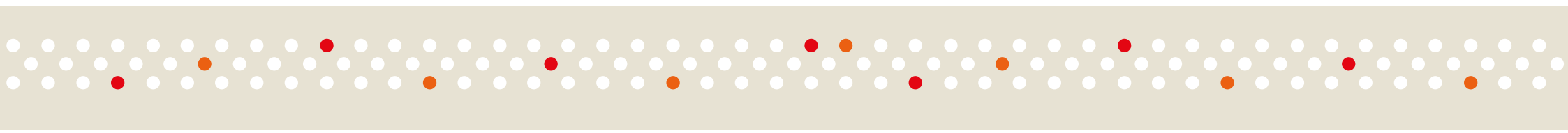




PER MANO - QuBì 2.0:

APPUNTI SULLA COSTRUZIONE DI COMUNITÀ DI CURA NELLA CITTÀ DI MILANO



PER MANO - QuBì 2.0:

APPUNTI SULLA COSTRUZIONE DI COMUNITÀ DI CURA NELLA CITTÀ DI MILANO



Documento a cura di:

Pamela Aquilani, Francesca Romana Marta e Sofia Trezzi

Si ringraziano le tutor e i referenti delle realtà partner per il lavoro svolto sul progetto e per i contributi al documento.

Per Save the Children, da sempre, il rispetto di genere rappresenta una priorità fondamentale, e, in tutte le nostre attività, poniamo la massima attenzione al rispetto dei diritti delle bambine.

Nel presente documento, per semplificazione e sintesi, possiamo trovare il termine generico "bambini" come falso neutro e cioè come riferimento sia a bambine che bambini.

INDICE

INTRODUZIONE	Per Mano QuBi: contrasto alla povertà infantile nei primi 1000 giorni nella città di Milano	PAG. 4
SEZIONE 1	Premessa metodologica: che cosa si intende con comunità di cura	PAG. 6
SEZIONE 2	Il contesto Milano: comunità di cura e reti territoriali. Una restituzione del lavoro svolto	PAG. 10
2.1	Zona 2: Loreto, Viale Monza, Padova	PAG. 11
2.2	Zona 3: Parco Lambro, Città Studi, Lambrate	PAG. 15
2.3	Zona 4 e 5: Ponte Lambro, Corvetto, Umbria-Molise in Zona 4, Stadera e Gratosoglio in Zona 5	PAG. 16
2.4	Zona 6: Barona e Giambellino-Lorenteggio	PAG. 18
2.5	Zona 7: Baggio, Forze Armate e San Siro	PAG. 20
2.6	Zona 8: Quarto Oggiaro, Gallaratese e Villa Pizzone	PAG. 22
2.7	Zona 9: Affori, Comasina-Bruzzano, Dergano, Niguarda	PAG. 24
2.8	Bambin@ e famiglie coinvolt@ nel progetto	PAG. 25
SEZIONE 3	Valutazioni, riflessioni e raccomandazioni	PAG. 32
3.1	Territorialità e sovra-territorialità: conciliare le dimensioni di vita delle persone	PAG. 32
3.2	Progressività e intersettorialità: superare la logica della “bolla”	PAG. 33
3.3	Responsabilità e professionalità: stabilizzare la regia delle comunità di cura territoriali	PAG. 34
3.4	Istituzionalità: leggera, ma sostenibile	PAG. 35
SEZIONE 4	Conclusioni	PAG. 36
4.1	Volontà politica, guida pubblica e responsabilità condivisa	PAG. 36
4.2	Superare la “sindrome Grace Anatomy”	PAG. 37
4.3	La mediazione culturale come approccio	PAG. 37
4.4	Il domino dei diritti e la “pedina di appoggio” della residenza	PAG. 38

INTRODUZIONE

Per Mano QuBi: contrasto alla povertà infantile nei primi 1000 giorni nella città di Milano

Nel maggio 2020, due mesi dopo lo scoppio della pandemia, Fondazione Cariplo ha sostenuto a Milano la realizzazione del progetto **Per Mano QuBi: comunità di cura sui territori di Milano durante l'emergenza COVID-19**, promosso da Save the Children Italia e da sei associazioni territoriali: Fondazione Archè, APS Mitades, Cooperativa Sociale Comunità del Giambellino, Fondazione Guzzetti, Cooperativa Equa e Cooperativa Tempo per l'Infanzia.

A ottobre 2021, il progetto è stato rinnovato per una seconda edizione, **Per Mano QuBi 2.0: un approccio di rete per contrastare la povertà di bambine e bambini nei primi mille giorni**, terminato a fine di gennaio 2023.

Per Mano QuBi nasce da un progetto sperimentale promosso da Save the Children in sei città d'Italia nel 2019, ma è a Milano che ha davvero trovato terreno fertile per uno sviluppo continuativo, inserendosi **nelle reti territoriali promosse dal programma QuBi - la ricetta contro la povertà infantile**.

Nei quasi due anni e mezzo di attività, Per Mano QuBi ha lavorato nelle zone di maggiore bisogno della città con l'intento di coordinare le risorse presenti sui territori – umane, finanziarie e organizzative – **per contribuire al contrasto precoce della povertà nelle famiglie più vulnerabili, attraverso la presa in carico sociale precoce e integrata di bambini e bambine tra 0 e tre anni**.

Il progetto ha operato sul conseguimento di due obiettivi:

- **Garantire l'esercizio dei diritti di base per i nuclei famigliari più vulnerabili** presi in carico, attraverso un aggancio forte al sistema sanitario, sociale ed educativo.

INTRODUZIONE **Per Mano QuBi: contrasto alla povertà infantile nei primi 1000 giorni nella città di Milano**

- **Rendere più efficace e stabile il sistema territoriale di riconoscimento, accompagnamento e presa in carico di bambini e bambine** valorizzando “l’infrastruttura sociale” fornita dalle Reti QuBi.

L’approccio di Per Mano ha teso a costruire un ponte tra la città dei servizi e i cittadini e le cittadine che a quella città di solito non hanno accesso. Questo è avvenuto grazie alla creazione di una figura dedicata, la tutor territoriale, e ad un’operatività finalizzata alla cooperazione tra servizi, alla messa in comune di risorse e al coordinamento delle azioni di presa in carico delle famiglie.

Negli 8 Municipi dove ha operato, il progetto nelle sue due edizioni ha accolto circa 400 famiglie con bambine e bambini piccolissimi e con un forte bisogno di supporto a causa di problemi legati a disabilità, marginalità sociale, precariato e disagio abitativo.

Per Mano QuBi ha portato attenzione e competenze specifiche relative ai bisogni dei bambini e delle bambine nei primi anni di vita all’interno delle reti di welfare territoriale promosse da QuBi, contribuendo a costruire dei primi nuclei di vere e proprie comunità di cura dedicate al benessere nei primi 1000 giorni di vita, coinvolgendo professionisti/e, organizzazioni di promozione della prima infanzia, associazioni e servizi pubblici.

Questo documento cerca di restituire nello specifico il lavoro della seconda edizione del progetto: come si è realizzato e con quali risultati, quali ostacoli sono stati superati e quali permangono, quali prospettive di lavoro sembrano perseguibili e realizzabili.

Il documento è articolato in tre parti:

- **Una premessa metodologica** sull’approccio denominato “comunità di cura” e sulle sue caratteristiche generali.
- **Una restituzione** riguardante l’applicazione di questo approccio alla realtà territoriale milanese e, in particolare, la stretta **connessione** tra l’approccio della comunità di cura e l’organizzazione delle 23 reti territoriali nate nell’ambito del Programma QuBi.
- **Una valutazione dei punti di forza** e delle criticità del lavoro svolto.

SEZIONE 1

Premessa metodologica: che cosa si intende con comunità di cura

Da oltre un decennio si è andata consolidando nell'ambiente del lavoro sociale rivolto alla prima infanzia, ma anche presso la comunità scientifica internazionale, la convinzione che per favorire il benessere globale di bambine e bambini e per ridurre i fattori di stress e di disuguaglianza sia fondamentale intervenire precocemente e intervenire in un contesto di condivisione della cura con le figure genitoriali.

Il proverbio africano che recita “Per crescere un bimbo ci vuole un intero villaggio” e la brillante intuizione del pediatra americano Dimitri Christakis, “se cambi l’inizio della storia, cambi tutta la storia” sono il riferimento primario dell’approccio a cui si ispirano anche i progetti di Save the Children, tra i quali quello della *comunità di cura*.

La *comunità di cura*, così come viene intesa nel lavoro di Save the Children, è uno **spazio sociale abitato da attori diversi e attenti ai bisogni delle persone più piccole**, ma soprattutto in grado di riconoscere precocemente tali bisogni e di mettere in atto comportamenti virtuosi e pertinenti per una presa in carico integrata ed efficace delle bambine e dei bambini nei primi 1000 giorni di vita.

In pratica si tratta di un **dispositivo sociale** – regolamentato talvolta da appositi accordi e protocolli – contraddistinto da **una modalità di lavoro interattivo e integrato** che favorisce la **stabilizzazione di relazioni (abitudine a collaborare) tra gli attori** sanitari, sociali e educativi – pubblici, privati e del privato sociale – di un determinato territorio, allo scopo di produrre un miglioramento della cura nei confronti dei bambini e delle bambine di quel territorio.

SEZIONE 1 **Premessa metodologica: che cosa si intende con comunità di cura**

La comunità di cura si caratterizza per **alcuni requisiti che ne definiscono la natura** e che, naturalmente, si declinano in ragione delle opportunità pratiche e degli ostacoli che si incontrano su uno specifico territorio.

Si parla di comunità di cura, quindi, quando sono presenti le seguenti caratteristiche.

• **TERRITORIALITÀ**

Il primo requisito di una comunità di cura è il suo **radicamento in un territorio che abbia confini di significato ben definiti, anche se flessibili**. Si può quindi trattare di un quartiere o di un municipio – nel caso di una grande città – oppure di un'intera unità territoriale, nel caso di una città piccola o di un paese.

Questo carattere distintivo definisce anche il profilo della comunità di cura che può variare enormemente da un territorio a un altro. Ci può essere una prevalenza di attori sanitari, sociali o educativi; ci possono essere focus tematici particolari, a seconda delle professionalità coinvolte, ecc.

Ogni comunità di cura è tagliata sul suo territorio, in base alle caratteristiche, alla storia locale, alle opportunità e anche al caso.

• **RESPONSABILITÀ**

La comunità di cura esiste quando vi è una regia che ne assicura la continuità e il funzionamento, assumendosi quindi la responsabilità del suo funzionamento. Poiché la comunità di cura opera come un normale gruppo di lavoro multi attoriale e intersettoriale, la

responsabilità di regia è assunta da **uno o più soggetti che, nell'ambito di questo gruppo di lavoro, si fanno carico di dare continuità** con operazioni semplici ma essenziali: inviare una mail, scrivere una sintesi delle azioni/decisioni assunte, informare e aggiornare le persone, farsi carico dei turnover nell'ambito dei servizi/progetti, assicurando il passaggio di informazioni e la continuità di presenza, ecc.

La prospettiva auspicabile è che questo tipo di responsabilità venga assunta nel tempo sempre più da un attore pubblico di riferimento, in teoria, il servizio sociale.

Nella specifica situazione del progetto Per Mano QuBi, un ruolo fondamentale è stato svolto dagli assistenti sociali di comunità, figure professionali qualificate e dedicate al coordinamento delle reti e degli stakeholder coinvolti nel progetto a livello territoriale.

• **INTERSETTORIALITÀ**

Punto qualificante ed essenziale per l'esistenza di una comunità di cura è dato dalla **intersettorialità degli attori rappresentati rispetto agli ambiti cruciali per il benessere dei bambini e delle bambine** e cioè l'ambito sanitario, quello sociale, quello educativo.

In particolare questi ambiti sono rappresentati da quei presidi che, più di altri, impattano su bambini e bambine: ospedali e centri nascita; consultori familiari; unità e ambulatori pediatrici e/o di neuropsichiatria infantile; servizi di supporto e consulenza professionale (legale, linguistica); asili nido, scuole dell'infanzia e altri servizi educativi per la prima infanzia; categorie professionali e società professionali che rappresentano aree come pediatria, ostetricia, assistenza sociale, educazione, ecc..

