

Il Progetto di vita come strumento di governance comunitaria per la realizzazione di interventi di cura sistemici e sinergici

The Life project as a tool of community governance for the implementation of systemic and synergistic care interventions

Alessandro Romano*, Antonio Giannone**, Marinella Muscarà***

Riassunto

Il contributo analizza il ruolo del Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato come strumento cardine per la promozione dell'inclusione e del benessere delle persone con disabilità, soprattutto in condizioni di doppia o plurima vulnerabilità. A partire dal quadro normativo (L. 328/2000; D.lgs.) e dai paradigmi pedagogici di matrice bio-psico-sociale, lo studio evidenzia come l'approccio olistico e person-centered possa superare la frammentazione dei sistemi di welfare, ancora troppo settoriali e discontinui. Il contributo presenta la ricerca condotta dall'Università Kore di Enna, nell'ambito del progetto "Facciamone di tutti i colori: moltiplichiamo i luoghi dell'inclusione!", i cui risultati confermano la presenza di criticità strutturali nel coordinamento degli interventi, con particolare incidenza sulle famiglie migranti, e al contempo sottolineano il potenziale del modello delle Poliferie educative quale infrastruttura pedagogica capace di integrare azioni e attori diversi. In tale prospettiva, il Progetto di vita si configura come dispositivo generativo di processi inclusivi, orientato a rafforzare autodeterminazione, co-progettazione e qualità della vita.

Parole chiave: inclusione; fragilità multiple; Progetto di vita; governance educativa; poliferie educative; autodeterminazione.

Abstract

This paper analyses the role of the Individual, Personalised, and Participatory Life Project as a cornerstone for promoting the inclusion and well-being of people with disabilities, particularly those facing multiple or layered vulnerabilities. Building upon the current legislative framework (Italian Law 328/2000; Legislative Decree 62/2024) and bio-psycho-social pedagogical paradigms, the study highlights how a holistic and person-centred approach can overcome the fragmentation of welfare systems, which remain excessively

* Università degli Studi di Enna "Kore". E-mail: alessandro.romano@unikore.it.

** Università degli Studi di Enna "Kore". E-mail: antonio.giannone002@unikorestudent.it.

*** Università degli Studi di Enna "Kore". E-mail: marinella.muscara@unikore.it.

overcome the fragmentation of welfare systems, which remain excessively sectoral and disjointed. This paper presents research, conducted by the Kore University of Enna within the scope of the project “Let's make it a kaleidoscope: multiplying the places of inclusion!”. The findings confirm the persistence of structural weaknesses in the coordination of interventions, with particular impact on migrant families, while simultaneously emphasising the potential of the Educational Polyperipheries model as a pedagogical infrastructure capable of integrating diverse actions and stakeholders. From this perspective, the Life Project is positioned as a generative mechanism for inclusive processes, aimed at strengthening self-determination, co-design, and quality of life.

Key words: inclusion; multiple special needs; individual life project; educational governance; model of educational polyperipheries; selfdetermination

Articolo sottomesso: 21/09/2025, accettato: 07/11/2025

1. Introduzione

Le trasformazioni culturali, le nuove configurazioni sociali, i provvedimenti legislativi emanati negli ultimi decenni, con evidenza lapalissiana, hanno prodotto una ridefinizione, tra gli altri, anche dei concetti di cittadinanza, partecipazione sociale, qualità della vita e inclusione (Giaconi, 2015; Giaconi et al., 2024). Dal momento che la pedagogia – come ricorda l’etimologia che la riconnette al verbo *ἄγω* – è strettamente connessa all’idea di ‘conduzione’, ‘guida’ e ‘accompagnamento’, essa ha naturalmente fatto seguire l’azione alla riflessione, traducendo in pratiche le sfide poste dai bisogni educativi di tutti gli uomini e di tutte le donne, i quali si trovano in condizioni di vulnerabilità.

Se, tradizionalmente, le scienze dell’educazione e della formazione non hanno mancato di elaborare e rinnovare percorsi e pratiche per rispondere funzionalmente ai molteplici bisogni delle persone, oggi, la complessificazione dei fattori che pone alcune specifiche categorie umane in condizioni di fragilità multiple, ci interroga sull’efficacia degli interventi. Questi interrogativi si insinuano con maggior vigore quando si realizza una condizione di doppia o plurima vulnerabilità, ovvero all’intersezione tra disabilità e svantaggio socio-economico, culturale o linguistico (Parsons & Platt, 2013). È in tali condizioni che appare utile adottare soluzioni panottiche, fornendo risposte integrate e coerenti invece di modelli di intervento frammentari e percorsi di presa in carico discontinui, spesso organizzati per settori distinti: sanitario, sociale ed educativo (Chiappetta & Traversetti, 2016).

