche in ambito gestionale riguarda la composizione mista del consorzio. I servizi gestiti dal consorzio sono stati in una prima fase in parte definiti in via obbligatoria dalla legge di disciplina, in parte lasciati alla determinazione dei soci. Con le riforme del 2014 l'esercizio unitario da parte della SDS dei servizi sociali e dei servizi sociosanitari è condizione necessaria per la costituzione ex novo delle società della salute e per il</i></p>

Strumento	Riferimento normativo principale	Caratteristiche qualificanti ed esemplificazioni
		<i>mantenimento delle SDS già costituite. Si segnala l'avvio in una delle realtà toscane dell'affidamento alla Sds locale anche della gestione associata dei servizi educativi.</i>
3. Disciplinari di incarico e capitolati di appalto	Art.5 dlgs 163 del 2006, Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture	Gli strumenti di definizione delle caratteristiche e della durata di un affidamento professionale o di servizio possono essere veicoli di integrazione gestionale (e professionale) nella misura in cui vi vengono introdotte clausole vincolanti il soggetto gestore/aggiudicatario. Esempi di contenuti integrativi di questo tipo sono descritti nel box 3.

Box 3- Elementi integrativi per la fornitura di servizi socio sanitari qualificanti convenzioni, capitolati e disciplinari di appalto per l'affidamento dei servizi a soggetti privati

<i>Finalità e metodi</i>	integrare il contenuto con l'indicazione dei metodi di intervento	
<i>Ammissione</i>	prevedere modalità di ammissione e dismissione degli utenti del servizio	
<i>Operatori</i>	specificare le qualifiche professionali degli operatori del servizio, le modalità di lavoro multiprofessionale previste, l'intervento di eventuali operatori volontari	
<i>Partecipazione</i>	degli operatori nella fase della programmazione	
	degli operatori come forma di collaborazione nella fase di gestione	
	degli utenti per i controlli sulle forniture e sulla qualità	
<i>oggetto</i>	Contenuto	bacino di utenza
		territorio
	modalità di realizzazione	numero utenti
<i>modifica</i>	possibile intervento con procedura semplificata per sopraggiunte e comprovate esigenze della pubblica amministrazione	
<i>standard</i>	definizione degli standard tecnici, professionali, di esito	
<i>verifiche e controlli</i>	necessari e/o concordati in modo congiunto tra organizzazioni firmatarie e con il coinvolgimento dell'utenza	

c. Strumenti per l'integrazione professionale

L'integrazione professionale riguarda la condivisione di responsabilità e capacità tra professionisti afferenti a diversi sistemi, solidalmente impegnati nel lavoro con l'utenza. La formalizzazione con strumenti giuridicamente vincolanti a questo livello di integrazione è attuata attraverso strumenti amministrati che recepiscono protocolli profes-

sionali o linee guida per la gestione multiprofessionale di specifiche problematiche di carattere sociosanitario ed educativo.

Tab. 3 - Principali strumenti per l'integrazione professionale

Strumento	Riferimento normativo principale	Caratteristiche qualificanti ed esemplificazioni
1. Regolamenti interni di funzionamento e organizzazione a	Art.7, Dlgs 267 del 2000	Nella regolamentazione dell'organizzazione e del funzionamento degli organi e degli uffici e dell'esercizio delle funzioni assegnate, le amministrazioni possono inserire disposizioni che promuovono l'integrazione professionale sia all'interno dell'ente sia con personale di altre amministrazioni. <i>Nella regolamentazione dei servizi sociali ed educativi la previsione di unità multi professionali di intervento è un tipico esempio di promozione dell'integrazione professionale.</i>
2. Disciplinari di incarico e capitolati di appalto	Art.5 dlgs 163 del 2006, Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture	Gli strumenti di definizione delle caratteristiche e della durata di un affidamento professionale o di servizio possono essere veicoli di integrazione gestionale (e professionale) nella misura vi vengono introdotte clausole vincolanti il soggetto gestore/aggiudicatario. Esempi di contenuti integrativi di questo tipo sono descritti nel box 3.
3. Protocolli e linee guida		Si tratta di strumenti prevalentemente professionali, che possono essere resi vincolanti attraverso la loro formalizzazione all'interno di delibere, accordi di programma, convenzioni.

d. Strumenti per l'integrazione comunitaria

L'integrazione comunitaria coinvolge soggetti istituzionali, attori sociali e cittadini, promuove il lavoro in rete, con progettualità integrate, con risorse pubbliche e private, valorizzando le risorse presenti nelle comunità locali.