SEZIONE 1 **Premessa metodologica: che cosa si intende con comunità di cura**

• **ISTITUZIONALITÀ**

La partecipazione a una comunità di cura ha un **carattere istituzionale e non personale**. Non è la singola persona che presta la sua disponibilità a un lavoro comune, ma è la realtà istituzionale che la persona rappresenta ad essere parte della comunità di cura. Questo approccio favorisce, sia la continuità di presenza – superando lo *spoil system* delle figure amministrative e l'approccio, magari generoso, ma discontinuo dei singoli – sia la condivisione di informazioni personali e sensibili relative a specifiche situazioni che richiedono un supporto e una presa in carico integrata tra diversi attori. A questo riguardo possono risultare utili – anche se non imprescindibili – strumenti formali che favoriscano la stabilità delle relazioni messe in campo attraverso protocolli o accordi multilaterali.

• **PROGRESSIVITÀ**

La comunità di cura deve essere intesa come un dispositivo dinamico e flessibile capace di **integrare continuamente nuovi attori** che siano significativi per favorire il benessere dei bambini e delle bambine di quel territorio.

La comunità di cura è uno strumento di lavoro per la presa in carico integrata e non un'organizzazione rigida, quindi non serve a stabilizzare le funzioni, i poteri e le prerogative degli attori che operano su un territorio, ma ad ampliare e rendere vitali le relazioni tra questi attori perché possano condividere e gestire in modo efficace l'azione di supporto rivolta ai bambini e alle bambine di quel territorio.

• **PROFESSIONALITÀ**

La comunità di cura è un approccio che, per essere pianificato, attuato e monitorato efficacemente, presuppone l'intervento di **risorse dedicate**, finanziarie e professionali.

In particolare, oltre a una funzione di regia che va assicurata – come specificato sopra a proposito di responsabilità – vanno identificate figure/team multidisciplinari dedicati, deputati ad assicurare una funzione di animazione e coordinamento.

Tali figure/team, generalmente denominate “**tutor/tutoring territoriali**”, hanno il compito di garantire il funzionamento ordinario della rete, assicurando un'azione di segretariato, di coordinamento degli attori coinvolti, di continuità dell'azione di presa in carico, di monitoraggio e di gestione organizzativa e finanziaria delle azioni di presa in carico.

Volendo proseguire la metafora del dispositivo sociale, i requisiti sopra elencati rappresentano l'**hardware** della comunità di cura, la quale, per funzionare, ha bisogno di un software operativo che è dato dai principi fondanti del suo lavoro territoriale, e precisamente:

• **PRECOCITÀ**

Intervenire **prima possibile**, auspicabilmente **già dal periodo della gravidanza**, e per questo è fondamentale presidiare/collaborare con i servizi sanitari e, in particolare, gli ospedali e i centri nascita, le farmacie pubbliche, i consultori familiari e gli ambulatori ostetrico ginecologici, ma anche le aziende sanitarie e socio-sanitarie.

SEZIONE 1 **Premessa metodologica: che cosa si intende con comunità di cura**

● **UNIVERSALISMO PROPORZIONALE**

Tutte le persone che si misurano con la nascita di un/una figlio/a hanno il diritto di condividere le fatiche del lavoro educativo e di cura, in misura proporzionata all'estensione e alla complessità dei bisogni e delle possibilità di soddisfarli autonomamente. Per questo è fondamentale operare in collaborazione con i centri nascita e con le strutture ospedaliere, che rappresentano un bacino di utenza potenzialmente universale e generalista, e con la rete solidaristica e della prima accoglienza (parrocchie, centri di ascolto, strutture di accoglienza, mense sociali, ecc.).

● **INTEGRAZIONE**

Le bambine e bambini non conoscono le regole della *governance* dei servizi: hanno un bisogno costitutivo e indiscutibile di interventi trasversali e integrati di tipo sanitario, sociale e educativo. Per questo, oltre alla tutela del diritto a salute fisica, alimentazione sana e protezione da ogni forma di maltrattamento, la comunità di cura si impegna perché alle bambine e ai bambini e alle loro famiglie sia garantito il **diritto all'educazione precoce**, quindi l'**accesso a uno spazio di qualità** per l'educazione, il supporto alla conciliazione tra famiglia e lavoro per gli adulti e soprattutto il supporto alla costruzione della relazione educativa genitoriale.

● **GUIDA PUBBLICA**

Gli interventi integrati e ispirati alla sussidiarietà tra diversi attori devono comunque fare sempre riferimento a un **profilo di tutela forte dei diritti**, che è quello del servizio pubblico. Per questo è fondamentale stabilire relazioni stabili e strutturate con

i servizi socio-sanitari e, in particolare, con il sistema dei servizi sociali territoriali o degli assistenti sociali dedicati.

● **FLESSIBILITÀ**

La comunità di cura impiega **strumenti flessibili** per rispondere a **bisogni complessi**, cercando in tal modo di mitigare gli effetti dannosi delle rigidità imposte dal sistema della burocrazia pubblica. Per questo si fa ricorso a risorse gestite in comune con i nuclei familiari, le **doti di cura**, che hanno il compito di rendere più rapida la stabilizzazione della condizione di bisogno, per poter lavorare con i genitori a un percorso condiviso di autonomia.

● **CONDIVISIONE**

Il lavoro della comunità di cura si fonda sul **riconoscimento e il rispetto delle persone e delle famiglie con cui si lavora**, della peculiarità e autonomia delle loro visioni e, al tempo stesso, sulla necessità di condividere percorsi che possano favorire a figlie e figli un benessere più ampio e stabile e, all'interno nucleo familiare, un'opportunità per rinforzare le reti di tutela, ridurre l'isolamento, imparare a chiedere aiuto e orientarsi in maniera più efficace sul proprio territorio. È questo il contesto in cui si parla di **accompagnamento dei genitori** e – anche se impropriamente – di supporto alla genitorialità. Questo tipo di azione non può essere mai considerata come un trasferimento di prescrizioni uguali e immutabili, ma come una strategia da definire in ogni singolo caso, riducendo atteggiamenti paternalistici e giudicanti, e sperimentando, al contrario, forme condivise di valutazione e autovalutazione dei comportamenti più adeguati per migliorare il benessere di bambine e bambini e la qualità della vita del nucleo familiare.

SEZIONE 2

Il contesto Milano: comunità di cura e reti territoriali. Una restituzione del lavoro svolto

Dal momento che la comunità di cura è un approccio metodologico generale, essa deve misurarsi con i contesti di relazione e con le risorse presenti nei singoli territori.

Per questa ragione, nel caso milanese, il progetto Per Mano QuBi si è legato alla dinamica virtuosa innescata dalle reti territoriali già consolidate attraverso il Programma QuBi e, in particolare, ha fatto leva sulle relazioni stabili tra servizi/progetti e attori pubblici e privati, sulla disponibilità di assistenti sociali dedicati, sulle risorse, anche economiche, messe a disposizione sui territori, sulle competenze disponibili, sui tavoli di confronto tematico, sulle iniziative di interlocuzione istituzionale.

Il lavoro del progetto Per Mano QuBi è, quindi, partito dalla valorizzazione delle reti territoriali già esistenti, per dare loro un'impronta dedicata alla cura dei primi 1000 giorni. Non si può parlare di un dispositivo di comunità di cura perfezionato, ma senz'altro in questi mesi si è andata consolidando, soprattutto in alcune aree della città, una prassi stabile ed efficace di collaborazione, che si può associare all'approccio metodologico descritto.

Negli ultimi 15 mesi sono stati identificati i bisogni delle famiglie più vulnerabili e si è lavorato per ampliare la gamma di attori coinvolti nella presa in carico delle famiglie, gettando così le basi per la costruzione di Comunità di Cura.

Nei paragrafi a seguire verrà descritto questo processo, i risultati finora raggiunti o le criticità emerse. Per semplicità espositiva si farà, a volte, riferimento alle comunità di cura, come dispositivo già attivo, ma si sottolinea ancora una volta che si tratta di dispositivo in evoluzione.



SEZIONE 2 Il contesto Milano: comunità di cura e reti territoriali. Una restituzione del lavoro svolto

a) Le comunità di cura nelle reti territoriali

Tutti i quartieri dove ha operato Per Mano QuBi hanno caratteristiche comuni tra loro: si tratta di aree periferiche, spesso sede di edilizia popolare, con un'alta percentuale di popolazione migrante e sacche di povertà ed emarginazione sociale. In tutte le zone di lavoro, inoltre, è presente un tessuto di associazioni e realtà di volontariato coinvolte attivamente in programmi di educazione e lotta alla povertà, che lavorano in modo coordinato nel quadro delle cosiddette ricette QuBi.

Tali ricette, che si configurano come vere e proprie reti di attori territoriali presenti in 23 quartieri periferici, non hanno come unico target i bambini e le bambine nei primi anni di vita, ma tutti i minori e le famiglie che gravitano nella zona, anche quelle non ufficialmente residenti.

Alcune caratteristiche essenziali delle Comunità di Cura si possono ritrovare anche nelle reti promosse dal progetto QuBi, e precisamente:

- **Intersettorialità.** Le reti QuBi “da statuto” prevedono la collaborazione tra terzo settore, civismo attivo e servizi sociali.
- **Istituzionalizzazione.** Una tendenza all'istituzionalizzazione, trainata dall'evoluzione del progetto QuBi che, in questa fase già avanzata e matura, va a consolidare il ruolo di interlocuzione delle reti locali nei confronti della Pubblica Amministrazione per azioni di welfare territoriale

- **La progressività** che ha permesso nel corso degli anni di includere nuovi attori e costruire nuove relazioni a livello sia locale che sovra-zonale.
- **La presenza di una regia**, che si declina in modo diverso nei diversi quartieri, ma che coinvolge sempre il servizio sociale.

Per Mano QuBi ha portato, all'interno delle reti un'attenzione specifica sui primi mille giorni, ha rafforzato le competenze degli operatori nella lettura dei bisogni e nell'offerta di risposte tempestive, adeguate e pertinenti, tramite la figura delle tutor.

Il progetto, infatti, dando seguito all'approccio metodologico della comunità di cura, ha operato con figure di prossimità che hanno anche assicurato l'animazione del lavoro territoriale sui primi 1000 giorni, rese disponibili da 6 organizzazioni partner, attive in diverse aree della città di Milano.

Le 6 tutor hanno operato su 8 municipi e hanno favorito il dialogo tra le aggregazioni del terzo settore (reti QuBi) e le articolazioni territoriali dei servizi dedicati alla prima infanzia, ma non solo (sedi municipali del servizio sociale, consultori, scuole, servizi per la casa e l'impiego), contribuendo alla costruzione di veri e propri nuclei di comunità di cura.

L'intervento delle tutor ha avuto effetti e impatti diversi nei diversi quartieri e municipi, a seconda della solidità e maturità delle reti, ma anche in base all'esperienza e al ruolo che i partner del progetto Per Mano QuBi giocano a livello locale.

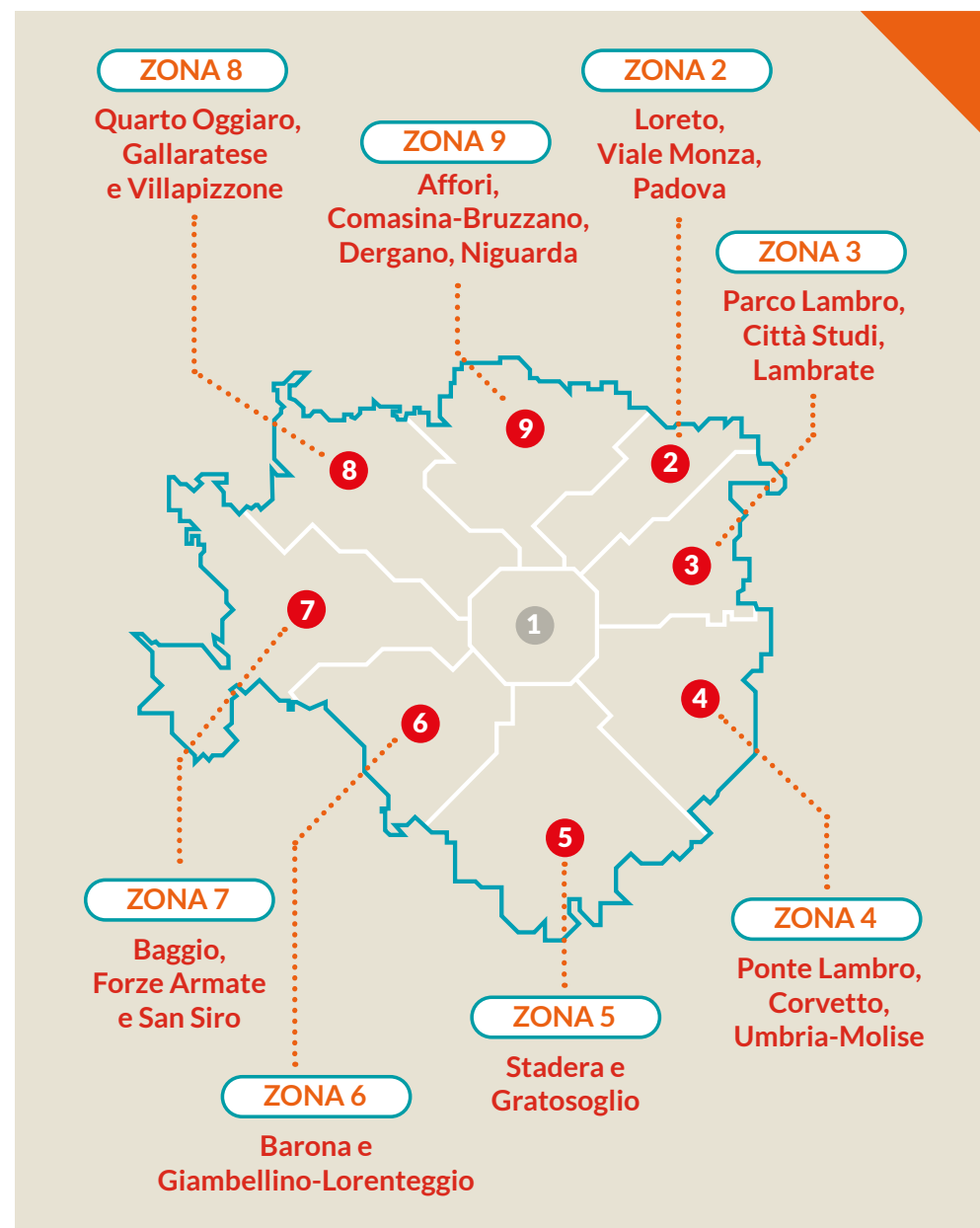
SEZIONE 2 Il contesto Milano: comunità di cura e reti territoriali. Una restituzione del lavoro svolto