In tal senso, il “Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato”, come normato dal *Decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62* (Repubblica Italiana, 2024), si mostra come uno strumento assai importante poiché esso presuppone la necessità di adottare una prospettiva olistica centrata sulla persona in cui autodeterminazione e co-progettazione, intese rispettivamente come diritto della persona di operare quale agente causale della propria esistenza e come processo dialogico che coinvolge professionalità differenti, siano considerate condizioni imprescindibili per la presa in carico e risoluzione dei bisogni di tutti e di ciascuno (Wehmeyer, 2014; Cottini, 2016; Giaconi et al., 2024).

Nonostante i sistemi di governance territoriale faticino a garantire la doverosa implementazione del Progetto di vita, l’esperienza di studio e ricerca condotta dall’Università Kore di Enna nell’ambito del progetto “Facciamone di tutti i colori: moltiplichiamo i luoghi dell’inclusione!”, di cui l’Ateneo siciliano è partner, sembra confermare l’importanza del modello delle “Poliferie educative” e dei “Centri poliferici per l’inclusione” (Muscarà & Romano, 2021) per favorire e sostenere la transizione verso un modello di governance comunitaria che integri in modo operativo e funzionale le diverse azioni di cura promosse da scuola, famiglia, servizi e Terzo settore.

2. Verso un nuovo modello: Il progetto di vita come strumento per la realizzazione di interventi sistemici e sinergici “person-centered”

Il Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato rappresenta l’esito di un percorso lungo e articolato che ha cambiato definitivamente il concetto di disabilità come anche la vita di molte persone. Un cammino di oltre mezzo secolo colmo di insidie, di diritti negati, contesi e rivendicati, che ha condotto oggi ad alcuni importanti traguardi come la decostruzione del modello biomedico della disabilità a favore di una visione olistica della persona, l’adozione di una prospettiva bio-psico-sociale orientata a valorizzare il funzionamento e non i limiti e – in ambito scolastico – il riconoscimento del diritto all’istruzione e alla frequenza delle classi comuni per tutti gli studenti e le studentesse (OMS, 2001; Canevaro, D’Alonzo & Ianes, 2009).

Nel percorso diegetico dell’inclusione un importante nodo narrativo è rappresentato dalla Legge n. 328 del 2000 (Repubblica Italiana, 2000) perché essa, non diversamente da ciò che è accaduto oltralpe, segna il passaggio da una visione assistenzialistica a una comunitaria e personalizzata, mostrandosi coerente con l’attestazione di modelli person-centered in cui le spinte intrinseche e di autodeterminazione contribuiscono a costruire piani di intervento progettati su misura della persona. In proposito, appare utile richiamare il Person-Cente-

red Planning (PCP) che, consolidatosi anzitutto in seno al dibattito psico-educativo, suggerisce un cambiamento di prospettiva per il fatto di spostare il focus dalla logica dei servizi a quella dei desideri e delle forze della persona, ponendo quest'ultima al centro del processo di pianificazione dinamico e comunitario (Kincaid, 1996; Browder et al., 1997). In tale processo, la conoscenza della persona, dei suoi talenti e desideri è accompagnata dal coinvolgimento attivo della "rete di supporto" di familiari, amici e professionisti, i quali – insieme – concorrono al miglioramento della qualità della vita (Thompson et al., 2002; Croke & Thompson, 2011; Giaconi et al., 2024).

Non diversamente, la L. 328/2000 definisce la realizzazione del sistema integrato di interventi, proponendo una visione unitaria del processo di cura, quale esito sinergico di azioni collaborative tra i servizi socio-sanitari, il Terzo settore e la famiglia, cui è riconosciuto un ruolo fondamentale. All'interno di questo rinnovato scenario, la persona con disabilità non è più solamente destinataria di interventi ma è essa stessa considerata protagonista del cambiamento perché particolare valore assume il concetto di autodeterminazione così come il diritto a realizzare le personali aspirazioni e a essere protagonista delle proprie scelte (Adamo, 2008).

L'importanza di adottare visioni sistemiche e sinergiche che consentano di sviluppare il pieno potenziale di ciascuna persona, coerentemente con le personali attitudini, desideri e legittime ambizioni, a distanza di un quarto di secolo, ha prodotto in Italia l'emanazione del D.lgs. 62/2024 (Repubblica Italiana, 2024). La norma pone al centro – conferendogli particolare riguardo – l'analisi multidimensionale e il Progetto di vita, che diviene un documento fondamentale per la costruzione dei percorsi di personalizzazione.

Il Progetto di vita, come indicato dal disposto normativo, rifiuta il modello biomedico e promuove la prospettiva bio-psico-sociale, quale orientamento che deve guidare le azioni e gli interventi di cura. I limiti imposti dalla condizione di disabilità sono così trascurati; viceversa, assume rilevanza l'esplorazione del massimo potenziale di ciascuna persona attraverso la valorizzazione dello specifico funzionamento, quale risultante dell'interazione dinamica tra le condizioni di salute e i fattori contestuali, personali e ambientali (OMS, 2001; Camoni, Picardi & Venerosi, 2020).

