



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

Orientarsi nei servizi per l'infanzia

Quaderno TFIEY n. 3

Gruppo di coordinamento del progetto:

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

Autori del Quaderno:

Maria Bezze, Cinzia Canali, Devis Geron, Elena Innocenti, Tiziano Vecchiato

© Compagnia di San Paolo e Fondazione Emanuela Zancan onlus

in Italia il progetto è promosso e sostenuto dalla
Compagnia di San Paolo nell'ambito del Programma ZeroSei



ISBN 978-88-88843-75-9

Fondazione Emanuela Zancan onlus

Via Vescovado, 66

35141 Padova

tel. 049663800

fax 049663013

email: fz@fondazionezancan.it

www.fondazionezancan.it

Gennaio 2014

Indice

Introduzione	p.	5
1. Una proposta di classificazione unitaria	»	7
1.1. Da una logica settoriale ad una visione unitaria		
1.2. La mappa dei servizi per l'infanzia		
1.3. Dimensioni costitutive e regolative		
2. Interventi per la salute, la socialità e l'educazione	»	14
2.1. I contenuti della classificazione		
2.2. I servizi per la salute		
2.3. I servizi sociali		
2.4. I servizi educativi		
2.5. La capacità di risposta degli interventi classificati		
3. Spazi di vita e interventi innovativi per la prima infanzia	»	35
3.1. Verso una classificazione unitaria degli interventi "essenziali" per la prima infanzia		
3.2. Gli interventi per la prima infanzia nel ciclo di vita		
3.3. Quali spazi di innovazione praticati e possibili?		
4. I genitori partecipano negli spazi di vita dei figli?	»	39
4.1. Investire in partecipazione		
4.2. La partecipazione dei genitori in ambito educativo, sociale, sanitario		
Allegato	»	48
Bibliografia	»	52



Introduzione

Il terzo quaderno della serie *“Investire nell’infanzia è coltivare la vita”* è dedicato ai servizi per l’infanzia, visti complessivamente. L’obiettivo è di orientarsi nelle risposte rivolte ai bambini di età 0-6, tenendo conto dei loro diversi contesti di vita, dei bisogni, delle risposte possibili. Serve uno strumento in grado di essere guida e mappa per meglio far dialogare i bisogni con le risposte, l’offerta attuale con quella potenziale (innovativa), i doveri con i diritti così da meglio *qualificare l’incontro tra operatori e genitori*. L’orientamento settoriale e specialistico della maggior parte degli studi sulle risposte per la prima infanzia non rende facile il compito: fare sintesi dell’offerta, valorizzando le peculiarità e la complessità degli interventi. Molti di essi infatti stanno “a scavalco” di più settori: sociale, educativo, sanitario... Anche per questo non sono considerati in modo approfondito dagli approcci settoriali, pur essendo importanti per promuovere la crescita psicofisica e relazionale.

A livello internazionale è consolidata l’idea che il superamento delle disuguaglianze, proprio perché basato su una più efficace tutela dei diritti dell’infanzia, dipende dal superamento delle logiche settoriali, che per loro natura impediscono la promozione di strategie integrate e globali, capaci di mettere radici nei diversi contesti di vita dei bambini: la loro casa, la scuola, l’ambiente sociorelazionale, i servizi sociosanitari, le risposte dei servizi sociali consolidate e innovative. Tutte insieme queste componenti degli spazi di vita dei bambini possono aiutare a fare la differenza nei territori e nei processi primari di crescita.

Poter leggere unitariamente una mappa dei servizi per l’infanzia significa anzitutto operare un primo cambiamento: collocare i bisogni del bambino in tutti gli ambienti in cui coltivare la vita, valorizzando la partecipazione e l’apporto dei genitori insieme con altri genitori. È quindi necessario saper ottimizzare quanto di positivo c’è nei diversi spazi relazionali in cui vivere e crescere ogni giorno.

È anzitutto necessario considerare bambini e genitori come soggetti reali, negli ambienti di servizio e a servizio della crescita positiva. I vantaggi più significativi si potranno vedere proprio per i bambini in situazioni di particolare disagio, perché poveri, emarginati, con salute precaria, privi dei mezzi per poter crescere. Le ragioni e gli ostacoli sono molti: linguistici, culturali, etnici, economici, affettivi ...

Chi ha meno ha anche meno possibilità di accedere ai servizi, cioè di fruire di apporti necessari che i genitori non possono garantire da soli, senza ulteriori risposte educative, di socializzazione e di cura fin dai primi anni di vita. Anche per questo privilegiare

un approccio per spazi di vita necessari per la crescita, ma non a tutti disponibili, è una condizione di umanità e civiltà indispensabile, ma non per questo diffusa nella realtà attuale.

Per contribuire ad affrontare questo problema il Quaderno 3 propone una classificazione unitaria dei servizi “per la salute, sociali, educativi” rivolti alla prima infanzia, in particolare alla fascia di età 0-6 ([capitolo 1](#)). Per ognuno degli interventi individuati è riportata una definizione che evidenzia il bisogno specifico e/o dominante a cui si rivolge, le sue caratteristiche principali, la finalità che meglio lo definisce ([capitolo 2](#)).

La classificazione è caratterizzata in modo da attribuire ad ogni intervento una collocazione nello spazio sociale, identificata con requisiti costitutivi e regolativi. Ad esempio, la realizzazione di forme di mediazione culturale in contesti sanitari è diversa dalle forme di mediazione culturale in contesto scolastico. Lo stesso accade quando si rende necessaria una accoglienza residenziale di bambini in età prescolare. Nei casi appena esemplificati la fruizione dei servizi educativi, sanitari o sociali ne dovrà tener conto.

La classificazione permette di focalizzare l’attenzione su una pluralità di aspetti caratterizzanti la capacità di risposta ([capitolo 3](#)). La distribuzione degli interventi per macrolivelli può essere declinata nel ciclo di vita, per evidenziare innovazioni praticabili, dove meglio concentrare gli spazi.

Dopo aver approfondito queste questioni, nell’ultima parte del quaderno ([capitolo 4](#)) si propone una nuova area di lavoro, finalizzata a qualificare gli interventi tenendo conto del livello di partecipazione dei genitori negli spazi di vita dei loro bambini. L’obiettivo è rispondere alle seguenti domande: come è quantificabile il livello di partecipazione dei genitori? Esistono spazi e situazioni in cui tale partecipazione può/deve essere potenziata? Se l’obiettivo è il benessere del bambino e il miglior esito degli interventi, anche in questo modo sarà più facile proporre e condividere raccomandazioni per migliorare la partecipazione dei genitori negli spazi di vita dei propri figli. Si potrà inoltre meglio qualificare la capacità di risposta dei servizi alle esigenze specifiche dei bambini, di tutti i bambini, anche quelli che vivono in condizioni di emarginazione e di esclusione sociale.

1. Una proposta di classificazione unitaria

1.1. Da una logica settoriale ad una visione unitaria

Per passare da una visione settoriale a un modo unitario globale di pensare le risposte per la prima infanzia è necessario partire dai bisogni e ad essi far corrispondere altrettante capacità e possibilità di attenzione. Ma nella realtà gli ostacoli sono molti.

I bisogni non sono infatti il criterio dominante di decisione. Prevale il criterio di competenza (degli enti e degli erogatori) e i contenuti delle norme che definiscono le competenze per farli funzionare. In questo modo la prospettiva risulta rovesciata: dalla centratura sul bambino alla centratura sulle istituzioni pubbliche e private che dovrebbero occuparsi di lui. È un modo innaturale di pensare e operare, da evitare per non spingersi oltre natura, cioè contro i diritti e le necessità di crescita di ogni bambino.

Uno strumento per ragionare di esigibilità dei diritti sociali e sanitari sono i *livelli essenziali di assistenza* (Lea). È così anche per i sistemi educativi, con parametri di offerta immaginati come altrettante garanzie formali a cui riferirsi.

I livelli essenziali guardano alle caratteristiche che le risposte dovrebbero avere, in quanto necessarie per l'attuazione dei diritti sociali, sanitari, educativi. Anche per questo si preoccupano di requisiti di offerta, spesa e di infrastrutturazione delle risposte, cioè di interventi e processi da organizzare e garantire.

La competenza nazionale di dare definizioni compiute ai livelli essenziali chiama in causa stato, regioni ed autonomie locali, visto che le responsabilità dello stato non possono prescindere dal coinvolgimento e dalla collaborazione di tutte le altre componenti istituzionali. Senza di esse i rischi di formalismo sarebbero più grandi di quelli che già conosciamo, rendendo così meno effettivi i diritti di chi, come le persone di "minore età", hanno invece bisogno di "maggiore tutela e promozione". Insieme possono trasformare la forma in sostanza, rendendo esercitabili diritti fondamentali fin dai primi anni di vita.

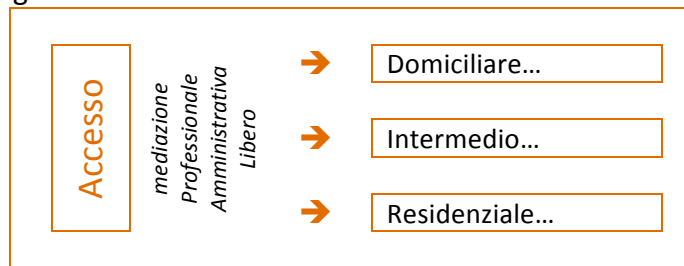
Anche per questo la determinazione e l'attuazione dei livelli essenziali dei servizi per l'infanzia possono avere una forte carica innovativa. Non richiedono infatti soltanto la definizione di infrastrutture (risposte e servizi) di cittadinanza sociale, ma anche e soprattutto di superare le logiche settoriali, valorizzando i diritti di ogni bambino nei di-

versi contesti di vita: famiglia, socializzazione primaria, educazione, offerta di risposte sociali, sanitarie, scolastiche.

1.2. La mappa dei servizi per l'infanzia

L'accesso agli interventi può essere mediato da valutazione professionale o amministrativa, ma può anche avvenire in modo diretto, senza ulteriori barriere¹.

Fig. 1.1 – Livelli di accesso



Il primo tipo di accesso in parte qualifica i servizi sociali, con l'intervento del servizio sociale professionale nella valutazione del bisogno espresso, e i servizi sanitari, dove normalmente è il pediatra di libera scelta che valuta il bisogno di salute del bambino per poi attivare i servizi sanitari necessari.

Diversamente da quella professionale, la valutazione amministrativa qualifica l'accesso a tutti quei servizi, sociali ed educativi, dove l'ammissione è filtrata da requisiti anagrafici, familiari, economici (utilizzati per quantificare il concorso alla spesa) definiti in forme precostituita basate su standard, regolamenti, bandi, ecc.

In tutti questi casi, l'accesso al servizio segue l'accertamento dell'esistenza dei requisiti previsti dalla fonte amministrativa di riferimento.

La diversa configurazione delle modalità, e soprattutto dei criteri amministrativi di accesso ai servizi incide in modo significativo sulla loro effettiva fruizione da parte dei bambini in situazione di svantaggio sociale e di conseguenza, sulla loro configurazione di interventi di conciliazione delle responsabilità genitoriali e l'accesso al lavoro piuttosto che di promozione di pari opportunità e contrasto al disagio sociale dei bambini. In merito il lavoro di Del Boca e Pronzato, presentato nel primo quaderno TFEY di idee condivise (2013), ha ben evidenziato le conseguenze, in termini di accesso e compartecipazione alla spesa, della diversa configurazione dei meccanismi e dei requisiti di accesso ai servizi per la prima infanzia in alcune città italiane.

1. Approfondimenti e specificazioni tecniche sono riportate nell'allegato 1.

Tab. 1.1 - Criteri di accesso e tariffe in quattro città italiane

	<i>Tariffe</i>	<i>Criteri</i>	<i>Tariffe e criteri</i>
0) Torino: Popolazione di chi fa domanda del servizio	-	Nel 54% delle famiglie entrambi lavorano, nel 37% un solo genitore lavora, nel 9% nessuno lavora. Nel 2% delle famiglie c'è almeno un genitore disoccupato, nel 20% almeno un genitore è iscritto al Centro per l'Impiego, nel 15% almeno un genitore è pendolare e nel 2% almeno un genitore è studente. Nel 41% delle famiglie il bambino ha almeno un fratello sotto i 12 anni, nel 6% un fratello dai 12 ai 18 anni, nel 3% la mamma aspetta un altro bambino. Nel 2% dei casi solo un genitore ha la patria potestà, nel 10% i genitori sono separati. Meno dell'1% dei bambini è disabile, il 5% è segnalato dai servizi sociali, nel 2% delle famiglie il bambino o un genitore soffre di un grave problema di salute.	-
1) Torino: Popolazione di chi acce- de al servi- zio	3,991,530€	Nel 57% delle famiglie entrambi lavorano, nel 34% un solo genitore lavora, nel 9% nessuno lavora. Nel 3% delle famiglie c'è almeno un genitore disoccupato, nel 20% almeno un genitore è iscritto al Centro per l'Impiego, nel 17% almeno un genitore è pendolare e nell' 1% almeno un genitore è studente. Nel 53% delle famiglie il bambino ha almeno un fratello sotto i 12 anni, nell' 8% un fratello dai 12 ai 18 anni, nel 4% la mamma aspetta un altro bambino. Nel 3% dei casi solo un genitore ha la patria potestà, nel 12% i genitori sono separati. L'1% dei bambini è disabile, l' 8% è segnalato dai servizi sociali, nel 4% delle famiglie il bambino o un genitore soffre di un grave problema di salute.	-
2) Torino con criteri e tariffe di Milano	2,700,578€	Nell' 81% delle famiglie entrambi lavorano, nel 18% un solo genitore lavora, nel 6% nessuno lavora. Nello 0.1% delle famiglie c'è almeno un genitore disoccupato, nel 4% almeno un genitore è iscritto al Centro per l'Impiego, nel 18% almeno un genitore è pendolare. Nel 47% delle famiglie il bambino ha almeno un fratello sotto i 12 anni, nel 6% un fratello dai 12 ai 18 anni, nel 3% la mamma aspetta un altro bambino. Il 3% è segnalato dai servizi sociali.	3,768,282€
3) Torino con criteri e tariffe di Bologna	4,021,499€	Nel 78% delle famiglie entrambi lavorano, nel 16% un solo genitore lavora, nel 6% nessuno lavora. Nell'1% delle famiglie c'è almeno un genitore disoccupato, nel 5% delle famiglie almeno un genitore è iscritto al Centro per l'Impiego. Nel 46% delle famiglie il bambino ha almeno un fratello sotto i 12 anni, nel 6% un fratello dai 12 ai 18 anni, nel 3% la mamma aspetta un altro bambino.	5,234,274€

	<i>Tariffe</i>	<i>Criteri</i>	<i>Tariffe e criteri</i>
4) Torino con criteri e tariffe di Reggio Emilia	4,822,480€	Nell'83% delle famiglie entrambi lavorano, nel 16% un solo genitore lavora, nell' 1% nessuno lavora. Nello 0.1% delle famiglie c'è almeno un genitore disoccupato, nel 2% almeno un genitore è iscritto al Centro per l'Impiego, nel 19% almeno un genitore è pendolare. Nel 44% delle famiglie il bambino ha almeno un fratello sotto i 12 anni, nel 6% un fratello dai 12 ai 18 anni, nel 3% la mamma aspetta un altro bambino. Nel 13% dei casi i genitori sono separati. Il 4% è segnalato dai servizi sociali, nel 3% delle famiglie il bambino o un genitore soffre di un grave problema di salute.	7,916,183€

Fonte: Pronzato C., Del Boca D. (2013), *Chi sono gli utenti dei nidi torinesi e come cambierebbero modificando i criteri di accesso*, in *L'accesso ai servizi per l'infanzia*, Quaderno Idee condivise n. 1, Compagnia di San Paolo e Fondazione Zancan, pag. 125-126.

In molti servizi sociali la valutazione è di tipo misto: composta da una fase amministrativa, relativa all'accertamento della situazione economica ed anagrafica, e da una fase professionale, in cui sono considerate le specificità e necessità della situazione personale e familiare, secondo modalità e criteri diversamente regolati e predefiniti a livello regionale e soprattutto locale.