Qui di seguito, quindi, partendo sia dalle analisi svolte delle 6 tutor che dalla documentazione di monitoraggio realizzata nell'ultima edizione del progetto, abbiamo cercato di descrivere come si sono sviluppate e a che punto sono i processi di costruzione delle comunità di cura, nei diversi quartieri o municipi.

Si è cercato di dare particolare rilevanza alla regia e alle modalità di coordinamento delle reti, alla dimensione territoriale e al novero di istituzioni coinvolte nell'azione svolta dalle tutor (meccanismi di coordinamento e rete).

Inoltre, per ogni partner, verranno date indicazioni rispetto alle modalità di identificazione e referral, alle prese in carico e alle risposte messe in campo in modo più stabile e frequente dai singoli dispositivi e gruppi di lavoro.

A conclusione verranno, invece, portate alcune analisi rispetto ai bisogni emersi dal gruppo di famiglie che ha interagito con il progetto.





IL PROGETTO È STATO REALIZZATO DA:

COOPERATIVA
TEMPO PER
L'INFANZIA



Save the Children

BAMBINI/E NEI
PRIMI 1000 GG

61

NUCLEI CON PRESA IN CARICO
AD ALTA INTENSITÀ

27

ENTI INVIANTI

SERVIZIO
SOCIALE
E SANITARIO

4

RETI
QuBi

12

SPONTANEO
O GIÀ IN
CARICO

10

ALTRO
(CAV, FIOCCHI,
CRINALI)

1

RICHIESTE E BISOGNI

DEI BAMBINI



Servizio
sanitario

15



Servizio
educativo

17



Servizio
sociale

10



Spazi
mamma
bambin*

6

DELLE FAMIGLIE



Consulenze
abitative

22



Consulenze
legali

8



Inclusione
linguistica
e lavorativa

12

Meccanismi di coordinamento e rete

In Zona 2 l'azione della tutor ha coperto il **territorio di tutte e tre le reti attive** nei quartieri - si tratta di quartieri ad alta densità abitativa, adiacenti e fortemente interconnessi tra loro, e le cui reti hanno meccanismi di governance simili.

La **regia** è stata prevalentemente assicurata dal privato sociale, con un forte supporto della Assistente Sociale di Comunità: all'interno di ogni rete è stata definita la figura di un referente che ha coordinato gli interventi insieme al partner del progetto.

Inoltre, tutte le reti offrono sportelli di prossimità per le famiglie.

Le reti hanno cercato attivamente il **coinvolgimento progressivo** di nuovi soggetti istituzionali e del terzo settore.

Vanno sottolineate alcune piste di coinvolgimento e collaborazione attiva e diretta con il mondo scolastico: la rete QuBi di Viale Monza ha favorito la stipula di un accordo tra i servizi sociali e l'Istituto Comprensivo Statale Giacosa, per un confronto periodico sulle situazioni più complesse e l'individuazione di percorsi di sostegno.

Inoltre, negli ultimi mesi, è stato organizzato un incontro tra asili nido, scuole materne comunali e soggetti privati che offrono servizi per la prima infanzia, al fine di rafforzare la collaborazione tra i diversi attori e costruire meccanismi di invio e collegamento reciproco e con le realtà in rete.

Per quanto riguarda l'ambito sanitario, esistono contatti sistematici con consultori e Unità Operative di UONPIA (Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) di zona, ma non c'è una formale collaborazione né scambio di informazioni.

Da un lato è stato a volte necessario attivare servizi sanitari privati (ad esempio l'associazione Medici in famiglia) per rispondere a bisogni di salute urgenti; dall'altro sono stati organizzati momenti dedicati, con personale di consultorio e mediazione linguistica, finalizzati all'aggancio di famiglie e donne in gravidanza.

Gli **accordi di collaborazione**, i protocolli e le metodologie di lavoro condivise, riguardano principalmente le realtà del terzo settore.

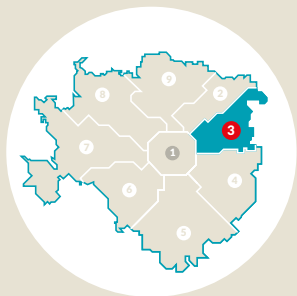
Dal dialogo tra i diversi attori della rete e da una costante osservazione ed analisi dei bisogni dei minori, sono nati tavoli di lavoro orientati ad aspetti specifici - per esempio: il sostegno alimentare, il doposcuola, il tavolo di lavoro sugli aspetti sanitari.

AZIONI DI TUTORING

*Emerge dalle schede di monitoraggio l'**isolamento delle donne all'interno della coppia genitoriale**, spesso poco integrate nella vita di quartiere o comunitaria, con competenze linguistiche molto scarse, e **difficoltà di accesso a servizi educativi** per la prima infanzia.*

Sono state costruite diverse proposte per rispondere a questa criticità:

Spazio API dedicato a bambini e bambine tra i 2 anni e mezzo e i 5 anni esclusi dalla Scuola dell'Infanzia Pubblica ed ai loro genitori, per favorire l'accesso ai servizi territoriali; attività di psicomotricità di gruppo mamma-bambino, organizzate da Anupi con il supporto del gruppo di psicologi Muxima, che ha lavorato in maniera coordinata anche con i pediatri e servizi educativi di riferimento dei bimbi.



IL PROGETTO È STATO REALIZZATO DA:

COOPERATIVA
TEMPO PER
L'INFANZIA



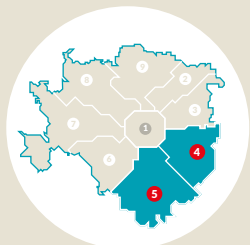
Save the Children

Tempo per l'infanzia è stato referente per il Municipio 2 e 3, ma, mentre nel Municipio 2 la cooperativa è parte attiva e partecipa delle progettualità QuBi e di altre iniziative parallele, nel Municipio 3 non è coinvolta direttamente nelle reti.

Non è stato, quindi, possibile fare una lettura approfondita dei meccanismi di coordinamento e interazione tra reti e servizi attivi nella zona, né approfondire le modalità di identificazione e presa in carico di bambini e bambine nei primi mille giorni.



Zona 5 | STADERA E GRATOSOGLIO



IL PROGETTO È STATO REALIZZATO DA:

FONDAZIONE GUZZETTI  Save the Children

BAMBINI/E NEI PRIMI 1000 GG

65

NUCLEI CON PRESA IN CARICO AD ALTA INTENSITÀ

24

ENTI INVIANTI

SERVIZIO SOCIALE E SANITARIO	RETI QuBi	SPONTANEO O GIÀ IN CARICO	ALTRO (CAV, FIOCCHI, CRINALI)
15	7	0	2

RICHIESTE E BISOGNI

DEI BAMBINI				DELLE FAMIGLIE		
 Servizio sanitario	 Servizio educativo	 Servizio sociale	 Spazi mamma bambin*	 Consulenze abitative	 Consulenze legali	 Inclusione linguistica e lavorativa
15	8	9	8	7	7	6

Meccanismi di coordinamento e rete

Fondazione Guzzetti è stata referente del progetto per i Municipi 4 e 5, dove gestisce due consultori famigliari accreditati.

Guzzetti aderisce formalmente solo ad una delle reti QuBi (quartiere Stadera), ma la tutor di progetto ha potuto interagire in modo fruttuoso con le altre presenti sul territorio, per sistematizzare percorsi di presa in carico integrata

In entrambi i municipi, si registra una significativa co-presenza di referenti dell'associazionismo e del settore pubblico, che hanno svolto una funzione di regia dell'intervento.

Il lavoro di tutoring ha promosso interlocuzioni con i diversi servizi, reti e stakeholder per l'invio e il referral, senza fare affidamento su un unico dispositivo che possa integrare le competenze e specificità della presa in carico nei primi mille giorni. In un'ottica di Comunità di Cura, il limite principale è stato quindi proprio quello di una territorialità poco definita e di una integrazione istituzionale ancora imperfetta di servizi specifici per la prima infanzia e la genitorialità.

Nel Municipio 4 è stato avviato un tavolo tematico periodico, denominato Donne e Maternità, con l'obiettivo di mettere in contatto tutti gli attori sanitari, sociali ed educativi, pubblici e privati, coinvolti nella tutela e nella promozione del benessere di donne e bambini nei primi anni di vita. L'iniziativa, convocata dall'Assistente Sociale di Comunità, coinvolge anche organizzazioni e soggetti che non fanno parte delle reti QuBi, tra i quali attori attivi ad esempio contro la violenza sulle donne, ampliando la rappresentatività e la multisetorialità della rete.

AZIONI DI TUTORING

*Importante lavoro di messa in relazione tra servizi sanitari e terzo settore: attivazione massiccia del **consultorio**, anche per il comparto sociale e, al contempo, aggancio alle reti territoriali dei nuclei intercettati in ambito sanitario.*

La collaborazione con le reti QuBi si è strutturata nel tempo come consulenza, "a chiamata" da parte degli operatori nei confronti della tutor, mentre è stata attivata una comunicazione diretta ed efficace con il servizio sociale.

*Anche grazie al Tavolo Donne e Maternità, è stato possibile costruire invii mirati per **l'apprendimento della lingua italiana** come L2.*

*Si è poi costruita una solida alleanza con CSB Villaggi per Crescere, che offre **spazi educativi** di qualità per bambini e bambine da 0 a 3 anni.*





IL PROGETTO È STATO REALIZZATO DA:

COMUNITÀ
GIAMBELLINO



Save the Children

BAMBINI/E NEI
PRIMI 1000 GG

76

NUCLEI CON PRESA IN CARICO
AD ALTA INTENSITÀ

28

ENTI INVIANTI

SERVIZIO
SOCIALE
E SANITARIO

6

RETI
QuBi

12

SPONTANEO
O GIÀ IN
CARICO

7

ALTRO
(CAV, FIOCCHI,
CRINALI)

3

RICHIESTE E BISOGNI

DEI BAMBINI



Servizio
sanitario

5



Servizio
educativo

14



Servizio
sociale

2



Spazi
mamma
bambin*

12

DELLE FAMIGLIE



Consulenze
abitative

13



Consulenze
legali

9



Inclusione
linguistica
e lavorativa

11

Meccanismi di coordinamento e rete

Nel Municipio 6 l'azione del progetto QuBi si è concentrata su due poli territoriali riconoscibili, nei quali è attiva una rete di servizi che si conosce ed è abituata a operare di comune accordo per definire gli interventi. Il terzo settore ha tenuto insieme, promosso e rilanciato le reti, ma si può comunque parlare di una **regia** ampiamente condivisa con il servizio pubblico.