In tale prospettiva, l'intervento di cura non è finalizzato, vanamente, alla risoluzione o alla normalizzazione della condizione di disabilità ma all'individuazione dei potenziali facilitatori e alla rimozione delle eventuali barriere che ostacolano il pieno godimento della condizione di benessere, cui può auspicare anche la persona con disabilità, anzitutto, garantendole un'incondizionata e completa partecipazione alla vita sociale (Cesarano, 2023).

Il Progetto individuale, dunque, promuove logiche partecipative e generative, in cui attori diversi, incluse le organizzazioni del Terzo Settore e le stesse

famiglie, possono diventare co-protagonisti dei processi decisionali (Chiappetta & Traversetti, 2016). In tal senso, esso riabilita i Piani di Zona (PdZ) individuati dalla Legge n. 328/2000 (Repubblica Italiana, 2000) e li rinnova valorizzandone la funzione come strumenti di un'infrastruttura pedagogica di governance territoriale che ha il compito di sostenere la collaborazione e la cooperazione di tutti gli attori del processo di cura.

All'interno di tale scenario il progetto "Facciamone di tutti i colori: moltiplichiamo i luoghi dell'inclusione!", ispirato al modello delle Poliferie Educative (Muscarà & Romano, 2021) e finalizzato a sperimentare un sistema di governance educativa territoriale partecipativa rappresenta una sfida e un'opportunità poiché riconosce l'importanza di realizzare un'azione sinergica per la redazione e realizzazione del Progetto di vita. In particolare, all'interno di tale esperienza di ricerca emergono alcune importanti sfide critiche come il definitivo superamento del modello biomedico della disabilità a favore di una prospettiva pienamente olistica, la necessità di integrare sistemi e servizi per costruire reti di supporto collaborative, l'adozione di una prospettiva nuova in cui la persona sia protagonista delle personali scelte nel rispetto del principio di autodeterminazione delle persone con disabilità.

3. La ricerca

Nell'ambito del bando "Tutti inclusi" promosso dalla Fondazione "Con i Bambini", è stato finanziato il progetto "Facciamone di tutti i colori: moltiplichiamo i luoghi dell'inclusione!" di cui la Cooperativa Sociale "San Martino" di Siracusa è capofila e l'Università Kore di Enna partner scientifico. Il progetto intende realizzare interventi di cura psico-educativa, sostenendo percorsi in continuità tra scuola e territorio destinati a minori del territorio di Siracusa in situazione di doppia o plurima fragilità. Il modello adottato è di tipo sistemico, ispirato al concetto di poliferia educativa, e prevede azioni di studio e ricerca, percorsi di capacity building, di sostegno alla genitorialità e interventi a supporto per lo sviluppo dei Progetti individuali.

Nell'ambito di tale attività progettuale, l'Università Kore di Enna, in qualità di partner, ha avviato nel mese di marzo 2024 una ricerca con l'obiettivo di osservare, rilevare e analizzare i bisogni socio-educativi dei minori in condizione di doppia o plurima fragilità, segnatamente minori con disabilità e disagio socio-economico e culturale, destinatari delle azioni progettuali, e validare sul campo il modello organizzativo delle "Poliferie educative" e dei "Centri Poliferici per l'Inclusione" (Muscarà & Romano, 2021).

4. Metodologia

Per cogliere appieno la multidimensionalità del fenomeno oggetto della ricerca, è stato adottato un disegno a metodi misti di tipo sequenziale esplicativo (Teddlie & Tashakkori, 2010; Creswell & Plano Clark, 2023), che ha permesso di integrare le risultanze offerte dalla raccolta e analisi dei dati quantitativi con le pratiche di osservazione di tipo etnografico e le interviste in profondità agli attori coinvolti (Kvale & Brinkmann, 2009; Hammersley & Atkinson, 2019). La scelta metodologica, in coerenza ai principi di triangolazione dei dati, ha consentito di combinare la solidità descrittiva dei dati numerici con la profondità interpretativa delle narrazioni qualitative.

La ricerca, condotta nella provincia di Siracusa e articolata in due fasi distinte ma interconnesse, ha coinvolto una rete di sei istituti scolastici di ogni ordine e grado. Le due fasi corrispondono rispettivamente a una mappatura quantitativa del sistema territoriale di servizi e a una successiva analisi qualitativa dei processi educativi attivati all'interno delle attività laboratoriali del progetto.

La popolazione dell'indagine ha incluso n. 96 studenti in condizione di doppia vulnerabilità, caratterizzati da differenti profili di disabilità e livelli eterogenei di svantaggio socioeconomico, culturale e linguistico. A questi si sono aggiunti n. 110 docenti di sostegno, n. 70 nuclei familiari e n. 20 tutori di comunità, selezionati mediante campionamento ragionato al fine di osservare l'intero ecosistema educativo coinvolto nel progetto.