Si tratta di un'integrazione "orizzontale" e sussidiaria tra soggetti che pur avendo compiti e responsabilità diverse concordano un impegno comune in uno o più settori di intervento, per realizzare obiettivi condivisi. Nella situazione attuale, la ricerca e la valorizzazione delle risorse del territorio a fini sociali ha progressivamente allargato ai soggetti privati complessivamente intesi, anche "profit", la partecipazione a questo tipo di iniziative.

Tab. 4 - Principali strumenti per l'integrazione comunitaria

Strumento	Riferimento normativo principale	Caratteristiche qualificanti ed esemplificazioni
1. Accordo di programma aperto	Art. 19, comma 3, legge 328 del 2000 (art. 11, legge 241 del 1990)	Secondo la disposizione, all'accordo di programma, per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie, partecipano i soggetti pubblici e i soggetti privati, che attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano di zona. La disposizione è ripresa in pressoché tutte le leggi regionali che disciplinano la programmazione sociale territoriale
2. Istruttorie di co-progettazione	Art.7, dpcm 30 marzo 2001 (atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona)	L'istituto regola il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore nella progettazione in partenariato con gli enti locali di interventi per affrontare specifiche problematiche sociali. Diverse leggi regionali hanno assunto questo tipo di strumento: a titolo di esempio si richiamano la legge regionale Emilia Romagna n. 2 del 2003, art.43; la legge regionale Sardegna n. 23 del 2005 art. 22, comma 3.
3. Accordi sostitutivi di provvedimento	Art. 11 legge 241 del 1990	Si tratta di accordi che le pubbliche amministrazioni possono siglare con i soggetti interessati all'adozione di un determinato provvedimento amministrativo degli accordi sostitutivi o integrativi del provvedimento stesso. La legge regionale Liguria n. 42 del 2012, recante il testo unico del terzo settore, ha introdotto come forma specifica di questo tipo di accordo i c.d. Patti di sussidiarietà, siglati da soggetti pubblici e privati (art. 30-31 legge regionale 42 del 2012). I firmatari si impegnano a partecipare ai processi di coprogettazione dei servizi e degli interventi e/o alla loro autonoma realizzazione, nell'ambito della programmazione sociale locale. gli enti locali a tal fine mettono a disposizione risorse economiche, organizzative e/o finanziarie
4. Patti territoriali	Art. 2, comma 203, legge n. 662 del 1996	Strumento tipico della programmazione negoziata, è un accordo, promosso da enti locali, parti sociali, o da altri soggetti pubblici o privati relativo all'attuazione di un programma di interventi caratterizzato da specifici obiettivi di promozione dello sviluppo locale.

Strumento	Riferimento normativo principale	Caratteristiche qualificanti ed esemplificazioni
		<p>Dal contesto economico in cui è stato disciplinato, questo tipo di accordo è stato introdotto anche in ambito sociale. Ad esempio nella legge regionale toscana (legge regionale n.41 del 2005) all'art.32 sono disciplinati i Patti per la costruzione di reti di solidarietà sociale, promossi dagli enti locali, con il concorso dei soggetti del terzo settore, delle organizzazioni sindacali, delle categorie economiche e di altri soggetti pubblici. Tali accordi hanno ad oggetto azioni di sviluppo locale e di coesione sociale, mediante l'impiego di risorse umane, tecnologiche, finanziarie e patrimoniali.</p>
5. Contratti di sponsorizzazione, accordi di collaborazione	art. 119 dlgs 267 del 2000, art.43 comma 1 e 2 legge 449 del 1997	<p>Tali strumenti sono finalizzati a favorire una migliore qualità dei servizi prestati, favorire l'innovazione dell'organizzazione amministrativa e di realizzare economie di spesa. Di recente, sono stati richiamati nell'ambito della disciplina regione ligure sul terzo settore come uno degli strumenti utilizzabili per valorizzare e sostenere l'autonoma iniziativa di cittadini e formazioni sociali (art. 28, legge regionale Liguria n.42 del 2012).</p>