La Comunità di cura avviata su questo territorio dalla Cooperativa sociale Comunità del Giambellino ruota principalmente attorno alle attività promosse dal partner stesso, punto di riferimento nel quartiere per l'offerta di servizi a famiglie e minori, con una forte dimensione interculturale e di attenzione per la popolazione migrante.

Nel **territorio del Giambellino**, dove ha sede il partner esistono alcuni protocolli di lavoro formalizzati, supportati e implementati anche da progetti territoriali, ci sono prassi comuni di invio e confronto, contatti continuativi e segnalazioni reciproche di nuclei in difficoltà; la rete ha al suo interno le scuole, gli enti del terzo settore, gli oratori, le associazioni, i sindacati. Il percorso degli ultimi anni, inoltre, ha portato alla definizione e alla nascita del Fondo di Comunità e un database condiviso che ben descrivono i processi di supporto e analisi del territorio avviati dalla rete. Si segnala come, progressivamente, le scuole si siano attrezzate per partecipare alle reti territoriali; anche alcune organizzazioni volontaristiche e nuove realtà del terzo settore si sono inserite nel tessuto per condividere una cultura dell'intervento.

La collaborazione con il servizio sociosanitario pubblico è da rafforzare, così pure per quanto riguarda i servizi educativi per l'infanzia, su cui c'è stata una prima apertura, da alimentare.

AZIONI DI TUTORING

La tutor, che è anche **mediatrice linguistica e culturale**, ha svolto un lavoro costante di traduzione e supporto, soprattutto con le donne di lingua araba, finalizzato ad assicurare loro una maggiore **autonomia nell'interazione con i servizi**, facilitando l'aggancio con i pediatri e con altri specialisti e con i servizi educativi.

Si è lavorato sistematicamente per l'accesso al Sindacato Inquilini Casa e Territorio (SICET) ai fini dell'inoltro di **domanda per le case popolari**.

Emerge una significativa presenza di famiglie di cittadini stranieri irregolari, residenti in case occupate abusivamente, esclusi dall'accesso ai servizi.

Nonostante l'attivazione di consulenze legale e fondi di emergenza, il **rischio di invisibilità** per questi minori resta elevato.





IL PROGETTO È STATO REALIZZATO DA:

EQUA
COOP



Save the Children

BAMBINI/E NEI
PRIMI 1000 GG

34

NUCLEI CON PRESA IN CARICO
AD ALTA INTENSITÀ

30

ENTI INVIANTI

SERVIZIO
SOCIALE
E SANITARIO

5

RETI
QuBi

8

SPONTANEO
O GIÀ IN
CARICO

2

ALTRO
(CAV, FIOCCHI,
CRINALI)

15

RICHIESTE E BISOGNI

DEI BAMBINI



Servizio
sanitario

11



Servizio
educativo

8



Servizio
sociale

8



Spazi
mamma
bambin*

13

DELLE FAMIGLIE



Consulenze
abitative

11



Consulenze
legali

10



Inclusione
linguistica
e lavorativa

5

Meccanismi di coordinamento e rete

Il progetto nel Municipio 7 ha coinvolto, in modo più o meno analogo, **tre diverse zone/quartieri**.

In tutti i territori, la **responsabilità** della continuità e del funzionamento del lavoro di rete è stata condivisa principalmente tra il Servizio Sociale e gli enti del Terzo Settore presenti sul territorio.

Nel porre le basi per una Comunità di Cura, la cooperativa Equa ha valorizzato la propria expertise in ambito socioeducativo e di tutela minori, oltre al proprio ruolo fondamentale nelle reti QuBi di riferimento, in particolare a Baggio, dove è attivo da pochi mesi il progetto *Hub 0-6* che offre servizi educativi per minori e famiglie e si configura come potenziale garanzia della continuità della presa in carico dei nuclei intercettati.

È stato realizzato un importante lavoro di raccordo anche con enti esterni alla rete QuBi, che, oltre ad offrire aiuti concreti (beni di prima necessità, attivazione di misure di supporto economico) offrono anche sostegno alla maternità tramite colloqui individuali o la partecipazione a gruppi tematici. Tra questi, i principali interlocutori del progetto sono stati il Centro di Aiuto alla vita Ambrosiano di via Tonezza (a cavallo tra la Zona 6 e la Zona 7), i consultori, in particolare quello di via Masaniello, e il Centro di Salute e Ascolto per le donne straniere e i loro bambini della Cooperativa Crinali, operativo all'interno dell'Ospedale San Carlo.

Inoltre è stata rafforzata la collaborazione con l'Istituto Don Gnocchi grazie alla quale è stato possibile attivare degli interventi educativi domiciliari e creare una relazione stabile con il servizio sociale territoriale o inserito nelle strutture sanitarie.

AZIONI DI TUTORING

Per tutti i bambini è stato attivato un “**pacco infanzia**” che comprendeva pannolini e altri prodotti di cura e igiene, finanziato dalle doti di progetto.

I momenti di distribuzione sono diventati anche occasione per avviare una relazione di fiducia e per aggiornamenti reciproci sui percorsi delle famiglie.

11 bimbe e bimbi, target di progetto o fratelli/sorelle maggiori, hanno **disabilità certificate**.

I loro bisogni sono spesso elemento destabilizzante per le famiglie fragili in quanto vanno ad aggiungersi ad una serie di altri problemi sociali, educativi ed economici.





IL PROGETTO È STATO REALIZZATO DA:

ARCHÉ
MITADES



Save the Children

BAMBINI/E NEI
PRIMI 1000 GG

81

NUCLEI CON PRESA IN CARICO
AD ALTA INTENSITÀ

37

ENTI INVIANTI

SERVIZIO
SOCIALE
E SANITARIO

5

RETI
QuBì

19

SPONTANEO
O GIÀ IN
CARICO

9

ALTRO
(CAV, FIOCCHI,
CRINALI)

4

RICHIESTE E BISOGNI

DEI BAMBINI



Servizio
sanitario

10



Servizio
educativo

13



Servizio
sociale

9



Spazi
mamma
bambin*

32

DELLE FAMIGLIE



Consulenze
abitative

13



Consulenze
legali

5



Inclusione
linguistica
e lavorativa

2

Meccanismi di coordinamento e rete

In **Zona 8**, l'intervento ha coinvolto in modo diretto e attivo il **territorio** compreso nelle tre reti. Il coordinamento degli interventi ricalca il modello QuBì, con una forte presenza del terzo settore e il fondamentale e imprescindibile coordinamento dato dall'Assistente Sociale di Comunità.

Particolarmente significativa e strutturata è la rete di **Quarto Oggiaro**, all'interno della quale opera la tutor di **Fondazione Arché**, come anche la rete del **quartiere Gallaratese**, dove opera invece la tutor dell'**A.P.S. Mitades**.

Entrambi i quartieri sono costituiti da caseggiati popolari e sorgono all'intersezione fra diverse linee ferroviarie e viarie, da cui sono molto chiaramente definiti e delimitate.

I programmi realizzati insieme a Save the Children sul benessere infantile nei primi 1.000 giorni, permettono di contare su un lavoro di prossimità con l'ospedale Sacco e con il consultorio di zona, grazie al progetto Fiocchi in Ospedale, oltre che sul lavoro di accompagnamento alla genitorialità svolto dal progetto Spazio Mamme e da altri servizi offerti dai due partner su questo municipio.

Nel corso degli anni è nata e cresciuta una grande varietà di realtà associative che svolgono lavoro sociale e di contrasto a povertà ed esclusione, che si è sempre più strutturata e coordinata, ampliandosi in una rete di organizzazioni autonome e interconnesse.

Negli ultimi 4 anni, la **regia** degli interventi è sicuramente stata assicurata

dal progetto QuBi, che in entrambi i quartieri ha reso disponibile una équipe di Prossimità, costituita da pochi referenti operativi, e un Tavolo di Quartiere, costituito invece da tutte le realtà del territorio interessate a partecipare per portare la propria visione.

La presenza formale al Tavolo di Quartiere garantisce l'istituzionalità della rete, facilitando la definizione di ruoli e responsabilità dei diversi attori e il monitoraggio condiviso del progetto.

Nel corso del quadriennio del Programma QuBi, il numero di partecipanti ai momenti di confronto o alle azioni programmate si è ampliato costantemente, e la partecipazione si è stabilizzata.

La conoscenza reciproca grazie agli spazi di confronto creati dal progetto ha permesso di creare sinergie fra realtà anche al di fuori della progettualità QuBi,

AZIONI DI TUTORING

*Gli interventi ad alta intensità attivati riguardano soprattutto famiglie che, oltre ad un reddito inadeguato, presentavano forti **bisogni di tipo psicologico ed emotivo.***

*Le tutor sono diventate figure di riferimento all'interno dell'Equipe di Prossimità per famiglie o madri sole che, in un momento di forte difficoltà, necessitavano, oltre che di orientamento ai servizi e sostegni materiali, di uno spazio di parola e di sostegno relazionale, per acquisire maggiore **autonomia e consapevolezza delle proprie competenze genitoriali.***

Inoltre, è stata data forte attenzione ai bisogni educativi, espressivi e di socializzazione dei bambini e bambine target, sia costruendo proposte ad hoc che inserendoli in spazi e attività già presenti nel quartiere.



IL PROGETTO È STATO REALIZZATO DA:

ARCHÉ
MITADES



Save the Children

Fondazione Arché e Mitades sono referenti anche per le reti presenti in Zona 9, ma la collaborazione con questi territori è stata solo sporadica e puntuale.

Ad **Affori** in particolare nella primavera 2022, è stato attivato uno spazio educativo mamma-bambino – attività già precedentemente sperimentata dalle realtà partner ma assente da tempo nel territorio – per un piccolo gruppo di mamme con situazioni di fragilità familiare, sociale, personale, già conosciute alla rete, o coinvolte per l'occasione.

Sono state utilizzate parte delle doti di progetto per finanziare la presenza di professioniste (educatrici e pedagogiste) per attivare una serie di incontri settimanali ospitati gratuitamente negli spazi dei partner di rete QuBì, per favorire uno spazio educativo e di socialità nel quale portare temi importanti legati alla genitorialità e alla promozione della crescita sana dei bambini.

Il gruppo ha coinvolto 6 mamme, ma non ha dato il via ad un aggancio più solido con la rete di riferimento e ha visto una presenza discontinua delle partecipanti.



Bambin@ e famiglie coinvolt@ nel progetto

Dopo aver interpretato i dati che emergono da una lettura, soprattutto qualitativa, delle schede di monitoraggio e aver descritto le caratteristiche specifiche delle diverse comunità di cura messi in atto a livello locale, si proverà a dare **una visione di insieme**, sia dei **profili di esclusione**, sia del **dispositivo cittadino** che ha come obiettivo la promozione dei diritti nei primi 1.000 giorni di vita di bambini e bambine.

Il progetto Per Mano Qubi 2.0 ha offerto orientamento e supporto a 247 famiglie (274 bambini e bambine nei primi 3 anni di vita).

Di queste, 150 hanno richiesto una presa in carico continuativa e l'erogazione di una dote di cura, per rispondere a bisogni emergenti, oltre a condividere informazioni e dati sensibili.

Il primo dato, incontrovertibile, è che le madri e, i padri che si rivolgono al progetto hanno un **background migratorio**: solo 11 hanno cittadinanza italiana, spesso seconde generazioni; il progetto ha coinvolto circa 30 nazionalità diverse.

Le comunità più rappresentate sono quella egiziana (18%), peruviana (13%) e bangladese (11%), che sommate, costituiscono meno della metà del campione.