La prima fase, caratterizzata da un impianto di tipo quantitativo, ha previsto una mappatura sistematica dei minori destinatari del progetto e della rete di servizi socio-educativi operanti nel territorio di Siracusa, con l'obiettivo di delineare la composizione e le connessioni dell'ecosistema educativo di riferimento. È stata sviluppata e somministrata una scheda di profilazione, progettata per raccogliere e sistematizzare informazioni eterogenee su ciascun minore, tra cui: dati anagrafici, diagnosi funzionali secondo i codici ICD-10, dettagli sui Piani Educativi Individualizzati (PEI) e un censimento dei servizi e degli operatori attivi.

La seconda fase, di tipo qualitativo, si è svolta in parallelo alle attività laboratoriali previste dal progetto "Facciamone di tutti i colori: moltiplichiamo i luoghi dell'inclusione!", nelle quali i minori erano coinvolti in percorsi di socializzazione, apprendimento cooperativo e sviluppo dell'autonomia. Le attività laboratoriali, inoltre, sono state progettate per favorire negli studenti la comparsa di autoefficacia in compiti specifici, valorizzando i loro punti di forza e promuovendo una percezione positiva delle proprie competenze (Bandura, 1977; OMS, 2001). Questa fase è stata finalizzata a esplorare e interpretare in

profondità quanto emerso durante le attività educative e le dinamiche relazionali osservate.

Sono state condotte n. 30 interviste semistrutturate a operatori coinvolti nel progetto (docenti di sostegno, educatori, ASACOM), selezionati mediante campionamento ragionato per garantire eterogeneità di ruolo e di istituto e coprire i profili chiave del percorso di presa in carico. La numerosità campionaria è stata definita in funzione dell'obiettivo esplorativo e della copertura dei profili rilevanti per l'analisi. Le interviste sono state integrate da appunti di campo raccolti attraverso pratiche di osservazione partecipante, condotte secondo protocolli etnografici strutturati. Le interviste hanno indagato i bisogni percepiti dalle famiglie dei minori, le pratiche di collaborazione inter-istituzionale e il valore attribuito ai dispositivi pedagogici attivati, mentre le osservazioni, svolte mediante apposite checklist, hanno permesso di raccogliere in modo sistematico dati sui comportamenti pro-sociali dei minori, sulla loro regolazione emotiva e sulla partecipazione attiva alle attività proposte.

L'analisi dei dati ha seguito un percorso integrato. I dati quantitativi sono stati analizzati attraverso statistiche descrittive, con l'obiettivo di evidenziare le caratteristiche strutturali del percorso di cura educativa. I dati qualitativi, derivanti da interviste e osservazioni, sono stati invece sottoposti a un'analisi tematica; nello specifico, si è seguito un approccio induttivo che ha permesso di far emergere i nuclei tematici direttamente dai dati, senza categorie predefinite (Braun & Clarke, 2006).

L'integrazione finale dei due set di dati ha consentito di spiegare le tendenze quantitative alla luce delle esperienze e delle percezioni degli attori coinvolti, offrendo una comprensione più sfumata e articolata dei processi educativi.

I dati quantitativi sono stati gestiti con Microsoft Excel e analizzati mediante statistiche descrittive. I dati qualitativi (trascrizioni delle interviste e note osservative) sono stati analizzati con ATLAS.ti, attraverso una codifica induttiva (Braun & Clarke, 2006).

I ricercatori hanno codificato indipendentemente un sotto-campione pari al 20% delle unità testuali; le discrepanze sono state discusse fino al raggiungimento del consenso. La saturazione tematica è stata monitorata in modo iterativo lungo tutto il processo di analisi.

La percentuale di PEI con evidenza di co-progettazione Scuola-Servizi (23%) è stata calcolata sulla base dell'analisi di n. 96 PEI, considerando come evidenza la presenza di riferimenti espliciti a pratiche di co-pianificazione (ad esempio verbali GLO allegati o sezioni dedicate al coordinamento inter-servizi).

Nel corso della revisione documentale è emerso inoltre che, in un numero considerevole di casi, la Diagnosi Funzionale dell'alunno risultava scaduta da un periodo in media di 9,5 mesi; tale valore rappresenta la media aritmetica del

tempo trascorso dalla scadenza del documento al momento della rilevazione, calcolata sui soli PEI in cui tale informazione era disponibile. Tali stime non hanno finalità inferenziale, ma esclusivamente descrittiva e orientativa.

Tutte le procedure hanno rispettato i principi etici della ricerca educativa, garantendo il consenso informato dei tutori legali, la volontarietà della partecipazione e la tutela dell'anonimato dei soggetti coinvolti (la ricerca non ha richiesto parere del Comitato Etico, trattandosi di indagine osservativa).

