



L'Intervento di Sostegno per i Bambini Disabili in età prescolare Analisi delle Realtà Europee

Aspetti Chiave e Raccomandazioni

L'intervento di sostegno per i bambini disabili in età prescolare

Analisi delle Realtà Europee

Aspetti Chiave e Raccomandazioni

Rapporto di Sintesi

**European Agency for Development in
Special Needs Education**



Questo rapporto è una sintesi dello studio condotto dall'Agenzia Europea per lo Sviluppo dell'Istruzione degli Alunni Disabili su "L'Intervento di sostegno ai bambini in età prescolare". È possibile citare parti del documento riportando un chiaro riferimento alla fonte utilizzata.

Questo rapporto è stato preparato dall'Agenzia sulla base dei contributi degli Esperti Nazionali nominati nel campo. Si esprime sincera gratitudine a *Stefanija Alisauskiene; Lena Almqvist; Josiane Bechet; Alain Bony; Graça Breia; Lesley Campbell; Isabel Felgueiras; Bergþóra Gísladóttir; Liisa Heinämäki; Monica Ingemarsson; Zuzana Kaprova; Maria Karlsson; Jytte Lau; Johanna Lindqvist; Ene Mägi; Theoni Mavrogianni; Ineke Oenema-Mostert; Franz Peterander; Jaime Ponte; Manfred Pretis; Bieuwe Van Der Meulen; Panagiota Vlachou* per il loro contributo e ad *Axelle Cheney* per l'assistenza.

Un'ampia informazione sulle realtà nazionali e il recapito di tutti gli Esperti e dei Rappresentanti Nazionali che hanno collaborato si trova presso l'area web dedicata al progetto all'indirizzo internet:

<http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

Editore: Victoria Soriano

Immagine di copertina: "*Palveluviidakko*" – "La Giungla dei Servizi" - di Marjaana Koskivuori. Questo disegno è stato creato da Marjaana, nata nel 1988 e nota artista in Finlandia. Affetta da paralisi cerebrale, Marjaana usa un mouse ad infrarossi per creare grafici sul suo computer. Marjaana ha spiegato il significato di questo disegno: "Il punto rosso sulla destra sono io, attorno la giungla dei servizi". Marjaana ha donato questo disegno all'Agenzia in segno di ringraziamento per aver partecipato all'Udienza dei Giovani Disabili organizzata dall'Agenzia Europea al Parlamento Europeo il 3 novembre 2003.

Questa pubblicazione è stata finanziata dalla D. G. Istruzione, Formazione, Cultura e Multilinguismo della Commissione Europea:

http://europa.eu.int/comm/dgs/education_culture/index_en.htm

ISBN: 8791500-71-0 (formato elettronico) 978-8791500-71-8
8791500-53-2 (versione a stampa) 978-8791500-53-4

Traduzione di Leandra Negro.

2005

European Agency for Development in Special Needs Education

Segreteria:
Teglgårdsparken 102
DK-5500 Middelfart Denmark
Tel: +45 64 41 00 20
Fax: +45 64 41 23 03
adm@european-agency.org

Ufficio di Bruxelles:
3 Avenue Palmerston
BE-1000 Brussels Belgium
Tel: +32 2 280 33 59
Fax: +32 2 280 17 88
brussels.office@european-agency.org

www.european-agency.org



CONTENUTI

SOMMARIO.....	4
INTRODUZIONE	7
1. L'INTERVENTO DI SOSTEGNO PER I BAMBINI IN ETA' PRESCOLARE: STRUTTURA CONCETTUALE.....	12
2. PROGETTO "INTERVENTO PER LA PRIMA INFANZIA": L'ANALISI	20
2.1 I servizi attivi nei paesi europei	20
2.2 Gli aspetti chiave.....	24
2.2.1 I gruppi target	25
2.2.2 Il lavoro di gruppo	26
2.2.3 La formazione professionale	27
2.2.4 Gli strumenti di lavoro.....	29
2.3 Tre esempi di ECI	31
2.3.1 Le principali caratteristiche	32
2.3.2 Somiglianze e differenze	40
3. RACCOMANDAZIONI	43
3.1 Disponibilità.....	43
3.2 Prossimità	44
3.3 Affidabilità	45
3.4 Lavoro Interdisciplinare	46
3.5 Diversità	48
FONTI.....	49



SOMMARIO

L'Intervento di sostegno per i bambini disabili in età prescolare (nel testo è stata riportata la sigla originale in lingua inglese E.C.I.) è un'area importante sul piano politico e professionale. L'ECI è legato al diritto dei bambini e delle loro famiglie a ricevere il sostegno di cui possono aver bisogno. L'ECI intende sostenere e rafforzare il bambino, la famiglia e i servizi sociali. Aiuta a costruire una società dell'integrazione e della coesione che è cosciente dei diritti dei bambini e delle loro famiglie.

Documenti importanti, pubblicati a partire dagli ultimi 30 anni, mostrano l'evoluzione delle idee e delle teorie che hanno portato ad un nuovo concetto di intervento in cui la salute, l'istruzione e le scienze sociali (in particolare la psicologia) sono tutte direttamente coinvolte. Il nuovo concetto mette in risalto lo sviluppo infantile e l'impatto delle interazioni sociali sullo sviluppo umano in generale e del bambino in particolare. Ciò mostra il passaggio da un tipo di intervento centrato sul bambino ad un approccio più ampio che coinvolge il bambino, la famiglia e l'ambiente sociale e che corrisponde ad un'evoluzione delle teorie educative nel campo dell'handicap, che può esattamente definirsi come un *transfer* da un modello 'medico' ad uno sociale.

Lo studio condotto dall'Agenzia Europea ha individuato diversi elementi importanti di questo nuovo concetto di ECI. Questi elementi sono sinteticamente descritti di seguito.

Disponibilità, prossimità, affidabilità e diversità, appaiono come gli elementi comuni tra i servizi sociali europei dedicati all'ECI:

- Una variegata offerta di servizi e/o di provvidenze disponibile a richiesta della famiglia.
- Questi servizi andrebbero assegnati quanto prima possibile, senza oneri o ad un costo minimo a carico delle famiglie e, quando e laddove possibile, preferibilmente in ambito locale. I servizi devono rispondere alle esigenze delle famiglie e offrire un intervento che interessi tutto il nucleo familiare.
- Le differenze esistenti tra i servizi attivi nei paesi europei rivelano la necessità di stabilire, per assicurare la qualità del



servizio, un'adeguata cooperazione e un efficace coordinamento dei servizi stessi e delle risorse umane e finanziarie.

- I servizi sanitari, sociali ed educativi dovrebbero essere coinvolti e corresponsabili dell'intervento. Questa condivisione risponde al contesto teorico dell'ECI che si basa su diverse discipline e scienze sociali. Le scienze sociali, umane e mediche sono collegate tra loro in tema di sviluppo infantile e ciò non va mai dimenticato. Non esiste un unico modello di riferimento: teorie e modelli diversi hanno contribuito allo sviluppo di un approccio ampio centrato sul bambino, la famiglia e la comunità, spostando l'accento da un ambito medico ad uno sociale.

Gruppi target, lavoro in team, formazione professionale e strumenti di lavoro sono gli aspetti chiave discussi durante gli incontri di progetto:

- L'impatto dei cambiamenti avvenuti nella società sul gruppo *target* dell'ECI, come pure l'incremento del numero dei bambini che presenta problemi di natura psicologica o socio-emotiva, sono stati il grande argomento di dibattito degli Esperti di progetto.

- Gli operatori professionali appartenenti alle diverse discipline interessate nell'intervento di sostegno operano a favore dei bambini e delle loro famiglie. I professionisti non possono lavorare in una struttura a compartimenti chiusi; hanno bisogno di operare insieme in un gruppo inter-disciplinare. Per ottenere un *team* di collaborazione efficace, i professionisti devono seguire alcuni modelli di formazione comune, in modo da ampliare la conoscenza acquisita nel corso della formazione iniziale. Questa formazione comune può realizzarsi attraverso nuove forme di specializzazione o rientrare nella formazione in servizio. La formazione assicura ai professionisti di avere il possesso della conoscenza necessaria di temi quali lo sviluppo infantile, i metodi di lavoro, la cooperazione tra servizi, il lavoro in *team*, la gestione dei casi, lo sviluppo delle abilità personali e il rapporto con le famiglie. Gli operatori devono sapere come coinvolgere i genitori e/o le famiglie in generale e come lavorarci, rispettandone le esigenze e le priorità che possono anche differire da quelle professionali.



- I professionisti usano diversi strumenti per realizzare un processo senza interruzioni di alta qualità che comincia all'atto dell'individuazione del problema e che si svolge con il pieno coinvolgimento e la partecipazione delle famiglie. Se si richiede l'intervento, si stende un Piano Individuale – anche denominato Piano Familiare o Piano Individuale del Servizio Familiare secondo il paese cui si fa riferimento – che nasce dalla cooperazione tra la famiglia e il *team*. Il piano precisa i bisogni, i punti di forza, le priorità, gli obiettivi e le azioni da intraprendere e da valutare. L'esistenza di questo documento facilita il *transfer* delle informazioni e la continuità dell'azione di sostegno necessaria quando un bambino si sposta da un professionista all'altro e la famiglia trasloca in un altro luogo.

Tutti questi elementi costituiscono la base per la formulazione di alcune raccomandazioni che intendono migliorare e consolidare gli attuali servizi di intervento. Queste raccomandazioni sono state presentate nell'ultimo capitolo di questo rapporto.



INTRODUZIONE

Questo documento intende riassumere l'analisi, condotta dall'Agenzia Europea per lo Sviluppo dell'Istruzione degli Alunni Disabili durante l'anno 2003-2004, degli aspetti chiave dell'intervento di sostegno per i bambini disabili in età prescolare (ECI) nei paesi europei. Presenta anche una serie di raccomandazioni, rivolte soprattutto ai professionisti che operano in questo settore, proponendo alcune idee pratiche per riflettere sul loro lavoro e migliorarlo.

Non sarebbe stato possibile condurre quest'analisi senza l'esperienza e la competenza degli Esperti e delle Famiglie coinvolte direttamente o indirettamente nel progetto. Queste persone hanno offerto materiali importanti, idee e spunti legati alla realtà pratica dei loro paesi di origine, riflessioni e commenti critici per tutto lo svolgimento del progetto.

Il dato **razionale**, a guida di questo documento, risponde all'esigenza di un nuovo esame di questo tema essenziale, sviluppando il lavoro già completato dall'Agenzia nel 1998. E' anche in sintonia con i principi fondanti enucleati dalle principali organizzazioni internazionali come le Nazioni Unite (O.N.U.) e l'UNESCO che hanno espresso a chiare lettere la loro posizione nella lotta per il diritto dei bambini e delle loro famiglie:

La maternità e l'infanzia hanno diritto a cure speciali ed all'assistenza (Nazioni Unite, 1948, Articolo 25, comma 2).

Il fanciullo deve poter crescere e svilupparsi in modo sano. A tal fine devono essere assicurate, a lui e alla madre, le cure mediche e le protezioni sociali adeguate, specialmente nel periodo pre e post natale (Nazioni Unite, 1959, Principio 4).

Gli Stati parti riconoscono il diritto dei fanciulli handicappati di beneficiare di cure speciali e incoraggiano e garantiscono, in considerazione delle risorse disponibili, la concessione, su richiesta, ai fanciulli handicappati in possesso dei requisiti, e a coloro i quali ne hanno la custodia, un aiuto adeguato alle



condizioni del fanciullo e alla situazione dei suoi genitori o di coloro ai quali egli è affidato (Nazioni Unite, 1989, Articolo 23, comma 2).

Gli stati dovrebbero lavorare all'effettuazione di programmi condotti da gruppi multidisciplinari di professionisti per la diagnosi precoce, la diagnosi valutativa e il trattamento dei danni. Ciò potrebbe prevenire, ridurre o eliminare gli effetti della disabilità (Nazioni Unite, Regola 2, comma 1).

La cura della prima infanzia e i programmi di istruzione per i bambini di età superiore ai sei anni vanno attuati e/o ri-orientati per promuovere lo sviluppo fisico, intellettuale, sociale e scolastico. Questi programmi hanno un maggiore valore economico per l'individuo, la famiglia e la società nella prevenzione dell'aggravamento delle condizioni della disabilità (UNESCO, 1994, articolo 53).

La **metodologia** adottata ha cercato di essere quanto più rispondente ai principi di base dell'ECI: lavorare in modo rispettoso e aperto all'interno di un ambiente interdisciplinare e in maniera interattiva, rispettando i diversi ambiti di provenienza dei partecipanti.

La raccolta di informazioni sugli stati nazionali e l'analisi delle realtà locali hanno posto le basi dello studio.

Gli Esperti, provenienti da 19 paesi europei, sono stati nominati dai Rappresentanti Nazionali dell'Agenzia in rappresentanza della politica, della prassi e della ricerca nel campo dell'ECI. Sono stati invitati tutti i settori professionali: istruzione, servizi sociali e sanitari, con un'ampia partecipazione del settore educativo. Le famiglie sono state direttamente coinvolte in uno degli incontri di lavoro e nella fase di validazione del progetto (vedi pagina 10).