Grafico 1 - Cittadinanza

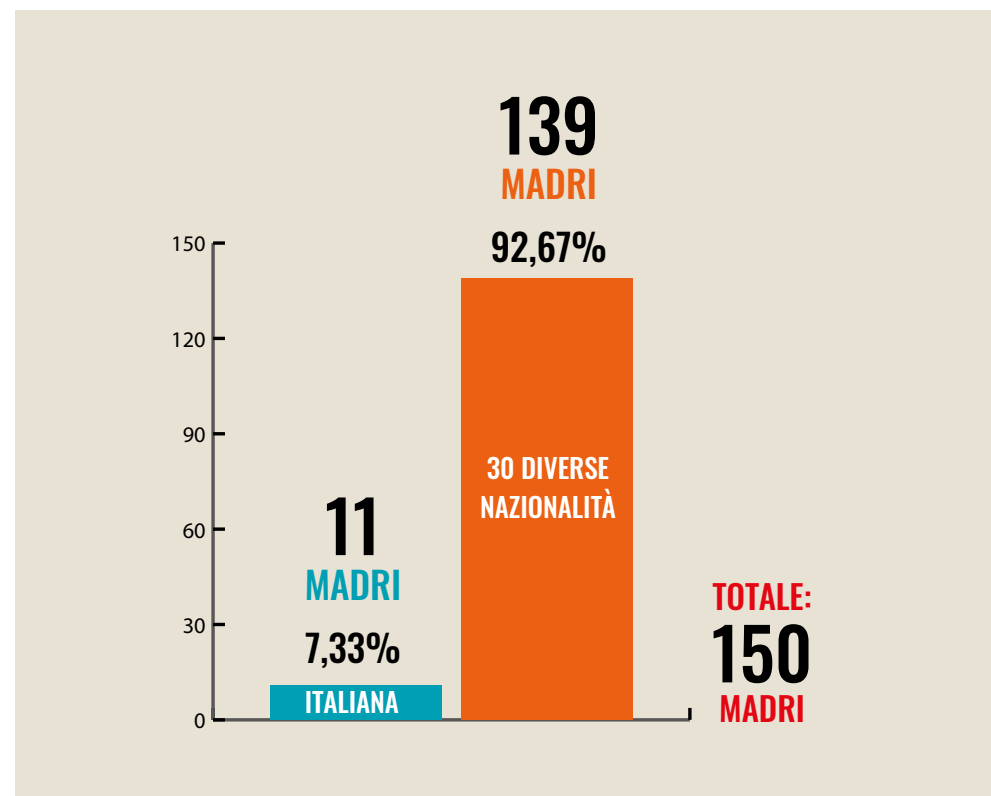
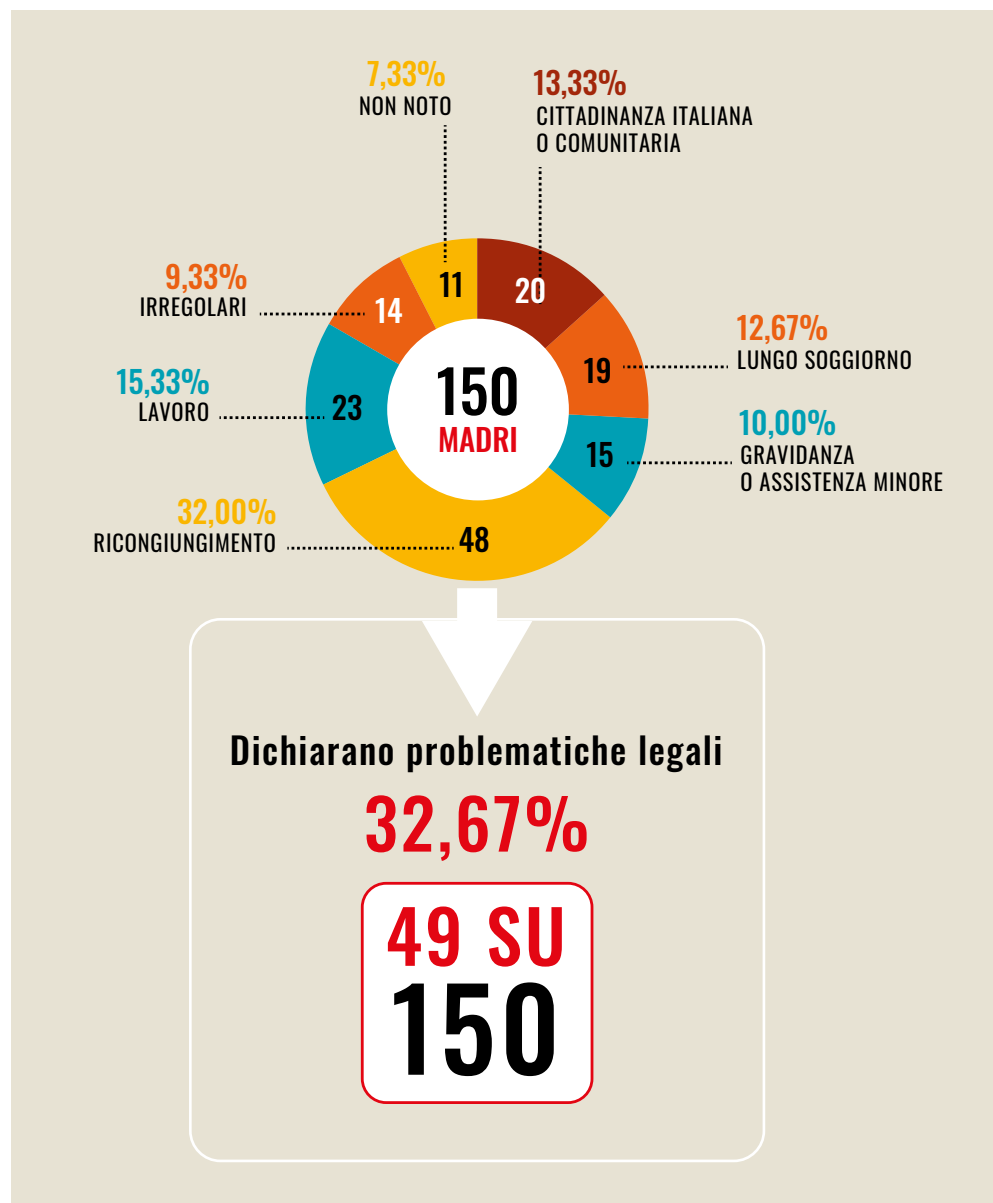


Grafico 2 - Status delle famiglie - Tipologie di permesso di soggiorno



Considerando lo status delle madri, solo il 9% è privo di documenti nel momento in cui si presenta alle operatrici di progetto, mentre **la maggior parte ha un regolare permesso di soggiorno**, anche se per un numero significativo di loro si tratta di un permesso temporaneo, legato alla gravidanza o a motivi familiari. Il 49% inoltre richiede supporto per la soluzione di problematiche legali, spesso per il rinnovo del permesso proprio o del partner. Un terzo circa del campione è in Italia da più di 10 anni, mentre il 13% è arrivata da meno di due.



Grafico 3 - Tempo di permanenza in Italia

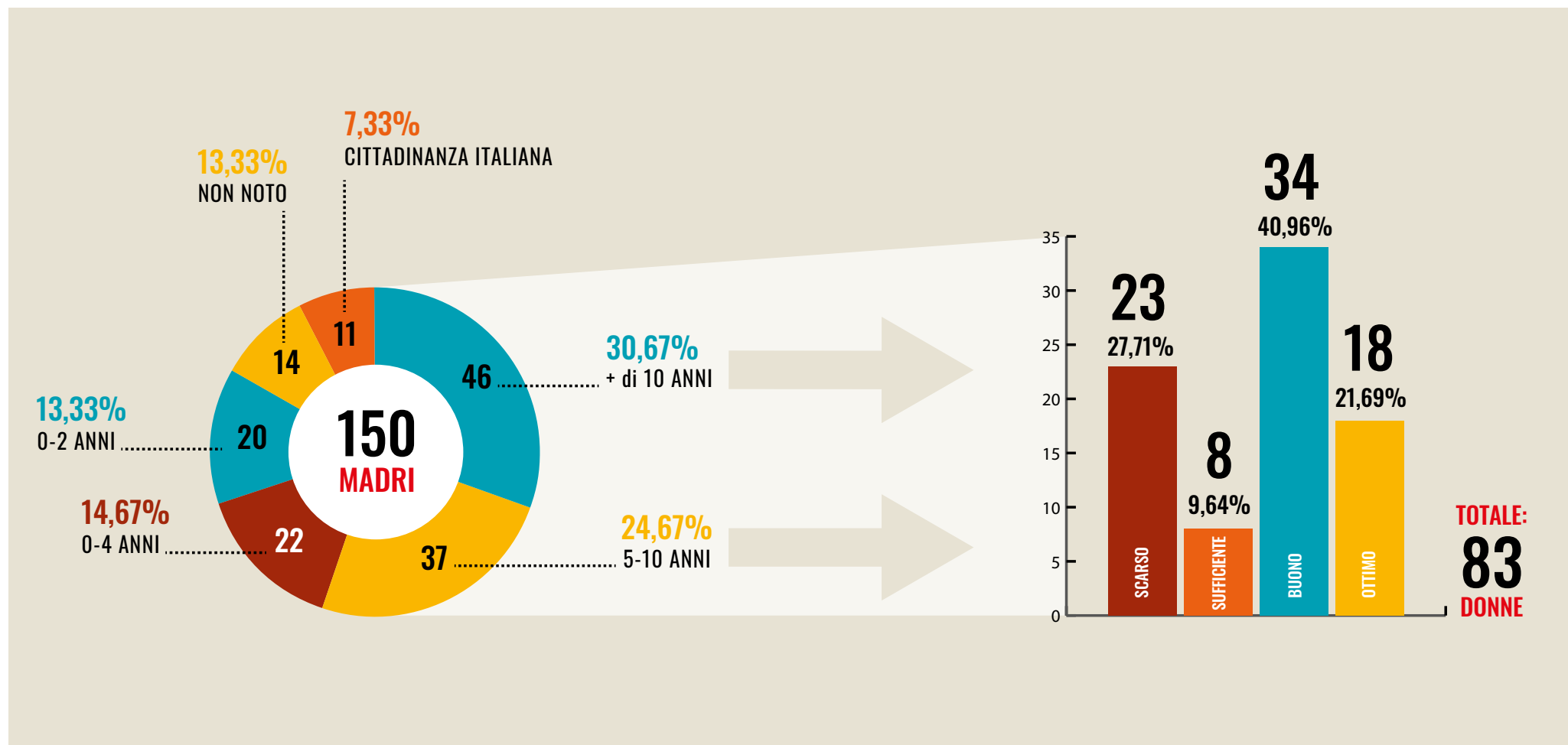
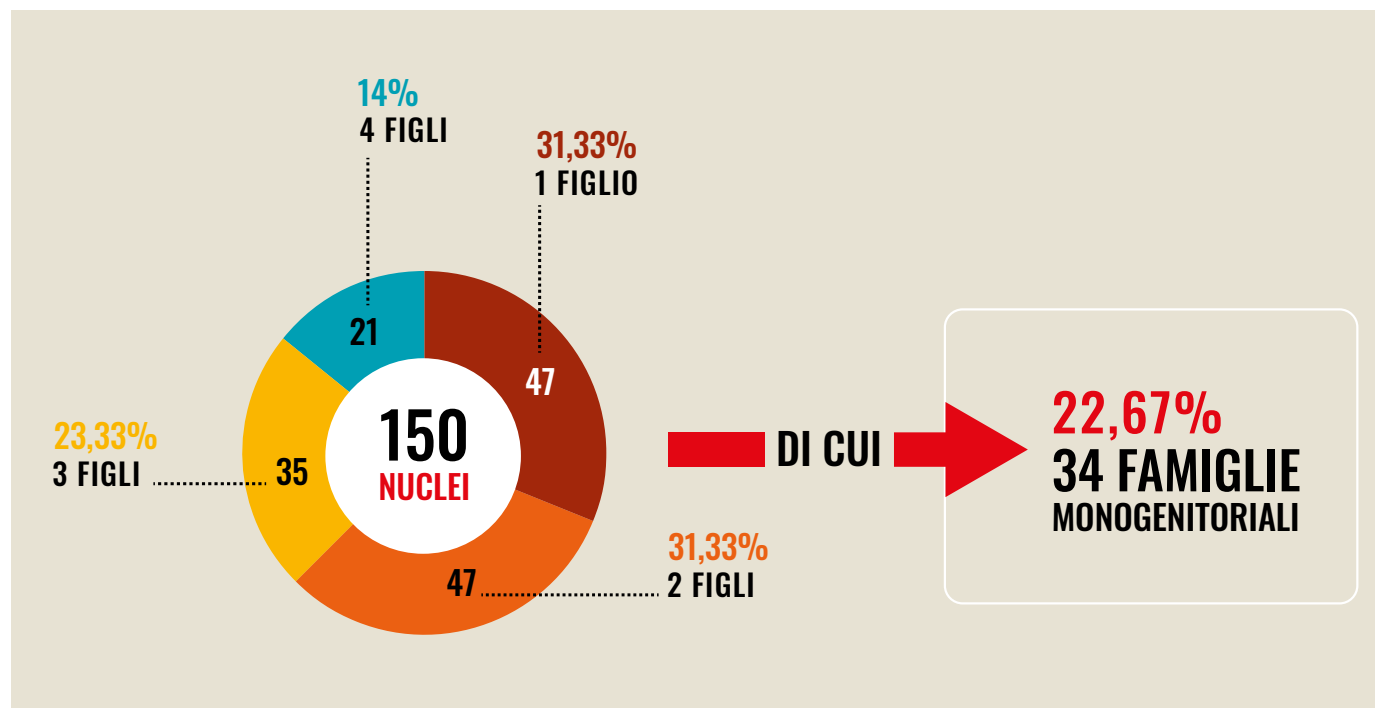


Grafico 3A - Focus sulle competenze linguistiche tra le donne con permanenza in Italia superiore ai 5 anni

Nonostante si tratti, quindi, di nuclei che, nella maggioranza dei casi, risiedono stabilmente in città, le **competenze linguistiche sono spesso scarse o insufficienti**.