Bibliografia

- Abrahamsson, A. e Samarasinghe, K. (2013), *Open pre-schools at integrated health services - A program theory*, International Journal of Integrated Care – Volume 13, 12 aprile.
- Allegretti, U. (2009), *L'amministrazione dall'attuazione costituzionale alla democrazia partecipativa*, Giuffrè, Milano.
- American Academy Of Pediatrics - Committee on Early Childhood, Adoption and Dependent Care (2000), *Developmental Issues for Young Children in Foster Care*, Pediatrics Vol. 106, 5.
- Anzideo, L. (2014), *Lavorare con i genitori per contrastare la povertà minorile*, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Baggiani, L. (2014), *I genitori nello spazio di vita dei bambini toscani tra percorsi consolidati di monitoraggio e nuove sfide progettuali*, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Bartolomei, A. (2013), *Il ruolo del servizio sociale professionale nell'accesso ai servizi per la prima infanzia*, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Belletti, F. (2013), *Percorsi e fattori di deprivazione dell'infanzia: un tentativo di prevenzione e promozione*, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Ben-Arieh, A. (2007), *Measuring and monitoring the well-being of young children around the world*, Unesco, Parigi.
- Bennett, J. (2008), *Early Childhood Education and Care Systems in the OECD Countries: the Issue of Tradition and Governance*, Encyclopedia on Early Childhood Development, Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development, Montreal.
- Bernardi, M. (2013), *Servizi per l'infanzia a Castelnuovo del Garda*, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Berry, M. a cura di (2006), *International Research on community centres for children and families. The importance of sensitive outcomes in evaluation*, International Journal of Child and Family Welfare, Vol. 9, 1-2.
- Bianchi E. (1997), *Da destinatarie di interventi a soggetti*, in Bianchi E., Vernò F., a cura di, *Le famiglie multiproblematiche non hanno solo problemi*, Fondazione Zancan, Padova.
- Boyce, L., Innocenti, M.S., Roggman, L.A., Jump Norman, V.K. e Ortiz, E. (2010), *Telling Stories and Making Books: Evidence for an intervention to help parents in migrant Head*

- Start families support their children's language and literacy*, Early Education and Development, Vol. 21, No. 3, 343-371.
- Bradley, R. H. et al. (1989), *Home Environment and Cognitive Development in the First Three Years of Life: A Collaborative Study involving Six Sites and Three Ethnic Groups in North America*, Developmental Psychology, Vol. 25, 217-235.
- Brown, M. e McCool B. (1992), *Vertical integration: exploration of a popular strategic concept*. In: Brown M, editor. *Health care management: Strategy, structure and process*, Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Brunetti, M. (2013), *L'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza e il tema "l'accesso ai servizi per l'infanzia"*, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Bullock, R., Courtney, M.E., Parker, R., Sinclair, I., Thoburn, J. (2006), *Can the corporate state parent?*, Adoption and Fostering 30, no. 4, 6–19.
- Busch, V., Van Stel, H.F., De Leeuw, J.R.J., Melhuish, E., Schrijvers, A.J.P. (2013), *Multidisciplinary integrated Parent and Child Centres in Amsterdam: a qualitative study*, International Journal of Integrated Care – Volume 13, 12 aprile 2013.
- Canali C., a cura di (2013), *Lavorare con bambini e ragazzi in difficoltà in Toscana. Risultati e riflessioni sul progetto Risc-PersonaLAB*, Regione Toscana, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Canali C., Maluccio A.N., Vecchiato T., a cura di (2005), *La valutazione di outcome nei servizi per l'età evolutiva e la famiglia: apprendere dal confronto delle esperienze*, Fondazione Zancan, Padova.
- Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. eds (2008), *Assessing the "Evidence-base" of Intervention for Vulnerable Children and Their Families*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Capasso C., Viola A. (2014), *SoFa - Sostegno integrato e precoce alle famiglie con bambini piccoli*, IC4, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Casas F., González M., Navarro D., Aligué M. (2012), *Children as Advisers of Their Researchers: Assuming a Different Status for Children*, Child Indicators Research, 5, 4, pp. 193-212.
- Cassese S. (2012), *Il diritto amministrativo e i suoi principi*, in Cassese S. (a cura di), *Istituzioni di diritto amministrativo*, Giuffrè, Milano, p. 1 ss.
- Ceccaroni, R. (2013), *Azioni strategiche del Dipartimento per le politiche della famiglia nell'area delle politiche per la prima infanzia*, IC1, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- CfBT (2010), *An international perspective on integrated children's services*, London: CfBT Educational Trust.
- Cirillo, G. (2014), *La valutazione nel Programma "Adozione Sociale" di Sostegno alle Famiglie delle bambine ed i bambini dei territori a ritardo di sviluppo*, IC4, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.

-
- Committee on the Rights of the Child (2006), *General Comment No.7 (2005)*, Geneva: United Nations; (CRC/C/GC7/Rev.1).
- Conger, D. e Ross, T. (2006), *An outcome evaluation of a program for children in the child welfare and juvenile justice systems*, *Youth Violence and Juvenile Justice*, 4(1), 97-115.
- Costantino A. e Mazzoni R. (2013), *L'accesso ai servizi di NPIA dei bambini migranti e dei bambini con gravi disabilità della comunicazione*, *Idee condivise* n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Council of Europe (2007), *Parenting in Contemporary Europe: A Positive Approach*. Strasbourg: Council of Europe.
- Cross, T. P., Finkelhor, D. e Ormrod, R. (2005), *Police involvement in child protective services investigations: Literature review and secondary data analysis*, *Child Maltreatment*, 10(3), pp. 224-244.
- Del Boca D., Pronzato C., Sorrenti G. (2013), *Criteri di accesso, tariffe, orari e assegnazione dei posti-nido*, Compagnia di San Paolo, Torino.
- De Sandre I. (1983), *Soggetti e cambiamento culturale*, in Bianchi E. e altri, *Servizio sociale, sociologia, psicologia, ripresa sociale di un dibattito*, Fondazione Zancan, Padova.
- Department for Children, Schools and Families (DCSF) (2007), *The Children's Plan: Building Brighter Futures*. (Cm. 7280). Disponibile online: www.education.gov.uk
- DfES/HM Government (2004). *Every Child Matters: Change for Children*. Londra: Department for Education and Skills. Disponibile online: www.everychildmatters.gov.uk
- Diomede Canevini, M. (2002), *Professioni e professionalità nei servizi alle persone*, in Diomede Canevini M., Vecchiato T., a cura di, *L'integrazione delle professionalità nei servizi alle persone*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Diomede Canevini M., Vecchiato T., a cura di (2002), *L'integrazione delle professionalità nei servizi alle persone*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Duyme, M. et al. (1999), *How best can we boost IQ's of 'dull children'? : A late adoption study*, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Vol. 96, No. 15.
- Epstein, J. L. (1995), *School/Family/Community Partnerships: Caring for the Children We Share*, *Phi Delta Kappan*, Vol.76, No. 9, pp. 701-712.
- Esping-Andersen, G. (1990), *Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Policy Press.
- Eurochild (2014), *Making the case for investing in children: a child-rights integrated approach to fight child poverty and promote children's well-being*, Submission to the UN Office of the High Commissioner for Human Rights' Report "Towards a Better Investment in the Rights of the Child".
- European Commission (2011), *Early Childhood Education and Care: Providing all our children with the best start for the world of tomorrow*, Communication from the Commission, Brussels.