5. Risultati e analisi

L'analisi dei dati raccolti ha permesso di delineare un quadro complessivo delle caratteristiche strutturali e relazionali del sistema di cura educativo, evidenziando la coesistenza di elementi di frammentazione e di potenziale integrazione.

I dati quantitativi derivanti dalle schede di profilazione sono stati elaborati attraverso statistiche descrittive (media, frequenze, distribuzioni percentuali), utilizzate esclusivamente a fini ricognitivi per delineare il profilo del campione e della rete dei servizi, senza finalità inferenziali o comparazioni statistiche.

I dati qualitativi, provenienti da interviste e osservazioni, sono stati sottoposti a analisi tematica (Braun & Clarke, 2006), con codifica induttiva volta a far emergere categorie e nuclei di senso direttamente dalle narrazioni dei partecipanti. L'integrazione tra i due insiemi di dati ha consentito una lettura triangolata dei risultati, convalidando le tendenze quantitative attraverso le percezioni e le esperienze degli attori coinvolti.

I risultati quantitativi, derivanti dalla somministrazione di n. 96 schede di profilazione, restituiscono un'immagine articolata dell'ecosistema educativo del territorio di Siracusa. Il campione, composto da n. 96 studenti di età compresa tra i 6 e i 17 anni, tutti in condizione di doppia vulnerabilità, mostra una forte eterogeneità dei profili: prevalgono le disabilità intellettive e i disturbi del neurosviluppo, classificati secondo i codici ICD-10, che richiedono interventi di sostegno continuativi.

Un ulteriore dato di rilievo è rappresentato dalla presenza di studenti di cittadinanza non italiana (circa il 15% del totale), con una significativa incidenza di barriere linguistiche e culturali nella relazione scuola-famiglia. Le interviste qualitative hanno evidenziato che le difficoltà di comunicazione derivano non solo dalla scarsa conoscenza della lingua italiana, ma anche dalla natura precaria dell'occupazione genitoriale, che limita il tempo disponibile per partecipare alle attività scolastiche e ai colloqui con i servizi (Bini, 2020).

La rete di supporto associata ai minori risulta caratterizzata da un'elevata complessità organizzativa. I risultati quantitativi derivanti dalle schede di profilazione e dall'analisi dei PEI hanno permesso di delineare un quadro strutturale della rete di supporto, sintetizzato nella Tabella 1, mentre la successiva Tabella 2 riassume i temi principali emersi dall'analisi qualitativa delle interviste e delle osservazioni.

Di seguito presentiamo separatamente gli esiti quantitativi (Tab. 1) e i temi qualitativi (Tab. 2):

Tab. 1 – Caratteristiche della rete di supporto e indicatori di frammentazione (dati documentali, N = 96)

Indicatore di Frammentazione	Valore Rilevato	Fonte
Numero medio di figure professionali per minore PEI con evidenza di co-progettazione Scuola-Servizi	4.4 23%	Schede di profilazione Analisi documentale dei PEI
Casi in cui la Diagnosi Funzionale risulta scaduta	9,5 mesi (media)	Analisi documentale dei PEI
Studenti con cittadinanza non italiana	15 % (14/96)	Schede di profilazione

Nota. I valori percentuali e medi hanno finalità descrittiva e derivano dall'elaborazione delle schede di profilazione e dei documenti PEI

Tab. 2 – Temi ricorrenti emersi dall'analisi qualitativa (interviste e osservazioni)

Tema principale	Descrizione sintetica	Estratto esemplificativo
Frammentazione dei servizi	Discontinuità di comunicazione e coordinamento tra scuola, servizi sanitari e Terzo settore.	"Spesso non sappiamo chi contattare per aggiornare i piani; ognuno gestisce una parte." (Docente_07)
Debolezza della co-progettazione	La collaborazione inter-istituzionale si limita spesso a scambi formali, senza reale pianificazione condivisa.	"I verbali GLO non riportano alcuna decisione condivisa, solo informazioni burocratiche." (Educatore_12)
Barriere linguistiche e culturali	Difficoltà di comunicazione con le famiglie straniere e scarso coinvolgimento nei processi decisionali.	"Molti genitori non capiscono i moduli o non possono venire agli incontri." (ASACOM_04)
Valore delle reti di prossimità	Gli spazi educativi di quartiere favoriscono relazioni inclusive e comportamenti pro-sociali.	"Quando si lavora insieme nel laboratorio, i ragazzi si aiutano e si aprono molto di più." (Docente_19)

Nota. Le citazioni riportate sono state selezionate per rappresentare i nuclei tematici emersi in modo ricorrente nelle interviste e nelle osservazioni; i codici identificano i ruoli dei partecipanti nel rispetto dell'anonimato.

I dati raccolti indicano un ecosistema di supporto solo apparentemente integrato, nel quale la pluralità di figure coinvolte non si traduce automaticamente in un'effettiva sinergia operativa. Le riunioni del Gruppo di Lavoro Operativo

(GLO) mostrano una partecipazione talvolta discontinua da parte dei professionisti esterni (ad esempio neuropsichiatri o terapeuti delle Aziende Sanitarie Provinciali), limitando l'efficacia dei processi di co-progettazione. Analogamente, le informazioni contenute nei Piani Educativi Individualizzati (PEI) risultano in alcuni casi difficilmente aggiornabili, riflettendo la difficoltà di costruire un percorso realmente unitario tra scuola, servizi sanitari e Terzo settore.

Un tema ricorrente emerso dall'analisi qualitativa riguarda la difficoltà di comunicazione e collaborazione tra gli attori della rete di supporto. Molti operatori segnalano la mancanza di un linguaggio comune e la presenza di sovrapposizioni tra interventi educativi e terapeutici, con conseguente dispersione di energie e risorse. Le famiglie, in particolare quelle con background migratorio, riferiscono un senso di isolamento e di disorientamento di fronte alla complessità burocratica necessaria per accedere ai servizi. Le barriere linguistiche e culturali si sommano spesso a quelle amministrative, riducendo la possibilità di partecipare attivamente ai processi decisionali relativi ai propri figli.

Dalle osservazioni condotte durante le attività laboratoriali del progetto emergono, tuttavia, anche elementi di resilienza e di potenziale trasformazione. In contesti di apprendimento cooperativo, i minori hanno mostrato miglioramenti nella regolazione emotiva, nella partecipazione e nei comportamenti pro-sociali, confermando l'efficacia di ambienti educativi basati su pratiche esperienziali e relazionali. I laboratori hanno favorito la percezione di autoefficacia nei compiti proposti, in linea con i principi del modello bio-psico-sociale e della teoria dell'autodeterminazione (Cottini, 2016), rafforzando l'idea che la valorizzazione dei punti di forza individuali possa costituire un fattore protettivo nei percorsi di vulnerabilità (Bandura, 1977; OMS, 2001).

L'analisi tematica delle interviste e delle osservazioni ha fatto emergere quattro nuclei ricorrenti:

1. frammentazione dei servizi e mancanza di coordinamento operativo;
2. debolezza della co-progettazione tra scuola, servizi e famiglie;
3. barriere linguistiche, culturali e comunicative;
4. valore delle reti di prossimità e delle comunità educanti.

Tali risultati, letti alla luce del quadro teorico e normativo di riferimento, confermano la necessità di un modello di governance comunitaria capace di integrare i diversi livelli del sistema di cura. Il modello delle *Poliferie educative* si configura, in questo senso, come un dispositivo organizzativo e pedagogico capace di connettere gli attori coinvolti e trasformare la frammentazione in un'azione concertata. I dati raccolti suggeriscono che un approccio territoriale, partecipato e sistemico può sostenere in modo più efficace la realizzazione del *Progetto di Vita* previsto dal D.lgs. 62/2024, traducendo i principi di inclusione e autodeterminazione in pratiche osservabili e condivise.

6. Discussione

I risultati emersi dallo studio confermano la necessità di un radicale cambio paradigmatico del sistema di welfare, attraverso la transizione verso un modello comunitario, sistemico e sinergico, peraltro, già normato dal Decreto legislativo n. 62 del 2024 (Repubblica Italiana, 2024) e ancor prima dalla Legge quadro n. 328 del 2000 (Repubblica Italiana, 2000). L'esigenza di una revisione dell'impianto concettuale delle azioni di cura per contrastare la frammentazione strutturale dei sistemi di supporto appare particolarmente importante quando si realizza una condizione di doppia o plurima vulnerabilità, ovvero all'intersezione tra disabilità e svantaggio socioculturale, economico o linguistico.

La disconnessione sistemica degli interventi, come evidenziato dai risultati dell'indagine, ha un impatto particolarmente severo sulle famiglie con background migratorio, per le quali le barriere linguistiche e culturali si sommano a quelle burocratiche, rendendo l'accesso ai servizi un difficile percorso a ostacoli (Bini, 2020).

Inoltre, l'azione scomposta, discontinua e non coordinata degli interventi di cura sembra riproporre vetuste visioni organicistiche della "persona" oltreché reiterare concezioni emergenziali degli stessi interventi, in disaccordo tanto con il concetto di "benessere" proposto dal modello bio-psico-sociale, quanto con una concezione "Person-Centered". D'altra parte, un ecosistema di supporto che opera per compartimenti stagni non può che generare una presa in carico parcellizzata, che fatica a riconoscere e a valorizzare la persona nella sua interezza e a promuoverne l'autodeterminazione (Cottini, 2016).

In termini operativi, le Poliferie educative offrono la possibilità di declinare i principi del D.lgs. 62/2024, fungendo da raccordo stabile con il Gruppo di Lavoro Operativo (GLO) e garantendo una co-progettazione effettiva del Progetto di vita. Esse facilitano la valutazione multidimensionale integrando informazioni provenienti dai contesti scolastici, sociosanitari e familiari, e coordinano l'attuazione degli accomodamenti ragionevoli nei diversi ambienti di vita del minore.

Nell'ambito delle azioni previste dal progetto "Facciamone di tutti i colori: moltiplichiamo i luoghi dell'inclusione!", l'indagine condotta sembra confermare l'importanza del modello delle "Poliferie educative" e dei "Centri polifERICI per l'inclusione" (Muscarà & Romano, 2021). Tale modello, infatti, suggerisce la realizzazione di un'infrastruttura pedagogica di coordinamento e di regia, la cui funzione connettiva predispone le condizioni per un'azione efficace dei singoli interventi di cura. In tale prospettiva, gli interventi di cura non mostrano più caratteristiche rapsodiche ma rappresentano l'esito del processo di operazionalizzazione e sistematizzazione delle informazioni sulla persona, dei suoi talenti e dei suoi desideri come del contributo offerto da tutta la "rete di

supporto”, che concorre al miglioramento della qualità della vita e al sostegno dei percorsi di autodeterminazione (Giacconi et al., 2024). Ne consegue, dunque, che la costruzione di una comunità educante, fondata su una governance inclusiva (Chiappetta & Traversetti, 2016), diventa la preconditione necessaria per trasformare il Progetto di vita da un adempimento amministrativo a un autentico processo di promozione del benessere (Giacconi, 2015).

7. Limiti dello studio

La ricerca, promossa nell’ambito del progetto “Facciamone di tutti i colori: moltiplichiamo i luoghi dell’inclusione!”, presenta una natura localizzata. La specificità del contesto, la città di Siracusa e il suo comprensorio, non consente una generalizzazione diretta dei risultati. Inoltre, la dimensione campionaria, pur garantendo una rappresentatività dell’ecosistema del progetto, resta circoscritta e non può essere considerata statisticamente significativa se ricondotta alla popolazione nazionale. Infine, ulteriori limiti sono riferibili agli eventuali bias interpretativi connessi all’osservazione partecipante e alla dimensione temporale della ricerca. Al riguardo, i primi sono da considerare elementi intrinseci delle analisi qualitative mentre i secondi sono il risultato dell’impossibilità di verificare la tenuta nel medio-lungo periodo degli interventi inclusivi realizzati, dal momento che la fase di osservazione e rilevazione dei dati ha riguardato un arco temporale troppo breve e predeterminato dal progetto finanziato.

8. Riflessioni conclusive

Il modello delle Poliferie educative sembra configurarsi come una risposta operativa ai principi ispiratori – legislativi e pedagogici – del *Progetto di vita*, ponendosi come spazio di integrazione reale tra soggetti, servizi e contesti. Questo modello riconfigura gli interventi secondo una logica di corresponsabilità educativa, promuovendo forme di governance orizzontale coerenti con l’approccio bio-psico-sociale. Le Poliferie, in questo senso, incarnano la dimensione comunitaria del *Progetto di vita*, trasformando la partecipazione in pratica quotidiana e la rete di sostegno in un ambiente generativo. Al riguardo, lo studio e il percorso di ricerca presentato hanno permesso di mettere in evidenza l’importanza di un’infrastruttura pedagogica di coordinamento che assolvano a una funzione connettiva tra interventi di cura, che non possono e non devono presentarsi come rapsodici ma sistemici e coerenti. In tal senso, il Progetto di vita diviene l’esito di un processo panottico che, a partire dai bisogni ma anche dai desiderata della persona, restituisce alla persona stessa la capacità di scelta

e di azione. D'altra parte, tanto il modello bio-psico-sociale promosso dall'ICF quanto i paradigmi richiamati dal D.lgs. 62/2024 (Repubblica Italiana, 2024) confermano la centralità della persona per il perseguimento dei principi di autodeterminazione e autorealizzazione.

In conclusione, appare necessario realizzare una transizione da un modello d'intervento frammentato verso un modello di governance comunitaria, capace di integrare in modo sinergico i diversi livelli delle azioni di cura, soprattutto quando si presentano condizioni di doppia o plurima fragilità o vulnerabilità. In tal senso, il Progetto di vita si rivela un dispositivo generativo di processi inclusivi, orientato a rafforzare autodeterminazione, co-progettazione e qualità della vita. Infine, particolarmente importante si rivela il concorso più ampio di tutti gli attori della rete di sostegno, i quali devono mostrare competenze collaborative, cooperative, relazionali e di teamwork affinché siano capaci di lavorare insieme, condividendo obiettivi, responsabilità e risultati.

Riferimenti bibliografici

- Adamo I. (2008). *Legge 328/00 e professioni sociali in Sicilia*. Iniziative dell'ordine. Gruppo di lavoro "Professione e politiche sociali"
- Arconzo G., Ragone G., & Bissaro S. (2020). Il diritto delle persone con disabilità al progetto individuale. *Le Regioni*, 48(1): 31-74. Doi: 10.1443/97276.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2): 191-215.
- Bini, E. (2020). La presa in carico dei bambini disabili provenienti da contesti migratori. Cura educativa e relazione con le famiglie. *Journal of Health Care Education in Practice*, 2 (1): 99-105.
- Braun V., & Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2): 77-101.
- Browder D. M., Bambara L. M., & Belfiore P. J. (1997). Using a person-centered approach in community-based instruction for adults with developmental disabilities. *Journal of Behavioral Education*, 7(4): 519-528. Doi: 10.1023/A:1022815604235.
- Camoni L., Picardi A., & Venerosi A. (2020). New mode of care. Value and limit of the person-centered care planning for people with mental disability. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 56(2): 193-205. Doi: 10.4415/ANN_20_02_09.
- Canevaro A., D'Alonzo L., & Ianes D. (Eds.) (2009). *L'integrazione scolastica di alunni con disabilità dal 1977 al 2007: Risultati di una ricerca attraverso lo sguardo delle persone con disabilità e delle loro famiglie*. University Press Bozen.
- Cesarano V.P. (2023). The challenge of the special educator: facilitating emancipatory and transformative processes for the realization of "vital projects". *Italian Journal of Special Education for Inclusion*, XI(1): 165-173. Doi: 10.7346/sipes-01-2023-16.

- Chiappetta L., & Traversetti M. (2016). La governance inclusiva per sostenere la ricchezza dell'eterogeneità della classe. In: *Dialoghi sulla sostenibilità-Roma 2016* (pp. 143-145). Sapienza Università Editrice.
- Creswell J. W., & Plano Clark V. L. (2023). Revisiting mixed methods research designs twenty years later. *Handbook of mixed methods research designs*, 1(1): 21-36.
- Croke E. E., & Thompson A. B. (2011). Person centered planning in a transition program for Bronx youth with disabilities. *Children and Youth Services Review*, 33(6): 810-819. Doi: 10.1016/j.childyouth.2010.11.025.
- Giaconi C. (2015). *Qualità della vita e adulti con disabilità. Percorsi di ricerca e prospettive inclusive* (pp. 1-143). Milano: FrancoAngeli.
- Giaconi C., Taddei A., Domi A., Alesi B., & Del Bianco N. (2024). Progettazione di percorsi inclusivi per una Qualità della Vita. *For: rivista per la formazione*, 2: 24-26. Doi: 10.3280/for2024-002oa18488.
- Hammersley M., & Atkinson P. (2019). *Ethnography: Principles in practice*. London: Routledge.
- Repubblica Italiana (2000). Legge 8 novembre 2000, n. 328. Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Serie Generale, 265 del 13-11-2000 (Suppl. Ord. n. 186).
- Repubblica Italiana (2024). Decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62: Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del Progetto di vita individuale personalizzato e partecipato. *Gazzetta Ufficiale*, Serie Generale, 111.
- Kincaid D. (1996). Person-centered planning. *Positive behavioral support: Including people with difficult behavior in the community*, 439-465.
- Kvale S., & Brinkmann S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. Sage.
- Muscarà M., & Romano A. (2021). Le poliferie educative come modello organizzativo a sostegno del processo d'inclusione. *Educational reflective practices: special issue*, 2: 24-36. Doi: 10.3280/erp2-Special-2021oa12913.
- OMS (2001). *ICF. International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization (trad. it. *ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Trento: Erickson, 2002).
- Parsons S., & Platt L. (2013). *Disability among young children: Prevalence, heterogeneity and socio-economic disadvantage*. Centre for Longitudinal Studies.
- Teddle C., & Tashakkori A. (2010). Overview of contemporary issues in mixed methods research. *Sage handbook of mixed methods in social & behavioral research*, 1-41.
- Thompson J. R., Hughes C., Schalock R. L., Silverman W., Tassé M. J., Bryant B., & Campbell E. M. (2002). Integrating supports in assessment and planning. *Mental Retardation*, 40(5): 390-405. Doi: 10.1352/0047-6765(2002)040<0390:ISIAAP>2.0.CO;2.
- Turco L. (2020). La legge 328/2000 «Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi» venti anni dopo. *Social Policies*, 7(3): 507-524. Doi: 10.7389/99013.
- Wehmeyer, M. L. (2014). Self-determination: A family affair. *Family Relations*, 63(1): 178-184. Doi: 10.1111/fare.12052.