Delle 83 donne che abitano a Milano da più di 5 anni, il 37% non si esprime ancora in modo autonomo in italiano.

Grafico 4 - **Composizione famiglia**



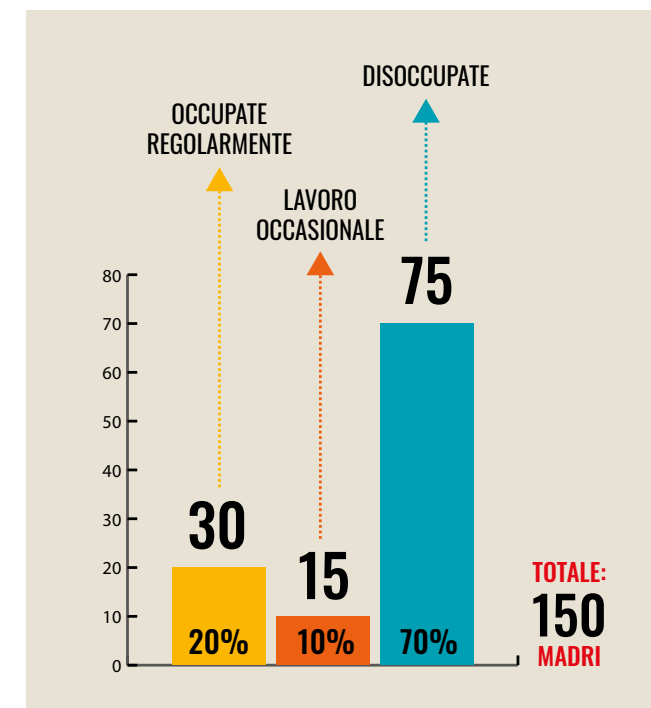
Le **famiglie monogenitoriali** sono il 22%, mentre quelle numerose (6 o più componenti) raggiungono il 14%.

Il numero totale di minori nei primi 1.000 giorni (dalla gravidanza al compimento del 2° anno) è di 165, mentre il numero totale di minori è di 337 (una media di 2,2 figli, al di sopra della media cittadina di 1,17 nel 2022).

Si tratta di **famiglie senza un reddito stabile** o, nel migliore dei casi, **monoreddito**.

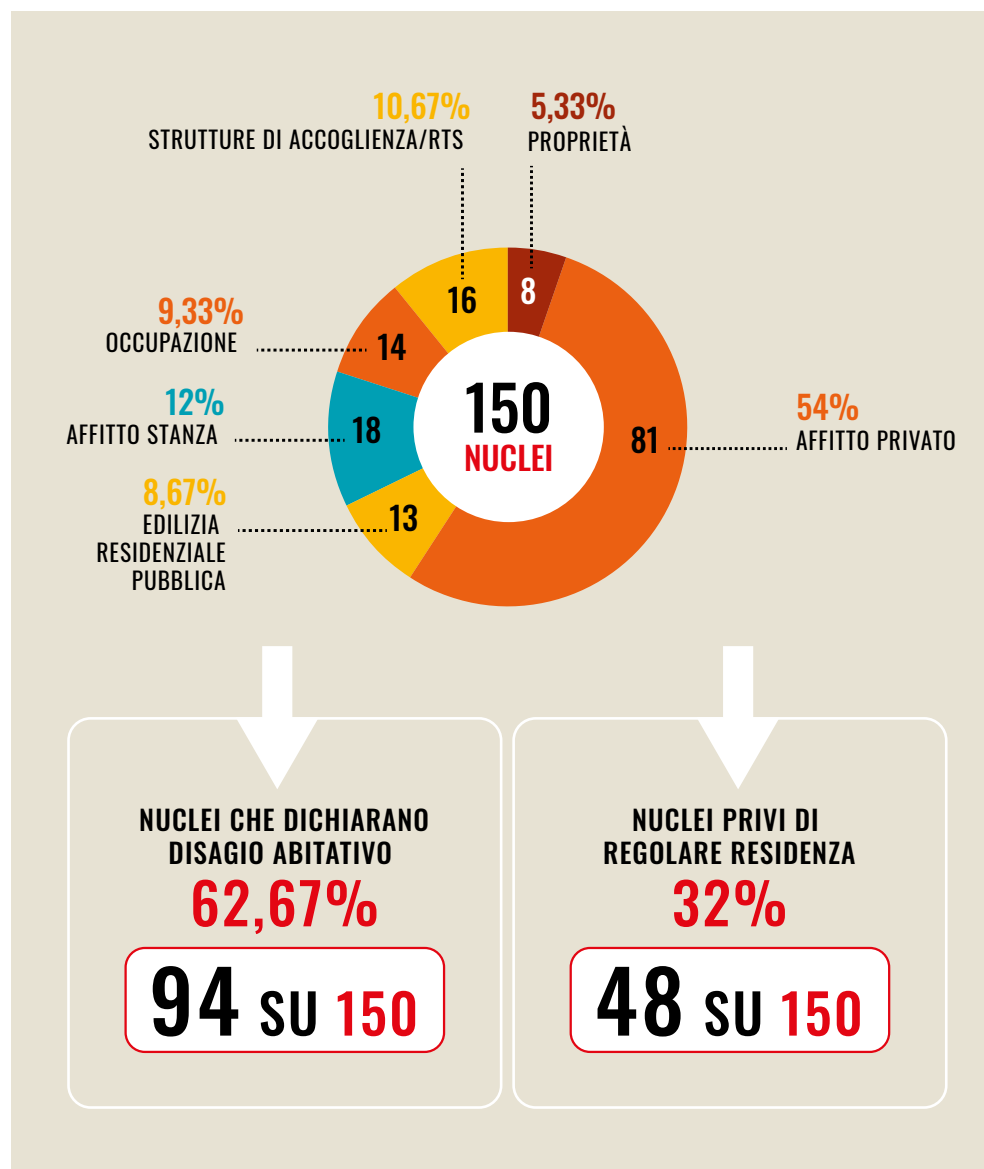
L'isee medio è di 3.100 euro, ma si tratta di un dato che viene raccolto in modo non sistematico, anche perché per molti nuclei è impossibile calcolarlo.

Grafico 5 - **Tipologia di situazione lavorativa dichiarata**



La **disoccupazione femminile** è molto alta: nessuna delle donne, al momento della presa in carico, aveva un regolare contratto di lavoro, e il 70% non aveva nessuna entrata, né era nella possibilità di cercare un'occupazione, anche precaria o irregolare.

Grafico 6 - Situazione abitativa



Le problematiche socioeconomiche caratterizzano evidentemente la totalità del campione.

Accanto a queste, e di poco inferiore, è il **disagio abitativo**. 94 famiglie (63%) si sono rivolte alle operatrici per un supporto in questo ambito.

Case troppo piccole, gravemente inadeguate ai bisogni, o con affitti/mutui che non possono più essere corrisposti, coabitazione con altri nuclei famigliari, contraddistinguono una percentuale molto alta dei nuclei, compresi i pochi che hanno ottenuto un alloggio in edilizia convenzionata (5 su 13 inquilini di case popolari richiedono un cambio di alloggio).

16 nuclei, prevalentemente madri sole, sono collocati temporaneamente in strutture di accoglienza o housing sociale.

Causa ed effetto di questo disagio abitativo (senza dimenticare la situazione legale e socioeconomica) è la **mancanza di residenza**, o la difficoltà di ottenerla nel luogo in cui si vive o attorno a cui si organizza la vita familiare e lavorativa (problematica rilevata nel 32% dei casi, 48 famiglie).

Nella traiettoria delle famiglie intercettate l'ottenimento di una residenza, anche fittizia, è il primo passo, essenziale ma non scontato, per la costruzione di un progetto di emersione dall'esclusione sociale e per la messa in relazione con un servizio "forte" (pubblico) in grado di monitorare e tutelare il benessere dei minori.

Per un terzo delle famiglie incontrate, questo non era possibile all'avvio della presa in carico, con gravi ricadute sulla possibilità di accesso a servizi essenziali quali l'iscrizione al sistema sanitario, la richiesta di

bonus economici, la possibilità di accedere a case popolari e ad asili nido. A tale proposito, più di un terzo delle famiglie ha richiesto **supporto per l'iscrizione ad un servizio educativo** (asilo nido o scuola d'infanzia), ovvero per la maggioranza dei bambini e bambine di età superiore ai 6 mesi. Per molti di loro, però, **non è stato possibile la successiva iscrizione per mancanza di posti**; a loro si sommano i bambini e bambine i cui genitori non possedevano i requisiti necessari per accedere alle graduatorie, perché in situazioni irregolari.

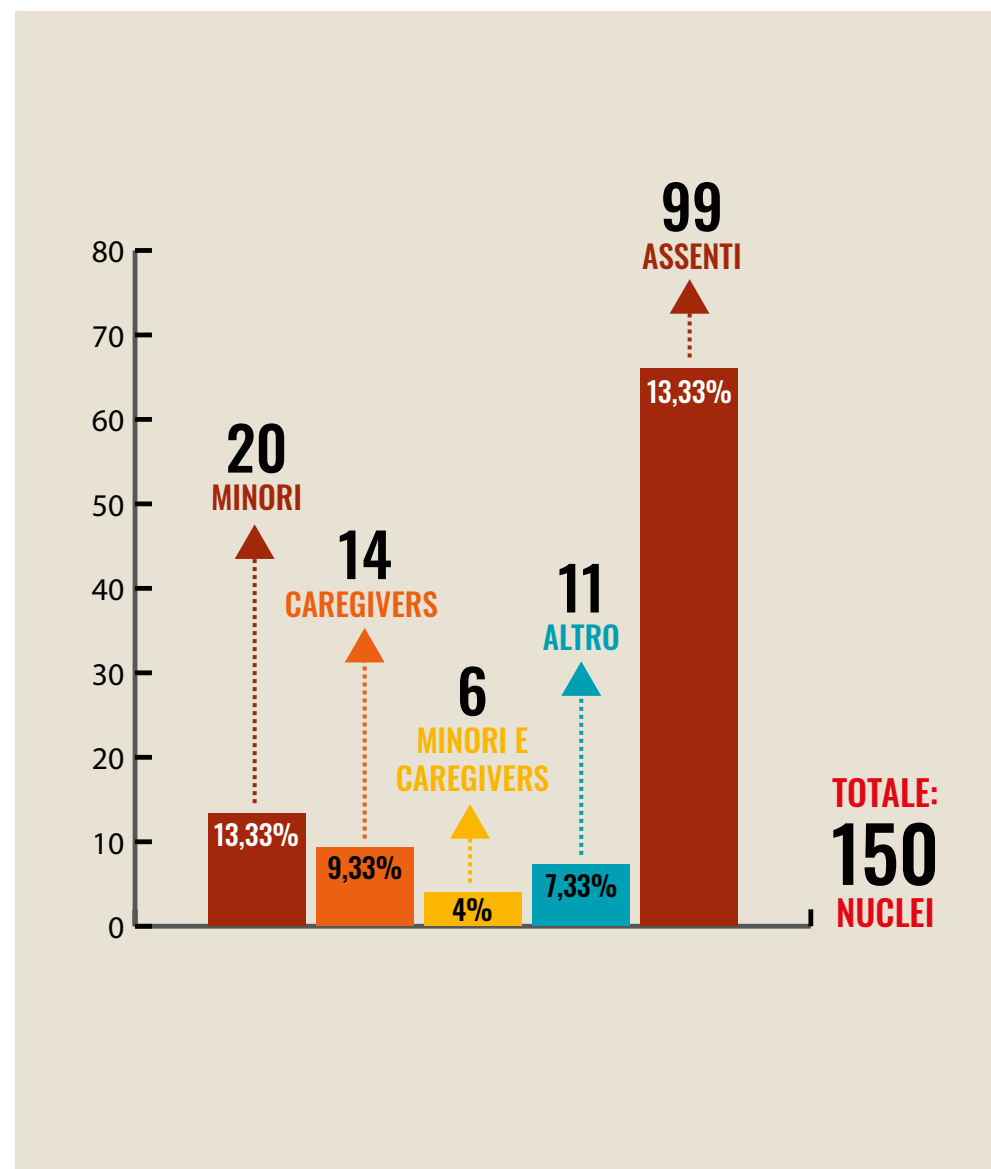
L'esclusione da esperienze educative è un ulteriore elemento critico, che crea disparità già in queste fasi precoci ed impedisce una maggiore autonomia dei caregivers.