L'accesso agli interventi educativi e sociali infatti è definito prevalentemente a livello locale, in base ad indirizzi regionali, e la combinazione della componente amministrativa e professionale nell'accesso ai servizi sociali varia notevolmente, con spazi di discrezionalità amministrativa e professionale molto significativi.

L'accesso libero riguarda una parte residuale di interventi, quelli che, per tipologia di ente gestore (privato non convenzionato) o per tipologia di servizio (ad accesso universale) non richiedono alcun tipo di filtro per fruirne.

Una forma speciale di accesso è quello in emergenza, causata da situazioni impreviste e imprevedibili, che possono pregiudicare la sicurezza e la salute del bambino. In questi casi viene richiesto un accesso tempestivo ai servizi sociali e sanitari utilizzando forme di pronto intervento sociale o il pronto soccorso e i servizi di emergenza sanitaria.

La figura seguente rappresenta il complesso dei servizi per l'infanzia prevalenti in Italia in ambito sanitario, sociale ed educativo. Una visione di insieme è necessaria e può essere facilitata da una mappa in cui i diversi interventi sono ripartiti tra interventi domiciliari, intermedi e residenziali (in regime normale e di emergenza).

Negli intermedi sono compresi tutti gli interventi svolti fuori dal domicilio o da altra residenza del bambino, in regime ambulatoriale, in strutture scolastiche, con offerta diurna e con altre modalità che si posizionano tra la propria casa e un'altra forma di accoglienza e residenza continuativa.

Fig. 1.2 – Contenuto dei livelli

MACROLIVELLO		INTERVENTI
A c c e s s o	Domiciliare	Congedi (obbligatori e facoltativi, connessi allo svolgimento di funzioni di cura) Assistenza domiciliare educativa Assistenza domiciliare sociale Assistenza domiciliare integrata (ADI) Interventi economici di sostegno al reddito familiare Altri interventi di sostegno alla domiciliarità Adozione
		Assistenza riabilitativa domiciliare (art. 26) Assistenza domiciliare (Adi, Adp) Pediatria di libera scelta (interventi domiciliari) Trattamenti palliativi domiciliari
	Intermedio	Nido d'infanzia Servizi e interventi educativi in contesto domiciliare Spazio gioco per bambini Sezioni primavera Scuola d'infanzia Ludoteche Centro per bambini e famiglie
		Affido familiare <i>part time</i> diurno/notturno Mediazione culturale Sostegno socio educativo Sostegno a vittime di abuso e violenza Interventi di sostegno alla genitorialità e alla famiglia Altre attività di socializzazione
		Pediatria di libera scelta Percorso nascita Assistenza consultoriale Vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce Assistenza neuropsichiatrica in età evolutiva Assistenza riabilitativa ambulatoriale Assistenza riabilitativa a ciclo diurno (art. 26) Assistenza riabilitativa extra-murale Assistenza specialistica ambulatoriale Day hospital e day surgery Assistenza protesica Assistenza farmaceutica Assistenza integrativa Trattamenti palliativi
	Residenziale	Affido familiare Servizi di accoglienza per genitore e bambino Comunità familiare Comunità socioeducativa Strutture di pronta accoglienza
		Assistenza riabilitativa a ciclo continuo (art. 26) Assistenza neuropsichiatrica in età evolutiva (residenziale) Degenza ospedaliera (inclusa la lungodegenza)
	Emergenza	Pronto intervento sociale
		Pronto soccorso e servizi di emergenza sanitaria territoriale

Legenda: Area educativa Area sociale Area sanitaria

1.3. Dimensioni costitutive e regolative

La rappresentazione in un'unica mappa dei servizi per l'infanzia costituisce un primo passo verso una classificazione unitaria delle risposte per i bambini di età compresa tra 0 e 6 anni. È un passaggio fondamentale perché permette di leggere unitariamente e secondo criteri omogenei le risposte esistenti, così da ordinarle, descriverle, prefigurarle nei loro caratteri costitutivi.

In questo modo è più facile avere una visione complessiva dell'insieme di risposte presenti/attivabili nel territorio per la specifica fascia di età dei destinatari. Il punto di partenza è rappresentato dai componenti della dimensione **"costitutiva"** (il *che cosa*).

L'altro elemento riguarda la modalità di funzionamento (il *come*) dei singoli interventi e/o servizi erogati. È una dimensione che possiamo chiamare **"regolativa"**, perché riguarda le modalità con cui sono gestiti i diversi interventi, le dimensioni di processo e qualificazione delle funzioni da garantire: ad esempio di accudimento, cura, educazione,... proprie dei diversi interventi per la prima infanzia.

Per chiarire la differenza tra le due dimensioni appena proposte, vediamo un esempio tratto da una delle prime esperienze di "definizione e utilizzo" di un sistema di classificazione specificamente centrato sui servizi e interventi sociali, realizzato nel 2005 in Toscana².

Nel caso dell'assistenza domiciliare educativa fattori costitutivi sono: il domicilio, la famiglia, i contenuti di servizio, il progetto personalizzato. L'elemento regolativo è rappresentato da raccomandazioni quali: condividere traguardi con i genitori, realizzare momenti di verifica partecipata con loro, inserire l'aiuto a domicilio all'interno di programmi di socializzazione e di integrazione scolastica e di tempo libero...

Nell'esempio, la dimensione costitutiva descrive contenuti necessari di composizione e organizzazione dell'offerta. Come tale è (dovrebbe essere) uguale in tutti i sistemi locali di erogazione.

La dimensione regolativa è fondamentale per qualificare la funzionalità di un servizio e renderla appropriata rispetto ai bisogni del bambino e della sua situazione evolutiva. Non trova ad oggi adeguata definizione e formalizzazione e spesso viene confusa e assimilata con i caratteri costitutivi o eccessivamente formalizzata con raccomandazioni di qualità di processo standardizzate.

Allo stato attuale, la combinazione delle due dimensioni (costitutiva e regolativa) prefigura interessanti spazi di innovazione, necessari per migliorare le capacità di risposta del sistema infanzia, avendo specifica attenzione alle situazioni di particolare fragilità. L'effettiva capacità di risposta e di protezione per i bambini in condizioni di maggiore numerabilità e disagio è l'indicatore principale che ogni bambino è pienamente tutelato nei suoi diritti di crescita.

2. Bezze M., Faenzi G., Lippi A., Paganelli L., Pompei A. e Vecchiato T., *La classificazione dei servizi e degli interventi sociali*, in Studi Zancan 2_2005.

Per questo la dimensione regolativa si compone di specifiche attenzioni e “regole di azione strategica” necessarie ai diversi attori in gioco (la famiglia, l’istituzione, gli operatori, i bambini stessi) per vincere la sfida senza limitarsi a partecipare.

Un modo tradizionale per trattare queste dimensioni sono le buone prassi e i protocolli (professionali e organizzativi) adottati in ambito locale, come pure le procedure per migliorare la qualità dei servizi.

Ma, operando in questo modo, facilmente si possono confondere le componenti costitutive con quelle regolative. Le seconde (regolative) non possono risolvere i problemi non affrontati a livello costitutivo. Se mancano o sono insufficienti le indicazioni sui caratteri di essenzialità dei servizi complessivamente intesi e nelle loro diverse componenti si finisce per far prevalere la discrezionalità (politica, tecnica e amministrativa). È quello che la Costituzione non vorrebbe: fare parti uguali tra disuguali.

La mappa che proponiamo è quindi una *prima bussola* per muoversi in un sistema eterogeneo e discrezionale, così da identificare dei punti fermi (costitutivi), capaci di dare certezza e fiducia a figli e genitori, nella possibilità di accedere e trovare soluzioni adeguate ai bisogni della prima fase della vita.

La possibilità di classificare le risposte a diversi livelli di complessità ci offre un’ulteriore opportunità: riuscire a meglio definire il sistema dei servizi rivolti ai bambini 0-6, tenendo insieme gli aspetti di carattere “costitutivo”. Sono relativi alla definizione e determinazione degli interventi, mentre quelli di carattere “regolativo”, puntano alla necessaria qualificazione del “come operare” strategico ed efficace. In questo senso, il concorso della famiglia, ed in particolare dei genitori, al percorso di cura e di crescita del bambino, è un aspetto regolativo fondamentale, da approfondire ed estendere, quale livello essenziale di processo, da rendere compresente in tutti gli interventi rivolti ai bambini, a partire dalla fascia 0-6.

Insieme (caratteri costitutivi e regolativi) sono premessa tecnica e strategica necessaria per pensare (anche) in termini di “infrastrutture di servizio” da garantire e sviluppare non solo come livelli essenziali di assistenza ma anche come *livelli essenziali di cittadinanza*. È una strada necessaria per promuovere, in modi più efficaci, i diritti di tutti bambini, negli spazi di vita a loro disposizione.

2. Interventi per la salute, la socialità e l'educazione

2.1. I contenuti della classificazione

La classificazione appena presentata fa riferimento a fonti eterogenee, il cui livello di condivisione, a livello scientifico ed istituzionale, risente dell'evoluzione del dibattito in corso "in e tra" diversi settori di appartenenza disciplinare, consapevoli della diversità dei sistemi territoriali in cui tali servizi si sono sviluppati.

La classificazione dei servizi sanitari e sociosanitari ha come riferimento principale la normativa nazionale in materia di livelli essenziali di assistenza. Anche per questo si caratterizza per una maggiore uniformità di contenuto.

La classificazione dei servizi sociali qui proposta deriva dalla considerazione di diverse fonti. In particolare tiene conto ed è compatibile con due riferimenti istituzionali: a) il nomenclatore degli interventi sociali adottato dalla Conferenza delle regioni nel 2009 e b) le voci inserite nella rilevazione Istat sulla spesa sociale dei comuni (Istat, 'Indagine "interventi e servizi sociali dei Comuni singoli o associati")).

Rispetto alle fonti richiamate, la classificazione aggiunge la capacità di organizzare in modo coerente le diverse tipologie di intervento secondo una ripartizione di genere tecnico degli interventi: possono essere di tipo domiciliare, intermedio e residenziale. In questo modo si ottiene un "menù" utilizzabile in diverse realtà territoriali, dove lo sviluppo dei servizi sociali ha in passato comportato diverse denominazioni (a parità di contenuti di erogazione), che rendono spesso difficile operare con confronti e comparazioni valutative.

I contenuti della classificazione degli interventi educativi è stata costruita tenendo conto degli strumenti attuativi della legge 285 del 1997 e dalla classificazione assunta in sede Istat, già proposta e utilizzata nel quaderno Tfiy n. 2³.

La proposta di una classificazione unitaria degli interventi per l'infanzia promuove una visione altrettanto unitaria delle politiche per l'infanzia, incentrata sui diritti e sui bisogni della persona minore di età e sulle condizioni che possono favorirne la crescita e lo sviluppo⁴.

3. Compagnia di San Paolo, Fondazione E. Zancan (2013), *Investire nell'infanzia è coltivare la vita, Servizi per l'infanzia: risorse e professionalità*, Quaderno TFEY n. 2, p. 13 ss.

4. Ezell M., Spath R., Zeira A., Canali C., Fernandez E., Thoburn J., Vecchiato T., *An international classification system for child welfare programs*, in «Children and Youth Services Review», 33, 10, 2011, pp.

2.2. I servizi per la salute⁵

I servizi sanitari inclusi nella classificazione e la loro definizione, come già detto, sono stati assunti dalla legislazione sanitaria vigente. Sono stati selezionati quelli dedicati espressamente alla prima età pediatrica e gli interventi che, seppure non dichiaratamente pediatrici, hanno applicazione anche nei confronti di bambini in età compresa tra 0 e 6 anni (ad esempio, l'assistenza domiciliare, gli interventi riabilitativi, i trattamenti palliativi).

Di seguito, per ogni livello di risposta (domiciliare, intermedio e residenziale), sono specificati i livelli essenziali di assistenza rivolti alla popolazione infantile (età 0-6) e la definizione desunta dalla normativa vigente.

	Livelli essenziali di assistenza sanitaria	Definizione
Domiciliare	Pediatria di libera scelta (interventi domiciliari)	Visite domiciliari
	Assistenza domiciliare programmata	Assistenza prestata a domicilio, a scopo diagnostico e terapeutico, in base a piani personalizzati di intervento con diverse intensità di cura:
	Assistenza domiciliare integrata	a) prestazioni a domicilio pediatra di libera scelta b) prestazioni a domicilio di medicina specialistica c) prestazioni infermieristiche a domicilio d) prestazioni riabilitative a domicilio e) prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona f) prestazioni di assistenza farmaceutica, protesica e integrativa
	Assistenza riabilitativa domiciliare (incluso ex art. 26)	Prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa.
Intermedio	Trattamenti palliativi a domicilio	Prestazioni e trattamenti palliativi per malati terminali
	Pediatria di libera scelta (interventi ambulatoriali)	Educazione sanitaria, visite ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico; prescrizione di farmaci e richiesta di indagini specialistiche, proposte di ricovero e cure; consulto con lo specialista e accesso negli ambienti di ricovero
	Percorso nascita	Educazione alla genitorialità responsabile; assistenza alle donne in stato di gravidanza

1847-1854; del Valle J.F., Canali C., Bravo A., and Vecchiato T., *Child protection in Italy and Spain: Influence of the family supported society*, Psychosocial Intervention, Vol. 22, No. 3, December 2013, pp. 227-238.

5. Si ringrazia la dott.ssa Maria Antonella Costantino, Direttore dell'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) della Fondazione IRCCS «Ca' Granda» Ospedale Maggiore Policlinico di Milano per la collaborazione alla definizione della classificazione degli interventi sanitari.

	Livelli essenziali di assistenza sanitaria	Definizione
	Assistenza di tipo consultoriale	Prestazioni psicologiche, psicoterapeutiche, di indagine diagnostica rivolte ai minori e alla famiglia (ivi comprese le famiglie adottive ed affidatarie)
	Vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce	Somministrazione di vaccinazioni obbligatorie e vaccinazioni raccomandate anche a favore dei bambini extracomunitari non residenti Svolgimento di screening neonatali e precoci secondo le indicazioni regionali
	Assistenza specialistica ambulatoriale	Prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate in regime ambulatoriale
	Assistenza neuropsichiatrica in età evolutiva	Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di minori affetti da disturbi comportamentali o patologie di interesse neuropsichiatrico. Gli interventi devono essere unitari e coordinati, con una presa in carico globale del paziente e della sua famiglia Includono: <ul style="list-style-type: none"> a. attività dirette con gli utenti (ambulatoriali, semi-residenziali...) b. attività con i familiari (ambulatoriali) c. attività con le scuole d. attività comunitarie
	Assistenza riabilitativa ambulatoriale (ex art. 26)	Visite, prestazioni specialistiche e prestazioni riabilitative, erogate in regime ambulatoriale. Si tratta di attività di recupero e rieducazione funzionale con trattamento globale della condizione di menomazione e/o disabilità che richiede un contestuale apporto multidisciplinare medico psicologico e pedagogico per l'età evolutiva.
	Assistenza riabilitativa a ciclo diurno (ex art. 26)	Assistenza erogata da strutture/presidi di riabilitazione che prendono in carico soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in regime diurno. Tale attività riabilitativa è strettamente integrata con le strutture di degenza del sistema ospedaliero e con le strutture distrettuali territoriali, sia nella fase sub-acuta per i pazienti provenienti dai reparti per acuti, sia per pazienti provenienti dal territorio
	Assistenza riabilitativa extra-murale (ex art. 26)	Comprende l'insieme degli interventi riabilitativi estensivi previsti nel progetto individuale che sono caratterizzati da un intervento multiprofessionale mirato a potenziare le capacità residue e a migliorare il più possibile le modalità e le opportunità di integrazione sociale. Gli interventi sono erogati al di fuori dal contesto ambulatoriale e non al domicilio (per esempio presso le strutture scolastiche)
	Day Hospital e day surgery	Trattamenti erogati nel corso di ricovero ospedaliero diurno, o di altre tipologie di assistenza che ne hanno preso il posto (MAC, day service ambulatoriale ecc.)

	Livelli essenziali di assistenza sanitaria	Definizione
Residenziale	Assistenza protesica	Fornitura di protesi, ortesi ed ausili tecnici
	Assistenza farmaceutica	Fornitura di farmaci e prodotti galenici in classe A, dei medicinali parzialmente rimborsabili secondo DL 347/2001, dei farmaci per le malattie rare, dei medicinali innovativi non autorizzati in Italia ma autorizzati in altri stati o impiegati per indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate
	Assistenza integrativa	Fornitura di prodotti dietetici a categorie particolari, fornitura di presidi sanitari a soggetti affetti da diabete mellito
	Assistenza riabilitativa a ciclo continuo (art. 26)	Gli interventi di riabilitazione intensiva si esplicano nelle strutture extraospedaliere di secondo livello che, in relazione alle diverse menomazioni trattate e alla diversa intensità dei trattamenti erogati, sono deputati al recupero funzionale e sociale di menomazioni e disabilità tramite prestazioni diagnostico prognostiche e terapeutiche-riabilitative.
	Assistenza neuropsichiatrica in età evolutiva (residenziale)	Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative a minori affetti da disturbi comportamentali o patologie di interesse neuropsichiatrico
Emergenza	Degenza ospedaliera	Trattamenti erogati nel corso di ricovero ospedaliero in regime ordinario, inclusi i ricoveri di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie
	Pronto soccorso ed emergenza sanitaria territoriale	Assistenza e soccorso di base e avanzato, anche esterno al presidio ospedaliero, con trasferimento assistiti a bordo di autoambulanze attrezzate

2.3. I servizi sociali⁶

Esistono diverse fonti di denominazione e classificazione degli interventi sociali, i più conosciuti sono il *Nomenclatore degli interventi e servizi sociali*, predisposto nel 2009 per la Conferenza delle Regioni dal Centro Interregionale per i Sistemi informatici, geografici e statistici (Cisis), ed il “menù” utilizzato dall’Istat per la rilevazione della spesa sociale dei comuni singoli e associati. Entrambi i riferimenti sono utili sul piano della rilevazione statistica, ma non permettono di ordinare e classificare gli interventi in

6. Gli interventi e servizi sociali inseriti nella classificazione provengono da una elaborazione realizzata dalla Fondazione Zancan nell’ambito delle proprie attività di ricerca istituzionale in materia di livelli essenziali, su cui v. Bezze M., Faenzi G., Lippi A., Paganelli L., Pompei A. e Vecchiato T., *La classificazione dei servizi e degli interventi sociali*, cit.; Canali C., Vecchiato T. (a cura di), *Livelli essenziali di assistenza, bisogni e diritti delle fasce deboli della popolazione*, Regione Campania e Fondazione "Emanuela Zancan" onlus, 2009; Bezze M., Galardi G., Innocenti E., Vecchiato T., *Verso un sistema informativo unitario in Toscana*, Studi Zancan 4, 2012, p. 69 ss.

modo sistematico con riferimento, ad esempio, alle scelte strategiche connesse ai livelli essenziali di assistenza e al governo strategico del rapporto tra domanda e offerta di servizi, perché scontano la differenza tra nomenclatore e sistema di classificazione.

La rilevazione Istat sulla spesa sociale dei comuni permette una rilevazione omogenea per tutta l'Italia rispetto a un settore, quello dei servizi sociali locali, che ha conformazioni diverse a livello locale e regionale, pur avendo analoghi riferimenti amministrativi. Al suo interno la suddivisione (e la duplicazione) degli interventi per categorie di destinatari rende difficile e sovente impossibile la funzione classificatoria del sistema di rilevazione, che tuttavia è condizione fondamentale per permettere una visione organica e strategica del sistema.

Un tentativo di riclassificazione della spesa e dell'offerta per infanzia e famiglia, coerente con Sisclass, è stato fatto in ambito istituzionale nel Dossier statistico "La famiglia in Italia" predisposto in occasione della Conferenza nazionale famiglia del 2007⁷ e in ambito scientifico negli ultimi rapporti sulla povertà in Italia curati dalla Fondazione Zancan. Nel dossier statistico i dati di spesa e di servizio sono organizzati in modo coerente con la classificazione di cui al comma 4 dell'articolo 22 della Legge n. 328/2000, che definisce come livelli essenziali i servizi di accesso (servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari); il servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari; l'assistenza domiciliare; le strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali e i centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Questo ha richiesto di riclassificare la spesa sociale dei comuni in modo da organizzarla per macro tipologie di offerta (accesso, domiciliare, intermedia, residenziale) e per macro tipologie di bisogno (famiglia e minori, anziani, disabili, disagio adulti, immigrati, dipendenze), come evidenzia l'esempio riportato di seguito riferito alle regioni Piemonte e Lombardia.

Tab. 2.1 – Spesa dei comuni singoli e associati per area di utenza e per macro-area di offerta - Anno 2004 - Regione PIEMONTE (*valori assoluti, procapite e percentuali*)

AREA DI UTENZA	MACRO-AREA DI OFFERTA					Totale
	Accesso	Domiciliare	Intermedio	Residenziale	Altro	
Valori assoluti						
Famiglia e minori	16.675.609	23.173.977	115.406.270	40.369.163	2.879.426	198.504.445
Anziani	14.442.832	47.586.395	5.469.452	51.466.286	1.558.933	120.523.898
Disabili	5.388.734	23.863.335	58.837.891	28.187.098	1.662.935	117.939.993
Disagio adulti	6.460.014	10.936.651	16.653.621	1.471.718	1.985.231	37.507.235
Immigrati	4.082.063	4.923.985	1.944.147	1.347.024	690.336	12.987.555
Dipendenze	438.805	284.438	149.593	117.399	30.933	1.021.168
Totale	47.488.057	110.768.781	198.460.974	122.958.688	8.807.794	488.484.294
Valori procapite						
Famiglia e minori	3,88	5,39	26,84	9,39	0,67	46,16

7. Canali C., Cialesi R., Dalla Zuanna G., Sabbadini L., Vecchiato T., a cura di (2007), *La famiglia in Italia*, Dossier statistico, Istat, Roma.

AREA DI UTENZA	MACRO-AREA DI OFFERTA					Totale
	Accesso	Domiciliare	Intermedio	Residenziale	Altro	
Anziani	3,36	11,07	1,27	11,97	0,36	28,03
Disabili	1,25	5,55	13,68	6,55	0,39	27,43
Disagio adulti	1,50	2,54	3,87	0,34	0,46	8,72
Immigrati	0,95	1,15	0,45	0,31	0,16	3,02
Dipendenze	0,10	0,07	0,03	0,03	0,01	0,24
Totale	11,04	25,76	46,15	28,59	2,05	113,60
Valori percentuali di riga						
Famiglia e minori	8,4	11,7	58,1	20,3	1,5	100,0
Anziani	12,0	39,5	4,5	42,7	1,3	100,0
Disabili	4,6	20,2	49,9	23,9	1,4	100,0
Disagio adulti	17,2	29,2	44,4	3,9	5,3	100,0
Immigrati	31,4	37,9	15,0	10,4	5,3	100,0
Dipendenze	43,0	27,9	14,6	11,5	3,0	100,0
Totale	9,7	22,7	40,6	25,2	1,8	100,0

Valori percentuali di colonna						
Famiglia e minori	35,1	20,9	58,2	32,8	32,7	40,6
Anziani	30,4	43,0	2,8	41,9	17,7	24,7
Disabili	11,3	21,5	29,6	22,9	18,9	24,1
Disagio adulti	13,6	9,9	8,4	1,2	22,5	7,7
Immigrati	8,6	4,4	1,0	1,1	7,8	2,7
Dipendenze	0,9	0,3	0,1	0,1	0,4	0,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Canali C., Crialesi R., Dalla Zuanna G., Sabbadini L., Vecchiato T., a cura di (2007), *La famiglia in Italia*, Dossier statistico, Istat, Roma.

Tab. 2.2. Spesa dei comuni singoli e associati per area di utenza e per macro-area di offerta - Anno 2004 - Regione LOMBARDIA (*valori assoluti, procapite e percentuali*)

AREA DI UTENZA	MACRO-AREA DI OFFERTA					Totale
	Accesso	Domiciliare	Intermedio	Residenziale	Altro	
Valori assoluti						
Famiglia e minori	27.184.218	38.024.483	207.835.372	94.036.724	18.552.413	385.633.210
Anziani	15.340.905	100.688.517	45.115.114	98.019.517	6.431.133	265.595.186
Disabili	9.037.043	41.038.772	103.799.473	25.298.134	12.650.037	191.823.459
Disagio adulti	5.521.604	26.095.169	6.811.002	5.074.192	1.963.139	45.465.106
Immigrati	3.431.800	4.725.104	3.310.291	4.475.911	1.630.523	17.573.629
Dipendenze	2.621.755	1.126.710	2.675.250	668.703	2.514.755	9.607.173
Totale	63.137.325	211.698.755	369.546.502	227.573.181	43.742.000	915.697.763
Valori procapite						
Famiglia e minori	2,92	4,08	22,30	10,09	1,99	41,38
Anziani	1,65	10,80	4,84	10,52	0,69	28,50
Disabili	0,97	4,40	11,14	2,71	1,36	20,58
Disagio adulti	0,59	2,80	0,73	0,54	0,21	4,88
Immigrati	0,37	0,51	0,36	0,48	0,17	1,89
Dipendenze	0,28	0,12	0,29	0,07	0,27	1,03
Totale	6,77	22,71	39,65	24,42	4,69	98,25
Valori percentuali di riga						
Famiglia e minori	7,0	9,9	53,9	24,4	4,8	100,0
Anziani	5,8	37,9	17,0	36,9	2,4	100,0
Disabili	4,7	21,4	54,1	13,2	6,6	100,0

AREA DI UTENZA	MACRO-AREA DI OFFERTA					Totale
	Accesso	Domiciliare	Intermedio	Residenziale	Altro	
Disagio adulti	12,1	57,4	15,0	11,2	4,3	100,0
Immigrati	19,5	26,9	18,8	25,5	9,3	100,0
Dipendenze	27,3	11,7	27,8	7,0	26,2	100,0
Totale	6,9	23,1	40,4	24,9	4,8	100,0
Valori percentuali di colonna						
Famiglia e minori	43,1	18,0	56,2	41,3	42,4	42,1
Anziani	24,3	47,6	12,2	43,1	14,7	29,0
Disabili	14,3	19,4	28,1	11,1	28,9	20,9
Disagio adulti	8,7	12,3	1,8	2,2	4,5	5,0
Immigrati	5,4	2,2	0,9	2,0	3,7	1,9
Dipendenze	4,2	0,5	0,7	0,3	5,7	1,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Canali C., Crialesi R., Dalla Zuanna G., Sabbadini L., Vecchiato T., a cura di (2007), *La famiglia in Italia*, Dossier statistico, Istat, Roma.

Il rapporto povertà 2013 curato da Fondazione Zancan, grazie alla collaborazione dell'Istat, mette a disposizione valori di spesa e di offerta che evidenziano le diversità territoriali in ambito sociale con riferimento alla destinazione della spesa di contrasto alla povertà per tipologie di destinatari⁸. I valori procapite su base regionale nel 2010 variano dai 18 euro procapite della Sardegna ai 3,71 della Calabria.

Tab. 2.3. - Spesa sociale dei comuni destinata alle persone con disagio economico e a quelle povere, per area di bisogno, per regione, valori in euro pro capite, 2010

	Disagio economico di					Povertà	Totale
	minori famiglia	disabili	dipendenze	anziani	immigrati		
Piemonte	14,82	12,82	0,07	15,56	1,41	10,22	54,91
Valle d'Aosta	3,83	0,13	0,01	14,08	0,00	5,43	23,47
Lombardia	17,55	8,38	0,16	10,63	0,52	9,35	46,59
P.A. Bolzano	1,96	11,04	1,67	1,48	16,22	15,60	47,97
P.A. Trento	7,48	3,69	0,03	8,61	0,43	18,62	38,86
Veneto	10,72	11,09	0,56	12,27	1,53	7,59	43,75
Friuli-Venezia G.	17,70	16,50	0,21	24,73	3,08	23,62	85,85
Liguria	15,16	6,18	0,42	18,77	0,48	11,57	52,59
Emilia-Romagna	14,81	3,67	0,25	6,64	0,65	8,57	34,59
Toscana	13,08	4,92	0,09	14,15	1,06	11,13	44,43
Umbria	11,83	2,67	0,14	4,80	0,96	4,65	25,05
Marche	11,38	5,35	0,12	3,80	0,75	4,85	26,25
Lazio	13,78	2,66	0,76	9,20	0,31	18,48	45,19

8. Fondazione E. Zancan, *Rigenerare capacità e risorse. La lotta alla povertà. Rapporto 2013*, Il Mulino, Bologna, 2013, p. 39ss.

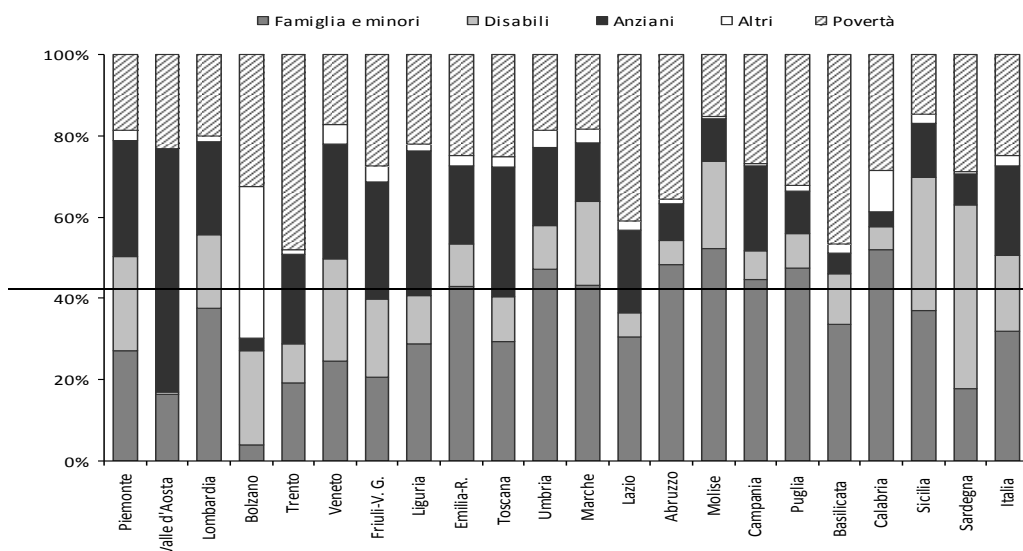
	Disagio economico di					Povertà	Totale
	minori famiglia	disabili	dipendenze	anziani	immigrati		
Abruzzo	5,33	0,65	0,07	0,99	0,05	3,93	11,02
Molise	5,24	2,14	0,00	1,07	0,04	1,54	10,03
Campania	5,73	0,93	0,02	2,68	0,04	3,47	12,87
Puglia	9,51	1,69	0,06	2,11	0,19	6,45	20,00
Basilicata	5,49	2,00	0,07	0,84	0,29	7,61	16,30
Calabria	3,81	0,41	0,02	0,26	0,73	2,10	7,35
Sicilia	8,71	7,80	0,03	3,07	0,52	3,48	23,61
Sardegna	18,23	46,56	0,16	7,81	0,36	29,52	102,65
Italia	12,10	7,05	0,22	8,32	0,80	9,36	37,85

Fonte: elaborazione Fondazione «E. Zancan» su dati Istat, estratto da Fondazione E. Zancan, *Rigenerare capacità e risorse. La lotta alla povertà. Rapporto 2013*, Il Mulino, Bologna, 2013.

La diversità della distribuzione della spesa procapite riscontrata a livello regionale non corrisponde alla diversa incidenza della povertà e del disagio, ma spesso è frutto di allocazioni mal governate o quantomeno ottimizzabili.

Rispetto ai dati disponibili, è evidente che vi sono rischi di sovrapposizione tra interventi e target di utenza: una famiglia con minori può avere al proprio interno anche componenti con disabilità o anziane, così come un intervento di contrasto alla povertà può aggiungersi ad altri tipi di intervento.

Fig. 2.1 - Spesa sociale dei comuni destinata alle persone con disagio economico, per area di bisogno, per regione, valori percentuali, 2010



Fonte: elaborazione Fondazione «E. Zancan» su dati Istat, estratto da Fondazione E. Zancan, *Rigenerare capacità e risorse. La lotta alla povertà. Rapporto 2013*, Il Mulino, Bologna, 2013.

Analoghi rischi di frammentazione e sovrapposizione sono presenti quando si utilizzano dati basati sul nomenclatore della Conferenza delle regioni, perché manca una precisa identificazione e classificazione degli interventi, ovvero la possibilità di una loro lettura e collocazione univoca e “sintattica”, cioè strutturata per livelli di significato.

Il nomenclatore si sviluppa con riferimento a 11 macro-categorie di interventi/servizi (Segretariato sociale, informazione e consulenza per accesso rete servizi, Prevenzione e sensibilizzazione, Pronto intervento sociale, Attività di servizio sociale di supporto a persona, famiglia e rete, Integrazione sociale, Interventi e servizi educativi-assistenziali e per supporto all’inserimento lavorativo, Interventi volti a favorire la domiciliarità, Servizi di supporto, Trasferimenti in denaro, Centri e strutture semi-residenziali, Strutture comunitarie residenziali).

All’interno di ciascuna categoria sono ricompresi uno più interventi/servizi a cui corrisponde una definizione in stile “vocabolario”. Anche per questo non sempre sono scomponibili criteri quali la finalità (a cosa serve l’intervento/il servizio), i contenuti (cosa viene erogato), i destinatari (a favore di chi, di quale condizione), i contesti di erogazione (dove). In sostanza un nomenclatore, per sua natura, adotta una grammatica per poter definire i propri oggetti, ma non (ancora) una sintassi per poter dare forma sistematica e gerarchica ai propri contenuti.

Anche la recente definizione di macrolivelli e obiettivi di servizio, licenziata dalla Conferenza delle Regioni e assunta anche dal ministero del lavoro e delle politiche sociali⁹ non contribuisce a introdurre una visione sintattica del sistema degli interventi, ovvero a definire contestualmente i servizi, associando contenuti elementari quali il nome dell’intervento o servizio, le funzioni professionali implicate, i destinatari e le condizioni organizzative necessarie per erogare l’intervento o il servizio considerato.

Per ottenere questo risultato è stata impostata una struttura sintattica analoga a classificazioni gerarchiche consolidate in altri campi disciplinari, basate su criteri a cascata, del tipo “genere”, “specie”, “razza”, “individuo”. In questo modo la struttura sintattica si sviluppa lungo assi “dal generale al particolare” e prende avvio dalla fase di accesso per svilupparsi lungo il livello della domiciliarità, intermedio e residenziale.

Il sistema proposto prende avvio dalla fase di accesso, che può avvenire, come detto prima, con forme di valutazione monoprofessionale o multi professionale della domanda e del bisogno, o con modalità di accesso libero, per poi svilupparsi in interventi di diversa natura.

La struttura sintattica così descritta è qui utilizzata per collocare gli interventi destinati all’infanzia, così da permetterne una lettura unitaria di quanto ad essa viene offerto. Il primo risultato è che in questo modo non si vedono solo i “pieni”, cioè le parti di offerta effettivamente presente nei territori, ma anche i “vuoti”, cioè le parti a cui non corrisponde ancora capacità di risposta.

La struttura sintattica permette di gestire congiuntamente contenuti e livelli gerarchici.

9. Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Decreto di riparto del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali per il 2013, 26 giugno 2013 (allegato).

La lettura congiunta dei due livelli facilita la lettura e l'organizzazione delle risposte per gradi di complessità e per funzioni operative, in modo che esse possano essere parte di un sistema organico, facilmente riconoscibile e confrontabile.

Questo approccio permette, inoltre, di passare da un approccio per prestazioni, “un bisogno=una misura”, a una visione “per codici multipli” degli interventi, in cui a partire dalla situazione di bisogno, viene considerato l'insieme delle risposte, all'interno del percorso assistenziale. Il sistema di classificazione consente in particolare di identificare ogni intervento sulla base di quattro livelli di codifica: la modalità di accesso, la macro area di intervento (domiciliare, intermedio, residenziale), il settore e/o servizio di intervento, i contenuti di dettaglio della risposta.

Nel settore sociale, ma altrettanto si potrebbe dire per tutta l'attività sanitaria territoriale a carattere sociosanitario, non c'è sufficiente condivisione dei contenuti¹⁰. Una definizione non è in grado di rispecchiare pienamente la realtà, soprattutto laddove questa si differenzia in base a criteri territoriali e livelli istituzionali di gestione.

Per superare queste criticità è necessario identificare quello che viene erogato dai servizi sociali attraverso modalità diverse da quelle finora considerate: non con un sistema statico che si sviluppa da un nomenclatore (insieme di nomi che vengono dati in modo sistematico a oggetti concernenti una data attività) ma con un sistema dinamico, che identifica un insieme predefinito di attributi capaci di classificare i contenuti di quanto erogato¹¹.

La tavola seguente organizza e definisce i livelli di risposta sociale inseriti nella classificazione generale proposta nel primo capitolo.

10. Ad esempio, le codifiche utilizzate per identificare i servizi oggetto della rilevazione sugli affidamenti dei minori in struttura, pubblicata dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Affidamenti familiari e collocamenti in comunità al 31/12/2011*, in Quaderni della ricerca sociale n. 26, 2013, distinguono le comunità familiari, le comunità socio educative, gli alloggi ad alta autonomia, i servizi di accoglienza per bambino-genitore, le strutture di pronta accoglienza, le comunità multiutenza, le comunità educative e psicologica, secondo quanto previsto dal nomenclatore approvato in conferenza delle regioni. Ogni regione, nelle proprie normative in materia di accreditamento dei servizi residenziali, prevede poi definizioni e contenuti assistenziali differenziati. In Toscana ad esempio la legislazione regionale in materia di servizi residenziali per minori prevede una pluralità di strutture, a causa della sovrapposizione di più atti normativi (v. allegato): Centro di pronto accoglimento, Casa della gestante e della madre con figlio, Casa di accoglienza per l'infanzia, Comunità a dimensione familiare, Comunità educativa, Centro di pronta accoglienza per minori, Casa di accoglienza e gruppo appartamento, Comunità familiare, Comunità a dimensione familiare, Gruppo appartamento per adolescenti e giovani, Casa famiglia multiutenza complementare (progetto sperimentale).

11. Per un approfondimento, v. l'estratto da Bezze M., Galardi G., Innocenti E., Vecchiato T., *Verso un sistema informativo unitario in Toscana*, in Studi Zancan 4, 2012, p. 92-97, in allegato.

DOMICILIARE	LIVELLI	Definizione
	Congedi	Congedi obbligatori e facoltativi connessi allo svolgimento di compiti di cura dei figli, naturali o adottivi.
	Assistenza domiciliare educativa	Servizio rivolto a famiglia con bambini, adolescenti con problemi relazionali, di apprendimento, disturbi del comportamento, limitazioni funzionali. È finalizzato a sostenere e promuovere le responsabilità educative ed affettive della famiglia, superare le carenze educative, dare risposte alle difficoltà di comportamento e di apprendimento. Sono erogati interventi socioeducativi e di supporto psicologico quali: aiuto nella cura personale, aiuto scolastico, aiuto per la socializzazione primaria.
	Assistenza domiciliare sociale	Servizio rivolto a famiglia con gravi difficoltà a svolgere adeguatamente i compiti di cura dei figli, per garantire al minore il diritto alle cure personali e a una corretta alimentazione, indispensabili per la crescita. Vengono erogati interventi per organizzazione della vita familiare, sostegno per alimentazione, pulizia della casa, igiene personale.
	A.D.I. - Assistenza domiciliare integrata sociosanitaria	Servizio rivolto a bambini, ragazzi e le loro famiglie con bisogni tali da richiedere prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, necessarie per lo sviluppo del minore e a integrazione/supporto delle funzioni genitoriali. Vengono erogate prestazioni a domicilio di servizio sociale professionale, prestazioni sanitarie, riabilitative ed educative. Può essere integrato con la messa a disposizione di presidi ed ausili.
	Interventi economici di sostegno al reddito familiare	Servizio rivolto a bambini, ragazzi e loro famiglie in condizione di povertà o con limitata capacità economica a far fronte a bisogni primari non differibili. Si sostengono le famiglie e i minori nella soddisfazione di bisogni primari, attraverso interventi integrativi al reddito, contributi di natura straordinaria, azioni di sostegno economico finalizzate al contrasto dell'esclusione sociale, alimenti e prodotti prima infanzia, contributi per cure sanitarie, ecc. Sono compresi interventi erogati dallo stato, dalle regioni e dagli enti locali, come prestiti d'onore e microcredito, contributi alloggio, contributi cure sanitarie, contributi per l'accesso ai servizi socioeducativi, ogni altro intervento di integrazione del reddito.

	LIVELLI	Definizione
INTERMEDIO	Altri interventi di sostegno alla domiciliarità	Interventi rivolti a bambini, ragazzi e loro famiglie con limitata capacità di compiere compiti di cura personale e di gestione della casa, oppure con difficoltà di accesso a servizi educativi (scuola, centri diurni, altri servizi educativi e di tempo libero), per garantire interventi sostitutivi di funzioni non soddisfatte dai genitori nell'ambito domestico e/o aiutare e favorire l'accesso a servizi scolastici ed educativi (asilo, scuola, centro giochi, ecc.). Vi sono ricompresi interventi di prossimità/buonvicinato/ gruppi di auto-aiuto, distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio, distribuzione beni di prima necessità, Intermediazione abitativa, area attrezzata nomadi
	Adozione	Servizio rivolto a minori privi di famiglia o in stato di abbandono non reversibile dichiarati adottabili dall'autorità giudiziaria, finalizzato a garantire a un bambino una famiglia di cui diventa figlio a tutti gli effetti, informare e preparare famiglie interessate ad accogliere stabilmente un bambino con modalità di adozione nazionale o internazionale, garantire il percorso di indagine socio familiare, accompagnare l'inserimento del bambino anche espletando funzioni di supporto e vigilanza nel periodo di affidamento preadottivo.
	Affido familiare part-time	Servizio a sostegno e integrazione delle responsabilità genitoriali nel caso di genitori che risultano incapaci o impossibilitati di garantire adeguate funzioni assistenziali ed educative, al fine di tutelare il diritto del minore a fruire di sostegno genitoriale ed educativo integrativo in contesti familiari effettivamente validi. Vengono erogati interventi professionali di valutazione del bisogno, individuazione e preparazione della famiglia che accoglie, sostegno della famiglia naturale. Si esplica con modalità diurne o notturne in presenza di particolari necessità di tutela e di accudimento del bambino.
	Mediazione culturale	Interventi atti a garantire l'informazione e l'accesso facilitato ai servizi e alle prestazioni in ambito scolastico, sociale, sanitario delle persone straniere minori di età e delle loro famiglie.
	Sostegno socio educativo	Il servizio risponde al bisogno di sostegno integrativo per l'inserimento e la frequenza scolastica di minori disabili, per sostenere il diritto alla migliore integrazione scolastica possibile. L'intervento è svolto nel presidio scolastico frequentato
	Sostegno a vittime di abuso e violenza	Interventi specialistici di supporto psicologico, legale, abitativo, per il sostegno, la tutela e l'accompagnamento a persone vittime di violenza e abuso.

RESIDENZIALE	LIVELLI	Definizione
	Interventi di sostegno alla genitorialità e alla famiglia	Interventi a supporto delle relazioni di coppia, familiari, genitoriali realizzati all'interno di centri famiglia, servizi di mediazione familiare, consultori familiari. Si garantiscono funzioni di ascolto, orientamento, mediazione, formazione, consultazione e trattamento di problemi familiari e/o di coppia, con l'eventuale presa in carico di situazioni di rischio personale e familiare, quali relazioni conflittuali e processi di separazione, a tutela dei soggetti deboli implicati, soprattutto minori. Gli interventi erogati prevedono la compresenza di professionalità con competenze sociali, sociosanitarie, educative.
	Altre attività di socializzazione	Interventi che rispondono a bisogni educativi, di socializzazione e aggregazione, stimolando gli apprendimenti e la crescita condivisa con altri ragazzi nel periodo extrascolastico, e sostenendo e integrando le funzioni educative della famiglia.
	Affido familiare	Risponde a situazioni di incapacità o insufficienza educativa dei genitori, tale da rendere necessario un allontanamento temporaneo del minore dalla famiglia attraverso l'accoglienza in famiglie disponibili e selezionate, così da offrire a bambini e ragazzi che le necessitano risposte affettive, educative e di cura, attivando, contemporaneamente, progetti di aiuto e sostegno alla famiglia di origine.
	Comunità socioeducativa	Inserimento in strutture residenziali a dimensione familiare, con funzione socio-educativa, rivolte a minori di età per i quali la permanenza nella famiglia di origine sia temporaneamente impossibile, accolti sulla base di provvedimento e/o intervento disposto dall'autorità giudiziaria, o dai servizi sociali del comune competente. Assicura al minore un ambiente idoneo al suo mantenimento e alla sua educazione, prevedendo modalità di collegamento con il proprio contesto familiare e sociale. Gli interventi erogati, basati su progetti personalizzati, sono di tipo educativo, assistenziale e di animazione socio educativa.
	Servizi di accoglienza bambino - genitore	Inserimento in strutture di accoglienza, con funzione assistenziale ed educativa per donne in difficoltà, gestanti e/o madri con figli minori, che necessitano di tutela e di appoggio nel periodo della gravidanza e/o durante i primi anni di vita del figlio e padri in difficoltà con i propri figli. I minori sono accolti sulla base di provvedimento e/o intervento disposto dall'autorità giudiziaria, o dai servizi sociali del comune competente.

LIVELLI	Definizione
Comunità familiare	Inserimento in comunità con funzione socio-educativa, caratterizzata dalla presenza e dall'attività di due o più adulti che convivono in modo continuativo e stabile con bambini o ragazzi fuori dalla propria famiglia di origine. Vi sono accolti minori di età per i quali la permanenza nella famiglia di origine sia temporaneamente impossibile, con i quali è instaurata una relazione di tipo familiare da parte delle figure adulte di riferimento che assumono funzioni genitoriali. I minori sono accolti sulla base di provvedimento e/o intervento disposto dall'autorità giudiziaria, o dai servizi sociali del comune competente.
Strutture di pronta accoglienza	Inserimento in struttura residenziale, per minori in situazioni di emergenza, che provvede alla tempestiva e temporanea accoglienza quando si trovano in situazione di abbandono o di urgente bisogno di allontanamento dall'ambiente familiare.

Un ulteriore elemento di complessità è dovuto alla moltiplicazione e frammentazione degli interventi che possono essere erogati in uno stesso contesto territoriale. Come già in parte evidenziato con riferimento ad uno studio condotto sulla città di Milano¹², l'ampiezza e la frammentarietà degli interventi riguarda anche il sostegno alle famiglie con figli minori. La sovrapposizione di interventi statali, regionali e locali, con requisiti e procedimenti di accesso diversificati, è un esempio di sistema di welfare multilivello, orientato alla realizzazione di interventi con diversa denominazione e diverso contenuto, senza poter disporre di una visione strategica che valorizzi e rigeneri le risorse, spesso ingenti, ma non governabili in modo unitario.

Pur nella consapevolezza di ridurre la complessità esistente, nella classificazione sono stati aggregati interventi diversi, seppure con finalità e modalità di erogazione analoghe. In particolare sono state fatte rientrare nella voce complessiva dei *congedi*:

- congedo parentale [c.d. "maternità facoltativa" – il congedo spetta a lavoratrici/lavoratori con figli fino a 8 anni di età; viene erogata una indennità in percentuale (30%) della retribuzione fino al terzo anno di età dei figli];
- riposi per allattamento [indennità pari alla retribuzione (2 ore di riposo – 4 ore in caso di parto plurimo – retribuite al 100%), fino al compimento di 1 anno di età del bambino];
- congedo di maternità/paternità [cd. "maternità obbligatoria" – indennità in percentuale (80%) della retribuzione per lavoratrici (l'indennità spetta al padre in caso di decesso o grave malattia della madre oppure in caso di affidamento esclusivo al padre), da 1 o 2 mesi prima del parto a 4 o 3 mesi dopo il parto];

12. Maria Bezze e Devis Geron, *Conoscere per governare le risposte: essere poveri a Milano*, in Fondazione E. Zancan, *Vincere la povertà con un welfare generativo. La lotta alla povertà - Rapporto 2012*, Il Mulino, Bologna.

-
- congedo obbligatorio per paternità [congedo di paternità obbligatorio (per un giorno) e facoltativo (per due giorni, al posto del congedo obbligatorio della madre) con relativa indennità (pari al 100% della retribuzione), introdotto in via sperimentale per il triennio 2013-2015 dalla cd. “Riforma Fornero” del mercato del lavoro (L. 92 del 2012)];

Sono stati inseriti nella voce degli *interventi di sostegno al reddito familiare*:

- voucher per servizi di baby-sitting [voucher per l’acquisto di servizi di baby-sitting – o per far fronte ai costi dei servizi per l’infanzia, pubblici e privati accreditati – a favore di madri lavoratrici al termine del congedo di maternità e nei mesi successivi in alternativa al congedo parentale, introdotto in via sperimentale per il triennio 2013-2015 dalla cd. “Riforma Fornero” del mercato del lavoro (L. 92 del 2012)];
- carta acquisti (cd. *social card*) per *bambini da 0 a 3 anni* (e altri requisiti, tra cui Isee familiare entro soglia massima);
- assegni familiari [prestazione a sostegno delle famiglie di alcune categorie di lavoratori (coltivatori diretti, coloni, mezzadri, ...), il cui nucleo familiare abbia un reddito complessivo al di sotto dei limiti stabiliti annualmente dalla legge];
- assegno di maternità dello Stato [spetta a madri lavoratrici o disoccupate con determinati requisiti contributivi; l’assegno va richiesto entro 6 mesi dal parto];
- assegni al nucleo familiare [prestazione a sostegno delle famiglie dei lavoratori dipendenti e dei titolari di prestazioni previdenziali, che abbiano un reddito complessivo al di sotto delle fasce stabilite ogni anno per legge];
- “bonus famiglia” [introdotto, come la “social card”, nel periodo 2008-2009 dal Governo in ottica anti-crisi; si tratta di una erogazione a favore di lavoratori e pensionati, appartenenti a famiglie a basso reddito, di ammontare tra 200 e 1.000 euro a seconda del numero dei componenti (inclusi i bambini) e del reddito familiare];
- fondo credito per i nuovi nati [istituito per permettere alle famiglie con un *nuovo figlio nato o adottato* di accedere più facilmente al credito bancario (fino a prestiti di 5.000 euro), sopportando tassi di interesse agevolati];
- altri provvedimenti atti a favorire la famiglia, tra cui possono annoverarsi ad es. le agevolazioni governative per bonus elettrico, destinate a famiglie con più di 3 figli a carico e con Isee entro una soglia massima;

Sono invece escluse dalle misure considerate le agevolazioni fiscali, tra cui figurano in particolare le detrazioni Irpef per figli a carico [è prevista una detrazione di base per ogni figlio a carico pari a 800 euro, aumentata di 100 euro per ciascun figlio di età inferiore a 3 anni]. In questo caso infatti, il mancato introito da parte dello stato non può essere considerato una spesa sociale propriamente detta.

2.4. I servizi educativi¹³

I servizi educativi e di cura per la prima infanzia sono una risorsa centrale per la promozione e la tutela dei diritti dei bambini in situazione di svantaggio sociale e familiare. La Comunicazione della Commissione Europea COM (2011) 66, “Educazione e cura della prima infanzia: consentire a tutti i bambini di affacciarsi al mondo di domani nelle condizioni migliori” sottolinea come tali servizi favoriscono particolarmente “i bambini disagiati, inclusi quelli provenienti da un contesto migratorio e a basso reddito”, poiché possono aiutare a liberare i bambini da condizioni di povertà e da famiglie disfunzionali. In particolare si rende necessario integrare cura ed educazione, per accogliere e valorizzare la crescente diversità sociale, offrire opportunità di inclusione e prevenire l’acuirsi di situazioni di svantaggio sociale, a prescindere dalla configurazione dei servizi prescelta dal singolo stato o dalla singola istituzione competente.

Poste queste premesse, la ricostruzione e la classificazione dei servizi educativi e di cura rivolti ai bambini di età compresa tra i tre mesi e i 6 anni esistenti in Italia descrive i diversi tipi di risposta organizzandola per fascia di età (3 mesi- 3 anni, 3-6 anni) e intensità di cura.

Anche in questo caso le fonti di riferimento sono le disposizioni normative statali, integrate da definizioni estratte da monitoraggi e reportistica che fanno sintesi delle diverse esperienze educative sviluppate a livello regionale¹⁴.

Diversamente dall’ambito sociale e sanitario, questi interventi sono tutti riconducibili al livello intermedio di risposta: anche i nidi domiciliari infatti, pur essendo organizzati in un contesto domestico, sono comunque servizi erogati in un luogo diverso dal domicilio del bambino che ne fruisce.

Non sono previsti interventi educativi di sostegno e accompagnamento alla maternità e alla genitorialità durante la gravidanza: questi tipi di intervento infatti, seppure di forte valenza educativa, sono attualmente inseriti nei percorsi nascita e nelle attività consultoriali realizzate in ambito sanitario.

13. Alla predisposizione del paragrafo hanno offerto un prezioso contributo Tullia Musatti, Istituto Scienze e tecnologie cognitive ISTC-CNR e Roberta Ceccaroni, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Politiche per la famiglia.

14. Parente M. e Compagno T., *Le strategie di regolazione, programmazione e attuazione delle politiche da parte delle regioni e province autonome – un’analisi comparata*, in Istituto degli Innocenti, *Monitoraggio del piano di sviluppo dei servizi socio-educativi per la prima infanzia*, 2011.

Servizi	Definizione
Nido d'infanzia	<p>Servizio educativo rivolto ai bambini e alle bambine in età compresa tra i tre mesi e i tre anni per promuovere lo sviluppo psico-fisico, cognitivo, affettivo e sociale del bambino e offrire sostegno alle famiglie nel loro compito educativo. È aperto per almeno 5 giorni la settimana e almeno 6 ore al giorno per un periodo di almeno 10 mesi all'anno. Vengono assicurati il servizio di mensa e il riposo pomeridiano. Il personale educativo impegnato nella cura dei bambini è professionalmente qualificato.</p> <p>Rientrano sotto questa tipologia gli asili nido pubblici e privati, gli asili nido aziendali i micro-nidi</p>
Servizi e interventi educativi in contesto domiciliare	<p>Servizio educativo per bambini di età inferiore a 3 anni realizzato con personale educativo professionalmente qualificato che accoglie presso una civile abitazione un piccolo gruppo di bambini per un certo numero di ore durante il giorno, assicurando anche l'erogazione dei pasti e il riposo.</p> <p>Rientrano in questa tipologia i servizi noti come servizi di assistenza domiciliare per bambini di età inferiore ai tre anni e i servizi Tagesmutter e Tagesvater, disciplinati dalla legge Provincia Autonoma di Bolzano del 9 aprile 1996, n. 8 e dal DPGP del 30 dicembre 1997, n. 40.</p>
Spazio gioco per bambini	<p>Servizio educativo per offrire momenti di gioco e socialità ai bambini in età compresa tra i diciotto e i trentasei mesi e sostegno all'impegno dei genitori nella cura dei bambini. I bambini sono accolti per un tempo massimo di cinque ore al giorno da personale professionalmente qualificato e non viene erogato il servizio di mensa e di riposo. L'accoglienza è articolata in modo da consentire una frequenza diversificata in rapporto alle esigenze dell'utenza.</p> <p>Rientrano in questa tipologia tutti i servizi, variamente denominati, che accolgono bambini in assenza dei genitori o altro adulto non familiare anche senza prevederne una frequenza sistematica.</p>
Sezioni primavera	<p>Servizio educativo per bambini di 24-36 mesi, attivato dalla legge 296/2006 in via sperimentale dal 2007 sull'intero territorio nazionale.</p> <p>In base alla disciplina statale, con accordi in Conferenza stato regioni possono essere realizzati progetti tesi all'ampliamento qualificato dell'offerta formativa rivolta a bambini dai 24 ai 36 mesi di età, anche mediante la realizzazione di iniziative sperimentali improntate a criteri di qualità pedagogica, flessibilità, rispondenza alle caratteristiche della specifica fascia di età. I nuovi servizi possono articolarsi secondo diverse tipologie, con priorità per quelle modalità che si qualificano come sezioni sperimentali aggregate alla scuola dell'infanzia, per favorire un'effettiva continuità del percorso formativo lungo l'asse cronologico 0-6 anni di età.</p>

Servizi	Definizione
Scuole dell'infanzia	<p>Servizio educativo rivolto a tutti i bambini e tutte le bambine in età compresa di norma tra i tre e i sei anni. Costituisce il primo livello del sistema di istruzione nazionale e come tale lo Stato ne garantisce la generalizzazione (Legge 53/2003). Nella sua autonomia, unitarietà e specificità pedagogica e didattica, concorre all'educazione e all'istruzione, allo sviluppo dell'identità, dell'autonomia e delle competenze delle bambine e dei bambini, nel rispetto della loro personalità; assicura l'effettiva eguaglianza delle opportunità e tiene conto dell'orientamento educativo dei genitori.</p> <p>Rientrano in questa tipologia tutte le scuole dell'infanzia (a volte denominate scuole materne) statali, quelle gestite da enti locali (paritarie pubbliche) e quelle gestite da soggetti privati, paritarie e non.</p>
Centro per bambini e famiglie	<p>Servizio nel quale si accolgono per momenti di gioco e socialità bambini di età inferiore ai tre o ai sei anni insieme ai loro genitori o ad altri adulti accompagnatori. Le attività vengono stabilmente offerte in luoghi che hanno sede definita, non necessariamente in uso esclusivo, ma sicuramente adibite ad essa, e hanno la caratteristica della continuità nel tempo.</p> <p>Rientrano in questa tipologia tutti i servizi che accolgono bambini e adulti in compresenza variamente denominati come Centri per bambini e genitori, Spazio Gioco, Spazio Insieme, Tempo per le famiglie, ecc.</p>
Ludoteche	<p>La ludoteca è un luogo intenzionalmente destinato al gioco. Accoglie bambini di età superiore ai tre anni offrendo loro l'opportunità di dedicarsi liberamente ad attività ludiche, di trovare compagni di gioco e di avvalersi della competenza di personale specializzato in animazione ludica e ricreativa. Non prevede il servizio mensa, né uno spazio dedicato al riposo e normalmente non svolge servizio di custodia dei bambini.</p> <p>La ludoteca viene allestita in locali appositamente attrezzati e dotati di un'ampia varietà di giochi, giocattoli e laboratori nei quali i bambini possono venire a contatto con materiali di vario genere. La ludoteca può anche essere intesa come una "biblioteca del giocattolo", nella quale i numerosi giocattoli presenti possono essere presi anche in prestito.</p>

2.5. La capacità di risposta degli interventi classificati

I successivi esempi mostrano come sia possibile definire livelli di risposta attuali, riconducibili a soglie oggetto di regolazione giuridica (Lea), oppure a soglie di natura statistica, non necessariamente coerenti con la distribuzione dei bisogni e con le istanze di tutela dei diritti dell'infanzia che i livelli essenziali concernenti i diritti civili e sociali possono e dovranno rappresentare.

Tab. 2.5 – Esempi di risposta nella prospettiva dei livelli essenziali

Risposta	Indicatore	Val. medio	Val. min	Val. max
Servizi e interventi educativi in contesto domiciliare	Indicatore di presa in carico degli utenti dei servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia ¹⁵ (ogni 100 residenti 0-2 anni), a.s. 2011/2012 ¹⁶	1,6 (Italia)	0,0 (Molise)	7,1 (P.A. Bolzano)
Servizi innovativi prima infanzia	Spesa comunale media per utente ¹⁷	2.146 euro (Italia)	479 euro (Puglia)	6.186 euro (P.A. Bolzano)
Pediatria di libera scelta	Carico medio potenziale per pediatra (bambini 0-13 anni residenti per medico pediatra), anno 2010 ¹⁸	1.026 (Italia)	855 (Sardegna)	1.346 (P.A. Bolzano)
	Numero di scelte per pediatra (numero effettivo di assistiti 0-13 anni per medico pediatra), anno 2010 ¹⁹	864 (Italia)	737 (Sardegna)	1.016 (P.A. Bolzano)
Vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi di età per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR), in percentuale, anno 2011 ²⁰		72,40 (Bolzano)	95,84 (Sardegna)
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi di età per ciclo base (3 dosi) [polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib], in percentuale, anno 2011 - POL3 ²¹		89,00 (P.A. Bolzano)	99,13 (Abruzzo)
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi di età per ciclo base (3 dosi) [polio, difteri-		89,90 (P.A. Bolzano)	99,13 (Abruzzo)

15. Sono compresi i nidi famiglia e i servizi integrativi per la prima infanzia. Sono considerati i contributi per il servizio di "Tagesmutter" nel caso in cui esso sia organizzato dal Comune.

16. Istat, 2013, *L'offerta comunale di asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia*, www.istat.it

17. Sono compresi i nidi famiglia e i servizi integrativi per la prima infanzia. Sono considerati i contributi per il servizio di "Tagesmutter" nel caso in cui esso sia organizzato dal Comune.

18. Ministero della Salute, 2013, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2010*, www.salute.gov.it

19. Ministero della Salute, 2013, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2010*, www.salute.gov.it

20. Ministero della Salute, 2013, *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2011*.

21. Ministero della Salute, 2013, *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2011*.

Risposta	Indicatore	Val. medio	Val. min	Val. max
Nido (compresi nidi aziendali, micro-nidi, nidi domiciliari, altri servizi innovativi)	te, tetano, epatite B, pertosse, Hib], in percentuale, anno 2011 – DT-DTP3 ²²			
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi di età per ciclo base (3 dosi) [polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib], in percentuale, anno 2011 – EpB3 ²³		89,60 (P.A. Bolzano)	99,90 (Lazio)
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi di età per ciclo base (3 dosi) [polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib], in percentuale, anno 2011 – Hib3 ²⁴		90,50 (P.A. Bolzano)	99,13 (Abruzzo)
	Indicatore di presa in carico degli utenti di asili nido ²⁵ (ogni 100 residenti 0-2 anni), a.s. 2011/2012 ²⁶	11,8 (Italia)	1,9 (Campania)	24,4 (Emilia-Romagna)
	Spesa comunale media per utente di asilo nido ²⁷	7.612 euro (Italia)	3.278 euro (Calabria)	13.066 euro (Valle d'Aosta)
Sezioni primavera	Indicatore di presa in carico degli utenti, totale servizi socio-educativi per la prima infanzia ²⁸ (ogni 100 residenti 0-2 anni), a.s. 2011/2012 ²⁹	13,5 (Italia)	2,5 (Calabria)	26,5 (Emilia-Romagna)
	<i>dato da inserire</i>			
Scuola d'infanzia	Bambini iscritti ogni 100 bambini 3-5 anni, scuole d'infanzia statali e non statali, anno 2009-2010 ³⁰	98,3 (Italia)	92,3 (Lazio)	107,6 (Calabria)

22. Ministero della Salute, 2013, Adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2011.

23. Ministero della Salute, 2013, Adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2011.

24. Ministero della Salute, 2013, Adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2011.

25. Sono comprese sia le strutture comunali che le rette e i contributi pagati dai comuni per gli utenti di asilo nido privati.

26. Istat, 2013, *L'offerta comunale di asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia*, www.istat.it

27. Sono comprese sia le strutture comunali che le rette e i contributi pagati dai comuni per gli utenti di asilo nido privati.

28. Sono compresi i servizi comunali: asili nido (sia le strutture comunali che le rette e i contributi pagati dai comuni per gli utenti di asilo nido privati), nidi famiglia e servizi integrativi per la prima infanzia.

29. Istat, 2013, *L'offerta comunale di asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia*, www.istat.it

30. Elaborazione Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza su dati MIUR.

Risposta	Indicatore	Val. medio	Val. min	Val. max
Affido familiare	Bambini e adolescenti in affidamento familiare ogni 1.000 residenti 0-17 anni, al 31/12/2011 ³¹	1,4 (Italia)	0,5 (Abruzzo)	3,1 (Liguria)
Inserimenti residenziali	Bambini e adolescenti accolti nei servizi residenziali ogni 1.000 residenti 0-17 anni, al 31/12/2011 ³²	1,5 (Italia)	1,1 (F.V.G., Sardegna, Toscana, Valle d'Aosta)	3,1 (Sicilia, P.A. Trento)
Pronto soccorso e servizi di emergenza sanitaria pediatrica	Attività di pronto soccorso pediatrico delle strutture di ricovero pubbliche e delle case di cura private accreditate, numero di accessi per 1.000 abitanti fino a 18 anni, anno 2010 ³³	144 (Italia)	35 (Puglia)	322 (Valle d'Aosta)

31. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2013), *Affidamenti familiari e collocamenti in comunità al 31/12/2011. Rapporto finale*, Quaderni della ricerca sociale n. 26.

32. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2013), *Affidamenti familiari e collocamenti in comunità al 31/12/2011. Rapporto finale*, Quaderni della ricerca sociale n. 26.

33. Ministero della Salute, 2013, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2010*, www.salute.gov.it

3. Spazi di vita e interventi innovativi per la prima infanzia

3.1. Verso una classificazione unitaria degli interventi “essenziali” per la prima infanzia

Il sistema di classificazione utilizzato nei capitoli precedenti si presta per essere riconfigurato a partire da un criterio dominante.

Ad esempio se utilizziamo il criterio dominante del ciclo di vita, possiamo ricomporre le risposte lungo un percorso che parte dalla nascita e prosegue nelle età successive.

In questo modo si evidenzia la distribuzione degli interventi nel corso del tempo, dalla nascita alle due principali fasi di crescita del bambino: la fascia 0-3 anni e la fascia 3-6.

L'accesso effettivo alle diverse tipologie di interventi dipende, oltre ovviamente dalle caratteristiche e dalle necessità del singolo bambino e del suo nucleo familiare, anche dalle caratteristiche del sistema di offerta del territorio in cui vive.

Per questo motivo si è cercato di ricostruire, attraverso delle simulazioni, il percorso di accesso ai servizi di alcune tipologie di famiglia con minori di età compresa tra gli zero e i sei anni...

Come si vedrà, al di là delle tipologie di intervento, una effettiva fruizione universalistica dei servizi per la prima infanzia presuppone interventi di facilitazione all'accesso e di promozione di opportunità che non riguardano solo la dimensione costitutiva dell'intervento, ma sempre di più la sua dimensione regolativa.

Da questo punto di vista, la ricerca di soluzioni innovative per la prima infanzia deve quindi riguardare entrambe le dimensioni sopra indicate, quella costitutiva (il che cosa) e quella regolativa (il come), in quanto entrambe essenziali al fine di garantire risposte efficaci ai bambini, soprattutto i più esposti a situazioni di fragilità, esclusione, rischio.

La classificazione può essere uno strumento utile per visualizzare gli spazi e le soluzioni di innovazione che la ricerca e la sperimentazione hanno promosso negli interventi per la prima infanzia.

La recente call promossa nell'ambito del progetto Tfiey ha permesso di selezionare un gruppo di iniziative di forte carica innovativa: la loro distribuzione nella classificazione

ha messo in evidenza dove si concentra maggiormente lo sforzo di innovazione dei servizi per l'infanzia, cioè nell'ambito delle risposte intermedie di carattere educativo, e quali siano invece le aree non toccate da processi innovativi e di qualificazione, ovvero con modalità domiciliari e residenziali.

3.2. Gli interventi per la prima infanzia nel ciclo di vita

La nascita è una fase in cui sono prevalenti gli interventi sociali e sanitari rivolti al nucleo madre bambino, per garantire la nascita in un contesto di benessere e di tutela. Man mano che il bambino cresce, diventa destinatario di un numero sempre più ampio di interventi, grazie allo sviluppo dell'offerta educativa esterna al nucleo familiare.

	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)
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 extra-murale Ass. specialistica ambulatoriale Assistenza protesica Assistenza farmaceutica Assistenza integrativa Day Hospital Day surgery Assistenza a ciclo continuo (art. 26) Degenza ospedaliera

	INTERVENTI SOCIALI	INTERVENTI EDUCATIVI	INTERVENTI SANITARI
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

3.3. Quali spazi di innovazione praticati e possibili?

La classificazione proposta può rappresentare la distribuzione degli ambiti di innovazione tra i macrolivelli (domiciliare, intermedio, residenziale e di emergenza) e tra i diversi ambiti di intervento (educativo, sociale, sanitario).

La successiva figura mostra gli spazi di innovazione coperti dalle esperienze innovative selezionate nell'ambito del progetto Tfey per il convegno del 9 dicembre 2013 a Torino. Anche in questo caso, la rappresentazione cromatica evidenzia i "pieni", ovvero gli ambiti maggiormente interessati da processi di innovazione e i "vuoti", ovvero gli ambiti di intervento su cui non sono stati riscontrati interventi innovativi.

La maggior parte delle iniziative riguarda interventi di carattere educativo realizzati a livello intermedio. L'unico intervento sociale riscontrato è di tipo domiciliare.

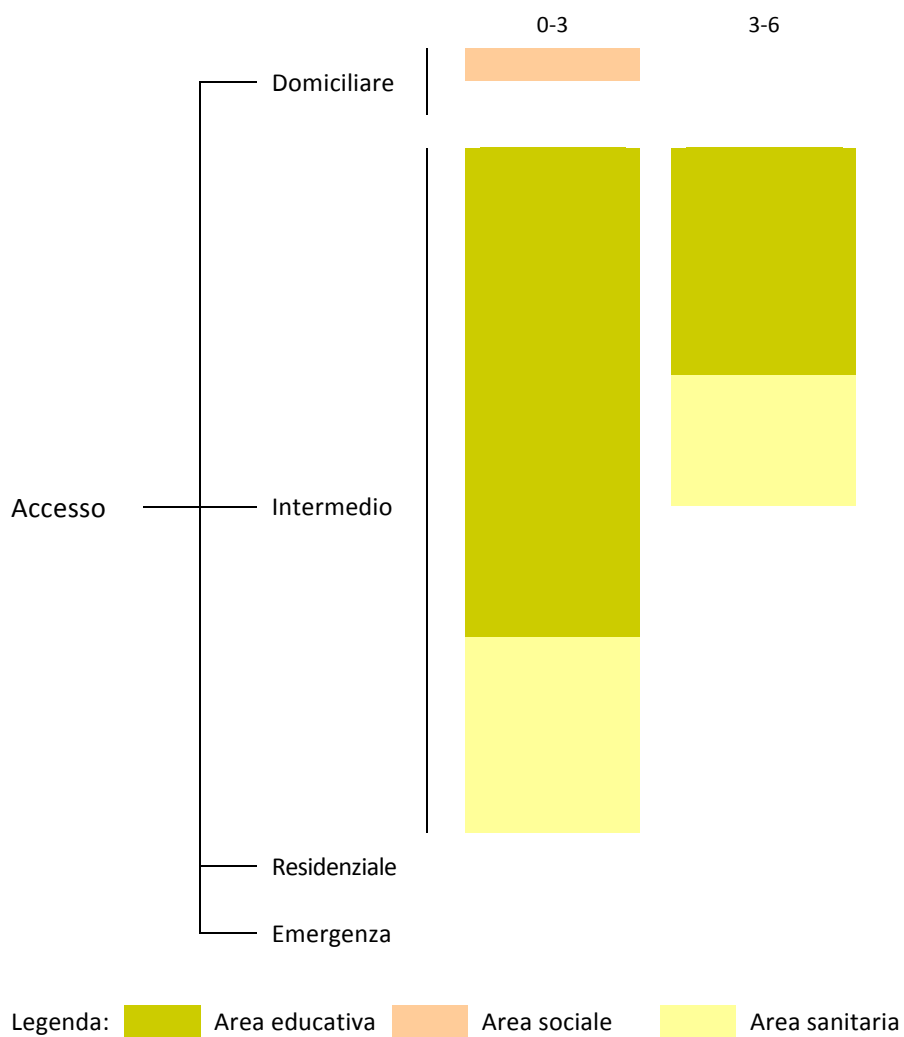
Gli interventi innovativi di carattere sanitario riguardano la facilitazione all'accesso ai servizi sanitari e la diagnosi precoce di situazioni complesse.

Non sono stati riscontrati interventi innovativi che interessano il livello residenziale e di emergenza.

Le situazioni di fragilità e disagio maggiormente considerate riguardano le famiglie e i bambini immigrati e rom, i bambini con disabilità psicofisiche e bisogni sanitari complessi.

Le finalità perseguite dagli interventi perseguono soprattutto l'integrazione nei servizi educativi, la facilitazione dell'accesso ai servizi, il sostegno alle responsabilità genitoriali in situazioni "difficili", come nel caso delle ospedalizzazioni.

Fig. 3.1. L'innovazione nei servizi per i bambini tra gli 0 e i 6 anni



4. I genitori partecipano negli spazi di vita dei figli?

4.1. Investire in partecipazione

Il quaderno si chiude mettendo a tema una questione importante ma di difficile soluzione: la partecipazione dei genitori nei servizi e negli spazi di vita abitati dai figli oltre la propria casa.

Da tempo si insiste sulla necessità di promuovere la partecipazione e il coinvolgimento delle persone e delle famiglie, come condizione che migliora l'efficacia degli interventi, valorizza le risorse e le capacità personali³⁴.

In particolare nel contrasto alla povertà e nella riduzione delle disuguaglianze, la responsabilizzazione delle persone coinvolte è una delle condizioni fondamentali per raggiungere risultati positivi in termini di aumento delle capabilities³⁵ e di rigenerazione delle capacità e delle risorse³⁶. Ma l'effettiva promozione di una "buona" partecipazione nella ordinaria fruizione dei servizi alla persona è fortemente condizionata da fattori culturali, professionali e organizzativi.

Cosa intendere per partecipazione dei genitori? Come valutarla, capire se è adeguata, se è sufficiente, se e come può essere più responsabili. Come farla diventare condizione e strumento per la crescita e lo sviluppo dei bambini che vivono in situazioni di fragilità.

Per affrontare questi aspetti serve l'esperienza professionale e umana degli operatori e anche ricerca scientifica in grado di aprire nuovi orizzonti alle possibilità, senza limitarsi a studi osservazionali che descrivono i problemi ma non prefigurano soluzioni.

Altre domande a cui dare risposta riguardano il livello di partecipazione dei genitori nei diversi spazi di vita dei bambini; gli strumenti per valutare l'impatto della partecipazione dei genitori rispetto alla finalità del servizio di riferimento; gli spazi e gli strumenti per potenziare, in termini qualitativi e quantitativi, la partecipazione.

34. Organizzazione mondiale sanità, Ufficio regionale per l'Europa, *Salute 2020: Una politica di riferimento europea a sostegno di un'azione trasversale ai governi e alle società per la salute e il benessere*, 2012.

35. A.K. Sen, *La libertà individuale come impegno sociale*, Roma Bari, 2007.

36. V. da ultimo Fondazione E. Zancan, *Rigenerare capacità e risorse. La lotta alla povertà. Rapporto 2013*, Il Mulino, Bologna.

Si tratta di questioni che hanno ricevuto attenzioni recenti dall'Associazione Ospedali Pediatrici Italiani (Aopi) che, nel novembre 2013, ha adottato la Carta dei diritti del bambino in ospedale³⁷.

Si tratta di un esempio di come la partecipazione dei genitori può essere valorizzata in contesti di vita diversi da quello familiare, che anche nel caso dell'ospedale può e deve avere adeguata declinazione nei protocolli clinici e nelle prassi di cura dei singoli reparti.

Box - La partecipazione dei genitori dei bambini in ospedale

Art. 6. Il bambino ha diritto alla tutela del proprio sviluppo fisico, psichico e relazionale. Il bambino ha diritto alla sua vita di relazione anche nei casi in cui necessiti di isolamento. Il bambino ha diritto a non essere trattato con mezzi di contenzione.

Il personale assicura e promuove il rispetto delle esigenze affettive, espressive ed educative ed in particolare la continuità delle relazioni familiari. L'Ospedale offre la possibilità di un contatto diretto e continuativo madre-neonato (rooming-in) al fine di favorirne il reciproco attaccamento.

La famiglia viene coinvolta attivamente nel processo di cura.

Sarà garantita la permanenza di un familiare, o di un' altra figura di riferimento, anche nei servizi di cure intensive e nelle situazioni assistenziali in cui si prevedono interventi invasivi, compatibilmente con le esigenze cliniche.

Un numero maggiore di visitatori al di fuori degli orari definiti, è subordinato alle condizioni del bambino, alle caratteristiche del reparto/servizio, e soprattutto al rispetto della privacy di tutti i ricoverati.

Viene favorita la presenza di operatori dei servizi socio-educativi del territorio e delle associazioni di volontariato riconosciute in conformità alla normativa vigente, per garantire al bambino relazioni significative, qualora si dovesse trovare in situazione di "abbandono" o di temporanea difficoltà del nucleo familiare.

Art. 8 Il bambino ha diritto ad essere coinvolto nel processo di espressione dell'assenso/dissenso alle pratiche sanitarie che lo riguardano.

Un assenso/dissenso progressivamente consapevole in rapporto alla maturazione del minore va sempre promosso e ricercato anche e soprattutto attraverso le relazioni familiari. Tenuto conto che il bambino non ha tutti gli strumenti per utilizzare appieno un'informazione adeguata ad esprimere un assenso/dissenso in merito a decisioni legate alla malattia, va tuttavia considerato che il silenzio aumenta le paure.

È difficile pensare ad un assenso/dissenso informato prima dei sette anni. Successivamente, quando il bambino esplora meglio le proprie motivazioni e le confronta con ciò che gli altri dicono e fanno, è concepibile un assenso/dissenso informato insieme con quello dei genitori. A partire dai dodici anni, si può credere in un assenso o dissenso progressivamente consapevole, perché anche di fronte a situazioni di accanimento terapeutico i preadolescenti e gli adolescenti riescono a prefigurarsi il futuro e ad assumersi la responsabilità di fronte al proprio progetto di vita.

37. La Carta menzionata è la più recente. L'EACH (European Association for Children in Hospital) nel 1993 ha adottato la Carta di EACH, recependo un testo elaborato nel 1988 da 14 associazioni europee attive per la tutela dei bambini in ospedale, che riassume in 10 punti i diritti del bambino ospedalizzato. Una versione successiva è quella realizzata dalla Fondazione ABIO Italia nel 2008, la Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale.

Pertanto l'assenso/dissenso va sempre richiesto, non soltanto per un'esigenza giuridica o etica, ma soprattutto per far comprendere al bambino quanto gli sta accadendo intorno. È opportuno presentargli tutti gli scenari che è in grado di comprendere o immaginare/pensare.

L'assenso/dissenso su atti concreti vicini alla sua esperienza farà nascere la necessaria alleanza tra l'adulto e il bambino.

Art. 10. Il bambino ha diritto a manifestare il proprio disagio e la propria sofferenza. Ha diritto ad essere sottoposto agli interventi meno invasivi e dolorosi.

Una specifica attenzione del personale sanitario è dedicata alla prevenzione e alle manifestazioni del dolore del bambino. Vengono adottate tutte le procedure atte a prevenirne l'insorgenza e a ridurre al minimo la percezione, nonché tutti gli accorgimenti necessari a ridurre le situazioni di paura, ansia e stress, anche attraverso il coinvolgimento attivo dei familiari.

Un supporto particolare, sarà fornito ai familiari al fine di favorire la comprensione ed il contenimento del dolore dei propri figli.

In ambito sociale, la partecipazione dei genitori in situazioni di rischio specifico è stata oggetto di una sperimentazione, nell'ambito delle due annualità del progetto RISC – Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo, attraverso l'utilizzo della mappa dei soggetti e delle risorse³⁸.

Ogni genitore è stato valutato e valorizzato nelle sue capacità genitoriali e nelle sue potenzialità di essere soggetto attivo che affronta i problemi della famiglia e dei figli. Nei casi di bambini problematici e deprivati non è così e nel progetto gli operatori sociosanitari hanno dedicato molto impegno a promuovere le capacità genitoriali, così da colmare deficit anche rilevanti che di fatto si trasformavano in pregiudizio e grave rischio per i bambini.

I benefici conseguiti sono stati misurati in termini di esiti positivi per i figli e per i genitori, visto che entrambi sono risultati in grado di condividere le scelte e le proposte di aiuto degli operatori.

4.2. La partecipazione dei genitori in ambito educativo, sociale, sanitario

Approfondire il tema della partecipazione dei genitori nei servizi rivolti all'infanzia significa in primo luogo rileggere le esperienze esistenti con l'obiettivo di focalizzare l'attenzione su questo aspetto. Abbiamo chiesto ad un gruppo di esperti di riflettere sulla capacità dei servizi sanitari, sociali ed educativi di essere luoghi di partecipazione per i genitori.

Il coinvolgimento della famiglia e la sua inclusione all'interno della "comunità dei genitori" può essere strumento importante per ridimensionare le barriere sociali e culturali

38. Canali C., Vecchiato T., (2011), *RISC – Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo*, Quaderni della Ricerca Sociale n. 12, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Roma; Canali C., Vecchiato T. (2012), *Risc II - Rischio per l'Infanzia e Soluzioni per Contrastarlo*, Quaderno Ricerca sociale 18, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Roma.

che ostacolano l'accesso ai servizi e impediscono ai bambini di avere pari opportunità di crescita e di cura.

L'approfondimento ha messo in luce come il livello di partecipazione riscontrato negli spazi extrafamiliari dei bambini sia molto differenziato, in termini quantitativi e qualitativi. È per questo necessario individuare strumenti di facilitazione e potenziamento della partecipazione per includere le famiglie e i bambini che vivono in situazioni di particolare fragilità.

Il risultato del lavoro mostra come sia opportuno individuare strumenti utili a facilitare l'acquisizione di competenze e capacità partecipative necessarie alle famiglie che vivono situazioni di marginalità, fragilità sociale ed economica.

È stato utilizzato anche un questionario strutturato, finalizzato ad individuare per ogni spazio di vita il livello attuale e potenziale di partecipazione e gli eventuali strumenti attivabili per migliorarne la qualità e la quantità nei servizi educativi, sociali e sanitari rivolti alla prima infanzia.

Il livello di partecipazione

Il primo aspetto affrontato nel gruppo riguarda il livello di partecipazione riscontrato nei servizi dai componenti del gruppo. È stato chiesto di indicare, in base alla propria esperienza e conoscenza, quale fosse il livello di partecipazione normalmente praticato nei servizi.

a. servizi educativi

Nei servizi educativi, il livello di partecipazione più frequentemente indicato è quello medio (12 su 28), seguito dal livello alto (9 su 28). In 5 casi il livello di partecipazione è stato considerato basso e in 2 assente.

Il nido di infanzia è il servizio in cui è riscontrato il maggior livello di partecipazione, seguito dai centri per bambini e famiglie e delle scuole per l'infanzia e le ludoteche. Nei servizi educativi domiciliari e nelle sezioni primavera sono riscontrati i livelli di partecipazione più bassi.

b. i servizi sociali

Nei servizi sociali il livello di partecipazione più frequentemente indicato è alto (17 su 36), seguito dal livello basso (10 su 36) e medio (9 su 36). In nessun servizio è stata riscontrata assenza di partecipazione.

I servizi di accoglienza bambino-genitore, i servizi di sostegno alla genitorialità e alla famiglia, l'assistenza domiciliare integrata, la mediazione culturale e le altre attività di socializzazione sono i servizi in cui il livello di partecipazione è considerato più alto. Seguono l'assistenza domiciliare educativa e gli altri interventi di sostegno alla domiciliarità, dove il livello di partecipazione è medio-alto.

L'assistenza domiciliare sociale, l'affido familiare part time, il sostegno socio educativo e la comunità socio educativa sono i servizi dove il livello di partecipazione è quello medio.

La partecipazione è medio-bassa e bassa negli interventi economici di sostegno al reddito, negli affidi extrafamiliari, nelle comunità familiari. È bassa nei servizi di sostegno per vittime di abuso e violenza.

c. i servizi sanitari

I servizi sanitari hanno avuto il minor numero di riscontri: su 21 voci, solo 4 servizi sono stati considerati e per tutti e 4 il livello di partecipazione è stato considerato alto: assistenza riabilitativa domiciliare, Assistenza specialistica ambulatoriale, Day Hospital e day surgery, Degenza ospedaliera.

Sedi e strumenti di partecipazione attivati

Il dettaglio sugli strumenti e le sedi di partecipazione offre spunti interessanti. In ambito educativo, i servizi "storici", come il nido e la scuola di infanzia presentano il maggior numero di sedi e strumenti partecipativi. In ambito sociale sono diffusi strumenti individuali, in primis il colloquio e strumenti collegiali di partecipazione (gruppi di sostegno, reti familiari). In ambito sanitario prevale la dimensione individuale e familiare del coinvolgimento, prevalentemente con il colloquio con personale sanitario specializzato. Sul totale dei servizi sociali ed educativi considerati, quasi tutti hanno sedi e strumenti di partecipazione attivi. Sul versante sanitario, vi sono riscontri sulla partecipazione per quattro servizi sui sedici individuati.

a. servizi educativi

I servizi educativi presentano una grande varietà di strumenti e sedi di partecipazione, con diverso livello di strutturazione. Nelle scuole di infanzia e nelle sezioni primavera la partecipazione è prevalentemente istituzionale, mentre negli altri servizi socio educativi sono riscontrate pratiche meno formalizzate e più varie. Le sedi e gli strumenti partecipativi individuati in ogni servizio sono riportati di seguito:

Nido di infanzia: regolamenti di gestione, carta dei servizi, pratiche consolidate, Organismi gestionali; percorso partecipativo, Banca del tempo, orario post-nido, consulenza/formazione, Incontri a tema su proposta dei genitori (obiettivo sostenere la partecipazione), momenti dedicati al solo gruppo genitori, comitato di gestione, colloqui, riunioni di sezione, comitato genitori, laboratorio genitori.

Servizi domiciliari: contratto con famiglia.

Centri bambini e famiglie: incontri frequenti/ rete - baratto, gruppi e laboratorio genitori.

Spazio gioco per bambini: regolamenti di gestione, carta dei servizi, pratiche consolidate, comitati di gestione.

Sezione primavera: comitati di gestione.

Scuola dell'infanzia: regolamenti di gestione, carta dei servizi, pratiche consolidate, organismi regolamentari, incontri formali di intersezione, comitati genitori, riunioni di sezione.

b. Servizi sociali

Nei servizi sociali gli strumenti partecipativi prevalenti sono il gruppo (di mutuo aiuto, tra pari, ecc.) e il colloquio.

Nel dettaglio, le sedi e gli strumenti partecipativi individuati in ogni servizio sono riportati di seguito:

Assistenza domiciliare educativa: gruppi di confronto, colloqui (area disabilità)

Assistenza domiciliare sociale: family group conference, colloqui, incontri. Prevalente il lavoro presso il domicilio delle famiglie.

Assistenza domiciliare integrata: esperienza scuola per caregiver familiari

Interventi economici di sostegno al reddito familiare: colloqui

Altri interventi di sostegno alla domiciliarità: gruppi, contratto di accompagnamento individuale, colloquio, incontri domiciliari.

Affido familiare part-time: rete famiglie aperte, colloqui, incontri.

Sostegno socio educativo: gruppo di rappresentanti genitori e dei ragazzi (centri socioeducativi).

Sostegno a vittime di abuso: gruppi confronto (family group conference); gruppi di automutuo aiuto, colloqui

Altri interventi di sostegno alla genitorialità: colloqui, gruppi di confronto, questionari - self report sulla propria esperienza e di efficacia sull'intervento ricevuto.

Affido extrafamiliare: incontri, colloqui, gruppi di confronto.

Comunità socio educativa: Incontri in comunità, colloqui, incontri genitori-bambini; colloqui; percorsi di sostegno alla genitorialità.

Servizi di accoglienza bambino-genitore: colloqui.

Comunità familiare: colloqui.

c. servizi sanitari

Per gli interventi considerati (assistenza riabilitativa domiciliare, assistenza specialistica ambulatoriale, day Hospital e day surgery, degenza ospedaliera) gli strumenti di partecipazione previsti sono il colloquio genitori-medico-paziente psicologo e i gruppi genitori con psicologo.

Le criticità e gli strumenti attivabili

Nel lavoro di approfondimento è stato chiesto di individuare le principali criticità e le potenzialità riscontrate nella pratica professionale rispetto alla diffusione e alla qualificazione di forme di partecipazione utili a garantire l'inclusione dei bambini in situazioni di maggiore fragilità.

Nei servizi educativi, gli elementi riscontrati rispetto alle attuali prassi partecipative sono le seguenti:

- Partecipazione contrassegnata culturalmente e socialmente, c'è poco mix sociale, non è promossa la partecipazione degli stranieri e degli esclusi dai servizi e delle fasce deboli;
- A fronte di risorse discontinue è difficile dare stabilità alla partecipazione, che deve essere alimentata continuamente;
- Gli incontri dovrebbero poter avere una cadenza almeno mensile;
- Nei servizi sono pochi gli operatori che parlano e coinvolgono i genitori sia sui "PEI per la prima infanzia" che sulla programmazione del servizio
- Manca il coinvolgimento di entrambi genitori per chi non ha altre figure che accudiscono i figli
- Esiste un rischio di routinizzazione della partecipazione, soprattutto quella più strutturata, mentre va sviluppata di più la rete tra genitori
- Gli strumenti di partecipazione non devono essere troppo "strutturati" ma creare solo momenti di incontro
- Si possono creare dei momenti con dei mediatori che agevolano la partecipazione
- L'esperienza delle sezioni primavera è nata da poco e "poco guardata"
- Esiste una minore disponibilità del sistema statale a coinvolgere attivamente i genitori anche in attività extra rispetto alle riunioni previste formalmente dagli organismi rappresentativi
- Nelle scuole dell'infanzia la partecipazione è troppo formalizzata dalla normativa, con poco sostegno alla partecipazione volontaria e spontanea e poca attenzione a mettere al centro i temi educativi essenziali

Nei servizi sociali, le criticità e le potenzialità riscontrate sono:

- occorre promuovere la valorizzazione di risorse temporaneamente "congelate" e implementare nuove risorse attraverso presenza dell'educatrice e della messa in rete della famiglia con altri servizi;
- manca la condivisione degli obiettivi raggiungibili insieme tra famiglie
- esistono difficoltà di organizzazione di tempi e spazi per la partecipazione delle famiglie ospitanti;
- negli interventi di sostegno alle vittime di abuso spesso l'abusante è il genitore e l'altro non è protettivo, per cui per arrivare ad una qualche forma di partecipazione è necessario un lavoro specifico
- esiste difficoltà di partecipazione di entrambi i genitori per problemi lavorativi, per povertà, mancanza di mezzi
- occorre creare spazi a bassa soglia che promuovano più partecipazione con gruppi eterogenei

-
- l'informalità e la poca strutturazione può stimolare e creare meccanismi di partecipazione
 - difficoltà a concepire partecipazione in situazioni in cui i genitori hanno limitazioni e sono previste visite protette
 - in casi di contesto coatto; gravi carenze genitoriali o sospetto abuso la partecipazione è difficile, anche se avrebbe importanti potenzialità, in particolare la possibilità di maggiore efficacia del lavoro di cura del bambino

Nei servizi sanitari la criticità ricorrente riscontrata riguarda la necessità di informare di più i genitori affinché trovino spazi di aggregazione e servizi sul territorio nel pre e dopo degenza.

Fig. 4.1. I servizi e gli interventi considerati

MACROLIVELLO	INTERVENTI	LIV. PARTEC.
Domiciliare	Congedi (obbligatori e facoltativi, connessi allo svolgimento di funzioni di cura)	
	Assistenza domiciliare educativa	medio alta
	Assistenza domiciliare sociale	media
	Assistenza domiciliare integrata (ADI)	alta
	Interventi economici di sostegno al reddito familiare	medio bassa
	Altri interventi di sostegno alla domiciliarità	medio alta
	Adozione	
	Assistenza riabilitativa domiciliare (art. 26)	alta
Intermedio	Assistenza domiciliare (Adi, Adp)	
	Pediatria di libera scelta (interventi domiciliari)	
	Trattamenti palliativi domiciliari	
	Nido d'infanzia	medio alta
	Servizi e interventi educativi in contesto domiciliare	bassa
	Spazio gioco per bambini	medio bassa
	Sezioni primavera	bassa
	Scuola d'infanzia	media
	Ludoteche	media
	Centro per bambini e famiglie	media
	Affido familiare <i>part time</i> diurno/notturno	media
	Mediazione culturale	alta
	Sostegno socio educativo	media
	Sostegno a vittime di abuso e violenza	bassa
	Interventi di sostegno alla genitorialità e alla famiglia	alta
	Altre attività di socializzazione	alta
	Pediatria di libera scelta	
	Percorso nascita	
	Assistenza consultoriale	
	Vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce	
	Assistenza neuropsichiatrica in età evolutiva	
	Assistenza riabilitativa ambulatoriale	
	Assistenza riabilitativa a ciclo diurno (art. 26)	
	Assistenza riabilitativa extra-murale	
	Assistenza specialistica ambulatoriale	alta
	Day hospital e day surgery	alta
	Assistenza protesica	
	Assistenza farmaceutica	
	Assistenza integrativa	
	Trattamenti palliativi	
Residenziale	Affido familiare	medio bassa
	Servizi di accoglienza per genitore e bambino	alta
	Comunità familiare	medio bassa
	Comunità socioeducativa	media
	Strutture di pronta accoglienza	
	Assistenza riabilitativa a ciclo continuo (art. 26)	
	Assistenza neuropsichiatrica in età evolutiva (residenziale)	
	Degenza ospedaliera (inclusa la lungodegenza)	alta
Emergenza	Pronto intervento sociale	
	Pronto soccorso e servizi di emergenza sanitaria territoriale	alta

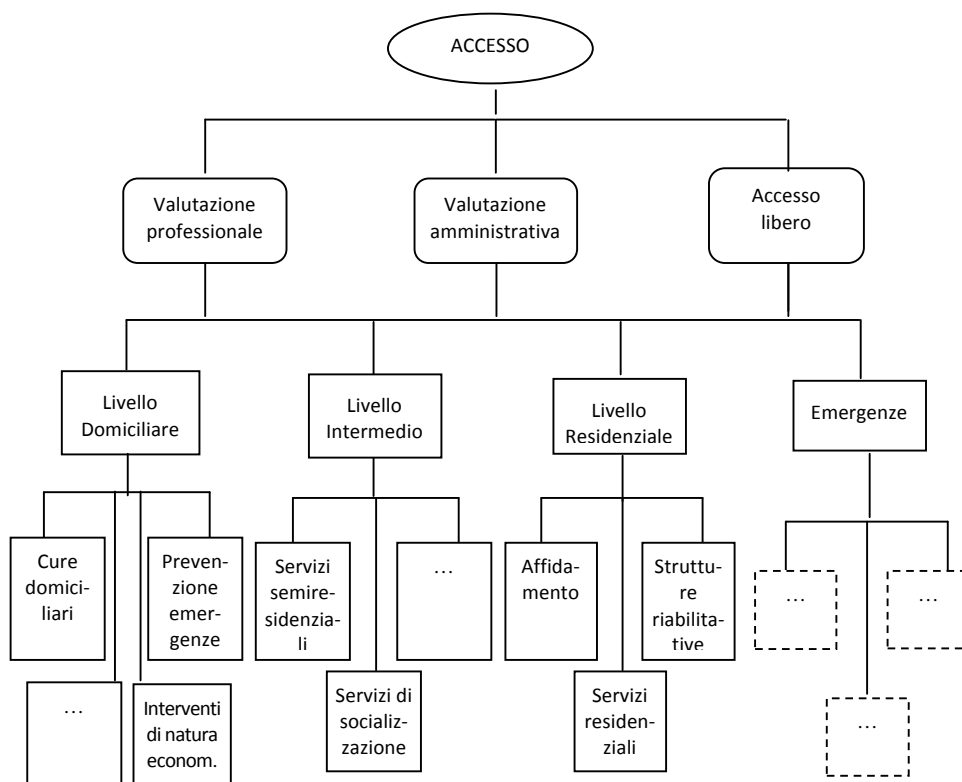
Allegato n. 1

Estratto da Maria Bezze, Giancarlo Galardi, Elena Innocenti, Tiziano Vecchiato, Verso un sistema informativo unitario in Toscana, Studi Zancan 4, 2012, p.92-97.

La sintassi

La struttura sintattica serve invece per gestire congiuntamente contenuti e livelli gerarchici. Analogamente a classificazioni basate su criteri del tipo «genere», «specie», «razza», «individuo», la struttura sintattica si sviluppa lungo gli assi (dal generale al particolare) propri dei livelli essenziali di assistenza, così come delineati nell'articolo 22, comma 4, della legge n. 328/2000. In particolare, la struttura sintattica, escludendo il pronto intervento, prende avvio dalla fase di accesso (che può avvenire previa valutazione monoprofessionale o multiprofessionale, o liberamente) per svilupparsi lungo il livello della domiciliarità, intermedio e residenziale e dal generale al particolare (Fig. 1).

Fig. 1 – La struttura sintattica definita dal SisClass



La lettura congiunta dei due livelli facilita l'organizzazione delle risposte per gradi di complessità e per funzioni operative, in modo che esse possano essere parte di un sistema organico, facilmente riconoscibile e confrontabile.

Questo approccio permette, inoltre, di passare da un approccio per prestazioni, «un bisogno=una misura», a una visione «per codici multipli» degli interventi, in cui a partire dalla situazione di bisogno, viene considerato l'insieme delle risposte, all'interno del percorso assistenziale

(Bezze M. e altri, 2008, pp. 121-135). Il sistema di classificazione consente in particolare di identificare ogni intervento sulla base:

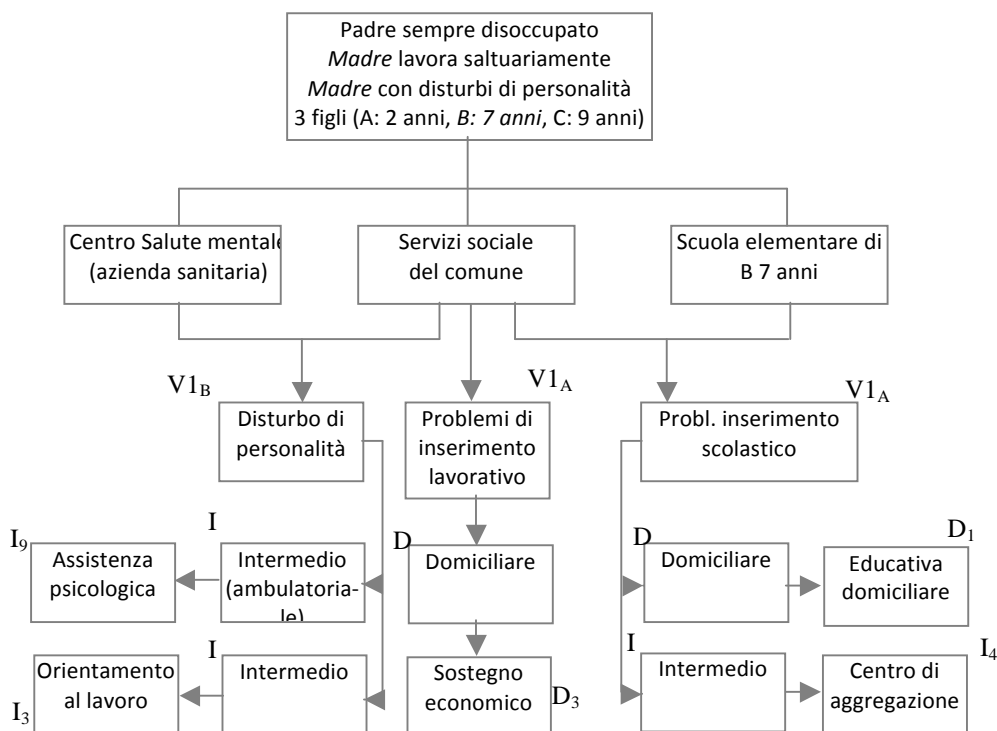
- (primo livello di codifica) della modalità di accesso: V1a valutazione monoprofessionale, V1b valutazione multiprofessionale, V2 valutazione amministrativa, V3 non valutazione, cioè accesso libero;
- (secondo livello di codifica) della tipologia (macro area) di intervento: D domiciliare, I intermedio, R residenziale;
- (terzo livello di codifica) del settore e/o servizio di intervento;
- (quarto livello di codifica) dei contenuti di dettaglio della risposta.

Si prenda per esempio il caso di una famiglia in cui diversi componenti presentano problematiche di tipo sanitario e/o sociale (Fig. 2). Gli interventi sono stati rivolti in via prioritaria alla madre e al figlio di 7 anni. La valutazione multiprofessionale (V1b) svolta congiuntamente dal Centro di salute mentale e dal servizio sociale ha evidenziato un disturbo della personalità cui dare risposta con interventi di tipo intermedio (assistenza psicologica e orientamento al lavoro, I9, I3). La valutazione monoprofessionale (V1a) svolta dal servizio sociale ha messo in evidenza i problemi di inserimento lavorativo e ha individuato la necessità di intervenire con un sostegno economico al nucleo (D3).

Il servizio sociale ha svolto una valutazione professionale riguardante il bambino coinvolgendo la scuola: ai problemi di inserimento scolastico e di socializzazione viene data risposta con interventi di tipo domiciliare (educativa a domicilio, D1) e di tipo intermedio (centro di aggregazione, I4).

In sintesi, otteniamo V1a,b, I3,9,4, D1 cioè una stringa che ci dice che la valutazione è stata mono e multifunzionale, gli interventi del progetto personalizzato hanno previsto risposte intermedie (I) e domiciliari (D) di diversa natura. Non ci parla di una somma di prestazioni ma di una presa in carico del problema che non è riducibile alle singole componenti professionali.

Fig. 2 – La presa in carico codificata secondo il SisClass



SisClass pur coniugando al suo interno una struttura definitoria e una struttura classificatoria non risolve pienamente il problema di identificare in modo univoco quanto viene erogato nel settore dei servizi sociali locali.

Nel settore sociale, ma altrettanto si potrebbe dire per tutta l'attività sanitaria territoriale a carattere sociosanitario, non c'è sufficiente condivisione dei contenuti. Una definizione non è in grado di rispecchiare pienamente la realtà. C'è sempre differenza tra l'attività erogata e il nome che le viene attribuito.

Si considera a titolo esemplificativo il caso degli interventi semiresidenziali e residenziali. Si tratta di interventi che in Regione Toscana sono definiti da più fonti, e cioè:

- legge regionale n. 41 del 2005 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale);
- legge regionale n. 82 del 2009 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato);
- Dpgr 3 marzo 2010, n. 29/R, Regolamento di attuazione della legge regionale 28 dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato);
- Nomenclatore degli interventi e servizi sociali della Regione Toscana (Dgr n. 208/2009).

In queste disposizioni l'approccio è quello tradizionale: descrivere la struttura sulla base dell'attività realizzata, più o meno complessa, come evidenziato nella tabella 8.

Tab. 8 – Confronto tra strutture semiresidenziali e residenziali e attività erogate sulla base della normativa della Regione Toscana

<i>Struttura</i>	<i>Attività</i>
Rsa	Accoglienza di soggetti disabili e non autosufficienti con prestazioni socio-assistenziali e a integrazione sociosanitaria
Rsd	
Comunità alloggio protetta	Accoglienza alberghiera, per soggetti parzialmente non autosuff. o disabili non gravi
Struttura residenziale a carattere comunitario per persone a rischio psicosociale e/o in condizioni di disagio relazionale	Accoglienza di soggetti che necessitano di una collocazione abitativa protetta o con limitata autonomia personale, privi temporaneamente o permanentemente del necessario supporto familiare
Comunità familiare	
Struttura residenziale per l'accoglienza e il trattamento di persone dipendenti da sostanze da abuso	Accoglienza per il trattamento di soggetti dipendenti da sostanze da abuso
Centro di pronta accoglienza per minori	Pronta accoglienza per minori
Comunità a dimensione familiare	
Casa di accoglienza	Accoglienza per minori con il proprio genitore
Gruppo appartamento	
Comunità familiari	Risposte residenziali socio-educative per minori di tipo familiare
Comunità a dimensione familiare	
Gruppi appartamento	Altre risposte residenziali socio-educative per minori

<i>Struttura</i>	<i>Attività</i>
Struttura semiresidenziale per persone anziane	Accoglienza semiresidenziale, sociale e/o sociosanitaria per soggetti disabili e non autosufficienti/soggetti parzialmente non autosufficienti o disabili non gravi
Struttura semiresidenziale per persone disabili	
Struttura semiresidenziale per minori	Accoglienza semiresidenziale, sociale e/o sociosanitaria per minori
Strutture di accoglienza diurna e notturna	Accoglienza semiresidenziale, sociale e/o sociosanitaria per: - soggetti che necessitano di una collocazione abitativa protetta o con limitata autonomia personale - soggetti dipendenti da sostanze da abuso

Il caso della residenzialità evidenzia che è possibile distinguere le attività erogate (i contenuti) dalle strutture eroganti, che per una stessa attività (contenuto) ci possono essere più tipologie di strutture, e che, soprattutto, le attività (i contenuti) possono avere una definizione autonoma rispetto alle strutture.

Implementazione di un sistema dinamico

Quanto considerato ci dice che è possibile identificare quello che viene erogato dai servizi sociali attraverso modalità diverse da quelle finora considerate: non con un sistema statico che si sviluppa da un nomenclatore (insieme di nomi che vengono dati in modo sistematico a oggetti concernenti una data attività) ma con un sistema dinamico, che identifica un insieme predefinito di attributi capaci di classificare i contenuti di quanto erogato.

In questo modo si attribuisce importanza ai contenuti effettivi (per esempio nel caso della residenzialità: «accoglienza per minori con il proprio genitore») piuttosto che alla definizione del contenitore che li identifica (casa di accoglienza per minori o gruppo appartamento). In questo modo si bypassa la questione di chiamare con lo stesso nome interventi/servizi con contenuti diversi o, viceversa, di chiamare con nomi diversi le stesse attività.

Un tale approccio garantisce una maggiore aderenza e flessibilità nella rappresentazione dell'offerta di servizi, conferendo un carattere dinamico al sistema, facilmente aggiornabile in rapporto con l'evoluzione dell'offerta territoriale.

A questo fine si può utilizzare una combinazione dei descrittori degli interventi/servizi e, in seconda battuta, come elemento facilitante la composizione degli attributi, un elenco predefinito di interventi/servizi (caratteri statici dei componenti elementari).

Gli attributi utilizzati per classificare i contenuti dell'unità di offerta sociale sono:

- l'attività (il contenuto principale o fondamentale);
- le modalità (il come viene realizzato il contenuto);
- le finalità (il perché viene realizzato il contenuto);
- il target (i destinatari dell'attività).

Dalla loro combinazione deriva l'identificazione dell'unità di offerta sociale (Fig. 3).

Bibliografia

- Bezze M., Faenzi G., Lippi A., Paganelli L., Pompei A. e Vecchiato T., *La classificazione dei servizi e degli interventi sociali*, in Studi Zancan 2, 2005.
- Bezze M., Galardi G., Innocenti E., Vecchiato T., *Verso un sistema informativo unitario in Toscana*, Studi Zancan 4, 2012.
- Bezze M., Geron D. (2012), *Conoscere per governare le risposte: essere poveri a Milano*, in Fondazione E. Zancan, *Vincere la povertà con un welfare generativo. La lotta alla povertà - Rapporto 2012*, Il Mulino, Bologna.
- Canali C., Cialesi R., Dalla Zuanna G., Sabbadini L., Vecchiato T., a cura di (2007), *La famiglia in Italia*, Dossier statistico, Istat, Roma.
- Canali C., Vecchiato T., (2011), *RISC – Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo*, Quaderni della Ricerca Sociale n. 12, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Roma.
- Canali C., Vecchiato T. (2012), *Risc II - Rischio per l'Infanzia e Soluzioni per Contrastarlo*, Quaderno Ricerca sociale 18, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Roma.
- Canali C., Vecchiato T., a cura di (2009), *Livelli essenziali di assistenza, bisogni e diritti delle fasce deboli della popolazione*, Regione Campania e Fondazione "Emanuela Zancan" onlus, Napoli e Padova.
- Compagnia di San Paolo, Fondazione E. Zancan (2013), *Investire nell'infanzia è coltivare la vita, Servizi per l'infanzia: risorse e professionalità*, Quaderno TFEY n. 2.
- del Valle J.F., Canali C., Bravo A., and Vecchiato T., *Child protection in Italy and Spain: Influence of the family supported society*, Psychosocial Intervention, Vol. 22, No. 3, December 2013, pp. 227-238.
- Ezell M., Spath R., Zeira A., Canali C., Fernandez E., Thoburn J., Vecchiato T., *An international classification system for child welfare programs*, in «Children and Youth Services Review», 33, 10, 2011, pp. 1847-1854.
- Fondazione E. Zancan (2013), *Rigenerare capacità e risorse. La lotta alla povertà. Rapporto 2013*, Il Mulino, Bologna.
- Istat (2013), *L'offerta comunale di asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia*, www.istat.it
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2013), *Affidamenti familiari e collocazioni in comunità al 31/12/2011. Rapporto finale*, Quaderni della ricerca sociale n. 26.

-
- Ministero della Salute (2013), *Adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della griglia Lea. Metodologia e Risultati dell'anno 2011*, www.salute.gov.it
- Ministero della Salute (2013), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2010*, www.salute.gov.it
- Organizzazione mondiale della sanità, Ufficio regionale per l'Europa (2012), *Salute 2020: Una politica di riferimento europea a sostegno di un'azione trasversale ai governi e alle società per la salute e il benessere*, Oms.
- Parente M. e Compagno T. (2011), *Le strategie di regolazione, programmazione e attuazione delle politiche da parte delle regioni e province autonome – un'analisi comparata*, in Istituto degli Innocenti, *Monitoraggio del piano di sviluppo dei servizi socio-educativi per la prima infanzia*, 2011.
- Pronzato C., Del Boca D. (2013), *Chi sono gli utenti dei nidi torinesi e come cambierebbero modificando i criteri di accesso*, in *L'accesso ai servizi per l'infanzia*, Quaderno Idee condivise n. 1, Compagnia di San Paolo e Fondazione Zancan, pag. 125-126.
- Sen A.K. (2007), *La libertà individuale come impegno sociale*, Roma Bari.

La Biblioteca Tfiety

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)

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)

Percorsi di approfondimento locale

2013: Piemonte - Contributi preliminari

2013: Piemonte - Repertorio delle esperienze

I materiali della biblioteca TFIEY sono scaricabili dai siti:

www.fondazionezancan.it

www.compagnia.torino.it

Per informazioni

Marzia Sica, Compagnia di San Paolo, marzia.sica@compagnia.torino.it

Cinzia Canali, Fondazione Zancan, cinziacanalifondazionezancan.it

Siti Internet

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

Attività in Italia: www.compagnia.torino.it - www.fondazionezancan.it