- Ezell M., Spath R., Zeira A., Canali C., Fernandez E., Thoburn J., Vecchiato T., *An international classification system for child welfare programs*, Children and Youth Services Review 33 (2011) pp. 1847–1854.
- Fagioli, F. (2013), *Gestione e cura dei bambini affetti da patologie oncoematologiche provenienti dai paesi in via di sviluppo*, Idee condivise 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Fagioli, F. e Bertolotti, M. (2013), *Competenze professionali del personale sanitario che opera con bambini stranieri*, IC2, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Fernandez E., Zeira A., Vecchiato T., Canali C, eds (2015), *Theoretical and Empirical Insights into Child and Family Poverty: Cross National Perspectives*, Springer Publishers: New York, in stampa.
- Fiaschi C. e Martinelli S. (2014), *I servizi all'infanzia della rete Cgm e l'educazione collettiva*, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Flemons, D., Liscio, M., Gordon, A. B., Hibel, J., Gutierrez-Hersh e Rebholz, C. L. (2010), *Fostering solutions: Bringing brief-therapy principles and practice to the child welfare system*, Journal of Marital and Family Therapy, 36(1), pp. 80-95.
- Fondazione Emanuela Zancan (2014), *Welfare generativo. Responsabilizzare, rendere, rigenerare. La lotta alla povertà. Rapporto 2014*, Bologna, Il Mulino.
- Godlee F. (2012), *Integrated care is what we all want*, BMJ 2012; 344
- Goodwin, N., 6, P., Peck, E., Freeman, T., Posaner, R. (2003), *Managing Across Diverse Networks of Care: Lessons from other sectors*, Birmingham: Health Services Management Centre.
- HM Treasury (2003). *Every Child Matters* (Cm. 5860). Disponibile online: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/http://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/CM5860.pdf>
- Horwath, J. e Morrison, T. (2007), *Collaboration, integration and change in children's services: Critical issues and key ingredients*, Child Abuse & Neglect 31, pp. 55-69.
- Institute of Education London (2004), *Effective Provision of Pre-school Education, The Final Report*, Technical Paper 12, The University of London.
- Istat (2014), *L'offerta comunale di asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia. Anno scolastico 2012/2013*, www.istat.it.
- Kanste, O., Halme, N., Perälä, M.-L. (2013), *Functionality of cooperation between health, welfare and education sectors serving children and families*, International Journal of Integrated Care – Volume 13, 2 dicembre 2013.
- Kodner, D.L. (2003), *Consumer-directed services: lessons and implications for integrated systems of care*, International Journal of Integrated Care.
- Krismer S. (2013), *Il sistema di sostegno sociale per famiglie con minori da 0-6 anni nella Provincia Autonoma di Bolzano*, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.

-
- Leichsenring, K. e Alaszewski, A.M. (2004), *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons. A European overview of issues at stake*, Abingdon: Ashgate.
- Leutz, W. (1999), *Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom*, The Millbank Quarterly, vol 77:1, pp. 77-110.
- Litjens, I. e M. Taguma (2010), *Revised Literature Overview for the 7th Meeting of the Network on Early Childhood Education and Care*, OECD, Parigi.
- Lowe-Lauri, M., van Pouke, A. e Thomas, H. (2014), *Case studies for integrated Care development in US Children's Hospitals, acute, primary and community services in NE Netherlands, and whole of state services in Jersey, UK*, International Journal of Integrated Care – Volume 14, 8 dicembre.
- Lyngsø, A.M., Skavlan Godtfredsen, N., Høst, D. e Frølich, A. (2014), *Instruments to assess integrated care: a systematic review*, International Journal of Integrated Care – Volume 14, 25 settembre 2014.
- Maestro, S. (2014), *Il Servizio Cerco Asilo dell'IRCCS-Fondazione Stella Maris*, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Maluccio, A.N., Canali C., Vecchiato T., Lightburn A., Aldgate J., Rose W., eds (2011), *Improving Outcomes for Children and Families. Findings and Using International Evidence*, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.
- Mantovani, S. (2014), *I genitori negli spazi di vita dei bambini*, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Milan, G. (2014), *Attività di ricerca-formazione dei genitori in contesti multiculturali*, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Montserrat, C. (2014), *The Child Protection System from the Perspective of Young People: Messages from 3 Studies*, Social Sciences 3, pp. 687-704.
- Mounier E. (1964), *Il personalismo*, Ave, Roma.
- Moyersoen, J. (2013), *Il problema dell'accesso e della disuguaglianza che penalizza i bambini 0-6 anni in famiglie povere e/o immigrate*, IC1, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- National Council of Juvenile and Family Court Judges (2002), *Questions Every Judge And Lawyer Should Ask About Infants And Toddlers In The Child Welfare System*, Technical Assistance Brief.
- Nies, H. e Berman, P. (Eds), 2004, *Integrating Services for Older People: A resource book for managers*, EHMA (European Health Management Association), Dublino.
- NSW Department of Human Services, Community Services (2010), *Interagency collaboration: Making it work. Lessons from the literature, Research to Practice Note: Interagency Collaboration*.
- O'Reilly, R., Wilkes, L., Luck, L. e Jackson, D. (2010), *The efficacy of family support and family preservation services on reducing child abuse and neglect: what the literature reveals*, Journal of Child Health Care, 14(1), pp. 82-94.

- Oakes, J. e Lipton, M. (2007), *Teaching to Change the World*, New York: McGraw-Hill.
- Ocse (2006), *Starting Strong II: Early Childhood Education and Care*, OECD, OECD Publishing, Parigi.
- Ocse (2012), *Starting Strong III: A Quality Toolbox for Early Childhood Education and Care*, OECD Publishing, Parigi.
- Pagano M., Corradini A., Poloni S. (2014), *I genitori negli spazi di vita dell'infanzia*, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Pellerino, M. (2014), *Esclusione e politiche educative. L'esperienza di Torino*, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Rizzo, S. (2014), *Il programma Primi Spassi: crescendo in bellezza*, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Rogers C. (1970), *La terapia centrata sul cliente*, Giunti, Firenze.
- Serra, F. (2013a), *Il rischio di esclusione sociale per le famiglie in situazione di fragilità*, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Serra, F. (2013b), *Un processo di analisi del benessere/malessere di bambini e famiglie e la costruzione di processi di promozione e sviluppo territoriale*, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Serra, F. (2014), *L'ingaggio delle famiglie nell'esperienza della Fondazione Paideia di Torino*, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Stuart, K. (2014), *Collaborative agency to support integrated care for children, young people and families: an action research study*, International Journal of Integrated Care – Volume 14, 8 maggio.
- Sylva, K. et al. (2003), *The Effective Provision of Pre-School Education (EPPE) Project: Findings from the Pre-school Period*, Institute of Education, University of London, London.
- Taddei, F. (2013), *Il sistema di scelte strategiche complesse ed integrate per superare la povertà infantile e l'esclusione sociale: alcuni spunti sull'esperienza del Comune di Pistoia*, IC2, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Taddei, F. (2014), *Educazione Familiare Domiciliare e il sostegno alla Genitorialità*, Idee condivise n. 1, scaricabile da www.tfieyitalia.org.
- Van der Aa A., Konijn T. (2001), *Ketens, Ketenregisseurs en Ketenontwikkeling (Chains, chain directors and the development of chains)*, Utrecht: Lemma.
- Vecchiato, T. (1989), *Bisogni, risorse, servizi e intervento sociale*, in Vernò F., a cura di, *Mi-nori, un impegno per la comunità locale*, Fondazione Zancan, Padova.
- Vecchiato T., Canali C. (2010), *La valutazione di esito e le sue potenzialità*, in “Studi Zancan” 5, pp. 25-42.
- Vecchiato, T. (2011), *Il distretto come ambiente professionale di cura, ricerca e sperimentazione*, Monitor n. 27, quaderno n. 8.
- Vecchiato T. (2013), *Verso modi più efficaci di affrontare i problemi dell'infanzia*, in Canali C., a cura di (2013), *Lavorare con bambini e ragazzi in difficoltà in Toscana. Risultati e*

riflessioni sul progetto Risc-PersonaLAB, Regione Toscana, Istituto degli Innocenti, Firenze.

- Vecchiato, T., Mazzini E.L.L., a cura di (2008), *L'integrazione sociosanitaria: risultati di sperimentazioni e condizioni di efficacia*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Warren-Adamsson, C. (2001), *Family centers and their international role in social action*, Aldershot, UK: Ashgate.
- Widmark, C., Sandahl, C., Piuva, K. e Bergman, D. (2013), *Parents' experiences of collaboration between welfare professionals regarding children with anxiety or depression – an explorative study*, International Journal of Integrated Care – Volume 13, 31 ottobre 2013.
- Widmark, C., Sandahl, C., Piuva, K., Bergman, D. (2011), *Barriers to collaboration between health care, social services and schools*, International Journal of Integrated Care – Volume 11, 16 settembre 2011.
- Zeira A., Canali C., Vecchiato T., Jergeby U., Thoburn J., Neve E., (2008), *Evidence-based Social Work Practice with Children and Families: A Cross National Perspective*, European Journal of Social Work, Vol. 11, 1, pp. 57-72.
- Zero To Three Policy Center (2007), *Building a Comprehensive System to Address Infant and Early Childhood Mental Health Disorders*, Policy Brief.

La Biblioteca Tfiey

Collana "Investire nell'infanzia è coltivare la vita"

Quaderno TFIEY 1: Bambini poveri: chi sono, cosa chiedono, cosa ricevono (2013)

Quaderno TFIEY 2: Servizi per l'infanzia: risorse e professionalità (2013)

Quaderno TFIEY 3: Orientarsi nei servizi per l'infanzia (2014)

Quaderno TFIEY 4: La valutazione nei servizi per l'infanzia (2014)

Collana "Investing in childhood for growing life"

Essay TFIEY 1: Children in poverty: needs and services (2013)

Essay TFIEY 2: Services for children: economic and professional re-sources (2013)

Essay TFIEY 3: Evaluation of early childhood services (2014)

Essay TFIEY 4: Integrated systems: new perspectives for children and families (2015)

Collana "TFIEY Selected Papers"

Selected Papers 1/2013: Quality Early Childhood Services for All: Addressing Disparities in Access for Children from Migrant and Low-Income Families

Collana "Idee condivise"

Idee condivise 1: L'accesso ai servizi per l'infanzia (2013)

Idee condivise 2: Servizi per l'infanzia: risorse professionali ed economiche (2013)

Idee condivise 3: I genitori negli spazi di vita dell'infanzia (2014)

Idee condivise 4: Valutare l'impatto dell'incontro tra bisogni, risposte e risorse per l'infanzia (2014)

Percorsi di approfondimento locale

2013: Piemonte - Contributi preliminari

2013: Piemonte - Repertorio delle esperienze

I materiali della biblioteca TFIEY sono scaricabili dai siti:

www.tfieyitalia.org

www.fondazionezancan.it

www.compagnia.torino.it

Per informazioni

Marzia Sica, Compagnia di San Paolo, Marzia.Sica@compagniadisanpaolo.it

Cinzia Canali, Fondazione Zancan, cinziacanalifondazionezancan.it

Siti Internet

Attività internazionali: www.inclusive-early-years.org

Attività in Italia: www.tfieyitalia.org