Infine, è importante sottolineare che un terzo (51) delle famiglie **manifesta problemi legati alla salute** (e uno scarso accesso ai servizi sanitari): nella maggior parte dei casi si tratta di disabilità o ritardi del neurosviluppo di uno dei figli/figlie, (30 minori disabili presenti nei 150 nuclei).

Emerge anche la difficoltà di un accesso tempestivo, ormai nota, a servizi pubblici di valutazione e presa in carico neuropsichiatrica, con un conseguente aggravamento sia della eventuale patologia, che dell'affaticamento genitoriale. In 21 nuclei invece la problematica sanitaria riguarda uno dei genitori, sia di origine organica (gravi patologie o incidenti sul lavoro) che psichica.

Ciononostante, le situazioni in cui è stato necessario attivare dei servizi di tutela minori, sono minime e le risposte dei genitori agli stimoli e alle opportunità messe in campo dal progetto sono state spesso positive.

Grafico 7 - Presenza di problemi legati allo stato di salute



Le tutor hanno saputo interagire con i nuclei in modo non giudicante, accogliendo i bisogni emergenti e costruendo relazioni di fiducia che hanno permesso, laddove necessario, un avvicinamento ai servizi sociali territoriali funzionale ad una presa in carico a più solida e strutturata.

Nel complesso, il profilo che emerge più frequentemente si contraddistingue per la **precarietà delle relazioni** (in questo la **mancaza di residenza** è particolarmente significativa) e la **scarsità di mezzi, linguistici, culturali o economici**, che impediscono un accesso spontaneo e non mediato ai servizi. Spesso il tutoring di progetto ha supplito alla non conoscenza di meccanismi (digitali, ma non solo) e opportunità presenti su un territorio che si abita, ma di cui non si fa pienamente parte.

Accanto a questa tipologia di famiglie, è presente anche un gruppo significativo per cui, su una situazione di relativo equilibrio, un **evento inatteso**, non ultimo una gravidanza non pianificata, rende necessario un intervento di rete, volto anche a supportare i genitori e offrire spazi di confronto e orientamento.

I bisogni portati dalle famiglie sono evidentemente di carattere multidimensionale e, oltre a dare uno spaccato delle condizioni di povertà estrema nelle periferie della città, evidenziano come un orientamento ai servizi precoce, universale, ma modulabile sui bisogni, sia essenziale per costruire un sistema di tutela.

A fronte di questa constatazione, è stato avviato un processo di confronto cittadino, “sovrarazionale”, che parte dall’equipe di progetto e che ha permesso alle operatrici, nel corso delle due edizioni di progetto di scambiare informazioni, mappare risorse e segnalare reciprocamente situazioni di bisogno.

A questo si aggiunge un lavoro sistematico di relazione con i consultori, per consolidare (o riprendere, dopo le fasi più gravi della pandemia) il dialogo tra sanitario e sociale, aprendo maggiormente queste strutture al territorio.

L’esperienza accumulata da Save the Children, insieme a Fondazione Arché e Mitades, all’interno delle strutture ospedaliere con il progetto Fiocchi in Ospedale, facilita la strutturazione di questo dialogo e la definizione di accordi e protocolli di lavoro condivisi.

Il servizio sociale, soprattutto tramite le assistenti sociali di comunità, partecipa attivamente a questo processo e, in prospettiva, può essere coinvolto nella definizione degli obiettivi in un ruolo di leadership.

Accanto al lavoro descritto nel paragrafo precedente, emerge un processo di dialogo interistituzionale e tra realtà del privato sociale, sperimentato in questi mesi tramite la formula dei webinar di approfondimento, che evidenzia il bisogno di confronto a più livelli che vada oltre la dimensione di quartiere, necessaria per una presa in carico diretta, ma non sufficiente per rispondere alle domande di una popolazione mobile e per identificare nuove metodologie e sinergie.

SEZIONE 3

Valutazioni, riflessioni e raccomandazioni

Seguendo alcuni degli elementi qualificanti dell'approccio metodologico della Comunità di cura, si possono svolgere alcune riflessioni critiche o, al contrario, di valorizzazione rispetto alle prassi messe in atto e avanzare alcune raccomandazioni utili in vista di una continuità delle azioni svolte e/o di una loro modificazione e riprogettazione.

Si tratta di riflessioni e raccomandazioni rivolte agli attori delle politiche territoriali di welfare e contrasto alla povertà, ma anche utili alle organizzazioni del terzo settore che operano con le istituzioni locali e con altri attori territoriali in progetti rivolti alla prima infanzia e alle famiglie in condizione di vulnerabilità.

3.1 | TERRITORIALITÀ E SOVRA-TERRITORIALITÀ: CONCILIARE LE DIMENSIONI DI VITA DELLE PERSONE

Come analizzato nel capitolo precedente, la dimensione territoriale rappresenta un punto di forza per sviluppare il lavoro integrato di presa in carico. Fare riferimento a un medesimo territorio, conoscerne le risorse, creare consuetudini di relazione tra le famiglie e i servizi e dei servizi tra loro, crea un vantaggio nella identificazione di risposte efficaci e tempestive ai bisogni di bambine, bambini e famiglie.

Inoltre, l'appartenenza a un territorio, l'abitare i suoi luoghi, coltivare abitudini di frequentazione e di relazione, muoversi agevolmente riducendo i tempi per gli spostamenti e l'orientamento, concorre al maturare di una consapevolezza del proprio essere parte di un contesto

SEZIONE 3 **Valutazioni, riflessioni e raccomandazioni**

e alla crescita di una fiducia in se stessi e nei propri mezzi, oltre che a una maggiore conoscenza delle opportunità a cui riferirsi per chiedere aiuto, con maggiore serenità e meno timori e diffidenze.

Il territorio crea abitudini di relazione, mappe cognitive, senso di attaccamento e di reciprocità, e, inoltre, semplifica l'identificazione di soluzioni per rispondere ai bisogni, riducendo i tempi di messa in opera di tali soluzioni.

Tuttavia, la territorialità, soprattutto in un contesto metropolitano, non può essere pensata come dimensione assoluta o pura.

Le persone vivono in un contesto metropolitano e si relazionano con uno spazio più ampio, per ragioni familiari, professionali, amministrative, culturali o anche solo di piacere. Quindi, accanto alla dimensione territoriale, che è quella più propria della comunità di cura, va sviluppata una capacità di interazione sovra territoriale, sia per le persone, sia per le relazioni di presa in carico, sia per l'interazione tra gli attori della presa in carico, sia, infine, per l'interazione tra gli attori della presa in carico e le istituzioni ad ogni livello.

Sovra-territorialità e lavoro di presa in carico sociale: il sistema di lavoro del progetto Per Mano QuBì, favorendo la localizzazione dei circuiti di presa in carico sociale e, al tempo stesso, il coordinamento cittadino delle singole comunità di cura territoriali, ha ridotto il rischio di un eccesso di localizzazione degli interventi, promuovendo un contatto costante tra tutor territoriali di zone diverse, tutor territoriali e referenti delle reti QuBì, tutor territoriali e servizi/attori dei diversi territori.

Il coordinamento cittadino delle singole comunità di cura può essere considerato senz'altro uno strumento da valorizzare. Inoltre, la partecipazione attiva delle tutor territoriali ai tavoli di lavoro di alcune

reti di quartiere, ha avuto un effetto moltiplicatore, favorendo il consolidamento del meccanismo di presa in carico e ampliando il numero e le competenze delle risorse coinvolte.

Reti territoriali e istituzioni locali: l'intenso lavoro di rete sviluppato negli ultimi anni dal Programma QuBì e il coordinamento costante con i referenti della Fondazione Cariplo, l'impegno dell'amministrazione pubblica cittadina per l'attivazione degli assistenti sociali di comunità, ha dato vita a una catena di lavoro sussidiario e coordinato di contrasto alla povertà che ha coinvolto soggetti trasversali alla dimensione territoriale, favorendo uno scambio reciproco tra operatori e operatrici territoriali, professionisti, istituzioni municipali e comunali.

3.2 | **PROGRESSIVITÀ E INTERSETTORIALITÀ: SUPERARE LA LOGICA DELLA "BOLLA"**

Uno dei rischi dell'approccio utilizzato è quello di agire nei confini di una consuetudine di relazioni territoriali standardizzate, limitandosi all'interazione con servizi e progetti dell'universo del lavoro sociale ordinario: consultori familiari, servizi sanitari territoriali, servizi sociali, progetti dedicati alla prima infanzia e reti del circuito della solidarietà.

Sebbene il programma QuBì in questi anni abbia contribuito sensibilmente ad accrescere la ricchezza e la vitalità degli attori territoriali, è di fondamentale importanza ampliare l'orizzonte dei soggetti da coinvolgere, esercitando anche una spinta innovativa, che valorizzi, ad esempio, l'area dei servizi commerciali, le farmacie e le parafarmacie, le associazioni e i servizi di promozione dell'arte e della cultura, i servizi sportivi e di promozione del benessere, ecc.

SEZIONE 3 **Valutazioni, riflessioni e raccomandazioni**

I requisiti di progressività e intersettorialità devono essere applicati in una logica di coinvolgimento ampio, tenendo conto delle esigenze e dei bisogni delle persone destinatarie dell'intervento.

Quindi, oltre ad assicurare una presa in carico integrata delle bambine e dei bambini, che garantisca attenzione alla salute fisica, all'alimentazione, alla responsabilità genitoriale e alla protezione, occorre identificare strumenti e attori utili a rendere le azioni più rapide e flessibili, riducendo la pressione di bisogni primari (alimentazione, calore, alloggio adeguato, sicurezza) e riducendo progressivamente la dipendenza dei nuclei dall'intervento di supporto.

3.3 | RESPONSABILITÀ E PROFESSIONALITÀ: STABILIZZARE LA REGIA DELLE COMUNITÀ DI CURA TERRITORIALI

Un ruolo fondamentale nella costruzione delle Comunità di cura territoriali del progetto Per Mano QuBi è stato svolto dalle figure delle tutor territoriali che hanno animato e garantito il lavoro di presa in carico integrata, avviando rapporti con i servizi e i progetti del territorio, consolidando la propria presenza all'interno delle reti QuBi, utilizzando strumenti flessibili per la soluzione di bisogni emergenziali, come le doti di cura, favorendo la comunicazione tra i servizi di diversa natura istituzionale e promuovendo una interlocuzione sistematica con le istituzioni di governo municipale e cittadino.

È fondamentale che questo lavoro di raccordo, sia orizzontale (con gli attori del territorio), sia verticale (con le istituzioni e il governo locale) venga assicurato in modo professionale strutturato e non con iniziative lodevoli, ma volontaristiche.

Tuttavia, il ricorso a figure singole, per quanto competenti e impegnate, non è sufficiente ad assicurare un intervento che sia, al tempo stesso, efficace, continuativo e tracciabile.

Occorre dunque passare da una figura singola di regia, a una funzione di tutoring territoriale, assicurata da team/reti più strutturate e con competenze professionali multidisciplinari.

Questo risultato può essere ottenuto senza particolari sforzi o investimenti addizionali, ma facendo leva su modalità di lavoro che su molti territori sono già operative.

Ci si riferisce, ad esempio a tavoli territoriali di prossimità e/o tematici che assicurano in modo sistematico e regolato un monitoraggio condiviso delle azioni in corso su quel territorio e sono in grado, soprattutto quando supportati dalle figure degli assistenti sociali di comunità, di fornire ai bisogni dei nuclei presi in carico, risposte differenziate, rapide ed efficaci.

In questi contesti, la tutor territoriale può essere valorizzata come figura competente sul target di bambine e bambini nei primi 1000 giorni, ma il suo intervento non rischierà di essere solitario e autoreferenziale e le azioni intraprese troveranno un contesto più strutturato in cui essere tracciate e monitorate.

SEZIONE 3 Valutazioni, riflessioni e raccomandazioni

3.4 | ISTITUZIONALITÀ: LEGGERA, MA SOSTENIBILE

Le comunità di cura territoriali sono sostenibili nel tempo?
A questa domanda è difficile dare una risposta univoca.