In tutto, durante il progetto, si sono tenuti cinque incontri in presenza – quattro incontri di lavoro e un seminario finale. L'obiettivo principale degli incontri di lavoro era riflettere e



fornire proposte concrete riguardo ai temi identificati nel primo incontro:

- Il ruolo dei servizi e degli operatori professionali all'interno di una struttura di intervento per la prima infanzia;
- La composizione del gruppo di lavoro e la formazione professionale;
- I cambiamenti del gruppo *target* dell'ECI;
- Gli strumenti utili a lavorare nel modo migliore con i bambini e con le famiglie.

Le tre località elette a luogo degli incontri e delle visite di studio sono state selezionate poiché rappresentano ottimi esempi delle diverse modalità di attuazione di un modello di intervento ecologico-sistemico – un noto approccio, sul piano teorico e pratico, nel campo dell'ECI (per maggiori dettagli su questo modello si prega di far riferimento agli ultimi capitoli). Inoltre, queste tre località hanno dimostrato un legame diretto con il lavoro di ricerca *in itinere* condotto dalle università locali. Ciò ha permesso, agli Esperti coinvolti nel progetto, di discutere e quindi di identificare le principali caratteristiche, gli elementi di forza e le aree di attuazione in base alla situazione nazionale dei paesi aderenti.

In generale, il progetto ha seguito quattro fasi, ognuna delle quali ha contribuito alla preparazione di questo rapporto di sintesi.

Fase Informativa: la raccolta dei contributi nazionali, compiuta utilizzando un modello, concordato durante il primo incontro e appositamente ideato per permettere la comparazione tra i servizi e le provvidenze attualmente disponibili nei paesi europei coinvolti. Agli Esperti è stato chiesto di:

- fornire informazioni sulle caratteristiche principali dei servizi e/o delle provvidenze di sostegno post-natali esistenti nei loro paesi;
- presentare un programma generale – un cosiddetto *life-line* - che un bambino e la sua famiglia, in caso di necessità, seguono fino al compimento dei 5 o 6 anni di età. Questo programma doveva anche indicare il nome e il tipo di



sostegno, identificare i servizi disponibili secondo l'età del bambino, i responsabili del servizio e i commenti personali.

Fase di Scambio: lo scambio dei pareri e il dibattito si sono dedicati ai temi concordati, importanti nel settore dell'ECI, e all'esame dei tre esempi pratici: Monaco, Germania; Coimbra, Portogallo; e Västerås, Svezia. Le tre città hanno dato la possibilità di esaminare il modo in cui si attua l'intervento e di rilevare le somiglianze e le differenze esistenti tra i servizi e le provvidenze nei paesi coinvolti nel progetto. Il contributo dei professionisti e delle famiglie, nelle città selezionate, ha indubbiamente arricchito il dibattito generale.

Fase del dibattito: il dibattito sullo stato dell'arte dell'ECI e la chiarificazione degli esiti degli incontri. È stata ampiamente discussa una bozza di documento che ha raccolto i principali risultati del dibattito tenuto nei primi tre incontri. Questa importante fase ha contribuito alla preparazione del rapporto di sintesi finale grazie ad un approfondito dibattito con gli Esperti e con i Rappresentanti Nazionali dell'Agenzia su tutti gli aspetti toccati da questa ricerca.

Fase della validazione: si è proceduto alla validazione dei risultati attraverso un'aperta discussione tenuta al seminario finale dal gruppo degli Esperti e dai partner esterni. Hanno partecipato ai lavori genitori, professionisti, politici e ricercatori coinvolti nel campo dell'ECI.

È importante rilevare che il termine **intervento di sostegno per la prima infanzia** (indicato nel testo con la sigla E.C.I.) è stato deliberatamente utilizzato in tutto il documento. Ciò al fine di evitare qualunque incomprensione o confusione con il concetto di *pronto intervento*. L'espressione "intervento di sostegno per i bambini in età prescolare" si riferisce ad un'azione necessaria e di sostegno da apportare a beneficio del bambino e della sua famiglia il più presto possibile e in qualunque momento della sua istruzione.

È necessario sottolineare con chiarezza che le azioni intraprese nel contesto dell'ECI si rivolgono ai bambini, da zero a sei anni



di età, che mostrano esigenze di interventi educativi di sostegno.

Questo rapporto di sintesi è stato composto come segue. Il **Capitolo 1** presenta un breve *excursus* della struttura concettuale dell'ECI. Questa sintesi è stata costruita partendo dalle importanti pubblicazioni sul tema e descrive sia le definizioni teoriche sia gli obiettivi principali.

Il **Capitolo 2** illustra i risultati del progetto. Il progetto ha interessato le opportunità e le organizzazioni di servizio dell'ECI esistenti nei paesi partecipanti. Riporta, inoltre, i dibattiti sulle tre località prese ad esempio. Partendo da questi dibattiti, sono stati considerati una serie di aspetti chiave nel campo dell'ECI. Questi aspetti sono al centro delle considerazioni e delle proposte rivolte alle famiglie e ai professionisti.

Il **Capitolo 3** enumera una serie di raccomandazioni dedicate principalmente agli operatori del settore.

Questo documento può offrire soltanto una sintesi dei dibattiti, delle informazioni e dello scambio d'esperienze avvenuto tra gli Esperti nel corso del progetto. I Lettori interessati ad avere maggiori informazioni sull'attuale situazione dei servizi ECI nei paesi che hanno aderito al progetto, ulteriori dettagli sulle persone con cui prendere contatto e riferimenti ad importanti fonti bibliografiche, possono consultare l'area web dedicata al progetto attiva sul sito dell'Agenzia Europea:
<http://www.european-agency.org/eci/eci.html>



1. L'INTERVENTO DI SOSTEGNO PER I BAMBINI IN ETA' PRESCOLARE: STRUTTURA CONCETTUALE

L'intervento di sostegno per la prima infanzia è un tema importante a livello europeo. Rientra nelle aree tematiche previste dal Programma Comunitario di Azione Helios II (1993-1996) e ha importanti riflessi sia sul piano educativo sia sulle prospettive di riabilitazione. I risultati di entrambi i settori di indagine hanno posto le basi del documento pubblicato dall'Agenzia Europea per lo Sviluppo dell'Istruzione degli Alunni Disabili (1998) dedicato allo stato di attuazione nei paesi europei. Questi documenti, sulla scia del Manifesto (1991) di Eurlayd – l'Associazione Europea per l'Intervento Infantile – e di altre importanti pubblicazioni, costituiscono un ottimo panorama dello sviluppo del tema sul piano teorico, politico e pratico.

I documenti europei e internazionali, pubblicati a partire dagli ultimi trent'anni, affrontando i concetti, i principi e i metodi dell'ECI, mostrano l'**evoluzione delle idee e delle teorie**. Gli autori, partendo da diverse prospettive teoriche, hanno contribuito all'evoluzione dei concetti e, di conseguenza, delle pratiche attuative. Questi contributi possono essere sintetizzati in due punti:

1. Hanno sviluppato un nuovo concetto di ECI in cui le scienze mediche, pedagogiche e sociali, soprattutto la psicologia, sono tutte parimenti coinvolte. Ciò risponde ad una nuova realtà poiché, nel passato, questi settori erano invece separati e non sempre considerati come collegati tra loro;

2. Gli autori hanno evidenziato il progredire del cambiamento e il passaggio da un'azione mirata soprattutto al bambino ad un intervento sempre più ampio, in cui il centro dell'attenzione non si pone più soltanto sul bambino ma anche sul nucleo familiare e sulla comunità sociale (Peterander et al, 1999; Blackman, 2003).

Il modo in cui le scienze umane e mediche si sono progressivamente evolute nel corso degli ultimi anni, insieme ai cambiamenti sociali, ha influenzato direttamente le teorie e i metodi utilizzati oggi nel campo dell'ECI.



La maggiore conoscenza sullo sviluppo cerebrale ha mostrato l'importanza delle prime esperienze come un elemento decisivo nella crescita e nello sviluppo dei processi neurali (Kotulak, 1996). Ugualmente, secondo Park & Peterson (2003), recenti ricerche sullo sviluppo intellettuale sembrano confermare che esperienze ricche e positive, vissute durante la prima infanzia, possono avere effetti positivi sullo sviluppo intellettuale, aiutando il bambino ad acquisire il linguaggio, a sviluppare le capacità per la risoluzione di problemi, a creare sane relazioni con gli altri e con gli adulti e ad acquisire diverse abilità che saranno fondamentali per tutta la vita. Dalla nascita – addirittura dal momento del concepimento – ai primi anni di vita, lo sviluppo infantile non può essere paragonato a nessun altro stadio della vita (Shonkoff, 2000). Tuttavia, come rileva quest'autore, lo sviluppo può essere seriamente compromesso da 'disuguaglianze' sociali ed emotive.

Altre ricerche e successivi dibattiti hanno indagato l'impatto diretto e irreversibile dello sviluppo infantile su tutta la crescita esistenziale, senza portare prove evidenti di rigidi e fissi rapporti causa-effetto. Tuttavia, si dà per certo che ciò che avviene durante i primi mesi e i primi anni di vita ha un effetto maggiore rispetto ai successivi stadi dello sviluppo infantile:

Il problema non è che il danno infantile è irreversibile, perché le opportunità mancate non possono più essere colmate in seguito o perché i primi anni di vita lasciano un segno indelebile in età adulta; il danno infantile può essere reversibile, alcune opportunità perse possono essere recuperate in seguito e gli esiti in età adulta non dipendono inesorabilmente dalle esperienze infantili. Il problema è che il danno infantile può seriamente compromettere le prospettive di vita del bambino. La compensazione delle opportunità mancate spesso richiede un esteso intervento, durante gli anni della crescita. I primi processi neurali, se formati in un momento fragile o debole, sono quelli sui quali si costruisce tutto lo sviluppo successivo (Shonkoff & Phillips, 2000, pag. 384).

Diverse teorie, pedagogiche e psicologiche, hanno contribuito a consolidare l'ampliamento dell'approccio dell'ECI: da teorie fondate sulla dicotomia doti naturali/disciplina educativa, che



vede lo sviluppo infantile come un processo aperto (*tabula rasa* in cui tutto è possibile e come frutto dell'influenza dell'adulto, negativa o positiva che sia), ad un approccio più deterministico.

Le principali teorie sullo sviluppo infantile e i processi d'apprendimento, come l'approccio evolutivo di Gesell (1943), il condizionamento operativo di Skinner (1968) e l'epistemologia genetica di Piaget (1969), hanno avuto una grande influenza sull'impianto teorico dell'ECI. Un elemento comune, implicito, riguardante le strategie educative e le possibilità per i bambini molto piccoli con esigenze di sostegno, è l'attenzione sul bambino e sui suoi limiti, considerati indipendenti dall'ambiente in cui vive.

Successivi sviluppi, condotti da altri autori, hanno posto l'accento su:

- a) Il ruolo della famiglia e degli assistenti educativi nello sviluppo del bambino - teoria del legame (Bowlby, 1980; Ainsworth e altri, 1978);
- b) L'impatto delle interazioni sociali – teoria dell'apprendimento sociale (Bandura, 1977), teoria dello sviluppo sociale (Vygotsky, 1978), il modello di comunicazione (Sameroff e Chandler, 1975; Sameroff e Fiese, 2000);
- c) L'influenza delle interazioni con gli altri e con l'ambiente sulla crescita - l'ecologia umana (Bronfenbrenner, 1979).

Una nuova prospettiva – sebbene strettamente legata a queste teorie appena menzionate – si basa su un approccio sistemico-ecologico. Porter (2002) definisce quest'approccio come un'osservazione dello sviluppo infantile nei seguenti modi:

Olistico: intendendo che tutte le aree dello sviluppo – cognitiva, linguistica, fisica, sociale ed emotiva – sono collegate tra loro;

Dinamico: in base al principio del “vince il meglio” che afferma che *‘al fine di facilitare il proprio percorso, lo sviluppo deve alterarsi per rispondere ai cambiamenti delle esigenze individuali’* (Horowitz, 1987 citato da Porter, 2002, pag. 9);

Trans-attivo: secondo il modello di Sameroff e Chandlers (1975), lo sviluppo è facilitato da un'interazione bi-direzionale e reciproca tra il bambino e il suo ambiente. I risultati sul piano evolutivo vanno letti come l'esito di un continuo e dinamico



gioco tra il comportamento del bambino, le risposte dei tutori al comportamento del bambino stesso e il contesto – variabili relative che possono influenzare sia il bambino sia il tutore;
Singolare: la conoscenza o lo sviluppo sono singolari – gli individui costruiscono da soli la loro unica prospettiva.

L'approccio ecologico-sistemico propone una metodologia di analisi sistematica, cercando di capire e registrare cosa succede al bambino e agli adolescenti riguardo alle loro famiglie e nel contesto più ampio in cui vivono (Horwarth, 2000). Questo approccio, inoltre, interessa i modelli di sviluppo del *curriculum* legati all'istruzione infantile.

Sposta l'accento educativo dal dire al bambino cosa dovrebbe sapere ad un atteggiamento di ascolto e di risposta alla ricchezza della sua vita reale (Porter, 2002, pag. 9).

Attualmente l'approccio ecologico-sistemico è molto diffuso e può essere considerato un modello di riferimento in materia di ECI. Ciò anche grazie ad un cambiamento degli obiettivi dell'intervento che, da processo complesso, non può interessare solo il bambino ma deve considerare anche il suo ambiente circostante.

L'influenza del modello ecologico-sistemico è evidente anche nel Programma statunitense *Head Start*, calibrato per l'accoglienza dei neonati fino a 5 anni di età e delle loro famiglie. Il programma, finanziato dal Dipartimento Federale dei Servizi Umani e Sanitari, prevede il coinvolgimento dei settori educativi, speciali e comuni, sanitari, sociali e delle famiglie.

Al fine di presentare i diversi aspetti dell'approccio ecologico-sistemico, sono state selezionate le seguenti **definizioni di Intervento per la Prima Infanzia**.

Guralnick (2001) definisce l'ECI come un sistema ideato a sostegno degli elementi familiari di interazione che meglio possono promuovere la crescita del bambino. Per Guralnick, l'attenzione va posta sui rapporti genitori-figlio, sulle esperienze



del bambino guidate dalla famiglia e sull'aiuto ai genitori per massimizzare lo sviluppo e il benessere del loro figlio.

Per Shonkloff & Meisels (2000), l'ECI consiste in servizi multidisciplinari per il bambino, fino al compimento del quinto anno di età. I principali obiettivi sono: promuovere la salute e il benessere del bambino; favorire le competenze emergenti; minimizzare le lacune della crescita; porre rimedio alle inabilità esistenti o nascenti; prevenire il deterioramento funzionale; promuovere l'adattamento familiare e tutoriale.

Blackman (2003) ritiene che *“l'obiettivo dell'intervento di sostegno per la prima infanzia è prevenire o minimizzare le limitazioni fisiche, cognitive, emotive e intellettive dei bambini che presentano fattori di rischio biologico o ambientale”* (pag. 2). Questo autore evidenzia il ruolo chiave delle famiglie come elemento decisivo del successo dell'azione di intervento.

Dunst (1985) definisce l'ECI come *“il provvedimento di sostegno (e le risorse assegnate) alle famiglie dei bambini in età prescolare da parte di membri di reti di sostegno sociale che lavorano, in via formale e informale, direttamente e indirettamente sui genitori, sul nucleo familiare e sul bambino”* (pag. 179).

Trivette, Dunst & Deal (1997) sviluppano l'idea di ECI come approccio in base alle risorse:

Insieme alle prassi di intervento per la prima infanzia coesistono grandi aree concettualizzate primariamente in termini di soluzioni per l'accoglienza delle esigenze del bambino e della famiglia. In altre parole, i programmi di intervento per la prima infanzia generalmente definiscono la natura della loro relazione con i bambini e con le famiglie in termini di offerta di servizi specifici rispetto ad altri programmi umanitari (attraverso un coordinamento inter-agenzia). Questo modo di concettualizzare le prassi di intervento è limitato e limitante giacché non considera palesemente il valore del sostegno in sé rispetto alle altre tipologie di servizio professionale. Al contrario, un approccio fondato sull'accoglienza delle esigenze del bambino e della famiglia è



ampio e in espansione perché opera sulla mobilitazione di un raggio di servizi di sostegno esistenti nella comunità. (pag. 73)

Nella struttura dell'analisi condotta dall'Agenzia, il gruppo di Esperti ha proposto la seguente definizione operativa dell'ECI:
L'ECI è un complesso di servizi/provvиденze offerto ai bambini in tenera età e le loro famiglie, su richiesta, entro un determinato tempo riguardo all'età del bambino, che include ogni azione da intraprendere quando il bambino manifesta l'esigenza del sostegno al fine di:

- *assicurare e garantire lo sviluppo personale del bambino,*
- *rafforzare le competenze della famiglia*
- *promuovere l'integrazione sociale della famiglia e del bambino.*

Queste azioni possono essere erogate nell'ambiente naturale del bambino, preferibilmente a livello locale, con un approccio orientato alla famiglia e nel contesto di un lavoro multidimensionale in team.

Un elemento importante, che ritorna nelle diverse definizioni, è l'idea di **prevenzione** come parte dell'opera di intervento. Simeonsson (1994) enumera tre livelli di prevenzione e di intervento tenendo conto *del momento di partenza* dell'azione di prevenzione:

La *prevenzione primaria* ha lo scopo di ridurre il numero di nuovi casi di un determinato problema o di una certa condizione nella popolazione (vale a dire l'incidenza di un dato fenomeno). In questo caso si vuole ridurre il numero di nuovi casi attraverso l'identificazione dei bambini a rischio. La prevenzione primaria comprende le misure di prevenzione dei disordini o delle circostanze che potrebbero condurre alla disabilità (WHO, 1980). La prevenzione primaria, secondo Mrazek e Haggerty (1994), si riferisce a "interventi che avvengono prima del verificarsi del disordine" (pag. 23). Queste azioni possono essere: a) *universali*, come le misure sanitarie adottate per tutti i bambini e le famiglie, ad es. i programmi di vaccinazione per tutta la popolazione; b) *selettive*, rivolte ad un determinato settore di popolazione, ad es. i gruppi a rischio; c) *indicate* per



una data popolazione, ad es. gli individui con un rischio identificato.

La prevenzione secondaria intende ridurre il numero dei casi esistenti di un identificato problema attraverso l'adozione di azioni a seguito della verifica del problema, ma prima che questo si sia sviluppato a pieno (prevalenza).

La prevenzione terziaria interviene a ridurre le complicazioni associate ad una condizione precisa o ad un dato problema, per limitare o ridurre gli effetti di un disordine o disabilità attraverso misure che possono rispondere a problemi già esistenti.

Questi tre livelli possono essere identificati in un contesto più ampio secondo il modello di funzionamento e disabilità, cosiddetto 'bio-psico-sociale', pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, ICF, 2001): secondo quest'approccio, la prevenzione non può considerare soltanto lo stato di salute di una persona; dovrebbe, anzi, valutare anche l'ambiente sociale:

...il funzionamento di un individuo in uno specifico dominio ambientale è un'interazione o una complessa relazione tra le condizioni di salute e gli elementi del contesto (fattori ambientali e personali). Esiste un'interazione dinamica tra queste entità: gli interventi su un'entità hanno potenzialmente il potere di modificare una o più entità (pag. 19).

Tenendo conto di tutte le caratteristiche e i principi che formano le basi concettuali dell'ECI, due elementi in particolare danno un carattere specifico al lavoro da condurre nel campo in confronto alle altre fasi dell'istruzione di un bambino. Questi elementi sono *l'età del bambino* e *il carattere complesso e composito* del compito.

La combinazione di questi due fattori richiede:

- sforzi comuni da parte dei diversi professionisti dei settori coinvolti;
- l'interazione degli interventi;
- la collaborazione tra tutti i servizi interessati;
- il diretto coinvolgimento e la partecipazione dei genitori (e degli altri membri del nucleo familiare).



Solo l'efficiente combinazione dell'azione e dell'intervento assicura buoni risultati in qualunque azione diretta al bambino.

Quest'ultima considerazione sposta l'attenzione sull'**impatto** dell'ECI. Alcuni autori riportano che un valido intervento di sostegno può essere un mezzo efficace per combattere l'esclusione sociale o scolastica (Nicaise, 2000). Guralnick (1997) nota che la ricerca condotta negli anni '70 *“ha dimostrato l'efficacia generale e la fattibilità dei programmi di intervento per la prima infanzia per i bambini a rischio e anche per quelli affetti da disabilità permanenti”* (pag. xy). Ulteriori ricerche, secondo quest'autore, dovranno determinare *“quali sono gli interventi che funzionano meglio, per chi, a quali condizioni, e a quale fine”* (Guralnick, 1997, pag. xvi).

I dibattiti tenuti durante gli incontri di lavoro del progetto hanno chiarito che al fine di valutare l'impatto – l'efficacia - dell'ECI, tutti gli attori coinvolti nell'opera di intervento devono essere presi in considerazione:

- *il bambino*: il progresso compiuto e l'auto-percezione di sé, ove possibile;
- *la famiglia*: il livello di soddisfazione della famiglia;
- *i professionisti*: il loro gradimento professionale e la loro competenza;
- *la comunità*: il livello di soddisfazione, i benefici, il rapporto costi/investimento, ecc.

La valutazione di tutti questi livelli va condotta al fine di identificare gli indicatori di qualità del successo. Molto spesso, le valutazioni esterne sono eccessivamente standardizzate, impiegano troppo tempo, sono costose e legate a rigidi indicatori di qualità.

Questa struttura concettuale ha posto le basi per le riflessioni e i dibattiti tenuti durante la fase di analisi del progetto. Il prossimo capitolo presenta le diverse tipologie di servizio ECI e le opportunità esistenti nei paesi europei e le tematiche relative alle loro principali caratteristiche e alle sfide da affrontare in ambito nazionale.



2. PROGETTO “INTERVENTO PER LA PRIMA INFANZIA” – L’ANALISI

2.1 I servizi attivi nei paesi europei

Questo capitolo presenta una sintesi generale dell’organizzazione, degli elementi principali e degli ostacoli incontrati dai servizi ECI attivi nei paesi europei.

L’**organizzazione** del servizio di sostegno non risulta omogenea tra i paesi europei coinvolti nell’analisi. Tuttavia, tutti i paesi propongono servizi/provvidenze e sostegno ai bambini di tenera età (dalla nascita in poi) e alle loro famiglie. Nei paesi nordici, per esempio, i servizi sanitari mettono a disposizione un’infermiera che visita a domicilio i bambini, a cadenza regolare per un anno, aiutando e sostenendo i genitori nel loro nuovo compito. Questo servizio può estendersi fino a due anni e mezzo in alcuni casi, laddove siano stati diagnosticati problemi *in nuce*. In altri paesi, il servizio di infermeria a domicilio è disponibile solo in un secondo momento, dopo che il rischio sia già stato individuato nel neonato.

Dopo la prima diagnosi, è possibile usufruire di diversi servizi. In alcuni casi, la struttura di servizio può essere composta da un *team* specializzato presso l’ospedale ma, in genere, intervengono anche i servizi educativi e sociali.

È difficile, se non impossibile, riassumere la complessità dell’organizzazione dei servizi e delle provvidenze esistenti nei paesi europei senza tralasciare informazioni importanti. Chi fosse interessato alle singole situazioni nazionali, può reperire informazioni utili presso l’area web dedicata attiva sul sito internet dell’Agenzia Europea:

<http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

Malgrado l’eterogeneità dei servizi, vanno evidenziati alcuni importanti **fattori comuni**:



Disponibilità: l'obiettivo comune a tutti i servizi ECI è raggiungere i bambini e le famiglie bisognose di sostegno quanto prima possibile. Questo obiettivo è una priorità nei paesi a scarsa popolazione o con isolate aree rurali - è una priorità generale di tutti i paesi per compensare le differenze tra le aree urbane e rurali in relazione alla disponibilità delle risorse e per garantire che tutti i bambini e le famiglie richiedenti il sostegno possano beneficiare della stessa qualità del servizio.

Prossimità ¹: Quest'aspetto si lega primariamente al tentativo di assicurare che la giusta fetta di popolazione riesca ad ottenere il sostegno e, a tal fine, sono stati dedicati molti sforzi alla decentralizzazione dei servizi e delle provvidenze. Si cerca di offrire il servizio di sostegno il più vicino possibile alle famiglie, sia a livello locale sia comunitario. Negli ultimi 10-20 anni ci sono stati progressi per aiutare le famiglie ad evitare il viaggio necessario a raggiungere le strutture, spesso ubicate lontano dalle loro case, e per permettere ai servizi di incontrare le famiglie a domicilio o nelle loro comunità. In secondo luogo, la prossimità richiama anche l'idea di offrire servizi che pongano al centro dell'azione di intervento tutto il nucleo familiare. Una chiara comprensione e il rispetto delle esigenze familiari è al centro di ogni azione di intervento.

Affidabilità: In tutti i paesi ², i servizi sono senza onere o ad un costo accessibile alle famiglie. I servizi sono finanziati da fondi pubblici destinati dalle autorità speciali, sanitarie o educative o da compagnie di assicurazione e associazioni no-profit. Queste opzioni possono coesistere o ne sono possibili altre. Inoltre, ma solo in alcuni paesi, i servizi privati – non finanziati da fondi pubblici e totalmente a carico delle famiglie – sono un'altra opzione disponibile.

Il lavoro interdisciplinare: gli operatori responsabili del diretto sostegno ai bambini e alle famiglie appartengono a diverse

¹ Nel testo la parola *prossimità* ha un doppio significato: vicinanza di luogo e alla persona.

² Ciò richiede che sia i servizi pubblici che quelli privati siano finanziati con fondi statali.



discipline (professioni) e di conseguenza a diversi contesti in base all'ufficio da cui dipendono. Il lavoro interdisciplinare facilita lo scambio di informazioni tra i membri del *team*.

Diversità dei servizi: questo elemento è strettamente collegato alla diversità delle discipline coinvolte nell'ECI. Il coinvolgimento di tre settori (sanitario, sociale ed educativo) è una caratteristica comune a diversi paesi, ma allo stesso tempo costituisce anche una delle principali differenze. Come già accennato nel Capitolo 1, la classificazione dei livelli di prevenzione di sanità pubblica descrive il ruolo svolto dai servizi ECI (ad esempio, vedi Mrazek e Haggerty, 1994; Simeonsson, 1994). La prevenzione primaria implica l'adozione di azioni volte a ridurre i disordini o i problemi nella popolazione. La prevenzione secondaria interviene a diminuire il numero dei casi esistenti di un determinato problema. La prevenzione terziaria opera sulla riduzione delle complicazioni sorte a seguito di un determinato disordine o problema. La prevenzione primaria di solito è garantita dai servizi sanitari e dai servizi sociali e educativi. In alcuni casi, si attua attraverso un regolare monitoraggio, sociale e sanitario, delle gestanti o attraverso lo *screening* dello sviluppo dei neonati nei centri ospedalieri o negli enti locali sanitari e educativi. Tutti questi servizi assicurano un primo *screening* generale, seguito dalla valutazione dei bisogni riferita soprattutto alla popolazione a rischio biologico o sociale. Questa valutazione è il primo passo verso ulteriori interventi da parte di altri servizi o di altri professionisti.

Le differenze e le problematiche esistenti in ambito nazionale sembrano collegarsi soprattutto all'erogazione del servizio di sostegno. Di seguito è stato schematizzato un breve panorama delle differenze e delle somiglianze. Queste sono state raggruppate in quattro domande:

1. Quando inizia l'intervento di sostegno?

Questo quesito rimanda direttamente alla diagnosi, alla valutazione e al referto. Come già accennato in precedenza, in tutti i paesi coinvolti nel progetto i servizi sanitari sono il principale ente responsabile di questi primi tre passi costitutivi della prevenzione primaria, anche se sono già intervenuti i



servizi sociali ed educativi. Tutti i paesi concordano sull'importanza di 'agire' il prima possibile e di assicurare la continuità del processo. Le difficoltà emergono quando si verifica un notevole *gap* tra diagnosi, valutazione e referto. Questi 'strappi' nell'*iter* del processo possono essere causati da molte ragioni: tardiva individuazione del problema, soprattutto in caso di carenze di natura psicologica o sociale; problematiche che possono essere difficili da individuare attraverso un monitoraggio medico; scarso coordinamento tra i servizi e/o il *team*. Anche se ci sono stati grandi progressi, persiste la tendenza ad utilizzare una politica temporeggiatrice di fronte a problematiche meno vistose – soprattutto attinenti alla sfera sociale e psicologica – che possono portare importanti conseguenze nei successivi stadi della crescita.

2. Quanto dura l'intervento di sostegno?

Contrariamente al Nord America, in cui l'ECl concerne la fascia di età da zero a tre anni, nei paesi europei la durata dell'intervento è variabile. Di base, il sostegno è garantito al bambino e alle famiglie fino all'ingresso nel sistema scolastico, quando il bambino passa sotto l'intera responsabilità dei servizi di sostegno educativi. In alcuni paesi, ciò coincide con l'inizio dell'istruzione obbligatoria. Tuttavia, non sembra che ci sia una strategia chiara per questa fase di transizione e i professionisti del *team* ECl avvertono spesso l'esigenza di andare oltre il loro dovere di ufficio per compensare lo scarso coordinamento tra i settori sanitari ed educativi o per far fronte alla scarsa disponibilità di risorse.

3. Chi è responsabile?

Nei paesi europei esiste un'ampia tipologia di servizi e provvidenze. La diversità può essere un vantaggio alla luce di una prospettiva economica: maggiori sono le opportunità di scelta a disposizione delle famiglie e migliori saranno le scelte adottate. Tuttavia, ciò non sembra corrispondere alla realtà: le famiglie, in molti casi, hanno difficoltà ad identificare il giusto canale per il loro figlio; non sempre è disponibile una chiara informazione multi-prospettica. Appare chiaro che le numerose tipologie di servizio ECl a disposizione della scelta dell'utente dia prova di una reale necessità della popolazione, tuttavia la



proliferazione dei servizi sembra sia stata più una risposta alle esigenze immediate o alle urgenze piuttosto che frutto di una politica di programmazione.

In tutti i paesi coinvolti nel progetto esistono, con le dovute differenze, centri ECI. Ad eccezione dei paesi del Nord Europa, in cui i servizi sanitari, sociali ed educativi condividono il processo dell'intervento in ambito locale.

Una tendenza comune, emersa dallo studio delle realtà nazionali, è la necessità di adattare i compiti ed il lavoro degli operatori in base alle esigenze e ai desideri della famiglia, anche se esistono servizi e provvidenze già strutturati. Il lavoro dei professionisti, con e dentro il nucleo familiare, è tanto necessario quanto gradito dalla famiglia. Comunque, i professionisti lavorano anche, su richiesta, nei settori educativi che il bambino dovrà frequentare (centri di accoglienza giornaliera, asili nido, ecc.) o nei centri speciali, nei centri di servizio o in altre tipologie di strutture educative.

4. Che cosa bisogna fare?

Il prossimo paragrafo descrive in dettaglio questo aspetto operativo. Tuttavia, va segnalato dal principio il fatto che persiste una dicotomia tra l'approccio medico e quello sociale, rispetto all'intervento di sostegno, nei diversi paesi europei.

2.2 Gli aspetti chiave

Gli incontri di lavoro organizzati durante il progetto hanno dato l'opportunità di discutere molti aspetti importanti dell'ECI:

i gruppi target: il tipo di popolazione su cui operano i gruppi di lavoro e/o i servizi ECI, i cambiamenti avvenuti negli ultimi anni circa l'età e le caratteristiche dei bambini e le condizioni in cui si eroga e si riceve l'intervento di sostegno;

il gruppo di lavoro: gli operatori coinvolti nell'ECI, il loro ruolo e la responsabilità e la partecipazione specifica dei servizi educativi;

la formazione professionale: iniziale e specialistica per i professionisti del settore;



gli strumenti di lavoro: la stesura di un piano specifico di sostegno familiare o di un documento equivalente e la sua realizzazione pratica.

È giusto premettere che nessuno di questi elementi cita espressamente il coinvolgimento della famiglia poiché l'attiva partecipazione dei genitori si dà per scontata come condizione essenziale in ogni aspetto del processo di intervento. I genitori devono agire come co-partners dei professionisti, al fine di rafforzare, ove se ne riscontra l'esigenza, la loro competenza e autonomia e, insieme con i professionisti, rispondere alle esigenze del bambino. Inoltre, anche se l'attenzione non si pone direttamente sui genitori, non va sottovalutato neanche il ruolo importante e il sostegno degli altri membri del nucleo familiare. Alla luce di quanto detto, il prossimo paragrafo presenta i risultati degli incontri tenuti nel corso del progetto.

2.2.1 I gruppi target

Gli incontri-dibattito hanno cercato di identificare la fascia di popolazione su cui operano i servizi ECI: i neonati che presentano fattori di rischio biologico o sociale e le loro famiglie. I seguenti punti illustrano il parere degli Esperti.

L'aumento del numero di bambini che presenta problematiche di natura psicologica o socioemotiva non spiega se ciò è dovuto ad un ampliamento di questi problemi o ad un cambiamento avvenuto nella consapevolezza dei genitori. Alcuni genitori potrebbero essere ansiosi, meglio informati e più sensibili alla crescita del loro bambino rispetto al passato e di conseguenza più pronti a richiedere aiuto e sostegno.

C'è un'attenzione maggiore verso la popolazione 'a rischio', in senso ampio, come soggetto dell'intervento di sostegno - nella maggior parte dei paesi coinvolti nel progetto, un bambino, per ricevere il sostegno, deve sottoporsi a visita diagnostica. Rientrare in una categoria 'a rischio' non è condizione sufficiente a ricevere il sostegno. L'azione preventiva, rivolta alla popolazione a rischio, è compito di altri servizi. I servizi ECI, invece, devono assicurare il monitoraggio sistematico e la cura dei bambini (soprattutto in caso di rischio biologico) o della



famiglia (principalmente in caso di rischio sociale). In molti casi, un'opera di consulenza ai genitori rende superflua ogni azione di intervento. I fattori di rischio in se non sono condizione dell'intervento se le misure di protezione sono presenti e agiscono a favore del bambino e della famiglia. Il ruolo difficile dei servizi di prevenzione va chiarito al fine di essere rinforzato: il loro compito è intervenire nella prevenzione di ulteriori difficoltà (il che non è semplice) ed essere consci dei rischi legati alla politica del temporeggiamento.

In alcuni paesi, la richiesta e l'approvazione dei genitori è indispensabile e prerequisito assoluto a qualunque tipo di intervento - ma il rispetto delle decisioni dei genitori può presentare il rischio di escludere alcuni bambini bisognosi di sostegno o ritardare l'inizio dell'intervento in conseguenza di una mancante o non efficace coordinazione delle fasi di prevenzione, informazione e diagnosi.

2.2.2 Il gruppo di lavoro

Il punto di partenza del dibattito sull'organizzazione del servizio ECI è stato l'accresciuto coinvolgimento dei settori educativi nell'azione di intervento, nella composizione del gruppo di lavoro e nell'organizzazione del servizio.

Attualmente, nei paesi in cui il servizio ECI è disponibile, l'organizzazione dei servizi – come già detto nella prima parte di questo capitolo – è abbastanza variegata, ma è sempre presente un approccio interdisciplinare sia nei modelli sociali sia medici. I servizi e le provvidenze vanno da una semplice 'giustapposizione' professionale ad una reale formazione di gruppi di lavoro che operano utilizzando approcci sistemico-ecologici.

La creazione di un gruppo di lavoro non è un compito facile. Richiede due elementi principali: il lavoro interdisciplinare e la cooperazione. Secondo la definizione di Golin & Ducanis (1981), il gruppo multidisciplinare condivide e coordina le informazioni. I compiti sono assolti individualmente, in base alle competenze dei membri del *team*. Le informazioni sono condivise ed utilizzate per permettere ad ogni membro di



completare il compito assegnato (Golin & Ducanis). Le decisioni si assumono collegialmente. Il numero dei membri non è importante; questo dipende dalle esigenze del bambino e della famiglia.

Cooperazione significa, innanzi tutto, lavorare con la famiglia come partner essenziale pienamente coinvolto per tutto il processo. Significa, inoltre, lavorare con gli altri membri del gruppo e gli altri servizi o le altre reti dei settori sanitari, educativi e sociali. Implica anche la condivisione di concetti e teorie e la dimostrazione di un atteggiamento aperto e rispettoso verso le famiglie e i colleghi.

Il tempo serve a consolidare questi due elementi. I membri del *team* devono condividere principi teorici e obiettivi operativi per assicurare il coordinamento interno e con i servizi esterni. Due elementi sembrano favorire questo processo di costruzione del *team*: la nomina di una persona chiave che agisce come 'tutor del caso' e la formazione in servizio, cui è stato dedicato il paragrafo seguente.

2.2.3 La formazione professionale

Tenendo presente che gli operatori coinvolti nel campo dell'ECI provengono da diverse aree e possono non aver mai lavorato insieme, è essenziale chiarire il tipo di formazione di cui necessitano per cooperare tra loro. Nel corso dei dibattiti del progetto, è emerso che andrebbe posta un'attenzione speciale sull'opportunità di offrire maggiori opzioni formative nei seguenti modi:

Formazione Iniziale: la formazione di professionisti di diversi settori dovrebbe trattare diffusamente un'ampia gamma di argomenti comuni, in modo che tutti gli operatori possano avere una conoscenza complementare. La formazione relativa ad aspetti quali il rapporto con le famiglie, il lavoro in gruppo, lo sviluppo infantile ecc. dovrebbe rientrare, per coloro che intendono lavorare in strutture sanitarie, sociali ed educative, nelle tematiche coperte dalla formazione iniziale. Il prerequisito è ricevere una buona formazione di base nei rispettivi campi di azione. Sebbene alcune conoscenze specifiche siano spesso



un vantaggio, raramente è disponibile nei paesi oggetti di studio del progetto. Fanno eccezione i Paesi Bassi, la Germania e il Lussemburgo in cui la formazione iniziale di educatori sociali e di settori specifici, di pedagogisti e di psicologi, prevede anche tematiche specifiche relative all'ECI.

Formazione Successiva: anche se il lavoro nel settore dell'ECI è piuttosto complesso, non sembra ci sia esigenza di creare un nuovo tipo di figura professionale *ex-novo* per il profilo necessario ad operare nel campo. Questo assunto non contrasta con quanto detto finora sui principi chiave dell'ECI, come ad esempio l'assunzione di un approccio interdisciplinare e collettivo di lavoro. Ma i professionisti che operano nel settore seguono alcune tipologie di formazione al fine di sviluppare un'esperienza culturale condivisa. Ciò è vero quando si parla di corsi *post lauream* – come i Master – o di formazione specialistica in diversi programmi offerti dalle università o dalle istituzioni educative superiori. Questa formazione può anche assumere la forma di corsi di formazione specifica organizzati dalle università su richiesta dei gruppi ECI.

Prendendo in considerazione l'azione che ci si aspetta che gli operatori andranno ad intraprendere, la formazione in servizio dovrebbe toccare le seguenti aree:

- conoscenza di base dello sviluppo infantile, con o senza disabilità, e delle tematiche legate all'intervento sulla famiglia e informazioni teoriche;
- conoscenza specifica delle ultime ricerche nel campo dell'ECI, le diagnosi, i metodi di lavoro, ecc;
- competenze personali su tutti gli aspetti inerenti al lavoro con le famiglie; il lavoro in gruppo; la cooperazione tra i servizi e lo sviluppo di abilità personali come la riflessione, la comunicazione delle competenze e le strategie di risoluzione dei problemi.

Formazione in Servizio (FIS): è cruciale in questo settore perché serve a compensare le lacune della formazione iniziale e ad accogliere le esigenze formative dei professionisti del settore. Va organizzata per gruppi, con incontri settimanali, in modo che possa permettere ai professionisti di:



- organizzare il dibattito per 'casi';
- condividere conoscenze e strategie di lavoro;
- acquisire la conoscenza specifica offerta da professionisti esterni;
- discutere la gestione dei casi attraverso l'utilizzo di esperti esterni e interni al gruppo di lavoro;
- assicurare la supervisione esterna;
- sviluppare le competenze personali.

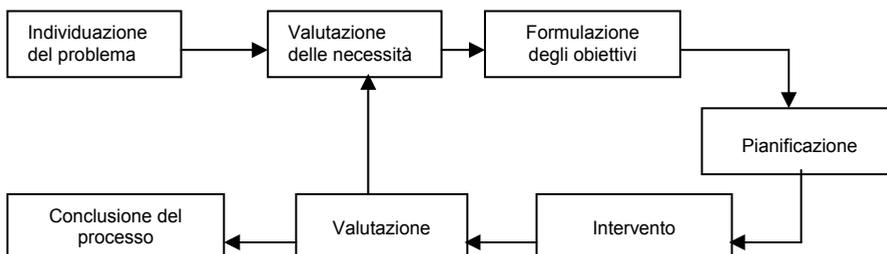
Tutti questi elementi intendono migliorare il lavoro di gruppo e la qualità del servizio al pubblico. Quando la formazione acquista un carattere 'informale' risolve le esigenze professionali nell'immediato – e ciò ne attesta il valore – ma presenta alcuni svantaggi. Spesso non è riconosciuta dalle autorità in termini di orario di lavoro e si incentra soprattutto sulla pratica, sui problemi quotidiani e meno su una riflessione più ampia sull'ECI e sui suoi obiettivi, le strategie e i metodi di lavoro ecc. Ciò potrebbe condurre ad una situazione in cui la responsabilità delle iniziative di formazione gravi solamente sul singolo.

Maggiori informazioni sui corsi e la formazione *post lauream* in diversi paesi europei è disponibile *on line* presso l'area web:
<http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

2.2.4 Gli strumenti di lavoro

Su questo tema sono stati discussi due aspetti: la valutazione e la stesura di un piano individuale.

La **valutazione** richiede un processo orientato. Si verifica alla prima identificazione del problema e determina il tipo di intervento necessario in modo dinamico, insieme alla famiglia, secondo il seguente schema:





La diagnosi fa parte del processo di valutazione e si colloca all'inizio del processo. La valutazione esamina la situazione del bambino e della famiglia *in un momento specifico* al fine di evidenziare le necessità e i punti di forza. Al mutare di questa situazione, la valutazione va nuovamente rivista. I risultati della valutazione non vanno letti come statici o permanenti – questo può influenzare le aspettative e le percezioni degli operatori e delle famiglie. La diagnosi serve a formulare gli obiettivi, a pianificare e a determinare il tipo di intervento da realizzare e poi valutare in seguito. La valutazione finale stabilirà se concludere il processo o procedere ad una nuova fase rivalutando le esigenze. È necessario sottolineare che il coinvolgimento delle famiglie è fondamentale. La famiglia gioca un ruolo attivo per tutto l'*iter* del processo.

È importante anche garantire che tutte le fasi del processo siano completate senza interruzioni. Guralnick (2001) considera la valutazione – *globale e interdisciplinare* – come una componente vitale del modello a sistema di sviluppo che permette ai professionisti di ottenere informazioni essenziali sui bambini affetti da patologie permanenti o sospette e che facilita la stesura di ulteriori piani e raccomandazioni. Guralnick esorta gli operatori, in caso di difficoltà, a procedere immediatamente con un intervento preliminare, anche prima che sia completato il processo di valutazione e diagnosi e il loro esito informativo.

La valutazione è una fase essenziale per rafforzare la cooperazione tra i genitori e i professionisti attraverso la stesura di un Piano Individuale o un **Piano Individuale di Servizio alla Famiglia (IFSP)**.

Nei paesi europei coinvolti nel progetto, esistono diverse tipologie di documento, ma possono anche riferirsi ad elementi diversi. In alcuni casi, il Piano Familiare si stila insieme alla famiglia come un 'contratto concordato' che concerne sia l'azione da intraprendere sia i risultati da valutare. In altri casi si stilano diversi piani con la famiglia, secondo il servizio coinvolto. In altri casi, non c'è un vero e proprio piano, ma le famiglie sono costantemente informate da parte degli operatori



professionali. In altri casi ancora, il piano riguarda principalmente il bambino rispetto alla famiglia.

Comunque sia denominato, un piano rivolto alle famiglie e stilato in loro presenza è cruciale per garantire la partecipazione di tutto il nucleo familiare, il rispetto delle esigenze familiari, chiarire le priorità e le aspettative.

Il fatto che l'organizzazione del servizio di intervento e la durata dell'azione stessa siano diversi tra i paesi europei porta un elemento positivo di flessibilità nella preparazione di questo documento. Il piano non è sempre soggetto a limiti ed è suscettibile di modifiche in base alla situazione specifica sia da parte dei servizi che erogano il sostegno sia su iniziativa della famiglia. Anche se la famiglia è considerata come il titolare della prestazione e del documento. Questo serve ad assicurare la riservatezza delle informazioni, evitare ripetizioni inutili in altri documenti simili prodotti da servizi diversi e a dedicare maggiore tempo alle famiglie e al bambino.

Questo documento facilita, inoltre, il passaggio da una forma di servizio ad un altro, soprattutto nel settore educativo. Quando un bambino entra nel sistema scolastico, al Piano Familiare segue un Piano Educativo Individuale dedicato al bambino e ai suoi bisogni educativi.

Tutti gli elementi presentati in questo capitolo saranno illustrati attraverso la descrizione delle tre località prese ad esempio per il progetto e riportate in sintesi di seguito.

2.3 Tre esempi di ECI

Questo paragrafo presenta tre esempi di realizzazione pratica dell'intervento di sostegno: a **Monaco**, a **Coimbra** e a **Västerås**. Le visite di studio a queste tre città, lo scambio delle informazioni e gli incontri aperti con i professionisti e con le persone direttamente interessate (una madre a Västerås) hanno offerto l'opportunità di arricchire il dibattito generale ed esaminare l'applicazione pratica dei principi teorici dell'ECI.



Il motivo per cui si intende presentare una breve sintesi di questi esempi è la possibilità che possano suscitare interesse in altri operatori, permettendo un confronto con la loro realtà professionale, nella speranza che siano da incentivo ad ulteriori riflessioni. Queste sintesi non vanno comunque lette come una forma di valutazione o di giudizio delle migliori pratiche – ciò andrebbe contro i propositi di questa pubblicazione.

Seguono brevi interviste, tenute nei paesi ospitanti presso i centri di servizio ECI – Germania, Portogallo e Svezia - insieme alle descrizioni delle principali caratteristiche dell'intervento di sostegno per i bambini in età prescolare nei tre paesi menzionati. Al termine del paragrafo sono state identificate una serie di somiglianze e differenze tra le strutture oggetto delle visite di studio.

2.3.1 Le principali caratteristiche

Le informazioni presentate nei paragrafi seguenti derivano dal lavoro svolto dai ricercatori nei tre paesi coinvolti. Il testo in corsivo indica le citazioni dirette tratte dalle pubblicazioni mentre il resto del testo è un sunto del lavoro dei ricercatori.

Le informazioni su Monaco, Germania, sono tratte da Franz Peterander (2003); per Coimbra, Portogallo, gli autori di riferimento sono Bairrão, Felgueiras e Chaves de Almeida (1999) e Felgueiras e Breia (2004); per Västerås, Svezia, da Björk-Akesson e Granlund (2003).

Monaco (Germania)

In Germania, oltre 1000 istituti erogano l'intervento di sostegno a bambini disabili in età prescolare. Questi centri sono finanziati soprattutto dalle maggiori associazioni di beneficenza come la Caritas, Diakonie, Paritätischer Wohlfahrtsverband e Lebenshilfe. Il sistema varia secondo lo stato federale. Esistono diverse strutture, più sistemi di finanziamento e varie facilitazioni. Il sistema prevede centri interdisciplinari dedicati all'ECI, centri socio-pediatrici, asili nido speciali, centri 'heilpedagoigic', centri di consulenza alle famiglie ed educativi. Nel 1973, il rapporto "Diagnosi Precoce e Primo Intervento per i Bambini Disabili" di Otto Speck, commissionato dall'Ente



dell'Istruzione tedesco, ha posto le basi per la creazione di un ampio sistema di intervento infantile a struttura interdisciplinare, all'inizio nella sola Baviera. Alla Regione fu dato il compito di creare centri di intervento dedicati alla prima infanzia a modello interdisciplinare e orientato alla famiglia.

In Baviera, il 4% dei bambini con più di tre anni di età ha bisogno di intervento di sostegno. Ad un'indagine del 2002 risultano 123 centri regionali che offrono una rete ben collegata, facilmente raggiungibile; nessun centro supera la distanza di 10km dalla famiglia. Il trattamento interessa 25.000 neonati e infanti di cui il 50% è ospite dei centri e il 50% riceve l'intervento di sostegno a domicilio da gruppi mobili. I bambini che ricevono l'intervento sono affetti da più tipologie di disabilità. L'età media dei pazienti è 3-4 anni. Approssimativamente il 14% sono immigrati (oltre il 25% nelle aree urbane).

Il trattamento è calibrato in base alle esigenze individuali e comprende una o due sessioni a settimana per due anni. In media lavorano costantemente insieme in un gruppo ECI circa 11 terapisti di diversi settori professionali. Di media, lo staff resta in un centro dai 5 ai 7 anni, ciò significa che i gruppi competenti possono svilupparsi. Il lavoro di gruppo è essenziale per il successo dell'intervento in tenera età. Tutte le componenti professionali si completano a vicenda. Tale cooperazione tra gli esperti richiede uno scambio di pareri e di idee sul singolo caso; un accordo sui temi base, sui valori, sugli obiettivi, sui campi specialistici e sui problemi organizzativi.

L'intervento di sostegno per la prima infanzia è un servizio gratuito e aperto a tutti. I centri ricevono il finanziamento per far fronte a richieste di uno o due sessioni settimanali, la cooperazione con i genitori, il gruppo di lavoro interdisciplinare e la collaborazione con partner esterni. L'intervento è finanziato da diversi enti: autorità comunali; assicurazioni sanitarie; dal Ministero dell'Istruzione bavarese e dal Ministero Bavarese degli Affari Sociali...

...La diagnosi e l'intervento riguardano esclusivamente le necessità del bambino e il suo ambiente. Grazie ad un



passaggio da un paradigma orientato al deficit e al bambino ad un approccio olistico orientato alla famiglia, l'intervento per la prima infanzia non segue un curriculum standard. Il cambiamento delle concezioni teoriche si è riflesso anche nei principi che guidano la pratica. Gli specialisti basano i loro trattamenti su una combinazione dei principi e degli indicatori che hanno dato prova di successo e su idee teoriche e concettuali (come l'approccio olistico, l'orientamento alla famiglia, lo spostamento in ambito regionale, il gruppo di lavoro interdisciplinare, il lavoro in rete e l'integrazione sociale)...

...in Baviera e in alcuni Länder, gli specialisti dell'intervento possono rivolgersi al 'Arbeitsstelle Frühförderung' per la consultazione e l'aiuto su temi specifici. La Baviera è stato il primo stato a fondare questi 'Arbeitsstelle', nel 1975, insieme ad un dipartimento pedagogico e medico in cui ogni membro dello staff lavora a stretto contatto con altri professionisti di diversi settori. Lo scopo comune è: ampliare la conoscenza dell'intervento per la prima infanzia; aiutare a migliorare il lavoro pratico; promuovere lo scambio e la discussione tra i diversi centri ECI; migliorare la qualità del lavoro e il carattere interdisciplinare. Da questo punto di vista, gli 'Arbeitsstelle' offrono, tra l'altro, un'ampia e varia selezione di opportunità per la formazione in servizio e servizi di consulenza individuale per i centri attivi nel territorio bavarese. (Peterander, 2003, pag. 302)

Coimbra (Portogallo)

In Portogallo, fino agli anni '80, i bambini disabili in età prescolare erano presi in cura dai Servizi di Sicurezza Sociale e Sanitaria; il coinvolgimento del Ministero dell'istruzione era limitato.

Malgrado il crescente riconoscimento dell'esigenza della creazione di servizi specifici per neonati disabili, il livello di cura previsto era molto basso. Le rare iniziative sul campo erano centrate principalmente sulla diagnosi e sulla terapia medica del bambino, sulla falsariga del modello prevalentemente medico applicato ai bambini in età scolare. Le famiglie potevano ottenere sostegno finanziario o alcuni servizi per la salute mentale.



Dalla fine degli anni '80 agli inizi degli anni '90, comincia una nuova fase dell'Intervento di Sostegno per i Bambini in Età prescolare (ECI) in Portogallo. Emersero alcune esperienze di cura innovative specifiche per bambini disabili o a rischio nei primi anni di vita. Il progetto *Coimbra Intervento per l'Infanzia (PIIP)*, basato su una collaborazione tra i servizi dei settori della sicurezza sociale, sanitaria ed educativa, e il Progetto *Sportello Intervento Infantile* a Lisbona sono considerati come i progetti che maggiormente hanno influenzato lo sviluppo del servizio ECI in tutto il paese. Questi progetti hanno avuto un ruolo importante nell'offrire ai professionisti formazione in servizio specifica sull'ECI.

In questa fase, lo "Sportello per i Genitori" è stato un risultato importante e ha avuto un'influenza positiva. La struttura ha introdotto alcuni elementi innovativi, diffondendo un modello centrato sul domicilio, in partenariato con i genitori; pianificando obiettivi e strategie di intervento individualizzato; un sistema di organizzazione delle risorse esistenti (a piramide); la collaborazione interdisciplinare tra i servizi e un percorso di formazione in servizio e supervisione dei visitatori a domicilio.

Si potrebbe dire che lo sviluppo dell'ECI in Portogallo sia stato un processo "al contrario" di cui i politici hanno progressivamente preso coscienza. Effettivamente, l'azione intrapresa sul campo dai professionisti, a livello locale, ha avuto un ruolo guida nello sviluppo del servizio ECI. Nello sforzo di ottenere il massimo beneficio dalle scarse e insufficienti risorse disponibili, attraverso la collaborazione tra i servizi e la richiesta di fonti di finanziamento di programmi comunitari esistenti al tempo, comparvero in tutto il paese iniziative denominate "Progetti Integrati per l'ECI".

Allo stesso tempo, il Ministero dell'Istruzione definì progressivamente l'adozione di misure di sostegno per bambini disabili dalla nascita fino a 6 anni di età. Nello specifico, il Ministero dell'Istruzione stabilì, nel 1997, il meccanismo attraverso cui sono destinate le risorse e il sostegno finanziario ai progetti ECI locali, sulla base di una collaborazione tra i



servizi di sostegno educativi e le istituzioni educative private specifiche per l'handicap.

In Portogallo, la formazione in servizio proposta da diverse organizzazioni non universitarie ha avuto – ed ancora mantiene – un ruolo importante per quanto attiene le qualifiche dei professionisti ECI. Generalmente, le diverse modalità di formazione sono orientate secondo prospettive teoriche e pratiche, sulla scia del modello nordamericano e della rispettiva normativa in vigore. Fanno parte della formazione alcuni temi cruciali che possono favorire il passaggio dei professionisti da una prassi tradizionale ad un intervento più efficace basato sull'evidenza del fatto:

- da modelli strutturati sul bambino e sui suoi deficit ad un intervento integrativo erogato *nel contesto naturale del bambino*;
- da un intervento monodisciplinare, frammentato e parallelo (con terapie isolate) da parte di diversi professionisti ad *un lavoro di gruppo interdisciplinare* e ad una collaborazione integrata tra servizi e partecipazione;
- da modelli “assistenziali” ad un *modello multipotenziato* e ad una *pratica centrata su nucleo familiare* visto come un'unità del gruppo di intervento.

L'influenza dei modelli di sviluppo ecologico (Bronfenbrenner, 1979, 1998) e transattivo (Sameroff & Chandler, 1975; Sameroff & Fiese, 1990) ha diretto l'organizzazione del servizio ECI verso un sistema di collaborazione tra servizi allo scopo di adottare programmi sempre più ampi in cui la partecipazione della famiglia e della comunità giocano un ruolo chiave.

Nel 1999 fu creata una normativa dedicata esclusivamente all'ECI (Regolamento Esecutivo Comune nr. 891/99). Questa normativa reca le “*Linee guida all'organizzazione dei servizi di intervento per i bambini disabili o a rischio di gravi carenze nella crescita in età prescolare e guida alle loro famiglie*”. È stato un passo importante verso il riconoscimento e l'identità dell'ECI.



Questa normativa definisce l'ECI come una misura di sostegno integrato, calibrata sul bambino e sulla famiglia, intrapresa attraverso mezzi di prevenzione e azioni di riabilitazione, nominalmente inserita nei settori educativi, sanitari e sociali, al fine di:

- a) Assicurare la protezione delle condizioni che possono sostenere lo sviluppo di un bambino disabile o a rischio di gravi carenze dello sviluppo;
- b) Aumentare il potenziale per migliorare le interazioni con le famiglie;
- c) Rafforzare le competenze della famiglia e svilupparne la progressiva abilità e autonomia per affrontare l'emergere dei problemi legati alla disabilità.

All'inizio fu creata un'apposita commissione politica e governativa. Furono stabilite l'organizzazione del sistema di finanziamento e di assegnazione delle risorse umane, il coordinamento tra i settori interessati e la collaborazione stato-privato. I settori educativi, sanitari e della sicurezza sociale condividevano la responsabilità comune della formazione dei *gruppi diretti di intervento* a livello regionale, dei *gruppi distrettuali di coordinamento* e di un *gruppo nazionale interdipartimentale*.

Anche se negli ultimi anni sono stati raggiunti importanti traguardi, oggi, in Portogallo, i servizi ECI affrontano importanti sfide e richiedono sforzi comuni per:

- aumentare la fascia di età che rientra nel servizio, per includere i bambini da 0 a 2 anni;
- migliorare la prima diagnosi e il referto;
- rendere la prassi interdisciplinare più consistente e più attenta alla famiglia;
- migliorare la qualità e le opportunità di formazione professionale;
- dare maggiore testimonianza del valore dell'ECI e della sua sostenibilità attraverso i politici, i professionisti e la comunità sociale.

Le qualifiche professionali, i risultati della ricerca e la valutazione dei processi di intervento di sostegno per i bambini



e le famiglie sono cruciali per l'evoluzione e la qualità del servizio ECI in Portogallo.

Västerås (Svezia)

La filosofia svedese sull'infanzia considera questa fase della crescita come un periodo unico nella vita dell'essere umano. L'infanzia ha il suo proprio valore e non è semplicemente un periodo di preparazione alla vita adulta. Quindi, un'attività importante per l'educatore postnatale è creare le possibilità di gioco.

I municipi (in tutto 289) sono responsabili dei servizi di base per tutti i cittadini, compresi gli asili nido, le scuole e i servizi sociali. La Svezia si divide in regioni con 20 contee governate da Consigli di Contea responsabili per le cure dentali e sanitarie, gratuite per tutti fino al compimento della maggiore età.

Il servizio ECI può essere definito come una misura di sostegno per bambini disabili, dalla nascita fino all'ingresso nel sistema scolastico che avviene all'età di 6 o 7 anni. I servizi di intervento si rivolgono ai bambini nel loro ambiente familiare e sociale più prossimo. La Comunità e i Consigli di Contea sono entrambi responsabili del servizio e si differenziano in base agli obiettivi e ai gruppi di riferimento.

Sul piano della prevenzione primaria, la Comunità ha la responsabilità base del benessere di tutti i bambini e le famiglie e assicura condizioni di vita accettabili a tutti. Ad un secondo livello, la Comunità è responsabile dell'intervento prescolastico e dell'attuazione di programmi di cura infantile. Ad un terzo livello, la Comunità è responsabile della creazione di un ambiente salutare per i bambini e le famiglie. Al Consiglio di Contea si richiede di fornire servizi sanitari e medici legati al primo livello di prevenzione, per tutti i bambini e le famiglie, tramite i Servizi Sanitari Pediatrici (CHS). Con il cambiamento delle condizioni di vita, l'interesse del CHS è passato da programmi di monitoraggio e vaccinazione, che comprendevano anche un'opera sulle problematiche psicosomatiche e socioemotive, sulla trasformazione del ruolo



della famiglia e il sostegno delle famiglie immigrate. Fanno parte di questo servizio i gruppi e l'istruzione dei genitori.

Una prospettiva calibrata sulla famiglia implica che l'intervento si realizzi nelle realtà naturali, nella vita quotidiana. Quindi, l'intervento per la prima infanzia in Svezia è primariamente realizzato in uno dei contesti naturali del bambino, nel nucleo familiare e/o nella comunità di base, negli asili nido/prescuola. La Comunità e i Consigli di Contea erogano questi servizi. La responsabilità della Comunità include l'intervento specifico nel prescuola o negli ambienti di cura infantile e familiare, l'assistenza personale e la cura dei bambini identificati come 'portatori di handicap' e delle loro famiglie. Il Consiglio di Contea è responsabile dell'erogazione di servizi a bambini identificati come 'portatori di handicap' presso i Centri di Riabilitazione Infantile (CHC).

La filosofia ufficiale della Svezia, riguardo al sostegno ai bambini disabili, si basa su una prospettiva che risponde alla Classificazione Internazionale di Funzionamento e Disabilità delle Nazioni Unite (WHO, 2001). Nella Classificazione Internazionale, gli aspetti della salute individuale e i fattori legati alla salubrità dell'ambiente sono classificati in dimensioni legate al funzionamento del corpo umano e delle strutture corporali, all'attività, alla partecipazione e ai fattori ambientali.

La Classificazione Internazionale può essere utilizzata per descrivere l'organizzazione delle strutture di servizio di sostegno ai bambini in Svezia. I servizi forniti dai Consigli di Contea sono primariamente rivolti alle funzioni corporali (CHS) e alla *performance* delle attività (CHC). Se un bambino è identificato come 'portatore di handicap di natura fisica' fa riferimento ai servizi medici infantili del CHS. Qui, il bambino e la famiglia incontrano gli operatori sanitari all'interno di una organizzazione a modello medico e specifica per le funzioni del corpo umano, ad es. clinica oculistica, medicina interna o reparto ortopedico. Se, invece, un bambino è a sviluppo non ottimale, in quanto non svolge le attività come si prevede, fa riferimento al CHC. I servizi di riabilitazione sono rivolti ai



bambini disabili e alle loro famiglie e operano attraverso un 'vivo dialogo' tra utenti e professionisti.

Presso i CHC, un gruppo interdisciplinare raccoglie i campi medici, educativi, psicologici e sociali in collaborazione con il bambino e la famiglia. Gli esperti della Comunità sono spesso organizzati secondo il ruolo o in base al sistema che intendono utilizzare come metodo del sostegno, ad es. sostegno familiare, consulenza prescolastica. A seguito dell'identificazione del problema sono coinvolti nell'erogazione del servizio ai bambini disabili molti esperti, provenienti da diverse organizzazioni. Un tema chiave, in rapporto ai bambini, è come coordinare le raccomandazioni e i servizi degli esperti utilizzando diverse prospettive mediche nell'intervento di sostegno e operando in diversi sistemi.

2.3.2 Somiglianze e differenze

Le informazioni generali messe a disposizione dagli Esperti Nazionali di progetto, brevemente sintetizzate di seguito, e i dibattiti tenuti con gli operatori nelle tre località oggetto di visita di studio, hanno evidenziato alcune somiglianze e differenze tra questi tre esempi.

Lo stesso modello teorico: questi tre esempi fondano la prassi operativa sui principi del modello ecologico-sistemico e condividono alcuni elementi comuni:

- gli stessi principi applicati ad un approccio orientato alla famiglia, concetti socialmente orientati, servizi erogati in base alla vicinanza al luogo di abitazione della famiglia e lavoro di gruppo;
- i servizi sono gratuiti per le famiglie;
- alta priorità è assegnata alla formazione professionale e diverse tipologie di formazione in servizio impegnano tutti i membri del *team*;
- c'è un alto livello di compartecipazione e i professionisti dimostrano competenza, è presente una positiva percezione del lavoro di gruppo;
- prevale un clima positivo e una comune condivisione degli obiettivi operativi.



Diverse modalità di attuazione: il modello ecologico è stato realizzato in modi diversi, a seconda delle caratteristiche nazionali. Le differenze descritte di seguito sono evidenti in vario modo, in base alla località degli esempi.

Un centro ECI, solido e ricco di esperienza, a Monaco, rappresenta una rete consolidata di centri ECI in Baviera. Questo sistema di erogazione del servizio attraverso 'centri specialistici' si basa su una rete di professionisti del settore stabile ed altamente qualificata. Esistono molti centri, finanziati da diversi uffici e dipartimenti.

Diverse fonti di finanziamento possono costituire un problema, dato che è necessario assicurare agli operatori il possesso di una conoscenza adeguata di tutte le risorse esistenti. È importante anche assicurare una collaborazione produttiva per sostenere le famiglie e offrire le risorse necessarie secondo i principi enucleati nel modello ecologico.

A Coimbra, un gruppo di progetto altamente qualificato provvede al sostegno tramite un sistema di 'interagenzia'. Questo sistema si basa sull'accordo e la cooperazione tra i dipartimenti locali e regionali – sanità, servizi sociali e istruzione – responsabili del finanziamento dei servizi assegnando i professionisti richiesti.

Questo sistema assicura una razionalizzazione efficiente ed un buon utilizzo delle risorse esistenti assicurando un'alta priorità alle famiglie socialmente svantaggiate.

Il buon coordinamento tra le diverse 'agenzie' coinvolte a tutti i livelli (locale, regionale e nazionale) è una sfida significativa – se manca un anello della catena, l'erogazione del servizio diventa vulnerabile sia sul piano professionale sia finanziario. La stabilità della composizione dei gruppi di intervento è un altro problema di questo tipo di sistema.

Diversi professionisti dei Centri di Risorsa Comunitari a Västerås operano per il sostegno prescolastico dei bambini (a partire da 1 anno di età) e dei loro genitori. Questo tipo di



erogazione 'locale e decentralizzato' si basa su un sistema sociale che offre alle famiglie importanti benefici sociali.

Questo sistema sembra funzionare e si basa chiaramente sulla competenza dei professionisti e sull'economia sanitaria della contea.

Vanno considerate anche alcune aree sensibili. Queste si collegano principalmente all'esigenza di coordinamento e cooperazione tra i servizi e i professionisti in ambito locale e della Contea e ad un'ampia formazione sullo sviluppo infantile degli operatori coinvolti.

Il punto finale, legato ai tre esempi, è che da tutti emerge l'aumento dell'impatto dell'immigrazione sui servizi ECI. Questo è un segnale positivo che testimonia che i cambiamenti sociali avvenuti nella società europea influenzano la pratica quotidiana.



3. RACCOMANDAZIONI

Le seguenti raccomandazioni si basano sul principio che l'intervento di sostegno per i bambini in età prescolare è un *diritto* di tutti i bambini e di tutte le famiglie. Partendo dai risultati dell'analisi presentata nei capitoli precedenti, emergono molti elementi che vanno appropriatamente studiati. Le seguenti raccomandazioni intendono aiutare i professionisti ad acquisire adeguate strategie di attuazione di questi importanti elementi ed ad evitare gli ostacoli esistenti – a beneficio dei bambini e delle famiglie. Queste raccomandazioni, frutto degli incontri di progetto, sebbene siano principalmente rivolte agli operatori del settore, sono interessanti anche per i politici.

I cinque elementi menzionati nel Capitolo 2 sono di seguito presentati insieme ad una lista non esaustiva di raccomandazioni che puntano all'adozione di prassi di intervento di successo.

3.1 Disponibilità

Per assicurare che il servizio di sostegno raggiunga, il prima possibile, tutti i bambini e la famiglie in necessità, si propongono le seguenti raccomandazioni.

L'esistenza di misure politiche specifiche per l'ECI: a livello locale, regionale e nazionale, le misure politiche dovrebbero affermare il servizio ECI come un diritto dei bambini e delle famiglie. Le politiche ECI dovrebbero garantire che l'azione di sostegno sia intrapresa in comune, dai professionisti insieme alle famiglie, attraverso la definizione di criteri di valutazione e qualità del servizio erogato. Tenendo conto della diversa situazione nazionale dei paesi europei, tre temi richiedono particolare attenzione:

1. Le famiglie e gli operatori devono avere misure politiche di riferimento che siano attentamente coordinate in termini di strategie di attuazione, obiettivi, mezzi e risultati;



2. Le misure politiche dovrebbero avere lo scopo di sostenere e assicurare il coordinamento dei settori educativi, sociali e sanitari. Vanno evitate misure sovrapposte o contraddittorie nei e tra i servizi;
3. Le misure politiche dovrebbero includere lo sviluppo di centri di sostegno ECI in ambito locale e nazionale, che agiscano come legame tra il livello politico, il piano professionale e gli utenti.

Disponibilità dell'informazione: a livello locale, regionale e nazionale e alle famiglie e ai professionisti dovrebbe essere diffusa una pronta informazione chiara, precisa e ampia sui servizi e le provvidenze ECI. Un'attenzione speciale va posta sull'uso di un linguaggio preciso ma accessibile. Nel caso di famiglie provenienti da diversi contesti culturali, andrebbe utilizzata la lingua di elezione al fine di evitare di escluderle dall'accesso ad ogni rilevante informazione.

Chiara definizione dei gruppi target: I politici sono titolari a stabilire i criteri di eleggibilità al servizio ECI, ma i professionisti dovrebbero cooperare in un ruolo consultivo. I centri, le provvidenze, i gruppi di lavoro ECI dovrebbero essere delimitati per gruppi target, in base alle priorità stabilite a livello locale, regionale e/o nazionale. Le contraddizioni tra i livelli potrebbero causare distorsioni e, di conseguenza, i bambini e la famiglie potrebbero non ottenere il sostegno o non essere in grado di accedere ad adeguate risorse.

3.2 Prossimità ³

Per garantire che i servizi e le provvidenze ECI siano geograficamente il più vicino possibile alle famiglie e che il centro dell'azione di sostegno sia tutto il nucleo familiare, è importante tenere in considerazione i seguenti aspetti.

³ In questo documento la parola 'prossimità' ha un doppio significato: vicinanza al luogo e alla persona.



Decentralizzazione dei servizi/providenze: i servizi e/o le provvidenze ECI dovrebbero collocarsi il più vicino possibile alle famiglie al fine di:

- facilitare una migliore conoscenza delle condizioni dell'ambiente sociale delle famiglie;
- assicurare la stessa qualità del servizio malgrado le differenze dovute alla collocazione geografica (ad es. aree scarsamente popolate o aree rurali);
- evitare sovrapposizioni, percorsi irrilevanti o inutili.

Accogliere le esigenze delle famiglie e dei bambini: i servizi e le provvidenze dovrebbero compiere lo sforzo necessario al fine di raggiungere le famiglie e i bambini ed accoglierne le necessità. Ciò implica che:

- le famiglie hanno il diritto di essere ben informate dal momento in cui si identifica l'esigenza del sostegno;
- le famiglie hanno il diritto di decidere, insieme con i professionisti, i passi da intraprendere;
- l'ECI non può essere imposto alle famiglie ma dovrebbe garantire il diritto del bambino ad essere protetto. I diritti dei bambini e delle famiglie devono convergere;
- le famiglie e gli operatori devono condividere la comprensione del senso e del beneficio del tipo di intervento raccomandato alle famiglie e al bambino;
- la stesura di un documento scritto (come un Piano Individuale, un Piano Individuale di Servizio Familiare o simile), preparato dai professionisti insieme alle famiglie, facilita la trasparenza e l'accordo comune sul processo di intervento: la pianificazione, la formulazione degli obiettivi e le responsabilità, la valutazione dei risultati;
- le famiglie dovrebbero ricevere una formazione, a richiesta, che potrebbe aiutarle ad avere la competenza e la conoscenza necessaria e facilitare l'interazione con i professionisti e con il bambino.

3.3 Affidabilità

Per assicurare che i servizi e le provvidenze ECI raggiungano tutte le famiglie e i bambini richiedenti il sostegno, anche se



provenienti da diversi contesti socio-economici, è necessario garantire **la gratuità del servizio alle famiglie**. Ciò implica che i fondi pubblici dovrebbero coprire tutti i costi legati all'erogazione del servizio attraverso enti pubblici, compagnie di assicurazione, organizzazioni *no profit* ecc. assolvendo i requisiti di qualità affermati nelle rispettive legislazioni nazionali. Nel caso in cui coesista l'opportunità di rivolgersi a servizi privati, a totale onere delle famiglie, finanziati da fondi pubblici, devono essere garantiti gli *standard* di qualità definiti dalla legislazione nazionale.

3.4 Lavoro Interdisciplinare

I servizi di sostegno per la prima infanzia coinvolgono professionisti di diversi settori e ambienti. Per un lavoro di gruppo di qualità, si suggeriscono le seguenti raccomandazioni.

La cooperazione con le famiglie⁴: in qualità di *partner* principale degli operatori, questa cooperazione dovrebbe essere garantita tenendo conto che:

- I professionisti devono cooperare e avere un atteggiamento rispettoso e aperto verso la famiglia in modo da comprenderne le esigenze e le aspettative ed evitare l'emergere di qualunque conflitto sulle diverse prospettive delle esigenze e delle priorità, senza imporre il proprio punto di vista;
- I professionisti dovrebbero organizzare incontri al fine di discutere i diversi punti di vista con i genitori e insieme stabilire un documento scritto, concordato, denominato Piano Individuale o simile;
- Un Piano Individuale (o un documento simile) dovrebbe presentare il piano concordato attestante l'intervento da condurre, gli obiettivi, le strategie, le responsabilità e le procedure di valutazione. Questo documento concordato

⁴ Il termine 'cooperazione', nel testo, indica le famiglie e i professionisti che lavorano insieme, offrendo la propria esperienza e amalgamando i propri sforzi e le proprie responsabilità.



dovrebbe essere regolarmente sottoposto alla valutazione delle famiglie e dei professionisti.

Costruzione del Team: malgrado i diversi contesti culturali, dovuti alla diversa formazione disciplinare, i professionisti dei gruppi ECI devono lavorare in modo interdisciplinare, prima e durante lo svolgimento dei loro compiti. Devono condividere i principi, gli obiettivi e le strategie di lavoro. I diversi approcci vanno integrati e coordinati, rinforzando un approccio globale ed olistico, piuttosto che uno a compartimenti. Un'attenzione speciale dovrebbe riguardare i sottoindicati aspetti:

- le informazioni vanno condivise al fine di consentire ai membri del *team* di completarsi a vicenda in base alle competenze e alle capacità individuali;
- le decisioni vanno adottate dal gruppo sulla base di un dibattito e di un accordo comune;
- va nominata una persona preposta a coordinare tutte le azioni necessarie, assicurare un contatto costante con la famiglia ed evitare molti contatti inutili e unilaterali tra i servizi e la famiglia. La persona nominata dovrebbe fungere da riferimento per la famiglia e il gruppo professionale. Dovrebbe essere nominata secondo le competenze richieste dalla situazione specifica;
- I professionisti devono sapere come lavorare insieme. Dovrebbero essere organizzate alcune tipologie di formazione in servizio che possano permettere la condivisione di una conoscenza di base comune sullo sviluppo infantile; una conoscenza specialistica sui metodi di lavoro, la valutazione ecc. e le competenze personali su come lavorare con le famiglie, in gruppo, con altri servizi e come sviluppare le abilità personali.

Stabilità dei membri del team: la composizione dei gruppi dovrebbe essere stabile il più possibile per facilitare il processo di costruzione del *team* e garantire risultati di qualità. Cambiamenti frequenti e ingiustificati potrebbero incidere sulla qualità del sostegno e sul lavoro di gruppo e la formazione.



3.5 Diversità

Si propongono le seguenti raccomandazioni per permettere che i servizi sanitari, educativi e sociali condividano la responsabilità dell'intervento.

Adeguato coordinamento tra i settori: la varietà dei settori coinvolti dovrebbe garantire l'adempimento di tutti i livelli di prevenzione attraverso l'adozione di misure operative adeguate e coordinate. Ciò implica che:

- I servizi sanitari, educativi e sociali vanno coinvolti nella diagnosi e nel referto al fine di evitare lacune o 'vuoti' significativi che potrebbero influenzare il successivo processo di intervento, come ad es. le liste di attesa in caso di superlavoro dei servizi o dei gruppi;
- Le procedure di *screening* della crescita vanno rivolte a tutti i bambini. Devono essere ben conosciute e sistematicamente attuate;
- Un monitoraggio continuo, la consulenza e le procedure di prosieguo vanno proposte a tutte le gestanti.

Adeguato coordinamento del servizio: un buon coordinamento è necessario per garantire il migliore uso delle risorse della comunità. Buon coordinamento significa che:

- I servizi dovrebbero assicurare la continuità del sostegno richiesto quando il bambino passa da un professionista all'altro. Le famiglie e il bambino dovrebbero essere pienamente coinvolti e sostenuti;
- I settori prescolastici assegnare un posto libero ai bambini provenienti dai servizi ECI.

Come accennato in precedenza, queste raccomandazioni sono pensate soprattutto per gli operatori professionali o per coloro che intendono lavorare nel settore, ma possono interessare anche i politici. Ciò perché sarebbe opportuno condurre una regolare valutazione dell'impatto delle politiche ECI al fine di promuovere il dibattito e stimolare la ricerca nel campo. Le politiche specifiche per i bambini in età prescolare sono la comune responsabilità delle famiglie, dei professionisti e dei politici a livello locale, regionale e nazionale.



FONTI

Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters E., Wall S. (1978) *Patterns of Attachment: a Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Arnkil, T.E. (2003) *Early Intervention – Anticipation Dialogues in the Grey Zone of Worry*. Reykjavik (Iceland): Nordiska barnavårdskongressen Reykjavik.

Bairrão, J., Felgueiras, I., Chaves De Almeida, I. (1999) Early Intervention in Portugal. In *Symposium on Excellence in Early Childhood Intervention*, Västerås (Sweden): Mälardalens Högskola.

Bairrão, J., Chaves De Almeida, I. (2002) Contributos para o Estudo das Práticas de Intervenção Precoce em Portugal. In *Collecção Apoios Educativos*, Nr. 6, Ministerio da Educação, Departamento da Educação Básica.

Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.

Björck-Akesson, E., Carlhed, C., Granlund, M. (1999) *The Impact of Early Intervention on the Family System. Perspectives on Process and Outcome*. Madrid: GENYSI (Grupo de Estudios Neonatológicos Y Servicios de Intervención).

Björck-Akesson, E., Granlund, M. (2003) Creating a Team Around The Child Through Professional's Continuing Education. In Odom, S. L., Hanson, M.J., Blackman, J.A., Kaul, S. *Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing.

Blackman, J.A. (2003) Early Intervention: An Overview. In Odom, S. L., Hanson, M.J., Blackman, J.A., Kaul, S. *Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing.

Boavida, J., Espe-Sherwindt, M., Borges, L. (1999) Community-Based Early Intervention: The Coimbra Project (Portugal). In *Child: Care, Health and Development*, vol. 26:5, Blackwell Publishing.



Bowlby, J. (1969) *Attachment and Loss*, vol. 1: *Attachment*. New York: Basic Books / Tavistock Institute of Human Relations.

Bowlby, J. (1980) *Attachment and Loss*, vol. 3: *Loss*. New York: Basic Books. In *Attaccamento e Perdita*, Boringhieri (1976-1983)

Bronfenbrenner, U. (1988) *Ecologia dello sviluppo umano*. Il Mulino, stampa 1998.

Bronfenbrenner, U., Morris, P.A. (1998) The Ecology of Developmental Process. In Damon W. (ed). *Handbook of Child Psychology*, 5th ed. New York: John Willy & Sons.

Bruder, M.B. (2000) The Individual Family Service Plan. In *ERIC-Digest*, Nr. E605, Educational Resource Editors Information Centre: Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education.

Cameron, S., White, M. (1996) *The Portage Early Intervention Model: Making the Difference for Families across the World*. In *Conference Proceedings 1996*, National and International Portage Association.

Detraux, J.J. (1998) *Synthèse du 4ème Symposium Européen sur « Egalité des chances et qualité de vie pour familles avec un jeune enfant handicapé »*. European Association on Early Intervention (Eurllyaid).

Dunst, C.J. (1985) Rethinking Early Intervention. In *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, Vol. 5.

Dunst, C.J. (2000) Revisiting "Rethinking Early Intervention". In *Topics in Early Childhood Special Education*, Nr. 20 (2).

Eurllyaid (1991) *Manifesto of the Eurllyaid working party with a view to future EC policy: Early Intervention for Children with Developmental Disabilities*, Elsenborn: Eurllyaid.

European Agency for Development in Special Needs Education (1998) *Early Intervention in Europe. Trends in 17 European Countries*. Middelfart: EADSNE.

European Agency for Development in Special Needs Education (2003) *L'integrazione dei disabili in Europa*. Middelfart: EADSNE.



Felgueiras, I., Breia, G. (2004) *Early Childhood Intervention in Portugal* (Un-Published).

GALLAGHER, J., CLIFFORD, R. (2000) The Missing Support Infrastructure in Early Childhood. In *Early Childhood Research and Practice*, Vol.2: 1.

GAT, Grupo de Atención Temprana (2000) *Libro Blanco de Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

GENYSI, Grupo de Estudios Neonatológicos Y Servicios de Intervención (1999) *La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid; Situación Actual y Documentos del Grupo PADI*. Madrid: GENYSI.

Gesell, A., Ilg F. L., Ames, L.B. (1943) *Il bambino nella civiltà d'oggi: guida allo sviluppo in casa e al nido di infanzia*. Bompiani, stampa 1956.

Golin, A.K, Ducanis, A.J. (1981) *The Interdisciplinary Team, a Handbook for the Education of Exceptional Children*. Rockville, MD: Aspen.

Guralnick, M.J. (1997) *The Effectiveness of Early Intervention*. Baltimore: Brookes Publishing.

Guralnick, M.J. (2001) A Developmental Systems' Model for Early Intervention. In *Infant and Young Children*, Vol. 14:2. Aspen Publishers, ISEI.

Hains, A. (1999) *A Comparison of Select Provisions of Individuals with Disabilities Education Act (IDEA Part B, Part C) and Head Start*. Milwaukee: University of Wisconsin Milwaukee.

Helios II (1996a) *Early Intervention: Information, Orientation and Guidance of Families*. Brussels: European Commission.

Helios II (1996b) *Prevention, Early Detection, Assessment, Intervention and Integration: An Holistic View for Children with Disabilities*. Brussels: European Commission.

Horowitz, F.D. (1987) A Developmental View of Giftedness. In *Gifted Child Quarterly*, Vol 31: 4. American National Association for Gifted Children.



Horwath, J. (2000) *The Child's World. Assessing Children in Need*. London: National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC)/ Jessica Kingsley Publishing.

Houston, S. (2002) Re-Thinking a Systemic Approach to Child Welfare: a Critical Response to the Framework for the Assessment of Children in Need and their Families. In *European Journal of Social Work*, Vol. 5: 3. Oxford University Press.

Kotulak, R. (1996) *Inside the Brain: Revolutionary Discoveries of How the Mind Works*. Kansas City MO: Andrews & McMeel.

Ministry of Education of New Zealand (1996) *Te Whāriki; Early Childhood Curriculum*. Wellington: Ministry of Education of New Zealand and Learning Media Wellington.

Mrazek, P.J., Haggerty R.J. (1994) *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington DC: National Academy Press.

Nicaise, I. (2000) *The Right to Learn; Educational Strategies for Socially Excluded Youth in Europe*. Bristol: The Policy Press.

Odom, S. L., Hanson, M.J., Blackman, J.A., Kaul, S. (2003) *Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing, ISEI, International Issues in Early Intervention Series.

Park, N., Peterson, C. (2003). Early Intervention from the Perspective of Positive Psychology. In *Prevention and Treatment*, Vol. 6, article 35, American Psychological Association.

Peterander, F., Speck, O., Pithon, G., Terrisse, B. (1999) *Les tendances actuelles de l'intervention précoce en Europe*. Sprimont: Mardaga Publishing House.

Peterander, F. (2003a) La formation du personnel à l'intervention précoce en milieu familial en Allemagne: de nouvelles compétences pour une nouvelle profession. In *La revue internationale de l'intervention familiale*, vol.7: 1.

Peterander, F. (2003b) Supporting The Early Intervention Team. In Odom, S. L., Hanson, M.J., Blackman, J.A., Kaul, S.



Early Intervention Practices around the World. Baltimore: Brookes Publishing, ISEI, International Issues in Early Intervention Series.

Piaget, J. (1970) *The Science of Education and the Psychology of the Child*. New York: Grossman.

Piaget, J., Inhelder, B. (1970) *La psicología del bambino*. Einaudi. Torino.

Pretis, M. (2001) *Planning, Practising and Evaluating Early Intervention*. Munich: Reinhardt.

Ponte, J., Cardama, J., Arlanzón, J.L., Belda, J.C., Gonzalez, T., Vived, E. (2004) *Early Intervention Standards Guide*. Vigo: Asociación Galega de Atención Temperá / IMSERNO.

Porter, L. (2002) *Educating Young Children with Special Needs*. London: Paul Chapman Publishing.

Ramey, C. T., Landesman-Ramey, S. (1998) Early Intervention and Early Experience. In *American Psychologist*, Vol. 53:2.

Sameroff, A.J., Chandler, M.J. (1975) Reproductive Risk and the Continuum of Caretaking Causality. In *Review of Child Development Research*, Vol. 4, Chicago: University of Chicago Press.

Sameroff, A.J., Fiese B.H. (2000) Transactional Regulation: the Developmental Ecology of Early Intervention. In Shonkoff, J. P., Meisels, S.J., *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Shonkoff, J. P., Meisels, S.J. (2000) *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Shonkoff, J. P., Phillips, D.A. (2000) *From Neurons to Neighbourhood. The Science of Early Childhood Development*. Washington: National Academy Press.

Simeonsson, R. J. (1994) *Risk, Resilience, and Prevention. Promoting the Well-Being of All Children*. Baltimore: Brookes Publishing.



Skinner, B. F. (1972) *La tecnologia dell'insegnamento*. La Scuola editrice. Brescia.

Trivette, C.M., Dunst C.J., Deal, A.G. (1997) Resource-Based Approach To Early Intervention. In Thurman, S.K., Cornwekk, J.R., Gottwald, S.R. *Contexts of early intervention: systems and settings*, Baltimore : Brookes Publishing.

UNESCO (1994) *The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education*. Paris: UNESCO.

UNESCO (1997) *International Consultation on Early Childhood Education and Special Educational Needs*. Paris: UNESCO.

Organizzazione delle Nazioni Unite (1948) *Dichiarazione Universale dei Diritti Umani*. New York: UN.

Organizzazione delle Nazioni Unite (1959) *Dichiarazione dei Diritti del Fanciullo*, New York: UN.

Organizzazione delle Nazioni Unite (1989) *Convenzione sui Diritti del Fanciullo*. New York: UN.

Organizzazione delle Nazioni Unite (1993) *Le Regole Standard sull'Uguaglianza di Opportunità per le Persone Disabili*. New York: UN.

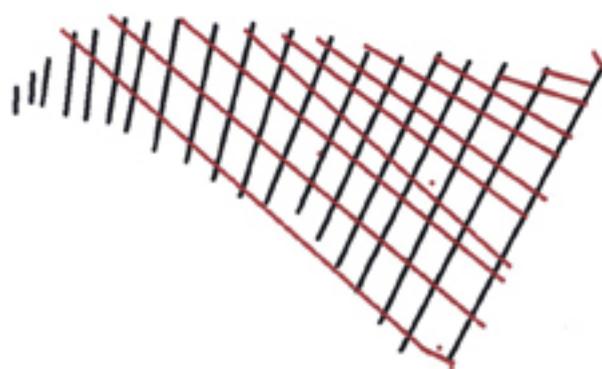
Vygotsky, L.S. (1978) *Mind in Society*. Cambridge MA: Harvard University Press.

Organizzazione Mondiale della Sanità (1980) *Prevention in Childhood of Health Problems in Adult Life*. Ginevra: WHO.

Organizzazione Mondiale della Sanità (2001) *Classificazione Internazionale del Funzionamento, Disabilità e Salute*, Ginevra: WHO.

L'intervento di sostegno per i bambini disabili in età prescolare (in inglese E.C.I.) è un'area importante sul piano politico e professionale. L'ECI attiene al diritto dei bambini in età infantile e delle loro famiglie a ricevere il sostegno di cui potrebbero aver bisogno. L'E.C.I. intende sostenere e rafforzare il bambino, la famiglia e i servizi sociali. Aiuta costruire una società dell'integrazione e della coesione che è cosciente dei diritti dei bambini e delle loro famiglie.

Questo documento intende riassumere l'analisi, condotta nell'anno 2003-2004 dall'Agenzia Europea per lo Sviluppo dell'Istruzione degli Alunni Disabili, degli aspetti chiave dell'intervento educativo di sostegno per i bambini disabili in età prescolare (E.C.I.) nei paesi europei. Presenta anche una serie di raccomandazioni, rivolte soprattutto ai professionisti che operano in questo settore, proponendo alcune idee pratiche per riflettere e migliorare il loro lavoro.



Patruvuridakkis' 4/10

Marjaana 2001