La continuità del lavoro dipende molto dalle risorse economiche e organizzative disponibili per realizzarlo, ma anche, e forse soprattutto, dalla modalità in cui i diversi servizi e progetti si relazionano tra di loro quando incontrano nuclei familiari in difficoltà.

La semplicità di accesso ai servizi, la rapidità e qualità delle risposte, e l'integrazione delle aree tematiche coinvolte nella presa in carico, sono tutti obiettivi che dipendono dal tipo di relazione che i diversi attori sono in grado di mettere in campo.

I processi di innovazione delle relazioni di presa in carico territoriale, a cui la Comunità di cura vuole contribuire, hanno bisogno di trovare una stabilità e una forza di continuità, che non sia soggetta alla variabilità delle singole persone o all'impegno dei singoli amministratori e dirigenti. Per questo occorre identificare e attuare forme di accordo, leggere, ma sostenibili nel tempo, per la stabilizzazione delle relazioni tra i servizi e i progetti dei singoli territori.

In base alla tipologia di relazioni e agli attori coinvolti — pubblici, privati, del terzo settore, del circuito caritativo, professionali, ecc. — occorre definire protocolli, convenzioni, patti trasversali, che tengano conto, sia di intenzioni, motivazioni, e azioni, sia soprattutto di procedure e discipline di comportamento (come si interagisce, come si trattano i dati sensibili, come si coinvolgono i diversi attori, ecc.).

Naturalmente stipulare e sottoscrivere accordi non è sufficiente a garantire continuità e qualità del lavoro condiviso.

Quindi occorre monitorare il funzionamento degli accordi e la concreta attuazione del loro contenuto, per poter eventualmente modificarne i termini e i contenuti e, naturalmente, per poter integrare all'interno del medesimo accordo, nuovi attori.



SEZIONE 4

Conclusioni

Uno dei maggiori risultati di Per Mano QuBi è stato quello di accendere l'attenzione in modo risoluto sui primi mille giorni di vita, soprattutto nelle famiglie più a rischio di marginalità sociale.

Il progetto porta una prospettiva organica sui bisogni delle famiglie con figli piccolissimi e lavora a ritmo serrato per migliorare il coordinamento e la comunicazione tra le risorse che vengono attivate per rispondere a questi bisogni.

4.1 | **VOLONTÀ POLITICA, GUIDA PUBBLICA E RESPONSABILITÀ CONDIVISA**

Costruire comunità di cura, come è stato ampiamente illustrato, è un lavoro complesso che ha bisogno di metodo, risorse, tempo e competenze. Ma la cosa di cui ha forse maggiore bisogno è una **forte volontà politica che riesca non solo a deliberare provvedimenti pertinenti, ma, soprattutto, a dare attuazione e continuità alle decisioni, superando la barriera dei cambi di direzione politica delle amministrazioni.**

La volontà politica è il presupposto di un'azione di presa in carico sociale integrata che abbia una guida pubblica — che garantisce quindi continuità, efficienza, tutela formale dei diritti, risorse e poteri — e una responsabilità condivisa, sia con i grandi player — come Fondazione Cariplo — in grado di alimentare le politiche pubbliche, sia con le organizzazioni e i soggetti che abitano e animano i territori, i quali sono

SEZIONE 4 Conclusioni

invece in grado di mettere a disposizione competenze, flessibilità di movimento, fluidità e personalizzazione delle azioni, facilitazione nel coordinamento delle relazioni e nella comunicazione.

In assenza di una volontà politica da parte delle istituzioni ad ogni livello – ma con una particolare rilevanza di quelle territoriali e regionali – affrontare i gap di funzionamento del sistema di contrasto alla povertà, di accoglienza sociale e educativa di ciascuna bambina e bambino che nasce nella città di Milano, rischia di rimanere un esercizio virtuoso, ma destinato a chiudersi al termine di specifiche fonti di finanziamento, che non assicura l'accesso sistematico ai servizi essenziali (pensiamo a posti nido o pediatri in libera scelta).

4.2 | SUPERARE LA “SINDROME GRACE ANATOMY”

Anche per questo, in conclusione di questa fase di progetto, il gruppo di attori che lo ha promosso, con il sostegno di Fondazione Cariplo, ha deciso di impegnarsi per dare continuità e finalizzare il lavoro di avvio delle comunità di cura, e portare il loro metodo e le loro attività al centro dell'agenda delle istituzioni politiche.

Per Mano QuBi ha avviato sul territorio milanese un tavolo di lavoro cittadino, il *Tavolo Millegiorni*, con l'obiettivo di promuovere il lavoro di progettazione, di sollecitare gli interlocutori istituzionali a dare solidità ai dispositivi già attivi, di promuovere forme di stabilizzazione leggera, ma efficace, delle prassi di collaborazione trasversale che definiscono i nuclei embrionali delle comunità di cura territoriali.

Il Tavolo Millegiorni si impegna per superare il rischio della “sindrome Grace Anatomy”: i progetti devono diventare processi e dare vita a sistemi, flessibili e dinamici, ma radicati nei ritmi ordinari di funzionamento di un territorio.

Altrimenti, come insegna appunto Grace Anatomy, anche la serie TV con più stagioni nella storia è destinata prima o poi a terminare.

4.3 | LA MEDIAZIONE CULTURALE COME APPROCCIO

La straordinaria percentuale di persone straniere, o di origine straniera, incontrate e accompagnate dal progetto non può essere considerata solo come un elemento occasionale o ascrivibile a una valutazione superficiale che fa coincidere la vulnerabilità socio-economica nel periodo perinatale con un target non italiano.

La difficoltà di intercettare un target italiano deriva da numerosi fattori, che sarebbe lungo analizzare in questa sede.

C'è sicuramente una tendenza a rifuggire da servizi pubblici o del cosiddetto privato sociale, in base alla convinzione che la qualità si paga e quindi il servizio gratuito è un servizio di scarsa qualità.

In secondo luogo, e collegato a questo, c'è forse la convinzione che progetti come Per Mano QuBi si rivolgano principalmente alle persone straniere, che rappresentano un target di disagio estremo, e una altrettanto estrema specializzazione dei bisogni e delle competenze professionali per affrontarli.

A questo proposito, al contrario, va riscontrato come, parlare di utenza straniera non significa gestire un insieme omogeneo di problematiche, ma, al contrario, significa costruire relazioni con un mondo molto

SEZIONE 4 **Conclusioni**

articolato e complesso di vissuti, di rappresentazioni della realtà, di disponibilità a farsi carico della propria condizione.

Questo significa che, contrariamente a come spesso l'abbiamo intesa e interpretata, la mediazione culturale non può essere considerata solo uno strumento di lavoro che consente di tradurre informazioni e parole in una lingua diversa dalla lingua madre.

Si tratta di un vero e proprio approccio alla lettura, all'analisi e alla gestione delle relazioni con le persone, con tutte le persone, a cominciare da quelle che, essendo italiane, si tende a pensare che non meritino un approccio di mediazione, che sia attento al loro modo di vedere, di agire e di essere.

4.4 | **IL DOMINO DEI DIRITTI E LA "PEDINA DI APPOGGIO" DELLA RESIDENZA**

Il progetto Per Mano QuBi, ha lavorato con persone e famiglie che hanno difficoltà ad accedere al sistema della comunità cittadina.

Perché non ne conoscono le regole, o la lingua, o le procedure; perché la burocrazia rallenta i loro movimenti; perché la tutela dei diritti, anche dove è ampiamente scritta e vigente, non viene applicata per ignoranza o difetti di procedura.

Le persone sono invisibili per tanti motivi, e spesso la prima volta che si manifestano alla collettività è proprio nel momento della gravidanza e della nascita di una bambina o di un bambino, perché, in qualche modo, sono forzati ad entrare nella struttura pubblica di assistenza e cura per eccellenza, l'ospedale.

Per questo il progetto Per Mano QuBi ha insistito molto nel promuovere e favorire le relazioni con i servizi di salute riproduttiva e con gli ospedali, anche attraverso progetti come Fiocchi in Ospedale, o costruendo rapporti di collaborazione con i consultori familiari e i professionisti dell'area ostetrica e pediatrica.

Ma nel grande puzzle dei diritti, quelli scritti e quelli negati, ci sono pezzi che, se vengono a mancare, con un vero e proprio effetto domino, vanificano le possibilità di accesso agli altri diritti.

Uno di questi diritti, che il progetto Per Mano QuBi ha portato frequentemente al centro, è quello legato alla residenza.

La residenza si configura come la pedina di appoggio del domino dei diritti, quella che, se sfilata, manda al tappeto tutti i diritti conseguenti: l'iscrizione al SSN, l'assegnazione di un medico di famiglia o di un pediatra, l'accesso ai servizi educativi, la richiesta di sussidi economici, o del reddito di cittadinanza, o dell'assegno unico universale per i figli, la continuità e trasparenza delle relazioni lavorative e molti altri.

Occuparsi del diritto alla residenza significa costruire una casistica seria e accurata delle situazioni che vi rientrano: dalle occupazioni abusive, agli affitti in nero, dalla mancanza di una dimora, allo strabismo amministrativo tra residenza e domicilio, ecc.

SEZIONE 4 Conclusioni

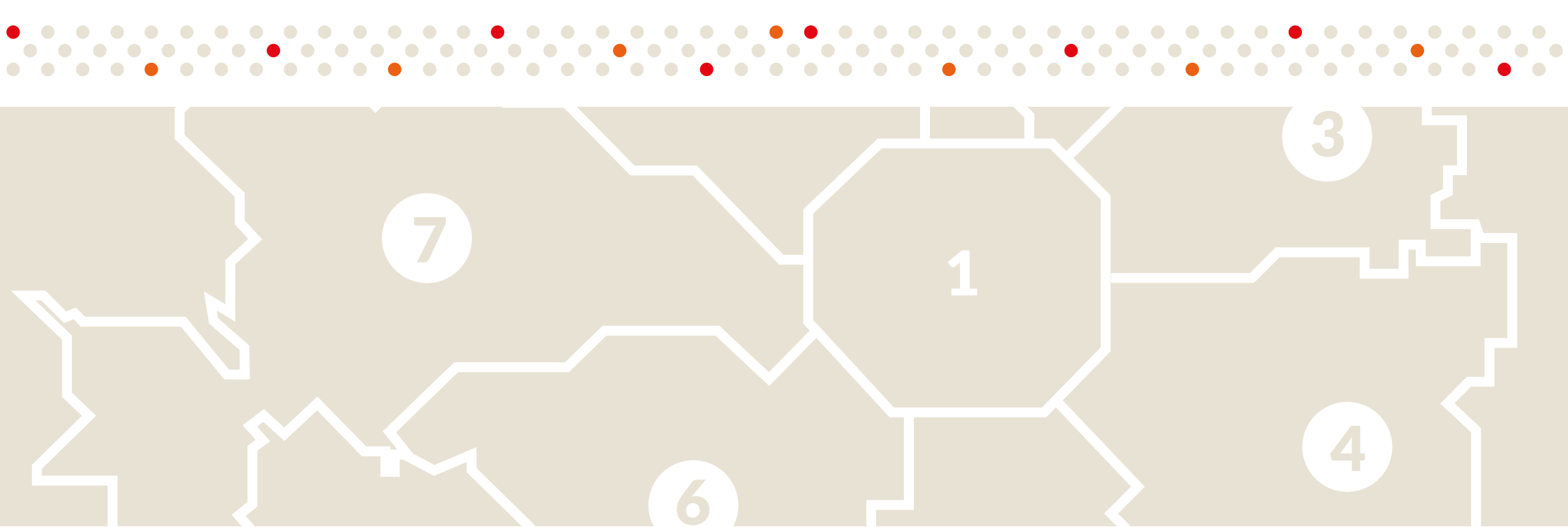
Partendo da questa casistica sarebbe opportuno quindi verificare come funziona l'istituto della residenza fittizia o virtuale, in quali situazioni questa opportunità non è sufficiente e se alcune potrebbero essere semplicemente risolte facendo coincidere i requisiti di domicilio e residenza, ecc.

Per tutelare i diritti delle bambine dei bambini oltre la fase dell'emergenza (alimentazione, riparo, pronto soccorso sanitario), occorre attivare una grammatica comune, che consenta al sistema di identificare quella persona o quella famiglia.

E perché il sistema identifichi una persona quella deve esistere.

Il progetto Per Mano QuBi ha permesso di evidenziare come, per uscire dall'invisibilità, il primo gradino da salire sia proprio quello di esistere su un territorio, e cioè di avere una residenza.





www.savethechildren.it



www.ricettaqubi.it

IN COLLABORAZIONE CON:

