

Piano di Zona 2009/2011

Ambito
territoriale
di Carate
Brianza





Indice

SEZIONE I - INTRODUZIONE AL PIANO DI ZONA 2009 – 2011 E ASPETTI METODOLOGICI	7
1 PREMESSA	9
2 IL PROCESSO DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	11
2.1 La valutazione ex-ante	11
2.1.1 Il monitoraggio del processo di costruzione del nuovo Piano di Zona	12
2.1.2 La valutazione della pianificazione precedente	16
2.1.3 La valutazione del processo di governance	16
2.1.4 La valutazione dei bisogni e delle tendenze emergenti	18
2.1.5 La valutazione delle condizioni di fattibilità rispetto alle risorse.	19
2.1.6 La valutazione delle aree ad interesse regionale	19
2.1.6.1 <i>I titoli sociali</i>	19
Focus: i titoli sociali a favore della famiglia	21
2.1.6.2 <i>Forme di gestione associata dei servizi</i>	21
2.1.6.3 <i>Fondo di solidarietà tra comuni associati</i>	22
2.1.6.4 <i>Costituzione del Tavolo di rappresentanza del III Settore</i>	22
2.2 La valutazione in itinere	23
2.2.1 Individuazione dei criteri e degli indicatori	23
2.2.2 Monitoraggio del sistema delle progettazioni e delle unità d’offerta distrettuali	24
2.2.3 Monitoraggio della rispondenza dei tempi rispetto agli obiettivi prefissati	24
2.2.4 Il monitoraggio sistema di governance e partecipazione	24
2.2.5 Il monitoraggio della pianificazione economica	24
2.2.6 Il monitoraggio specifico dei titoli sociali	25
2.2.7 Capacità dell’Ambito di essere flessibile ai nuovi input in corso di Piano	25
2.3 La valutazione ex-post	26
SEZIONE II - LA GOVERNANCE E L’ORGANIZZAZIONE DELL’AMBITO DISTRETTUALE DI CARATE BRIANZA	27
3 IL SISTEMA DI GOVERNANCE PROGRAMMATORIA	29
3.1 Il raccordo istituzionale	30
3.2 Il raccordo con il III settore	31
3.3 Il raccordo con la Provincia	34
3.4 Il raccordo socio sanitario	35
3.5 Il raccordo con gli altri Distretti	36
4 IL SISTEMA DI GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI SOCIALI	38
4.1 Il Percorso per la costituzione di una azienda speciale per la gestione dei servizi sociali distrettuali	38
4.2 I servizi distrettuali	40



4.3	Prospettive di sviluppo triennali e obiettivi aziendali	42
4.4	La governance gestionale dei servizi dell'Ambito	44
SEZIONE III - ANALISI DI CONTESTO, DIAGNOSI DI COMUNITÀ E AREE DI INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE SOCIALI		47
5	ANALISI DEL CONTESTO	49
5.1	Analisi del profilo demografico del Distretto	49
5.2	Dati sulla spesa sociale	58
5.3	Indicatori sulla qualità della vita	64
6	DIAGNOSI DI COMUNITÀ	67
6.1	Minori e famiglia	67
6.1.1	Le indicazioni per il settore a livello nazionale e regionale	67
6.1.2	Le caratteristiche della popolazione minorile, i bisogni espressi nei precedenti pdz e il loro grado di attualità e copertura	68
6.1.3	Focus I: servizi per minori da 0 a 3 anni	72
6.1.3.1	<i>I servizi esistenti</i>	72
6.1.3.2	<i>Le proposte di intervento</i>	75
6.1.4	Focus II: violenza ed i maltrattamenti in famiglia	78
6.1.4.1	<i>Violenza contro il partner</i>	78
6.1.4.2	<i>Violenza contro i minori</i>	80
6.1.4.3	<i>Le proposte di intervento</i>	84
6.1.5	Focus III: Gli adolescenti ed i giovani	85
6.1.5.1	<i>Le proposte di intervento</i>	87
6.1.6	Focus IV: i servizi preventivi	88
6.1.6.1	<i>Le proposte di intervento</i>	90
6.1.7	Focus V: i minori immigrati	90
6.1.7.1	<i>Le proposte di intervento</i>	92
6.2	Anziani	93
6.2.1	Premessa	93
6.2.2	Gli obiettivi contenuti nel precedente Piano di Zona	93
6.2.3	L'andamento demografico degli anziani del Distretto di Carate	95
6.2.4	La spesa sociale dell'area anziani del Distretto di Carate	97
6.2.5	Le risorse esistenti: i servizi di sostegno alla vita familiare dell'anziano	99
6.2.5.1	<i>I servizi comunali a favore di anziani del Distretto di Carate</i>	99
6.2.5.2	<i>I servizi dell'A.s.l. a favore della domiciliarità degli anziani</i>	104
6.2.5.3	<i>Associazioni di volontariato che concorrono all'offerta degli interventi/servizi per anziani.</i>	105
6.2.5.4	<i>I servizi di sostituzione del nucleo familiare</i>	107
6.2.6	I bisogni rilevati nel distretto di Carate B.za e le proposte di intervento	108
6.2.6.1	<i>Focus I: domiciliarità</i>	108
6.2.6.2	<i>Focus II: integrazione socio sanitaria</i>	111
6.3	Disabili	114
6.3.1	Caratteristiche della popolazione disabile del Distretto	114
6.3.2	Bisogni espressi nel precedente Piano di Zona e grado di soddisfacimento	121
6.3.3	Focus I: integrazione scolastica ed orientamento	122
6.3.3.1	<i>Proposte operative</i>	124
6.3.4	Focus II: progetto di vita: interventi e servizi agevolanti	125
6.3.4.1	<i>Proposte operative</i>	127
6.3.5	Focus III: la salute mentale	129
6.3.5.1	<i>Proposte di intervento</i>	131



6.4	Area adulti e integrazione con altre politiche territoriali	133
6.5	Focus I: Integrazione socio sanitaria e politiche preventive	134
6.5.1	Il piano di zona ed il piano salute	134
6.5.2	La governance distrettuale	134
6.5.3	Il raccordo col Piano salute distrettuale e gli atti d'intesa	136
6.5.4	Le proposte di sviluppo triennali	137
6.6	Focus II: immigrazione e politiche di inclusione	140
6.6.1	La valutazione del piano di zona 2006-2008	140
	Per la scorsa triennalità, il Tavolo adulti aveva evidenziato i seguenti bisogni:	140
6.6.2	Analisi di contesto	141
6.6.3	Povertà e fragilità	145
6.6.4	Disagio abitativo	147
6.6.5	Condizione lavorativa	149
6.6.6	Integrazione Socio-Sanitaria	151
6.6.7	La percezione dell'immigrato	152
6.6.8	I bisogni emersi	154
6.6.9	Le Risorse del territorio	155
6.6.10	Le proposte di intervento	156
6.7	Focus III: Integrazione politiche sociali e politiche del lavoro	159
6.7.1	Dalla stagnazione alla recessione	160
6.7.1.1	<i>Italia</i>	160
6.7.1.2	<i>Lombardia</i>	160
6.7.1.3	<i>Provincia di Milano e Brianza</i>	161
6.7.2	Precarizzazione e disoccupazione	161
6.7.2.1	<i>Italia</i>	161
6.7.2.2	<i>Lombardia</i>	163
6.7.3	<i>Provincia di Milano e Brianza</i>	165
6.7.4	Fasce deboli	170
6.7.4.1	<i>Provincia di Milano e Brianza</i>	170
6.7.5	Proposte di intervento	171
6.8	Focus IV: Integrazione tra politiche sociali, urbanistiche e abitative	174
6.8.1	Il gruppo di lavoro	174
6.8.2	Premessa	174
6.8.3	Analisi del contesto	174
6.8.4	Dati specifici sul distretto	177
6.8.5	I bisogni del territorio	180
6.8.6	La valutazione piano di zona precedente	181
6.8.7	Cosa si sta facendo sul territorio: risorse e progetti	181
6.8.7.1	<i>Livello comunale</i>	182
6.8.7.2	<i>Livello distrettuale</i>	183
6.8.7.3	<i>Livello sovra distrettuale</i>	184
6.8.7.4	<i>Livello provinciale</i>	184
6.8.7.5	<i>Livello regionale</i>	185
6.8.8	Proposte di intervento	185
6.9	Focus V: Integrazione con politiche educative e formative	191
6.9.1	La governance per l'offerta formativa d'ambito: il tavolo locale per le politiche scolastiche	192
6.9.2	la gestione di progettazioni congiunte	195
6.9.3	La formazione professionale	196
6.9.4	Le proposte di sviluppo triennale	196
6.10	Focus VI: Contrasto alle dipendenze	198
6.10.1	Focus 1: i consumi di sostanze - il profilo del consumatore e gli interventi preventivi	198
6.10.2	Le proposte di intervento:	206
6.10.3	Focus II: le conseguenze sociali e sanitarie dell'uso di sostanze e i percorsi di trattamento	209
6.10.3.1	<i>Alcuni dati sulle conseguenze sanitarie legate all'uso di sostanze lecite ed illecite</i>	209
6.10.3.2	<i>I dati relativi ai tossico - alcool dipendenti in trattamento</i>	211



6.10.3.3	<i>Alcuni dati sulle conseguenze sociali legate all'uso di sostanze lecite ed illecite</i>	214
6.10.4	Le proposte di intervento:	216
6.10.5	Focus III: i percorsi di reinserimento	218
6.10.6	Le proposte di intervento	219
6.11	Focus VII: Politiche di sostegno ai redditi	221
6.11.1	L'analisi del contesto e delle risorse esistenti	221
6.11.2	Proposte di intervento	227
6.12	Focus VIII: Rapporti con le amministrazioni della giustizia	229
6.12.1	L'analisi del contesto e delle risorse esistenti	229
6.12.2	Proposte di intervento	233
6.13	Focus IX: Trasporti e mobilità sul territorio	234
6.13.1	L'analisi del contesto e delle risorse	234
6.13.2	Proposte di intervento	236
SEZIONE IV - GLI OBIETTIVI DEL TRIENNIO 2009 - 2011		237
7	LINEE STRATEGICHE, AZIONI FUTURE E LINEE DI INTERVENTO	239
7.1	Linee strategiche	239
7.1.1	La costituzione dell'Azienda per gestione associata	239
7.1.1.1	<i>Sito unico</i>	239
7.1.2	Segretariato sociale e segretariato sociale professionale	239
7.1.2.1	<i>Software gestionale condiviso con distretto sanitario</i>	240
7.1.3	Carta di ambito e risorsario	240
7.1.4	L'Adesione all'Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona quale "patto di comunità" con privato sociale	241
7.1.5	La definizione dei requisiti di accreditamento previsti per le unità d'offerta sociali ai sensi della circolare 1 del 16 gennaio 2009	242
7.1.6	Il Piano Formativo del personale	243
7.2	Linee di intervento anno 2009 in relazione ai bisogni evidenziati	243
7.3	Linee di intervento in relazione alle Linee guida Regionali	250
7.4	Il Piano di sostenibilità economica degli obiettivi e degli interventi di Ambito	255
8	ACCORDO DI PROGRAMMA	259

**SEZIONE I - Introduzione al piano di zona 2009 – 2011 e
aspetti metodologici**



1 Premessa

(a cura di Veronica Borroni)

E' ormai la terza volta che l'Ambito del Distretto di Carate Brianza si trova impegnato nel processo programmatico relativo alle politiche sociali.

Il Piano di Zona del primo triennio (2002 – 2004) ha permesso una maggiore conoscenza a livello distrettuale dei servizi sociali gestiti dai vari Comuni, delle similitudini e differenze tra gli stessi e dei volumi di spesa impiegati per il welfare locale.

Il Piano di Zona del secondo triennio (2006 – 2008) ha posto l'attenzione, invece, sugli interventi e servizi da intraprendere a livello associato, (favorendo in tal senso anche l'individuazione di nuovi assetti gestionali), e sui diversi stakeholder interessati dal processo programmatico individuando i percorsi da presidiare per il reale confronto e la reale partecipazione degli stessi.

Il presente Piano di Zona (2009 – 2011) mantiene gli elementi più validi dei due precedenti ma ha anche l'ambizione di:

1. programmare, nel triennio, le modalità per ampliare il confronto e l'azione congiunta tra le politiche sociali e le altre attinenti quali quelle sanitarie, abitative, educative, formative e lavorative dell'Ambito;
2. introdurre elementi valutativi del processo e degli obiettivi individuati dal Piano stesso;
3. declinare il più compiutamente possibile i vari bisogni individuati nell'analisi di comunità, coinvolgendo nel contempo tutti gli interlocutori del territorio nel raggiungimento degli stessi.

Infatti in un contesto in cui si evidenziano vecchie e nuove povertà, ove i bisogni investono aree sempre più complesse, a fronte di una riduzione delle risorse, si ritiene che la miglior strada percorribile sia quella di stringere tutti gli attori coinvolti in una sorta di "patto di comunità" in cui insieme si concorra al raggiungimento degli obiettivi condivisi. In quest'ottica, nonostante con le risorse "pubbliche" possano essere soddisfatti "soltanto" i bisogni declinati al cap. 8, sono state mantenute tutte le possibili proposte di intervento individuate dai gruppi d'area quali stimolo ad altrui o congiunte azioni.

Tutto ciò sia quale ulteriore sforzo nello sviluppo della capacità programmatica dell'Ambito sia al fine di rispondere alle richieste poste dalla Regione Lombardia nelle "Linee di indirizzo per la programmazione dei piani di zona del 3° triennio (2009-2011)"¹ e dal "Libro Verde del Welfare"² redatto nel 2008 dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

¹ Le "Linee di indirizzo per la programmazione dei piani di zona del 3° triennio (2009-2011)" recitano nella premessa di pag. 1: "Se la programmazione del primo triennio ha rappresentato prevalentemente la programmazione degli interventi finanziati con le risorse del FNPS e quella del secondo triennio lo sviluppo del concetto di "programmazione e gestione associata", la terza triennalità dovrà ulteriormente evolvere verso la programmazione integrata degli obiettivi e degli interventi sociali attuati nell'ambito distrettuale in materia sociale, con una particolare attenzione all'integrazione sociosanitaria e più in generale all'integrazione tra politiche a favore della persona e della famiglia, per un welfare che non sia solo riparativo e di tutela, ma anche promozionale e preventivo".

² Il Libro Verde del Welfare indica a pag. 13 all'interno del punto "c) gli obiettivi quantificabili" che: "...la costruzione del nuovo Welfare deve avvalersi di un costante monitoraggio e di un approccio per obiettivi, in modo da consentire ai decisori e ai loro interlocutori sociali di misurare continuamente l'avvicinamento ai



Come sarà articolato dunque il presente Piano di Zona?

Nel prossimo capitolo, all'interno della sezione introduttiva, si pone una particolare attenzione agli aspetti metodologici del Piano. In particolare viene delineato il processo che ha portato alla redazione del presente documento e vengono individuati gli elementi valutativi che si intendono utilizzare per monitorare processo e obiettivi.

Al capitolo 3, all'interno della sezione dedicata alla governance ed all'organizzazione dell'Ambito, viene delineato il sistema di governance programmatoria che si intende adottare sia nei rapporti con gli interlocutori esterni all'Ambito: Regione, Provincia, ASL, altri Distretti, che in quelli interni all'Ambito: livelli Politici e Tecnici dei Comuni, III settore, Azienda.

Al capitolo 4 viene delineato il sistema gestionale dei servizi dell'Ambito. Il Distretto di Carate è infatti impegnato in una profonda trasformazione che sta portando alla costituzione di un'azienda speciale consortile per la gestione dei servizi distrettuali e di alcuni servizi comunali che cambierà in profondità l'assetto gestionale del territorio.

Col capitolo 5 si apre la sezione del Piano dedicata all'analisi del contesto, in particolare in questo capitolo vengono esposti gli indicatori che tratteggiano, in generale, le caratteristiche del nostro Ambito con particolare attenzione ai principali fenomeni demografici e socio economici e con un approfondimento relativamente alla spesa sociale.

Il capitolo 6 è dedicato all'esame delle diverse aree storicamente più interessate dagli interventi socio assistenziali: anziani, disabili, minori, adulti in difficoltà e nuove povertà. All'interno dell'area adulti sono state delineate anche le possibili aree di integrazione tra le politiche sociali e quelle sanitarie, abitative, urbanistiche, formative, lavorative,...

Il capitolo 7, all'interno della sezione che esplicita gli obiettivi del Piano, è dedicato all'individuazione delle linee strategiche, alle azioni di sistema ed agli obiettivi specifici che l'Ambito intende raggiungere nel 2009.

Infine, quali allegati del PdZ, vengono proposti:

- i dati statistici raccolti dall'Ufficio di Piano per la redazione del PdZ nella loro forma grezza;
- l'elencazione delle unità di offerta sociale dell'Ambito censite dall'Ufficio di Piano suddivise per aree e per servizi – prestazioni – erogazioni economiche;
- i protocolli d'intesa, gli accordi di programma ed i regolamenti vigenti e sottoscritti dall'Ambito, o in bozza perché in via di stipula.

risultati attesi, l'effettiva utilità delle politiche adottate, l'opportunità di correzioni nel caso di scostamenti, il confronto con i sistemi dei Paesi concorrenti"...



2 Il processo di monitoraggio e valutazione

(a cura di Veronica Borroni e Sara Bertolini)

L'obiettivo di questo capitolo è quello di illustrare il disegno di valutazione e di monitoraggio del Piano di Zona dell'Ambito Distrettuale.

Si fa presente che il disegno, elaborato nel corso del processo di formazione del presente Piano di Zona, deve ritenersi passibile di ulteriori modifiche nel corso del triennio al fine di adattarsi ad eventuali necessità diverse riscontrate, in una logica di costruzione progressiva, in modo da divenire uno strumento permanente di analisi dei prodotti e dei processi del Piano di Zona e della gestione associata.

Quanto qui definito fa proprie le seguenti premesse relative alla valutazione:

- valenza strategica: la valutazione è un'azione strettamente connessa con le attività di progettazione ed implementazione del PDZ;
- utilità per il processo decisionale: la valutazione deve risultare utile a chi deve prendere decisioni, deve cioè produrre informazioni e dati che servano effettivamente a formulare giudizi e – su questa base – riprogettare corsi d'azione;
- capacità euristica: la valutazione aiuta a capire meglio le scelte fatte e le loro implicazioni; aiuta ad individuare che cosa funziona e cosa non funziona nella politica sociale, aiuta a scoprire aspetti nuovi, inaspettati.

Per la valutazione si utilizzeranno metodologie miste basate su più strumenti e più fonti informative. L'approccio utilizzato sarà di tipo partecipato con i diversi soggetti che hanno concorso al processo programmatico (partecipanti ai tavoli di area, Distretto Socio-sanitario) e, ove possibile, con tutta la cittadinanza.

Ciò è occasione per accrescere consapevolezza e co-responsabilità dei soggetti del territorio e per garantire anche interessi e punti di vista esterni all'organismo di programmazione (Ufficio di Piano) nell'identificazione delle questioni rilevanti e delle possibili soluzioni.

La valutazione, infatti, è anche un'attività complessa, negoziale, un momento di apprendimento collettivo dei soggetti che concorrono alla realizzazione delle politiche sociali pubbliche. Grazie al processo di valutazione si impara altresì a governare insieme un sistema integrato di servizi alla persona.

Le fasi temporali di valutazione, relative al Piano di Zona 2009/2011 sono state così individuate: valutazione ex-ante, valutazione in itinere, valutazione ex-post.

2.1 La valutazione ex-ante

La valutazione ex-ante serve per conoscere il contesto, costruire scenari ed ipotesi e fornisce un supporto nelle scelte operative (in particolar modo nella scelta delle linee strategiche da perseguire nel triennio). Nell'Ambito di Carate Brianza essa è stata così declinata:

- a. monitoraggio del processo di costruzione del nuovo PdZ;
- b. valutazione della pianificazione precedente (Piano di Zona 2006 – 2008);
- c. valutazione del processo di governance precedente;



- d. valutazione dei bisogni e delle tendenze emergenti ai fini della riprogettazione per il 3° triennio del PDZ (oggetto di tutto il capitolo 6);
- e. valutazione delle condizioni di fattibilità rispetto alle risorse;
- f. valutazione relativa alle aree indicate espressamente dalle Linee Guida Regionali³.

Tutte le azioni realizzate ai fini della valutazione ex-ante sono state condotte con la partecipazione e condivisione del Terzo Settore (all'interno dei Tavoli d'area e del Tavolo di Sistema). Di seguito le azioni vengono specificate singolarmente.

2.1.1 Il monitoraggio del processo di costruzione del nuovo Piano di Zona

Il percorso di elaborazione del Piano di Zona ha preso ufficialmente avvio dal mese di ottobre 2008, quando è stata resa nota la bozza delle Linee guida regionali, anche se i lavori dell'Ufficio di Piano e dei tavoli attivati sul distretto erano già iniziati da almeno 6 mesi.

Ai fini di monitorare il processo e di valutare il raggiungimento dell'obiettivo, sono stati predisposti tre strumenti:

- è stato costruito, innanzitutto, il diagramma di flusso con le azioni da realizzare, in ordine logico;
- in secondo luogo sono stati definiti i tempi di realizzazione di ogni azione attraverso il diagramma di Gantt che illustra lo stato di avanzamento dei lavori;
- infine, sono stati specificati gli attori coinvolti in ciascuna fase e il loro ruolo (soggetto responsabile dell'azione, soggetto coinvolto, soggetto informato), nella Matrice delle responsabilità.

I tre strumenti, in termini di validità e contenuti, sono stati condivisi con i tecnici comunali, il privato sociale e con l'Assemblea dei Sindaci.

Di seguito sono riportati gli schemi e le tabelle che rappresentano i tre strumenti sopra citati.

Gli obiettivi prefissati sono stati raggiunti e le modalità di lavoro prefigurate sono state rispettate.

E' stata registrata qualche difficoltà sul rispetto dei tempi previsti in particolare si sono verificati alcuni ritardi rispetto ai tempi ipotizzati, a causa del contemporaneo lavoro di studio sulla realizzazione dell'azienda speciale consortile affidato all'Ufficio di Piano, in ogni caso il lavoro si è concluso entro i termini fissati dalla Regione e dalla ASL Monza e Brianza.

³ Le "Linee di indirizzo per la programmazione dei piani di zona del 3° triennio (2009 -2011)" così si esprimono nel capitolo dedicato alla valutazione del Piano di Zona 2006/2008, a pag. 1:... "La nuova programmazione non può prescindere dalla valutazione degli obiettivi fissati per la triennalità 2006-2008 ... Gli obiettivi definiti con le circolari n.34/2005 e n. 48/2005 riguardavano: a) titoli sociali b) attivazione di forme di gestione associata dei servizi c) costituzione di un fondo di solidarietà tra comuni associati d) costituzione di un tavolo di rappresentanza del terzo settore"...



DIAGRAMMA DI FLUSSO – PIANO DI ZONA 2009-2011

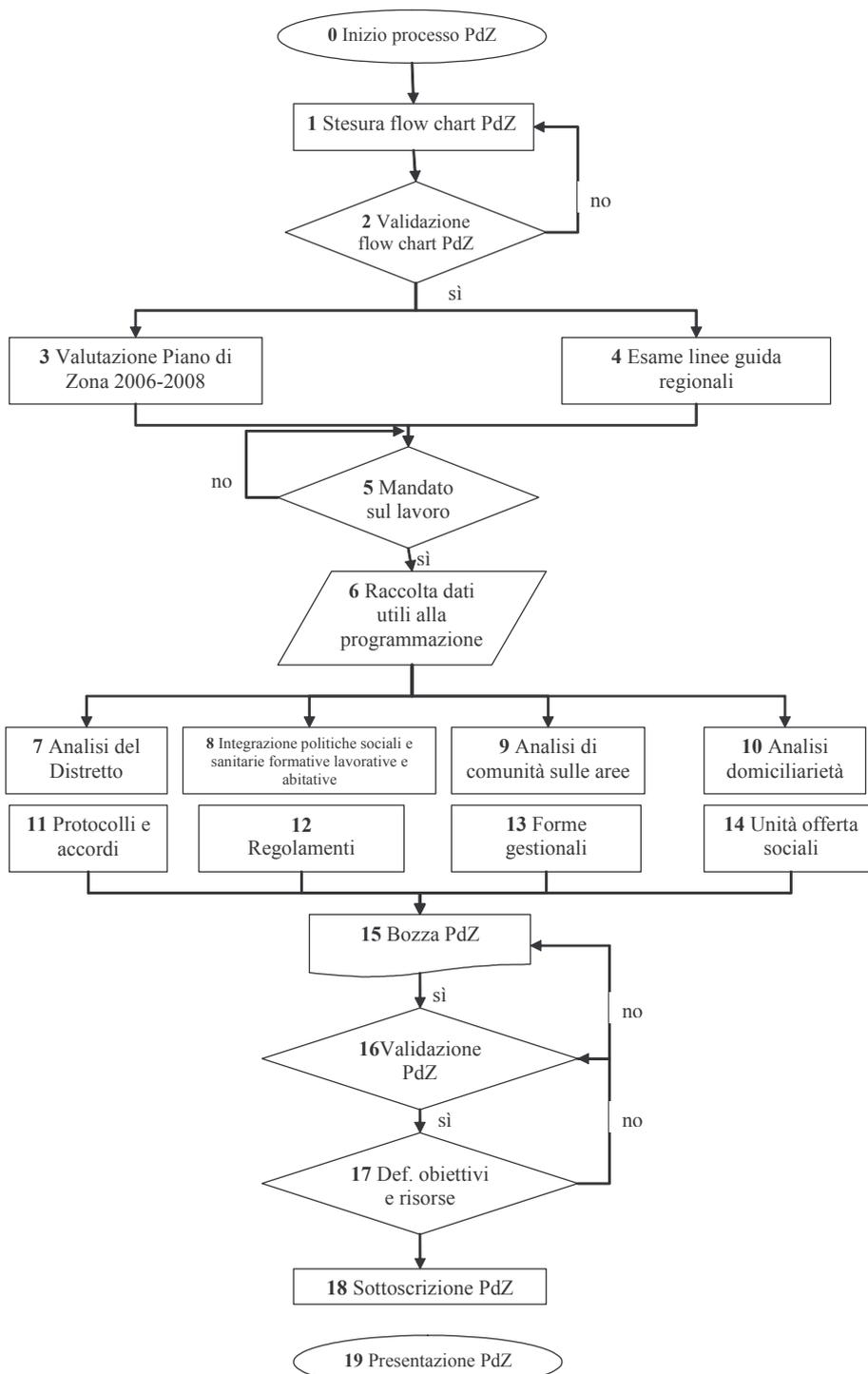
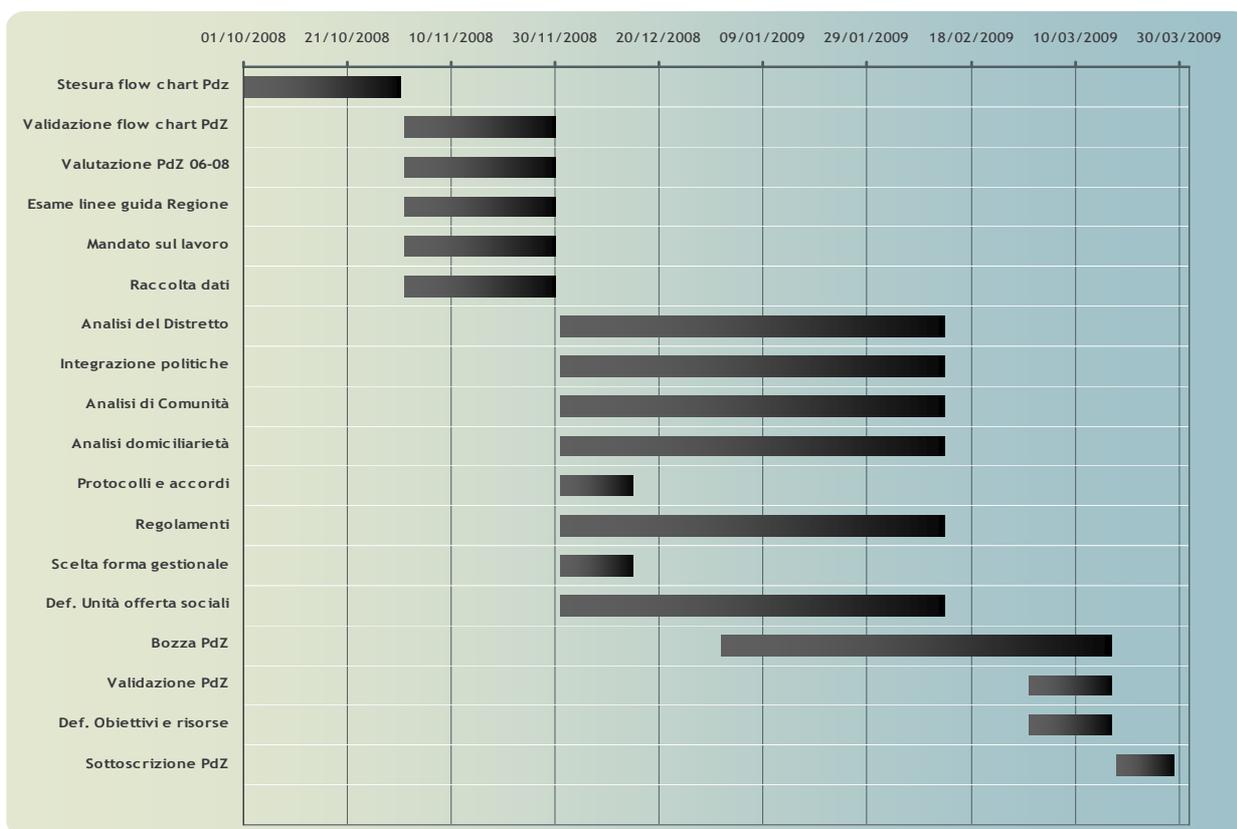




DIAGRAMMA DI GANTT - PIANO DI ZONA 2009-2011





MATRICE DELLE RESPONSABILITA' – PIANO DI ZONA 2009-2011

	Assemblea dei Sindaci	Ufficio di Piano	Tavolo Gestionale Tecnico	Tavolo di Sistema	Tavoli d'area allargati	Tavoli d'area istituzionali	ASL Mi 3	Altri Distretti ASL 3	Distretto socio sanitario	Altri	Azioni	Tempi
1		R	C	C							Stesura flow chart	Novembre 2008
2	R										Validazione flow chart	Novembre 2008
3	C	R	C	C	C	C					Valutazione raggiungimento obiettivi PdZ 2006-2008	Novembre 2008
4	C	R	C	C			C	C	C		Esame linee guida regionali	Novembre 2008
5	R	C	I	I	I				I		Mandato di lavoro su PdZ 2009-2011	Entro 30/11/08
6	I	R	C				C	C	C		Raccolta dei dati necessari alla programmazione	Entro 30/11/08
7		R	I	I			C	C	C		Analisi della spesa sociale e della qualità di vita nel Distretto	Entro 13/2/09
8	C	R	C	C			C				Integrazione politiche (socio-sanitarie, lavorative/formative, altre)	Entro 13/2/09
9		R		C	C	C			C		Analisi di comunità per aree	Entro 13/2/09
10		R	I	C	I	I			C		Analisi sulla domiciliarità	Entro 13/2/09
11	C	R	C				C		C		Valutazione e ri-proposta protocolli e accordi	Entro 15/12/08
12	C	R	C	C	C						Analisi, riprogrammazione, ridefinizione regolamenti (buoni, organi...)	Entro 13/2/09
13	C	R	C								Scelta forma gestionale	Entro 15/12/08
14		R	C		C						Definizione unità offerta sociali, segretariato sociale	Entro 13/2/09
15		R	C	C	C	C	C		C		Bozza PdZ e accordo di programma	Entro 17/3/09
16	R	C	C	I	I	I	C		I		Validazione PdZ	Entro 17/3/09
17	R	C	C	I	I	I	C		I		Individuazione obiettivi strategici e annuali e allocazione risorse	Entro 17/3/09
18	R						C			C*	Adesione al PdZ	Dal 29/3/09
19	R	C								C^	Presentazione PdZ	Dal 29/3/09

* privato sociale

^ consigli comunali, territorio...

Legenda: R=responsabile; C=coinvolto; I=informato



2.1.2 La valutazione della pianificazione precedente

Per ogni area di intervento e per le azioni di sistema, nel piano di Zona 2006-2008 sono state declinate una serie di proposte di intervento da considerarsi quali obiettivi del triennio.

Una prima azione di valutazione dei prodotti, utile a porre le basi per la nuova programmazione, è stata quella di verificare quali azioni prospettate sono state messe in atto (in parte o completamente), quali risultati, invece, non sono stati raggiunti e quali siano state le motivazioni.

Occorre specificare che la non chiara definizione nel precedente Piano tra possibili proposte e obiettivi assunti ha fatto sì che si considerassero tutte le proposte come obiettivi. In tal senso nel nuovo Piano di Zona, all'interno del cap. 7 si distinguerà tra le possibili azioni e gli obiettivi che l'Ambito si assumerà come propri, annualmente.

All'interno di ogni area d'intervento analizzata, nel capitolo 6, sono stati riportati (attraverso degli schemi) i risultati della valutazione. Essi sono stati discussi all'interno dei Tavoli d'area, del Tavolo di sistema e con l'Assemblea dei Sindaci.

Nella programmazione 2009-2011 si è ritenuto opportuno, in alcuni casi, riproporre alcune tematiche poiché ritenute ancora attuali, in alcuni casi, invece, si è valutato di spostare l'attenzione su diversi obiettivi, sostenuti da bisogni emergenti della cittadinanza. Infine, in altri casi, si è ritenuto di mantenere il focus sulle azioni effettivamente realizzabili in seno alle politiche sociali o comunque all'interno dell'ente locale e non riguardanti altri soggetti del territorio non connessi e non dipendenti, se non debolmente, dall'ambito sociale e/o pubblico (il quale, in questi casi, non ha potere di decisione).

Di seguito si riporta lo schema relativo agli obiettivi raggiunti/non raggiunti e le azioni attivate (con relativo stanziamento) dell'area "sistema e governance". Per quanto riguarda le altre aree, si rimanda al capitolo 6 "Diagnosi di comunità".

Valutazione obiettivi Piano di Zona precedente

Area sistema e governance		
Bisogno obiettivo evidenziato dal piano di zona	Azioni attivate	Grado di raggiungimento
Attivazione sperimentazione voucher	Voucher sad Lissone – voucher aiuti educativi H	☺
Implementazione udp	Costituzione Ufficio di Piano con personale dedicato	☺
Studio fattibilità azienda sociale	Gruppo di lavoro – corso SDA per tecnici e politici – predisposizione analisi preliminare di contesto e studio fattibilità a carico dell'Ufficio di Piano	☺



Obiettivo raggiunto



Obiettivo in corso di raggiungimento o parzialmente raggiunto



Obiettivo non raggiunto

2.1.3 La valutazione del processo di governance

La valutazione ex-ante non ha preso in considerazione solo il raggiungimento degli obiettivi, ma anche il processo sottostante. In particolare, è stata presa in esame la



modalità di partecipazione del terzo settore e degli attori coinvolti nel Piano di Zona 2006-2008.

A tal fine, si è ritenuto opportuno quantificare il numero di incontri realizzati dai diversi organi del Piano di Zona e il livello di partecipazione dei soggetti invitati a sedere ai Tavoli. Ciò è stato monitorato in particolare a partire da settembre 2007, momento in cui è cambiato il Comune capofila e l'Ufficio di Piano, costituito come Ufficio Unico a giugno 2007, ha avuto personale dedicato e ha riavviato gradatamente il processo di coinvolgimento del territorio che si era faticato a mantenere con la precedente modalità di gestione (ore dedicate da parte di alcuni operatori dei servizi sociali territoriali).

Si è riscontrato che le riunioni sono avvenute, anche se non per tutte le aree, con cadenze regolari e coerentemente con quanto deciso all'inizio dell'anno in accordo con i partecipanti. La partecipazione di alcuni enti (distretto socio-sanitario, sindacati e alcuni soggetti del privato sociale) è stata costante, altri enti, invece, sono stati incostanti ed alcuni, infine, non hanno mai presenziato. Per quanto riguarda i tavoli tematici allargati ciò è dovuto al fatto che l'elenco dei soggetti destinatari delle convocazioni (dunque i soggetti invitati) è stato stabilito dall'Ufficio di Piano in base alle proprie conoscenze del territorio e su suggerimento delle singole Amministrazioni comunali o di altri enti del privato sociale; non è stato costituito attraverso la modalità dell'iscrizione e quindi dell'auto-candidatura. Ciò ha fatto sì che alcuni soggetti, probabilmente non interessati, non abbiano mai ritenuto di voler partecipare.

Per quanto riguarda gli organi istituzionali, si è osservato che, vista la grande quantità di gruppi di lavoro attivati, la partecipazione degli operatori dei Servizi Sociali comunali non è stata costante sui Tavoli d'area istituzionali e al Tavolo Gestionale tecnico; ciò, e nonostante la redazione e diffusione di verbali, ha reso a volte difficile la comunicazione, la condivisione delle azioni e il passaggio delle informazioni tra Ambito e singoli comuni. Un'ultima criticità rilevata riguarda il fatto che gli incontri dell'Ufficio di Piano non sono registrati (sia come convocazioni che come verbali).

Si riportano alcuni dati raccolti sul processo e sul percorso a livello distrettuale da luglio 2007 a dicembre 2008. Le fonti informative prese in esame sono state le convocazioni protocollate e i fogli di raccolta delle firme dei partecipanti, nonché i verbali delle sedute.

Organo	N° incontri 2007	N° incontri 2008
Assemblea dei Sindaci	7	24
Tavolo Gestionale Tecnico	7	20
Tavolo di Sistema	2	8
Tavoli anziani in forma allargata	2	8
Tavoli anziani in forma istituzionale	2	10
Tavoli disabili in forma allargata	3	6
Tavoli disabili in forma istituzionale	2	4
Tavoli minori in forma allargata	1	5
Tavoli minori in forma istituzionale	3	13
Tavoli adulti in forma allargata	1	5
Tavoli adulti in forma istituzionale	3	6

Organo	N° soggetti invitati	N° soggetti frequentanti
Assemblea dei Sindaci	13	13
Tavolo Gestionale Tecnico	13	13
Tavolo di Sistema	12	11
Tavoli anziani in forma allargata	22	9
Tavoli anziani in forma istituzionale	7	5



Tavoli disabili in forma allargata	24	12
Tavoli disabili in forma istituzionale	7	2
Tavoli minori in forma allargata	15	10
Tavoli minori in forma istituzionale	6	4
Tavoli adulti in forma allargata	27	14
Tavoli adulti in forma istituzionale	6	3

Anche l'Assemblea del Terzo Settore si è occupata dell'analisi del processo di partecipazione e delle modalità di lavoro dei Tavoli dello scorso triennio. E' stata constatata una evoluzione positiva nel livello di partecipazione ed un clima di collaborazione e confronto, nonché un buon livello nelle competenze di chi partecipa e chi conduce.

Accanto ai punti di forza, le criticità emerse sono le seguenti:

- Tavolo di sistema: vastità degli argomenti da trattare, accadimenti (nuove DGR – necessità di pervenire a progettazioni ad hoc - ...) che rendono difficile concentrarsi su un argomento in maniera continuativa.
- Tavolo adulti: ambito di intervento troppo vasto; suddivisione in sottogruppi non sempre funzionale poiché diluisce la partecipazione.
- Tavolo handicap: difficoltà organizzative e di coordinamento del lavoro.
- Tavolo minori: pochi gli enti partecipanti; incontri continuativi soprattutto nei mesi precedenti la redazione del Piano di Zona; difficoltà nell'affrontare il target "giovani" in maniera unitaria (over 18 anni).
- Tavolo anziani: assenza delle RSA.

Accanto a questo tipo di studio, l'Ufficio di Piano, insieme ai soggetti interessati, sia sul piano istituzionale che su quello della partecipazione, si è interrogato sul modello generale di governance ai fini di una sua revisione, anche su stimolo della DGR 7797 del 30/07/2008.

Le osservazioni emerse dall'analisi (avviata a partire dall'attuale regolamento degli organi del Piano di Zona) e le considerazioni raccolte, nonché il nuovo modello proposto, sono contenuti nell'apposito capitolo 3 dedicato alla governance, e, per ciò che riguarda i regolamenti (vigenti e in discussione) negli allegati del Piano di Zona.

2.1.4 La valutazione dei bisogni e delle tendenze emergenti

Ciascun Tavolo d'area, sia in forma allargata che istituzionale, prima di procedere all'elaborazione di proposte di intervento, ha effettuato un'analisi del contesto e della problematica in esame allo scopo di prefigurare alcune tendenze, evidenziare caratteristiche specifiche dei fenomeni e bisogni emergenti da parte di alcune categorie di cittadinanza sulle quali si ritiene necessario intervenire, poiché considerate portatrici di fragilità. A questa fase di valutazione ex-ante hanno partecipato non solo gli operatori dei servizi sociali comunali, ma anche il Distretto Socio-sanitario, i soggetti del Terzo Settore operanti sul territorio e i sindacati, in modo tale che l'inquadramento dei problemi avvenisse da più punti di vista e da diversi osservatori, più o meno vicini al territorio. Analogamente a quanto avvenuto per il Piano di Zona precedente si è operato dapprima attivando una riflessione tra i partecipanti, a livello "qualitativo" e cioè declinando le aree ritenute di maggior bisogno. Quindi, sulle stesse si è attivata una ricognizione anche di tipo quantitativo rispetto ad elementi che potessero contribuire ad approfondire la riflessione. Infine si sono tratteggiate le riflessioni contenute nel presente Piano di Zona.

Si rimanda al capitolo 6 "Diagnosi di comunità" per la lettura dei prodotti emersi.



2.1.5 La valutazione delle condizioni di fattibilità rispetto alle risorse.

Pur non conoscendo l'ammontare delle risorse di Fondo Nazionale Politiche Sociali, di Fondo Sociale Regionale e di Fondo per le non autosufficienze assegnate per l'anno 2009 all'ambito di Carate, l'Ufficio di Piano ha elaborato un piano di fattibilità sulla base di una stima delle risorse stesse e sulla base delle decisioni dell'Assemblea dei Sindaci in merito ai servizi, ai progetti distrettuali e ai titoli sociali che si vogliono garantire per il triennio e, in specifico, per l'anno in corso. Si specifica che nel piano finanziario sono stati inseriti gli obiettivi prioritari che si è deciso di supportare con risorse specifiche ma, in ogni caso, per ogni area sono state elencate tutte le proposte di intervento e i possibili obiettivi in modo tale da avere una panoramica completa delle necessità utile in caso di ulteriori finanziamenti reperibili in corso d'anno e in caso di autonome progettazioni a cura del privato sociale.

Nel capitolo 7 si riporta il piano di sostenibilità economica degli obiettivi e degli interventi di Ambito declinato secondo diverse modalità (per obiettivi regionali – per flussi finanziari...)

2.1.6 La valutazione delle aree ad interesse regionale

Nella D.G.R. 8551 del 03/12/2008 "Linee di indirizzo per la programmazione dei Piani di Zona – 3° triennio" la Regione Lombardia ha evidenziato alcuni obiettivi della scorsa triennalità (ex circolari 34/2005 e 48/2005) la cui valutazione, nella fase iniziale della predisposizione del Piano di Zona, è ritenuta imprescindibile per la nuova programmazione:

1. consolidamento del sistema dei titoli sociali;
2. attivazione di forme di gestione associata;
3. costituzione del fondo di solidarietà;
4. costituzione di un tavolo di rappresentanza del terzo settore.

L'Ambito ha, dunque, condotto un esame specifico di tali tematiche, soprattutto a livello istituzionale ma, in particolar modo per i punti 1 e 4 anche col privato sociale.

2.1.6.1 I titoli sociali

Nel triennio 2006-2008 è stato consolidato il sistema dei titoli sociali ed è stata sperimentata, nell'Ambito, l'attivazione dei voucher per l'educativa scolastica disabili (dal solo Comune di Lissone è stato attivato un sistema di voucherizzazione anche sul servizio SAD).

Il sistema di erogazione dei buoni sociali nell'ambito di Carate Brianza è basato su un unico regolamento distrettuale adottato dai tredici Comuni che rappresentano i punti d'accesso all'unità d'offerta più vicini al cittadino. Essi si occupano di raccogliere la domanda ed erogare il contributo economico.

Il Tavolo Gestionale Tecnico dell'Ambito ha valutato positivamente, dal punto di vista qualitativo, l'attuale strutturazione, prevedente tredici punti d'accesso, poiché la stessa consente di rispondere in maniera più appropriata e vicina ai bisogni del cittadino e di redigere un PAI (piano di assistenza individuale) più puntuale e verificabile dai servizi più prossimi al bisogno.



Il regolamento prevede l'erogazione, secondo specifici criteri, di quattro tipologie di buoni:

- buoni natalità;
- buoni domiciliarità anziani;
- buoni domiciliarità disabili;
- buoni fragilità.

I buoni natalità e domiciliarità sono erogati attraverso un bando, mentre quelli a sostegno della fragilità sono erogati con modalità "a sportello" previa sottoscrizione di un PAI.

In tutti i casi i Comuni sono impegnati in un monitoraggio sul reale impegno ed utilizzo del buono. Anche l'entità dei buoni (a fascia differenziata e diversa a seconda della tipologia di buono) è stata valutata come rispondente alle esigenze degli utenti. Si ritiene invece che vadano riviste le fasce ISEE di riferimento per l'accesso ai buoni; ciò sarà obiettivo di lavoro per il triennio.

Dal punto di vista quantitativo, secondo i dati del Monitoraggio del Piano di Zona, nell'anno 2008 sono stati erogati 2.262 buoni (il 37% in più rispetto all'anno precedente) per un totale di 572 fruitori. Anche le risorse erogate sono aumentate del 37%. Il 14% delle domande presentate non è stata soddisfatta (in questa percentuale sono conteggiate anche le domande non ammissibili, le domande ammesse ma soddisfatte nel semestre successivo a quello di rendicontazione e sconta il limite del fatto che la tabella di raccolta dei dati è mutata tra primo e secondo semestre).

Benché la maggior parte dei buoni erogati sia stata finalizzata al sostegno del reddito (sempre su progetto individuale), è significativa la percentuale delle erogazioni maggiormente "mirate": 24% per care giver familiare, il 12% per assistente familiare, 4,5% per assistenza informale.

Per quanto riguarda l'erogazione di voucher, va specificato che il Comune di Lissone dal 2006 ha voucherizzato totalmente il servizio di Assistenza domiciliare anziani e disabili, mentre l'Ufficio di Piano, nel 2008, ha accreditato delle agenzie per l'erogazione di voucher per l'educativa scolastica di alunni disabili certificati. Questi ultimi voucher sono stati sperimentati dai Comuni di Albiate, Besana, Lissone, Triuggio, Veduggio in modo complementare rispetto al servizio già erogato attraverso appalto o personale interno.

Per l'anno 2009 sarà voucherizzato a livello distrettuale anche il potenziamento del servizio SAD da realizzarsi il sabato e la domenica, nei giorni festivi e negli orari serali, rivolto ad anziani, disabili e soggetti multiproblematici (psichiatrici, hiv-positivi, ...), con risorse derivanti dalla DGR 8243 del 22 ottobre 2008.

E' intenzione del Comune di Besana in Brianza voucherizzare il servizio SAD a partire dall'anno 2011.

Il Tavolo tecnico del distretto ha valutato positivamente la voucherizzazione ma si sottolinea la criticità, per ciò che riguarda il SAD del numero ridotto di agenzie che chiedono l'accreditamento (attualmente sono due per il SAD ma per lungo tempo c'è stata un'unica agenzia) a causa del quale non è possibile parlare di un vero e proprio mercato di libera scelta per il cittadino.

Per ciò che riguarda l'AES, al contrario, a differenza di ciò che avviene quando il servizio è gestito direttamente o dato in appalto, con il voucher è più difficile da parte degli operatori il monitoraggio degli interventi e l'attuazione dei PAI dovendosi coordinare gli interventi con troppe diverse agenzie (5 diversi accreditati). Stessa difficoltà è a volte riscontrata da parte delle scuole.

I dati del Monitoraggio del Piano di Zona mettono in evidenza una copertura del 100% della domanda di voucher. In particolare, i fruitori di voucher per il sostegno domiciliare sono aumentati dal 2007 al 2008 del 66%; parallelamente i voucher erogati sono aumentati del 77%.



I fruitori del servizio di assistenza scolastica nel 2008, primo anno di sperimentazione, sono stati 22.

Focus: i titoli sociali a favore della famiglia

Nell'ottica dell'ampliamento del sistema di risposta ai bisogni della famiglia, ai sensi della Circolare regionale 31/2006, nell'anno 2008 sono stati erogati buoni sociali rivolti alle famiglie con figli minori quale strumento di sostegno delle spese sostenute per la crescita, l'accudimento, l'educazione, la socializzazione e quale strumento di accesso a servizi.

Ai fini dell'erogazione, l'Ambito distrettuale ha ritenuto opportuno definire delle apposite linee guida, ad integrazione del già esistente regolamento per i buoni fragilità, che individuano quali destinatari dell'intervento economico le famiglie (in via prioritaria quelle numerose) in condizione di particolare fragilità. L'erogazione è vincolata alla sottoscrizione di un progetto con la famiglia.

Secondo il regolamento, i servizi che possono essere sostenuti economicamente attraverso questo tipo di buoni sociali riguardano le funzioni di cura, custodia, educazione, ricreazione, accompagnamento, trasporto, in particolare:

- servizi gestiti da figure innovative (madri di giorno – educatrici domiciliari – baby sitter)
- servizi per il tempo dopo la scuola e nei periodi di vacanza scolastica (Natale, Pasqua, mesi estivi)
- centri e attività per il tempo libero
- servizi di accompagnamento nei percorsi da casa a scuola o verso altre agenzie educative, di socializzazione o sanitarie

Nei buoni a sostegno della famiglia non rientrano i contributi economici a sostegno della retta in asili nido, micro – nidi o scuole, considerato che si è inteso sostenere l'accesso della famiglia a servizi che affiancano il tradizionale sistema di offerta già esistente.

Attraverso il monitoraggio dei Piani di Zona è possibile costruire un quadro quantitativo rispetto alla diffusione dei buoni per le famiglie, che può essere preso come base per il monitoraggio nel prossimo triennio.

I buoni sono stati erogati su tutto il territorio distrettuale, il 91,7% delle domande presentate sono state soddisfatte ed il grado di copertura è del 1,0% delle famiglie numerose residenti.

A questo proposito è necessario specificare che per alcuni Comuni dell'Ambito non è stato possibile rilevare il numero di famiglie per numero di figli minori poiché gli uffici anagrafe non sono dotati di software appositi, quindi si è fatto riferimento più in generale (e quindi sovrastimando) al numero di nuclei familiari con cinque o più componenti. Sono stati erogati 44 buoni utilizzati dalle famiglie prioritariamente per servizi educativi per un totale di 22.647 Euro (cifra più alta di quella destinata all'Ambito dalla circolare 31 stessa).

Il monitoraggio è stato anche occasione per rilevare se i Comuni realizzano ulteriori interventi a sostegno dei nuclei familiari: tutti i territori offrono azioni a sostegno dell'educazione dei figli e della conciliazione maternità-lavoro.

Inoltre i Comuni di Sovico e di Besana prevedono azioni di riduzione della Tarsu.

2.1.6.2 Forme di gestione associata dei servizi

Nel giugno 2007 è stato costituito attraverso una convenzione tra i 13 Comuni dell'Ambito l'Ufficio di Piano come Ufficio Unico ai sensi dell'art. 30 del Decreto Legislativo 267/2000 quale primo passo nella direzione della gestione associata dei progetti e degli interventi distrettuali. In una logica di maggiore razionalizzazione ed omogeneizzazione dell'offerta,



dall'anno 2008 è stata avviata un'analisi di fattibilità relativa alla costituzione di un'azienda speciale consortile per la gestione associata dei servizi sociali.

Si rimanda al capitolo 4 "Il servizio di gestione dei servizi sociali dell'Ambito" per i dettagli sul percorso seguito, sui risultati raggiunti, sulle prospettive per il triennio, sulle tipologie di servizi che sono gestiti attualmente in forma associata e su quali saranno progressivamente passati alla costituenda azienda.

2.1.6.3 Fondo di solidarietà tra comuni associati

Nell'Ambito di Carate Brianza, come da indicazioni regionali, è stato costituito con il Piano di Zona 2006-2008 il "fondo di solidarietà" utilizzato a sostegno delle spese sostenute dai Comuni per le rette delle comunità per minori e per il sostegno delle famiglie affidatarie (ex artt. 80, 81, 82 L. R. 1/86).

L'attuale criterio di riparto di tale fondo (costituito in parte con le risorse del fondo di solidarietà e riequilibrio ASL e in parte con risorse distrettuali) tiene conto delle spese sostenute dai Comuni per i minori in comunità e in affido (al netto delle entrate da Circolare 4) e di quanto dette spese incidono sul totale delle spese correnti (Titolo I) del Comune.

Per il prossimo triennio, è intenzione dell'Ambito mantenere tale fondo con le finalità della L.R. 34/2004 e crearne uno ulteriore sulla psichiatria (a seguito del ritiro della delega di gestione all'ASL) i cui criteri di riparto ed utilizzo saranno rivisti insieme ai Servizi sociali comunali e al Centro Psico Sociale a conclusione del passaggio di consegne con la ASL, partendo dall'attuale regolamento di utilizzo del Fondo Sociale Psichiatria e dall'analisi del mutamento dei bisogni degli utenti psichiatrici.

2.1.6.4 Costituzione del Tavolo di rappresentanza del III Settore

La circolare regionale 48/2005 prevedeva, tra gli obiettivi della programmazione 2006-2008, la costituzione di tavoli di rappresentanza, anche eventualmente coincidenti con il tavolo di rappresentanza ASL, quale spazio specifico di confronto e consultazione, evoluzione ulteriore dei tavoli tematici.

Il regolamento degli organi distrettuali approvato dall'Assemblea dei Sindaci dell'11 maggio 2007 prevede la formalizzazione dell'Assemblea del III settore, di Tavoli allargati d'area e del Tavolo di Sistema. Quest'ultimo è composto dai membri dell'Ufficio di Piano, dai rappresentanti del Terzo Settore eletti dall'Assemblea del privato sociale e dai rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Pur non essendo previsto dal regolamento, nel corso del 2008, per prassi si è sempre vista anche la partecipazione del Direttore del Distretto ASL.

Si tratta di un gruppo di lavoro operativo che permette la reale partecipazione del territorio alle scelte in materia di politica sociale. Si occupa di:

- garantire l'uniformità delle modalità di lavoro dei gruppi d'area al fine di uniformare le modalità di lavoro degli stessi;
- esprimere pareri e proposte, valevoli per la concertazione col privato sociale, relativamente agli atti di programmazione e organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali del distretto;
- trattazione di tematiche trasversali ai vari gruppi d'area (accesso ai servizi, ricognizione e considerazioni su flussi economici);
- rappresentanza verso l'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona delle istanze provenienti dal privato sociale nell'ambito del distretto di Carate Brianza;



- cura della regolarità e tempestività dei flussi informativi ai membri dell'assemblea del privato sociale.

Nel regolamento sopra citato sono formalizzati anche Tavoli di lavoro sulle specifiche aree di intervento (anziani, disabili, minori, adulti in difficoltà) a cui possono partecipare tutti gli enti del Terzo Settore interessati alla tematica e i sindacati.

A seguito della pubblicazione della L.R. 3/2008 e della Circolare 7797 del luglio 2008 e in occasione della più generale revisione del sistema di governance del Distretto avviata in vista del nuovo Piano di Zona e della costituzione dell'Azienda, l'ambito di Carate ha riformulato i livelli di consultazione e partecipazione del Terzo Settore. Gli esiti del lavoro partecipato sono illustrati nel paragrafo 3.1.2 e la bozza di regolamento finora redatta è proposta negli allegati al Piano di Zona.

2.2 La valutazione in itinere

La valutazione in itinere serve a fare il punto della situazione ed, eventualmente, a ri-orientare le azioni, gli indirizzi politici, l'allocazione di risorse durante il periodo di vigenza del Piano di Zona.

Prevede:

- a. individuazione dei criteri e degli indicatori;
- b. monitoraggio del sistema delle progettazioni e delle unità d'offerta distrettuali;
- c. monitoraggio della rispondenza dei tempi rispetto agli obiettivi prefissati;
- d. monitoraggio del sistema di governance e partecipazione;
- e. monitoraggio della pianificazione economica;
- f. monitoraggio specifico dei titoli sociali;
- g. valutazione della capacità dell'Ambito di essere flessibile ai nuovi input in corso di Piano.

L'Ambito di Carate prevede di realizzare la valutazione in itinere nelle fasi intermedie previste dai progetti o dalle scadenze di rendicontazione degli interventi e prevede una revisione più generale al termine di ogni anno del Piano di Zona in sede di revisione dello stesso.

2.2.1 Individuazione dei criteri e degli indicatori

La prima azione che è necessario realizzare, nel nostro Ambito, ai fini della valutazione in itinere è quella di definire gli oggetti della valutazione e gli indicatori da misurare.

Già nella fase di monitoraggio avviata prima e durante la redazione del Piano di Zona, a partire dalla valutazione del precedente documento programmatico, l'Ufficio di Piano ha definito gli oggetti da valutare: il processo, i prodotti, i tempi, le risorse impiegate. Si ritiene, dunque, logico mantenere l'attenzione sugli stessi oggetti, anche per poter effettuare dei confronti temporali.

Inoltre, in quella fase, l'Ufficio di Piano ha rilevato, sugli oggetti in questione, alcuni dati ed alcune informazioni di particolare interesse su cui incardinare una riflessione qualitativa. Si ritiene importante in questa fase recuperare gli indicatori già utilizzati ed integrarli, approfondirli, migliorarli, sistematizzarli. Successivamente è fondamentale definire livelli minimi da raggiungere a fronte di quanto misurato a inizio Piano di Zona.

Gli indicatori finali individuati saranno condivisi anche con gli altri soggetti del territorio.



2.2.2 Monitoraggio del sistema delle progettazioni e delle unità d'offerta distrettuali

L'aspetto più complicato nel processo di valutazione è quello della costruzione di indicatori sia qualitativi che quantitativi specifici sui prodotti, in particolare i progetti, le azioni, le unità d'offerta. Per questo motivo si ritiene utile scegliere alcuni servizi distrettuali sui quali avviare una sperimentazione di monitoraggio. E' opportuno partire su alcuni dei progetti distrettuali su cui l'Assemblea dei Sindaci ha allocato dei finanziamenti.

L'obiettivo del lavoro sarà quello di costruire un set di indicatori (di efficacia – di efficienza e, se possibile, di impatto) il più possibile omogenei che sia possibile applicare anche ad altri servizi; accanto a ciò, affinché gli indicatori non siano sterili numeri, è necessario definire e condividere la chiave interpretativa ed il senso di lettura delle informazioni.

Sarebbe bello a questo proposito attivare specifiche convenzioni con Università del Territorio.

Inoltre si vorrebbe aderire ad un percorso di formazione, comune a tutti i distretti dell'Asl Monza e Brianza, qualora fosse realizzato, che permetta di acquisire competenze specifiche su questi aspetti.

Nei paragrafi successivi sono delineati alcuni indicatori, finora immaginati, relativi al sistema di governance e partecipazione, al sistema dei titoli sociali, ai tempi e alle risorse economiche.

2.2.3 Monitoraggio della rispondenza dei tempi rispetto agli obiettivi prefissati

Per poter valutare se le azioni previste dai progetti e dagli interventi non solo vengono realizzate, ma rispettino i tempi che ci si era prefigurati, è necessario definire uno strumento ad hoc per il monitoraggio, quale il diagramma di Gantt, il cronoprogramma o il diagramma di Perth.

Anche in questo ambito è intenzione dell'Ufficio di Piano rodare tali strumento su alcuni progetti ritenuti più interessanti.

2.2.4 Il monitoraggio sistema di governance e partecipazione

Si ritiene importante, al fine di mantenere monitorato il processo di costruzione e messa in atto del Piano di Zona, costruire degli indicatori ad hoc attraverso cui misurare l'oggetto e attraverso cui effettuare confronti nel tempo.

Indicatori in questo senso potrebbero essere:

- n° soggetti che hanno aderito al PdZ / n° soggetti che hanno partecipato alla redazione del PdZ;
- n° soggetti del terzo settore che si iscrivono ai tavoli attivati/ n° soggetti del territorio;
- n° soggetti effettivamente partecipanti / n° soggetti invitati (aventi diritto);
- n° incontri svolti / n° incontri previsti;
- n° verbali redatti / n° incontri svolti;
- n° tavoli attivati; ...

2.2.5 Il monitoraggio della pianificazione economica

Nella valutazione in itinere è importante mantenere monitorato l'uso delle risorse, in particolare quelle economiche. L'Ufficio di Piano nel corso di ogni anno prevede di



controllare il flusso economico relativo alle azioni del Piano di Zona in occasione delle scadenze legate alla gestione del PEG (piano economico gestionale) del Comune capofila (e successivamente a quelle legate alla gestione aziendale).

Gli indicatori su cui focalizzarsi in quest'area sono quelli definiti dalla Regione Lombardia nelle Linee guida e cioè:

Penalizzazioni previste dalla Regione in caso di mancanza di controllo sul flusso economico

Indicatore	Peso percentuale
Correttezza formale dei dati economici relativi al Piano di Zona, trasmessi sia a preventivo che a consuntivo, valutata rispetto a: - quote del FNPS superiori all'assegnato; - differenze non motivate tra costi previsti (preventivo)/costi sostenuti (a consuntivo) e risorse per canale di finanziamento	40%
Capacità di programmazione e gestione economica dei Piani di Zona, valutata rispetto allo scostamento tra consuntivi e preventivi, valutato su tre fasce: -scostamento superiore al 50% -scostamento compreso tra il 30 e il 50% -scostamento inferiore al 30%	30%
Incidenza percentuale delle risorse dei comuni sul totale costi sostenuti (a consuntivo)	20%
Incidenza percentuale delle risorse del Fondo Sociale Regionale indicate nei rendiconti economici sul totale delle risorse assegnate (a consuntivo)	10%

Fonte D.G.R. 8551 del 03/12/2008

Oltre al livello generale, si specificheranno indicatori di spesa sui singoli interventi (es. volumi di spesa, raggiungimento degli obiettivi con le risorse previste, ...) nel momento in cui si individueranno gli specifici indicatori di cui sopra .

2.2.6 Il monitoraggio specifico dei titoli sociali

Per monitorare il sistema dei buoni sociali si assumeranno i criteri proposti dalla regione Lombardia nonché alcune dimensioni quantitative che permettano un confronto nel tempo per valutare implementazioni e miglioramenti. Tra questi possiamo citare:

- n° buoni erogati;
- domanda soddisfatta;
- volume del numero di fruitori;
- tipologia di utilizzo del buono;
- ammontare delle risorse erogate;
- ...

Accanto a ciò è necessario sviluppare un discorso sul livello qualitativo che aiuti ad interpretare i dati numerici.

Per il monitoraggio del sistema dei voucher si propone, accanto ad un'analisi qualitativa, una batteria di indicatori analoga a quella utilizzata per i buoni con l'aggiunta di un indicatore che valuti il sistema delle agenzie accreditate (n° nuove agenzie accreditate / n° totale agenzie accreditate).

2.2.7 Capacità dell'Ambito di essere flessibile ai nuovi input in corso di Piano

Dal punto di vista qualitativo si ritiene importante verificare quanto l'Ambito distrettuale sia in grado di flessibilità nel corso del triennio, anche con tempi stretti, in termini di capacità di ri-orientare la programmazione, ri-allocare le risorse o rivedere le metodologie a seguito di indicazioni regionali/del ministero, di eventi imprevisti, di partecipazioni a bandi, etc.



2.3 La valutazione ex-post

Essendo il PdZ uno strumento triennale e ciclico, la valutazione di esiti e processi, in un'ottica circolare, si configura contemporaneamente come operazione ex-post del processo concluso e come ex-ante del processo programmatico successivo. Il momento valutativo è, dunque, parte integrante, conclusiva e di rilancio del processo programmatico triennale in una logica incrementale e di miglioramento complessivo dei processi e dei prodotti.

Dunque, la valutazione ex-post serve per verificare risultati, effetti (anche inattesi), impatto effettivo, efficacia, efficienza delle azioni e degli interventi e per rendere conto dell'impiego delle risorse.

Prevede:

- a. valutazione della pianificazione (in particolare degli obiettivi raggiunti e dei risultati conseguiti) ai fini della costruzione del Piano di Zona 2012 – 2014;
- b. evidenziazione di eventuali buone prassi o modelli ripetibili e riproponibili;
- c. verifica dell'impiego delle risorse;
- d. valutazione del processo di governance ai fini della sua revisione;
- e. valutazione di bisogni e tendenze emergenti ai fini della riprogettazione per il 4° triennio;
- f. valutazione relativa delle aree indicate espressamente dalle Linee Guida Regionali.

Gli indicatori utili in questa fase sono gli stessi individuati nella valutazione in itinere. Vanno messe in evidenza le dimensioni di efficacia (grado di raggiungimento dell'obiettivo; accuratezza e completezza dei risultati raggiunti); efficienza (grado di utilizzo delle risorse economiche, di personale, di tempo per il raggiungimento degli obiettivi); impatto (valutazione degli effetti e del reale cambiamento ottenuti o non ottenuti nella realizzazione di progetto, intervento o azione).

**SEZIONE II - La governance e l'organizzazione
dell'Ambito distrettuale di Carate Brianza**



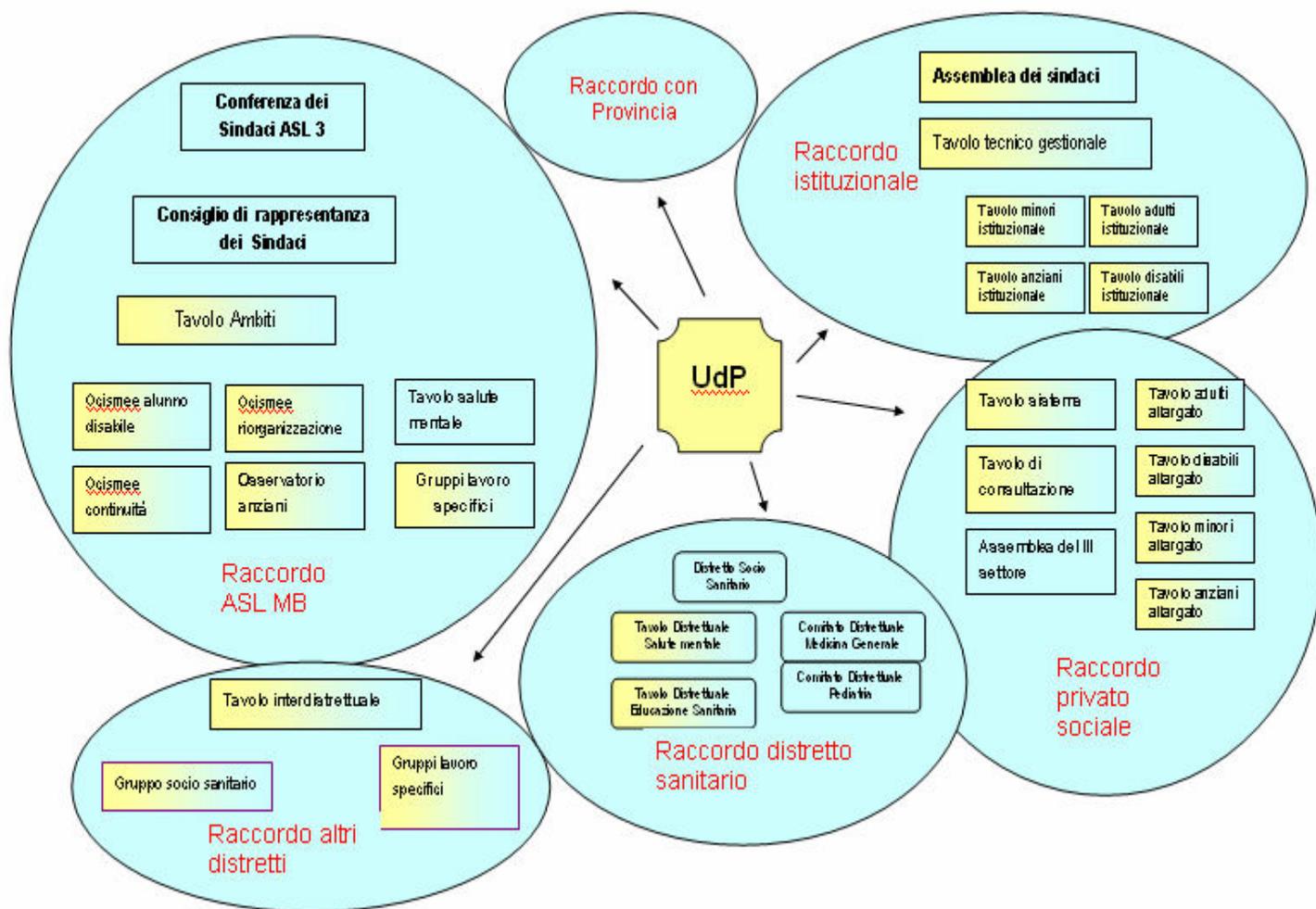
3 Il sistema di governance programmatrice

(a cura di Veronica Borroni e Marina Fumagalli)

La Programmazione di Ambito è un processo complesso che richiede una rilevante capacità progettuale e strategica, in termini di indirizzo e di orientamento, ma anche di costruzione del consenso fra i molti attori coinvolti.

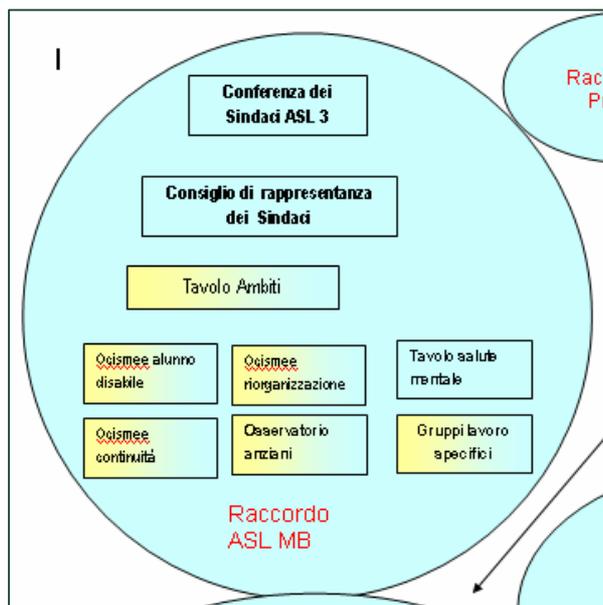
È richiesta, in altre parole, la capacità di passare da una prospettiva di *government* (funzione esclusiva del soggetto pubblico) ad una prospettiva di *governance* (attività di governo svolta attraverso la mobilitazione effettiva di una serie di soggetti). Gli interlocutori principali sono schematizzati nell'illustrazione seguente e sono stati individuati:

- per il livello intra Ambito:
 - o nei 13 Comuni, (raccordo Istituzionale)
 - o nel Distretto Sanitario (raccordo socio sanitario)
 - o nel III settore che ha sede o opera nel Distretto (raccordo col privato sociale)
- per il livello extra ambito:
 - o nei 4 altri Ambiti facenti parte della ASL MB (raccordo altri distretti)
 - o nella ASL stessa (raccordo ASL MB)
 - o nella Provincia di Monza e Brianza (Raccordo con Provincia) in realtà quest'ultima in virtù dell'Intesa siglata con l'Ambito (di cui parleremo più avanti) può essere individuata anche come interlocutore "intra" ambito





3.1 Il raccordo istituzionale



Il Piano di Zona è uno strumento che permette di superare il frazionamento comunale, al fine di effettuare una valutazione condivisa rispetto ai bisogni ed alle risorse del territorio e di programmare congiuntamente le risposte da offrire.

L'organizzazione ed il funzionamento degli organi distrettuali che permettono il raggiungimento di tale obiettivo sono disciplinati dal "Regolamento degli organi distrettuali per la predisposizione e l'attuazione dei Piani di Zona del Distretto di Carate Brianza (MI)" approvato in data 11.5.2007 dall'Assemblea dei Sindaci ed attualmente in corso di revisione anche in virtù dei nuovi assetti gestionali.

In sintesi possono essere così declinati.

Assemblea dei Sindaci

L'Assemblea dei Sindaci è composta dai Sindaci dei 13 Comuni appartenenti all'Ambito distrettuale di Carate Brianza o da assessori comunali muniti di delega.

È l'organo di direzione e controllo politico del processo programmatico ed è deputato all'approvazione e attuazione del Piano di Zona e dell'Accordo di Programma.

L'Assemblea riveste funzioni programmatiche imprimendo le linee guida delle politiche sociali, promuovendo la realizzazione e lo sviluppo di un sistema integrato di servizi, individuando priorità ed obiettivi e definendo i criteri di riparto delle risorse economiche distrettuali.

Dà impulso all'attività di Tavoli d'area indicando priorità ed indirizzi, definisce gli indirizzi da osservare nei rapporti con gli enti operanti nell'ambito sanitario e socio-sanitario, disciplina le modalità di erogazione e di funzionamento dei servizi e degli interventi in forma associata.

Ufficio di Piano

L'Ufficio di Piano è lo strumento di supporto tecnico all'Assemblea dei Sindaci incaricato di predisporre la proposta dell'Accordo di Programma e del Piano di Zona, di fornire il materiale e le competenze tecniche necessari al processo programmatico, alla trattazione degli argomenti in sede di consesso e alla progettazione di servizi e progetti a valenza sovracomunale secondo i criteri e le indicazioni definite dall'Assemblea politica.

L'Ufficio è deputato alla programmazione locale e, a tal fine, provvede a raccogliere i dati e a rielaborarli statisticamente.

È, inoltre, organo di raccordo tecnico con l'ASL di Monza e Brianza, gli altri enti o organismi distrettuali, provinciali e regionali con cui mantiene e cura i rapporti, anche partecipando al Tavolo interdistrettuale, ai Tavoli tecnici costituiti in ambito Asl o provinciali.

Gestisce e coordina le unità tecnico-operative distrettuali (Tavolo gestionale/tecnico, Tavolo di sistema, Tavolo d'area adulti – minori – handicap – anziani sia istituzionali che allargati) ripartisce il budget unico distrettuale secondo i criteri stabiliti dall'Assemblea dei



Sindaci e assolve al debito informativo legato all'attuazione del Piano di Zona verso l'Azienda Sanitaria Locale e Regione Lombardia.

Attualmente è formato da:

- 1 responsabile a tempo pieno (in comando dal Comune di Macherio)
- 1 operatore libero professionale a supporto (laureato in sociologia)

e da gennaio 2009

- 1 amministrativo a tempo pieno (in comando dal Comune di Carate Brianza)

A questi membri permanenti si affiancano per quote ore:

- la Responsabile dei Servizi Sociali di Biassono che coordina il Tavolo anziani istituzionale ed il Tavolo anziani allargato e partecipa a gruppi di lavoro sovra Ambito rispetto alla tematica Anziani;
- il Responsabile dei Servizi Sociali di Besana in Brianza che coordina il Tavolo handicap istituzionale ed il Tavolo handicap allargato e partecipa a gruppi di lavoro sovra Ambito rispetto alla tematica Disabilità.

Tavolo Tecnico Gestionale

Il Tavolo tecnico gestionale è composto dai Dirigenti/Responsabili dei Servizi Sociali dei 13 Comuni e dai Tecnici dei servizi Sociali da questi individuati, anche su specifica tematica. È presieduto dal Responsabile dell'Ufficio di Piano.

Ha compiti di supporto tecnico e organizzativo per la predisposizione delle proposte attinenti il Piano di Zona.

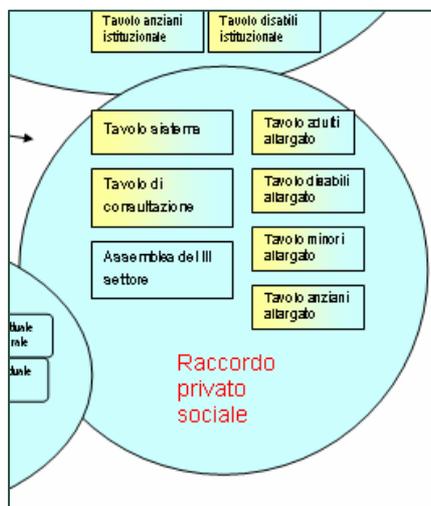
Cura la rispondenza della programmazione distrettuale con quella dei singoli comuni e viceversa. Nella sua componente tecnica svolge funzioni di coordinamento tra gli operatori sociali di tutto il distretto e di raccordo tra i tavoli d'area istituzionali.

Tavoli d'area istituzionali

I Tavoli d'area sono composti nella loro forma istituzionale dagli assistenti sociali delegati dei tredici comuni del Distretto di Carate Brianza coordinati ciascuno da un membro dell'Ufficio di Piano. Ne sono previsti quattro su aree di bisogno tradizionali, "Minori", "Handicap", "Anziani", "Adulti".

Ai Tavoli d'area in forma istituzionale è attribuita la funzione di predisporre proposte di progetti, regolamenti, servizi ed interventi distrettuali relativi all'area di competenza.

3.2 Il raccordo con il III settore



La DGR 7797 del 30 luglio 2008 è stata l'occasione per la revisione del modello di consultazione e partecipazione del III settore.

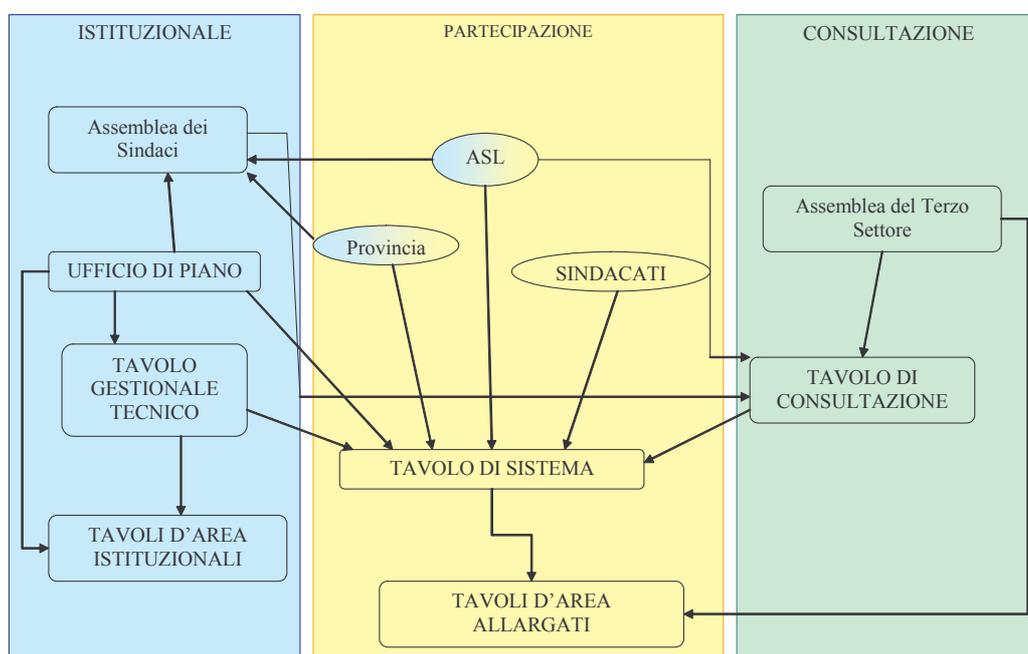
Fondamentalmente i dettami della DGR sono stati recepiti all'interno dell'articolazione del modello di consultazione e le buone prassi consolidate nel precedente periodo di lavoro congiunto, riassorbite in un modello attinente all'area partecipativa. Intendiamo in questo senso, per **consultazione** il processo volto ad informare e a recepire il parere del III settore rispetto ad azioni sostanzialmente governate dal pubblico e per **partecipazione** il coinvolgimento attivo del III settore in momenti di analisi congiunta, di elaborazione di proposte di intervento e di raffronto operativo su diverse tematiche.



Nel rapporto col terzo settore, come meglio esplicitato negli obiettivi strategici di cui al cap. 7, si sono individuati anche due ulteriori livelli di coinvolgimento: il primo che si esprime tramite l'**adesione** all'Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona, prevede che all'elaborazione di proposte congiunte segua un concorde impegno nel realizzare, ciascuno per quanto nelle proprie possibilità, gli obiettivi declinati nel Piano, assumendone priorità, metodologie ed obiettivi come propri.

L'ultimo livello prevede la **costruzione di partnership** su specifici progetti ove il III settore intervenga anche con autonome risorse finanziarie. Questi ultimi due aspetti verranno meglio declinati nel momento dell'analisi delle linee strategiche del triennio.

Per tornare al modello di governance consultivo e partecipativo concordato col III settore, schematizzato nel seguente disegno, e tratteggiato nel regolamento in corso di redazione (allegato al Piano di Zona) vengono individuati i seguenti organismi.



Tavolo di rappresentanza del terzo settore (Assemblea del III settore)

L'Assemblea del Terzo settore è aperta a tutti i soggetti che hanno sede o operino nell'ambito del Distretto di Carate Brianza, ed in particolare a cooperative sociali, consorzi di cooperative, organismi della cooperazione, fondazioni, associazioni di promozione sociale, associazioni di familiari, enti di patronato, enti riconosciuti dalle confessioni religiose, organizzazioni di volontariato e altri soggetti sociali senza scopo di lucro, che ne facciano specifica richiesta all'Ufficio di Piano (al fine di promuovere la massima partecipazione, prima della raccolta delle richieste di partecipazione, verranno predisposte specifiche azioni di pubblicizzazione territoriale).

L'Assemblea è il luogo di raccordo "autonomo" di tali soggetti, supportato, solo per gli aspetti di segreteria, dall'Ufficio di Piano, che non partecipa, se non su invito, agli incontri.

L'Assemblea è, dunque, organo di coordinamento dell'Ambito tra tutte le realtà del terzo settore impegnate all'interno del Piano di Zona.

L'Ufficio di Piano, come detto, svolge funzioni di segreteria organizzativa dell'Assemblea del III Settore, in particolare gestisce il processo di adesione (all'Assemblea e ai Tavoli



d'area), redige l'elenco degli aderenti, coadiuva nel processo di elezione dei rappresentanti al Tavolo di Consultazione, e cura le convocazioni.

L'Assemblea elegge i rappresentanti al Tavolo di Consultazione ed ai tavoli d'area allargati.

I partecipanti all'Assemblea hanno diritto a partecipare ai Tavoli d'area allargati per quanto di loro competenza. L'assemblea si riunisce almeno una volta l'anno.

Tavolo di consultazione del terzo settore

Al tavolo di consultazione del III settore partecipano:

- 7 soggetti del terzo settore che abbiano sede oppure operino nell'ambito distrettuale di Carate Brianza eletti dall'Assemblea del Terzo Settore quale proprio organo di rappresentanza così ripartiti:

- n. 2 enti scelti tra le organizzazioni di volontariato e le associazioni;
- n. 2 enti scelti tra gli organismi della cooperazione sociale;
- n. 3 enti scelti tra le fondazioni, gli enti riconosciuti dalle confessioni religiose, gli enti di patronato, altri soggetti sociali senza scopo di lucro;

- 4 membri eletti dal terzo settore in ragione di un rappresentante per ciascun Tavolo d'area allargato;

- il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci che presiede il tavolo;

- l'Ufficio di Piano;

- i responsabili/dirigenti dei Servizi Sociali dei 13 Comuni dell'Ambito di Carate Brianza;

- il Direttore Sociale dell'Asl Monza e Brianza;

- il Direttore del Distretto Socio-Sanitario di Carate Brianza.

Come da DGR regionale, il Tavolo di consultazione ha come principale obiettivo la promozione della partecipazione dei soggetti del terzo settore:

- nella programmazione, progettazione e realizzazione della rete locale delle unità di offerta sociali;

- nella individuazione dei nuovi modelli gestionali e sperimentali nell'ambito della rete sociale;

- nell'esercitare il proprio ruolo, conformemente all'articolo 3 dello Statuto regionale, di tutela, interpretazione e espressione sia dei bisogni sociali che delle risorse locali;

- nella definizione dei requisiti di accreditamento delle unità di offerta sociali;

- nella definizione dei livelli ulteriori di assistenza rispetto a quelli definiti dalla Regione;

- nella determinazione dei parametri di accesso prioritario alle prestazioni sociali;

- nell'organizzazione dell'attività di segretariato sociale;

- nel promuovere e divulgare l'istituto dell'amministrazione di sostegno in stretto accordo con l'ufficio competente della Asl del distretto di riferimento.

Il tavolo di consultazione si riunisce almeno 2 volte l'anno.

L'Ufficio di Piano dell'Ambito di Carate Brianza assicura la funzione di segreteria organizzativa del Tavolo di consultazione.

Tavolo di Sistema

Il tavolo di Sistema è un organismo operativo composto dall'Ufficio di Piano, dai 7 soggetti del terzo settore eletti quali rappresentanti del Terzo Settore, dal Direttore del Distretto Sanitario, da un rappresentante della Provincia e dai rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.



Il Tavolo di sistema è presieduto di norma dal Responsabile dell'Ufficio di Piano che ne cura le convocazioni.

Al Tavolo di sistema sono attribuite le seguenti competenze:

- garantire l'uniformità delle modalità di lavoro dei gruppi d'area al fine di uniformare le modalità di lavoro degli stessi;
- esprimere pareri e proposte, relativamente agli atti di programmazione e organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali del distretto;
- trattazione di tematiche trasversali ai vari gruppi d'area (accesso ai servizi, ricognizione e considerazioni su flussi economici).
- rappresentanza verso l'Assemblea dei Sindaci dei Piani di Zona delle istanze provenienti dal privato sociale nell'ambito del distretto di Carate Brianza.

Tavoli d'area allargati

Nella loro forma allargata i Tavoli d'area sono composti dai membri dei Tavoli d'area istituzionali integrati, dai referenti del privato sociale e dell'ASL Monza e Brianza afferenti a quel settore.

Sono organismi operativi coordinati da membri dell'Ufficio di Piano. Hanno il compito di individuare i bisogni, di valutare le risorse presenti, di proporre progetti di interventi distrettuali, di esprimere pareri circa atti e progetti su richiesta dell'Assemblea dei Sindaci.

3.3 Il raccordo con la Provincia



Con la Provincia di Milano – Direzione Area Welfare Monza e Brianza durante il percorso di elaborazione del Piano di Zona è stata sottoscritta un'intesa al fine di strutturare la collaborazione per la programmazione e realizzazione della rete di unità offerta sociale dell'ambito di Carate Brianza.

Tale intesa approvata all'unanimità dall'Assemblea dei Sindaci il 20 gennaio prevede che l'Ambito e la Provincia mettano a vicendevole disposizione le proprie risorse e le proprie specifiche competenze,

condividendo dati ed informazioni, sviluppando in sinergia le politiche programmate a livello locale, in particolare nelle materie dell'area sociale e nell'area dell'istruzione, della formazione professionale e delle politiche del lavoro.

In questa prospettiva, l'Amministrazione provinciale sarà coinvolta costantemente dall'Ambito nelle fasi della progettazione e realizzazione delle azioni attivate dall'Ufficio di Piano ed in particolare parteciperà, senza diritto di voto, all'Assemblea dei Sindaci ed al Tavolo di Sistema. La Provincia, inoltre, metterà a disposizione dell'Ambito:

- uno specifico supporto tecnico per l'Ufficio di Piano;
- la formazione del personale sociale;
- le informazioni provenienti dall'Osservatorio Provinciale per le Politiche sociali;
- gli interventi relativi alla disabilità sensoriale;
- i propri servizi specialisti nell'area materno – infantile;
- il coordinamento degli sportelli di supporto e di orientamento per gli stranieri.

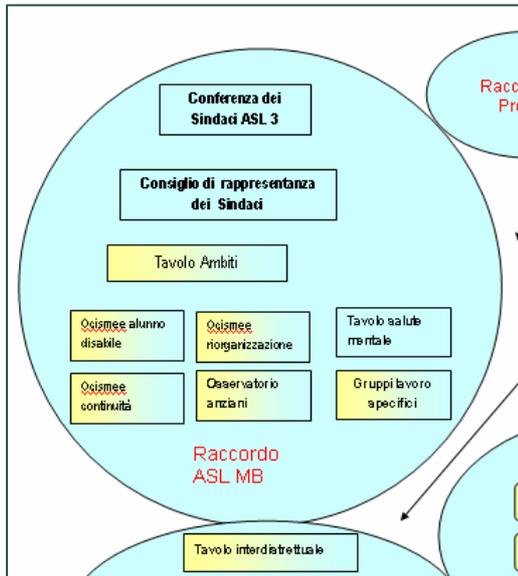
Dal punto di vista economico, a seguito della firma dell'Intesa, la Provincia contribuirà anche al raggiungimento degli obiettivi dell'Ambito tramite una corresponsione di:

- 65.000 euro per l'attuazione di specifici progetti declinati dal Piano di Zona (cfr anche cap 7);



- 12.000 euro per l'avvio dell'azienda speciale "Valore Sociale".
- 10.000 euro per l'attivazione del Tavolo Locale delle Politiche Scolastiche, attualmente in fase di costituzione, al fine di realizzare una governance locale integrata tra i servizi Sociali, le Pubbliche Istruzioni e gli Istituti scolastici (cfr. a questo proposito il cap 6.9).

3.4 Il raccordo socio sanitario



Per ciò che attiene il raccordo a livello distrettuale si rimanda alla trattazione del paragrafo 6.5.

Per ciò che attiene al raccordo con l'ASL MB, il modello di *governance* riprende e consolida il processo avviato negli anni passati: l'Accordo di Programma del triennio 2006-2008 (riportato negli allegati al Piano di Zona) già esprimeva l'impegno di Comuni e ASL ad individuare percorsi concreti di collaborazione ai fini della integrazione socio sanitaria. Oggi, la legge 3/08 e soprattutto le Linee Guida regionali sui PdZ, rafforzano la cornice normativa, dettando in maniera esplicita gli elementi costitutivi il governo del sistema a rete zonale per il triennio 2009-2011.

A tale riguardo, vale la pena sottolineare la bontà del modello vigente nel nostro territorio (peraltro

disciplinato da uno specifico Protocollo) laddove esso anticipa, in diversi aspetti, le nuove indicazioni regionali.

Ci riferiamo in particolar modo ai luoghi di attuazione della *governance*, così come ai ruoli e alle funzioni in capo ai diversi organismi sotto brevemente descritti:

La **Conferenza dei Sindaci**, a cui partecipa la Direzione Generale della ASL, è composta dai Sindaci di tutti i Comuni dell'ASL MB, è il luogo di valutazione e definizione degli indirizzi politico-strategici in materia di programmazione e coordinamento dei servizi e degli interventi socio sanitari.

La stessa elegge il **Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci** che ha i compiti e le funzioni previste dalla normativa regionale in materia.

A supporto delle funzioni dell'integrazione socio sanitaria del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, la ASL Monza e Brianza ha predisposto, su indicazione regionale, l'istituzione di un apposito Ufficio, che, in base a quanto evidenziato nel Piano di Salute, coadiuverà il Consiglio sul piano organizzativo.

A favore di una crescente collaborazione tra Ambiti e azienda sanitaria sui temi socio sanitari opera, inoltre, proficuamente il **Tavolo Interistituzionale Asl – Ambiti** partecipato dalla Direzione Sociale Asl, dai Direttori dei Distretti Socio Sanitari e dai Direttori/Responsabili degli Uffici di Piano, per approfondire le tematiche prioritarie e proporre le soluzioni operative ritenute più adeguate. I molteplici progetti e protocolli attualmente in vigore o in fase di sperimentazione (progetto ETIM, dimissioni protette, ecc) sono stati elaborati in seno a questo contesto collaborativo, nel corso dell'ultimo triennio.



Sono inoltre presenti **Tavoli di lavoro partecipati da ASL e Ambiti**, previsti dalle normative regionali o scaturite da esigenze specifiche di confronto su specifiche tematiche tra i quali ricordiamo:

- **l'Organismo di Coordinamento per la Salute mentale** ove sono presenti l'ASL, le Aziende Ospedaliere, i Privati accreditati in materia di salute mentale, gli Ambiti per rappresentanza, le Associazioni competenti del terzo settore, i sindacati. Tale organismo predispone a cadenza periodica il Patto territoriale per la salute mentale e i suoi indirizzi attuativi ripresi nei Distretti dai Tavoli Distrettuali per la Salute mentale;
- **l'Organismo di coordinamento salute mentale età evolutiva (OCISMEE)** ove sono presenti l'ASL, le Aziende Ospedaliere, i Privati accreditati, gli Ambiti per rappresentanza, le Associazioni competenti del terzo settore, le scuole per tramite degli snodi handicap. Tale organismo si articola in sottogruppi di lavoro ed ha prodotto nel triennio passato il Protocollo d'intesa e gli atti di indirizzo tra le Aziende Ospedaliere di Monza e di Vimercate per il passaggio tra i comparti sanitari di Neuropsichiatria Infantile e Psichiatria
- **il Tavolo interistituzionale per l'educazione sanitaria** ove sono presenti l'ASL, le Aziende Ospedaliere, gli Ambiti per rappresentanza, le Associazioni competenti del terzo settore, le scuole, i rappresentanti dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta, le Università. Tale organismo produce il Programma annuale integrato di promozione di stili di vita sani ripreso poi per le declinazioni operative nei Distretti tramite i Tavoli distrettuali per l'educazione sanitaria.
- **Il Comitato del Dipartimento Dipendenze** ove sono presenti l'ASL, gli Ambiti per rappresentanza, le Associazioni competenti del terzo settore, la Provincia. In tale sede vengono definiti i protocolli e gli indirizzi relativi al trattamento alla riduzione dei rischi, alla prevenzione ed al reinserimento.
- **l'Osservatorio Anziani** ove sono presenti l'ASL, gli Ambiti per rappresentanza, le Associazioni competenti del terzo settore, le RSA, i CDI e i patronati. Tale tavolo si occupa di monitorare l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni sociosanitarie erogate sul territorio, nelle RSA e nel CDI e di attivarsi quale coordinamento territoriale su specifiche tematiche.
- **Il Gruppo di lavoro operativo integrato per l'Anagrafe dinamica dei disabili** ove sono presenti la ASL, le Aziende Ospedaliere, gli Ambiti per rappresentanza, le Associazioni competenti del terzo settore, gli snodi handicap, le scuole, il provveditorato. In tale contesto è stata elaborata la banca dati relativa all'anagrafe disabili che, aggiornata annualmente, ha permesso una conoscenza più complessiva del fenomeno.

3.5 Il raccordo con gli altri Distretti



Negli anni passati si è consolidata anche la prassi di strutturare momenti di raccordo con gli altri Distretti dell'ASL MB.

In particolar modo sono stati definiti:

- il **Consiglio Interdistrettuale**, un organismo partecipato dai rappresentanti politici e dai Direttori/Responsabili degli Uffici di Piano dei 5 ambiti della ASL Monza e Brianza, che nel corso del tempo ha saputo affinare i propri ruoli e funzioni. Tra queste ultime, quella di predisporre l'analisi dei temi in discussione al



Consiglio di Rappresentanza e di garantire il raccordo tra gli ambiti su tematiche trasversali.

L'esperienza acquisita sino ad oggi ne indica il maggiore impatto in una più efficace organizzazione dei comuni nell'affrontare ed elaborare i temi propri delle politiche socio-sanitarie locali, nei confronti dell'ASL e della Regione Lombardia, così come nell'evidenziare i temi più critici, rispetto a cui gli amministratori propongono – e praticano - soluzioni condivise.

- Il **Gruppo Socio Sanitario** composto dai Direttori/Responsabili degli Uffici di Piano. Tale organismo, tecnico, ha cercato di mantenere linee di indirizzo unitarie pur nel rispetto delle particolarità dei diversi Ambiti ed ha affrontato tramite gruppi di lavoro tematici specifici aspetti di interesse comune: la revisione degli Asili nido secondo le nuove disposizioni regionali, la definizione di Criteri condivisi per il riparto del Fondo Sociale Regionale (Circolare 4), la definizione di specifici accordi nella contrattazione con le Autorità decentrate del Ministero di Grazia e Giustizia, la raccolta di dati congruenti in previsione della programmazione di ambito. Nell'anno corrente si ritiene di affrontare insieme il tema dell'accreditamento delle unità di offerta sociali.



4 Il Sistema di gestione associata dei servizi sociali

(a cura di Veronica Borroni e Marina Fumagalli)

4.1 Il Percorso per la costituzione di una azienda speciale per la gestione dei servizi sociali distrettuali

I Comuni dell'Ambito di Carate Brianza negli ultimi anni hanno intrapreso un lungo percorso di riflessione al fine di individuare la più confacente forma di gestione dei servizi sociali, o, più in generale, dei servizi alla persona, del territorio.

Nel 1998 è stato prodotto un primo studio che riguardava gli 8 comuni dell'ex USSL 61. In tale elaborato, a partire da una analisi sull'evoluzione dei servizi sociali comunali e dei bisogni ad essi afferenti, veniva proposto il modello dell'azienda sociale come quello più rispondente alle nuove sfide poste dal mutare dei bisogni, dal contrarsi dei finanziamenti e dalla necessità di sviluppare i concetti di efficacia, efficienza ed equità.

I cambiamenti istituzionali e legislativi hanno, tra le altre ragioni, interferito col pieno compimento di tale progettazione.

Nel 2004, comunque, al termine di un primo momento di ulteriore riflessione, che non ha coinvolto più solo 8 Comuni ma tutti e 13 i partecipanti all'Ambito, è stato ratificato un accordo di programma ove, a partire dalla condivisione dell'esigenza di "procedere ad una complessiva riorganizzazione del Sistema locale dei servizi e interventi sociali del Distretto", ci si proponeva, tra le altre cose, "l'individuazione di una forma di gestione che garantisca lo sviluppo dei servizi e delle prestazioni sociali" dandosi come obiettivi intermedi il consolidamento dei servizi già gestiti a livello distrettuale sotto la forma convenzionale.

In tale Accordo di Programma veniva nominato un gruppo tecnico che prevedeva tra i suoi compiti l'individuazione ed il confronto "di possibili modelli di gestione del Sistema distrettuale dei servizi sociali" nonché la definizione di un piano operativo per la costituzione e l'organizzazione della forma prescelta.

Tali obiettivi venivano finanziati anche grazie ad un progetto di partenariato con la Provincia di Milano.

Un primo esito dell'attività di tale gruppo di lavoro è stata l'elaborazione di un documento che, confrontando diverse ipotesi gestionali, restringeva la riflessione a tre possibilità, (da intendersi anche come l'una lo sviluppo dell'altra), individuate come più idonee al nostro contesto:

- 1) mantenere un modello policentrico (una amministrazione a capo di ogni convenzione);
- 2) costituire un Ufficio Comune ai sensi dell'art. 30 del D.lgs 267/00;
- 3) realizzare una azienda speciale consortile ai sensi dell'art. 31 e dell'art 114 del D.lgs 267/00.

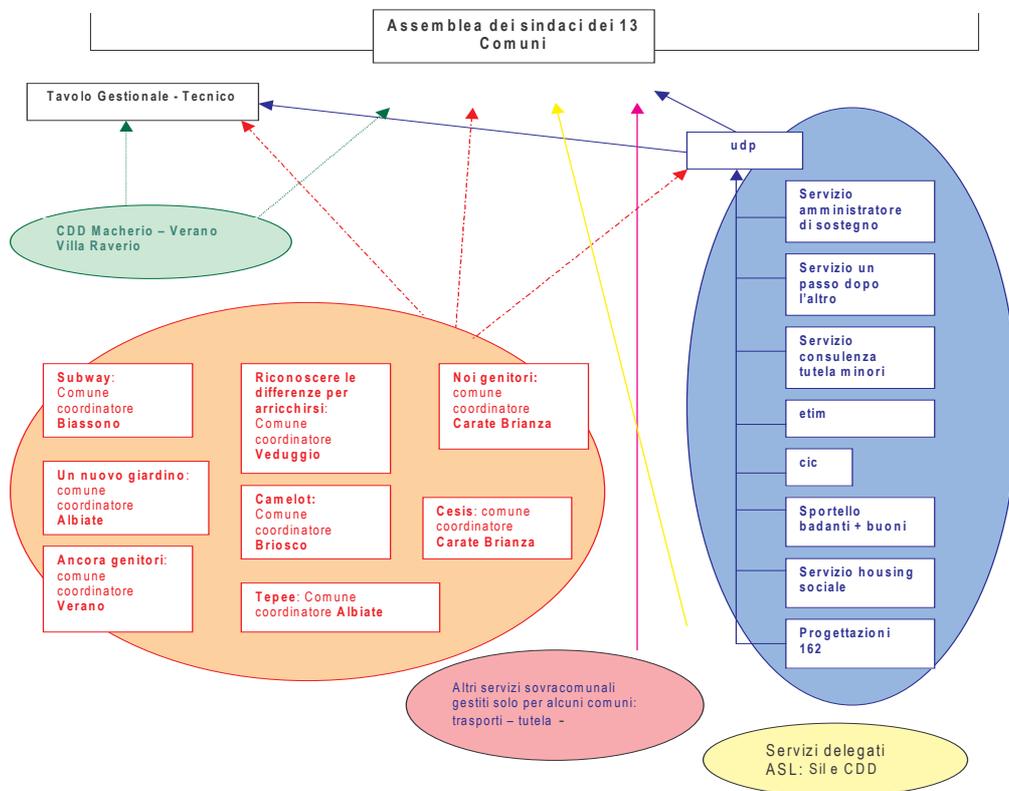
Nel 2007 veniva realizzata la seconda delle ipotesi proposte e tramite la "Convenzione per la gestione associata dei servizi e dei progetti dall'ambito distrettuale di Carate Brianza" (approvata dall'Assemblea dei Sindaci dell'11.5.07 e ratificata il 13.7.07), e veniva costituito un Ufficio Comune con compiti programmatori e gestionali.

Rispetto alle riflessioni del 1998 il focus non era più posto, però, sulla gestione dei servizi "storici" comunali, ma sulla gestione dei servizi che, a partire dalle così dette "leggi di



settore” (metà degli anni '90), si andavano costituendo in ambito distrettuale tramite forme convenzionali.

Il modello gestionale che si è venuto a configurare nel corso del 2007 – 2008 è pertanto il seguente:



Nel 2008, a partire da un corso di formazione gestito dalla SDA Bocconi, la riflessione è proseguita fino alla decisione attuale di addivenire alla costituzione di un'azienda consortile distrettuale.

Quale dunque i vantaggi individuati dall'Assemblea dei Sindaci in questa nuova modalità gestionale dei servizi alla persona del distretto?

Possiamo sintetizzarli essenzialmente nei seguenti punti:

- la possibilità di arrivare ad un gestore unico dei servizi, attualmente delegati o convenzionati, semplificando gli attuali processi di coordinamento, e operando per una uniformità ed equità rispetto ai parametri contrattuali attualmente utilizzati;
- la possibilità del ritiro dei servizi delegati all'ASL riacquistandone la titolarità;
- la possibilità di avere un'unica e maggiormente rappresentativa realtà istituzionale che possa porsi quale interlocutore nella contrattazione con altri enti (ASL – Aziende Ospedaliere (AAOO) - altri distretti ...);
- la necessità di approfondire la riflessione relativamente alla qualità dei servizi offerti nonché all'uniformità dei diritti soggettivi garantiti dal “welfare” distrettuale e dalla loro equità;
- la possibilità di contrattare volumi di servizi maggiori coi fornitori favorendo in tal senso economie di scala;
- la possibilità di dotarsi di un “management” maggiormente specializzato e di attivare controlli di gestione e processi valutativi in maniera sistematica sui servizi territoriali;
- la possibilità, in questa fase di contrazione di personale comunale, di liberare ore lavoro per quel personale comunale attualmente gravato da compiti gestionali per i



- servizi distrettuali, operando nello stesso tempo per un minor frazionamento delle risorse ed una maggiore snellezza nel passaggio di informazioni;
- la possibilità di individuare soluzioni alternative rispetto alla forma di gestione in economia (pur temperata con il ricorso all'esternalizzazione dei servizi al privato sociale), con procedure maggiormente flessibili e tempestive nella risposta ai bisogni sociali emergenti;
 - la possibilità di concorrere a bandi e progettazioni con un unico organismo che rappresenti tutti i Comuni del Distretto, che ne detenga le chiavi complessive conoscitive e di analisi del bisogno, al fine di attrarre maggiormente ulteriori fondi privati o pubblici.

4.2 I servizi distrettuali

Abbiamo precisato che la riflessione, a partire dal 2004, non ha più riguardato prioritariamente i servizi a gestione diretta comunale, quanto, invece, i servizi e gli interventi distrettuali, gestiti in forma associata o i servizi sovra distrettuali ai quali si partecipa quali partner.

Questo non perché non si ritenga di poter meglio operare come azienda anche per una maggiore uniformità, equità, efficacia e efficienza anche rispetto ai servizi attualmente gestiti dai singoli comuni, ma perché, a seguito delle riforme preannunciate dalle "leggi di settore" e proseguite con la L 328/00 e con la LR 3/2008, tutti i servizi di nuova costituzione hanno già avuto un respiro distrettuale.

Ciò significa che i criteri d'accesso, i beneficiari, gli oneri economici sono stati condivisi ex ante dai 13 Comuni dell'Ambito ed è maggiormente agevole il passaggio della gestione di tali servizi ad un livello associato unico quale quello aziendale.

Per poter, invece, delegare i servizi attualmente in capo ai singoli comuni occorre intraprendere percorsi preventivi volti al raggiungimento di un'uniformità di erogazione e di criteri condivisi tra le 13 Amministrazioni.

L'auspicio è che ci si adoperi nei prossimi anni al fine di addivenire a tali uniformità così da poter delegare all'Azienda anche la gestione associata di servizi attualmente erogati separatamente (es: sad, adm, trasporti, tutela minori ...) ma che potrebbero beneficiare di una gestione comune per ragione di specializzazione degli operatori o di economia.

I servizi e gli interventi distrettuali che, previsti dalla presente progettazione, già nel primo periodo saranno delegati all'azienda sono i seguenti:

1. Ufficio di Piano Ufficio di Supporto all'Assemblea dei Sindaci per l'attività programmatoria ex L 328/00
2. Etim (Equipe Territoriale Integrata Minori) servizio di II livello ad integrazione con ASL e AAOO per la valutazione clinica in particolare quando richiesta dalle Autorità Giudiziarie (Tutela Minori)
3. Tepee (servizio affidi distrettuale) servizio che provvede alla pubblicizzazione ed all'informazione relativa all'affido familiare nonché alla selezione e al sostegno delle famiglie affidatarie che si offrono per questa esperienza a favore di minori del distretto
4. Cesis Sportelli informativi ed orientativi per immigrati relativamente alla normativa ed alla rete di servizi distrettuale
5. Ancora Genitori servizio di supporto alla genitorialità nella fase della separazione
6. Un Nuovo Giardino spazio neutro per gli incontri protetti disposti dall'autorità giudiziaria tra minori e parenti soggetti a provvedimento dell'Autorità Giudiziale



7. Sportello badanti servizio per l'effettuazione della valutazione delle competenze delle assistenti familiari – per l'abbinamento con le famiglie richiedenti e per l'informazione ed il supporto delle famiglie che richiedano un assistente familiare
8. Riconoscere le differenze per arricchirsi Sportello intercultura per favorire l'integrazione dei minori immigrati nelle scuole primarie e secondarie di primo grado del Distretto
9. Cic interventi per la prevenzione dei fenomeni di dipendenza, la prevenzione del disagio e per la promozione del benessere nella popolazione adolescenziale che frequenta gli istituti secondari superiori statali e paritari e gli istituti di formazione professionale del Distretto di Carate Brianza
10. Subway interventi per la prevenzione delle dipendenze e di educativa di strada
11. Noi genitori interventi preventivi e di supporto alla genitorialità (fascia età minori 0/11 anni)
12. Un passo dopo l'altro interventi educativi e di supporto ai genitori nel primo anno di vita del bambino
13. Consulenza legale ai servizi comunali di tutela minori ed all'ETIM
14. Camelot interventi preventivi e di supporto alla genitorialità (fascia età minori 11/14 anni)
15. Progetti 162 Finanziamento progetti annuali a favore dell'handicap grave
16. Buoni badanti erogazione buoni per il sostegno del lavoro di cura delle assistenti familiari
17. Progetto Artemide adesione per quanto di competenza del Distretto al progetto sovradistrettuale per l'individuazione di buone prassi e per la formazione del personale diversamente coinvolto in tema di violenza familiare ed in particolare alle donne
18. Brianza senza barriere adesione per quanto di competenza del Distretto al progetto provinciale relativo allo sportello di informazione e organizzazione di attività di supporto al tempo libero dei disabili residenti sul territorio
19. Erogazione Titoli Sociali tramite sportelli comunali in applicazione di un unico regolamento distrettuale
20. Individuazione criteri riparto e gestione FSR
21. Progetto interdistrettuale carcere adesione, per quanto di competenza, del Distretto al progetto finalizzato a favorire il reinserimento sociale di persone adulte sottoposte a misure restrittive e/o limitative della libertà personale
22. Servizio tutela adulti (da costituirsi) servizio per il supporto e la gestione delle tutele, curatele ed amministrazioni di sostegno attivate nel Distretto ed in specie a titolarità comunale
23. Individuazione criteri di riparto e finalità del fondo di solidarietà distrettuale e dei fondi destinati al potenziamento dei servizi comunali secondo standard distrettuali
24. Gestione fondo sociale psichiatria



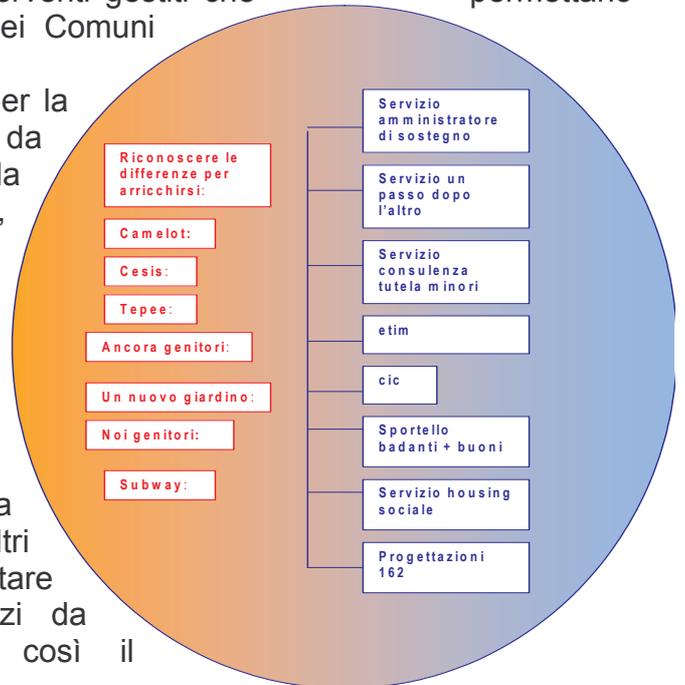
4.3 Prospettive di sviluppo triennali e obiettivi aziendali

Alla partenza dell'Azienda si trasferirebbero, dunque, i soli servizi attualmente gestiti tramite convenzione dai 13 Comuni. I costi sostenuti dai singoli comuni attualmente referenti dei servizi per il coordinamento ed il supporto amministrativo, stimabili in almeno 60/70 mila euro verrebbero meno, liberando ore lavoro del personale dei Comuni.

Un primo obiettivo in questa prima fase sarà quello di individuare indicatori, soprattutto di efficienza ed efficacia, dei servizi e degli interventi gestiti che permettano una loro valutazione nel tempo da parte dei Comuni committenti.

Secondo obiettivo è quello di porre le basi per la partecipazione a bandi e finanziamenti così da poter attrarre altre risorse sul Distretto, con la costituzione di un apposito ufficio preposto, finanziato in parte dai progetti che raggiungano un buon fine.

Vi è infatti la consapevolezza che i servizi e gli interventi attivati, per poter essere mantenuti nell'anno 2009, hanno richiesto un finanziamento comunale pari a € 300.000,00 e si vorrebbe lavorare per una razionalizzazione della spesa o per una copertura della stessa anche utilizzando altri canali di finanziamento, così da limitare l'esposizione comunale a parità di servizi da rendersi ai cittadini e per permettere così il finanziamento di altri obiettivi.

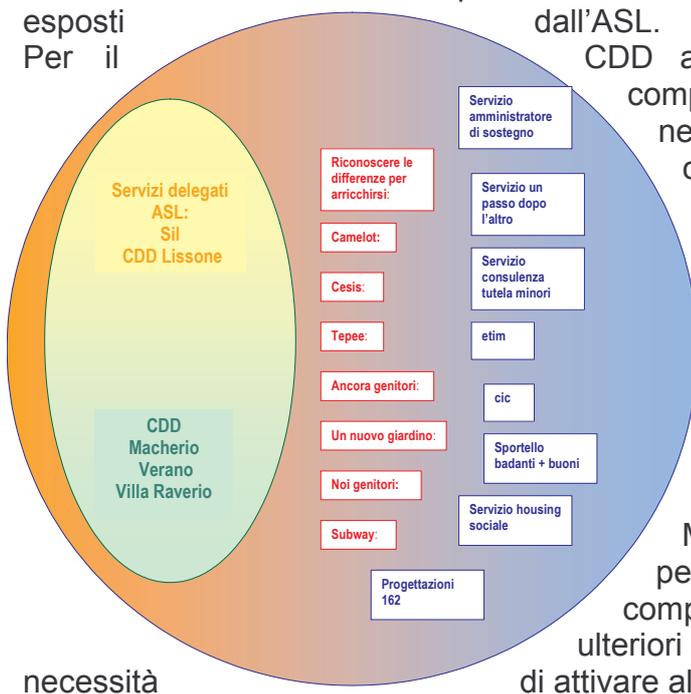


In un secondo periodo il valore dei servizi gestiti dall'azienda dovrebbe aumentare con il ritiro delle deleghe dall'ASL e la gestione unitaria dei CDD. Tale passaggio permetterebbe un primo risparmio di gestione grazie alla defalcazione, dalle rette sostenute per il CDD di Lissone e dai costi sostenuti per il SIL, delle spese per costi amministrativi attualmente esposti dall'ASL.

Per il

CDD affinché tale percorso possa arrivare a compimento occorre che siano, prima, presi i necessari accordi col Comune di Lissone e con l'ASL rispettivamente in merito alla volontà di conferire l'utilizzo della struttura e alle modalità di tutela del personale, dipendente ASL, attualmente operante al centro.

Dal momento in cui gli accordi in tal senso siano stati raggiunti si ritiene sia necessario esperire una gara di concessione del servizio (sul modello dell'esperienza acquisita coi CDD di Macherio, Verano e Villa Raverio) e pertanto, dovrebbero essere necessari per il completamento finale del passaggio almeno ulteriori 6/9 mesi. Da qui la consapevolezza della necessità di attivare al più presto l'inizio di questo percorso.



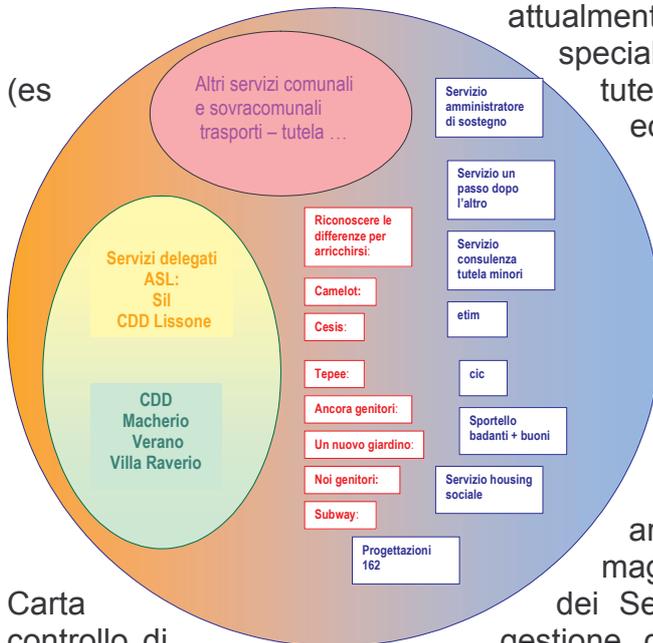
necessità



Per il servizio SIL i tempi potrebbero essere più celeri trattandosi, fondamentalmente della sola necessità di arrivare ad accordi tutelanti il personale ASL attualmente ivi impiegato.

In un terzo periodo è auspicabile che l'azienda inizi a gestire anche qualche servizio attualmente a titolarità dei comuni singoli al fine di specializzare il personale che opera in tali servizi (tutela minorile), effettuare anche in tali settori economie di scala (ad es tramite

(es



tramite accreditamenti o appalti distrettuali) e garantire uniformità ed equità di trattamento per i cittadini dell'Ambito. Infatti affinché questa strada sia percorribile occorre che i regolamenti di accesso e declinazione dei servizi siano condivisi da tutti i Comuni.

In tal senso, come si ribadirà al capitolo 7, la creazione dell'azienda non può che essere il primo degli obiettivi strategici di ambito favorendo il percorso che permette di armonizzare i regolamenti, garantendo maggior equità distrettuale anche in un ottica di dei Servizi di Ambito, di investire su un miglior gestione dei servizi in essere e di contribuire alla

Carta

controllo di creazione di una vera politica sociale unitaria d'ambito.

In tal senso si sottolinea che lo scopo dell'azienda dovrebbe essere quello di aumentare la coesione distrettuale e la visione unitaria dei problemi e possibili risposte da fornire loro moltiplicando gli effetti prodotti da singoli sforzi concentrandoli su obiettivi comuni.

In questo senso si ritiene che l'azienda possa creare maggior "valore sociale".



4.4 La governance gestionale dei servizi dell'Ambito

Attualmente i servizi a gestione associata vedono, quasi tutti, la presenza di un gruppo tecnico composto da referenti Comunali, che garantisca il collegamento del servizio col territorio, l'esame e la risoluzione di possibili problematiche in un ottica condivisa.

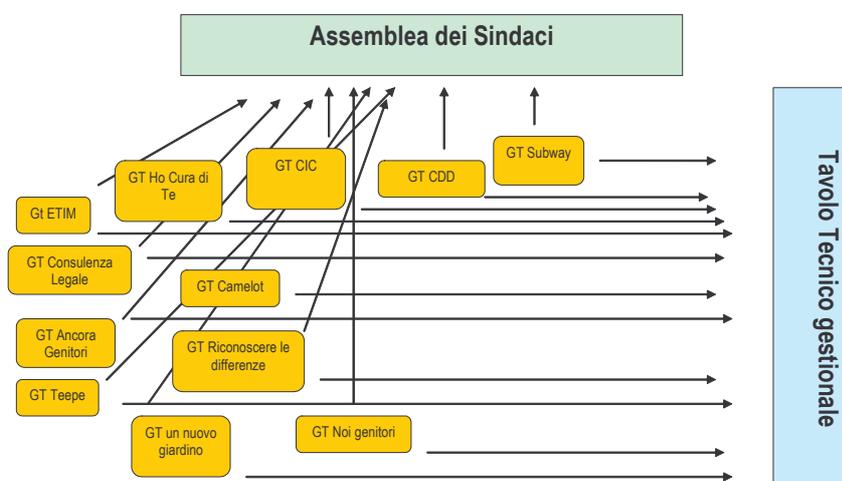
La composizione di tali gruppi è declinata nella seguente tabella:

	Ho cura di te	ETIM	Consulenza legale	Ancora Genitori	Teepe	Un nuovo giardino	Cic	Camelot	Riconoscere le differenze	Noi genitori	CDD in concessione	Subway
Albate				X	©	©						
Besana	X	X	X			X	X	X		X	X	
Biassono				X								©
Briosco								©				
Carate							X			©		X
Lissone	X	X	X	X	X	X	X	X				X
Macherio	X	X	X					X			X	
Renate												
Sovico									X	X		
Triuggio				X		X		X				
Vedano								X	X			
Veduggio					X				©			
Verano	X	X	X	©		X			X		X	X
UDP	©	©	©	X	X	X	©	X	X	X		X

Legenda:

coordinatore	©
partecipante	X

I coordinatori dei singoli servizi afferiscono poi direttamente all'Assemblea dei Sindaci quale organo politico ed al Tavolo Tecnico Gestionale quale organo tecnico. Ogni volta in cui vi sia da coordinare i lavori tra due servizi occorre programmare incontri ad hoc. Tale gestione che ha contribuito a mantenere un alto livello di partecipazione e a distribuire gli oneri di gestione, come si può comprendere ha anche, però, alti costi per il proprio mantenimento ed è, probabilmente, eccessivamente dispersiva.





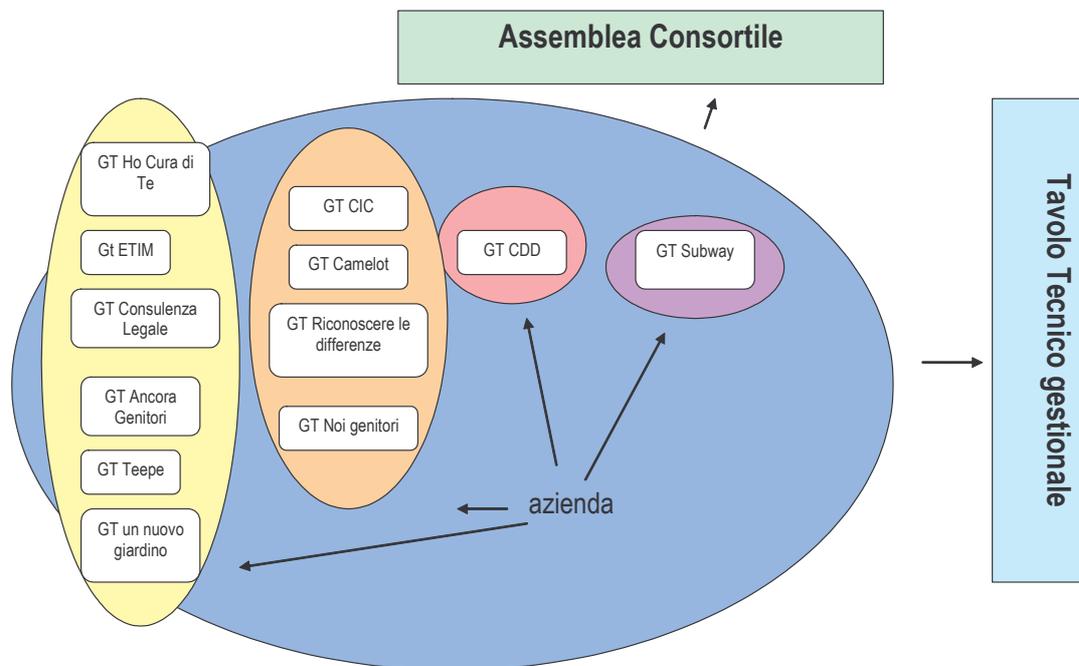
Con l'avvio dell'azienda si potrebbe cercare di migliorare tale organizzazione raccorpendo i gruppi tecnici per area così da operare ad un tempo una razionalizzazione delle risorse ed un maggior coordinamento tra servizi insistenti sulla medesima tematica.

Tale ipotesi rappresentata dalla tabella sottostante e dal seguente grafico potrà essere presa in considerazione all'avvio dell'Azienda.

Area →	Servizi area tutela	Servizi preventivi	H	
Servizi→	Ho cura di te – ETIM - Consulenza legale - Ancora Genitori – Teepe - Un nuovo giardino	Cic – Camelot - Riconoscere le differenze - Noi genitori	CDD	Subway
Albiate	X			
Besana	X		X	
Biassono	X			X
Briosco		X		
Carate		X		X
Lissone		X		X
Macherio	X		X	
Renate		X		
Sovico		X		
Triuggio	X			
Vedano		X		
Veduggio		X		
Verano	X		X	
Azienda	©	©		©

Legenda:

coordinatore	©
partecipante	X



**SEZIONE III - Analisi di contesto, diagnosi di comunità e
aree di integrazione delle politiche sociali**



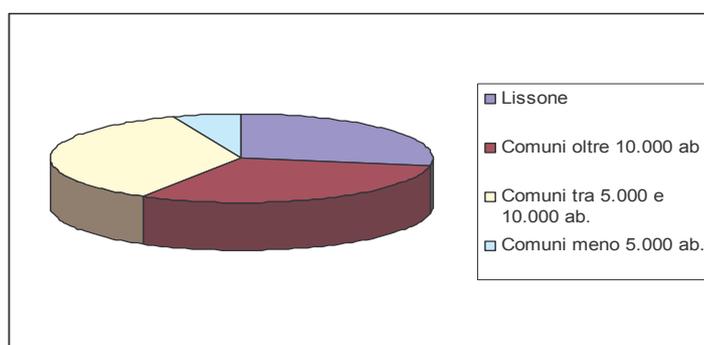
5 Analisi del contesto

(a cura di Sara Bertolini)

5.1 Analisi del profilo demografico del Distretto

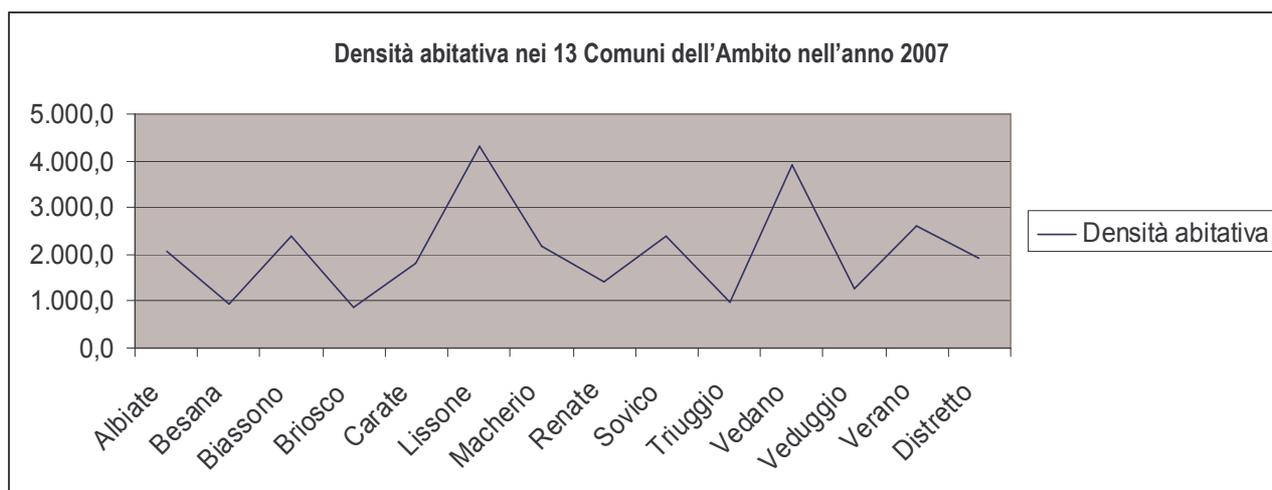
La **popolazione complessiva** nel Distretto di Carate Brianza al 31/12/2008 è pari a 146.255 unità, di cui il 27,9% residenti a Lissone, il 30,6% nei Comuni di Besana, Biassono e Carate (sopra ai 10.000 abitanti); il 35,6% nei Comuni di Albiate, Briosco, Macherio, Sovico, Triuggio, Vedano, Verano (tra i 10.000 e 5.000 abitanti); il restante 5,8% nei Comuni di Renate e Veduggio (sotto i 5.000 abitanti):

La distribuzione degli abitanti rispetto alla grandezza dei Comuni del territorio al 31.12.2008



(fonte: uffici anagrafe comunali rielaborazione Ufficio di Piano)

Attraverso i dati forniti dagli uffici anagrafe dei Comuni è stato possibile calcolare la **densità abitativa** (anno 2007) per Comune, cioè il numero di abitanti per Km²:



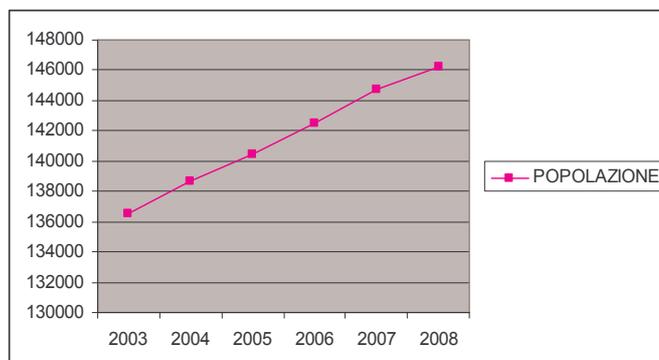
(fonte: uffici anagrafe comunali rielaborazione Ufficio di Piano)

I Comuni che presentano il valore più alto sono Lissone (4.307 abitanti per Km²) e Vedano al Lambro (3.918 abitanti per Km²). I territori meno densamente abitati sono invece Besana in Brianza (959 abitanti/ Km²), Briosco (873 abitanti/ Km²), Triuggio (979 abitanti/ Km²).



La **popolazione residente** nell'ambito distrettuale è **cresciuta** negli ultimi cinque anni (dal 2003 al 2008) del 7,11%, con una crescita media annua del 1,4%, valore superiore rispetto a quanto registrato a livello provinciale (1,0% annuo) e regionale (1,2% annuo).

Crescita della popolazione residente nell'Ambito di Carate Brianza anni 2003 - 2007

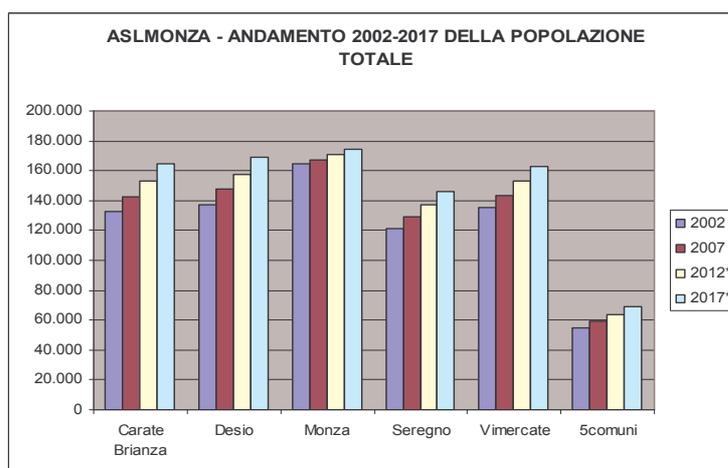


(fonte: uffici anagrafe comunali rielaborazione Ufficio di Piano)

La Asl Monza e Brianza ha elaborato una stima relativa alla crescita della popolazione nei Distretti al 2012 e al 2017:

Crescita della popolazione nell'Asl (tabella e Relativo grafico) previsione 2012 - 2017

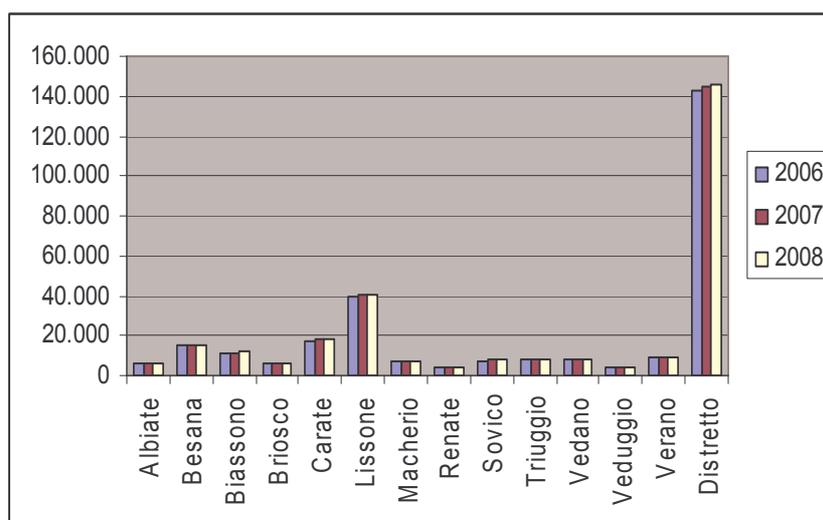
Distretto	popolazione totale ASL_MONZA			
	2002	2007	2012*	2017*
Carate Brianza	132.443	142.475	153.267	164.876
Desio	137.454	147.346	157.950	169.317
Monza	164.476	167.696	170.979	174.326
Seregno	121.258	129.121	137.494	146.410
Vimercate	135.269	143.767	152.799	162.398
5 nuovi comuni	55.155	59.342	63.847	68.694
tot	746.055	789.747	836.335	886.021



(Fonte: ASL Monza e Brianza)

Per il nostro Distretto, dunque, è previsto che l'attuale crescita prosegua anche nel medio periodo. Ciò implica una prospettiva continua maggiore richiesta ai servizi sociali comunali e di ambito di cui non si può non tener conto in sede di programmazione.

Nel grafico della pagina seguente si è messo in evidenza l'andamento della popolazione per Comune relativamente all'ultimo triennio:

**Andamento della crescita della popolazione per singolo Comune anni 2006 - 2008**

(fonte: uffici anagrafe comunali rielaborazione Ufficio di Piano)

Più nello specifico, nella tabella seguente viene presentata la popolazione per Comune al 31/12/2008 e l'incremento registrato rispetto al 31/12/2006:

Incremento della crescita della popolazione per singolo Comune anni 2006 - 2008

COMUNI	POPOLAZIONE 2008	INCREMENTO RISPETTO A 2006
Albate	6.117	3,03%
Besana Brianza	15.251	2,42%
Biassono	11.698	2,00%
Briosco	5.819	1,01%
Carate Brianza	17.847	1,12%
Lissone	40.787	4,59%
Macherio	7.038	1,90%
Renate	4.089	3,26%
Sovico	7.958	4,96%
Triuggio	8.228	0,94%
Vedano al Lambro	7.776	0,41%
Veduggio con Colzano	4.448	0,29%
Verano Brianza	9.199	2,28%
TOTALE	146.255	2,65%

(fonte: uffici anagrafe comunali rielaborazione Ufficio di Piano)

I Comuni che hanno maggiormente inciso nell'incremento della popolazione distrettuale nello scorso triennio (e che presentano un incremento nel triennio sopra la media dell'Ambito) sono Albate, Lissone, Renate e Sovico. Al contrario, Vedano e Veduggio mostrano una crescita quasi pari a zero.

L'incremento della popolazione, per quanto riguarda l'ultimo anno di cui sono disponibili i dati delle anagrafi comunali (2007), è dovuto al **saldo naturale** (nati – morti) e, in particolar modo, al **saldo migratorio** (immigrati – emigrati) del Distretto. Il primo, infatti, ammonta a 432, il secondo a 1816 unità.



E' utile prendere in analisi i tassi relativi ai saldi sopra citati in modo che sia possibile confrontare i dati nel tempo e tra livelli territoriali:

Andamento tassi relativi al saldo naturale ed al saldo migratorio del distretto anni 2005 - 2007

	2005	2006	2007
Tasso di natalità	1,02	1,03	1,08
Tasso di mortalità	0,82	0,79	0,78
Tasso di immigrazione	4,21	4,45	4,53
Tasso di emigrazione	3,13	3,23	3,27

(fonte: uffici anagrafe comunali rielaborazione Ufficio di Piano)

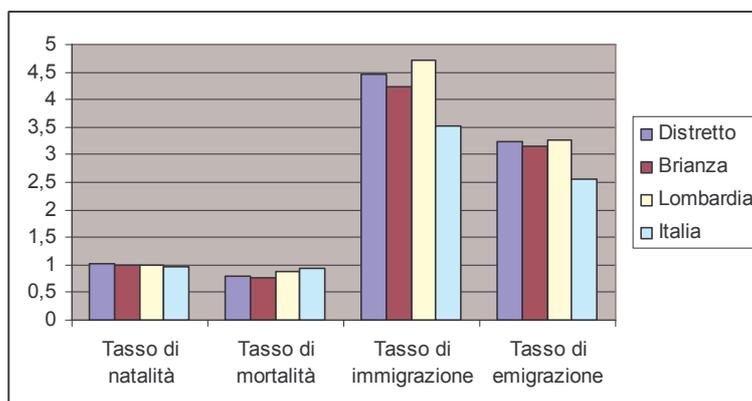
I tassi di natalità e di immigrazione sono in costante crescita, mentre quelli di mortalità ed emigrazione in graduale diminuzione. Se paragonati agli stessi tassi relativi al 2006 caratterizzanti la Brianza, la Lombardia e l'interno territorio nazionale emerge che il tasso di natalità, di immigrazione e di emigrazione sono tendenzialmente superiori rispetto agli altri ambiti, mentre quelli di mortalità è inferiore.

Andamento tassi relativi al saldo naturale ed al saldo migratorio del distretto Confrontati coi dati della Brianza, della Lombardia e dell'Italia anno 2006

	Distretto	Brianza	Lombardia	Italia
Tasso di natalità	1,03	0,99	0,99	0,96
Tasso di mortalità	0,79	0,76	0,88	0,93
Tasso di immigrazione	4,45	4,24	4,73	3,52
Tasso di emigrazione	3,23	3,16	3,28	2,56

(fonte: uffici anagrafe comunali e ufficio statistico Monza anno 2006 rielaborazione Ufficio di Piano)

Andamento tassi relativi al saldo naturale ed al saldo migratorio del distretto Confrontati coi dati della Brianza, della Lombardia e dell'Italia Anno 2006



(fonte: uffici anagrafe comunali e ufficio statistico Monza anno 2006 rielaborazione Ufficio di Piano)

La popolazione residente al 31/12/2007 è composta per il 50,7% di donne e per il 49,3% di uomini. La stessa proporzione è presente all'interno di ogni singolo comune del Distretto.

Per quanto riguarda la **distribuzione della popolazione per fasce d'età**, si evidenzia che nel triennio in considerazione, la popolazione minorile è rimasta pressoché costante in termini di incidenza sulla popolazione totale; la fascia d'età compresa tra 19 e 64 anni è invece diminuita di un punto percentuale. La popolazione anziana, infine, è aumentata di mezzo punto percentuale.

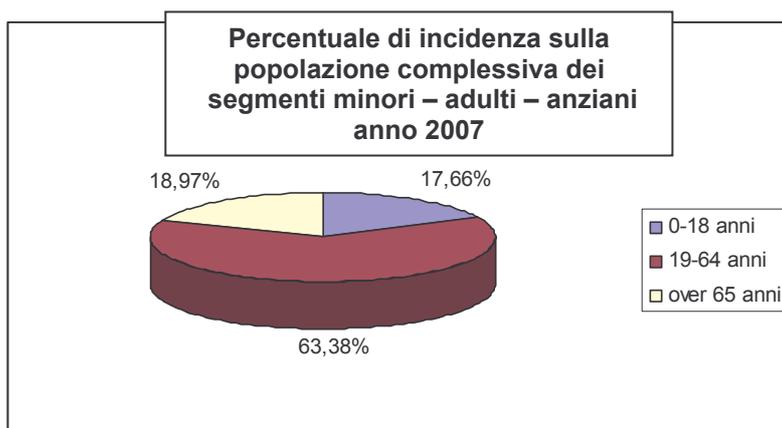


Distribuzione della popolazione per fasce d'età e incidenza rispetto al totale segmenti minori – adulti – anziani Anni 2005 – 2007

Anno	0-5	6-15	16-18	%	19-64	%	65-74	75 e oltre	%
2005	7.903	13.019	3.717	17,51%	90.418	64,26%	14.591	11.051	18,22%
2006	8.383	13.070	3.799	17,72%	90.651	63,63%	15.341	11.231	18,65%
2007	8.266	13.459	3.826	17,66%	91.720	63,38%	15.324	12.127	18,97%

(fonte: uffici anagrafe comunali rielaborazione Ufficio di Piano)

Al 31/12/2007, la popolazione risulta così composta:

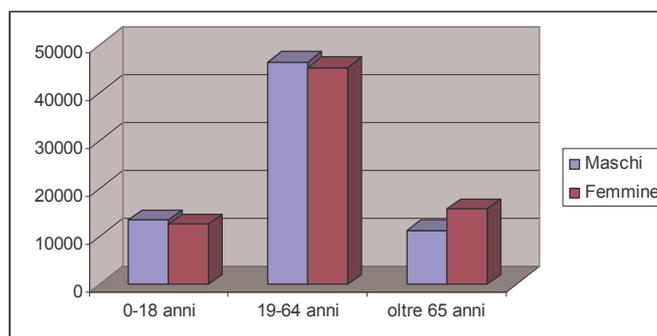


(fonte: uffici anagrafe comunali rielaborazione Ufficio di Piano)

Dai dati forniti dai Comuni reperibili negli allegati al Piano di Zona, è possibile entrare maggiormente nel dettaglio.

Per ciascuna fascia d'età considerata, si è analizzata la composizione per sesso: le donne prevalgono nella fascia della popolazione anziana, gli uomini nei minori e nella fascia della popolazione attiva.

Suddivisione per sesso fasce d'età Anno 2007



(fonte: uffici anagrafe comunali rielaborazione Ufficio di Piano)

Analizzando la composizione della popolazione per classi d'età è possibile ricavare alcuni indici di interesse per comprendere quale sia la situazione di "salute socio-demografica" dell'ambito distrettuale. In particolare sono stati calcolati i seguenti indici:



Indici relativi alla “salute” socio demografica del Distretto – Anni 2005 - 2007

	2005	2006	2007
Indice di dipendenza Popolazione “non autonoma” (minori di 15 anni e over 64) ogni 100 residenti attivi (tra 15 e 64 anni)	49,5	49,5	49,2
Indice di vecchiaia Popolazione over 64 ogni 100 giovani (minori di 15 anni)	122,6	131	130,6
Indice di ricambio Popolazione in uscita dal mercato del lavoro (60-64 anni) per 100 residenti in entrata (15-19 anni)	n.r.	123,9	127,9
Indice di struttura Popolazione in età 40-64 anni per 100 residenti in età 15-39 anni	n.r.	n.r.	113,11

(fonte: elaborazione Ufficio di Piano su dati degli uffici anagrafe comunali)

L'**indice di dipendenza** fornisce informazioni di rilevanza economico-sociale poiché dice quante persone non produttive a causa dell'età risiedono ogni 100 persone che, essendo in attività, dovrebbero provvedere al sostentamento delle prime. I dati a disposizione mostrano un decremento, seppur lieve. Il livello del Distretto è del tutto in linea con quanto avviene a livello nazionale (50,1), ma indica una situazione peggiore rispetto alla Brianza (45,5) e alla Lombardia (47,6)⁴.

L'**indice di vecchiaia** rappresenta un indicatore dinamico che stima il grado di invecchiamento della popolazione; valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovani. Nel caso dell'ambito di Carate, il dato mostra un peggioramento nel triennio. Va tenuto conto, d'altra parte, che lo stesso indice calcolato per il territorio provinciale (149), lombardo (143,1) e nazionale (141,7), assume valori ben superiori.

L'**indice di ricambio** fornisce informazioni su quante persone escono dal mercato del lavoro a fronte di quelle che vi entrano. Dunque, nell'ultimo anno considerato, 100 nuove leve rimpiazzano 128 lavoratori che si avviano al pensionamento. Il dato è in calo dal 2006 al 2007 e, anche in questo caso, è inferiore a quello relativo alla Brianza (140,2), e alla Lombardia (144,8), non all'Italia (116,7).

In conclusione si può affermare che la popolazione sta invecchiando, ma la situazione è sicuramente più rassicurante rispetto a quanto avviene su altri livelli territoriali. Ciò nonostante un atto programmatico non può non tener conto di quanto la popolazione anziana è destinata ad aumentare ed ad incidere sulla domanda di servizi del Distretto.

A tal proposito si riporta di seguito la stima dell'aumento **dell'incidenza della popolazione anziana** nel tempo, fino al 2012 e 2017 elaborata dall'Ufficio epidemiologico dell'ASL di Monza e Brianza.

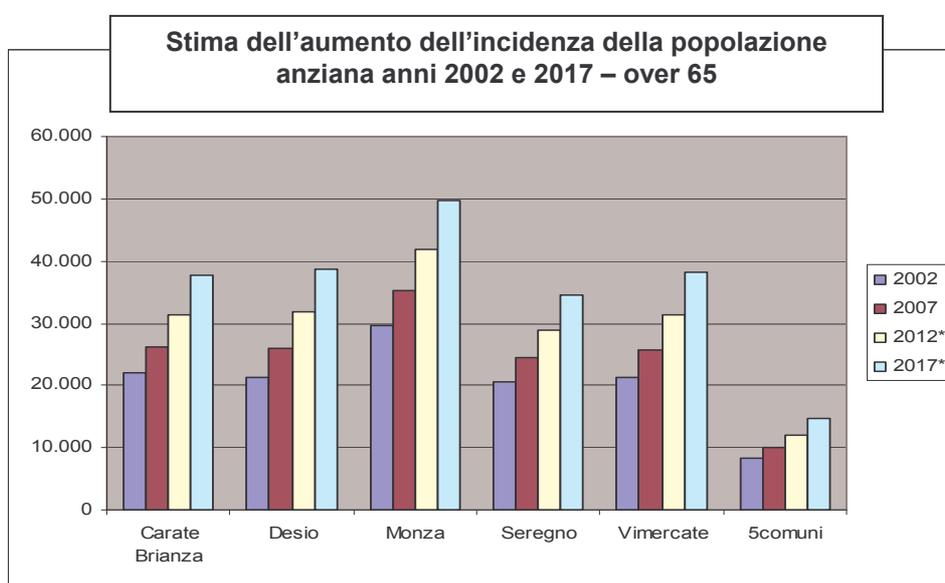
⁴ Fonte: Ufficio statistico Monza.



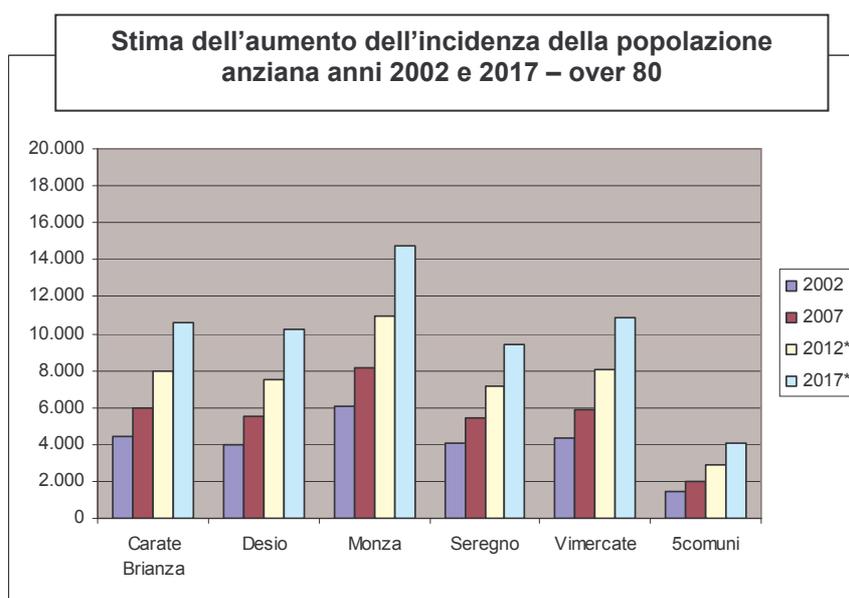
Stima dell'aumento dell'incidenza della popolazione anziana anni 2012 e 2017

Distretto	pop 65+ ASL_MONZA				pop 80+ ASL_MONZA			
	2002	2007	2012*	2017*	2002	2007	2012*	2017*
Carate Brianza	21.943	26.275	31.462	37.674	4.433	5.932	7.938	10.622
Desio	21.380	26.079	31.811	38.802	4.009	5.477	7.483	10.222
Monza	29.616	35.174	41.775	49.615	6.085	8.174	10.980	14.750
Seregno	20.501	24.384	29.002	34.496	4.077	5.396	7.142	9.452
Vimercate	21.240	25.833	31.419	38.213	4.348	5.906	8.022	10.897
5 nuovi comuni	8.291	10.011	12.088	14.595	1.433	2.027	2.867	4.056
tot	122.971	147.756	177.558	213.395	24.385	32.912	44.432	59.999

(fonte: Asl Monza e Brianza)



(fonte: Asl Monza e Brianza)



(fonte: Asl Monza e Brianza)



Le **famiglie** residenti nel Distretto di Carate Brianza al 31/12/2007 sono 58.920. Tenendo presente l'ammontare della popolazione totale, si calcola un numero medio di componenti per famiglia di 2,46 unità. Questo dato è in calo costante nel triennio considerato:

Numero medio di componenti per famiglia Ambito di Carate Brianza anni 2005 – 2007

ANNO	Popolazione	Famiglie	N° medio componenti
2005	140.465	56.239	2,50
2006	142.475	57.543	2,48
2007	144.723	58.920	2,46

fonte: elaborazione Ufficio di Piano su dati degli uffici anagrafe comunali

E' interessante confrontare il dato con la media della Provincia, di Milano, della Lombardia e dell'Italia relative al 2007 in quanto il nostro Distretto risulta al primo posto per numero di componenti:

Numero medio di componenti per famiglia a Livello di Ambito di Provincia Regione e Nazione anno 2007

	Distretto	Provincia di Milano	Comune di Milano	Lombardia	Italia
Numero medio di componenti	2,46	2,20	1,90	2,30	2,40

fonte: Prima relazione sociale della Provincia di Milano – 2008

Il numero di famiglie aumenta ad una velocità doppia rispetto alla popolazione; ciò mette in luce un processo di parcellizzazione del tessuto sociale, in cui le famiglie sono composte da un numero sempre più basso di componenti, come risulta evidente, oltre che dai dati sovra esposti anche dalla seguente tabella relativa al numero di famiglie per componenti, dal 2005 al 2007, nel distretto di Carate:

numero di famiglie per componenti, dal 2005 al 2007, Ambito di Carate Brianza

Anno	1	%	2	%	3	%	4	%	Oltre	%
2005	14.418	25,64%	15.788	28,07%	13.284	23,62%	10.222	18,18%	2.529	4,50%
2006	13.313	26,37%	14.156	28,04%	11.885	23,54%	8.948	17,73%	2.176	4,31%
2007	14.030	27,14%	14.590	28,22%	11.859	22,94%	9.074	17,55%	2.143	4,15%

fonte: elaborazione Ufficio di Piano su dati degli uffici anagrafe comunali

Si nota una crescita percentuale dei nuclei con uno o due componenti, ed una diminuzione di quelli con tre o più componenti.

E' stata avviata la raccolta di informazioni relativa ai nuclei monoparentali, con figli minori, suddivisi per sesso del genitore, nonché dei nuclei mononucleari over 75 anni, maschi e femmine (i cosiddetti anziani soli), ma i dati a disposizione non sono significativi poiché non tutti i sistemi informatici utilizzati dalle anagrafi comunali permettono di estrapolare questo tipo d'informazione che, dunque, risulta mancante per molti Comuni.

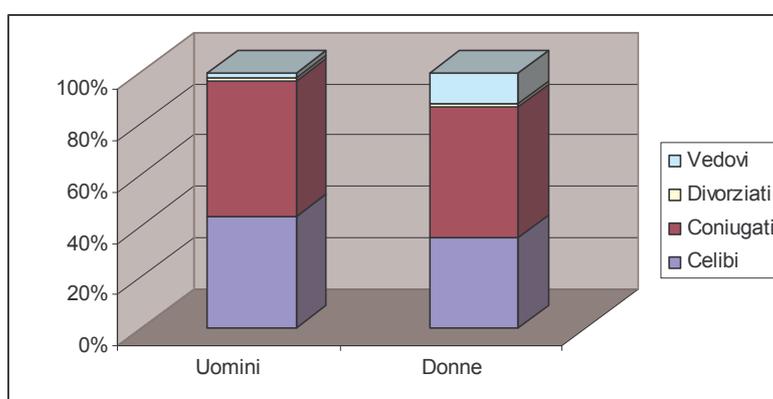
E', invece, nota la distribuzione della popolazione per **stato civile**:

**Distribuzione della popolazione per stato civile Ambito di Carate Anni 2005 - 2007**

Anno	Celibi/Nubili	% sul totale	Coniugati /e	% sul totale	Divorziati /e	% sul totale	Vedovi /e	% sul totale
2005	55.339	39,41%	73.297	52,19%	2.476	1,76%	9.322	6,64%
2006	56.355	39,56%	74.008	51,95%	2.057	1,44%	10.044	7,05%
2007	57.820	40,00%	74.394	51,47%	2.574	1,78%	9.755	6,75%

(fonte: elaborazione Ufficio di Piano su dati degli uffici anagrafe comunali)

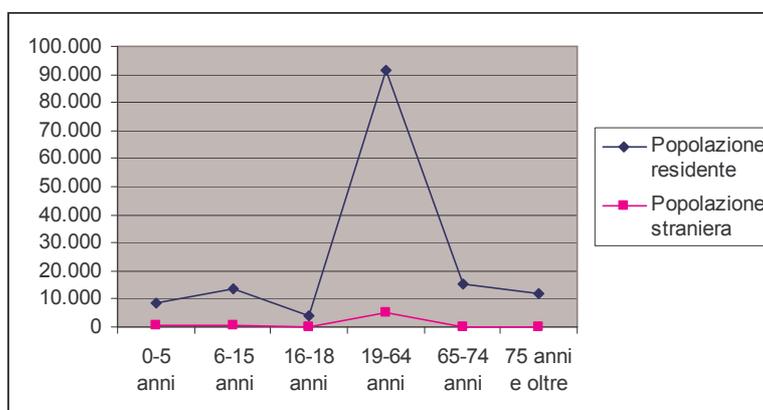
Si rileva che, seppur di poco, è aumentata l'incidenza di nubili e celibi, di divorziati/e e di vedovi/e; al contrario è diminuita quella delle persone coniugate. Di seguito il grafico che mostra la suddivisione per sesso:

Suddivisione per sesso della distribuzione della popolazione per stato civile

(fonte: elaborazione Ufficio di Piano su dati degli uffici anagrafe comunali)

La **popolazione straniera** nel triennio 2005-2007 è aumentata del 34,6% e al 31/12/2007 ammonta a 7.171 unità, il 50,7% di uomini, il 49,3% di donne. Gli immigrati residenti rappresentano il 4,95% della popolazione complessiva.

Di seguito si riporta un grafico che mostra la suddivisione degli stranieri per età, confrontata con le fasce d'età della popolazione totale, al 31/12/2007.

suddivisione degli stranieri residenti nel distretto di Carate Brianza per età

(fonte: elaborazione Ufficio di Piano su dati degli uffici anagrafe comunali)



I minori stranieri rappresentano il 24% degli immigrati (e il 7% dei minori residenti) e il dato appare in crescita nel tempo. Lo stesso vale per gli anziani. La popolazione straniera in età lavorativa è, invece, in diminuzione:

Suddivisione degli stranieri per età e incidenza percentuale delle classi d'età su popolazione straniera complessiva Anni 2005 - 2007

Anno	0-5	6-15	16-18	%	19-64	%	65-74	75 e oltre	%
2005	506	577	171	24,19%	3.867	74,58%	50	14	1,23%
2006	620	679	212	24,64%	4.546	74,14%	58	17	1,22%
2007	742	768	212	24,03%	5.342	74,56%	71	30	1,41%

(fonte: elaborazione Ufficio di Piano su dati degli uffici anagrafe comunali)

Per un approfondimento sulla popolazione anziana ed immigrata, si rimanda ai paragrafi di diagnosi di comunità in cui è stata condotta un'analisi specifica.

5.2 Dati sulla spesa sociale

La **spesa sociale** dell'ambito di Carate Brianza relativa all'anno 2007, come emerge dai debiti informativi regionali compilati dai Comuni dell'Ambito, ammonta a 17.011.673 Euro. Si tratta del 19,2% del totale della spesa corrente dei tredici Comuni (Titoli I dei bilanci).

Andamento e incidenza spesa sociale rilevata dal Debito informativo Regionale rispetto alla spesa corrente comunale Anni 2003 - 2007

DISTRETTO									
Anno	popolazione		spesa corrente		andamento Spesa Sociale	variazione su anno precedente	% spesa sociale sul Titolo I	spesa pro capite	
	andamento popolazione	variazione su anno precedente	andamento Titolo I	variazione su anno precedente				Spesa Pro capite	variazione su anno precedente
2003	136.546	=	76.423.772,79	=	12.748.681,05	=	16,68%	93,365	=
2004	138.673	1,56%	80.451.936,96	5,27%	14.108.114,46	10,66%	17,54%	101,737	10,66%
2005	140.465	1,29%	85.149.396,83	5,84%	15.723.467,22	11,45%	18,47%	111,939	11,45%
2006	142.475	1,43%	81.006.402,34	-4,87%	15.708.547,55	-0,09%	19,39%	110,255	-0,09%
2007	144.723	1,58%	88.664.059,84	9,45%	17.011.672,96	8,30%	19,19%	117,546	8,30%

(fonte debito informativo e anagrafi comunali Rielaborazione Ufficio di Piano)

Considerando la popolazione al 31/12/2007, risulta una spesa sociale pro-capite di 117,5 Euro. Pur registrandosi un trend di continuo aumento, nel Confronto con la Provincia e soprattutto coi territori limitrofi (ASL) risulta la spesa sociale pro – capite più bassa.

Confronto spesa social Distetto Carate con ASL e Provincia Milano

Spesa sociale pro-capite Anno 2007	Distretto	Asl	Provincia Milano
	117,5€	140,6€	127,8€

(fonte: Prima relazione sociale della Provincia di Milano – 2008)



La spesa sociale del Distretto risulta avere un andamento non lineare, non sembra esserci una correlazione diretta con la popolazione residente. Potrebbe ipotizzarsene uno con le possibilità complessive di finanziamento dei Comuni.

Nel dettaglio, a seguito si riportano i dati relativi alla spesa sociale pro-capite suddivisi per Comune relativi all'anno 2007:

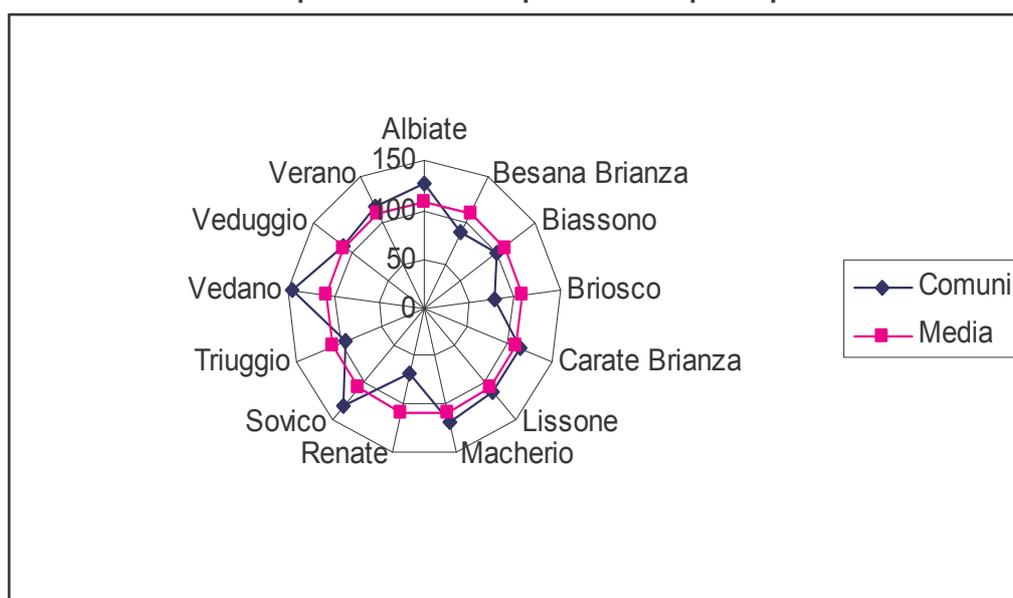
Spesa sociale pro capite divisa per Comune anno 2007

COMUNE	Spesa pro capite
Albate	125,682
Besana Brianza	87,445
Biassono	95,178
Briosco	77,093
Carate Brianza	111,665
Lissone	111,606
Macherio	120,119
Renate	67,356
Sovico	133,478
Triuggio	93,208
Vedano	145,144
Veduggio	109,950
Verano	117,512

(fonte debito informativo rielaborazione Ufficio di Piano)

Il Comune di Vedano al Lambro registra il valore più alto di spesa, il Comune di Renate (il meno popoloso del Distretto) quello più basso; si calcola una deviazione standard di Euro 22,4. Dal grafico seguente si visualizza la posizione di ciascun Comune rispetto alla media distrettuale.

Scostamento rispetto alla media spesa sociale pro capite comunale



(fonte debito informativo, rielaborazione Ufficio di Piano)



Per quanto riguarda l'incidenza della spesa sociale sul totale della spesa corrente, si evidenzia un aumento di circa un punto percentuale nel triennio 2005-2007:

Anche in questo caso è interessante confrontare il comportamento di ciascun Comune:

Incidenza spesa sociale su spesa complessiva singolo comune anno 2007

COMUNE	% sul titolo I
Albate	19,53%
Besana Brianza	14,95%
Biassono	13,68%
Briosco	14,63%
Carate Brianza	20,12%
Lissone	16,90%
Macherio	19,72%
Renate	12,67%
Sovico	21,71%
Triuggio	16,36%
Vedano	25,45%
Veduggio	20,95%
Verano	21,88%

(fonte debito informativo, rielaborazione Ufficio di Piano)

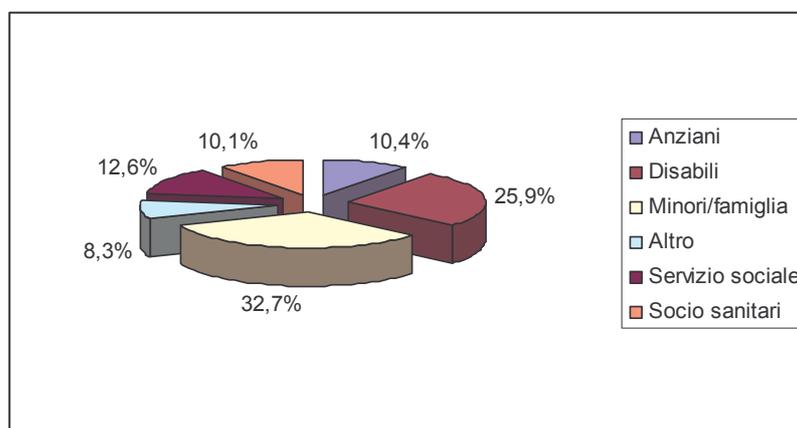
L'incidenza più alta è registrata dal Comune di Vedano, quella minore dal Comune di Renate.

La spesa sociale complessiva del 2007 suddivisa tra le varie aree di intervento è mostrata nel grafico successivo. Negli allegati al Piano di Zona sono riportati i dati di dettaglio di ciascun comune.

Rispetto al 2006 la spesa per anziani è diminuita di un punto percentuale, quella per i disabili è aumentata, quella per minori e famiglia è rimasta costante.

Queste tre aree sono quelle che tradizionalmente assorbono la maggior parte delle risorse, mentre quelle di emarginazione, povertà, dipendenze, immigrazione, salute mentale (accorpate nella voce "Altro"), risultano residuali.

Spesa sociale 2007 suddivisa per area di intervento

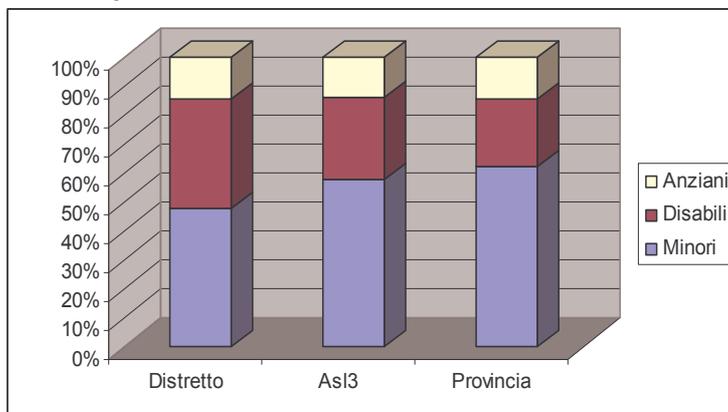


(fonte debito informativo rielaborazione Ufficio di Piano)



Anche a livello provinciale e dell'Asl3 emerge una struttura di spesa suddivisa per aree simile, ad eccezione del maggior investimento da parte dei Comuni del Caratese sulla disabilità a scapito dei minori.

Suddivisione spesa sociale per aree anno 2007 – Raffronto tra Distretto – Provincia Milano e ASL



(fonte: Prima relazione sociale della Provincia di Milano – 2008 Rielaborazione Ufficio di Piano)

In termini assoluti, tale distribuzione della spesa ha comportato, per i comuni del Distretto, nel 2007 una spesa pro-capite per le tre aree prioritarie di intervento di €38,5 (area minori), €12,2 (area anziani), €30,4 (area disabili). A titolo di confronto, gli stessi dati a livello provinciale sono: €55,5 (minori), €12,6 (anziani), €20,3 (disabili).

Tale differenza può in parte essere spiegata considerando che parte della spesa nell'area minori per l'Ambito è spostata nella gestione associata.

Comunque, in genere le politiche sociali prioritariamente finanziate dai Comuni sono rivolte ai minori e alle famiglie.

Questo anche perché tale tipo di intervento (specie la tutela minori) è lasciata totalmente al finanziamento comunale mentre per anziani e disabili la maggior parte del sostegno finanziario deriva dalla Sanità e dallo Stato.

Va specificato, inoltre, che la modalità di rendicontazione scelta dal nostro Ambito non rende giustizia a quanto i Comuni investono sulle categorie "residuali" poiché spesso l'utenza è portatrice di diverse problematiche contemporaneamente e solitamente prevale quella etichettata come "minori e famiglia". Dunque la maggior parte degli interventi è registrata dai servizi sociali nella scheda relativa.

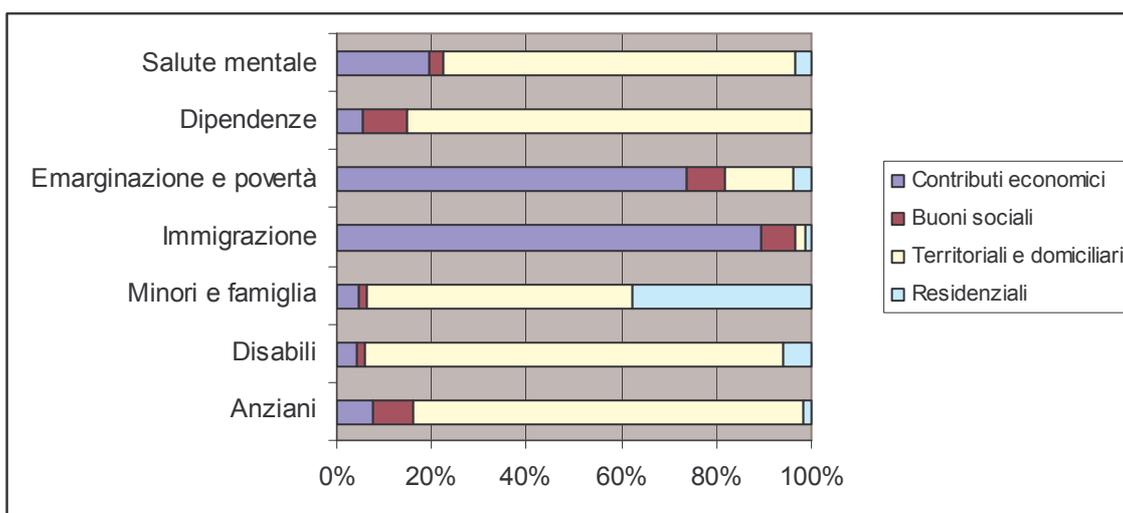
L'analisi della spesa sociale fornisce informazioni interessanti circa le politiche di welfare perseguite dall'Ambito territoriale di Carate.

Il primo elemento da tenere in considerazione in questo senso è il fatto che nei Comuni del Distretto la maggior parte delle risorse è assorbita per il sostenimento della spesa in servizi (87%), il resto è costituito da contributi economici di diverso tipo (13%). I dati sono totalmente in linea con ciò che avviene in Provincia di Milano.

Si può affermare che, a livello comunale, a differenza di ciò che accade verificando la politica di welfare a carattere nazionale (totalmente concentrata sui trasferimenti monetari) prevale un welfare dei servizi piuttosto che monetario.

Inoltre, la spesa per i servizi copre al 73% quelli di tipo territoriale e domiciliare, mentre il 27% quelli di tipo residenziale. A livello provinciale il 79% della spesa verte su servizi territoriali e domiciliari, il 21% su residenziali.

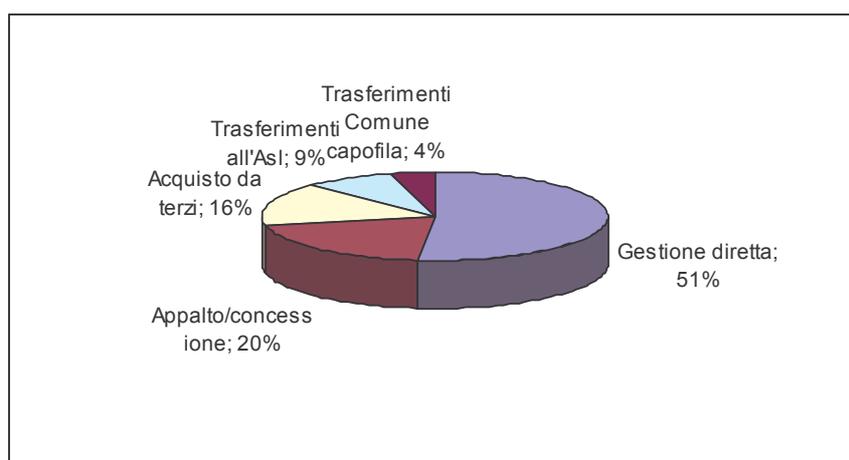
Il grafico seguente illustra la tipologia di intervento per area – anno 2007.

**Suddivisione della tipologia di spesa per area di intervento – Anno 2007**

(fonte debito informativo rielaborazione Ufficio di Piano)

Altro dato che si desume dall'analisi della spesa sociale del distretto di Carate Brianza, è dato dal fatto che i Comuni investono quasi la metà delle risorse finanziarie tramite servizi delegati o gestiti da terzi (Asl, Terzo settore, privati). I servizi gestiti direttamente dall'ente locale assorbono infatti il 52% delle risorse. A livello provinciale le due percentuali risultano invertite (48% diretta – 52% delegata), ma si osserva un comportamento del tutto simile.

In particolare, per i servizi delegati a terzi, si osserva che la maggior parte è affidata in appalto e/o concessione (41,4%), un terzo è acquistata da terzi (32,4%), per il 17,7% si tratta di trasferimenti all'Asl. Il restante 8,5% è costituito da trasferimenti al Comune capofila e altri tipi di trasferimenti.

Suddivisione modalità di utilizzo spesa sociale distrettuale Anno 2007

(fonte debito informativo rielaborazione Ufficio di Piano)

Nel tempo, la percentuale di servizi non gestiti direttamente dai Comuni è aumentata: il ruolo dei Comuni sembra essere sempre più quello di centrale d'acquisto, di committente e, dunque, di programmatore con una necessaria modifica delle competenze richieste all'ente locale in tal senso.



L'analisi delle entrate mette in luce che gli interventi sociali sviluppati dai Comuni del Distretto sono stati finanziati per il 70,4% da risorse proprie degli enti comunali, per il 9,6% dagli utenti attraverso la compartecipazione al costo/tariffe, il 20% da trasferimenti finanziari da altri Enti (Stato, Regione, Provincia). Nel dettaglio:

Canali di finanziamento spesa sociale Distretto di Carate Brianza anno 2007

Risorse comunali	11.981.126,5	70,4%
Entrate da utenza	1.635.985,2	9,6%
Fondo Nazionale Politiche Sociali	1.262.806,3	7,4%
Fondo Sociale Regionale	668.472,3	3,9%
Altre entrate	1.463.282,6	8,4%
Totale	17.011.673	100%

(fonte debito informativo rielaborazione Ufficio di Piano)

Più nello specifico, per quanto riguarda il livello di tariffazione applicato all'utenza, va sottolineato che la percentuale relativa all'Asl3 è del 9%, quella relativa all'intera Provincia di Milano è del 12%. I debiti informativi mettono in luce che all'interno dell'Ambito distrettuale anche le modalità di partecipazione al costo sono molto disomogenee, non esistono politiche tariffarie e politiche di accesso al welfare comuni:

Percentuale di entrate derivanti dal recupero dall'utenza nei singoli comuni – Anno 2007

Comune	% entrate da recupero utenza
Albate	4,93%
Besana	8,46%
Biassono	7,85%
Briosco	8,12%
Carate	5,33%
Lissone	11,94%
Macherio	2,70%
Renate	2,03%
Sovico	8,45%
Triuggio	6,55%
Vedano	28,13%
Veduggio	4,01%
Verano	12,25%

(fonte debito informativo rielaborazione Ufficio di Piano)

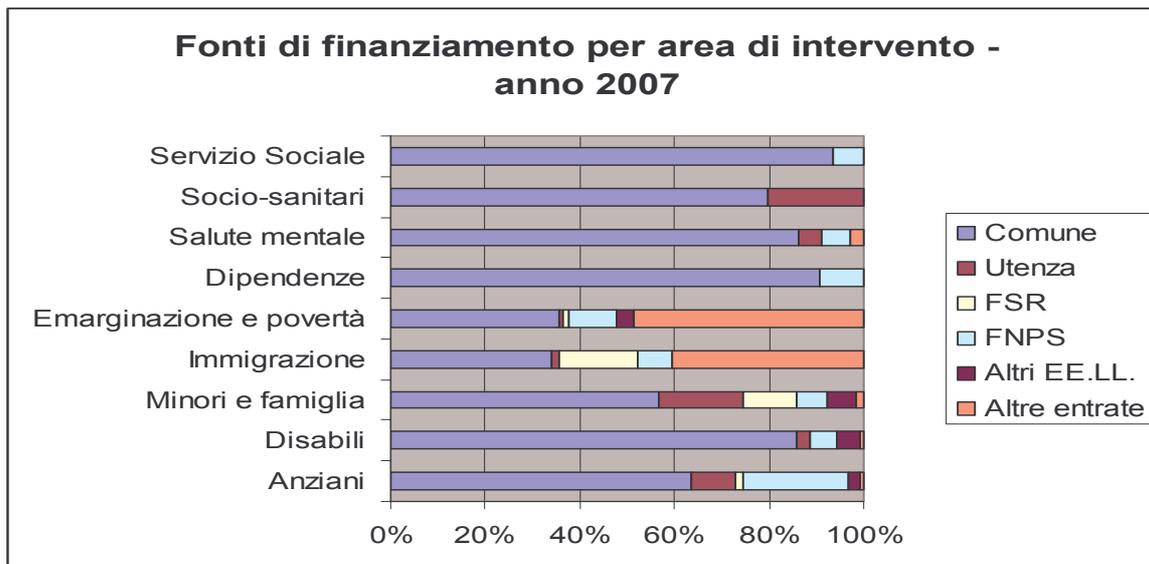
Si può affermare che gli spazi di autonomia di gestione dei Comuni, almeno nell'area degli interventi sociali, sono molto ampi.

Solo il 17% circa della spesa è (di fatto) gestita a livello associato (Fondo Nazionale – Fondo Regionale – Contributi Provinciali).

La politica di ciascun Comune ha facoltà e responsabilità di decidere in merito all'utilizzo del resto della spesa sociale, tanto che si può parlare di una sorta di "decentramento agito", per quanto riguarda le politiche sociali.

Di seguito si riporta un grafico in cui si mette in evidenza la suddivisione delle entrate per area di intervento.

Si specifica che "Altre entrate" registrate dall'area Emarginazione e immigrazione sono relative al Fondo Sostegno Affitti.



(fonte debito informativo rielaborazione Ufficio di Piano)

5.3 Indicatori sulla qualità della vita

A livello interdistrettuale è stato avviato un gruppo di lavoro per omogeneizzare la raccolta dei dati e la costruzione di indicatori sia sul profilo demografico di ciascun ambito territoriale sia su altri aspetti sociologici e relativi a diversi ambiti di vita del cittadino. Obiettivo finale del lavoro intrapreso è quello di definire un'analisi condivisa sugli elementi che concorrano a determinare la qualità della vita (oltre che sulla spesa sociale e le variabili demografiche) i cui dati siano confrontabili con ciascun distretto socio-sanitario della Provincia di Monza e Brianza ed eventualmente con altri livelli territoriali.

Il gruppo di lavoro, nato in seno al Tavolo di integrazione socio-sanitaria Asl / Ambiti, si è avvalso del contributo dell'Ufficio Statistica di Monza e del settore epidemiologico dell'Asl. Negli allegati al Piano di Zona sono riportati i valori di alcuni indici ed indicatori riferiti agli anni 2006 e 2007 e a ciascun Comune.

Si tratta per adesso di semplici informazioni relative ai principali ambiti di vita che determinano il benessere generale del cittadino: salute, sicurezza stradale, istruzione, formazione e cultura, benessere economico, ambiente, lavoro, stabilità sociale, casa, sicurezza sociale, mobilità. Ciò fornisce una fotografia della situazione attuale e permette un confronto temporale seppur minimo (2006-2007) per valutare miglioramenti o peggioramenti.

All'interno della diagnosi di comunità condotta per aree (cfr. paragrafo 6) sono state inserite analisi di contesto incentrate in specifico sugli aspetti sociali della vita: a lungo termine sarà interessante prendere in esame anche gli altri aspetti che determinano la qualità della vita dei cittadini, in un'ottica sistemica e di integrazione tra politiche.

La prospettiva sul triennio 2009-2011 potrebbe essere, dunque, quella di proseguire il lavoro interdistrettuale avviato per definire modalità di valutazione della qualità della vita in generale, sviluppando un modello statistico (che eventualmente tenga conto anche di indicatori soggettivi e non solo oggettivi) che dia una rappresentazione quantitativa della qualità della vita, sintetizzando le diverse informazioni in valori significativi confrontabili tra ambiti, in modo da evidenziare punti di forza e di debolezza di ciascun territorio (punto di partenza per l'elaborazione di politiche ed interventi).

Si specifica che si è rilevata qualche difficoltà nella raccolta dei dati e nella gestione della rilevazione, sia perché i software utilizzati dagli uffici comunali sono differenti e non



permettono per tutti di estrapolare i dati richiesti; sia perché le informazioni richieste afferiscono a diversi settori dell'ente locale e, talvolta, ad altri soggetti del territorio (pubblici e privati), questo può dare ragione di qualche difformità interna tra i dati finora raccolti.

6 Diagnosi di comunità

6.1 Minori e famiglia

(a cura di Veronica Borroni)

6.1.1 Le indicazioni per il settore a livello nazionale e regionale

Sia il “libro verde del Welfare”⁵ che le “Linee di indirizzo per la programmazione dei piani di zona del 3° triennio (2009-2011)” si occupano di offrire indicazioni circa l’area minori e famiglia.

In specifico, il libro verde propone quale tematica degna di particolare attenzione quella dei **servizi socio educativi per la prima infanzia**, individuandoli come aventi un ruolo strategico per l’occupazione femminile e indicando quale obiettivo per il paese il raggiungimento di una copertura media, rispetto alla popolazione di riferimento, del 33% (come da accordi in sede Europea relativi alla “Strategia di Lisbona”) con un obiettivo di medio termine, ripreso dal “Piano per lo sviluppo dei servizi socio-educativi per la prima infanzia 2007-2009”, di arrivare ad una copertura del 14% entro il 2009.

Per il raggiungimento di tale obiettivo si indirizzano le Regioni e le Amministrazioni Locali a non considerare solo le risposte pubbliche più consolidate ma a valorizzare soluzioni flessibili e innovative promuovendo una pluralità di soluzioni quali nidi aziendali, servizi condominiali, nidi famiglia...

Ruolo chiave dell’Ente Pubblico, all’interno di una tale strategia, deve essere quello di fissare e verificare precisi standard di qualità ed efficienza.

Le “Linee di indirizzo per la programmazione dei piani di zona del 3° triennio (2009-2011)”, invece, focalizzano l’attenzione della Programmazione locale su:

- Interventi di promozione, supporto alla genitorialità e al protagonismo familiare, con riferimento a azioni a sostegno della maternità: tramite lo strumento dei titoli sociali, e azioni integrate di sostegno al nucleo familiare volte alla tutela della vita in tutte le sue fasi, con particolare attenzione alla gestante, al periodo prenatale e all’infanzia;
- Sostegno alla famiglia nei suoi diversi cicli di vita, con particolare attenzione ai figli minori, attraverso interventi di prevenzione del disagio, basati su metodologie di lavoro di rete, sviluppo di comunità, attivazione di reti solidali, potenziamento del sostegno e valorizzazione di una cultura della “genitorialità sociale” (reti familiari, affidi diurni, auto-aiuto).
- Azioni mirate a favorire la conciliazione tra tempi di lavoro e vita familiare, attraverso l’erogazione di servizi flessibili alla persona e alla famiglia
- Interventi di prevenzione e promozione delle politiche rivolte ad adolescenti e giovani
- Interventi di prevenzione del bullismo e sviluppo di una cultura della legalità.

Il Tavolo allargato competente per l’area, a cui hanno partecipato l’Ufficio di Piano, 4 Rappresentanti dei Comuni del Distretto, 2 rappresentanti del Distretto Socio Sanitario, 2

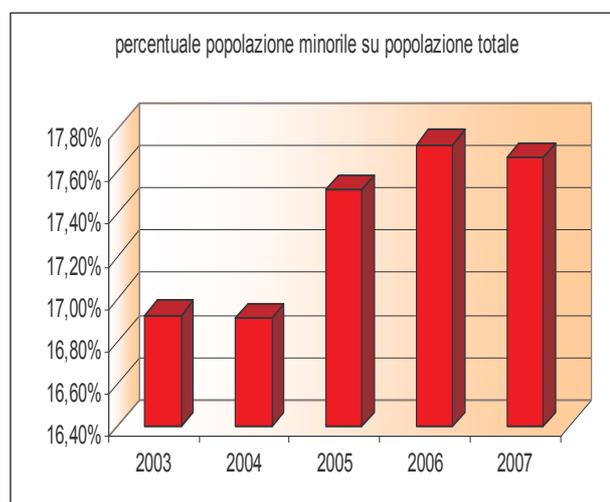
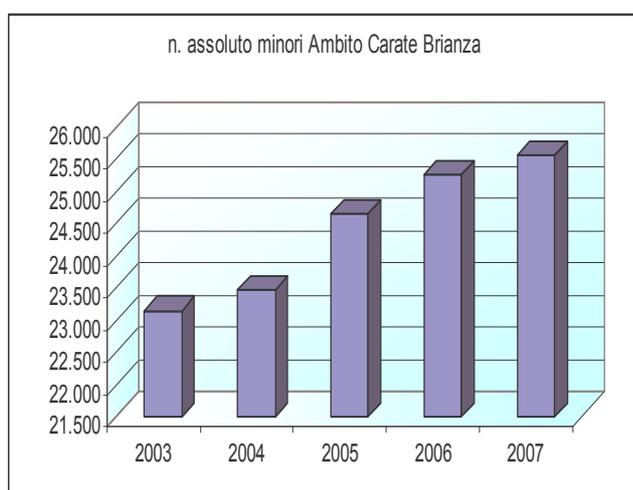
⁵ Il Libro Verde del Welfare è stato pubblicato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali il 25 luglio 2008 quale strumento per la consultazione pubblica ed esprime gli indirizzi governativi per il futuro modello di politica sociale



Operatori dei Consultori Familiari, 2 operatori del servizio Dipendenze dell'ASL, 5 Cooperative sociali e 3 Associazioni operanti sul territorio, ha individuato le tematiche su cui concentrare l'analisi di comunità a partire da tali indicazioni e, dopo un esame degli obiettivi previsti nel precedente Piano di Zona, del loro grado di raggiungimento nonché delle caratteristiche della popolazione minorile dell'Ambito, si è concentrata su 5 focus tematici che verranno a seguito brevemente illustrati.

6.1.2 Le caratteristiche della popolazione minorile, i bisogni espressi nei precedenti pdz e il loro grado di attualità e copertura

Dal 31.12.2003 al 31.12.2007, la popolazione minorile presente sul territorio è aumentata sia in numero assoluto passando da 23.147 a 25.551 unità (+ 2.404 unità / + 10,3%)² che come incidenza sul resto della popolazione, passando dal 16,92% al 17,66% (+ 0,74%)⁶ (per un raffronto si consideri che l'incidenza nel 2007 della popolazione minorile su quella complessiva per la Provincia di Milano è pari circa al 16% → 16,4% se depurata dal dato del capoluogo)⁷.



(Fonte: rilevazione a cura dell'Ufficio di Piano al 31.12.di ogni anno presso i singoli Uffici anagrafe comunali)

Il tasso di natalità è passato nello stesso periodo da 9,76 a 10,83⁸ (nel 2007 Italia 9,6 Lombardia 10,2)⁹.

La popolazione tra 0 e 3 anni presenta un'incidenza nel 2007 del 3,04% (n. assoluto 4401 unità)¹⁰ (a livello Provinciale 2,92%).

Il Distretto di Carate Brianza è quindi lievemente superiore per tasso natalità, incidenza popolazione minorile ed incidenza popolazione 0/3 anni alla media italiana, regionale e provinciale.

Assumendo i dati provinciali⁶, quali maggiormente vicini al nostro contesto, la proiezione nel medio periodo (2007 – 2017) rispetto alla popolazione minorile prevede un aumento maggiore rispetto a quello, pur presente, della popolazione nel suo complesso, con una controtendenza della popolazione 0/3 che tenderà però a compensarsi nei decenni successivi.

⁶ Fonte: rilevazione a cura dell'Ufficio di Piano al 31.12.di ogni anno presso i singoli Uffici anagrafe comunali

⁷ Fonte: Prendersi cura: Prima relazione Sociale della Provincia di Milano, 2008

⁸ Fonte: rilevazione a cura dell'Ufficio di Piano al 31.12.di ogni anno presso i singoli Uffici anagrafe comunali

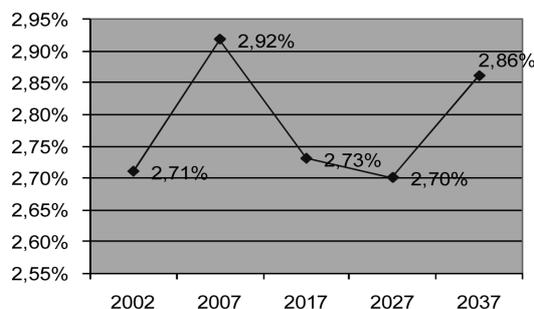
⁹ Dato ISTAT relativo al 1.1.2008

¹⁰ Fonte: rilevazione a cura dell'Ufficio di Piano al 31.12.di ogni anno presso i singoli Uffici anagrafe comunali

**I minori in provincia di Milano (dato al 1.1.2007 e proiezione al 1.1.2017)**

	1/1/2007	1/1/2017	Variazione %
popolazione residente	3.884.481	4.108.134	+ 5,4
popolazione ≤ 17	619.681	692.041	+ 10,5
popolazione < 3	113.328	112.101	- 1,1

Fonte: Elaborazione IRS su dati e stime ISTAT

Andamento dell'incidenza della popolazione 0/3

Fonte: Elaborazione IRS su dati e stime ISTAT

Contestualmente a questi dati, riguardanti la struttura demografica della popolazione minore, il nostro territorio, come già la Regione e la Provincia di Milano, si è caratterizzato, nel corso degli ultimi anni, per una diminuzione del numero medio di componenti delle famiglie (cfr. dati commentati al cap. 5 nell'analisi degli aspetti demografici del territorio).

Nonostante ciò si registra una media leggermente superiore a quella nazionale, regionale e provinciale.

Numero medio di componenti per famiglia. Anni 2003 e 2007

Numero medio componenti	Italia	Lombardia	Provincia MI	Distretto Carate
2003	2,50	2,40	2,30	
2007	2,40	2,30	2,20	2,5

Fonte: Elaborazione IRS su dati ISTAT integrati da dati raccolti presso le singole anagrafi comunali dall'UdP

A tale trend negativo sembra essere correlato il basso indice di nuzialità (Italia 4,2 – Provincia Mi 3,5) anche se da fonte provinciale¹¹ si rileva che “i bambini nati al di fuori del matrimonio sono in costante crescita” (nel 2007 il 21,08% del totale in Provincia di Milano il 19% in Regione Lombardia).

Non potendo distinguere le nascite fuori dal matrimonio tra situazioni di convivenza “di fatto” e madri sole sono da riconoscere l'ampiezza e la rilevanza di entrambi i fenomeni ponendo particolare riguardo al ruolo giocato dalle convivenze sul rialzo della fecondità. Non è da trascurare in queste riflessioni che la monogenitorialità è una condizione che implica un maggior carico di cura su un unico genitore e un'esigenza più forte di strumenti di conciliazione dei tempi di vita e lavoro.

Inoltre, l'incidenza delle donne non coniugate (conviventi o sole) che hanno un figlio è maggiore in provincia di Milano rispetto alla Lombardia. Se ci limitiamo a chi ha tra 25 e 34 anni, il 19 per cento delle nascite avviene in una situazione non tradizionale, in cui la donna non è coniugata; l'analogo dato a livello regionale è più basso di due punti percentuali.”

¹¹ Fonte: Prendersi cura: Prima relazione Sociale della Provincia di Milano, 2008



Per ciò che riguarda fenomeni sociali più circoscritti, possiamo rilevare come nel nostro Ambito l'incidenza della popolazione minore straniera su quella complessiva passa nel periodo 2003 - 2007 dal 3,3% al 6,7% con un incremento assoluto di circa 1.000 unità (da 776 a 1722)¹².

Anche la popolazione seguita dai servizi sociali mostra un aumento passando nel periodo 2001 / 2007 da 498 a 707 unità in carico (+ 209 unità + 0,62%).

In particolare il numero di minori per i quali si sono resi necessari interventi di sostituzione del nucleo familiare (affido familiare o collocamento in comunità) passa tra il 2001 ed il 2007 da 77 a 110 dei quali 9 (8,81%) al di sotto dei 3 anni di età.

Popolazione minori in carico ai servizi sociali Ambito di Carate Brianza

	n. assoluto minori	di cui in carico a servizi	% in carico su minori	di cui con decreto Autorità Giudiziaria	% con decreto su minori	di cui in comunità o affido	% in comunità o affido su minori
2001	23.191	498	2,15%			77	0,33%
2007	25.551	707	2,77%	245	0,95 %	110	0,55%

(fonte: dati rilevati dall'Ufficio di Piano presso i singoli servizi sociali comunali)

I minori seguiti per procedimento penale apertosi nel 2007 sono stati 30.

A fronte dell'aumento della popolazione minorile si nota che l'incidenza della spesa dell'area minori sulla spesa corrente complessiva, invece, mostra nel periodo di riferimento (dal 2003 al 2007) un lievissimo aumento percentuale sulla spesa complessiva, passando dal 32,67% al 32,74% (+0,07%).

% spesa sociale per area minori – distretto

Anno	Spesa Minori/Famiglia		Spesa Totale
	Assoluto	%	
2003	4.164.709,99	32,67%	12.748.681,05
2004	4.651.020,57	32,97%	14.108.114,46
2005	5.146.323,88	32,73%	15.723.467,22
2006	5.167.657,41	32,90%	15.708.547,55
2007	5.568.989,43	32,74%	17.011.672,96

(fonte: debito informativo distrettuale)

Gli interventi di assistenza alla donna, alla coppia e alla famiglia, dunque, si misurano con una realtà demografica caratterizzata da:

- **un aumento progressivo della domanda;**
- **una progressiva parcellizzazione del tessuto sociale, che vede un numero sempre crescente di unità familiari, composte da un numero progressivamente decrescente di persone;**
- **una presenza quantitativamente significativa di persone straniere, di differenti etnie e culture.**

L'analisi non si discosta sostanzialmente da quella già emersa nel precedente Piano di Zona.

Gli obiettivi allora individuati sono sintetizzati nella tabella seguente ove sono anche individuate le azioni intraprese dal Distretto per rispondere a tali bisogni nel triennio che si va a concludere.

¹² Fonte: rilevazione a cura dell'Ufficio di Piano al 31.12. di ogni anno presso i singoli Uffici anagrafe comunali



Valutazione obiettivi Piano di Zona precedente

Area minori – bisogni espressi nel Piano di Zona 2006/2008			
Bisogno /obiettivo evidenziato	Azioni attivate	Grado di raggiungimento	
Mantenimento e (potenziamento) servizi ex leggi di settore	Tepee: Servizio affidi	Mantenimento - potenziamento e attivazione partnership provincia	☺
	Ancora genitori: Sostegno ai genitori nella separazione	Mantenimento - potenziamento e attivazione partnership provincia	☺
	Noi genitori: interventi di sostegno alla genitorialità	Mantenimento	☺
	Un nuovo giardino: spazio neutro	Mantenimento - potenziamento e attivazione partnership provincia	☺
	Piccolo puzzle: comunità diurna	Mantenimento	☺
	Camelot: servizio sostegno insegnanti e genitori	Mantenimento	☺
Integrazione minori stranieri scolastica e culturale	Mantenimento e potenziamento sportello interculturale e servizio di mediazione culturale e facilitazione linguistica	☺	
Prevenire agiti “forti” nei confronti dei figli area neo mamme	Attivazione servizio “un passo dopo l’altro” e raccordo territoriale (Comuni Asl H MMG PLS Privato sociale...) per addivenire a formazione condivisa e protocollo operativo denominato “Ho cura di te”	☺	
Analisi iniziative di orientamento per promuovere attenzione a life skill	Oggetto delle iniziative preventive ex L 45 – servizio Cic in particolare	☺	
Attivazione spazi aggregativi – mantenimento piccolo puzzle – aiutare la gestante -	Attivazione Centro per la Famiglia Macherio	☺	
Qualificare servizi tutela minorile territoriali	Attivazione consulenza legale area tutela minori	☺	
	Attivazione ETIM	☺	
Sostegno genitorialità 0/3 aa	Estensione buoni minori 0/3	☺	
promuovere attenzione a life skill	Attivazione servizi cic scuole superiori	☺	
Area pari opportunità/ contrasto violenza femminile	Promozione formazione e protocollo operativo contrasto ed intervento su violenza alle donne (bando Artemide)	☺	
Analisi asili nido distrettuali al fine di prevedere convenzionamento privati	In fase di attuazione a partire dall’analisi contenuta nel presene piano	☹	
Analisi esperienze ludoteche e spazi giochi e messa in rete esperienze	In fase di attuazione a partire dall’analisi contenuta nel presene piano	☹	
Costituzione equipe accompagnamento adolescenti in situazione di disagio sociale o sottoposti a indagine penale	Attivazione servizio SFA minori a Carate	☹	
Coordinamento realtà locali per adolescenti e servizi	In fase di attuazione	☹	
Messa in rete, coordinamento e potenziamento esperienze educative e socializzanti per minori fascia 11/17 aa	=	☹	



Obiettivo raggiunto



Obiettivo in corso di raggiungimento o parzialmente raggiunto



Obiettivo non raggiunto



6.1.3 Focus I: servizi per minori da 0 a 3 anni

Visti i dati sovra esposti e gli obiettivi declinati sia dal Libro Verde del Welfare che dalle "Linee di indirizzo per la programmazione dei piani di zona del 3° triennio (2009-2011)" uno dei primi focus del Tavolo minori rispetto al riesame dei bisogni del territorio è stato quello dell'analisi dell'offerta territoriale a favore dei minori in fascia 0/3.

6.1.3.1 I servizi esistenti

Asili Nido pubblici

Per ciò che attiene i nidi esistenti, sul distretto i posti autorizzati sono 533 di cui 221 pubblici, la copertura rispetto alla popolazione 0/3 è pari al 12,1% (5% pubblico – 7,1% privato) ed i posti in lista d'attesa, censiti solo per i nidi pubblici, sono 217 pari al 5% della popolazione 0/3. Di questi più della metà incidono sull'asilo nido di Lissone.

Nonostante la crescita costante del Distretto l'ultimo asilo nido pubblico è stato costruito nel 2001, mentre la maggior parte dei nidi privati sono stati aperti tra il 2002 ed il 2006.

I minori disabili inseriti negli asili nido sono pari al 2,9% degli inserimenti.

Le caratteristiche dei nidi pubblici distrettuali sono sintetizzate nella tabella seguente, il costo medio a utente è di 8.419 euro (detratte le entrate 4.633) con un massimo di 10.969 euro ed un minimo di 5.869 (7.601 euro e 1.759 euro al netto delle entrate).

Caratteristiche asili nido gestiti dall'Ente Locale anno scolastico 2007/ 2008

comune gestore	Posti autorizzati	indice di saturazione	n. b.ni in lista d'attesa	% b.ni lista d'attesa su posti autorizzati	N. giorni di apertura della struttura oltre i 220	N. medio iscritti	Spese	Costo a posto	entrate	costo a posto al netto delle entrate	Retta minima utenti	Retta massima utenti
Besana	30	0,9	18	60%	-	24,36	311.401	10.380	123.113	6.276	180	568
Carate	30	1,2	23	76,6%	-	35,82	255.720	8.524	117.264	4.615	189	500
Lissone	60	1	118	196,7%	-	57,77	641.739	10.696	185.658	7.601	108	355
Sovico	21	1	9	42,9%	-	13,82	188.926	8.996	90.822	4.672	22	525
Vedano	45	1	28	62,2%	11	47,73	272.328	6.052	193.166	1.759	124	517
Verano	35	0,74	21	60%	-	38,36	205.417	5.869	104.914	2.872	225	535
Totale / media	221	0,97	217	98,19	11	217,86	1.875.530	8.419	814.936	4.633	141	500

Fonte: rilevazione Ufficio di Piano anno scolastico 2007/2008 integrati con dati economici ex circolare 4 2008

Da uno studio fatto nel 2006 il 20% dei costi era dato da servizi in appalto, l'80% da spese per gestione diretta.

Sempre nello stesso anno il 65% dei costi erano sostenuti dal pubblico (58% Comuni e 7% Regione) e il 35% dagli utenti

Asili Nido privati

Come visto precedentemente, più della metà della domanda viene soddisfatta dagli 11 asili nido privati sorti tra il 2001 ed il 2006. Le caratteristiche degli stessi sono evidenziate nella tabella sottostante:



Caratteristiche asili nido privati anno scolastico 2007/ 2008

sede	tipologia	gestore	posti autorizzati	indice di saturazione	n° posti convenzionati con comuni	retta minima	retta massima
albate	asilo nido	ente religioso	24	1	0	464	534
albate	asilo nido	privata	31	1,2	5 (lesmo)	310	620
biassono	asilo nido	soggetto profit	35	1	0	410	670
biassono	asilo nido	soggetto profit	21	1	0	465	615
biassono	asilo nido	soggetto profit	20	1	0	390	745
carate brianza	asilo nido	privata/ societa'	22	1	0	400	550
lissone	asilo nido	soggetto profit	40	1	0	450	600
lissone	asilo nido	soggetto profit	23	1	0	470	580
lissone	centro prima infanzia	soggetto profit	18	0,78	0	260	370
macherio	asilo nido	soggetto profit	15	1	0	440	640
macherio	micro nido	soggetto profit	8	1	0	490	590
totale o media			257	0,99	5	414	592

(Fonte: rilevazione Ufficio di Piano anno scolastico 2007/2008)

Alcuni comuni, pur non avendo una struttura propria, hanno rendicontato specifici interventi per il sostegno alle famiglie nel sostenere il costo delle rette agli asili nido privati o pubblici non convenzionati. Altri, pur non avendo evidenziato questa specifica tipologia di spesa, attuano comunque interventi di sostegno economico con questa finalità ricomprensendoli nella voce contributi economici o buoni a sostegno della natalità.

Nei casi rendicontati, nel 2006, il costo medio ad utente oscillava tra 3200 e 1000 euro l'anno.

I servizi e gli interventi "leggeri" e quelli di supporto alla genitorialità

Oltre agli asili nido pubblici e privati l'Ambito di Carate Brianza offre altri spazi ai minori tra 0 e 3 anni.

Da un lato ci sono i nidi famiglia, che essendo una realtà in questo momento non soggetta a controllo pubblico, sfugge anche ad una chiara identificazione del fenomeno.

Dall'altro lato ci sono le esperienze di "spazi gioco" che offrono al bambino ed al suo adulto di riferimento una occasione di socializzazione, confronto ed accompagnamento.

Esistono poi corsi rivolti alla gestante ed al minore, quali ginnastica pre-parto, massaggio infantile, ... attivati da enti pubblici o no profit.

Infine sono presenti anche realtà informali di sostegno tra mamme che hanno sede presso oratori del territorio.

Essendo realtà spesso temporanee ed in costante mutamento è difficile darne una fotografia esatta di tutti questi tipi di intervento.

Nella seguente tabella vengono riportati i servizi e le attività censite ad inizio 2009.



Servizi e interventi a favore di minori tra 0 e 3 anni o della gestante – rilevazione inizio 2009

Attività – Ente gestore	Comune	Indirizzo	Posti	Età
Nido famiglia Gestione privata	Macherio	Via Muratori 7	3 – 5 posti	b.ni da 3 mesi a 3 aa
CPF – spazio gioco “altro tempo” ATI GraDiSol	Macherio	Via Visconti di Modrone 43	15 – 20 posti	b.ni 1 – 3 anni
Spazio gioco/Ludoteca “La tana dei cuccioli” Cooperativa Sociale Empiria ONLUS	Renate	Via Umberto I, 6	15 – 20 posti	b.ni 0/3 aa
Spazio gioco/Ludoteca “La tana dei cuccioli” Cooperativa Sociale Empiria ONLUS	Albate	Via Carducci	15 – 20 posti	b.ni 0/3 aa
CPF – corsi massaggio neonatale “tempo di coccole” ATI GraDiSol	Macherio	Via Visconti di Modrone 43	10 posti	b.ni 0/6 mesi
Corsi massaggio neonatale “con – tatto” Cooperativa Sociale Il Mondo di Emma	Carate Brianza	Via Riverio, 3	5 – 10 posti	b.ni 0/6 mesi
Corsi massaggio infantile Consultorio familiare ASL MB	Carate Brianza	Via Maschera, 14		
CPF – danza/movimento terapia “gravi – danza” ATI GraDiSol	Macherio	Via Visconti di Modrone 43	8 posti	Gestanti dalla 13esima settimana
Corsi di preparazione al parto Consultorio familiare ASL MB	Carate Brianza	Via Maschera, 14		
Spazio allattamento Consultorio familiare ASL MB	Carate Brianza	Via Maschera, 14		
Incontri mamma b.no Consultorio familiare ASL MB	Carate Brianza	Via Maschera, 14		

Il Tavolo minori ha individuato in queste realtà una fonte di sostegno per la mamma ed il bambino nei primi anni di vita.

Si ritiene che un maggior coordinamento ed una pubblicizzazione congiunta di queste iniziative possa rappresentare una ulteriore preziosa risorsa per il territorio.

Oltre alla presenza di numerosi servizi, l’Ambito di Carate Brianza sta partecipando a due progettazioni finanziate dalla Regione Lombardia attraverso il bando regionale “Fare Rete e dare tutela e sostegno alla maternità”, esito di un complesso lavoro di raccordo iniziato nel triennio precedente.

La prima progettazione denominata **“Sostenere le madri – Prevenzione e cura del disagio psicologico e sociale in gravidanza e dopo il parto”**, a titolarità ASL, coinvolge tutti i distretti della Provincia di Monza e Brianza e si pone, quale obiettivi, la formazione degli operatori e la creazione di reti territoriali per l’individuazione precoce, il supporto della gestante e della donna affetta da disagio psicologico ed in particolar modo da depressione post partum.

La seconda progettazione denominata **“Ho cura di te”**, a titolarità ATI Gra.Di.Sol, comprende una serie di azioni finanziate, oltre che dalla Regione, dalla Provincia di Milano attraverso il bando “Sostegno di progetti innovativi rivolti a nuclei familiari, famiglie a rischio di fragilità e famiglie gravate da responsabilità di cura”.

L’attivazione degli interventi a titolarità sanitaria (visite specialistiche, visite domiciliari in puerperio, mediazione culturale, consulenza sociale e psicologica...), a titolarità sociale



(sad, adm, consulenza sociale o pedagogica,...) ed a titolarità ATI (supporto educativo domiciliare alla madre, spazio informativo, spazi gioco, corsi pre e post parto, consulenza psicologica...), si coordinano tramite un protocollo operativo che istituisce un'équipe integrata composta da operatori del Distretto Sanitario, del Consultorio Familiare, dei Comuni e dell'ATI.

In tale equipe vengono affrontate le situazioni individuate quali a rischio dai servizi coinvolti, dal punto nascita dell'Ospedale di Carate ed, in prospettiva, dai pediatri di base, e a seguito di una valutazione congiunta vengono declinati i percorsi di presa in carico personalizzati.

6.1.3.2 Le proposte di intervento

A) Sostegno alla madre ed alla famiglia nel primo anno di vita del bambino (obiettivo di integrazione - costruzione di rete – attivazione servizi e interventi – già finanziato da Regione e Provincia per il 2009)

Come appena detto, grazie alla partecipazione al bando Regionale “Fare rete e dare tutela e sostegno alla maternità” e al bando provinciale “Sostegno di progetti innovativi rivolti a nuclei familiari, famiglie a rischio di fragilità e famiglie gravate da responsabilità di cura”, l'Ambito di Carate Brianza in partnership col Distretto Socio Sanitario, l'ATI Gra.Di.Sol (promotrice della partecipazione ai bandi) parrocchie, le caritas, le associazioni che si occupano di prima infanzia (es. Centro Aiuto alla Vita...), ha ottenuto dei finanziamenti per sostenere la progettazione denominata “Ho cura di te” ove vengono integrati una serie di interventi e servizi a favore delle famiglie in fascia 0/3.

Gli obiettivi di questi servizi ed interventi possono essere così riassunti:

- Integrare saperi e pratiche psico-sociali, pedagogico-educative e medico-sanitarie, attraverso la collaborazione con i servizi specialistici territoriali, diffondendo le azioni di sostegno e tutela della maternità e rendendole conosciute e accessibili alla popolazione distrettuale
- Sostenere la maternità attraverso l'accompagnamento sociale, educativo e psicologico del nucleo familiare
- Sostenere lo sviluppo e il consolidamento delle capacità di accudimento, cura e crescita del bambino nei suoi primi mesi di vita attraverso un impianto progettuale mirato a sperimentare modalità di presa in carico in ottica preventiva e non esclusivamente curativa e riparativa.
- Prendersi cura dei neo genitori, sviluppando competenza nell'esercizio della genitorialità
- Sviluppare un sistema di prevenzione secondaria capace di contenere e di accompagnare le situazioni di fragilità familiare nei nuclei con neonati e di diminuire l'isolamento sociale, connettendo l'esperienza della “normalità” con quella del disagio, valorizzando le risorse della comunità locale promuovendo tra famiglie esperienze di mutuo aiuto relazionale e materiale.

Il progetto prevede l'attivazione di percorsi individualizzati e flessibili che utilizzino le singole risorse degli enti partecipanti e i seguenti 4 servizi appositamente finanziati:

1. Sostegno Educativo Domiciliare - Un passo dopo l'altro (0-1 anno)

Prevede la strutturazione di un servizio educativo domiciliare, rivolto a donne in gravidanza e madri con bambini in età 0-1 finalizzato alla prevenzione di situazioni



di pregiudizio per il benessere del minore e della madre, a seguito dell'individuazione di uno o più elementi definiti come fattori di rischio.

Ha l'obiettivo di prevenire l'insorgere di casi di maltrattamento e disagio psichico infantile, attraverso un accompagnamento domiciliare attivato in favore della madre, modulato per intensità e durata rispetto alle fragilità e alla gravità dei fattori di rischio osservati, compreso in un arco temporale che va dagli ultimi mesi di gravidanza, fino al compimento del primo anno di vita del bambino.

2. Sportello Informativo - Un nido per le mamme (prima infanzia)

Lo sportello "Un Nido per le Mamme" è un servizio presente sul territorio di Macherio, aperto alla cittadinanza e a libero accesso che ha quali obiettivi l'accompagnamento alle madri affinché possano orientarsi, conoscere e sfruttare tutte le risorse, i servizi, le iniziative e gli spazi dedicati alle mamme e ai loro bambini che il territorio offre, la messa a disposizione delle donne delle informazioni utili per affrontare il più serenamente possibile la gravidanza e i primi anni di vita del proprio bimbo/a; la raccolta dei bisogni in tema di genitorialità delle madri e dei padri del territorio al fine di organizzare momenti di discussione, formazione e approfondimento; l'offerta di uno spazio di ascolto dove portare i dubbi o le difficoltà che quotidianamente si sperimentano sia durante la gravidanza che nel crescere un bimbo

3. Sostegno alla neo genitorialità – Rete di sostegno (0-1anno)

Costruzione di azioni differenziate che promuovano benessere, aumento della competenza, sostegno alle fragilità, confronto, solidarietà e mutualità tra le famiglie del territorio

4. Spazio diurno . Tempo per crescere (fino a 3 anni)

E' uno spazio di accoglienza diurno rivolto a madri con bambini in età 0-36 mesi, in situazioni di marginalità, solitudine, faticosa assunzione del ruolo e delle responsabilità genitoriali a causa dell'assenza di riferimenti e sostegni all'interno e all'esterno della cerchia familiare.

Il luogo è connotato da un'impronta domestica e adeguata a sperimentare una serena quotidianità, rispondente ai bisogni della mamma e del bambino.

Il servizio si propone come preventivo rispetto ad un allontanamento del minore dal nucleo familiare.

L'Ambito ha deciso quindi di investire in tali percorsi flessibili, personalizzati, integrati e preventivi. Uno degli obiettivi del Piano di Zona, dunque, non può che essere quello di proseguire la sperimentazione in questo settore anche nel prossimo triennio.¹³

B) Verifica necessità implementazione asili nido (obiettivo di studio e costruzione proposte operative)

Il livello di copertura dei servizi 0/3, considerando tutte le tipologie d'offerta presenti, è poco al di sotto degli obiettivi posti a livello nazionale e regionale. Sappiamo, però, anche che probabilmente la popolazione minorile del distretto continuerà il suo trend di crescita almeno fino al 2017.

¹³ questo obiettivo è stato individuato come prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'Anno 2009 (cfr cap.7)



Considerando come oggetto delle politiche sociali la generalità dei cittadini portatori della domanda di servizio educativo tra 0 e 3 anni un primo livello di intervento potrebbe essere fatto andando a verificare se i 257 posti degli asili nido privati esauriscono il bisogno dei 217 minori in lista d'attesa nelle strutture pubbliche.

In caso contrario potrebbero essere sostenute quelle realtà private che si stanno candidando all'apertura di nuovi servizi.

C) Armonizzare i regolamenti per l'accesso e rette praticate negli asili nido distrettuali (obiettivo istituzionale di uniformità distrettuale)

Vista la disomogeneità attualmente presente, si ritiene proponibile l'addivenire ad un unico regolamento distrettuale che disciplini per i 6 nidi comunali i criteri di priorità e accesso e le rette praticate, utilizzando tale momento anche come occasione di confronto tra i gestori.

D) Uniformare i criteri tra i Comuni per sostenere le famiglie che usufruiscano di asili nido privati o non convenzionati (obiettivo istituzionale di uniformità distrettuale)

Considerando che molti Comuni concorrono ai costi delle rette degli asili nido privati o non convenzionati tramite buoni o contributi economici si propone di addivenire ad un unico regolamento distrettuale che uniformi i criteri per l'accesso al contributo ed i livelli di contribuzione¹⁴.

E) Verificare e promuovere standard di qualità distrettuali per gli asili nido privati anche promuovendo forme di flessibilizzazione ed estensione dei periodi di accesso (obiettivo istituzionale di uniformità distrettuale)

Anche a partire dagli obblighi introdotti con la circolare Regionale 1 del 16 gennaio 2009 l'Ambito si propone di addivenire a standard distrettuali per gli asili nido ed i servizi alla prima infanzia entro il 31.12.2009.

F) Sostenere e mettere in rete i servizi informali e "leggeri" presenti nel territorio (obiettivo di integrazione - costruzione di rete)

L'articolazione del nostro territorio e la diversificata proposta di servizi a titolarità distrettuale, di ambito, comunale o del privato sociale, fa sì che spesso sia difficile l'orientamento e/o la semplice conoscenza dell'esistente da parte del cittadino.

Una pubblicizzazione congiunta ed aggiornata delle realtà esistenti potrebbe migliorare le possibilità di scelta e la fruizione dei servizi da parte degli interessati. In parte questo obiettivo potrebbe essere raggiunto a partire da quanto raccolto all'interno dell'intervento Un nido per le mamme di cui al punto A)

G) Prevedere interventi di mobilità sociale per favorire la fruizione di servizi leggeri a valenza educativa (obiettivo di costruzione di rete – attivazione servizi e interventi)

Dall'analisi condotta nel Tavolo Minori, come del resto negli altri tavoli, è emersa la difficoltà per molte mamme di raggiungere i servizi presenti sul territorio attraverso l'utilizzo di mezzi pubblici.

¹⁴ questo obiettivo è stato individuato come prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'Anno 2009 (cfr cap.7)



Interventi che sostengano una mobilità sociale diffusa (analizzati più in specifico nel capitolo 6.13) potrebbero consentire una maggiore e migliore fruizione di iniziative e servizi territoriali oltre che favorire un'azione di sviluppo di comunità¹⁵.

H) Valutare l'ipotesi di una progettazione distrettuale volta a favorire la conciliazione tra i tempi di lavoro e la vita familiare (obiettivo di studio e costruzione proposte operative)

Le Linee guida regionali, come già prima le leggi in materia, invitano a verificare la praticabilità di interventi, concertati anche con gli assessorati comunali competenti per le politiche dei tempi, del lavoro, dell'occupazione e delle attività produttive, finalizzati all'erogazione di incentivi alle imprese pubbliche e private presenti sul territorio dell'ambito distrettuale che adottano e applicano modelli organizzativi e forme contrattuali per la conciliazione dei tempi vita-lavoro e per il miglioramento della qualità della vita nell'impresa e sul territorio. In tal senso potrebbe essere avviata una specifica progettazione di studio e elaborata una formulazione di proposte.

6.1.4 Focus II: violenza ed i maltrattamenti in famiglia¹⁶

In tutti i Piani di Zona precedenti un'area di rilievo è stata assegnata al contrasto ed alla riparazione del maltrattamento e dell'abuso familiare in particolar modo rivolto ai minori.

Si tratta di una competenza esclusivamente comunale che assorbe spesso molte risorse, non potendo contare come altre aree (es. disabili o anziani) di cofinanziamenti a carico sanitario o statale.

Anche l'integrazione col settore sanitario, che pure ha competenze di diagnosi e cura, è spesso più arte di mediazione che percorso chiaramente definito e garantito.

Si tratta di un tema importante ove la funzione di tutela sociale verso i più fragili e deboli è particolarmente sollecitata.

In questo Piano di Zona abbiamo declinato l'area relativa alla violenza in famiglia tra quella commessa contro il partner e quella commessa contro i minori.

6.1.4.1 Violenza contro il partner

L'OMS conducendo una rassegna sulle statistiche nazionali di 48 Paesi tra il 1990 e il 1999, ha riscontrato che in tutto il mondo le donne soffrono di abusi da parte del partner e che questi abusi sono particolarmente accentuati nei Paesi in via di sviluppo. In generale possiamo affermare che la percentuale di donne che nella propria vita dichiarano di aver subito violenza dal partner si attesta generalmente tra il 30% e il 40% nei Paesi sottosviluppati mentre oscillerebbe in prevalenza tra il 20% e il 30% in quelli sviluppati (13% del Giappone e il 61% delle zone provinciali del Perù).

Nel nostro distretto non esistono dati rilevati sul fenomeno.

¹⁵ questo obiettivo è stato individuato come prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'Anno 2009 (cfr cap.7)

¹⁶ Per molte parti di questa sezione si è attinto alla bella ricerca del 2007 "VIOLENZE E MALTRATTAMENTI IN FAMIGLIA" a cura di Ernesto U. Savona, Stefano Caneppele ove si sono analizzati i dati sul fenomeno e declinati, a partire dagli esiti di ricerche internazionali, le migliori e più efficaci forme di intervento nel settore.



Proprio a partire dalla constatazione di una mancanza di una specifica rilevazione e della mancanza di una specifica formazione così come di protocolli e metodologie condivise tra gli operatori interessati, a livello interdistrettuale, è stato predisposto il **Progetto Artemide** che, finanziato dal Ministero delle pari opportunità, dovrebbe portare ad una maggior conoscenza del fenomeno, alla formazione degli operatori ed alla condivisione di prassi interistituzionali per la tutela delle donne maltrattate.

La prevenzione della violenza intrafamiliare, infatti, passa soprattutto attraverso un cambiamento culturale sul piano sociale e sul piano degli operatori. Una diversa percezione dell'esistenza della violenza, delle sue manifestazioni, del rischio e della necessità di un intervento e di un supporto alle vittime è un requisito indispensabile affinché le vittime di violenza possano trovare il coraggio di parlare, confortati dal trovare ascolto e supporto.

Rispetto a fenomeni di violenza sul partner vi sono alcune ricerche internazionali su ulteriori strumenti di supporto alle strategie preventive e di contrasto che qui vengono brevemente riportati quale suggestione a ulteriori possibili interventi.

Le case rifugio

Le case rifugio sono strutture adibite a fornire alloggio anche immediato alle donne che sono vittime di gravi forme di violenza domestica e che intendono rompere la relazione abusante.

Nell'analisi della letteratura non si sono rinvenute particolari valutazioni sull'efficacia di questa soluzione, fors'anche perché potrebbe risultare intuitiva. Basti pensare che esiste ormai una letteratura consolidata che ha registrato come il rischio di omicidio per una donna maltrattata è massimo nel periodo in cui decide di rompere la relazione [Bernard e Bernard 1983; Campbell 1992; Crawford e Gartner 1992; Goetting 1995].

Tornando invece alle case rifugio c'è chi ha provato a quantificare i costi e i benefici sociali del servizio [Chanley et al. 2001]. Alla fine il servizio risulterebbe conveniente: il calcolo tra costi (spese di gestione e di assistenza di donne e bambini) e benefici (riduzione delle aggressioni e miglioramento della salute mentale) è andato a favore di questi ultimi. Va però ricordato che la casa rifugio è una soluzione temporanea e non definitiva a cui occorre affiancare altri percorsi di supporto alla donna che debba emanciparsi.

Civil protection orders

Un ordine di protezione – nell'esperienza statunitense – è una disposizione civile con implicazioni penali. Può essere ottenuta per limitare o proibire il contatto tra la vittima di abuso e il perpetratore. Se la persona non rispetta questo ordine subisce delle sanzioni penali. Può essere assimilata al nostro allontanamento dalla casa della persona maltrattante tramite ordine di protezione (ex L154/2001 art 342 bis codice civile) Le valutazioni sugli effetti di queste misure sono complessivamente positive. Una recente indagine condotta da Holt et al. [2002] su 2691 case di donne di Seattle vittime di abusi è giunta alla conclusione che solo gli ordini di protezione permanenti, e non quelli temporanei, sono associati ad una significativa riduzione del rischio, da parte della donna, di subire nuovamente violenza dal marito/compagno. Altri [Carlson et al. 1999] hanno riportato una significativa riduzione nella probabilità di subire un abuso successivamente all'emanazione di un ordine di protezione (23% contro il 68%). Sulla stessa linea i risultati degli studi di Harrell et al. [1993].

Il trattamento degli autori di violenza

Negli Usa e in Gran Bretagna si sono realizzati anche interventi per il recupero degli autori di violenze in famiglia. Questi programmi sono stati finanziati dal Governo americano a



partire dal 1970. Il trattamento si fonda sul presupposto che la violenza domestica è un “comportamento appreso” e che, quindi, i soggetti possono imparare a controllare la loro rabbia comunicando con il proprio partner, utilizzando mezzi alternativi alla violenza.

Generalmente il trattamento – che consiste nel partecipare per un certo periodo a gruppi di lavoro intensivi con altri uomini – negli Stati Uniti può essere imposto dal giudice invece dell'affidamento in prova ai servizi sociali. Diversi studi hanno riassunto i risultati delle valutazioni dei programmi di trattamento degli autori di violenze [Hamberger e Hastings 1993; Davis e Taylor 1999] e hanno concluso che il completamento del programma di trattamento è associato solo ad una minima riduzione della recidiva. Altri studi sembrano confermare questo orientamento. Chen et al. [1988] riportano che solo i soggetti che hanno partecipato ad oltre il 75% del programma di trattamento avevano ridotto la recidiva. Tuttavia gli effetti del trattamento sembrano variare profondamente a seconda dell'approccio, delle abilità individuali del terapeuta, delle caratteristiche degli autori e di altri fattori che rendono difficile la generalizzazione dei risultati delle ricerche.

6.1.4.2 Violenza contro i minori

Per abuso all'infanzia e maltrattamento devono intendersi “tutte le forme di cattiva salute fisica ed emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità, nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia e potere” (*WHO, World Report on Violence and Health, 2002*).

Il maltrattamento può concretizzarsi in una condotta attiva (percosse, lesioni, atti sessuali, ipercura) o in una condotta omissiva (incuria, trascuratezza, abbandono).

Qualsiasi forma di violenza, ma in particolare quella sessuale, costituisce sempre un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità in formazione di un bambino, provocando gravi conseguenze a breve, medio e lungo termine sul processo di crescita.

Il trauma, se non rilevato, diagnosticato e curato, può produrre disturbi psicopatologici o di devianza nell'età adulta.

Il danno cagionato è tanto maggiore quanto più il maltrattamento resta sommerso e non viene individuato, è ripetuto nel tempo, la risposta di protezione alla vittima nel suo contesto familiare o sociale ritarda, il vissuto traumatico resta non espresso o non elaborato, la dipendenza fisica e/o psicologica e/o sessuale tra la vittima e il soggetto maltrattante è forte, il legame tra la vittima e il soggetto maltrattante è di tipo familiare.

Il fenomeno dell'abuso e del maltrattamento all'infanzia presenta, dunque, diverse sfaccettature, è complesso e composito; si caratterizza per verificarsi prevalentemente all'interno delle famiglie e per restare spesso inespresso e invisibile, cronicizzando e amplificando i danni sul piano fisico e psicologico per le piccole vittime.

Per ciò che concerne l'ampiezza del fenomeno, è molto difficile fare una stima affidabile sugli abusi nei confronti dei bambini. In questo contesto il dato statistico delle denunce può essere davvero di scarsa utilità in quanto solo una minima parte dei casi di maltrattamento sui bambini viene denunciata alle autorità.

La maggior parte delle ricerche nel settore ci deriva dai paesi anglosassoni.

Un'indagine condotta nel 1995 [Straus 1998] negli Stati Uniti su un campione di 1000 genitori intervistati ha rivelato che tra le tattiche usate nel rapportarsi ai figli vi erano anche approcci violenti. Tra questi vi rientravano i maltrattamenti psicologici, quelli fisici (come, ad esempio, colpire il bambino sul sedere con la cinghia, un bastone o altri oggetti duri,



utilizzato da 207 genitori su mille) e l'incuria (come, ad esempio, essere talmente ubriachi da avere problemi a prendersi cura del bambino, accaduto a 23 genitori su mille). Sommando i comportamenti più violenti (colpire il bambino con cinghia, bastone o spazzola in parti del corpo diverse dal sedere, colpirlo con un calcio o pugno, scaraventarlo a terra e picchiarlo pesantemente) si otteneva che questi erano stati utilizzati nell'ultimo anno da 45 genitori su 1000. Sempre in tema di violenza genitori-bambini uno studio condotto da Bardi e Borgognini- Tari [2001] sul territorio toscano (circa 2500 casi analizzati) ha rivelato che la punizione attraverso l'uso di atti di violenza fisica di bassa intensità caratterizzava gran parte delle famiglie indagate (77%). Di contro l'indice delle forme più gravi di violenza si riduceva all'8%.

La legislatura italiana in materia di tutela al minore è chiara nell'individuare compiti e responsabilità che stanno, in primis, in capo al Comune.

Nel nostro Distretto presupponendo che i decreti dell'Autorità Giudiziaria intervengano nelle situazioni ove è stata riscontrata una grave forma di abuso o maltrattamento, la percentuale della popolazione minorile interessata da tali tipi di decreti, come abbiamo visto, è pari a circa l' 1%.

Da una analisi di alcuni studi di valutazione delle politiche di prevenzione e contrasto alla violenza in famiglia emergono alcune considerazioni che ci sembrano supportare i servizi declinati sul nostro territorio e che possono fornire suggestioni per autonomi percorsi valutativi.

Le visite domiciliari

I programmi di visite domiciliari presso le famiglie in attesa di un figlio o nei primi mesi di vita del bambino sono una strategia di intervento precoce tra le più diffuse in molti Paesi industrializzati. Nella maggior parte dei Paesi, la visita domiciliare è gratuita, su base volontaria, non legata alla condizione economica del beneficiario, ed inserita in un più vasto sistema dedicato alla cura della salute della madre e del bambino.

Già più di 20 anni fa, Kempe [1976] sosteneva che i programmi di visite domiciliari potevano rivestire un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso sul minore. A partire dal 1990, un crescente numero di ricerche [Olds et al. 1986; Chapman et al. 1990; AAP 1998] sosteneva che i programmi di visite domiciliari erano efficaci e producevano risultati positivi sia nel breve che nel lungo periodo (riduzione delle denunce di maltrattamenti su minori). Gli effetti osservati nei programmi di visite domiciliari sembravano essere maggiori se le madri erano adolescenti, non sposate, in difficile situazione economica e vittime di abuso e se i bambini erano nati prematuri o avevano un basso peso alla nascita [Kritzman et al. 1997; Tremblay 2003]. Già allora si raccomandava però di non considerare le visite domiciliari come la panacea di tutti i mali suggerendo che questi interventi potevano funzionare se inseriti in un contesto più ampio di attività e di sostegno socio-sanitari alla madre e al bambino [AAP 1998].

Secondo alcuni ricercatori [Higgins, Bromfield, Richardson e Higgins 2006a], i programmi di maggiore successo erano quelli in cui le visite a domicilio venivano svolte da personale qualificato rispetto a personale paraprofessionale. Questi programmi inoltre hanno dimostrato di funzionare meglio se indirizzati a una specifica categoria di soggetti e quando l'attenzione è concentrata sul miglioramento del benessere sia del bambino che della madre.

I programmi di visite domiciliari che si indirizzavano a migliorare la qualità della vita della madre, oltre che a ridurre il rischio di maltrattamento nei bambini, hanno mostrato miglioramenti sia per la madre che per il figlio.



Il progetto “**ho cura di te**”, di cui abbiamo parlato al focus I, prevede interventi di assistenza domiciliare rivolti alla madre ed al bambino a carattere continuativo ed effettuati da educatori ed interventi di monitoraggio e supporto effettuati dalle ostetriche, nelle prime settimane di vita nel bambino a supporto delle competenze materne da attivarsi in particolare nelle situazioni individuate quali a “rischio”.

Quando i minori sono più cresciuti si utilizzano, invece, solitamente, **interventi di educativa domiciliare** rivolti al minore al fine di osservare i comportamenti dei componenti del nucleo familiare al fine di valutarne le risorse personali e le eventuali difficoltà, valutare le dinamiche relazionali per individuare possibilità di cambiamento o evidenziare ulteriori bisogni di tutela a favore dei minori, offrire diversi e positivi modelli educativi anche al fine di favorire identificazioni positive volte all’attivazione delle capacità genitoriali, condurre attività educative e, a volte, didattiche individualizzate ed eventualmente in piccolo gruppo con il minore, accompagnare il minore ad usufruire di attività educative, ricreative a valenza socializzante e didattica al fine di inserire positivamente lo stesso nel proprio contesto socioculturale.

Il servizio di assistenza domiciliare a minori è presente in tutti i 13 Comuni del Distretto ed ha una buona esperienza di utilizzo. Nel 2006, anno in cui è stato attivato uno specifico studio sul servizio, sono stati seguiti 115 minori. Il costo rendicontato per singolo utente va da un minimo di 1.069 euro ad un massimo di 8.214 euro con una media distrettuale che si attesta sui 3.000 euro a minore all’anno. La gestione diretta sembra essere quella maggiormente onerosa. Quasi il 90% dei servizi di assistenza domiciliare sono, comunque, già gestiti tramite appalto.

Il finanziamento è esclusivamente pubblico (70% comune e 24% Fondo Sociale Regionale e 6% Fondo Nazionale Politiche Sociali).

Le politiche di family preservation ed i servizi di tutela minori

Fino a che punto è legittimo preservare l’integrità di una famiglia in cui i bambini vengono maltrattati dai genitori? Quanto può essere efficace attivare un intervento di trattamento e di recupero del genitore maltrattante mantenendo la convivenza tra genitori e figli?

Negli Stati Uniti, le valutazioni condotte su oltre 3.000 famiglie problematiche per comprendere l’efficacia dei programmi di trattamento con il mantenimento del minore a domicilio hanno rivelato che anche i servizi più costosi non sembrano essere di particolare successo.

Questi interventi vengono a volte sollecitati ritenendo che per il contribuente vi sia un risparmio non ospitando un bambino maltrattato fuori dalla casa familiare. D’altra parte non esistono invece stime sui costi che la società subisce a causa di bambini che, non essendo stati trasferiti altrove, rischiano la vita e lesioni gravi in ragione di successivi maltrattamenti e sui costi che ricadono sul contribuente per le conseguenze psicopatologiche degli abusi e dei maltrattamenti subiti.

Da un altro punto di vista, rispetto all’evolversi della società, se la famiglia patriarcale di un tempo era contraddistinta dall’impero del padre e marito, in compenso la numerosità stessa del nucleo garantiva un certo controllo sui comportamenti, e dunque anche sulla violenza esercitata da e contro i suoi membri. Oggigiorno, viceversa, il controllo sociale informale è pressoché scomparso.

Per alcune indagini sociologiche il modello di sviluppo di liberismo estremo, accompagnato da una cultura dell’edonismo esasperato e da riedizioni del darwinismo sociale,



comporterà fatalmente una maggiore violenza, in particolare nei confronti dei componenti più deboli della famiglia.

In pratica, **in termini preventivi la risposta più importante deve porsi con il potenziamento e la qualificazione di servizi socio-assistenziali di tutela minorile** capaci di supplire alla “buona volontà” del singolo e del nucleo familiare.

I bambini, infatti, sono strettamente vincolati agli adulti che si prendono cura di loro, e non possono neanche supporre che il comportamento di questi possa essere nocivo nei loro confronti [Di Blasio 2004; Cirillo 2005]. Come ampiamente supportato nell’ambito delle ricerche sull’attaccamento, il legame di dipendenza genitore-bambino poggia prima di tutto su bisogni fisiologici e di protezione: se il bambino percepisse il comportamento del genitore come cattivo o sbagliato e si allontanasse da questa figura avvertirebbe il rischio di morire. In queste situazioni, i bambini imparano a leggere il comportamento inappropriato del genitore ricorrendo a diversi meccanismi che consentono loro di dare un senso al gesto violento e allo stesso tempo di mantenere il legame con la figura di riferimento. Generalmente i bambini imparano a giustificare il comportamento del genitore e ad attribuire a se stessi la causa e la responsabilità di quanto accade. I bambini pertanto non denunciano di regola i loro genitori, e se lo fanno è in modo inavvertito, mai intenzionalmente per essere allontanati e protetti [Cirillo 2005]. È compito dell’operatore sociale o sanitario raccogliere segnali fisici o comportamentali o accenni indiretti che un minore può fare.

Il Distretto di Carate fin dal primo Piano di Zona ha declinato i requisiti minimi dei **servizi di tutela minori** e le metodologie di azione degli stessi.

Risultano ancora valide le considerazioni ivi riportate a cui si rimanda.

Vengono, inoltre, dai Comuni del Distretto, attivati una serie di interventi di allontanamento del minore su richiesta dell’autorità giudiziaria volti a garantire al minore protezione tramite un temporaneo affido in famiglia ritenuta più idonea o in comunità.

Per impostare correttamente un processo di intervento sulla famiglia maltrattante, occorre costruire adeguate reti di collaborazione tra i servizi e le varie istituzioni coinvolte: operatori sanitari, socio-assistenziali, scolastici, socio-educativi, Autorità Giudiziarie e in generale chiunque sia tenuto, tra i propri compiti istituzionali, a svolgere funzioni di tutela, recupero, sostegno e promozione del processo di crescita dei minori.

Come osserva Cirillo “Nella realtà sociale appare chiaro che oggi le forme di intervento e di aiuto rispetto a queste situazioni sono in crescita. Quello che tuttavia si osserva sul piano effettivo è che ogni servizio rimane nel proprio settore, la sua azione è limitata alla propria specifica competenza. Manca nella realtà una sorta di “seduta di rete” tra tutte le figure e i servizi coinvolti e la famiglia stessa, come già sembra avvenire in altri Paesi come l’Inghilterra”.

Proprio al fine di riproporre prassi collaborative tra servizi ed al fine di arrivare ad una valutazione delle situazioni il più possibile completa, competente, multidisciplinare e professionale, così da proporre il più idoneo percorso individuale di sostegno e/o protezione per il minore, il Distretto sta partecipando al **Progetto ETIM** (finanziato dalla Regione per la sua componente sanitaria), che prevede la costituzione di un Equipe Multidisciplinare Integrata tra i servizi Comunali, quelli ASL e quelli afferenti alla NPI ed alla psichiatria.



Sempre sul distretto, al fine di individuare la famiglia affidataria più idonea e sostenerla durante il percorso di affido, è stato strutturato il **servizio affidi Teepe**, mentre per garantire il diritto di visita a quei parenti cui l'autorità giudiziaria, nell'interesse del minore, abbia previsto la necessità della presenza di un operatore a tutela del minore è stato creato il **servizio di spazio neutro Un Nuovo Giardino**.

In un'ottica di controllo sociale a garanzia dei più deboli, inoltre, un interlocutore fondamentale, rispetto alla rilevazione dei fenomeni di abuso e maltrattamento non può che essere la scuola. Rispetto alla collaborazione di questa coi servizi sociali si potrebbero riproporre protocolli d'intesa per le procedure da attivarsi di fronte a sospetti o conclamati maltrattamenti (es. **Protocollo ALI**).

I servizi di mediazione familiare e di supporto alla genitorialità nella fase della separazione

Al di là degli episodi di maltrattamento ed abuso vi sono ulteriori cause di sofferenza di molti bambini quando gli stessi vengono coinvolti e manipolati nelle separazioni conflittuali. In questo senso l'affidamento condiviso aumenta la necessità di contatti e di scambio tra gli ex-coniugi e quindi le possibilità del perpetrarsi di conflitti.

Una specifica formazione degli operatori che si occupano di questa fase (magistrati, avvocati, mediatori, consulenti tecnici dei magistrati, operatori sociali) permette di aiutare gli adulti ad evitare strumentalizzazioni, occultamenti di situazioni e a ridurre le cause di conflitto.

La ASL offre servizi di mediazione familiare in quei contesti in cui i coniugi abbiano le risorse, la capacità e la volontà di intraprendere un tale tipo di percorso.

Per altre situazioni normalmente definite "non mediabili" ma a forte rischio di coinvolgimento negativo del minore il distretto ha cercato di offrire un **servizio di supporto alla famiglia nella fase di separazione denominato "Ancora Genitori"** che con personale specializzato sostiene le competenze genitoriali nel preservare il bambino dagli effetti negativi del conflitto anche su mandato dell'Autorità giudiziaria.

6.1.4.3 Le proposte di intervento

A) Sostegno alla madre ed alla famiglia nel primo anno di vita del bambino (obiettivo di integrazione - costruzione di rete – attivazione servizi e interventi – già finanziato da Regione e Provincia per il 2009)

Si rimanda a quanto già indicato a pag. 69 quale proposta di intervento per la fascia 0/3, a quanto specificato a pagg. 75/76 sull'utilità degli interventi di visita domiciliare ed al protocollo "Ho cura di te" che meglio dettaglia la progettazione in atto¹⁷

B) Mantenimento degli interventi a contrasto della violenza sulla donna (obiettivo di integrazione - costruzione di rete – attivazione interventi - già in parte finanziato da Ministero pari opportunità)

In considerazione della necessità di formare gli operatori territoriali sulla specifica tematica e di attivare buone prassi di intervento e protocolli di collaborazione si

¹⁷ questo obiettivo è stato individuato come prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'Anno 2009 (cfr cap.7)



ravvisa la necessità di proseguire nell'attuazione degli interventi previsti all'interno del progetto Artemide.¹⁸

C) Mantenimento degli interventi a supporto delle azioni di tutela del minore (obiettivo di integrazione - costruzione di rete – attivazione servizi e interventi)

In considerazione della necessità di mantenere le specifiche competenze di supporto all'area tutela si manifesta il bisogno di dare continuità ai servizi specialistici distrettuali quali ETIM – Teepe – Un nuovo giardino – Ancora genitori.¹⁹

D) Attivazione riflessione sugli interventi di educativa domiciliare (obiettivo di studio e costruzione proposte operative)

Gli operatori del territorio ritengono possibile, dopo tanti anni di sperimentazione del servizio di assistenza domiciliare ai minori effettuare un momento di verifica di tale tipo di intervento anche al fine di identificare diversi, integrativi, metodi di intervento.

E) Promozione protocollo ALI per l'infanzia (obiettivo di costruzione di rete)

Ritenendo di fondamentale importanza la collaborazione con la scuola per la rilevazione degli elementi di pregiudizio del minore, si ritiene utile innescare una riflessione ed una codifica di tale collaborazione a livello distrettuale. In alcuni Comuni, ed in Distretti limitrofi, è in vigore un protocollo di collaborazione, tra scuole e comuni, denominato "ALI per l'infanzia" con lo scopo di definire indicazioni precise sulle modalità di rilevazione, segnalazione e presa in carico dei casi di sospetto abuso e maltrattamento ai danni di minori e di predisporre percorsi formativi per gli operatori coinvolti.

Potrebbe essere interessante estendere questo, o altro strumento, a tutte le scuole ed i Comuni del territorio.

F) Promuovere interventi integrati di "cura" rivolti al minore ed alla famiglia maltrattante ed abusante (obiettivo di integrazione - costruzione di rete – attivazione servizi e interventi)

L'area che risulta attualmente essere più carente rispetto alla tutela è quella di cura, anche psicoterapeutica, delle conseguenze sulla salute mentale del bambino maltrattato o abusato e di "cura" della famiglia abusante o maltrattante.

L'integrazione tra servizi sociali e sanitari andrebbe, anche in questo caso, più attentamente codificata e si potrebbe valutare la creazione di una specifica equipe votata a questo tipo di interventi.

6.1.5 Focus III: Gli adolescenti ed i giovani

Le giovani generazioni sono generalmente accompagnate alla maturità dagli adulti responsabili della loro crescita personale e sociale. I rapporti con gli adulti significativi rappresentano dei punti di riferimento imprescindibili per la costruzione del proprio sé e per poter giungere alla maturità adulta come membri positivamente integrati nella realtà sociale in cui vivono.

¹⁸ questo obiettivo è stato individuato come prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'Anno 2009 (cfr cap.7)

¹⁹ questo obiettivo è stato individuato come prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'Anno 2009 (cfr cap.7)



Quanto appena affermato trova sostegno nel fatto che coloro che sperimentano gravi carenze nei rapporti significativi con gli adulti e con i loro pari, soprattutto durante i passaggi critici delle fasi esistenziali più propriamente evolutive (infanzia ed adolescenza) incontrano molte difficoltà a sviluppare la propria personalità in maniera positiva ed integrata e a stabilire rapporti sociali significativi.

Agli operatori del Tavolo minori appare però che alcune agenzie di socializzazione tra cui gli oratori, che, sul nostro territorio, avevano avuto un ruolo fondamentale nell'accompagnare i giovani alla vita adulta, stiano perdendo parte del loro potere di socializzazione.

Sono in atto alcune esperienze di sostegno pubblico agli oratori volte proprio a sperimentare il supporto di nuove offerte aggregative rivolte agli adolescenti.

Ciò che interessa, comunque, in un'ottica preventiva, è la necessità di continuare a trovare luoghi ove adulti significativi e adolescenti si possano confrontare e dove gli stessi adolescenti vengano accompagnati nel passaggio all'età adulta così da giungere ad una ridefinizione del proprio concetto di sé che permetta di avere a propria disposizione le conoscenze, le competenze, le abilità ed il repertorio comportamentale adeguato ad inserirsi a pieno titolo entro il contesto sociale che caratterizza la realtà adulta.

I servizi veri e propri rivolti ad adolescenti e giovani, però, nel nostro territorio, sono pochi e per la conformazione del territorio distrettuale e le difficoltà legate agli spostamenti all'interno dei 13 Comuni, scarsamente raggiungibili da chi non abiti il paese sede del servizio.

Più diffuse sembrano già essere delle iniziative leggere, all'interno di spazi messi a disposizione soprattutto dai Comuni.

La tabella seguente espone le principali iniziative e servizi in essere che abbiano come target gli adolescenti o i giovani

**Principali iniziative rivolte ad adolescenti o giovani nel Distretto di Carate Brianza
Rilevazione inizio 2009**

Denominazione	luogo	Target età	Attività prevalente	Orari apertura
Cag Carate cogestione tra Parrocchia e Comune	Carate	11 – 14 anni	Proposta aggregativa pomeridiana attraverso realizzazione di laboratori e spazio per i compiti	Dal lun al ven dalle 15.00 alle 18.00
Il circolo In-presenza	Carate	14 -28 anni	Proposta aggregativa serale	Mar Mer 18.00 / 20.00 Ven dalle 19.00 alle 23.00
Spazio aperto	Sovico	14 – 16 anni	Laboratori – corsi – momenti aggregativi	Aperto il venerdì dalle 14.30 alle 18.30
Cubotto	Lissone	15 - 30 anni	Sala prove – laboratori - corsi	Aperto le sere dalle 21 alle 24 da lun a ven
Caffè dei giovani – CPF	Macherio	nr	Momenti aggregativi -	nr
Informagiovani Lissone	Lissone	15 – 30 anni	Informazione su lavoro – casa – formazione – tempo libero	nr
I care	Besana	nr	Supporto all'oratorio per attività prevalentemente estive rivolte ad adolescenti	nr



Sportelli CiC c/o 4 scuole superiori o professionali dell'Ambito	Besana Carate Lissone	14 – 18 anni	Sportelli di consulenza all'interno delle scuole superiori e di formazione professionale del territorio	nr
Sportello adolescenti c/o Consultorio	Carate	14 – 18 anni	Spazio di consulenza agli adolescenti ed ai loro genitori	nr
Aggancio precoce	Monza	16 – 26 anni	Spazio di consulenza per giovani policonsumatori di sostanze legali e illegali, per genitori e familiari, per insegnanti e operatori	nr

Le iniziative così censite risultano, però, frammentarie e scarsamente in rete tra di loro. Non sembra emergere in questo contesto una politica integrata distrettuale.

Non essendo proponibile e forse nemmeno utile, la creazione di un centro di aggregazione in ogni Comune, il Tavolo di lavoro ha evidenziato la necessità di offrire, a giovani ed adolescenti spazi fruibili in cui realizzare iniziative "leggere", in rete e in complementarietà tra di loro.

Ciò che si auspica è che lo spazio individuato, messo a disposizione da oratori o comuni, possa essere "trasformato e manipolato" dai giovani stessi e che le iniziative siano attivate su promozione dei ragazzi.

E' anche vero che in mancanza di spazi chiusi da destinarsi specificamente, anche uno spazio in condivisione o anche solo una maggior attenzione all'arredo urbano ed agli spazi urbani potrebbero avere valenza preventiva ed evitare che, magari, i bar si configurino come unico luogo "aggregativo".

Allo stesso modo si auspica che le iniziative non vengano proposte al "consumo" dei ragazzi ma vengano dagli stessi co-costruite e vissute seppur in situazione protetta.

Alcune esperienze passate di promozione di comunità sembrano essere rivalorizzate in questo senso.

6.1.5.1 Le proposte di intervento

A) Elaborazione di una politica distrettuale rivolta ai giovani (obiettivo di studio e costruzione proposte operative)

Anche al fine di partecipare a bandi o finanziamenti specifici in tema di politiche giovanili sarebbe auspicabile la condivisione a livello distrettuale di linee di politica giovanile condivise e di proposte di intervento distrettuali²⁰

B) Creazione e messa in rete di spazi/iniziativa di aggregazione "leggeri" co – costruiti dai destinatari (obiettivo di integrazione - costruzione di rete – attivazione servizi e interventi)

Potrebbero essere immaginati, a fronte di spazi articolati su diversi comuni, delle iniziative, animative – aggregative – di laboratorio, itineranti sull'Ambito che supportassero e

²⁰ questo obiettivo è stato individuato come prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'Anno 2009 (cfr cap.7)



stimolassero l'uso autonomo dello spazio anche in altri momenti e garantissero la "messa in rete" delle esperienze. Le iniziative si potrebbero articolare diversamente sui territori a partire da percorsi di "autocostruzione" dei fruitori.

C) Messa in rete di iniziative distrettuali (obiettivo di integrazione - costruzione di rete)

E' auspicabile il mantenersi di un momento di confronto tra gli operatori sociali – sanitari e del privato sociale che insistono su questa fascia d'età così da integrare i servizi esistenti ed elaborare modelli di intervento integrati.

D) Attenzione a spazi urbani (obiettivo di integrazione tra politiche)

Nel momento in cui con i PGT o con altri strumenti di progettazione territoriale si andassero a ridefinire gli spazi urbani si chiede una particolare attenzione all'inserimento ed alla valorizzazione di aree che possano essere utilizzate per l'aggregazione dei giovani o comunque all'arredo urbano delle aree verdi. Rispetto allo studio delle soluzioni migliori l'Ufficio di Piano è disponibile a raccordarsi con i singoli uffici servizi sociali territoriali ed i singoli uffici tecnici per elaborare linee di intervento comuni.

E) Studio ed attivazione interventi specifici per minori in carico ai servizi sociali anche a seguito di decreti penali (obiettivo di studio e costruzione proposte operative)

I servizi sociali segnalano la difficoltà a reperire interventi e servizi che sostengano i minori in carico dopo la scuola dell'obbligo e attivino con loro i migliori percorsi individualizzati per il reinserimento lavorativo e sociale o li accompagnino nelle progettazioni legate ad esempio alla "messa in prova" in caso di procedimento penale a loro carico. Se per la valutazione del soggetto e la formulazione del più idoneo percorso in caso di richiesta del Tribunale a seguito della commissione di un reato si può pensare di ampliare la competenza dell'ETIM (nel 2007 si è trattato 30 nuovi casi di penale minorile su tutto l'ambito), l'attivazione di percorsi educativi o di inserimenti lavorativi richiederebbe risorse ad hoc con specifiche progettazioni che potrebbero essere studiate dagli operatori, in caso di mandato specifico.

6.1.6 Focus IV: i servizi preventivi

L'Ambito di Carate Brianza dalle progettazioni ex 285 in poi ha cercato di realizzare servizi preventivi a valenza distrettuale che accompagnassero la famiglia dai primi anni di vita del bambino alla maggiore età.

La filosofia retrostante le azioni attivate è stata quella di investire sulle figure adulte di riferimento del minore, genitori, educatori, insegnanti... al fine di accrescere le competenze di chi deve aiutare la crescita armonica del bambino.

L'attenzione è stata, dunque, allo sviluppo delle competenze della "comunità" perché la stessa potesse riconoscere e rispondere ai bisogni dei minori.

Il principio di base è stato quello di non lavorare esclusivamente per la riduzione dei fattori di rischio, quanto più per il rafforzamento dei fattori di opportunità su cui i processi di sviluppo dei bambini possono far leva.

Tali azioni preventive si sono concretizzate:

- nel progetto **Ho cura di te** di cui abbiamo più sopra diffusamente parlato;



- nel progetto **Noi genitori**, nato 10 anni fa, che si è occupato di sostenere la genitorialità attraverso tre tipologie di intervento – consulenza psicopedagogica, serate a tema, piccoli gruppi - rivolte a genitori ed educatori di bambini della fascia 0-11 anni;
- nel progetto **Camelot**, che, nato precursore sulle attuali tendenze quale progetto di prevenzione alle dipendenze (ex L 45), si rivolge agli insegnanti e ai genitori dei ragazzi delle scuole medie inferiori attraverso percorsi di formazione e uno sportello di consulenza;
- nel progetto di prevenzione dei fenomeni di dipendenza, di promozione dell'agio e prevenzione del disagio denominato "**CIC**" che prevede sportelli di consulenza rivolti a genitori, insegnanti, personale ATA e ragazzi delle scuole secondarie superiori o professionali del territorio ed incontri formativi per insegnanti, tutor e genitori particolarmente focalizzati sulle life skill, in collaborazione con il dipartimento dipendenze e il distretto socio sanitario.

Il tentativo dell'Ambito è sempre stato quello di raccordare tra loro, con le scuole territoriali, coi servizi sociali e coi servizi sanitari che si occupano di dipendenze e di minori (consultori adolescenti/progetto aggancio precoce) queste tipologie di intervento.

A fianco di questi servizi "minimi essenziali" per l'Ambito si sono inserite autonome iniziative a titolarità comunale o del privato sociale (soprattutto ex legge 23) che hanno aumentato in alcuni territori l'offerta preventiva o la promozione di reti familiari e di auto aiuto.

Il bisogno di questo tipo di interventi, all'analisi precedente la costruzione del presente Piano, è risultato ancora alto sia rispetto alle specifiche richieste che giungono ai servizi, specie da parte del mondo della scuola, sia rispetto all'analisi dell'utilizzo dei progetti stessi.

Inoltre l'allarme sociale ingenerato da comportamenti adolescenziali e giovanili caratterizzati da aggressività e violenza tra pari, da un sistema delle regole che fa sempre più fatica ad affermarsi da parte della famiglia e delle agenzie educative, nonché da condotte di policonsumo di sostanze legali e illegali, con un preoccupante abbassamento della soglia di percezione della gravità di tali condotte, porta spesso al bisogno di attivare specifici percorsi formativi e di confronto anche all'interno dei progetti attivati.

La fatica principale, in questo settore è quella di raccordare l'esistente, di concordare le linee metodologiche fondamentali e di evitare le estemporanee duplicazioni di offerte.

Riteniamo pertanto che il mantenimento di queste progettazioni, e la loro condivisione all'interno dell'istituendo Tavolo Integrato per le Politiche Scolastiche, permetta di rispondere con competenza alle Linee di Indirizzo per i Piani di Zona Regionali che incoraggiano "interventi di prevenzione del bullismo e sviluppo di una cultura della legalità" ... "sostenendo azioni di raccordo e coordinamento tra le varie iniziative, nel tentativo di promuovere e valorizzare la cultura di una più ampia "comunità educante" come valore fondante sia a livello preventivo, sia nell'intercettazione del fenomeno bullismo, prevedendo il coinvolgimento e la messa in rete delle diverse agenzie che presiedono lo sviluppo della crescita dei minori" e che, "in raccordo con le scuole, le associazioni familiari e le realtà educative di volontariato, a partire dagli oratori, sostengano da una parte le competenze genitoriali, dall'altra creino reti di collaborazione per prevenire e contrastare i fenomeni di bullismo, coinvolgendo ragazzi, insegnanti, educatori volontari e famiglie, promuovendo interventi mirati all'incremento delle

competenze relazionali tra pari e con gli adulti, finalizzati alla promozione dell'integrazione."

6.1.6.1 Le proposte di intervento

A) Mantenimento progettazioni preventive in essere (obiettivo di integrazione - costruzione di rete – mantenimento servizi e interventi)

A partire dalle riflessioni di cui sopra si rileva la necessità di mantenere le progettazioni preventive in essere (Noi genitori – Camelot – CIC) rifondandole in un più definito patto di comunità (anche approfittando del costituendo Tavolo Locale delle Politiche Scolastiche)²¹.

B) Mantenimento e rafforzamento coordinamento tra gli interventi preventivi (obiettivo di integrazione - costruzione di rete)

È necessario potenziare il coordinamento:

- tra gli interventi preventivi dell'Ambito attivati con fondi distrettuali;
 - tra gli interventi preventivi a titolarità dell'Ambito e quelli a titolarità di altri soggetti (privati o pubblici);
 - tra interventi preventivi e servizi sociali, servizi pubblica istruzione, scuole, servizi sanitari e realtà aggregative territoriali;
- soprattutto al fine di evitare sovrapposizioni e di stimolare potenziamenti, integrazioni, rinforzi e rimandi reciproci per moltiplicare i messaggi veicolati e razionalizzare l'utilizzo delle risorse.

6.1.7 Focus V: i minori immigrati

Come già visto tra il 2003 ed il 2007 il numero assoluto di minori stranieri regolari è aumentato di circa 1000 unità passando da 776 a 1722,²² in percentuale, sulla popolazione minorile, si è passati dal 3,35% al 6,99% di minori immigrati.

Sulla popolazione straniera i minorenni incidono per il 24,03% (20,68% nel 2003).

Percentuale dei minori immigrati residenti sul totale della popolazione straniera e sul totale della popolazione minorile del Distretto di Carate Brianza – Anni 2003 – 2007

Ambito di Carate Brianza	2003	2004	2005	2006	2007
Percentuale stranieri minori su stranieri	20,68%	22,57%	24,19%	24,65%	24,01%
Percentuale stranieri minori su minori	3,35%	4,31%	5,09%	6,28%	6,99%

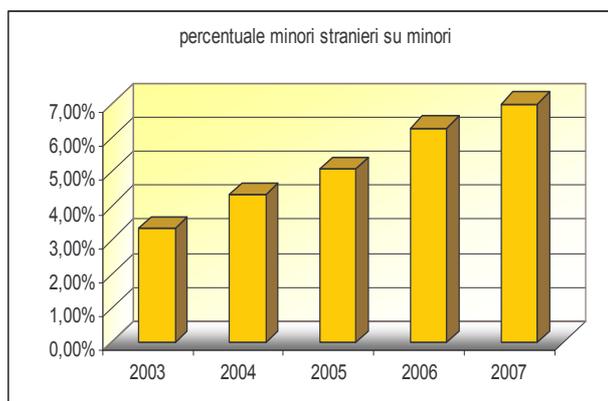
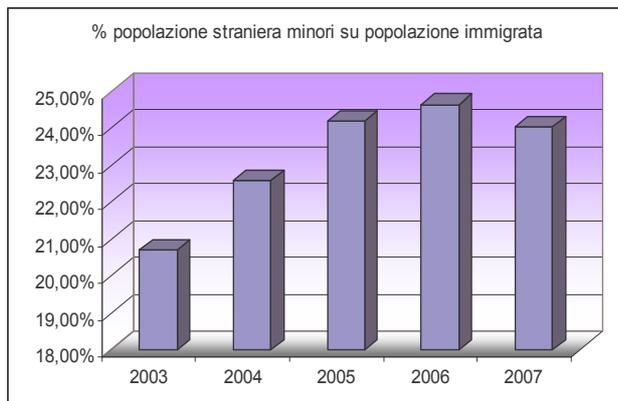
(Fonte: rilevazione a cura dell'Ufficio di Piano al 31.12.di ogni anno presso i singoli Uffici anagrafe comunali)

²¹ questo obiettivo è stato individuato come prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'Anno 2009 (cfr cap.7)

²² Fonte: rilevazione a cura dell'Ufficio di Piano al 31.12.di ogni anno presso i singoli Uffici anagrafe comunali



Rappresentazione grafica della percentuale dei minori immigrati residenti sul totale della popolazione straniera e sul totale della popolazione minorile del Distretto di Carate Brianza – Anni 2003 – 2007



Fonte: rilevazione a cura dell'Ufficio di Piano al 31.12.di ogni anno presso i singoli Uffici anagrafe comunali

Nell'anno scolastico 2007/2008 il 6% degli studenti delle scuole primarie e secondarie del distretto era straniero contro il 2,03% dell'anno scolastico 2003/2004²³.

Se si guarda ai frequentanti gli asili nido la percentuale di stranieri iscritti si alza al 13%.

Elenco scuole distretto ordinate per n. alunni non italiani frequentanti anno 2005 – 2006

posizione tra le 492 scuole della provincia di milano per n. assoluto di non italiani	COMUNE	Denominazione Istituzione Scolastica 2005-06	ALUNNI (fonte rilev.)	di cui: alunni con citt. non italiana	di cui: nomadi	neo-arrivati in Italia Dati AFPI marzo 2006	%
132	RENATE	ALFREDO SASSI	1.139	86	0	0	7,55
149	LISSONE	DANTE I CIRCOLO - LISSONE	844	80	0	10	9,48
203	ALBIATE	IST.COMP.DI ALBIATE E TRIUGGIO	845	64	0	0	7,57
233	BESANA IN BRIANZA	"GIOVANNI XXIII" BESANA IN B.ZA	1.094	57	0	4	5,21
243	CARATE BRIANZA	G.D.ROMAGNOSI-CARATE BRIANZA	1.058	55	0	7	5,20
247	LISSONE	P.CADUTI DI VIA FANI-II/LISSONE	951	55	3	0	5,78
337	LISSONE	CROCE - FARE' LISSONE	599	39	0	5	6,51
367	SOVICO	GIACOMO PACCINI	567	34	0	9	6,00
381	BIASSONO	"S. ANDREA" - BIASSONO	725	31	8	0	4,28
384	VERANO BRIANZA	VIA SAURO-VERANO BRIANZA	772	31	0	0	4,02
413	BESANA IN BRIANZA	GANDHI MOHANDAS KARAMCHAND	1.015	25	0	0	2,46
418	LISSONE	G. MERONI	361	25	0	0	6,93
422	MACHERIO	G.RODARI - MACHERIO	607	24	0	0	3,95
430	VEDANO AL LAMBRO	GIOVANNI XXIII-VEDANO AL LAMBRO	663	23	0	5	3,47
442	LISSONE	DE AMICIS - LISSONE	760	20	0	0	2,63
446	CARATE BRIANZA	LEONARDO DA VINCI	941	19	0	0	2,02
468	LISSONE	EUROPA UNITA	920	10	0	0	1,09
			13.861	678	11	40	4,89

Fonte ISMU

Il distretto si sta cominciando a confrontare con le seconde generazioni di immigrati pur continuando a sostenere i processi di prima inclusione legati ai ricongiungimenti ed è

²³ Dato ISMU



chiaro che sulla positiva integrazione culturale dei minori stranieri si basa una parte dell'armonia sociale dei futuri anni.

L'inclusione sociale si attua in gran parte nelle realtà scolastiche ma coinvolge sempre più anche i contesti extrascolastici.

Le scuole richiedono ai Comuni soprattutto interventi di facilitazione linguistica per i nuovi arrivati mentre la mediazione culturale, sia rivolta alle famiglie che ai contesti classe, appare una esigenza meno sentita.

Nel 2008, per le scuole elementari e medie (escludendo Lissone che attua autonome progettazioni) l'Ambito, tramite il proprio **sportello interculturale "Riconoscere le differenze per arricchirsi"** ha effettuato 20 interventi su casi singoli per complessive 398 ore operatore (tra mediatori culturali e facilitatori linguistici) ed attivato 10 laboratori con piccoli gruppi utilizzando ulteriori 570 ore di intervento. Il tutto a favore di 63 minori. Sono state effettuate, inoltre, 43 consulenze ad insegnanti, attivati 4 corsi formativi a cui hanno aderito 64 insegnanti ed organizzato una mostra interculturale visitata da 461 bambini. Infine, si sta predisponendo un protocollo operativo che regoli i rapporti tra scuola, comuni e sportello interculturale al fine di disciplinare i reciproci impegni. Anche questa potrebbe essere una tematica da affrontare sul Tavolo locale per le politiche scolastiche.

Nell'ambito extrascolastico esistono esperienze comunali non in rete che utilizzano modalità diverse di intervento. La maggior parte prevede azioni di sostegno nell'effettuazione dei compiti.

6.1.7.1 Le proposte di intervento

A) Mantenimento sportello interculturale in essere (obiettivo di integrazione - costruzione di rete – mantenimento servizi e interventi)

La richiesta di utilizzo dello sportello interculturale da parte delle scuole è costante ed il numero di ore offerte costantemente lamentato come insufficiente.

Si rileva, dunque, chiaramente la necessità di mantenere l'intervento in atto ma anche quella di meglio inserirlo in un più ampio contesto di inclusione scolastica ed extrascolastica del minore, rifondando l'intervento in un più definito patto di comunità (anche approfittando del costituendo Tavolo Locale delle Politiche Scolastiche)²⁴.

B) Creazione e messa in rete interventi inclusivi extrascolastici (obiettivo di integrazione - costruzione di rete – costruzione interventi)

Come più sopra accennato l'inserimento del minore nel contesto culturale italiano non può essere delegato esclusivamente alla scuola. Occorre immaginare ulteriori percorsi di confronto ed integrazione (con oratori, società sportive, laboratori tra pari, attività aggregative...) se si vuole cercare di lavorare per la costruzione di una società includente e rispettosa delle diversità. L'Ambito, se investito dell'incarico, potrebbe elaborare progettazioni in tal senso.

²⁴ questo obiettivo è stato individuato come prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'Anno 2009 (cfr cap.7)

6.2 Anziani

(a cura di Elena Cattaneo)

6.2.1 Premessa

L'invecchiamento quale fenomeno caratteristico dell'evoluzione della popolazione anche in Lombardia, l'allungamento della vita media, il continuo modificarsi delle caratteristiche e delle tipologie di famiglie, i cambiamenti dei tempi di lavoro e di vita, impongono un continuo aggiornamento nonché una riprogettazione delle politiche sociali.

In particolare, non solo da un punto di vista quantitativo ma anche qualitativo, si evidenzia la necessità di incrementare i servizi esistenti ma anche di innescare, nei vari interventi, l'idea della qualità della vita degli anziani.

L'opportunità di fruire del tempo libero in strutture di tipo ricreativo culturale, l'accessibilità a tali strutture, il diritto di mobilità, la promozione di forme di aiuto volte a favorire la permanenza degli anziani al proprio domicilio, nel proprio ambiente di vita, mediante anche azioni integrate tra gli Enti locali con particolare riferimento ai Comuni e alle A.s.l., sono sicuramente degli elementi cardine per garantire la qualità della vita agli anziani.

A tal fine, la realizzazione del Piano di Zona, è stata l'occasione per un confronto tra Enti pubblici, Terzo Settore e associazioni per lavorare in modo integrato e migliorare la programmazione della rete dei servizi destinati agli anziani.

La diversa provenienza dei vari partecipanti ha consentito un confronto arricchente caratterizzato dalla condivisione, partendo dall'analisi dei bisogni fino alla definizione degli obiettivi da raggiungere nel triennio 2009-2011.

A tal fine si intende esprimere un sentito ringraziamento ai partecipanti al Tavolo d'area allargato afferenti alle seguenti associazioni del privato sociale che costantemente hanno portato il loro importante contributo alla discussione in particolare:

ANTEAS,
ASSOCIAZIONE. "Madre Teresa" Veduggio,
ASSOCIAZIONE volontari Albiate,
AUSER Besana e Veduggio ,
AVULSS Besana, Carate,
Caritas Lissone.
Centro Anziani "Settecolli" Besana,
FNP Cisl,
SPI Cgil,

Un particolare ringraziamento anche agli operatori dell'A.s.l.3, Distretto Socio-Sanitario di Carate Brianza, nella persona dell'assistente sociale Luca Colombo e del Direttore di distretto Dott. Brugola Lorenzo, per la costante presenza e la preziosa partecipazione al dibattito.

6.2.2 Gli obiettivi contenuti nel precedente Piano di Zona

E' bene precisare, rispetto ai sotto elencati obiettivi afferenti all'area anziani che, a seguito dei bisogni rilevati all'interno del Tavolo anziani allargato nonché dai nuovi adempimenti derivanti dall'attuazione della circolare regionale n° 41/2007 alcuni obiettivi, previsti dal precedente Piano non ritenuti prioritari, non sono stati raggiunti.



Area anziani – bisogni espressi nel Piano di Zona			
Bisogno obiettivo evidenziato dal piano di zona		Azioni attivate	Grado di raggiungimento
Sostegno alla domiciliarità	Concessione buoni sociali nel rispetto della disciplina stabilita dal regolamento distrettuale.	Concessione buoni sociali nel rispetto della disciplina stabilita dal regolamento distrettuale.	☺
	Sperimentazione dei Voucher	Sperimentazione dei Voucher	☺
gruppi di sostegno ai caregiver familiari e esterni non professionali (badanti)	Percorsi di orientamento con momenti di incontro, confronto e formazione	Attivazione percorsi formativi per badanti Caritas	☹
Sostegno e messa in rete delle risorse del volontariato del territorio	Esportazione dell'esperienza fatta in due comuni del distretto in collaborazione con ASL Distretto	Riproposta in alcuni comuni	☹
Assistenza domiciliare: offerta oraria aggiuntiva	Per le prestazioni domiciliari necessarie e per la consegna pasti al domicilio allargamento del servizio nei fine settimana	In alcuni comuni	☹
Analisi dei servizi aggregativi offerti (specie Centri Anziani) spostando l'attenzione alle iniziative utili alla popolazione anziana sola femminile ed ultrasessantacinquenne	Verifica delle attività dei centri anziani di ogni singolo comune che li possiede	=	☹
tavolo con servizi residenziali per anziani (rsa del distretto)	Messa in rete di risorse ed informazioni con i comuni del distretto. Miglioramento del sistema di accesso e garanzia di facilitazioni per i ricoveri temporanei in caso di emergenze e dimissioni da strutture sanitarie	Obiettivo tavolo allargato 2008 protocollo dimissioni protette	☹
incontri di comunità con chi assiste il beneficiario di buono socio assistenziale	Messa in comune di esperienze, sostegno, mutuo aiuto per chi affronta come caregiver il problema dell'assistenza di persone anziane non autosufficienti. Momenti di informazione specifica sulla cura con esperti.	In alcuni comuni	☹
centri anziani	Miglioramento rapporti esterni, privati, economicità delle iniziative, ricerca sponsor (su richiesta delle associazioni specifiche del tavolo allargato)	=	☹
Area anziani – bisogni emersi in seguito alla redazione del piano di zona e priorità emerse dal tavolo anziani allargato ed approvate dall'Assemblea dei Sindaci			
Azioni per: formazione badanti – creazione albo - incontro domanda – offerta e sostegno del lavoro delle collaboratrici familiari e delle famiglie che le ingaggiano	Sportello badanti		☺
	Adesione protocollo formativo provinciale e presa contatti con scuola civica di Besana		☹
	Buoni emersione badanti		☺
Sostegno all'anziano non autosufficiente	Attivazione sportello amministrazione di sostegno		☹
Sostegno alla domiciliarità dell'anziano	Adesione protocollo dimissioni protette		☺
	Revisione regolamento sad e corso provinciale		☹



☺ Obiettivo raggiunto

☹ Obiettivo in corso di raggiungimento o parzialmente raggiunto

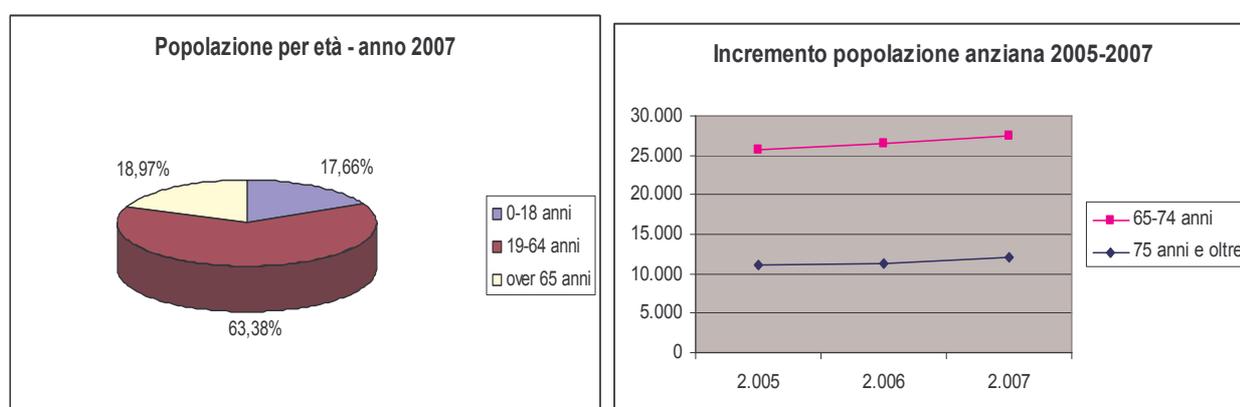
☹ Obiettivo non raggiunto

Passiamo ora ad evidenziare alcuni dati in merito alle caratteristiche della popolazione anziana del distretto con particolare riferimento all'indice di dipendenza e di vecchiaia. Dati importanti per la trattazione delle tematiche afferenti a quest'area di popolazione.

6.2.3 L'andamento demografico degli anziani del Distretto di Carate

Come evidenziano i dati raccolti, si riscontra un crescente aumento degli anziani sul totale della popolazione.

Tabella 1 - Indicatori demografici popolazione anziana nel distretto al 31/12/07



(Fonte uffici anagrafe comunali)

Anno	65-74	75 e oltre	Percentuale
2003	14.318	10.414	18,08%
2004	14.802	10.893	18,52%
2005	14.591	11.051	18,22%
2006	15.341	11.231	18,65%
2007	15.324	12.127	18,97%

(Fonte uffici anagrafe comunali)

Tabella 2 - Indicatori demografici relativi alla popolazione anziana nel distretto distinti per sesso

POPOLAZIONE	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione 65-74 anni al 31/12/2006	7045	8043	15088
Popolazione 75-84 anni al 31/12/2006	3.281	5.470	8751
Popolazione 85+ al 31/12/2006	597	1.803	2400
ANNO 2007			
Popolazione 65-74 anni al 31/12/2007	7146	8190	15336
Popolazione 75-84 anni al 31/12/2007	3514	5.614	9128
Popolazione 85+ al 31/12/2007	667	1.968	2.635

(Fonte uffici anagrafe comunali)

Come si potrà notare vi è un aumento del numero di anziani del Distretto ma soprattutto, in linea con la tendenza nazionale, il numero delle donne risulta particolarmente superiore a quello degli uomini. Inoltre dai dati forniti dagli Uffici anagrafe del Distretto risulta che, dal

2003 al 2007, la popolazione totale residente ha subito un incremento del 6%, mentre la popolazione over 65, è aumentata dell'11%, quasi il doppio di velocità di crescita.

Tabella 3 - Indice di vecchiaia, dipendenza e mortalità negli anni 2006 e 2007

2006	
Indice di vecchiaia	131,0
Indice di dipendenza	49,5
Tasso di mortalità	0,79%
2007	
Indice di vecchiaia	130,6
Indice di dipendenza	49,2
Tasso di mortalità	0,78%

(Fonte elaborazioni su dati uffici anagrafe comunali)

La tabella sopra riportata evidenzia un aumento del “peso” degli anziani rispetto alla popolazione in età lavorativa mentre risulta diminuito il tasso di mortalità.

Tabella 4 - Indicatori demografici in LOMBARDIA e in ITALIA (anno 2007)

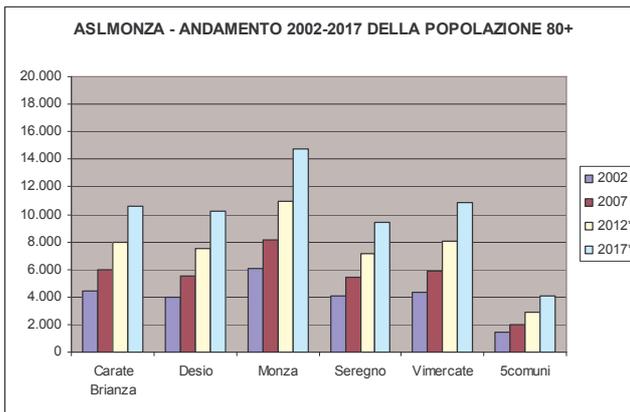
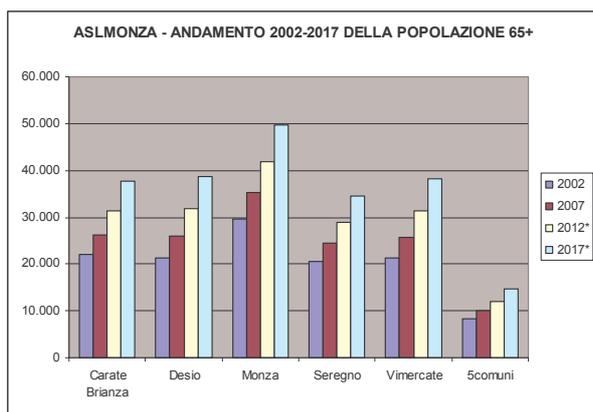
	N. residenti	Età media	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza (carico sociale)
Lombardia	9.545.441	42,6	143,1	50,3
Italia	59.131.287	42,3	141,7	51,6

(Fonte A.s.l. Monza e Brianza)

Tenendo conto che l'**indice di vecchiaia** rappresenta un indicatore dinamico che stima il grado di invecchiamento della popolazione e che l'**indice di dipendenza** fornisce informazioni di rilevanza economico-sociale poiché indica quante persone non autonome a causa dell'età risiedono ogni 100 persone che, essendo in attività, dovrebbero provvedere al sostentamento delle prime, i dati sopra riportati mostrano, nel nostro Distretto, sia una presenza inferiore degli over 65 che un indice di dipendenza inferiore.

Tabella 5 - Popolazione di età 65+ e 80+ anni di età A.s.l. MONZA per distretto – Anni 2002 e 2007 e stima anni 2012-2017 (*)

Distretto	pop 65+ ASL_MONZA				pop 80+ ASL_MONZA			
	2002	2007	2012*	2017*	2002	2007	2012*	2017*
Carate Brianza	21.943	26.275	31.462	37.674	4.433	5.932	7.938	10.622
Desio	21.380	26.079	31.811	38.802	4.009	5.477	7.483	10.222
Monza	29.616	35.174	41.775	49.615	6.085	8.174	10.980	14.750
Seregno	20.501	24.384	29.002	34.496	4.077	5.396	7.142	9.452
Vimercate	21.240	25.833	31.419	38.213	4.348	5.906	8.022	10.897
5 nuovi comuni	8.291	10.011	12.088	14.595	1.433	2.027	2.867	4.056
tot	122.971	147.756	177.558	213.395	24.385	32.912	44.432	59.999



Anche attingendo ai dati A.s.l., **rilevati dalle anagrafi assistite**, sono state elaborate delle proiezioni per i prossimi otto anni da cui emerge l'aumento della popolazione anziana che cresce in maniera più velocemente rispetto alla popolazione totale.

6.2.4 La spesa sociale dell'area anziani del Distretto di Carate

Al fine di verificare l'andamento nel tempo della spesa sostenuta dagli Enti locali a favore degli anziani e le evoluzioni relative ai singoli servizi e interventi attivati e riferiti a questa fascia di popolazione verranno di seguito illustrate alcune tabelle riportanti tali dati.

Dai numeri rilevati dal debito informativo regionale riferito all'anno 2007 emerge:

- **il tasso di copertura dell'area:** (numero anziani raggiunti dai servizi sociali sul totale degli anziani residenti): 19%
- **la spesa pro-capite sull'area anziani:** € 370,00
- **il costo area anziani sulla popolazione residente (pro-capite):** € 11,00

Di seguito vengono illustrati, più nel dettaglio, alcuni dati analitici rispetto a tali oneri sostenuti dai comuni e ai relativi canali di finanziamento.

Tabella 1 – L'andamento della spesa sociale comunale destinata a interventi afferenti all'area anziani.

Anno	Anziani	
	Assoluto	%
2003	2.328.912	18,3%
2004	2.487.900	17,6%
2005	1.806.086	11,5%
2006	1.679.933	10,7%

(Fonte dati debito informativo)

Canali di finanziamento per la spesa dell'area anziani

Anno	Fondi Comunali		Fondi d'utenza		Fondo Sociale Regionale		Fondo Nazionale Politiche Sociali		Totale
	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	
2003	1.336.283,23	57,38%	511.854,67	21,98%	183.042,37	7,86%	293.672,36	12,61%	2.328.912,48
2004	1.370.835,28	55,10%	534.038,77	21,47%	158.586,99	6,37%	375.198,00	15,08%	2.487.900,20
2005	1.015.769,82	56,24%	313.750,98	17,37%	188.354,13	10,43%	243.249,28	13,47%	1.806.085,76
2006	1.093.741,95	65,11%	146.109,58	8,70%	217.556,67	12,95%	222.524,96	13,25%	1.679.933,16

(Fonte dati debito informativo)



Si precisa, al fine di una corretta interpretazione dei dati riportati che, l'apparente diminuzione dell'incidenza dei fondi *comunali* per anziani sul totale della spesa, appare inferiore nell'anno 2006 in quanto, da tale annualità, gli oneri per i servizi socio-sanitari (quali rette per R.S.A., C.D.I. etc) sono stati rilevati in un'altra scheda relativa ai servizi socio- sanitari; nonostante ciò si sottolinea l'aumento delle risorse comunali riservate a questa fetta d'utenza mentre, al contrario, la percentuale di compartecipazione dell'utenza al costo dei servizi è diminuita.

Tabella 2 - Distribuzione della spesa relativa all'area anziani distinta per tipologia d'intervento.

Anno	Contributi economici		Buoni sociali		Contributi ad enti ed associazioni		Territoriali o Domiciliari		Residenziali		Altri interventi		Servizi Sociosanitari integrati	
	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%	Assoluto	%
2003	649.810,38	25,24%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	1.122.818,46	43,61%	519.054,06	20,16%	37.229,08	1,45%	245.522,56	9,54%
2004	796.978,25	28,76%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	1.164.017,40	42,01%	477.580,75	17,24%	49.323,80	1,78%	283.033,40	10,21%
2005	611.539,00	23,49%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	1.128.395,32	43,34%	15.498,82	0,60%	50.652,62	1,95%	797.426,74	30,63%
2006	185.406,99	6,45%	145.228,02	5,05%	43.881,19	1,53%	1.305.416,96	45,43%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	1.193.794,21	41,54%

(Fonte dati debito informativo)

Come si può notare da quanto riportato dalla tabella 2, dall'anno 2006, la spesa per contributi economici è stata scorporata anche in buoni sociali e contributi alle associazioni; si rileva inoltre che gli oneri sostenuti per i servizi territoriali domiciliari sono rimasti piuttosto invariati (s.a.d, pasti etc..) mentre le spese relative ai servizi residenziali sono aumentate notevolmente e sono state successivamente rendicontate, a seguito di indicazioni regionali, sotto la voce servizi sociosanitari integrati.

Tabella 3 - Distribuzione della spesa comunale relativa alle modalità di gestione dei servizi per anziani distinti per tipologia intervento anno 2007.

ANZIANI - DISTRIBUZIONE SPESA SOCIALE PER MODALITA' DI GESTIONE								
	Diretta	Buono	Voucher	Appalto/concessione	Acquisto da terzi	Altri trasferimenti	Altro	Totale
Albate	€ 107.630,25	€ 2.205,00		€ 24.529,06				€ 134.364,31
Besana	€ 9.682,00	€ 8.190,00		€ 120.063,73	€ 4.269,10	€ 1.900,00		€ 144.104,83
Biassono	€ 63.888,82	€ 8.484,00		€ 16.364,00				€ 88.736,82
Briosco	€ 12.493,92	€ 3.780,00		€ 62.208,44			€ 360,00	€ 78.842,36
Carate	€ 114.580,75	€ 40.805,09		€ 115.107,01	€ 3.750,00			€ 274.242,85
Lissone	€ 114.355,23	€ 9.470,00	€ 91.787,97	€ 120.793,93				€ 336.407,13
Macherio	€ 87.523,34			€ 14.529,84				€ 102.053,18
Renate	€ 500,00	€ 8.064,00		€ 21.661,11				€ 30.225,11
Sovico	€ 98.069,12	€ 8.860,00		€ 25.291,41				€ 132.220,53
Triuggio	€ 85.033,62	€ 9.245,00		€ 3.800,00				€ 98.078,62
Vedano	€ 38.264,90	€ 26.756,36		€ 67.691,72	€ 16.741,64			€ 149.454,62
Veduggio	€ 32.669,78	€ 10.710,00		€ 21.299,27	€ 383,66			€ 65.062,71
Verano	€ 96.976,00	€ 14.490,00		€ 2.000,00			€ 16.224,00	€ 129.690,00
TOTALE	€ 861.667,73	€ 151.059,45	€ 91.787,97	€ 615.339,52	€ 25.144,40	€ 1.900,00	€ 16.584,00	1.763.483,07
	48,9%	8,6%	5,2%	34,9%	1,4%	0,1%	0,9%	

(Fonte debito informativo anno 2007)

Per completezza d'informazione si aggiunge questa tabella riassuntiva delle forme di gestione; è evidente che i Comuni detengono ancora sotto diretta gestione ben il 62,7% dei servizi/interventi relativi a questa fascia di popolazione mentre, il restante 37,3%, è assegnata mediante appalto, concessione o incarico all'esterno.

6.2.5 Le risorse esistenti: i servizi di sostegno alla vita familiare dell'anziano

Sicuramente una delle aree che vede gli Enti locali impegnati nell'erogazione dei servizi e interventi per gli anziani è quella legata alla possibilità di garantire la permanenza in condizioni di sufficiente assistenza presso il proprio domicilio, evitando per quanto possibile, il ricorso alle strutture residenziali.

Passiamo ora ad illustrare brevemente alcuni dati relativi agli interventi più significativi attivati dai Comuni per favorire il mantenimento degli anziani al domicilio.

6.2.5.1 I servizi comunali a favore di anziani del Distretto di Carate

INTERVENTI PER IL SOSTEGNO DEL REDDITO (CONTRIBUTI ECONOMICI E BUONI ANZIANI)

Buoni sociali (da monitoraggio)

I buoni socio assistenziali, previsti dalla Legge 328/00, hanno visto nel Distretto, nel corso degli anni, un aumento sia delle somme destinate dai comuni per l'area anziani, sia conseguentemente, un aumento dei destinatari di tali benefici. A supporto di ciò si riportano i dati rilevati dal monitoraggio effettuato negli anni 2007 e 2008:

ANNO 2007 Domande ammesse: 90

Totale fruitori: 81 (di cui 34 per buoni per assistente familiare, il 42%)
Buoni erogati: 475 (cioè il 29% dei buoni erogati)

Di cui: 192 per care giver familiare,
239 per assistente familiare,
31 per assistenza informale,
13 per sostegno al reddito.

Fruitori con età inferiore a 65 anni: 0

Fruitori 65-74 anni: 9

Fruitori 75-80 anni: 21

Fruitori con età superiore a 80 anni: 51

Importi erogati: € 121.942,84 (cioè il 27% della cifra erogata per buoni)

ANNO 2008 Domande ammesse: 130

Totale fruitori: 122 (di cui 45 fruitori di buoni per assistente familiare, il 37%)
Buoni erogati: 687 (cioè il 30% dei buoni erogati)

Di cui: 346 per care giver familiare,
240 per assistente familiare,



62 per assistenza informale,
34 per sostegno al reddito,
5 per altro.

Fruitori con età inferiore a 65 anni: 5

Fruitori 65-74 anni: 20

Fruitori 75-80 anni: 27

Fruitori con età superiore a 80 anni: 70

Importi erogati: € 174.261,65 (cioè il 29% della cifra erogata per buoni)

Inoltre è bene aggiungere che i Comuni erogano anche una serie di contributi a sostegno del reddito degli anziani finalizzati al pagamento di utenze domestiche, oneri per l'eliminazione di barriere architettoniche, al pagamento di spese sanitarie etc...; oltre a tali contributi, una particolare menzione, meritano quelli relativi al fondo sociale affitti regionale rispetto ai quali si registra un aumento dei destinatari, da 33 del 2006 a 42 del 2007, per un aumento complessivo del 27%.

CONTRIBUTI AD ASSOCIAZIONI

Gli Enti locali erogano anche contributi ad associazioni che si occupano degli anziani fornendo servizi di carattere aggregativo e ricreativo oppure veri e propri interventi di supporto alla quotidianità quale l'effettuazione di trasporti, la compagnia, etc.. A supporto di ciò, nella tabella seguente, sono rappresentati i contributi erogati dai comuni a questi enti afferenti al terzo settore relativi all'anno 2007.

Tabella 1 - Contributi ad associazioni anno 2007.

	Enti/associazioni	Contributo
Albate	2	€ 2.842,37
Besana	4	€ 1.900,00
Biassono	5	€ 1.850,00
Briosco	1	€ 5.700,00
Carate	8	€ 7.794,12
Lissone	8	€ 13.200,00
Macherio	2	€ 2.000,00
Renate	1	€ 500,00
Sovico	2	€ 5.000,00
Triuggio	3	€ 750,00
Vedano	2	€ 2.800,00
Veduggio	3	€ 1.650,00
TOTALE	41	€ 45.986,49

(Fonte debito informativo anno 2007)

CENTRI DIURNI

Ad oggi, nel Distretto di Carate B.za, vi è un solo centro diurno integrato che è quello di Besana in Brianza della Fondazione "Scola Onlus". Tale centro è l'unico, sul territorio, in grado di fornire un supporto a situazioni precarie in alternativa al ricovero a tempo pieno. I posti disponibili sono 30 e agli utenti vengono offerte prestazioni sia di tipo socio assistenziale (bagno assistito, animazione, etc.) che di tipo sanitario, infermieristico e riabilitativo.

Per il resto, in ogni Comune del Distretto, ad eccezione di Albiate, Biassono e Verano B.za, sono presenti centri diurni di tipo aggregativo/ricreativo per lo più gestiti da associazioni di anziani e volontari.

Si segnala, rispetto a quanto contenuto nel precedente Piano di Zona, la nascita, a partire dall'anno 2006, di un nuovo centro aggregativo nel comune di Sovico.

TRASPORTI

I comuni garantiscono, nell'ordine delle proprie risorse di bilancio, servizi di trasporto per quegli anziani che, in maniera continuativa, devono essere trasportati presso centri ricreativi/riabilitativi. Dai dati rilevati dal debito informativo emerge un notevole incremento dei destinatari di tali trasporti che, da numero 561 dell'anno 2006, sono passati a numero 1.170 nell'anno 2007.

Per l'espletamento di tale funzione i Comuni adottano forme di gestione diversa: alcuni con appalti – concessioni, altri mediante l'impiego di associazioni di volontariato. Solo i Comuni di Albiate, Carate, Triuggio e Veduggio mantengono una gestione diretta di tale servizio.

I costi sostenuti dai Comuni (relativi a coloro che hanno compilato la parte dedicata nel debito informativo) nonché i recuperi a carico dell'utenza sono rappresentati nella tabella sottostante riguardante l'anno 2007.

Tabella 2 Costi del servizio trasporto anziani e quote di recupero a carico dell'utenza anno 2007.

2007	Costo	Recupero da utenza
Albiate	€ 2.418,33	€ 293,64
Besana	€ 6.653,50	€ 2.681,50
Biassono	€ 8.725,87	€ 2.576,32
Carate	€ 6.538,05	€ 0,00
Macherio	€ 5.551,79	€ 444,15
Sovico	€ 2.135,70	€ 0,00
Triuggio	€ 6.843,00	€ 1.950,00
Vedano	€ 18.000,00	€ 0,00
Veduggio	€ 352,56	€ 705,90
Verano	€ 16.224,00	€ 0,00
TOTALE	€ 73.442,80	€ 8.651,51

(Fonte debito informativo anno 2007)

I dati sopra riportati indicano che, nonostante sia stato approvato da diversi anni, un regolamento distrettuale che disciplina anche il recupero a carico dell'utenza, le difformità nell'applicazione dello stesso risultano evidenti (come peraltro permesso dal regolamento stesso che lascia ampie discrezionalità alle singole gunte).

IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il Servizio di Assistenza Domiciliare si configura come quel complesso di prestazioni socio-assistenziali erogate al domicilio dell'utente al fine di mantenerlo all'interno del suo contesto abitativo/relazionale. Il servizio si ottiene a seguito di richiesta all'assistente sociale comunale che valuta la necessità di attivazione di tale intervento.

Dai dati relativi all'anno 2007, desunti dalle schede regionali circolare 4, si rileva che il numero totale degli utenti assistiti mediante tale servizio è stato di 506 utenti, con una



percentuale di copertura del 2,12% della popolazione anziana; tale percentuale è maggiore rispetto alla media provinciale relativa a tale anno dell'1,7%.

In particolare tali utenti risultano così suddivisi:

Maschi: 174 (34%)
Femmine. 332 (66%)
Meno di 65 anni: 24 (4,7%)
Tra 65 e 74 anni: 81 (16%)
Tra 75 e 84 anni: 204 (40,3%)
Tra 85 e 94 anni: 165 (32,7%)
Tra 95 e 104 anni: 32 (6,3%)
Oltre 104 anni: 0

I comuni del Distretto hanno destinato, per l'erogazione di tale servizio, nell'anno 2007, complessivamente € 855.830,96 recuperando, a parziale copertura delle spese, € 210.362,28 dal Fondo Sociale Regionale e € 68.945,48 dal Fondo Nazionale Politiche Sociali.

La forma di gestione maggiormente diffusa relativa al S.A.D. è per lo più quella diretta mediante l'impiego di personale dipendente o di cooperativa. L'esternalizzazione di tale servizio ha permesso, in alcuni Comuni, anche l'estensione oraria nonché, parzialmente, la copertura della giornata del sabato che si rileva particolarmente utile nelle situazioni di anziani soli consentendo anche alle a.s.a. la preparazione del pasto, per l'utente, per la giornata di domenica.

L'unico Comune che ha, sperimentalmente, voucherizzato tale servizio è il Comune di Lissone che, come si potrà notare dai dati sotto riportati desunti dal monitoraggio del Piano di Zona, ha, nell'anno 2008, visto un aumento del numero di fruitori e dei voucher concessi, anche a seguito dell'erogazione della doppia annualità del F.N.P.S. 2006/2007.

COMUNE DI LISSONE

ANNO 2007 Agenzie accreditate: 1
Domande ammesse: 68
N° fruitori: 68
Voucher erogati: 2061 (in sostituzione di parte delle prestazioni del servizio ASA)
Importo erogato: € 91.273,61

ANNO 2008 Agenzie accreditate: 1
Domande ammesse: 65
N° fruitori: 113
Voucher erogati: 3655 (in sostituzione di parte delle prestazioni del servizio ASA)
Importo erogato: € 119.463,64

SERVIZIO CONSEGNA PASTI AL DOMICILIO

Il servizio pasti viene erogato da tutti i comuni del Distretto; gli utenti nell'anno 2007 sono stati complessivamente 110, di cui 57 femmine (52%) e 53 maschi (48%) per un costo complessivo del servizio di € 118.873,71.

Le modalità di gestione dello stesso sono diverse a seconda del Comune. Si evidenzia invece, quale elemento di criticità, che le modalità di recupero del costo di tale servizio sono molto difformi tra i vari Comuni del distretto.

TELESOCCORSO

Anche il servizio di telesoccorso, attivo in tutti i Comuni ad eccezione di Renate, viene erogato con modalità diverse dai diversi Enti. A sostegno di ciò si rimanda alla sottostante tabella, riportante i dati relativi, alla tipologia di gestione di tale servizio, ai costi e al recupero a carico degli utenti (complessivamente 63) nell'anno 2007. I Comuni non riportati, escluso Renate, utilizzano il servizio Provinciale gratuito senza oneri per il Comune e gli utenti.

Tabella 3 Tipologia di gestione, costi e quote di recupero a carico dell'utenza anno 2007.

2007	Tipo di gestione	Costo	Recupero da utenza
Besana	Acquisto da terzi	€ 2.234,1	€ 1.979,06
Biassono	Appalto	€ 1.664	€ 1.664
Briosco	Altro	€ 360	€ 204
Carate	Appalto	€ 3.500	0
Veduggio	Acquisto da terzi	€ 383,66	€ 302,34
Verano	Appalto	€ 2.000	0
TOTALE		€ 10.141,76	€ 4.149,4

(Fonte dati debito informativo)

MINI ALLOGGI

Alcuni Comuni del Distretto hanno destinato da diversi anni, risorse economiche al fine di realizzare mini alloggi protetti che possano accogliere anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti al fine di mantenerli il più possibile nel proprio territorio consentendo così la prosecuzione delle proprie relazioni sociali e parentali. In particolare, attualmente, sul territorio del Distretto di Carate, vi sono complessivamente n. 62 mini alloggi così dislocati:

Besana: 11 presso casa di riposo "Scola,"
 Lissone: 4 gestiti da Cooperativa ." Domus",
 Macherio: 9 comunali,
 Renate: 6 comunali ,
 Sovico: 14 comunali ,
 Veduggio: 18 comunali.

(Fonte servizi sociali dei Comuni)

AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

Un fenomeno in crescita negli ultimi anni, che merita sicuramente un cenno all'interno della trattazione degli interventi in capo ai Comuni afferenti all'area anziani, è l'amministrazione di sostegno.

Infatti dai dati sotto riportati è possibile evidenziare che il numero degli anziani del Distretto "gestiti" dall'ente locale sono passati da 9 nell'anno 2006 a 12 nel 2007.

A supporto di ciò si riportano i seguenti dati distinti per comune:

Anno 2006: 1 Besana, 1 Biassono, 2 Carate, 3 Lissone, 1 Renate, 1 Triuggio
 Anno 2007: 1 Besana, 2 Biassono, 4 Lissone, 1 Renate, 2 Triuggio, 1 Veduggio, 1 Vedano.

(Fonte servizi sociali comunali)

Emerge pertanto l'esigenza di una formazione e specializzazione degli operatori deputati a svolgere questo ruolo evidenziando la necessità, dato il progressivo aumento dei numeri sopra riportati (e della tutela anche di altre tipologie di fragilità), di creare un servizio distrettuale specificatamente formato a svolgere tali compiti per conto dei Comuni.

Si rimanda la trattazione di tale tematica ad apposito paragrafo contenuto nell'Area disabili.

6.2.5.2 I servizi dell'A.s.l. a favore della domiciliarità degli anziani

Si intende qui di seguito, tra i vari servizi erogati dall'A.s.l., riportare alcuni dati significativi relativi al servizio di assistenza domiciliare integrata, servizio di basilare importanza per la cura sanitaria dell'anziano a domicilio.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I) è un servizio gratuito che offre assistenza al domicilio di anziani, e non solo, che necessitano di cure le cui condizioni sanitarie o socio-sanitarie, temporanee o permanenti, impediscono loro di accedere a strutture ambulatoriali presenti sul territorio.

Le prestazioni che vengono garantite sono di tipo medico-specialistico, infermieristiche e riabilitative.

Il servizio viene attivato dal Medico di Medicina Generale. L'assistenza viene fornita da operatori A.s.l. assegnati al Distretto, o da società accreditate dall'A.s.l., attraverso il sistema dei voucher sociosanitari (titoli di acquisto per comprare prestazioni di assistenza erogate da operatori professionali). Di seguito sono riportati i dati, estrapolati dal Piano salute 2009-2011, relativi al numero degli anziani seguiti e dei pazienti trattati da personale A.s.l. e erogatori accreditati:

Tabella 1 Assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata – confronto 2007 vs 2008

Anno	65-74	75-84	>85	Totale>65	TOTALE UTENTI SEGUITI
2007	136	217	184	537	637
2008*	133	237	154	523	641

* Dati del periodo gennaio-ottobre 2008



Tabella 2 Assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata distinti per erogatore – confronto 2007 vs 2008

Anno	Trattati da pers. ASL3	Trattati da Erogatori Accreditati	In Cure palliative	Totale
2007	309	155	173	637
2008*	224	264	153	641

* Dati del periodo gennaio-ottobre 2008

Dai dati sopraelencati si evidenzia (seppure quelli relativi all'anno 2008 siano stati rilevati fino al 31 ottobre) un aumento dei pazienti in carico in riferimento, in particolare, alla fascia 75-84 anni.

Inoltre, si evince, a seguito della voucherizzazione di tale servizio, una diminuzione dei pazienti seguiti da operatori A.s.l. a fronte di una crescita di pazienti seguiti da agenzie accreditate.

6.2.5.3 Associazioni di volontariato che concorrono all'offerta degli interventi/servizi per anziani.

Un ruolo sempre più importante, accanto agli Enti citati, è rivestito dalle associazioni di volontariato del territorio che forniscono attività diverse a supporto della vita dell'anziano. Per fornire un quadro d'insieme si elencano pertanto le varie associazioni attualmente presenti sul territorio del Distretto e sinteticamente le relative attività:

Albate

DENOMINAZIONE	DI COSA SI OCCUPA
Centro Sociale "Argento Vivo"	Attività ricreative, promozione di incontri pubblici, supporto ad iniziative a favore degli anziani, vacanze
Associazione del Volontariato – Albate	Trasporti, compagnia, supporto, iniziative varie a favore di anziani, disabili, minori del territorio comunale

Besana

DENOMINAZIONE	DI COSA SI OCCUPA
Centro Anziani "Sette Colli"	Centro ricreativo per pensionati
Auser	Collaborazione con servizi sociali comunali per servizio AUTOAMICA (trasporto anziani)
Anteas	Collaborazioni occasionali con servizi sociali (es. spesa anziani)
Avulss	Volontari presso case di riposo

Biassono

DENOMINAZIONE	DI COSA SI OCCUPA
Unitalsi	Promuove attività rivolte ad anziani e disabili per il tempo libero (feste, gite, vacanze estive) ed interviene in situazioni di emergenza e di necessità nel caso di bisogno urgente di ausili (pannoloni, traverse, lettini, carrozzine, etc...) compatibilmente con le risorse disponibili.
Croce Bianca	Trasporti socio-assistenziali / Telesoccorso/ etc...
Auser	Assistenza anziani e trasporti
Movimento Terza Età	Promuove attività varie che coinvolgono persone della terza età (gite, ritiri, incontri di preghiera, spettacoli teatrali, pranzi sociali...)

**Carate**

<i>DENOMINAZIONE</i>	<i>DI COSA SI OCCUPA</i>
Avulss	Assistenza anziani in R.S.A. e trasporti
Ass. vivere insieme giovani	Gestione centro anziani comunale
Ass. combattenti e reduci	Assistenza burocratica agli anziani - ricorrenze
Ass. marinai d'Italia	Assistenza burocratica agli anziani- ricorrenze
Ass. carabinieri	Assistenza burocratica agli anziani - ricorrenze
Ass. invalidi di guerra	Assistenza burocratica agli anziani- ricorrenze

Lissone

<i>DENOMINAZIONE</i>	<i>DI COSA SI OCCUPA</i>
Auser	Trasporti, compagnia telefonica e domiciliare
Avo	Attività ricreative c/o R.S.A.
Croce Verde	Trasporti socio-assitenziali
Gruppo terza Età - Bareggia	Incontri di socializzazione

Macherio

<i>DENOMINAZIONE</i>	<i>DI COSA SI OCCUPA</i>
Centro anziani	attività di tipo ricreativo
Gruppo terza età' Bareggia	impegno parrocchiale, attività culturali e ricreative

Sovico

<i>DENOMINAZIONE</i>	<i>DI COSA SI OCCUPA</i>
Unitalsi	Promuove attività rivolte ad anziani e disabili per il tempo libero (feste, gite, vacanze estive)
Gruppo volontari parrocchia	Trasporto

Veduggio

<i>DENOMINAZIONE</i>	<i>DI COSA SI OCCUPA</i>
Auser	Accompagnamento anziani per visite mediche e riabilitazioni
Associazione "Madre Teresa di Calcutta"	Accoglienza, per brevi periodi di convalescenza o di sollievo alla famiglia c/o la struttura che accoglie anziani parzialmente non autosufficienti. Servizio di accompagnamento presso strutture sanitarie per visite specialistiche, cure ed analisi cliniche e ritiro esiti. Inoltre per urgenze o necessità personali anche verso altre destinazioni. Il servizio si rivolge anche ad anziani privi di mezzi di trasporto.
Associazione di promozione sociale	Realizzazione di attività di tipo ricreativo per anziani. Interventi di sostegno a favore di anziani.

Verano

<i>DENOMINAZIONE</i>	<i>DI COSA SI OCCUPA</i>
Associazione "Il Glicine"	Trasporto

E' bene inoltre evidenziare che sul territorio esistono anche diversi enti quali patronati e sindacati che, mediante l'attività dei propri sportelli, rappresentano un punto di riferimento per l'anziano non solo rispetto all'assistenza per la compilazione delle pratiche



pensionistiche, dichiarazione dei redditi o contrattualistica delle badanti ma anche per le problematiche e gli aspetti legati alla non autosufficienza. Tali enti, costantemente impegnati nella formazione dei propri operatori, svolgono inoltre un'importante azione di sensibilizzazione c/o gli Enti locali, l'A.s.l. e l'Azienda Ospedaliera rispetto alle problematiche e ai bisogni della popolazione anziana.

6.2.5.4 I servizi di sostituzione del nucleo familiare

LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

Per ciò che concerne i servizi di sostituzione del nucleo familiare, sul territorio del Distretto di Carate sono presenti 7 R.S.A. (Residenze Sanitarie Assistenziali) per un complessivo di posti letto pari a numero 757, gestite da enti privati di varia natura.

A tal proposito si segnala, negli ultimi anni, un'evoluzione rispetto alla tipologia degli utenti in esse inseriti; infatti a seguito delle ultime indicazioni regionali, le R.S.A. sono tenute a rapportarsi con il territorio, sperimentando formule flessibili di risposta ai bisogni rilevati e particolari, quali i ricoveri di sollievo, i ricoveri di post-comatosi e, secondo un protocollo recentemente approvato, i ricoveri di ex pazienti psichiatrici in età adulta e con buon compenso di personalità.

Solitamente il ricorso alla struttura residenziale aumenta con l'aumentare dell'età interessando maggiormente la popolazione femminile rispetto a quella maschile. Questi dati possono derivare da due fattori: l'incremento di condizioni di inabilità che si ha col crescere dell'età, nonché la maggior presenza, nelle donne, di vedovanza, condizione che non permette di contare sul sostegno di familiari conviventi.

Purtroppo un'altra evoluzione negativa che si riscontra è un costante aumento delle rette con una conseguente difficoltà sia per le famiglie che provvedono al pagamento di tali oneri sia per quei Comuni che erogano contributi per pagare tali rette di ricovero a favore di anziani indigenti.

Nella tabella sottostante vengono riportati alcuni dati reperiti rispetto a tali strutture; si segnala, per completezza d'informazione, che sul sito dell'A.s.l. Milano 3 (www.aslmi3.it) è possibile reperire ulteriori informazioni rispetto alla lista d'attesa di tali strutture.

Tabella 1 Elenco dell'R.s.a. accreditate

COMUNE	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NUMERO POSTI	IMPORTO RETTA (in euro) DIE
Besana	"San Camillo"	83	Da 59,00 a 71,60
	"G. Scola"	165	Da 51,00 a 65,95
	"Oasi Domenicana"	66	Da 64,00 a 66,50
Biassono	R.S.A. "Anni Verdi"	60 (45 non autos.+15autosuf)	67,00 non residenti 63,65 residenti
Briosco	"Rita e Luigi Gelosa"	68 non autosufficienti	72,00 sia res. che non res.
Carate B.za	"Il Parco"	105	Da 47,51 a 93,48
Lissone	"Casa di riposo L. e A. Agostoni" fondazione Onlus	120 non autosufficienti	67,08

Purtroppo si evidenzia, quale nota critica, l'assenza, al Tavolo Anziani, dei rappresentanti di tali strutture che, soprattutto nei momenti di discussione e confronto legati a diverse tematiche quali ricoveri di sollievo e dimissioni protette, seppur invitati, non hanno mai partecipato.

6.2.6 I bisogni rilevati nel distretto di Carate B.za e le proposte di intervento

6.2.6.1 Focus I: domiciliarità

Come emerge dai dati relativi ai servizi per gli anziani al domicilio il servizio pubblico soddisfa solo una parte del bisogno di assistenza continuativa delle persone non autosufficienti dove le famiglie rappresentano, di fatto, la principale fonte di cura per gli anziani non autosufficienti. Tuttavia il sostegno che i nuclei familiari possono offrire, soprattutto al nord, tende progressivamente a diminuire sia per trasformazioni demografiche (minor numero di figli) che a seguito di un aumento del numero delle donne occupate. Chiaramente, in tale scenario, aumenta sempre più il ricorso all'assistenza privata a pagamento mediante assistenti familiari o badanti, fenomeno che è andato, assumendo, sempre più, dimensioni considerevoli. Il vantaggio di tale soluzione è sicuramente quello di permettere di mantenere l'anziano nel suo contesto di vita sgravando, seppur parzialmente, la famiglia nello svolgimento di tale compito di cura; d'altro canto, è bene evidenziare che, non esistono controlli relativi alla qualità del lavoro prestato da tale personale soprattutto nei contesti di anziani soli particolarmente compromessi. Rispetto alle proposte d'intervento il Tavolo allargato le ha così articolate:

A) Promuovere la realizzazione di corsi di formazione per “badanti” (obiettivo di attivazione interventi).

La riflessione condivisa all'interno del Tavolo allargato del Piano di Zona è stata la consapevolezza che il numero di tale fenomeno, come per il resto d'Italia, risulta di difficile quantificazione in quanto in tale attività vi è una forte presenza di lavoro irregolare.

La percezione che si ha, anche supportata dai dati dell'I.N.P.S., è che tale realtà sia in crescita con una forte concentrazione delle cosiddette badanti straniere sul territorio lombardo.

Un obiettivo che emerge, all'interno di questo contesto, poiché non si può considerare l'attività dell'assistente familiare una professionalità naturale, è sicuramente quello della formazione al fine di migliorare la qualità professionale del lavoro di cura delle assistenti familiari. In particolare tali attività formative, rivolte a lavoratori stranieri, dovrebbero assicurare idonee capacità comunicative per una buona relazione con l'anziano, la capacità di relazionarsi al contesto sociale e di utilizzare in maniera appropriata i servizi esistenti nel territorio nonché sufficienti conoscenze per svolgere correttamente interventi minimi di cura e assistenza alla persona.

Oltre a ciò è auspicabile che tali corsi prevedano la trattazione dei fondamenti delle materie sanitarie, di igiene personale e movimentazione dell'anziano, l'alimentazione, la sicurezza e l'antinfortunistica domestica nonché la sperimentazione di un periodo di tirocinio. Sarebbe inoltre opportuno che tali momenti di formazione venissero realizzati in due sedi distinte, una collocata in uno dei Comuni al nord del Distretto e l'altra al sud, così da facilitarne, il più possibile, la fruibilità per il personale badante che spesso utilizza solamente mezzi pubblici per gli spostamenti.

Il fine ultimo sarebbe quello di pervenire ad una gestione e istituzione di **un albo distrettuale** delle assistenti familiari che dia garanzia alle famiglie, ne certifichi le competenze e faciliti l'incontro tra domanda e offerta di lavoro.



B) Realizzare sportelli finalizzati all'incontro tra domanda ed offerta (obiettivo di attivazione servizi e interventi).²⁵

Come è noto le famiglie di anziani non autosufficienti si affidano, per la ricerca di personale addetto alla cura, a canali cosiddetti informali (contatti diretti attraverso vicini di casa, conoscenti, parenti) o, attraverso la Parrocchia o, molto più spesso, associazioni di volontariato (in particolare la Caritas) oppure mediante altre badanti che, a loro volta, contattano amiche o conoscenti che possano essere disponibili a svolgere tale lavoro. Chiaramente quest'ultima modalità, se da un lato consente una risposta immediata al bisogno, dall'altro spesso non consente la certezza di prestazioni qualificate e soprattutto continuative.

Pertanto, un altro bisogno che si è ravvisato, all'interno del Tavolo allargato, in linea con quanto previsto dalla circolare regionale 41/2007 e dalla DGR 8243 DEL 2008, è stata la necessità di promuovere un intervento per orientare le famiglie nella ricerca, selezione e qualificazione del personale dedicato all'assistenza del parente.

Tale attività si configura contemporaneamente quale intervento di sostegno all'integrazione lavorativa delle persone straniere nonché occasione per sensibilizzare alla diffusione di rapporti di lavoro regolari.

A tal fine si stanno ora attivando, a seguito della decisione dell'Assemblea dei Sindaci, tre sportelli distrettuali per le badanti e le famiglie che svolgono attività di accoglienza, informazione, orientamento per entrambi i target d'utenza. In particolare tali sportelli dovranno provvedere, all'informazione e all'orientamento delle famiglie, alla verifica delle competenze delle assistenti familiari, al supporto dell'incrocio tra domanda e offerta di servizi di cura e assistenza, alla sensibilizzazione e al sostegno di modalità di qualificazione/aggiornamento nonché alla sensibilizzazione e alla diffusione di rapporti di lavoro regolari. Inoltre, tale servizio, porterà alla definizione di standard valevoli per tutti i Comuni del Distretto al fine di creare un patrimonio condiviso di competenze, conoscenze e modalità di risposta omogenee al bisogno di servizi di assistenza domiciliare.

Tali interventi, che verranno realizzati mediante il coinvolgimento delle tre realtà già operanti in termini di sportello lavoro sul territorio del Distretto di Carate Brianza e, più precisamente, l'associazione Progetto Lavoro Brianza, il Centro lavoro Nord Brianza e il Consorzio Formazione e lavoro in Brianza (Cofelb), saranno dislocati a Besana, Sovico e Carate dove potranno rivolgersi badanti e famiglie residenti nel Distretto di Carate.

C) Prevedere interventi per il sostegno economico degli anziani non autosufficienti (obiettivo di attivazione interventi)²⁶.

Se da un lato gli interventi sopradescritti mirano alla regolarizzazione delle assistenti familiari dall'altro si riscontra la necessità di sostenere, mediante interventi economici di supporto, i nuclei famigliari che gestiscono per lungo tempo anziani non autosufficienti.

A tal fine risulta opportuno sia mantenere nei Comuni quelle iniziative per l'erogazione di buoni domiciliarietà per gli anziani previsti dalla legge 328/00 a fronte di una stesura del P.A.I, ma anche attuare altre forme di incentivo per le famiglie come previsto dalla circolare regionale n° 41 del 2007 e dalla DGR 8243 del 2008.

A riprova di ciò, nel corrente anno, è stato approvato dall'Assemblea dei Sindaci, un regolamento distrettuale per l'erogazione di buoni mirati al sostegno della

²⁵ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)

²⁶ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)



domiciliarietà. L'entità di tale buono, per la prima volta erogato a livello distrettuale, varia, per l'anno 2009, da un minimo di € 250,00 a un massimo di € 350,00 e verrà erogato a chi sostiene spese documentate per la badante con un limite I.S.E.E sotto gli € 18.500,00. Anche in questo caso è prevista la sottoscrizione di un P.A.I. tra famiglia e assistente sociale che, tra l'altro, impegna il servizio sociale comunale a monitorare tale situazione e la formazione della badante mediante il raccordo con gli operatori del servizio di assistenza domiciliare.

D) Realizzare un corso di formazione per gli operatori comunali deputati al coordinamento del SAD al fine di pervenire alla realizzazione di un regolamento distrettuale relativo a tale servizio (obiettivo di formazione – uniformità distrettuale)²⁷.

Un aspetto che emerge, anche dai dati sopra riportati relativi ai servizi di assistenza domiciliare, è che vi sono realtà piuttosto difformi nell'erogazione dei servizi. Il Tavolo tecnico formato dalle assistenti sociali e dai responsabili dei servizi sociali dei Comuni del Distretto, ha evidenziato l'esigenza di creare uno spazio di confronto, alla luce delle evoluzioni nel campo dell'assistenza (vedasi fenomeno badanti) che si sono sopradescritte. Si pone la necessità di promuovere un momento di riflessione tra gli operatori dei Comuni (soprattutto assistenti sociali) sull'organizzazione dei servizi di assistenza domiciliare. Si indica quindi, come ulteriore obiettivo, quello di realizzare un corso di formazione appositamente formulato per gli operatori di questo Distretto al fine di evidenziare gli elementi di qualità e di cambiamento della domanda e della cura (badanti) ma soprattutto omogeneizzare il quadro dell'offerta, nella direzione di costruire un modello territoriale unico normato da un regolamento comune. I contenuti di tale corso dovrebbero riguardare, nello specifico, l'organizzazione dei diversi servizi s.a.d., gli accessi e la partecipazione ai costi, l'analisi della situazione attuale ed i possibili elementi comuni. Un'altra analisi che è doveroso affrontare riguarda le attività e le prestazioni svolte al fine di individuare degli elementi comuni. Il punto di arrivo nonché un ulteriore obiettivo del triennio che, a questo riguardo, ci si pone, è quello di condividere "linee guida" che portino alla creazione e stesura, di un regolamento distrettuale su questo servizio.

E) Attivare un servizio di assistenza domiciliare a potenziamento del s.a.d comunale nei fine settimana e giorni festivi per situazioni di particolare gravità e complessità. (obiettivo di attivazione di servizi e interventi)²⁸.

Sicuramente un elemento di criticità che si rileva in merito ai servizi di assistenza domiciliare erogati dai Comuni, riguarda l'assenza di erogazione di tale servizio negli orari serali, festivi e, in diversi enti, anche nella giornata del sabato. Tale carenza non permette al servizio in questione di incidere in maniera determinante nel favorire l'autonomia e la permanenza della persona anziana al domicilio. Pertanto, in linea con quanto previsto dalla D.G.R. 8243, si intende pervenire ad una voucherizzazione distrettuale finalizzata ad attivare interventi, di natura socio-assistenziale, integrativi del servizio s.a.d. attualmente erogato dai Comuni al fine di intervenire per persone non autosufficienti in situazioni di particolare complessità e gravità negli orari serali e festivi potenziando l'articolazione oraria delle prestazioni erogate. Sarà pertanto necessario, quale ulteriore obiettivo più operativo, provvedere alla stesura di un bando distrettuale per l'accreditamento, non prima di

²⁷ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)

²⁸ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)



aver definito e condiviso, sia da un punto politico che tecnico, le linee guida portanti di tale intervento.

F) Favorire la mobilità sociale degli anziani mediante la costituzione di un servizio di coordinamento delle risorse del Terzo Settore attualmente disponibili (obiettivo di studio – costruzione di rete – attivazione di servizi e interventi)²⁹.

Come già evidenziato nel paragrafo relativo ai trasporti un altro bisogno evidenziato dal Tavolo allargato è quello relativo alla mobilità degli anziani soprattutto per quei trasporti occasionali per visite mediche o trattamenti riabilitativi ai quali i comuni non riescono a dare risposta. Attualmente a tale bisogno rispondono per lo più, in maniera disomogenea, associazioni di volontariato dislocate sui diversi territori del distretto. Risulta pertanto opportuno attivare una politica dei trasporti rispondente ai bisogni di mobilità degli anziani ponendo, quale obiettivo per il triennio, la creazione e l'incentivazione di una rete/servizio di coordinamento tra le diverse risorse del territorio, in particolare tra le risorse del Terzo Settore che si occupano di trasporti ai luoghi di cura delle persone impossibilitate a spostarsi. Rispetto a tale obiettivo si rimanda alla trattazione più analitica del servizio contenuta nel capitolo 6.13 trasporti e mobilità sul territorio.

6.2.6.2 Focus II: integrazione socio sanitaria

Un aspetto importante su cui si è concentrata la riflessione del tavolo allargato riguarda la delicata tematica dell'integrazione socio sanitaria che, soprattutto rispetto agli anziani, evidenzia la necessità di azioni e interventi volti ad un maggior coordinamento e confronto tra servizi sociali e sanitari. Tale azione si concretizza come una scelta e consapevole da parte di tutti gli enti coinvolti titolari di competenze sanitarie, sociali e assistenziali per arrivare ad una integrazione fra servizi e operatori di professionalità diverse.

Si pone quindi la necessità di realizzare interventi/strategie rispondenti, in particolar modo, alle esigenze di quei soggetti non autosufficienti con patologie croniche o affetti da forme involutive per soddisfare tempestivamente il bisogno di cura e assistenza

A) Sensibilizzare l'ASL alla realizzazione di ricoveri di sollievo all'interno dell'RSA.(obiettivo di attivazione servizi e interventi)³⁰.

La presenza di patologie degenerative e invalidanti in persone anziane che, come abbiamo visto in precedenza, vengono affidate alle cure quasi esclusive del nucleo familiare è all'origine di situazioni di estrema fatica e sofferenza per la famiglia stessa. Per questi casi si rileva la necessità di sensibilizzare l'Asl 3 alla creazione di posti di sollievo, d'intesa con le R.S.A. del territorio, quale azione di sostegno al fine di consentire un periodo cosiddetto "di respiro" alle famiglie che sostengono, per la maggior parte, il peso dell'assistenza.

B) Provvedere all'approvazione del protocollo dimissioni protette promuovendo azioni di monitoraggio dello stesso nel corso del triennio (obiettivo di costruzione rete – attivazione interventi)³¹.

²⁹ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)

³⁰ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)

³¹ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)



La dimissione protetta si può definire come una sequenza integrata di interventi finalizzati a creare un percorso condiviso per garantire la continuità assistenziale tra l'ambito ospedaliero e la domiciliarietà rispetto a quegli utenti che, considerati dimissibili dall'ospedale, necessitano di assistenza al domicilio o con interventi di tipo socio assistenziali/sanitari o entrambi tali interventi.

Alcuni fattori quali la crescente tendenza, soprattutto negli ultimi anni, da parte delle aziende ospedaliere, a ridurre i tempi di ricovero dei pazienti dall'altro una non tempestiva comunicazione da parte di tali strutture ai comuni rispetto a pazienti dimessi che presentavano problematiche afferenti alla sfera della fragilità sociale, hanno visto sovente gli operatori del servizio sociale comunale fare i conti con le cosiddette "dimissioni selvagge" da parte di tali strutture trovandosi nell'assenza di programmare e attivare interventi per la tutela dell'anziano.

Pertanto si è ravvisata la necessità, già evidenziata a livello interdistrettuale, di realizzare un processo per l'attivazione di un percorso sperimentale integrato A.s.l.3., aziende ospedaliere interessate e Comuni per garantire le dimissioni protette dei pazienti dall'ospedale. A tal fine è stato creato un apposito gruppo di lavoro al quale erano presenti, oltre ad operatori A.s.l. e delle aziende ospedaliere, anche rappresentanti dei Comuni. Il focus del lavoro è stata una revisione e integrazione del protocollo già in essere tra gli enti sanitari affinché venissero considerati anche i pazienti con fragilità sociale al fine di condividere procedure cosiddette di "buone prassi". Questo lavoro ha "prodotto" un documento³², quale atto d'intesa corredato da una procedura operativa, che è stata sperimentata in tutti i distretti dall'As.l. Milano 3, a partire dal 1 agosto dell'anno 2008. Anche se durante tale periodo di sperimentazione si sono evidenziate una serie di difficoltà/criticità per lo più riconducibili all'assenza di comunicazione all'interno dei diversi enti, soprattutto ospedalieri, coinvolti, si ritiene utile porre, quale ulteriore obiettivo, l'approvazione, da parte dell'Assemblea dei Sindaci, di tale protocollo riconosciuta l'importanza di condividere indirizzi comuni relativi a questa importante tematica nonché modelli volti a facilitare la continuità delle cure tra ambito ospedaliero e domiciliarietà.

Un altro impegno che si intende perseguire, nel corso del triennio, sarà quello di monitorare periodicamente il livello di applicazione delle procedure previste, l'omogeneità e la rapidità nell'erogazione dei presidi nonché recepire eventuali criticità al fine di proporre possibili percorsi di miglioramento.

C) Sensibilizzare gli enti preposti all'istituzione di un servizio sociale ospedaliero all'interno dell'azienda ospedaliera di Vimercate-sede di Carate (obiettivo attivazione servizi e interventi)

Infine, un'altra esigenza evidenziata dai componenti del tavolo anziani allargato e dai Sindaci del distretto, fortemente correlata alla tematica delle dimissioni protette riguarda la necessità della **creazione di un servizio sociale ospedaliero** all'interno dell'ospedale caratese cui afferiscono molti anziani residenti nel distretto.

Tale servizio rappresenterebbe, oltre che un supporto di indubbia utilità per il cittadino ricoverato, anche uno strumento prioritario che, raccordandosi con i vari enti del territorio, promuoverebbe quell'integrazione socio sanitaria che si rivela fattore di fondamentale importanza per la qualità degli interventi erogati a favore di questa fascia di popolazione.

³² il protocollo è inserito all'interno degli allegati al Piano di Zona

D) Migliorare la valutazione congiunta socio-sanitaria mediante la realizzazione di un PAI integrato. (obiettivo costruzione di rete - attivazione servizi e interventi)³³

Come descritto nei precedenti paragrafi diversi sono gli enti che erogano servizi e prestazioni a favore degli anziani; infatti, soprattutto in presenza di anziani non autosufficienti con patologie complesse o croniche, Comuni e A.s.l., ognuno per le rispettive competenze, offrono differenti servizi al domicilio di uno stesso utente. A tal proposito, risulta pertanto opportuno, pervenire ad una maggiore integrazione degli interventi e delle risorse dai diversi enti erogate; pertanto, in linea con quanto previsto dalla D.G.R. 8243 del 22 ottobre 2008, si ritiene utile sviluppare modalità di valutazione congiunte del bisogno socio-sanitario e sociale della persona non autosufficiente. A tal fine si intende promuovere, nel triennio, iniziative finalizzate a garantire l'utilizzo del P.A.I. (Piano di Assistenza Individualizzato) relativo alla valutazione, presa in carico e verifica dell'intervento da parte dell' A.S.L. in accordo/raccordo con i Comuni del distretto. Tale strumento dovrà essere articolato in maniera da comprendere sia le prestazioni/interventi erogate dai servizi sociali ma anche quelle dei servizi sanitari anche mediante l'uso di particolari tecnologie.

³³ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)

6.3 Disabili

(a cura di Nando Pirola)

Le “linee di indirizzo per la programmazione dei piani di zona del 3° triennio (2009/2011)” indicano come prioritario il sostegno e l’assistenza ai disabili e alle loro famiglie, con particolare riferimento all’autonomia e vita indipendente.

Ciò è ottenibile attraverso l’attivazione di servizi, il sistema dei titoli sociali e l’attuazione della L. 162/98, ma anche individuando buone prassi per sviluppare modelli a rete di intervento.

L’individuazione di progetti mirati a facilitare l’integrazione sociale dei disabili ed a sostenere le loro famiglie, dovranno avere come riferimento da una parte l’integrazione delle risposte che i vari soggetti (scuole, famiglie, servizi) sono in grado di offrire e dall’altra l’informazione che consente di ridurre il livello di solitudine e di carico delle famiglie.

6.3.1 Caratteristiche della popolazione disabile del Distretto

Per la programmazione di questo PDZ abbiamo utilizzato dati provenienti in massima parte dall’Anagrafe della Disabilità, (progetto articolato che ha visto impegnati in uno sforzo unitario per la raccolta di dati, oltre all’ASLMI 3 che ha il ruolo di coordinamento, anche le altre istituzioni che costituiscono il sistema di offerta del territorio: Amministrazioni Comunali, SIL, Cooperative Sociali, Scuole, A.O, Terzo Settore).

Da questa complessa analisi emerge che la popolazione disabile della ASL MI 3 è costituita da 28.501 persone che rappresentano il 2,8% della popolazione dell’ASL, mentre nel Distretto di Carate la popolazione disabile costituisce il 2,6%.

Secondo l’ISTAT la proporzione di persone disabili sulla popolazione residente in Italia è del 4,8%.

**Tab A: Popolazione dell’anagrafe dinamica della disabilità – ASL MI3 Monza
28.501 persone rientranti nei criteri adottati – anno 2007**

DISTRETTO	0-2	3-5	6-10	11-13	14-18	19-29	30-39	40-49	50-64	TOT
Carate	127	177	318	146	152	383	545	648	1168	3664
Cinisello	80	77	138	114	168	345	628	738	1506	3794
Desio	64	68	206	113	143	365	558	735	1308	3590
Monza	78	143	307	170	172	457	717	903	1720	4667
Seregno	65	91	233	154	119	310	487	672	1159	3290
Sesto	89	103	188	110	127	315	585	712	1496	3725
Vimercate	87	116	224	153	165	458	675	794	1535	4207
TOT.	590	775	1614	960	1046	2633	4195	5202	9892	26937

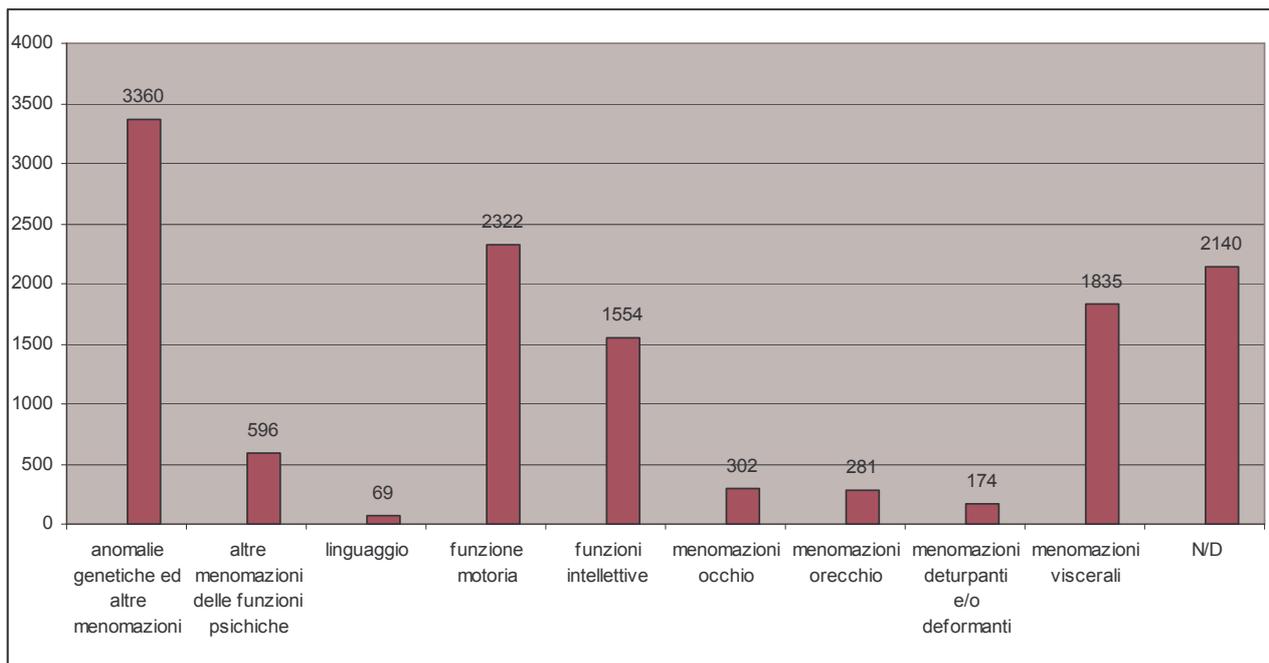
(fonte Anagrafe dinamica ASL)

Al totale vanno aggiunti i dati non disponibili per residenza per 1.564.

Può essere interessante analizzare la tipologia della menomazione che è stata valutata con riferimento ai dati dell’invalidità (vedi tab. B)



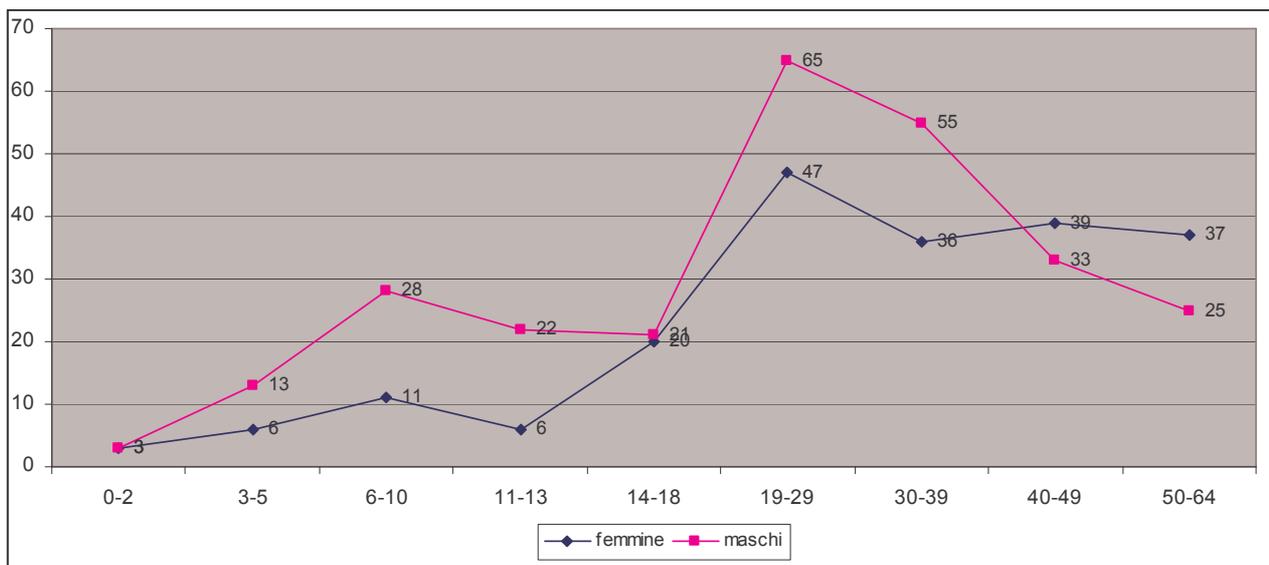
Tab B: Tipologia della menomazione sul campione complessivo – Anno 2007



(fonte Anagrafe dinamica ASL)

Data la variabilità delle fonti (ogni servizio ha indicato le condizioni cliniche per le quali è stato attivato) la tipologia delle condizioni cliniche è stata valutata con riferimento ai dati dell'invalidità (campione più ampio e uniforme). Le menomazioni principali che caratterizzano il gruppo di persone incluse nell'anagrafe disabili riguardano: anomalie generalizzate, funzioni motorie e strutture somatiche, viscerali, funzioni intellettive. Abbiamo poi i dati dei disabili che sono in carico alle Amministrazioni Comunali (anche se i dati relativi al Distretto di Carate forse non sono del tutto attendibili per mancata risposta da parte di alcuni Comuni) (vedi Tab. C).

Tab. C: In carico alle Amministrazioni comunali distretto Carate divisi per sesso ed età



(fonte Anagrafe dinamica ASL)



Può essere interessante analizzare anche le situazioni dei minori disabili (0/18) in carico esclusivo delle Amministrazioni Comunali, suddivise per tipologia di interventi attivati, da cui emerge come sia prevalente l'attivazione di un sostegno a carattere educativo (310 su 545 complessivi) (vedi tab. D)

Tab. D: Prese in carico esclusive delle Amministrazioni Comunali

MINORI	TIPOLOGIA DI INTERVENTO
310	Ass. base 1 – Ass. specialistica 7 – Ass. educativa 207 – Ass. Educ. Domiciliare 14 – Trasporto per accesso a visite 29 – Buoni sociali 1 – Sostegno familiare 22 – Altro Servizio Diurno 2 – fuori dalla famiglia 2.
61	Ass. educativa 34 – Ass. specialistica 2 – Ass. base 1 – Ass. Nido 3 – Ass. Domiciliare 2 – Ass. Edu. Domiciliare 20 – Trasporto 14 – Voucher sociale 1 – Buoni sociali 3 – Sostegno familiare 26 – Altro servizio Diurno 7 – Coll. Fuori dalla famiglia 4 – Tirocinio 2 – SIL 1- Ass. ni tempo libero 2
16	Ass. educ. 11 – Ass. specialistica 2 – Ass. base 1 – Ass. domiciliare 1 – Ass. educ. domic. 5 – trasporto 5 – Voucher sociale 1 – Buoni sociale 2 – Sostegno familiare 7 – CDD 1 – Altro serv. Diurno 5 – Coll. Fuori dalla famiglia 2 – Ass. ni tempo libero 3 – Vacanze 2
10	Ass. base 2 – Ass. educ. scol. 8 – ass. domiciliare 3 – Ass. domic. edu. scol. 6 – trasporto 4- Sostegno familiare 7 – Altro servizio diurno 1 – Coll. fuori dalla famiglia 1 – Ass. ni tempo libero 4 – Vacanze 2 – Att. Sportive 2
1	Ass. edu. scol. 1 – Ass. domic. educ. 1 – Trasporto 1 – Sostegno famil. 1 – Ass. ni tempo libero 1
1	Ass. base 1 – Ass. specialistica 1 – ass. nido 1 – Trasporto 1 – Sostegno familiare 1 – Voucher sociale 1 – SFA 1 – Vacanze 1 -
146	Nessun intervento indicato

(fonte rilevazione Ufficio di Piano)

Infine sembra interessante evidenziare i casi in carico all' Unità Operativa Neuro Psichiatria Infanzia Adolescenza del distretto di Carate, che appare chiaramente svolgere un grosso intervento sul territorio e tale dato sembra contrastare con la percezione degli operatori comunali e con le difficoltà di integrazione che tale servizio incontra coi servizi locali di base.

Tab. E: presa in carico esclusiva UONPIA

Distretto	In carico ai servizi NPI del territorio	In carico solo al servizio NPI del territorio	%
Carate	455	317	69,67
Cinisello	117	31	26,50
Desio	194	14	7,22
Monza	179	60	33,52
Seregno	190	18	9,47
Sesto	201	37	18,41
Vimercate	13	3	23,08
N/D	24	15	62,50
TOT.	1373	495	36%

(fonte Anagrafe dinamica ASL)

Un altro indicatore per conoscere la realtà della popolazione disabile del distretto sono gli inserimenti scolastici, che secondo i dati che abbiamo desunto dall'Uff. Scolastico per la Lombardia evidenziano questi dati :



Inserimento minori certificati nelle scuole dell'infanzia pubbliche distrettuali

BRIANZA SCUOLE INFANZIA A.S. 2007/2008 (istat)								
COMUNE	Bambini	Sezioni	Bambini con handicap	< 4	Tra 4e 5	> di 5	Numero medio di bambini per sezione	% bambini con handicap
Besana	148	5	3	50	97	1	29.60	2.03
Briosco	44	2	0	15	10	19	22.00	0.00
Lissone	606	23	11	225	214	167	26.43	1.75
Macherio	156	6	3	60	52	44	26.00	1.92
Renate	125	5	2	42	49	34	25.00	1.69
Sovico	102	4	1	33	29	40	25.50	0.98
Verano	141	6	1	67	48	26	23.50	0.71

(Fonte Ufficio scolastico per la Lombardia)

Inserimento minori certificati nelle scuole primarie distrettuali

BRIANZA SCUOLA PRIMARIA A.S. 2007/2008				
COMUNE	Portatori di handicap	Numero medio alunni per classe	% media classi a 40 ore	% media di bambini con handicap
Albate	12	21.62	64.62	4.27
Besana B.za	11	21.63	35.42	1.62
Biassono	10	21.72	75.91	2.16
Briosco	4	16.63	52.78	1.31
Carate Brianza	14	20.73	93.33	1.58
Lissone	49	20.16	100	3.26
Macherio	11	20.52	100.00	2.79
Renate	4	20.50	60.00	1.95
Sovico	9	21.47	100.00	2.80
Triuggio	4	18.31	83.34	1.16
Vedano	11	20.42	94.74	2.84
Veduggio	6	21.40	40.00	2.80
Verano	14	19.95	57.14	3.34

(Fonte Ufficio scolastico per la Lombardia)

Inserimento minori certificati nelle scuole secondarie di primo grado distrettuali

BRIANZA SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO A.S. 2007/2008						
COMUNE	Portatori di handicap	Posti tot.	sostegno	% media ad classi a 40 ore	% Media di alunni per classe	% media di bambini con handicap
Albate	6	13	2	42,86	16,57	5,17
Besana B.za	3	32	1	80,0	22,87	0,87
Biassono	14	22	6	23,00	20,00	5,38
Briosco	9	13	4	37,50	18,13	6,21
Carate Brianza	8	31	4	35,29	22,65	2,08
Lissone	35	96	15	48,75	22,45	3,45
Macherio	1	10	1	50,00	20,67	0,81
Renate	11	21	3	54,55	21,91	4,56
Sovico	6	25	2	50,00	20,00	3,75
Triuggio	7	16	4	33,33	19,00	4,09
Vedano	7	27	3	75,00	20,92	2,79
Verano	9	21	4	90,00	21,60	4,17

(Fonte Ufficio scolastico per la Lombardia)

**Inserimento minori certificati nelle scuole secondarie di secondo grado distrettuali**

BRIANZA SCUOLA SECONDARIA DI II GRADO A.S. 2007/2008							
Comune	studenti	classi	Port. handicap	Totale posti	Posti sostegno	Studenti per classe	% portatori di handicap
Besana	967	44	10	82	4	21,28	1,16
Carate	908	42	4	97	1	21,62	0,44
Lissone	1333	66	14	103	6	19,03	1,01

(Fonte Ufficio scolastico per la Lombardia)

Questi dati riguardano la “Scuola Pubblica” e quindi soprattutto per quanto riguarda le scuole dell’infanzia sono dati parziali. È da evidenziare, inoltre, che questi dati sono relativi ai così detti “certificati”, mentre sappiamo che spesso le scuole devono affrontare le problematiche evidenziate dal disagio psicosociale e/o comportamentale da cui le richieste di aiuto all’Ente locale, problema che affronteremo in un apposito capitolo.

Ultimato il percorso scolastico si apre il grosso problema dell’orientamento verso realtà che possono sviluppare o almeno mantenere le capacità acquisite. Questa è stata una problematica dibattuta nel tavolo tematico allargato ed è diventato uno degli obiettivi del futuro PDZ.

Un contributo al dibattito è stato offerto dal SIL che sempre più spesso si trova a dover affrontare il compito di conoscere, e quindi orientare chi, avendo terminato il percorso scolastico/formativo, si affaccia al mondo del lavoro, e tale funzione orientativa non rientra negli obiettivi che l’attuale organico può perseguire.

Per quanto riguarda i Servizi Inserimento Lavorativo, che hanno il compito di preparare persone “fragili” all’inserimento al lavoro, di sostenerle nelle prime fasi del collocamento e di monitorare nel tempo l’avvenuto inserimento, sia quello a Besana B.za che quello a Monza, entrambi gestiti dall’ASL, su delega dei Comuni, nel 2007 hanno avuto in carico, complessivamente, 265 persone, delle quali 108 di nuovo inserimento ed hanno attuato 57 borse lavoro e 75 tirocini lavorativi e realizzando 48 assunzioni.

SIL ambito distrettuale caratese: sedi di Besana e Monza al 31/12/2007

unità offerta		Tipologia Ente gestore	Utenti in carico	nuovi ingressi nel 2007	progetti in borsa lavoro	Tirocini lavorativi	assunzioni	% assunzioni/utenti in carico
SIL Caratese	2006	ASL	265	108	57	75	48	18.11
	2007		183	35	41	75	29	15.85

(Fonte SIL Carate)

Altre realtà significative del territorio in tema di lavoro per disabili sono le cinque cooperative sociali di lavoro (tipo B), rivolte all’inserimento lavorativo delle fasce deboli, impegnate nei settori manutenzione del verde, affissione manifesti e pulizie e che offrono concrete possibilità di integrazione lavorativa per persone svantaggiate.

Un ultimo spaccato delle caratteristiche della popolazione disabile del Distretto ci viene dall’utenza dei CSE/SFA, dei CDD nonché dei CSS ed RSD. Anche questa tematica verrà trattata specificatamente più avanti, in quanto sia l’approvazione della Legge 3/2008 sia la necessità di costruire “una comunità accogliente” ci portano a rivedere queste unità di

offerta non solo come risposta ad un bisogno emergente ma anche come opportunità all'interno della costruzione di un progetto di vita per i disabili.

Le Comunità socio Sanitarie sono Strutture che accolgono adulti con gravi disabilità. Tali Strutture hanno lo scopo di essere vicino alle esigenze delle persone disabili e delle loro famiglie e di permettere agli utenti, attraverso un'esperienza di vita comunitaria, il raggiungimento del più alto livello di autonomia possibile, nel rispetto della loro dignità e libertà.

CSS presenti ne Distretto di Carate Brianza

CSS – anno 2007						
Unità d'offerta	Ubicazione	Tipologia Ente Gestore	N° posti accreditati	N° utenti al 31/12/07	Lista d'attesa	N° giornate fruito
Casa Betania	Renate	Coop. sociale	10	7	0	2555
Girasoli	Triuggio	Coop. sociale	10	7	0	2019
TOTALI			20	14	0	4.574

(fonte: schede Circolare 4 anno 2008)

Le Comunità alloggio Handicap ospitano utenti medio-gravi e medio-lievi, con soluzioni residenziali anche temporanee e di pronto intervento. Di seguito la situazione delle tre presenti nel distretto.

Comunità alloggio handicap presenti nel distretto di Carate Brianza

Comunità Alloggio Handicap – anno 2007						
Unità d'offerta	Ubicazione	Tipologia Ente Gestore	N° posti accreditati	N° utenti al 31/12/07	Lista d'attesa	N° giornate fruito
Villa Luisa	Besana	Coop. sociale	13	13	0	4656
Casa Gioele	Lissone	Coop. sociale	5	5	6	1750
Mirabilia Dei	Triuggio	Coop. sociale	8	3	0	1095
TOTALI			26	21	6	7.501

(fonte: schede Circolare 4 anno 2008)

Relativamente ai Servizi di Formazione all'Autonomia, servizi diurni, per utenti lievi e medio-lievi, finalizzati alla valorizzazione delle capacità residue della persona, per il potenziamento dell'autonomia personale e delle capacità di relazione sul territorio del Distretto sono attivi sette SFA, 3 a Lissone ed uno rispettivamente a Besana Biassono, Carate e Verano .



Servizi Formazione all'Autonomia Distretto di Carate Brianza

Servizi Formazione all'Autonomia – anno 2007 Distretto di Carate Brianza								
Unità d'offerta	Ubicazione	Tipologia Ente Gestore	Utenti in carico	Nuovi ingressi nell'anno	Lista d'attesa	Dimissioni	Giorni di apertura	Nuovi ingressi /utenti in carico
SFA Gioele	Lissone	Coop. sociale	23	2	2	0	212	0,09
Laboratorio propedeutico Gioele	Lissone	Coop. sociale	9	1	2	2	212	0,11
Centro diurno Stefania	Lissone	Fondazione	54	9	0	6	227	0,17
Il Seme	Biassono	Coop. sociale	21	0	0	1	235	0
L'Atelier Solaris	Carate	Coop. sociale	14	1	0	0	221	0,07
SFA Iride	Besana	Coop. sociale	14	0	0	0	220	0
Progetto Esperia	Verano	Comune	6	1	0	0	220	0,17
TOTALI			141	14	4	9	1.547	-

(fonte: schede Circolare 4 anno 2008)

Gli attuali SFA si sono adeguati (in base alla D.G.R. 20763 del 16/2/2005) alla nuova unità d'offerta CSE, che sostanzialmente ripropone i "contenitori" precedenti, anche se è in atto un processo di approfondimento sui servizi esistenti e sulle prospettive future (grazie ad un corso specifico finanziato dalla Provincia di Milano) Di questo processo parleremo più avanti.

Inoltre le coop. che gestiscono i CSE hanno la possibilità di attivare anche SFA.

I Servizi per la Formazione all'Autonomia hanno la possibilità di prendere in carico fino ad un massimo di 35 progetti individualizzati rivolti a persone disabili che abbiano un'età compresa tra i 16 e i 35 anni, o con età superiore ai 35 anni se affetti da patologie conseguenti ad eventi traumatici o da patologie invalidanti, che siano stati dimessi dal sistema sanitario o socio sanitario e che necessitino di un percorso di acquisizione di abilità sociali.

Infine a completare il quadro delle caratteristiche della popolazione disabile c'è la realtà dei CDD : sul nostro territorio ne abbiamo attivi quattro:

- a) BESANA con 30 posti
- b) VERANO con 10 posti
- c) MACHERIO con 15 posti
- d) LISSONE con 30 posti

Dai dati raccolti dall'Anagrafe Dinamica della Disabilità riferiti all'intera popolazione ASL, risulta che le condizioni cliniche prevalenti delle persone in carico al CDD sono costituite da ritardo mentale (22% sul totale), anomalie cromosomiche (15%), paralisi cerebrali e altre sindromi (13%) e altri disturbi del sistema nervoso (13%).

Attualmente i CDD di Besana Verano e Macherio hanno una gestione distrettuale con un medesimo regolamento³⁴, stesse modalità organizzative e si sta sperimentando la possibilità di avere un'unica lista d'attesa che permette di dare le risposte più adeguate alle necessità dell'utente.

³⁴ rintracciabile negli allegati al Piano di Zona



6.3.2 Bisogni espressi nel precedente Piano di Zona e grado di soddisfacimento

L'analisi della realtà della disabilità ancorchè maggiormente articolata, grazie al grosso lavoro coordinato dall'ASL con la predisposizione dell'anagrafe dinamica, non si discosta sostanzialmente da quella già emersa nel precedente PdZ.

Gli obiettivi allora individuati sono sintetizzati nella tabella seguente, ove sono anche evidenziate le azioni intraprese dal Distretto per rispondere ai bisogni, che nel triennio che si sta concludendo, si erano valutati prioritari.

Area disabili – bisogni espressi nel Piano di Zona (pag. 40/53)			
Bisogno obiettivo evidenziato dal piano di zona	Azioni attivate		Grado di raggiungimento
promuovere la residenza nel contesto familiare favorendo l'autonomia del disabile	Promozione sad	Verifica regolamenti per uniformarli	☺
	Mantenimento 162	Bando 162	☺
	Revisione intesa scuola – asl – comuni Per minori certificati	Oggetto lavoro gruppo istituzionale 2008	☺
	Promozione tempo libero	Mantenimento finanziamento brianza senza barriere	☺
Promuovere il lavoro nelle persone disabili	Valutazione potenzialità lavorative	Si usufruisce di progetto centri per l'impiego	☺
	Unificare sil	Unificazione da 2008 e ristrutturazione sede area sud	☺
	Raccordare agenzie che si occupano di fasce deboli	Oggetto lavoro tavolo adulti 2008	☺
	Valorizzare convenzioni con coop tipo B	Promozione convenzione sovradistrettuale	☺
	Individuare strutture ponte scuola - lavoro	=	☹
	Favorire coordinamento SFA	Attivazione tavolo di confronto grazie a corso Provinciale	☺
migliorare e/o aumentare l'offerta di centri diurni e residenziali per persone con gravi disabilità	Riappropriarsi di gestione comunale CDD	Ritirata delega CDD Villa Raverio e Verano	☺
	Miglioramento strutturale cdd verano	Costruito nuovo CDD	☺
	Verifica difficoltà utilizzo comunità alloggio distrettuali	=	☹
Necessità di prevedere per il Distretto un luogo di valutazione multidimensionale e di presa in carico personalizzata e globale	Costituzione uvd distrettuale	Attivazione uvd distrettuale solo consulenziale	☺
Necessità analisi fenomeno	Costituzione anagrafe dinamica distrettuale	Creazione anagrafe dinamica a livello ASL	☺
Attivazione tavolo salute mentale Revisione e formalizzazione protocolli di raccordo con la psichiatria	Protocollo contributi economici		☺
	Protocollo tirocini terapeutici		☺



	Protocollo adip	☺
	Protocollo residenzialità	☺
promuovere la residenza nel contensto familiare favorendo l'autonomia del disabile	Revisione intesa scuola – asl – comuni Per minori certificati	☹
	Promozione sad	☹
Sostenere gli amministratori di sostegno – promuoverne l'utilizzo – creare un servizio di gestione e supporto ai Comuni	Preliminari per attivazione sportello amministrazione di sostegno e corso	☹

☺	Obiettivo raggiunto
☹	Obiettivo in corso di raggiungimento o parzialmente raggiunto
☹	Obiettivo non raggiunto

Come si evidenzia dalla tabella alcuni obiettivi sono stati raggiunti, creando anche le condizioni affinché si consolidino e si mantengano, magari migliorandosi, nel tempo. (es. riproposizione della L. 162/19998, gestione del tempo libero ecc.)

Altri obiettivi sono stati raggiunti parzialmente (es. revisione intesa scuola / scuola /ASL sui minori disabili certificati inseriti nella scuola, riappropriazione gestione CDD ecc.).

Quanto parzialmente realizzato verrà concluso nel prossimo triennio, magari modificando il "focus" in quanto sono intervenute indicazioni o normative che rendono necessaria una ricalibratura dell'obiettivo o delle conseguenti azioni (es l'intesa scuola / comuni andrà concertata su un apposito tavolo locale o provinciale per le politiche scolastiche come indicato dalla Regione Lombardia).

Altri obiettivi non sono stati raggiunti (es. servizio amministratore di sostegno) ma sono stati creati i presupposti , come si diceva sopra, per rilanciare l'obiettivo nel nuovo Piano di Zona.

6.3.3 Focus I: integrazione scolastica ed orientamento

Nel Distretto socio-sanitario di Carate risultano frequentanti nelle scuole statali di ogni ordine e grado 324 alunni disabili con un incremento rispetto alla rilevazione fatta nel Piano di Zona precedente che vedeva fruitori di interventi ad personam per sostegno scolastico 239 alunni.

Certo, gli alunni con difficoltà di apprendimento non sono solo quelli che hanno cause di carattere sanitario – pari a circa il 2% di tutti gli studenti – essendovene un numero ben maggiore – circa cinque volte maggiore – costituito da persone con difficoltà di apprendimento dovute a cause personali, familiari, ambientali, sociali, etniche ecc.

In mancanza di adeguate risorse nei confronti di quest'ultimi, si è diffusa perciò la prassi di applicare anche a loro la Legge quadro sull'handicap, nominando insegnanti di sostegno a favore di persone che però non potevano giuridicamente qualificarsi con disabilità,

Il DCPM 185/06, intervenuto per contrastare questa "deriva applicativa", è stato in realtà applicato nel modo peggiore, senza cioè una contemporanea predisposizione di strumenti didattici e di risorse umane e materiali che sostituissero quelle utilizzate con un uso improprio della Legge quadro.

Oggi a causa dei tagli alla spesa pubblica ci si rende conto che si apre un grande vuoto nella scuola : il Ministero della Pubblica Istruzione sostiene che a questi problemi di diritto



allo studio debbano provvedere gli Enti Locali e non gli insegnanti di sostegno per i certificati come disabili (peraltro con una sensibile contrazione di ore a disposizione). Lo stesso Ministero però tace su altri obblighi che rimangono a suo carico anche nei confronti di alunni con difficoltà di apprendimento non riconducibili a cause sanitarie.

Di queste problematiche si è occupato il gruppo tecnico disabilità lavorando per predisporre una nuova intesa tra Scuola Comuni e ASL perché sia sempre più chiaro "chi deve fare che cosa" per migliorare l'inclusione degli alunni disabili.

Ha senza dubbio contribuito a fare chiarezza sulla questione, l'applicazione da parte di alcuni comuni, coordinati dall'Ufficio di Piano, dei voucher per l'assistenza educativa scolastica; in questi casi attraverso il bando per l'accreditamento si è definita la figura dell'assistente educativo scolastico.

Nel tavolo disabilità allargato al terzo settore è stato invece posto l'accento sulla mancanza nel distretto di Carate di una funzione orientativa degli alunni disabili al termine del percorso scolastico. Precedentemente, tale funzione era svolta dall'UONPIA, ma nel corso degli anni tale funzione è diventata marginale e infine è scomparsa. In parte ciò è stato surrogato dal SIL che sempre più spesso si è ritrovato a dover espletare, con l'aiuto dello psicologo consulente, l'analisi delle potenzialità e delle capacità del disabile per poi "orientarlo" ad un possibile percorso lavorativo. D'altra parte sul territorio è attivo uno SFA/CSE la fondazione Stefania che negli anni ha sviluppato competenze nel farsi carico di una fascia d'età di disabili con capacità medio alte.

Il tavolo disabilità allargato ritiene che nel prossimo triennio vada affrontato in maniera complessiva ed esaustiva questa problematica dell'orientamento e della costruzione di un "progetto di vita" per la fascia d'età dei disabili al termine del percorso della scuola dell'obbligo.

Tramite il progetto autismo, finanziato dalla regione e coinvolgente tutta l'attuale ASL di Monza e Brianza, un tentativo per intervenire su tutto il progetto di vita dei soggetti artistici potenziando gli interventi e strutturando protocolli tra Enti è stato intrapreso. Sarebbe utile estendere un tale rigore a tutta l'area dell'handicap.

Infine merita un accenno il costituendo tavolo locale per le politiche scolastiche che la Regione, a partire dalla LR 19/07, indica come il passo necessario per la soluzione delle problematiche, come sopra si accennava, che evidenziano le difficoltà di apprendimento non riconducibili unicamente a cause sanitarie.

In altri termini i problemi di inclusione scolastica dei disabili, ma anche la dispersione scolastica, fenomeni come il bullismo, l'integrazione di minori extracomunitari nonché la garanzia del diritto allo studio, andranno affrontati dalle scuole che afferiscono allo stesso ambito che viene individuato corrispondente al distretto socio-sanitario, e quindi assieme alla redazione dei Piani di zona andranno formulati piani di intervento integrato nella scuola.



6.3.3.1 Proposte operative

A) Addivenire all'intesa tra scuole enti locali ed altri soggetti interessati per l'inclusione dei soggetti disabili. (obiettivo di integrazione servizi- costruzione di rete – attivazione interenti)³⁵

Come già programmato nello scorso triennio rimane importante addivenire ad un'intesa distrettuale per l'inclusione nella scuola dei soggetti disabili. Un'azione di intervento, dunque, non può che essere quella di predisporre una nuova intesa tra Scuola, Comuni, Aziende Ospedaliere, Enti Accreditati (es Nostra Famiglia) e ASL perché sia sempre più chiaro “chi deve fare che cosa” per migliorare l'inserimento degli alunni disabili.

Il livello di discussione di tale accordo potrebbe iniziare a livello Distrettuale, nel Tavolo Locale per le Politiche scolastiche di cui al cap. 6.9 per poi essere riassunto a livello interdistrettuale o Provinciale.

Il primo passo, comunque, non può che essere il confronto tra i soggetti interessati dei 13 Comuni (Pubbliche Istruzioni e/o Servizi Sociali) così da produrre un orientamento unitario in merito alle risposte da offrire a livello Comunale per la problematica.

B) Costituire un'equipe che predisponga il progetto educativo nella scuola partendo dalle competenze comunali (obiettivo costruzione di interventi)

Parallelamente al percorso per addivenire all'intesa potrebbe essere attivato un servizio distrettuale, dotato delle necessarie competenze specialistiche, per definire il progetto di inserimento del disabile nella scuola a partire dalle specifiche competenze del Comune. Attualmente, infatti, tale compito è lasciato ad altri servizi, che spesso non prendono in considerazione la precarietà dell'intervento educativo (socializzazione col gruppo dei pari,...) ma lo utilizzano per “coprire” mancanze di altri tipi di interventi (es insegnanti di sostegno) snaturando e svilendo l'apporto specifico che al progetto potrebbe dare un educatore scolastico.

La specializzazione di un'equipe che si occupasse di tale tematica potrebbe anche produrre proposte di interventi alternativi (es di piccolo gruppo) più funzionali all'obiettivo inclusivo assegnato ai Comuni dalla normativa.

C) Definizione di figura e compiti dell'educatore scolastico (obiettivo di studio).

Parallelamente agli interventi di cui ai punti A e B si dovrebbero definire le competenze richieste ed i compiti assegnati all'educatore scolastico così da definirne meglio il profilo ed i compiti.

D) Attivazione servizio di orientamento post obbligo (obiettivo di attivazione interventi)

Utile potrebbe essere anche la creazione di un'equipe specialistica distrettuale che, con la specifica conoscenza di tutte le risorse attivabili sul territorio, offrisse una consulenza alla famiglia ed agli operatori circa il miglior progetto post scuola dell'obbligo per il singolo disabile.

Tale equipe potrebbe anche coincidere con quella di cui al punto B).

³⁵ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)



6.3.4 Focus II: progetto di vita: interventi e servizi agevolanti

Nel tavolo disabilità allargato al terzo settore, proprio per la presenza dei rappresentanti di associazioni delle famiglie di disabili (ass. Genitori La Nostra Famiglia, ass.Noì per Loro ecc.) e delle coop. che operano nel settore (coop.Solaris, coop. Iride, coop.Gioele, fond. Stefania, ecc.) oltre chiaramente ai tecnici delegati, gli argomenti all'ordine del giorno, le analisi e gli approfondimenti sono stati molto concreti: dalle parole ai fatti, con l'intento di produrre linee programmatiche, progetti innovativi, accordi di programma.

Un altro intento del tavolo era quello di incidere sulle politiche sociali individuando i temi fondamentali per realizzare il diritto di cittadinanza facendo in modo che il Piano di Zona desse indicazioni su questioni come la presa in carico, l'accesso ai servizi, le modalità di partecipazione alla spesa .

Un primo tema affrontato è stato quello della riattivazione e della gestione da parte dell'Ufficio di piano della L 162/ 1998 come momento centrale per riproporre dei "progetti" per disabili con una disabilità complessa.

Per i disabili gravi il rischio costante è la stagnazione, ossia il considerare che tutto è stato già fatto o tentato, e non vi sia altro da fare se non tenere in un di dignità una persona, senza più ripensare e senza osservare.

Quando manca una voglia di progetto, uno stimolo a costruire un progetto, le relazioni si riducono a quella brutta parola che è manutenzione: cercare cioè di mantenere in un ordine ormai acquisito una situazione.

Un progetto per un soggetto che ha una disabilità complessa consiste non tanto in proposte e soluzioni quanto in due elementi che si intrecciano tra loro e che sono collegati all'osservare per agire e all'agire osservando (non dare per scontato; non considerare che ciò che abbiamo visto sarà quello che continueremo a vedere...), due elementi che si possono riassumere in questi termini: accumulo di conoscenze e importanza del piccolo e particolareggiato.

Per l'anno 2008 sono stati stanziati 100.000 euro per i progetti L 162/1998, ma utilizzati circa 80.000, si richiede di confermare un tale stanziamento e lavorare per migliorare la progettazione in modo che gli interventi di sollievo, di avvicinamento alla domiciliarità, di integrazione all'assistenza domiciliare siano sempre più coerenti con la vita del disabile grave.

Un'altra tematica affrontata è stata dettata dall'applicazione della delibera regionale che ha disposto la attuazione delle nuove unità di offerta dei CSE e degli SFA . Inizialmente sia i tempi per la riconversione dei servizi che le modalità attuative hanno creato preoccupazione e tensione negli enti gestori.

Queste problematiche hanno fatto in modo che si creasse una buona sinergia tra i gestori dei servizi, sono nati momenti di confronto e si è concretizzata l'ipotesi di mettere in campo un corso per rendere sistematiche e razionali le ipotesi di riconversione delle unità di offerta: il corso è stato approvato e finanziato dalla Provincia.

La prima parte del percorso formativo ha permesso un confronto delle varie realtà presenti sul territorio secondo delle direttrici proposte dal conduttore (lo psicologo Dott. Maurizio Colleoni) ed è stato utile verificare sia le consonanze e le similitudini nell'approntare i servizi sia le specificità e le originalità nell'organizzare le risposte ai bisogni dei disabili-utenti che venivano letti come prioritari.



E' emerso come i servizi che finora sono stati proposti e quelli che andremo a riorganizzare nelle nuove unità di offerta, non possano prescindere dall'inserirsi in un progetto di vita più complessivo di cui il disabile-utente deve essere portatore e di cui il territorio ed i suoi servizi devono essere garanti.

Le tematiche affrontate in tale corso richiedono un approfondimento rispetto ad alcuni snodi che vedono coinvolti aspetti di tipo organizzativo e programmatico di grande importanza ed interesse per le realtà locali coinvolte.

In particolare si vorrebbe approfondire: gli interventi che il CSE intende presidiare, il processo di lavoro e la sua organizzazione, i rapporti con le famiglie e la loro collaborazione coi servizi, i rapporti col territorio per mantener o dar vita ad una fertilità reciproca.

Con questi obiettivi e contenuti la Provincia ha approvato e finanziato anche la seconda fase del corso. Sarà compito dell'Ufficio di Piano sostenere questa attività che vede coinvolti i gestori dei CSE e degli SFA e creare i presupposti per collaborare e fare in modo che le risposte agli utenti siano sempre più articolati e mirati alle necessità dell'utente-disabile.

A questo proposito l'esempio di progettazione relativa al Bando Autismo, promossa dalla ASL ed alla quale il nostro Distretto partecipa come partner, pur nell'esiguità dei finanziamenti rispetto alla problematica, ha fornito un esempio di come affrontare tutta la fase di vita del disabile individuando passaggi nodali da presidiare con specifici accordi tra enti e servizi differenziati, declinati durante tutto l'arco di vita, per rispondere in maniera differente e flessibile agli specifici bisogni individualizzati.

Il tavolo disabili allargato ha anche seguito e contribuito alla riappropriazione dei CDD, che precedentemente erano in gestione all'ASL, in modo che attualmente tre CDD su quattro sono a gestione distrettuale. E' stato approntato un unico regolamento, ed una unica lista d'attesa e ciò a vantaggio dell'utenza che ha la possibilità di avere una certa mobilità tra le strutture con maggior facilità di accesso dal territorio.

Per il prossimo triennio sarà importante inserire in questo processo di omogeneizzazione dei servizi anche il CDD di Lissone.

Inoltre viva è stata mantenuta l'attenzione sulla necessità di supportare le famiglie anche nell'organizzazione del "tempo libero" dei soggetti disabili, offrendo supporto ai gruppi di volontariato esistenti o promuovendo la creazione degli stessi.

Infine pare opportuno riservare un pensiero alla problematica della tutela giuridica, che trasversalmente tocca anche la realtà degli anziani e delle fasce deboli in generale.

Con l'introduzione nel nostro Codice Civile del nuovo capitolo sulle "misure di protezione delle persone prive in tutto o in parte dell'autonomia" la legge 6/2004 crea le condizioni per un cambiamento radicale del modo di concepire la protezione giuridica delle persone cosiddette fragili.

La protezione giuridica diventa quindi uno degli elementi del piano individualizzato d'intervento; è pertanto necessario che i Piani di Zona recepiscano l'importanza della protezione giuridica e formulino programmi finalizzati a: 1) informare le famiglie 2) aggiornare e formare il personale dei servizi sociali 3) organizzare servizi pubblici o convenzionati per gestire le tutele.

Il bisogno di protezione giuridica può riguardare tutte le persone maggiorenni che, a causa di una patologia di qualsiasi natura, indipendentemente dalla sua durata dalla sua



estensione e d alla sua gravità, si trovano nella condizione di non potere autonomamente badare ai propri interessi, amministrare i propri beni, compiere scelte per la propria vita, firmare contratti e negozi giuridici, dare consensi, compreso il consenso informato per le cure sanitarie.

Nel nostro Distretto nella progettazione di un tale tipo di servizio specialistico si è immaginato di coinvolgere anche il Privato Sociale così da permettere una più capillare sensibilizzazione delle famiglie dei disabili su questa problematica e di sensibilizzare singoli al fine di farli candidare all'assunzione del ruolo di amministratore di sostegno, così da creare un albo distrettuale di possibili candidati che, supportati dal servizio pubblico offrano questo tipo di importante servizio.

Infatti rispetto agli Amministratori di Sostegno si possono mixare diverse modalità di risposta:

Protezione giuridica affidata a volontari

Una scelta che a fronte di costi sociali contenuti comporta molti vantaggi nella qualità dei rapporti interpersonali che si possono creare, nella diminuzione dei livelli di ansia delle famiglie, nel contenimento delle gestioni d'ufficio di tutela. E' necessaria un'adeguata preparazione degli operatori sociali, azioni di sensibilizzazione per sollecitare disponibilità ed attrarre al compito i volontari e percorsi formativi adeguati.

Protezione giuridica affidata ad un professionista

Al di là della spinta motivazionale di ciascuno (avvocato, notaio o commercialista) e del costo, va considerato che si tratta di professionisti impegnati a tempo pieno, che potrebbero essere indotti a privilegiare maggiormente l'amministrazione del patrimonio rispetto ai bisogni di cura personali e ai rapporti con gli enti che lo hanno in carico.

Protezione giuridica affidata ad un ente pubblico

Sono numerose in Lombardia le esperienze di questo tipo condotte presso Comuni e le ASL. Nei territori dove esistono più servizi di questa natura è auspicabile l'attivazione di un coordinamento che potrà confluire successivamente in un coordinamento provinciale e/o regionale. Oggi è già evidenziabile la sproporzione tra la quantità di amministrazioni di sostegno da gestire e l'esiguità delle risorse di personale destinate, una sproporzione destinata ad aumentare mano a mano che la legge 6/2004 sarà applicata.

6.3.4.1 Proposte operative

A) Mantenimento progetti 162 (obiettivo di mantenimento interventi)³⁶

Come sopra descritto, si ritiene importante mantenere il canale di finanziamento specifico relativo alla legge 162/98 e aiutare i partecipanti a lavorare per migliorare la progettazione così che gli interventi di sollievo, di avvicinamento alla domiciliarità, di integrazione all'assistenza domiciliare siano sempre più coerenti con i bisogni del disabile grave e della sua famiglia ed integrati con un progetto di vita più ampio. Utile potrebbe essere anche un maggior coinvolgimento nella fase di progettazione alle strutture residenziali presenti sul territorio e che vengono coinvolte nei progetti di avvicinamento alla residenzialità.

³⁶ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)



B) Articolazione servizi CSE e SFA su diverse competenze e fasi di vita (obiettivo di integrazione servizi – creazione di rete)³⁷

Rispetto al percorso che si attiverà sui Distretti per la definizione dei criteri di accreditamento di CSE e SFA e rispetto a quanto si sta delineando nel corso Provinciale di cui si accennava più sopra, si ritiene necessario promuovere nei gestori dei 2 tipi di servizi un percorso che porti alla declinazione delle specializzazioni di ciascuno, in ottica di complementarità, così da arrivare ad un'offerta territoriale il più possibile articolata, diversificata ed in grado di rispondere agli specifici e differenziati bisogni dei singoli.

C) Ritiro delega CDD Lissone (obiettivo di studio – attivazione interventi)

Vista l'esperienza avvenuta per i CDD di Macherio, Villa Raverio e Verano il tavolo adulti promuove il percorso di ritiro della delega dall'ASL per la gestione del CDD di Lissone e la riappropriazione della titolarità da parte dei Comuni.

D) Attivazione punto unico accesso ai CDD (obiettivo integrazione interventi – creazione di rete)

Sui CDD di Macherio, Villa Raverio e Verano è stato promosso un regolamento (consultabile negli allegati al Piano di Zona) che prevede un punto unico di accesso agli stessi ed il coinvolgimento nella fase di valutazione anche dei rappresentanti dei genitori. Si ritiene che l'approvazione e la sperimentazione di tale regolamento possa essere interessante ed estensibile al CDD di Lissone, perché favorisce una visione unitaria delle risposte offribili dal territorio ai bisogni specifici del singolo.

E) Attivazione servizio tutela giuridica adulti (obiettivo creazione interventi)³⁸

Già nel precedente Piano di Zona si era lavorato per l'apertura di un tale tipo di servizio specialistico distrettuale spinti dall'aumento di tale tipo di bisogno, anche a seguito dei dettami regionali in materia.

Si sono presi contatti con l'ASL, il Comune di Monza ed il Comune di Lissone quali possibili gestori del servizio in maniera associata (ASL e MONZA) o a valenza precipua distrettuale (Lissone). Inoltre si è iniziato il percorso per coinvolgere il privato sociale in tale tipo di servizio con le modalità esplicitate più sopra e si sono presi contatti per la predisposizione di un corso di formazione rivolto ad aspiranti amministratori di sostegno.

Infine si erano ipotizzati percorsi progettuali a possibile finanziamento CARIPLO.

Si tratta, nel periodo di vigenza del presente Piano di Zona di dare attuazione finale a quanto sopra addivenendo all'apertura del servizio.

F) Partecipazione al progetto autismo (obiettivo creazione rete – integrazione servizi – creazione interventi)³⁹

³⁷ intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea ei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)

³⁸ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea ei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)

³⁹ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea ei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)



Il Distretto aderisce quale partner al progetto autismo finanziato da specifico bando della Regione Lombardia. Continuerà pertanto l'impegno partecipativo per l'attuazione della progettazione.

G) promozione di interventi per il tempo libero dei disabili (obiettivo creazione di rete – mantenimento interventi)⁴⁰

Da alcuni anni è presente sul nostro territorio il servizio “Brianza senza barriere” (già prima “Tempo libero senza barriere”) che si occupa di offrire informazioni, anche tramite specifico portale, sui luoghi accessibili ai disabili (ove trascorrere vacanze o altri momenti aggregativi) e coordina e supporta gruppi di volontari che attivano iniziative di tempo libero.

Il nostro Distretto ha sempre supportato economicamente tale servizio e si ritiene necessario continui a farlo.

6.3.5 Focus III: la salute mentale

La tematica della salute mentale viene trattata all'interno della disabilità ma in realtà meriterebbe un capitolo a parte.

Nel 2008 in attuazione degli obiettivi definiti dall'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale (OCSM), che definisce il Patto Territoriale per la salute mentale, si è consolidato il Tavolo Distrettuale Salute Mentale, con il compito di concretizzare nella realtà locale le intese tra ASL, MMG e PDF, Aziende Ospedaliere, Comuni, Associazioni e Terzo settore, Enti riconosciuti, per assicurare l'esercizio integrato dei ruoli che i vari attori del sistema offrono nei percorsi di prevenzione diagnosi cure e riabilitazione dei malati mentali.

Gli obiettivi del suddetto tavolo sono:

1. raccogliere le indicazioni dell'OCSM e dei contenuti del Patto per darne attuazione pratica nel rispetto delle specificità locali;
2. esaminare i casi specifici di competenza mista;
3. definire, ove opportuno, intese di programma riguardo a quegli aspetti inerenti la salute mentale che comunemente sono ritenuti rilevanti nell'ambito di una comunità locale, quali a titolo di esempio:
 - ✓ la situazione abitativa, l'inserimento lavorativo e l'uso del tempo libero nel contesto del PTI,
 - ✓ l'erogazione di contributi di ordine sociale a tutela dei bisogni di base dei cittadini, comprese forme di supporto all'abitare,
 - ✓ la tutela giuridica ed economica delle persone con ridotta capacità e/o a lungo istituzionalizzate,
 - ✓ il coinvolgimento delle famiglie nella realizzazione dei PTI ,
 - ✓ l'eventuale concorso degli utenti alle spese sociali,
 - ✓ la valutazione di situazioni miste e di confine o pluriproblematiche.

Il contesto in cui ci troviamo ad operare è definito dalle tabelle sotto riportate:

⁴⁰ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)

**Persone assistite dai servizi psichiatrici nell'anno 2007 nel territorio della ASL MI3**

Distretto	N. pazienti			Popolazione over 14AA			Tasso x 10.000 ab.		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Carate Brianza	626	866	1.492	59.341	62.675	122.016	105	138	122
Cinisello Balsamo	770	1.047	1.817	58.487	62.249	120.736	132	168	150
Desio	676	884	1.560	61.720	64.315	126.035	110	137	124
Monza	849	1.177	2.026	69.120	75.773	144.893	123	155	140
Seregno	515	674	1.189	54.181	57.402	111.583	95	117	107
Sesto San Giovanni	622	772	1.394	54.323	58.206	112.529	115	133	124
Vimercate	934	1.235	2.169	84.995	89.127	174.122	110	139	125
ASLMI3	4.992	6.655	11.647	442.167	469.747	911.914	113	142	128

(fonte ASL MI 3)

Nel 2007 sono state assistite dai servizi psichiatrici 1.492 persone del Distretto di Carate, pari ad un tasso di 122 per 10.000 abitanti, dato che risulta leggermente inferiore (-4,7%) a quello dell'ASL nel suo complesso, analogamente a quanto risulta anche se rapportati alla popolazione pesata.

Persone assistite dai servizi psichiatrici anno 2007 e tasso pesato di presenza

ambito	persone prese in carico	popolazione pesata over 14	tasso ponderato x 1000 assistiti pesati
Carate	1.492	161.316	9,25
ASL	11.647	1.218.303	9,56

(fonte ASL MI 3)

Nelle tabelle seguenti è rappresentata la suddivisione per principali gruppi diagnostici ICD10 a livello di ASL.

Principali gruppi diagnostici trattati nell'ASL Mi 3

ICD10	anno primo contatto con la UOP				Tot
	prima 2004	2004-2005	2006-2007	dato mancante	
F2 – schizofrenia	2.068	243	242	168	2.721
F3 – disturbi affettivi	1.255	390	867	79	2.591
F4 – sindromi nevrotiche	893	378	1.145	95	2.511
F6 – disturbi della personalità	651	163	247	29	1.090
Totale	4.867	1.174	2.501	371	8.913

(fonte ASL MI 3)

Il soddisfacimento delle necessità socio-assistenziali delle persone affette da malattie mentali è ancor oggi demandato in gran parte alla famiglia.

Il persistere di significative barriere culturali ad un effettiva integrazione sociale del paziente psichiatrico, impone, oltre che di potenziare il funzionamento a rete delle realtà esistenti, di considerare la necessità di una politica assistenziale condivisa del territorio in ordine a temi impegnativi e di non facile soluzione, quali l'accesso al lavoro, l'abitazione ed il tempo libero.



E' quanto si intende fare attraverso la stipula dei protocolli operativi (consultabili negli allegati al Piano di Zona), la cui applicazione e implementazione, congiuntamente all'integrazione nella condivisione di obiettivi comuni con il prossimo Piano di Zona 2009 – 2011, contribuirà ad una maggior funzionalità del servizio reso alle persone affette da patologie psichiatriche e consentirà una più valida condivisione del progetto di intervento per il singolo assistito.

Nel corso del 2008 il TDSM ha in particolare lavorato sui seguenti ambiti.

1. Stesura definitiva dei protocolli operativi che verranno presentati all'Assemblea dei Sindaci per l'approvazione definitiva, quali: contributi economici, residenzialità, tirocini terapeutici, ADIP (assistenza domiciliare integrata per utenti del servizio di psichiatria), tutela giuridica ;
2. Presentazione e confronto sui protocolli sovradistrettuali:
 - a. Procedura per l'accertamento e i trattamenti sanitari obbligatori (TSO-ASO)
 - b. Protocollo d'intesa per l'inserimento dei Pazienti Psichiatrici nelle RSA e nei CDI
 - c. Bozza di Protocollo d'Intesa per il passaggio dalla Neuropsichiatria alla Psichiatria
3. Confronto sulle tematiche legate al rapporto tra medicina di base e psichiatria con particolare attenzione alla depressione attraverso il confronto tra esperienze già in atto, le proposte per migliorare il rapporto tra Medici di Medicina Generale e Psichiatria e le proposte formative per i Medici di Medicina Generale.

Il Tavolo Distrettuale Salute Mentale ha fatto un grosso lavoro di ripresa e risistemazione dei protocolli già elaborati ed in parte sperimentati, nonché di predisposizione di protocolli operativi nuovi, la sfida sarà quella di farli diventare pratica comune integrando le operatività dei servizi sociali comunali e dei servizi specialistici della psichiatria.

6.3.5.1 Proposte di intervento

A) Mantenimento e valorizzazione tavolo salute mentale (obiettivo di rete – integrazione tra servizi)⁴¹

L'aver istituito un luogo di confronto e lavoro condiviso distrettuale rispetto alla tematica della salute mentale non può che essere ritenuto un passo importante. Occorre che tale momento di integrazione venga valorizzato e utilizzato appieno da ogni partecipante. Pertanto continuerà l'impegno dell'Ambito in tal senso.

B) Sperimentazione protocolli (obiettivo creazione di rete – integrazione servizi)⁴²

Nel periodo di vigenza del presente Piano di Zona veranno sperimentati, dopo la loro approvazione da parte dell'Assemblea dei Sindaci, i protocolli condivisi tra ASL, Aziende Ospedaliere e Comuni in materia di contributi economici, residenzialità, tirocini terapeutici, ADIP (assistenza domiciliare integrata per utenti del servizio di psichiatria), tutela giuridica.

C) Ritiro delega fondo sociale psichiatria e suo utilizzo in solidarietà (obiettivo studio e attivazione interventi)⁴³

⁴¹ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)

⁴² questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)

⁴³ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)



E' iniziato il percorso per il ritiro della delega del Fondo Sociale Psichiatria facendo riappropriare della competenza il Distretto. Il fondo sociale Psichiatria verrà gestito all'interno delle regole dei fondi di solidarietà distrettuali. Tale primo passo è il presupposto per rideclinare il fondo stesso sugli specifici bisogni dei pazienti psichiatrici e delle loro famiglie rilevati nel nostro contesto.

D) Revisione rapporti servizi sociali comunali e servizi di psichiatria territoriali
(obiettivo integrazione servizi – costruzione di rete)

Gli operatori del territorio hanno identificato diverse aree in cui il confronto con gli operatori della psichiatria (in specie sociali) territoriali potrebbe portare una migliore capacità di rispondere alle situazioni complesse del territorio.

Pertanto si è immaginato di attivare all'interno del Tavolo Tecnico Gestionale dei percorsi di confronto.

E) Revisione rapporti servizi sociali comunali e servizi di neuropsichiatria territoriali
(obiettivo integrazione servizi – costruzione di rete)

Si ritiene opportuno attivare percorsi di integrazione e confronto anche con la neuropsichiatria infantile, per sanare la distanza che si percepisce tra tale servizio e servizi sociali comunali. Purtroppo per la carenza di operatori territoriali e a causa della virata specialistica di tale servizio (a scapito di un'ottica più territoriale dei propri interventi) tutti i momenti proposti fino ad oggi (ad esempio in seno al tavolo minori allargato) non sono stati accettati.

6.4 Area adulti e integrazione con altre politiche territoriali

(a cura di Veronica Borroni)

Le tematiche affrontate all'interno della così detta "area adulti" attengono settori diversi che si intersecano spesso con altre competenze tecnico - politiche non afferenti alla sola area sociale.

E' uno dei settori ove più chiara è l'esigenza di governare un welfare che si configura come "mix", frutto della messa in rete dell'insieme dei soggetti e dove più complessa è l'individuazione della governance più efficace.

Compito dell'ufficio di piano e del tavolo adulti è, pertanto, spesso, quello di prendere in esame più politiche (sociale, sanitaria, educativa, formativa, lavorativa, abitativa – urbanistica, ...) e immaginare percorsi per chiamare in causa responsabilità plurime anche al fine di perseguire l'armonizzazione o l'integrazione di più strumenti programmatori (piano di zona, piano salute, piano dell'offerta formativa territoriale, piano di governo del territorio...).

Nello stesso tempo occorre individuare, per ciò che attiene al sociale, i dati ed i bisogni emergenti, dai quali partire per il dialogo con gli altri interlocutori.

Con questa duplice attenzione al percorso inescabibile ed ai contenuti, nell'elaborazione del Piano di Zona sono stati aperti i seguenti focus:

1. integrazione socio sanitaria e politiche preventive
2. immigrazione e politiche di inclusione
3. politiche sociali e politiche del lavoro
4. housing e politiche urbanistiche e abitative
5. politiche formative
6. dipendenze
7. politiche di sostegno ai redditi
8. trasporti e mobilità sul territorio

Speriamo che le riflessioni che scaturiscono dall'analisi delle varie aree possano offrire suggestioni e suggerimenti per eventuali progettazioni attrattive di fondi e di contenuti per l'Ambito.

Il 2010 è l'Anno europeo dedicato alla lotta alla povertà e all'esclusione sociale, tale scelta (avvenuta nel 2000 quando i leader europei hanno avviato il cosiddetto "processo d'integrazione sociale" per contribuire in modo decisivo all'eliminazione della povertà entro il 2010) non potrebbe essere maggiormente tempestiva rispetto all'attuale congiuntura economica. Le sfide raccolte e condivise dall'Ue volte alla realizzazione dell'integrazione sociale toccano punti nodali per contrastare l'acutizzarsi e l'estremizzarsi di nuove marginalità, come la costruzione di mercati del lavoro veramente solidali; la garanzia di alloggi dignitosi; la lotta ai problemi dell'esclusione finanziaria e del sovra indebitamento.



6.5 Focus I: Integrazione socio sanitaria e politiche preventive

(a cura di Veronica Borroni)

6.5.1 Il piano di zona ed il piano salute

Lo schema di governance tra Ambiti e ASL di Monza e Brianza è già stato declinato al cap 3.4 del presente Piano. Le intese definite a tale livello e ratificate dai diversi Enti del territorio, necessitano però anche di essere diffuse e concretizzate nella specificità di ciascun ambito territoriale.

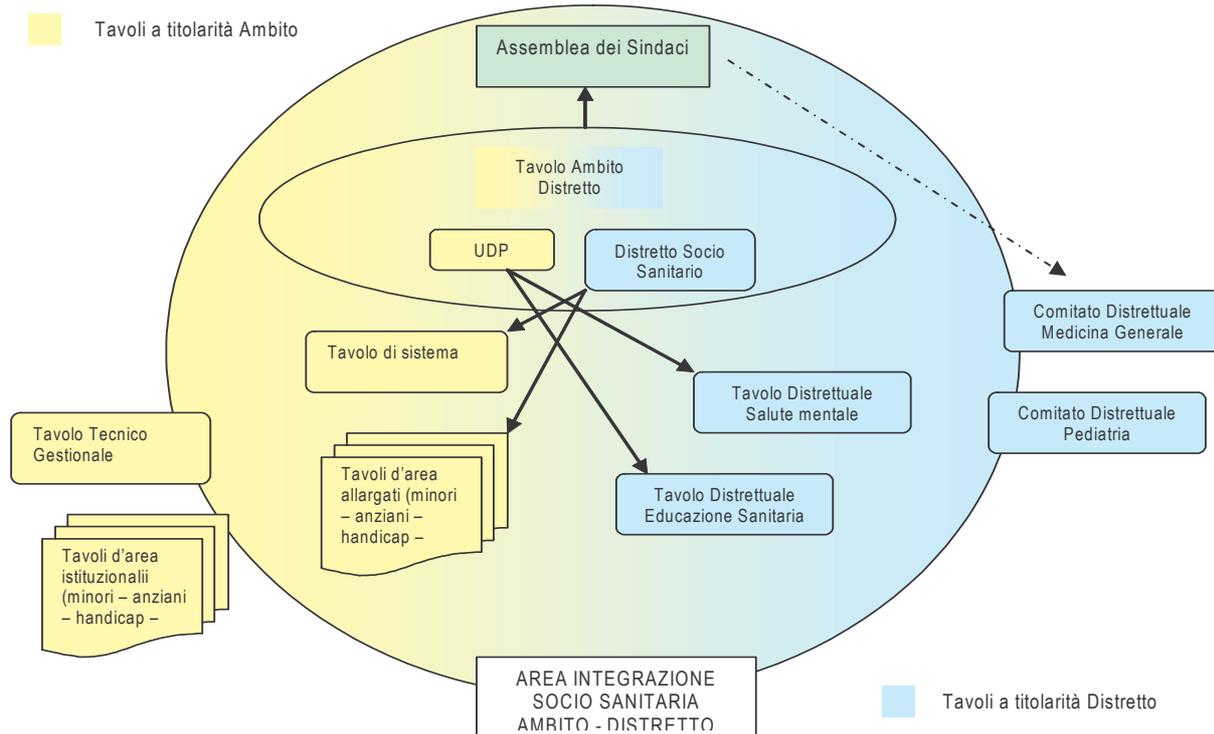
Per favorire ciò in accordo tra Distretto di Carate Brianza e Ambito:

- è stata disegnata la governance di integrazione distrettuale;
- sono stati raccordati il Piano di Salute distrettuale (immaginato per la prima volta con respiro triennale) ed il piano di Zona anche tramite l'analisi condivisa dei dati;
- sono stati predisposti una serie di ulteriori protocolli ed intese distrettuali

6.5.2 La governance distrettuale

Partendo dall'assunto che "il superamento di servizi settoriali e l'alternativa introduzione di servizi integrati si fonda sulla necessità di considerare la globalità della persona in tutte le sue dimensioni, con particolare riguardo ai disturbi, problemi o patologie correlati alla componente psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa, agli stili di vita e ai fattori ambientali"⁴⁴ nell'ambito del Distretto di Carate Brianza si sono individuati i luoghi di integrazione a coordinamento sanitario ed a coordinamento sociale a seconda che le tematiche trattate facciano maggior riferimento all'uno od all'altro settore. Il quadro che se ne desume è il seguente:

⁴⁴ Il Piano Socio Sanitario 2007- 2009 della Regione Lombardia in merito all'integrazione degli interventi sanitari con gli interventi socio assistenziali enuncia infatti che " Il superamento di servizi settoriali e l'alternativa introduzione di servizi integrati si fonda sulla necessità di considerare la globalità della persona in tutte le sue dimensioni, con particolare riguardo ai disturbi, problemi o patologie correlati alla componente psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa, agli stili di vita e ai fattori ambientali. In tali servizi, è quindi fondamentale che si guardi sistematicamente al rapporto tra la persona e i propri contesti di vita, agendo sui fattori che ne favoriscono lo sviluppo. Chi ricorre ai servizi dell'area socio sanitaria si trova solitamente in uno stato di bisogno e di non autosufficienza che non gli consente di provvedere a se stesso e che pertanto lo pone nelle condizioni di necessitare di un aiuto esterno. Per queste ragioni, la persona fragile e la sua famiglia devono costituire l'esclusivo riferimento per determinare regole e procedure. La presa in carico dei problemi e dei programmi di intervento nei servizi ad elevata integrazione rappresenta, infatti, non solo una forma di intervento o una modalità di gestione, ma soprattutto un requisito fondamentale per l'identità del servizio e per la messa a punto di setting operativi e organizzativi utili al consolidamento dell'identità interna ed esterna del servizio medesimo. Inoltre, la presa in carico non riguarda soltanto i servizi che stabiliscono un rapporto con la persona o la sua famiglia, ma coinvolge anche la comunità locale nelle sue diverse espressioni, con particolare riguardo alle realtà solidaristiche".



-----> Si sta valutando la possibilità di favorire un contatto diretto, su specifiche tematiche, tra Amministrazioni Comunali e Medici di Medicina Generale

Dei tavoli attivati dall'Ambito ne abbiamo già parlato al cap 3, per ciò che riguarda i tavoli di competenza sanitaria possiamo così riassumerne componenti e finalità:

Comitato Distrettuale della Medicina Generale

Vede presenti il direttore del Distretto, i due Medici del Servizio Assistenza Sanitaria Primaria distrettuale e quattro rappresentanti dai Medici di Medicina Generale.

Ha il compito di raccordare l'attività dei medici con l'insieme delle attività distrettuali e della rete locale dei servizi sanitari, di contestualizzare gli accordi definiti dai diversi tavoli tecnici aziendali, promuovendo l'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione all'adozione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi con i medici specialisti di riferimento. Si riunisce regolarmente, mediamente ogni due mesi.

Comitato Distrettuale della Pediatria

Come l'analogo organismo della Medicina Generale, ha il compito di raccordare l'attività dei Pediatri di Famiglia (PdF) con l'insieme delle attività distrettuali e della rete locale dei servizi sanitari, di contestualizzare gli accordi definiti dai diversi tavoli tecnici aziendali, promuovendo l'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione all'adozione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi con gli specialisti ospedalieri di riferimento. Dal 2007 si è formalizzata la costituzione di uno specifico Comitato Distrettuale della Pediatria di carate (precedentemente era gestito con Monza) che vede presenti due Pediatri titolari, un Pediatra sostituto, il direttore del Distretto, i due Medici del Servizio Assistenza Sanitaria Primaria distrettuale ed il responsabile distrettuale delle attività sociosanitarie integrate.



Tavolo Tecnico Distrettuale Salute Mentale

Il Tavolo Tecnico Distrettuale Salute Mentale è uno strumento operativo dell'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale (OCSM) e ha l'obiettivo di fare interagire a livello distrettuale i diversi soggetti coinvolti nella tutela della salute mentale al fine di: raccogliere le indicazioni dell'OCSM per darne attuazione pratica nel rispetto delle specificità locali; esaminare i casi specifici di competenza mista; definire, ove opportuno, intese di programma riguardo a quegli aspetti inerenti la salute mentale che comunemente sono ritenuti rilevanti nell'ambito di una comunità locale, quali a titolo di esempio: la situazione abitativa, l'inserimento lavorativo e l'uso del tempo libero nel contesto del PTI, l'erogazione di contributi di ordine sociale a tutela dei bisogni di base dei cittadini, comprese forme di supporto all'abitare, la tutela giuridica ed economica delle persone con ridotta capacità e/o a lungo istituzionalizzate, il coinvolgimento delle famiglie nella realizzazione dei PTI, l'eventuale concorso degli utenti alle spese sociali, la valutazione di situazioni miste e di confine o pluriproblematiche. Il Tavolo tecnico distrettuale vede presenti: per l'ASL il Direttore ed il Responsabile Ufficio ASSI del Distretto Socio Sanitario ed un operatore del Servizio Programmazione Acquisto e Controllo (PAC), incaricato del rapporto con i Servizi Psichiatrici del territorio, per i Medici di medicina generale un rappresentante nominato dal relativo Comitato di Distretto, per i Comuni il Responsabile dell'Ufficio di Piano, un dirigente ed un operatore di Servizi Sociali Comunali, per il Dipartimento Salute Mentale il Responsabile UOP ed il Responsabile del CPS locale per gli Erogatori Accreditati, un rappresentante degli Istituti Clinici Zucchi, Sede Carate Br., per il Terzo settore un rappresentante delle associazioni del terzo settore e un rappresentante delle associazioni familiari. In funzione dei temi in discussione, il Tavolo Tecnico viene integrato con referenti di servizi dell'ASL, dell'UONPIA dei Pediatri di Famiglia e degli erogatori privati.

Tavolo Distrettuale Educazione Sanitaria

Il TDES è stato istituito nel 2006 con l'obiettivo di creare ambiti di condivisione con gli attori della Rete su progetti/attività di promozione della Salute. Partecipano al tavolo distrettuale i rappresentanti di: Distretto socio sanitario e Dipartimenti dell'ASL, Comuni, Istituti scolastici, Medici di medicina generale e Pediatri di famiglia, Associazioni del Terzo Settore impegnate in programmi e progetti di educazione sanitaria. Parallelamente è proseguita l'attività del Gruppo Scuole costituitosi in concomitanza dell'avvio del TDES, gruppo che si configura come spazio di riflessione in ordine ai bisogni, alle risorse e alle iniziative sperimentate in materia di educazione sanitaria, con l'obiettivo di orientare le scelte future, ottimizzando le risorse a disposizione di ogni singolo istituto scolastico. In particolare i docenti degli Istituti Superiori del Gruppo Scuole in collaborazione con l'Ufficio di Piano, il Distretto di Carate e il Dipartimento Dipendenze dell'ASL hanno elaborato il "Protocollo d'Intesa tra Amministrazioni comunali, ASL Mi 3 e istituzioni scolastiche di secondo grado al fine di costituire una rete finalizzata alla prevenzione dei fenomeni di dipendenza, alla prevenzione del disagio ed alla promozione dell'agio nella popolazione adolescenziale che frequenta gli istituti secondari superiori del Distretto di Carate Brianza". Nel prossimo triennio andrà prestata attenzione al coordinamento di questo tavolo con quello locale per le politiche scolastiche cfr. cap. 6.9

6.5.3 Il raccordo col Piano salute distrettuale e gli atti d'intesa

L'ufficio di piano ed il Distretto hanno cercato di confermare e amplificare il raccordo tra di loro siglando specifici accordi aventi ad oggetto alcune funzioni di presa in carico rispetto ai bisogni espressi dal territorio. In particolare ciò è avvenuto all'interno dell'area famiglia e prima infanzia con particolare attenzione al primo anno di vita del bambino, dell'area adolescenza e dell'area salute mentale.



Si riportano in sintesi i principali protocolli in essere o in via di ultimazione che sono oggetto di continuo monitoraggio e di implementazione:

PROTOCOLLI SOLO DISTRETTUALI

Protocollo CIC
Protocollo "Ho cura di te"
Protocolli salute mentale: Domiciliarità (ADIP)
 Tutela giuridica
 RSA
 Residenzialità
 Tirocini terapeutici
 Contributi economici

PROTOCOLLI ASL – AMBITI CON ATTUAZIONE A LIVELLO DISTRETTUALE

Protocollo Dimissioni protette
Protocollo ETIM
Protocollo NPI - PSI
Protocollo TSO / ASO

6.5.4 Le proposte di sviluppo triennali

Riprendiamo in questa sede le proposte di intervento (a volte già autonomamente sviluppate nelle aree di pertinenza) che vedono la più forte integrazione tra Distretto e Ambito e che sono state condivise anche all'interno del Piano Salute Distrettuale e Piano Integrato Locale di Promozione alla Salute dell'ASL di Monza e Brianza.

Al fine di raggiungere più alti obiettivi di integrazione, infatti, nella consapevolezza dell'unitarietà della persona portatrice di bisogni sociali e sanitari, si sono previste le seguenti azioni di sviluppo congiunto:

A) la sperimentazione e l'implementazione della collaborazione sul progetto ETIM (obiettivo di integrazione - costruzione di rete – mantenimento servizi e interventi)⁴⁵

La sperimentazione del servizio prenderà vita a partire dal 2009. Il Distretto e l'Ambito sono chiamati in causa nell'azione di monitoraggio continuo e verifica del servizio.

Potrebbe delinarsi nel triennio un ampliamento dello spazio consultoriale per la presa in carico della coppia e singolo in difficoltà (ai sensi della Dgr 8243 del 22.10.08) così da implementare le risorse che sostengono e attuano le progettazioni del servizio.

B) Integrazione tra C.F., Servizio di mediazione ASL e Comuni (Servizio "Ancora Genitori) (obiettivo di integrazione - costruzione di rete – mantenimento servizi e interventi)

L'ASL ha titolarità su un servizio di mediazione familiare, l'Ambito gestisce il servizio Ancora genitori a sostegno della genitorialità in situazioni non mediabili ma che necessitano di una presa in carico anche su mandato dell'autorità giudiziaria.

Sarebbe opportuno predisporre un protocollo operativo tra i due servizi al fine di strutturare le reciproche collaborazioni e i reciproci rimandi su una tematica così complessa ed attuale come quella delle separazioni conflittuali.

⁴⁵ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)



C) La sperimentazione ed il consolidamento del progetto Ho cura di te (obiettivo di integrazione - costruzione di rete – mantenimento servizi e interventi)⁴⁶

Nel periodo di validità del Piano è prevista la sperimentazione, il monitoraggio la valutazione ed il consolidamento delle attività in essere per il progetto “Ho cura di te”, intensificando l’attività dei gruppi già avviati, coinvolgendo i punti nascita ed i pediatri di base e allargando l’intervento delle visite domiciliari post partum anche alle donne che partoriscono presso il Presidio ospedaliero di Desio. Si ipotizza anche l’attivazione di un gruppo di prevenzione al disagio-sofferenza psicologica pre e post-partum presso il Consultorio di Lissone.

D) Mantenimento della rete tra servizi che operano a favore di adolescenti e giovani (obiettivo di integrazione - costruzione di rete)

Il Distretto e l’Ambito si propongono, nel triennio, di effettuare un lavoro per consolidare e favorire una efficace integrazione tra i diversi attori operanti sulla tematica dell’adolescenza in conformità con le linee guida regionali

L’obiettivo è perseguibile anche attraverso il mantenimento del protocollo CIC, l’individuazione di percorsi di raccordo e la continuità tra la scuola secondaria di primo grado e gli Istituti Superiori di secondo grado sulle tematiche della prevenzione e disagio, nonché mantenendo e potenziando lo spazio di ascolto, mediazione e counseling per adolescenti e/famiglia del consultorio familiare (v. DGR 8243/2008);

E) Strutturazione di percorsi e modalità condivise per la valutazione dei bisogni sociali e sanitari della persona non autosufficiente (obiettivo di integrazione - costruzione di rete – strutturazione servizi e interventi)⁴⁷

Il Distretto e l’Ambito prevedono di dare attuazione a quanto previsto nel campo della disabilità e della non autosufficienza dalla DGR 8243/ 2008 al fine di sviluppare migliori modalità di valutazione del bisogno di prestazioni socio-sanitarie e sociali della persona non autosufficiente. Ciò a partire da una riflessione sul funzionamento delle UVM e UIV.

F) Costruzione del punto unico d’accesso integrato tra ASL e Ambito (obiettivo di integrazione - costruzione di rete – strutturazione servizi e interventi)⁴⁸

Il Distretto e l’Ambito ritengono di poter arrivare alla costituzione di un “Punto unico” (inteso in termini funzionali e non fisici) di Segretariato sociale per ASL, UdP e Comuni, finalizzato da un lato al monitoraggio delle richieste fatte dall’utente che si rivolge ai vari Servizi Territoriali tramite la costruzione di una cartella informatica di segretariato sociale condivisa e confrontabile, dall’altro tramite la messa in rete delle informazioni relative ai servizi sociali e sanitari dell’ambito. Le risorse per raggiungere tali obiettivi sono previste dalla DGR 8243 e da specifici accantonamenti Comunali.

⁴⁶ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall’Assemblea ei Sindaci per l’anno 2009 (cfr cap7)

⁴⁷ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall’Assemblea ei Sindaci per l’anno 2009 (cfr cap7)

⁴⁸ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall’Assemblea ei Sindaci per l’anno 2009 (cfr cap7)



G) Integrazione e potenziamento sportello VAI (obiettivo di integrazione - costruzione di rete – strutturazione servizi e interventi)

Nel 2008 ha preso avvio presso il Distretto lo Sportello VAI. Nel triennio si vuole lavorare al fine di integrarne l'attività con quella dei servizi disabili comunali nonché per sviluppare diverse modalità di diffusione dell'informazione relativa al servizio stesso.

H) Consolidamento e monitoraggio protocollo Dimissioni Protette (obiettivo di integrazione - costruzione di rete)⁴⁹

Con l'avvio del nuovo Piano di Zona dovrebbe anche venir siglato il protocollo per le dimissioni protette. Lo stesso prevede azioni integrate per il sostegno a domicilio di persone fragili in dimissione dagli ospedali.

Nel triennio è previsto il consolidamento degli incontri con i referenti per le dimissioni protette dei reparti ospedalieri di Carate e Giussano, coinvolgendo i referenti comunali, per l'analisi delle problematiche connesse alle dimissioni protette ed il miglioramento del sistema delle stesse, con particolare riguardo a quelle a carattere sociale.

I) Azioni volte al sostegno dei pazienti psichiatrici e delle loro famiglie (obiettivo di integrazione - costruzione di rete – strutturazione servizi e interventi)⁵⁰

Tramite la gestione distrettuale del fondo sociale psichiatria e la sperimentazione dei diversi protocolli elaborati nel settore si vuole rifondare un patto tra enti per sostenere la vita dei pazienti psichiatrici e delle loro famiglie offrendo risposte organizzate ed appropriate allo sviluppo di una psichiatria di comunità. Il TDSM viene individuato quale luogo deputato indispensabile alla costruzione ed al monitoraggio di questo processo.

L) Integrazione tra azioni di promozione alla salute ed azioni preventive obiettivo di integrazione - costruzione di rete – strutturazione servizi e interventi)

Consapevoli dell'importanza del rinforzo del messaggio nelle campagne preventive e di promozione della salute l'Ambito ed il Distretto intendono collaborare per il prosieguo di azioni di promozione della salute anche secondo quanto declinato dal "Piano Integrato Locale di Promozione alla Salute dell'ASL di Monza e Brianza".

Le azioni ivi previste sono: conclusione del "Progetto Distretto in – forma" attualmente in essere sui Comuni di Verano Brianza, Albiate, Carate Brianza, Besana in Brianza, con l'analisi dei questionari di verifica sui comportamenti relativi alla alimentazione e al movimento nei Comuni coinvolti ed estensione progetto ad altri Comuni distrettuali; adesione ad una progettazione di prevenzione degli incidenti stradali che vede quali attori Comuni, Provincia, Polizia stradale, Scuole, 118, INAIL, Confindustria Monza; partecipazione ad eventuali campagne di contrasto all'abuso di alcool; partecipazione ad eventuali campagne volte ad evitare lo stigma sociale rivolto ai pz psichiatrici;

⁴⁹ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea ei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)

⁵⁰ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea ei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)

6.6 Focus II: immigrazione e politiche di inclusione

(a cura di Sara Bertolini)

Il sottogruppo del Tavolo adulti che si è occupato di analizzare la tematica dell'immigrazione e delle politiche di inclusione è composto da rappresentanti dei Comuni (assistenti sociali), dei sindacati, della Caritas e del consultorio. Non hanno partecipato, invece, soggetti del terzo settore che operano nel campo dell'immigrazione.

Si specifica che l'analisi relativa ai minori immigrati è stata condotta nel paragrafo 6.1.7.

6.6.1 La valutazione del piano di zona 2006-2008

Per la scorsa triennalità, il Tavolo adulti aveva evidenziato i seguenti bisogni:

	Bisogno obiettivo evidenziato dal piano di zona	Azioni attivate	Grado di raggiungimento
Area immigrazione	necessità di promuovere iniziative che consentano di reperire alloggi idonei e di sostenere i canoni di affitto	=	☹
	necessità di promuovere azioni di sostegno al credito relativamente alla possibilità di contrarre mutui per l'acquisto della prima casa	=	☹
	sostenere e favorire l'integrazione scolastico – culturale	Mantenimento servizio Riconoscere le differenze - potenziamento e partecipazione bando ministero solidarietà sociale	☺
	consolidamento sportelli informativi e di un possibile collegamento diretto con le questure	Mantenimento – potenziamento e inserimento partnership provinciale cesis	☺
Area immigrazione	predisporre percorsi di aiuto per l'accesso ai servizi – nonché percorsi che facilitino la socializzazione l'emancipazione e l'alfabetizzazione a favore delle donne immigrate	Attivate iniziative a carico di singole amministrazioni comunali	☹
	predisporre percorsi di qualificazione professionale – di aiuto nel reperimento di lavoro – di intermediazione nel rapporto datore di lavoro / lavoratrice (badante)	Sportello in costruzione DGR 8243 – formazione promossa da Caritas – buoni emersione badanti	☺
	necessità di interventi a sostegno del reddito	Estensione buoni a sostegno fragilità	☹
	meglio coordinare le attività realizzate o in corso di realizzazione		☹

☺	Obiettivo raggiunto
☹	Obiettivo in corso di raggiungimento o parzialmente raggiunto
☹	Obiettivo non raggiunto

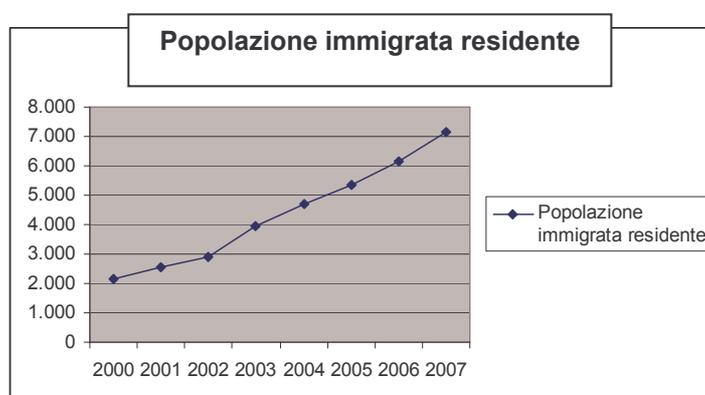
Il gruppo di lavoro ha ritenuto importante riproporre i bisogni parzialmente raggiunti o non raggiunti nello scorso triennio, tra le proposte per il 2009-2011 poiché l'analisi di contesto

ha fatto emergere il permanere delle criticità già riscontrate. Alcuni obiettivi sono stati affrontati in altre aree, più specifiche (es. sostegno al reddito, badanti,...).

6.6.2 Analisi di contesto

Secondo i dati forniti dalle anagrafi comunali, gli stranieri presenti sul territorio del distretto di Carate Brianza al 31/12/2007 ammontano a 7.171 unità. Si tratta del 4,95% della popolazione residente.

La presenza straniera è aumentata rispetto allo scorso triennio di circa il 35% e, rispetto all'anno 2000, è più che triplicata (aumento del 231%); dunque è cresciuta più velocemente rispetto alla popolazione totale (dal 2005 al 2007 essa è aumentata del 3%). Il tasso di immigrazione (che tiene conto di tutte le nuove iscrizioni all'anagrafe) è passato dal 42,6% nel 2005 al 45,3% nel 2007.



(fonte: uffici anagrafe comunali Rielaborazione Ufficio di Piano)

L'incidenza della presenza immigrata rispetto alla popolazione totale nei tredici Comuni è aumentata in modo considerevole dal 2000 al 2007:

Incidenza popolazione immigrata residente Ambito Carate anno 2007

ANNO	RESIDENTI	STRANIERI	%
2000	131.838	2.168	1,64
2001	132.037	2.560	1,94
2002	133.852	2.881	2,15
2003	136.570	3.930	2,88
2004	138.600	4.718	3,40
2005	140.465	5.329	3,79
2006	142.475	6.132	4,30
2007	144.723	7.171	4,95

(fonte: uffici anagrafe comunali Rielaborazione Ufficio di Piano)

Il Comune in cui l'incidenza degli immigrati è maggiore è quello di Renate, quello in cui la presenza degli stranieri è meno significativa è Briosco.

Incidenza popolazione immigrata residente singoli comuni anno 2007

Comune	Popolazione residente	Stranieri	%
Albate	6.027	430	7,13%
Besana	15.110	652	4,32%
Biassono	11.551	402	3,48%
Briosco	5.774	180	3,12%
Carate	17.846	811	4,54%
Lissone	40.142	2.291	5,71%
Macherio	7.012	256	3,65%
Renate	4.021	330	8,21%
Sovico	7.776	371	4,77%
Triuggio	8.202	429	5,23%
Vedano	7.758	471	6,07%
Veduggio	4.434	245	5,53%
Verano	9.070	303	3,34%
TOTALE	144.723	7.171	4,95%

(fonte: uffici anagrafe comunali Rielaborazione Ufficio di Piano)

Dei 7.171 stranieri presenti nel 2007, il 51% è costituito da uomini, il 49% da donne. Dunque, vi è un'uguale presenza rispetto al sesso. Se si confronta questo dato con quello del 2002 si nota che nel tempo l'incidenza della componente femminile è aumentata di un solo punto percentuale, nonostante il processo di ricongiungimento familiare.

Gli stranieri residenti nel caratese sono il 2,1% degli stranieri totali presenti nella provincia di Milano (il 61% risiede nel capoluogo).

E' interessante confrontare l'incidenza degli stranieri sulla popolazione nel distretto con quella registrata ad altri livelli territoriali: emerge che l'ambito di Carate è paragonabile con la situazione nazionale più che con quella del territorio in cui è inserito. Tanto che, secondo i dati dell'Osservatorio provinciale sull'immigrazione, il distretto si colloca al penultimo posto nella "classifica" provinciale.

Incidenza stranieri su popolazione residente anno 2007

Territorio	%
Italia	4,9%
Lombardia	7,5%
Provincia	8,8%
Distretto	4,9%

(fonte: Prendersi cura – prima relazione sociale della Provincia di Milano 2008)

Degli stranieri residenti, secondo i dati al 31/12/2007, il 5,6% è in carico ai servizi sociali per diversi motivi (si tratta del 14,3% del totale degli utenti in carico).

La provenienza dei cittadini stranieri (che fornisce informazioni relativamente ai progetti migratori, alle motivazioni che spingono all'emigrazione, alle caratteristiche culturali dei



cittadini stranieri), secondo i dati forniti dai Comuni, dal 2003 al 2007 è rimasta tendenzialmente invariata per Americhe e Asia. Vi è una sorta di inversione tra le percentuali di “Unione Europea” ed “altri paesi europei”. Ciò è dovuto al fatto che il 1° gennaio 2007 Romania e Bulgaria sono entrate a far parte dell’Unione Europea: da una parte, quindi, i cittadini di queste due nazioni non incidono più nella categoria “altri Paesi europei” ma in “Unione Europea”; dall’altra è aumentato il numero assoluto di chi proviene da lì (per via dei privilegi di libera circolazione garantiti dal trattato di Schengen). Inoltre è diminuita di 6 punti circa la percentuale di coloro che emigrano dall’Africa.

Provenienza immigrati distretto di Carate Brianza 2003 vs 2007

Provenienza	2003 (%)	2007 (%)
Unione Europea	8,5	25
Altri Paesi europei	28,5	17,5
Africa	35,9	29,5
Americhe	15,8	16
Asia	11,3	12

(fonte: uffici anagrafe comunali Rielaborazione Ufficio di Piano)

In particolare, i primi 8 Paesi di provenienza sono i seguenti (incidenza percentuale sul totale):

Marocco: 16,8%
Romania: 16,6%
Albania: 8,3%
Ecuador: 6,0%
Pakistan: 4,1%
Ucraina: 3,7%
Perù: 3,5%
Sri Lanka: 3,1%
Altri: 37,7%

I dati sono sostanzialmente in linea con quanto avviene nel resto della Provincia di Monza e Brianza.

La popolazione straniera ha un’età media (33 anni) nettamente inferiore a quella della popolazione residente: 12 anni di differenza. Il 75% degli stranieri si colloca nella fascia d’età 19-64 anni, mentre per la popolazione residente nel complesso la percentuale scende al 63% (dati uffici anagrafe 2007). Secondo i dati ISTAT il divario si ridurrà gradualmente: l’istituto prevede che l’età media degli stranieri supererà i 44 anni nel 2050.

Un dato interessante, anche se non disponibile a livello distrettuale ma solo provinciale, riguarda due particolari indicatori demografici: il tasso di natalità (rapporto tra nati e popolazione residente) e il tasso di fecondità (numero medio di figlio per donna in età fertile).

Tasso di natalità e fecondità immigrati vs italiani anno 2007

Indicatore	Stranieri	Popolazione totale
Tasso di natalità	1,8	1,0
Tasso di fecondità	2,1	1,4

(fonte: Osservatorio provinciale sull'immigrazione)

Esso mostra che, ad oggi, il ricambio generazionale è garantito in particolar modo dagli immigrati, anche se si presume che sul lungo periodo la fecondità delle donne migranti tenda a scendere nel tempo avvicinandosi a quello della popolazione femminile autoctona.

La tipologia di permesso di soggiorno di cui sono in possesso gli stranieri residenti indica che il 62% è in Italia per motivi di lavoro (si consideri, a spiegazione di ciò, il sistema di governo dei flussi di ingresso basato sulla richiesta di contratto di lavoro) e il 33% per motivi familiari (i dati, dell'Osservatorio provinciale sull'immigrazione e della Questura di Milano - anno 2007, si riferiscono alla Provincia di Monza e Brianza, non al distretto in specifico). Quest'ultimo dato è particolarmente significativo perché, incrociato con il fatto che l'incidenza di permessi per ragioni familiari è aumentata nel tempo (dato ISTAT), indica che è in atto un processo di normalizzazione e stabilizzazione. Gli stessi dati, sempre aggregati sul livello provinciale, sono confermati dalle informazioni raccolte dai Centri d'ascolto (Rapporto sulla povertà della Caritas Ambrosiana) e quelle raccolte dagli sportelli Cesis ubicati nei Comuni del Distretto:

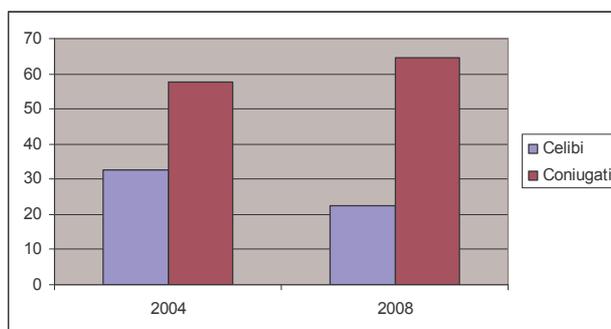
Motivazioni soggiorno immigrati censiti dallo sportello CESIS Ambito Carate Brianza

MOTIVO DEL SOGGIORNO	Valore assoluto	Percentuale
Famiglia	183	11,7%
Lavoro	962	61,6%
Altro	417	26,7%
Totale	1.562	100%

(fonte: sportelli Cesis anno 2007/2008)

Un altro dato che supporta l'ipotesi di una progressiva acquisizione di stabilità dei cittadini stranieri sul territorio è quello relativo allo stato civile degli stessi. I dati degli sportelli Cesis mostrano un aumento, dal 2004 al 2008, di utenti coniugati/e ed una diminuzione di coloro che sono celibi/nubili:

Stato civile immigrati censiti dallo sportello CESIS Ambito Carate Brianza



(fonte: sportelli Cesis anno 2007/2008)

Inoltre, dai dati del Primo rapporto sull'immigrazione straniera nella Provincia di Monza e Brianza, emerge che negli ultimi anni è aumentata la percentuale di coloro che abitano



con il coniuge/convivente e figli; è invece diminuita l'incidenza di coloro che coabitano con parenti e amici.

Il processo di radicamento degli immigrati è confermato anche dall'aumento delle persone che posseggono una propria abitazione (e una diminuzione di coloro che sono in affitto), e dal fatto che, secondo le stime dell'indagine campionaria dell'ISMU (Primo rapporto sull'immigrazione straniera nella Provincia di Monza e Brianza 2008), il tasso di irregolarità (stimato) degli stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria e residenti nei distretti della Provincia di Monza e Brianza è in calo rispetto allo scorso triennio (l'incidenza è passata dal 20% al 16,3%) ed è mediamente inferiore a quello di Milano città di quasi 1,5 punti percentuali (si ipotizza che ci sia uno spostamento dal capoluogo verso la provincia di coloro che hanno intenzione di stabilizzarsi).

Sempre in questa direzione conducono i dati dell'indagine campionaria dell'ISMU relativi all'anzianità della presenza sul territorio: il 66% degli immigrati ultraquattordicenni del distretto caratese è presente in Italia da almeno 5 anni, il 64% è presente invece da almeno 5 anni sul territorio della Provincia di Monza e Brianza. L'anzianità media di presenza è di 6 anni (sia per uomini che donne). L'anzianità più alta è registrata da chi proviene da Asia e Nord Africa, all'opposto vi sono gli est-europei.

6.6.3 Povertà e fragilità

I cittadini stranieri presenti nel caratese sono, dunque, sempre più radicati e hanno guadagnato maggior stabilità, ma sono portatori, comunque, di diversi elementi di fragilità, appartenendo, a una categoria che sembra essere più esposta a marginalità ed esclusione nei periodi di crisi.

Non solo, i dati a disposizione provenienti da diverse fonti, mostrano che in generale gli immigrati sono maggiormente a rischio di povertà e in generale hanno maggiori difficoltà economiche.

Innanzitutto si riscontra un'alta incidenza percentuale di richieste di contributi economici da parte di cittadini stranieri sul totale delle richieste ed un aumento di queste del 6,5% nell'ultimo triennio:

Incidenza popolazione immigrata vs italiani per contributi economici comunali

	contributi comunali erogati		contributi comunali erogati a immigrati		% immigrati sul totale dei contributi erogati		% immigrati residenti sulla popolazione totale		Aumento di incidenza nel triennio
	2004	2007	2004	2007	2004	2007	2004	2007	
Albate	19	19	5	5	26,3%	26,3%	5,4%	7,1%	
Besana	45	54	6	14	13,3%	25,9%	3,4%	4,3%	
Biassono	51	5	5	1	9,8%	20,0%	2,7%	3,5%	
Briosco	19	32	3	5	15,8%	15,6%	2,2%	3,1%	
Carate	88	56	10	10	11,4%	17,9%	3,3%	4,5%	
Lissone	43	54	9	11	20,9%	20,4%	3,4%	5,7%	
Macherio	35	42	5	16	14,3%	38,1%	2,9%	3,7%	
Renate	4	18	0	1	0,0%	5,6%	6,0%	8,2%	
Sovico	122	94	20	32	16,4%	34,0%	3,2%	4,8%	
Triuggio	6	10	0	1	0,0%	10,0%	3,6%	5,2%	
Vedano	35	42	19	8	54,3%	19,0%	3,9%	6,1%	
Veduggio	12	8	6	3	50,0%	37,5%	4,6%	5,5%	
Verano	13	13	0	2	0,0%	15,4%	2,1%	3,3%	
TOTALE	492	447	88	109	17,9%	24,4%	3,4%	5,0%	6,5%

(fonte: servizi sociali comunali Rielaborazione Ufficio di Piano)

La situazione di maggiore fragilità a cui sono esposti gli immigrati è testimoniata anche dalle informazioni relative alle richieste e alle erogazioni del contributo maternità:

Incidenza popolazione immigrata vs italiani per contributi maternità INPS

	contributi maternità erogati		contributi maternità erogati a immigrati		% immigrati sul totale dei contributi erogati		% immigrati residenti sulla popolazione totale		Aumento di incidenza nel triennio
	2004	2007	2004	2007	2004	2007	2004	2007	
Albate	6	9	2	5	33,3%	55,6%	5,4%	7,1%	
Besana	8	9	0	6	0,0%	66,7%	3,4%	4,3%	
Biassono	9	9	3	3	33,3%	33,3%	2,7%	3,5%	
Briosco	2	5	2	2	100,0%	40,0%	2,2%	3,1%	
Carate	12	14	6	8	50,0%	57,1%	3,3%	4,5%	
Lissone	42	52	10	23	23,8%	44,2%	3,4%	5,7%	
Macherio	5	5	2	1	40,0%	20,0%	2,9%	3,7%	
Renate	9	6	7	4	77,8%	66,7%	6,0%	8,2%	
Sovico	4	8	0	5	0,0%	62,5%	3,2%	4,8%	
Triuggio	8	5	3	2	37,5%	40,0%	3,6%	5,2%	
Vedano	2	4	0	2	0,0%	50,0%	3,9%	6,1%	
Veduggio	6	7	4	4	66,7%	57,1%	4,6%	5,5%	
Verano	3	9	2	5	66,7%	55,6%	2,1%	3,3%	
TOTALE	116	142	41	70	35,3%	49,3%	3,4%	5,0%	

(fonte: servizi sociali comunali Rielaborazione Ufficio di Piano)

Da considerare anche che, tra tutti gli utenti dei servizi sociali comunali che hanno usufruito nel 2007 di esoneri per i servizi per l'infanzia (es. mensa, retta asilo nido..) il 38,1% sono stranieri (dunque una percentuale superiore rispetto all'incidenza della popolazione immigrata sulla popolazione residente).

Inoltre si rileva, dal monitoraggio del Piano di Zona - anno 2008, che il numero di richieste di buoni sociali utilizzati da immigrati per il sostegno del reddito è aumentato rispetto all'anno precedente del 53% e contestualmente sono aumentate le risorse erogate dai Comuni (provenienti per la maggior parte dal Fondo Nazionale Politiche Sociali) del 230% (sono più che triplicate).

Le osservazioni sino a qui riportate sono confermate anche dall'indagine campionaria condotta nel 2007 dall'ISMU i cui risultati sono contenuti nel Primo rapporto sull'immigrazione straniera della Provincia di Monza e Brianza. I comuni della Brianza evidenziano una percentuale del 30% circa di famiglie immigrate che vivono al di sotto della soglia di povertà (contro il 5% dei lombardi e l'11% degli italiani). In particolare, il 18,5% degli stranieri è definito "appena povero" e il 12,6% è considerato sicuramente povero. Solitamente si tratta di donne, di coloro che hanno un basso titolo di studio o hanno una scarsa anzianità di presenza sul territorio italiano. Questo dato è allarmante ma perde parte della sua forza se si considera che la provincia di Monza e Brianza si colloca all'ultimo posto nella "classifica" che tiene conto anche della Provincia di Milano e di Milano stessa.

Infine, secondo quanto rilevato nel Settimo rapporto sulla povertà di Caritas Ambrosiana, il 33% delle richieste portate da cittadini stranieri ai centri d'ascolto nel 2007 della zona di Monza e dintorni riguarda problemi connessi al reddito.

Dunque, la popolazione immigrata appare quella maggiormente colpita dai processi di impoverimento e di esclusione sociale.

Di contro, gli interventi posti in essere risultano frammentati e disorganici, essendo sostanzialmente finanziati attraverso le leggi di settore o autonome e discontinue iniziative comunali

6.6.4 Disagio abitativo

Per le persone immigrate il problema abitativo è particolarmente evidente. Il Settimo rapporto sulla povertà della Caritas Ambrosiana afferma che il 75,4% delle persone che si è recato nel 2007 ai centri d'ascolto e servizi Caritas è costituito da stranieri che segnalano tra i propri bisogni/problemi principali, oltre ad occupazione, reddito, permesso di soggiorno, quello abitativo (il dato è in aumento rispetto al rapporto precedente). Ogni 100 persone con problematiche abitative, 31 sono italiane e 68 straniere.

Va sottolineato che il problema della casa per gli immigrati è caratterizzato da alcuni elementi specifici rispetto allo stesso problema vissuto dagli italiani:

- gli sportelli d'ascolto Caritas segnalano che spesso il problema abitativo viene risolto (in autonomia oppure con l'accompagnamento dell'operatore) all'interno della stessa comunità immigrata: la rete etnica spesso è un supporto importante, un valido sostegno (ma non quando si è nel caso di un ricongiungimento familiare).
- prima del disagio abitativo, si registra un problema di accoglienza (sul territorio non esistono strutture di ricovero, dormitori..).
- secondo il rapporto Caritas, gli affitti più alti, richiesti agli stranieri a titolo di garanzia implicita, la difficoltà di trovare una casa in affitto e il crescente fenomeno del ricongiungimento familiare, hanno indotto un'ampia fascia di immigrati ad orientarsi verso l'acquisto della casa, con l'aggravante difficoltà dell'accesso al sistema creditizio e la difficoltà del pagamento costante del mutuo. A titolo esemplificativo, si noti che oggi in Lombardia 22 stranieri su 100 hanno una casa di proprietà a fronte degli 8 del 2001.

Per quanto riguarda il distretto di Carate, rileviamo informazioni in questo senso dai dati degli sportelli Cesis:

Tipologia abitazione immigrati censiti dallo sportello CESIS Ambito Carate Brianza

Tipo di abitazione	2005	2008
Casa di proprietà	6,5%	22,4%
In affitto	46%	34,8%
Altro	47,5%	42,8%

(fonte: sportelli Cesis anno 2007/2008)

- per gli immigrati spesso il problema abitativo è una situazione d'emergenza, data dal sovraffollamento, dalla marginalità (in particolare per uomini soli), dalla perdita del lavoro di assistenza al domicilio (soprattutto per le donne) e non una situazione di cronicità.

I dati dei servizi sociali comunali mostrano che nel distretto di Carate Brianza il numero di immigrati che hanno difficoltà a pagare l'affitto (che, come si diceva, spesso è più alto per gli stranieri) e che, quindi, fanno richiesta del Fondo Sociale Affitti è aumentato rispetto allo scorso triennio (fa eccezione il Comune di Veduggio):



Incidenza popolazione immigrata vs italiani per contributi Fondo Sociale Affitti

Comuni	2004			2007			Incremento stranieri
	Domande FSA	Domande stranieri	%	Domande FSA	Domande stranieri	%	
Albate	22	10	45,5%	21	12	57,1%	20,0%
Besana	36	13	36,1%	41	13	31,7%	0,0%
Biassono	35	10	28,6%	56	23	41,1%	130,0%
Briosco	8	3	37,5%	10	4	40,0%	33,3%
Carate	95	33	34,7%	107	46	43,0%	39,4%
Lissone	204	54	26,5%	259	87	33,6%	61,1%
Macherio	13	4	30,8%	16	5	31,3%	25,0%
Renate	13	5	38,5%	18	15	83,3%	200,0%
Sovico	35	12	34,3%	37	17	45,9%	41,7%
Triuggio	7	3	42,9%	12	7	58,3%	133,3%
Vedano	37	16	43,2%	37	22	59,5%	37,5%
Veduggio	39	11	28,2%	26	10	38,5%	-9,1%
Verano	42	6	14,3%	50	14	28,0%	133,3%
TOTALE	586	180	30,7%	690	275	39,9%	52,8%

(fonte: servizi sociali comunali Rielaborazione Ufficio di Piano)

Dalla tabella precedente si nota che le richieste di contributo inoltrate da stranieri incidono molto sul totale (e anche questo dato è in aumento dal 30,7% del 2004 al 39,9% del 2007).

Si ritengono, infine, interessanti rispetto al problema abitativo, le informazioni sul numero di immigrati iscritti nelle graduatorie ERP, sia in relazione a quanto incidono sul totale, sia in relazione allo scorso triennio:

Incidenza popolazione immigrata vs italiani per domande Edilizia Residenziale Pubblica

Comuni	2004			2007			Incremento stranieri
	Iscritti ERP	di cui stranieri	%	Iscritti ERP	di cui stranieri	%	
Albate	34	16	47,1%	35	16	45,7%	0,0%
Besana	20	10	50,0%	45	22	48,9%	120,0%
Biassono	32	6	18,8%	34	4	11,8%	-33,3%
Briosco	22	2	9,1%	21	4	19,0%	100,0%
Carate	122	33	27,0%	102	33	32,4%	0,0%
Lissone	249	60	24,1%	356	100	28,1%	66,7%
Macherio	42	17	40,5%	54	22	40,7%	29,4%
Renate	13	5	38,5%	8	4	50,0%	-20,0%
Sovico	25	6	24,0%	44	11	25,0%	83,3%
Triuggio	25	9	36,0%	22	13	59,1%	44,4%
Vedano	52	18	34,6%	47	10	21,3%	-44,4%
Veduggio	17	11	64,7%	29	11	37,9%	0,0%
Verano	18	2	11,1%	27	5	18,5%	150,0%
TOTALE	671	195	29,1%	824	255	30,9%	30,8%

(fonte: servizi sociali comunali Rielaborazione Ufficio di Piano)

6.6.5 Condizione lavorativa

Anche il tema del lavoro in relazione alla popolazione immigrata merita particolare attenzione.

Va premesso che i dati disponibili si riferiscono ad un livello territoriale ampio (di volta in volta specificato) da cui si è desunto il comportamento del Distretto di Carate.

La Rilevazione sulle forze di lavoro realizzata nel IV trimestre del 2007 dall'Istituto nazionale di statistica e riferita al Nord – Italia dice quanto segue:

Rilevazione sulle forze di lavoro IV trimestre del 2007

Popolazione straniera	Maschi		Femmine		Totale	
	15-64 anni	totale	15-64 anni	totale	15-64 anni	totale
Tasso di attività	90	89,2	59,2	58,1	75,1	74
Tasso di occupazione	84,7	84	50,5	49,6	68,1	67,2
Tasso di disoccupazione	nd	5,8	nd	14,7	nd	9,2

(fonte: Istat)

Si può notare il grande divario tra i generi: la popolazione maschile straniera riporta tassi di attività ed occupazione molto elevati, che superano notevolmente anche quelli relativi alla popolazione complessiva (che si attestano rispettivamente sul 79,2 e il 76,5 per cento). Per contro, la popolazione femminile rivela valori molto più bassi, soprattutto se consideriamo il tasso di disoccupazione.

Questi valori si spiegano anche alla luce delle procedure previste per l'ingresso in Italia, basate tendenzialmente sulle quote-lavoro dei "decreti flussi" per quanto riguarda la popolazione maschile e sul ricongiungimento familiare per quanto riguarda la popolazione femminile.

Per entrare più nel dettaglio del nostro territorio, si possono prendere in esame i dati relativi al 2007 del Primo rapporto sull'immigrazione straniera nella Provincia di Monza e Brianza. Secondo questi, la Provincia di Monza e Brianza evidenzia una quota di disoccupazione intorno al 6% (che colpisce soprattutto chi proviene dal Marocco e dalla Romania) mentre l'occupazione regolare a tempo indeterminato interessa poco più di uno straniero su quattro (27,3%). Rispetto alla Provincia di Milano, l'area di M e B mostra una quota più elevata di occupazione regolare a tempo determinato o stagionale (14%).

Il confronto con le restanti province lombarde mette in evidenza che la nuova provincia è quella con la più bassa quota di occupazione regolare a tempo indeterminato (20 punti percentuali in meno rispetto alla media lombarda). Contemporaneamente si colloca al secondo posto (dopo Milano) per la quota di irregolari (18,8%).

Gli uomini sono in possesso di una stabilità lavorativa maggiore, anche se l'occupazione regolare part-time è principalmente sperimentata dalle donne. Le casalinghe sono il 25%.

In questo frangente va sottolineato un aspetto peculiare del territorio provinciale: quello del lavoro autonomo e del fatto che sono gli stranieri stessi (provenienti da Paesi a medio e basso reddito) che contribuiscono alla forza lavoro e alle postazioni di lavoro locali.

I dati di una ricerca dell'Area Ricerca Formaper-Infocamere mettono in evidenza che il 5,7% delle imprese in Lombardia sono a controllo di immigrati provenienti da Paesi a forte pressione migratoria; la percentuale sale a 7,2% nella Provincia di Milano. E il dato è in crescita poiché il tasso di natalità delle imprese è piuttosto alto. Nonostante prevalgano le



ditte individuali, e quelle che non lo sono hanno pochi addetti, l'apporto occupazionale netto delle imprese controllate da stranieri è in forte crescita. Da dati dell'osservatorio provinciale del mercato del lavoro si sa che alle imprese immigrate è dovuto:

- il 5,7% degli avviamenti a tempo indeterminato sul totale delle imprese registrate;
- il 4,8% delle cessazioni a tempo indeterminato;
- il 14% del saldo totale anno 2007 del tempo indeterminato.

Queste informazioni danno idea del contributo apportato alla crescita in generale e soprattutto sui flussi occupazionali. Va considerato che essi solitamente vanno a vantaggio di altri migranti, per permettere loro di ottenere il permesso di soggiorno.

Si tratta di collocazioni e postazioni maggiormente qualificate all'interno del mercato del lavoro che tende, invece, ad assegnare agli immigrati mansioni secondarie, poco qualificate, di compensazione della crisi del welfare familistico italiano.

Nonostante quanto illustrato sino ad ora, non va dimenticato che i servizi che sul territorio si occupano di coloro che hanno bisogno, mettono in evidenza che la mancanza di lavoro è il problema principale di cui gli immigrati sono portatori: per i centri d'ascolto Caritas della zona di Monza si tratta del 70% circa delle richieste di aiuto, e disoccupazione, nonché stipendi inadeguati (dovuti ad occupazioni eccessivamente instabili) sono segnalati come condizioni di disagio più frequente.

Un ultimo aspetto peculiare del lavoro immigrato è dato dalle tipologie di professioni. Secondo i dati forniti dalla Questura di Milano ed elaborati dall'Osservatorio provinciale sull'immigrazione relativi alle professioni indicate sui titoli di soggiorni validi, oltre il 50% dei lavoratori stranieri nella Provincia di Milano è un "operaio comune". Si tratta quindi, come si diceva, prevalentemente di lavori poco qualificati e spesso poco retribuiti, di attività tradizionali e despecializzate. Lo stesso vale per la seconda professione in graduatoria, quella legata al lavoro domestico: le donne straniere vanno a supplire le carenze nell'area del lavoro di cura.

Principali Ambiti di occupazione immigrati in Provincia di Milano anno 2007

Professione immigrati	Valore %
Operaio comune	51,2%
Domestica	18,8%
Impiegato	4,1%
Commerciante	2,8%
Badante	1,8%
Nessuna	7,8%
Altro	13,5%

(fonte: Osservatorio provinciale sull'immigrazione su dati Questura di Milano – 1° gennaio 2008)

Per quanto riguarda gli operai comuni, i primi paesi di provenienza sono Egitto, Marocco e Albania, che sommati raggiungono circa il 36% del totale. I primi tre paesi di provenienza per l'area del lavoro domestico sono Filippine, Perù ed Ecuador (coprono il 56% del totale). Gli impiegati privati, professione maggiormente qualificata rispetto alle prime due, è invece appannaggio dei cittadini di provenienza europea: nell'ordine francesi, tedeschi ed inglesi. Infine, sono i cinesi i commercianti più numerosi (ricoprono oltre il 35% del totale per questa professione) (Provincia di Milano, Fondazione Ismu, 2008).

Da una parte quindi si può osservare il fenomeno di "etnicizzazione" del mercato del lavoro, dall'altra una specializzazione in relazione al genere: i flussi migratori delle donne sono legati prevalentemente al lavoro di cura e di assistenza, a professioni tipicamente

affidate alle donne, quali colf, infermiere, badanti (l'osservatorio provinciale sull'immigrazione stima la presenza di circa 40.000 "badanti" nella Provincia di Monza e Brianza).

6.6.6 Integrazione Socio-Sanitaria

Il ruolo del Distretto socio-sanitario di Carate si concentra, per quanto riguarda l'area immigrazione, in particolare su processi di tipo amministrativo legati all'accoglienza del cittadino straniero con il riconoscimento dei diritti in merito alla copertura sanitaria e in particolare sulle attività offerte dal Consultorio familiare.

Per quanto riguarda le prestazioni sanitarie la Circolare n. 12 del 24.03.2000 emanata dal Ministero della Salute definisce gli "stranieri" che ne hanno diritto suddivisi per tipologia quali: in regola con il permesso di soggiorno, non in regola con le norme relative al permesso di soggiorno, stranieri in Italia per motivi di cura e stranieri detenuti, internati o sottoposto a misure detentive alternative di pena.

Il servizio socio-sanitario di maggior interesse per le donne immigrate è il Consultorio Familiare. Un dato significativo è rappresentato dall'accesso al servizio da parte di straniere.

Tipologia prestazioni consultoriali: italiani vs immigrati

ANNO	2007			2008 <i>(al 30/09/2008)</i>		
	Prestazioni a popolazione generale	Prestazioni a straniere	% prestazioni a straniere	Prestazioni a popolazione generale	Prestazioni a straniere	% prestazioni a straniere
IVG	147	47	31,9	113	36	31,9
Visite ostetriche e ginecologiche	2375	415	17,47	1786	387	21,67
PAP - TEST	1636	143	8,74	1281	141	11,01

(Fonte ASL Mi 3)

Al 30.09.08 sono riferiti a donne straniere il 31.9% delle richieste di IVG, il 21,67% delle visite ostetriche e ginecologiche e l'11,01% dei pap - test.

Il dato evidenzia l'aumento delle prestazioni offerte alle donne straniere che accedono al consultorio per visite ostetriche, ginecologiche e pap test.

Si ipotizza che tale dato sia riconducibile:

- ✓ ad una attenzione all'informazione, garantita anche dalla diffusione capillare di strumenti adeguati ed efficaci, quale il volantino in più lingue;
- ✓ alla collaborazione e alla sinergia tra i diversi servizi (ospedale, consultorio), che ha facilitato un migliore orientamento dell'utenza rispetto allo specifico bisogno;
- ✓ al consolidarsi della fiducia nel servizio, nonostante le barriere culturali ancora forti, favorita dal passa-parola da parte delle donne che man mano usufruiscono dei servizi del Consultorio Familiare.

Gli operatori del servizio segnalano, comunque, scarso accesso da parte delle donne straniere ai seguenti servizi: massaggio neo-natale, momento mamma, visita domiciliare.

Per rispondere alle nuove esigenze poste dalla popolazione del territorio, nel corso del 2007-2008 è proseguito l'utilizzo del servizio di mediazione linguistico-culturale, attivato attraverso l'Associazione Mosaico Interculturale per un totale di 144 ore annue. Dal mese di maggio è attivo uno spazio di consulenza a cadenza mensile da parte di mediatrici linguistico-culturali presso entrambe le sedi consultoriali del Distretto (lingua araba per Carate e spagnola per Lissone).



Tale presenza è finalizzata al raggiungimento di una maggior integrazione tra i Servizi agevolata dalla possibilità di un confronto con gli operatori, dalla partecipazione ad alcune equipe e dalla possibilità di confronto e traduzione del materiale informativo. Nel corso dei primi nove mesi del 2008 sono state utilizzate 146 ore di mediatore, di cui 61 a Carate e 85 a Lissone.

In questo modo è possibile tutelare la salute dei cittadini stranieri fornendo una più adeguata risposta ai bisogni basata su una comprensione attendibile delle necessità e su un consapevole accesso ai servizi da parte degli immigrati. La formazione fatta nel corso di questi ultimi anni ha permesso di conoscere meglio i loro bisogni, la loro sofferenza legata a difficoltà di integrazione, il dolore per il distacco dai figli, la loro solitudine. Particolare attenzione merita la giornata di formazione sul fenomeno della tratta e sulla definizione degli indicatori per il riconoscimento della condizione di vittima.

Nel 2008 vi è stata la realizzazione della "Sperimentazione di un'attività di consulenza psicologica transculturale alle donne migranti in difficoltà afferenti ai Consultori Familiari dell'ASL Provincia di Milano 3", gestita dalla Cooperativa Crinali di Milano, all'interno di un progetto più ampio che ha come capofila l'"Associazione Mosaico Interculturale onlus" e che prevede la presenza delle mediatrici linguistiche e culturali nei Consultori Familiari.

Per quanto riguarda le attività offerte dal Consultorio Familiare è da sottolineare che la collaborazione con tale associazione ha permesso di rispondere alle richieste di donne straniere in maniera adeguata nel rispetto della loro cultura.

6.6.7 La percezione dell'immigrato

Il gruppo di lavoro, soprattutto per quanto riguarda la componente tecnica dei Comuni, sottolinea l'emergenza di un diffuso atteggiamento di paura di fronte agli immigrati, di preoccupazione per il mantenimento del lavoro, della cultura, della religione e l'emergenza di un clima di maggiore chiusura e tensione sociale riguardo alla popolazione immigrata rispetto allo scorso triennio.

Si ritiene utile studiare maggiormente il fenomeno per valutare se le percezioni registrate dai componenti del sottogruppo abbiano riscontro nella realtà. Le uniche informazioni a disposizione, infatti, riguardano il livello nazionale. Non si ha, dunque, un panorama specifico sul distretto di Carate o sulla Provincia di Monza e Brianza, territori caratterizzati da peculiarità rispetto alla dimensione nazionale.

A titolo di esempio, si consideri che un sondaggio risalente a novembre 2008 condotto da Ipsos PA-Corriere della Sera su un campione rappresentativo della popolazione italiana per fotografare l'atteggiamento degli italiani nei confronti degli stranieri che vivono in Italia, ha rilevato che l'85% degli italiani non vuole altri immigrati in Italia e il 54% ritiene che gli immigrati in Italia siano troppi e sia necessario ridurre il numero; mentre per il 31% sono molti, ma non troppi, e basterebbe fermare i nuovi arrivi. L'inchiesta evidenzia poi che il 51% degli italiani pensa che gli immigrati abbiano abbastanza diritti. Se, per il 21% i diritti devono rimanere come sono ora, per il 30% devono essere ristretti. Dal sondaggio risulta, inoltre, che i meno tollerati tra gli immigrati sono romeni e albanesi.

Il rapporto della Commissione Libertà Pubbliche del Parlamento Europeo (settembre 2008) ha osservato che sono in aumento episodi di intolleranza a livello nazionale anche violenti, amplificati dai media che drammatizzano il fenomeno esasperando la tensione sociale. La commissione ha rilevato un senso di disagio e di insicurezza che sembra propagarsi nella vita quotidiana dei cittadini italiani e stranieri. Ha registrato, infine, un aumento degli episodi di xenofobia e razzismo, alcuni dei quali caratterizzati da forte violenza.

Sono interessanti, infine, i risultati emersi dall'indagine campionaria europea curata da Demos, laPolis e Pragma (per Intesa Sanpaolo) – ottobre 2008: l'Italia è il Paese europeo (tra Francia, Germania, Regno Unito, Polonia, Repubblica Ceca, Romania, Ungheria) in cui l'allarme suscitato dagli stranieri è più forte, relativamente alla sicurezza e all'ordine pubblico. Infatti, gli immigrati sono una minaccia per l'ordine pubblico e la sicurezza per il 50,7% degli italiani, a fronte del 21,6% dei francesi e del 29,2% dei tedeschi. Al tempo stesso, i "pregiudizi positivi" si attestano su livelli più bassi. Meno della metà della popolazione accetta l'immagine degli immigrati come "risorsa dello sviluppo" oppure "fattore di apertura culturale" mentre negli altri paesi la percentuale oscilla fra il 50% e il 70%. L'Italia, in particolare, è il paese in cui tutti gli indici di allarme sono cresciuti maggiormente, negli ultimi anni, alimentando un clima di paura.

GLI ATTEGGIAMENTI SULL'IMMIGRAZIONE

Ora le illustrerò alcune opinioni su temi molto attuali. Mi può dire quanto si sente d'accordo con ciascuna di esse? (percentuali, al netto delle non risposte, di persone che si sono dette "molto" o "moltissimo" d'accordo)

	ITA	FRA	GER	UK	POL	CZE	HUN	ROM
Gli immigrati sono un pericolo per la nostra cultura, la nostra identità e la nostra religione	35.1	22.0	25.7	33.5	37.2	42.8	52.6	19.2
Gli immigrati costituiscono una minaccia per l'occupazione	36.7	25.8	36.3	47.7	50.3	61.4	75.0	32.0
Gli immigrati sono una minaccia per l'ordine pubblico e la sicurezza delle persone	50.7	21.6	29.2	36.5	40.1	66.3	63.9	27.4
Gli immigrati sono una risorsa per la nostra economia	46.5	59.3	61.7	73.1	29.5	45.8	59.7	57.4
La presenza degli immigrati favorisce la nostra apertura culturale	46.3	69.8	69.1	70.7	58.9	38.7	52.7	53.7

Fonte: Demos-LaPolis per Intesa Sanpaolo (ottobre-novembre 2007, 8437 casi)

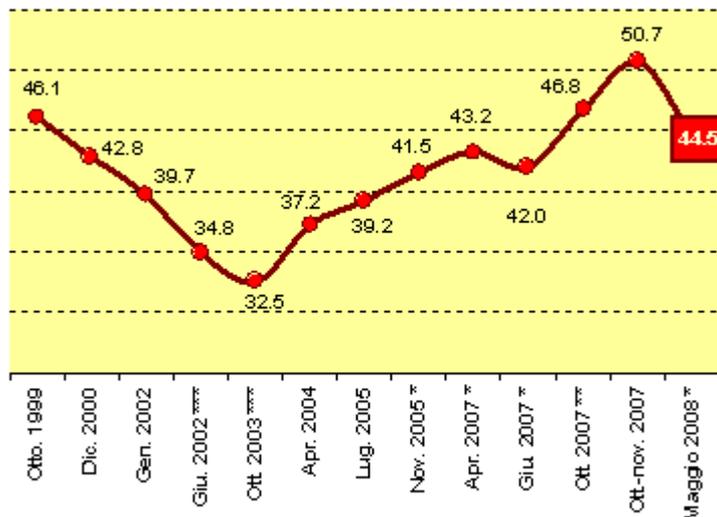
Un aspetto particolare riguarda il fatto che le zone dove si registrano i maggiori indici di integrazione sono proprio quelle dove l'immigrazione ha assunto proporzioni più ampie: il Veneto, la Lombardia, il Friuli Venezia Giulia.

Tra i quattro paesi dell'Europa occidentale inclusi nell'indagine, l'Italia è il contesto in cui la paura generata dalla presenza straniera tocca i massimi livelli: già nel 1999, il peso di quanti associavano immigrazione e criminalità aveva raggiunto il 46%: il dato più alto su scala continentale. Nella fase successiva, l'atteggiamento degli italiani si è prima "normalizzato", per poi subire una nuova inversione di rotta. Oltre il 50%, nell'autunno del 2007, afferma di vedere negli immigrati un pericolo per la sicurezza, e la rilevazione più recente fa segnare un valore di poco inferiore (45%, nel 2008).

**IMMIGRAZIONE E SICUREZZA IN ITALIA**

Ora le illustrerò alcune opinioni su temi molto attuali. Mi può dire quanto si sente d'accordo con ciascuna di esse? (percentuali, al netto delle non risposte, di persone che si sono dette "molto" o "moltissimo" d'accordo)

Gli immigrati sono una minaccia per l'ordine pubblico e la sicurezza delle persone



* Indagini Demos per Coop - Osservatorio sul Capitale Sociale

** Indagine Demos per Fondazione Unipolis

*** Indagini Demos-Eurisko (popolazione 18 anni e più)

Fonte: Demos-LaPolis per Intesa Sanpaolo (ottobre-novembre 2007, 8437 casi)

6.6.8 I bisogni emersi

I bisogni rilevati dal gruppo di lavoro sulla base dell'analisi di contesto, sono quelli legati alla prima fase di insediamento ma anche quelli relativi al ricongiungimento familiare e in generale al percorso di stabilizzazione. In particolare:

- Necessità di una maggiore attenzione alle donne immigrate sotto diversi aspetti (qualificazione professionale, rapporto con la scuola, accesso ai servizi, alfabetizzazione, maltrattamento) tenendo conto delle specificità delle diverse etnie.
- Necessità di creare un terreno culturale fertile relativamente all'inclusione e all'intercultura, in particolare necessità di rafforzare le capacità di accoglienza ed integrazione del territorio.
- Sostenere gli stranieri sulla dimensione abitativa. Due sono gli aspetti su cui porre attenzione: da una parte quello dell'accesso al credito (prevedendo ad esempio una forma di garanzia) visto che aumenta il numero di immigrati che acquistano una casa; dall'altra quello del sostegno all'affitto nel libero mercato (soprattutto nel momento d'avvio, nel momento dell'intermediazione e quando è necessario anticipare alcune mensilità). Migliorare l'offerta abitativa a sostegno dei singoli o dei nuclei familiari che abbiano un progetto di permanenza a lungo termine sul distretto.
- Prevedere azioni di sostegno sul versante lavorativo, soprattutto sul tema dell'irregolarità.
- Necessità di un maggior coinvolgimento degli immigrati nei luoghi e negli spazi di discussione sulle politiche di inclusione e di partecipazione. Partendo dal presupposto che gli immigrati sono anche una risorsa per il territorio in cui vivono, sotto diversi punti di vista



(secondo Unioncamere hanno contribuito nel 2007 al Pil per il 9%, senza contare le rimesse, cioè il denaro inviato nel paese d'origine - circa 1,2 miliardi di euro in Lombardia nel 2007- gli immigrati pesano sulla spesa sociale del distretto, per interventi specifici, di solo il 1%; contribuiscono all'apporto occupazionale netto) il gruppo di lavoro ritiene che sia importante prevedere uno spazio di coinvolgimento per avviare un processo reale di integrazione.

- Necessità di valorizzare gli immigrati come risorsa per l'inclusione degli stranieri stessi. L'osservazione nasce dalla constatazione che, come si è visto sopra, gli stranieri sono sempre più radicati sul territorio e sempre più integrati: secondo l'indagine campionaria ISMU emerge che il livello di integrazione che tiene conto di diversi aspetti quali regolarità, lavoro, abitazione è pari a 0,487 (il valore va da 0 a 1) e pone la Provincia di Monza e Brianza centralmente rispetto alla graduatoria regionale.
- Potenziare i servizi di informazione ed orientamento dei cittadini stranieri.
- Rafforzare l'intervento di mediazione culturale per favorire la positiva integrazione dei minori e quindi del loro nucleo familiare in ambito scolastico e sociale.
- Necessità di interventi a sostegno del reddito.
- Necessità di rendere maggiormente fruibili le risorse pubbliche e del privato sociale presenti sul territorio.

6.6.9 Le Risorse del territorio

Al di là delle normative a livello nazionale, sono gli interventi locali ad incidere in modo determinante sull'inclusione sociale degli immigrati. Va sottolineato che, ad eccezione dei due servizi distrettuali finanziati ex-leggi di settore, gli interventi sono piuttosto frammentati.

Riconoscere le differenze per arricchirsi: servizio che favorisce l'inserimento scolastico dei minori con interventi di facilitazione linguistica e mediazione culturale. E' rivolto alle scuole elementari e medie (escludendo Lissone che attua autonome progettazioni). Il distretto, tramite il proprio **sportello** ha effettuato nel 2008, 20 interventi su casi singoli per complessive 398 ore operatore (tra mediatori culturali e facilitatori linguistici) ed attivato 10 laboratori con piccoli gruppi utilizzando ulteriori 570 ore di intervento. Il tutto a favore di 63 minori. Sono state effettuate, inoltre, 43 consulenze ad insegnanti, attivati 4 corsi formativi a cui hanno aderito 64 insegnanti ed organizzato una mostra interculturale visitata da 461 bambini.

Infine, si sta predisponendo un protocollo operativo che regoli i rapporti tra scuola, comuni e sportello interculturale al fine di disciplinare i reciproci impegni.

Il Comune di Lissone ha mantenuto un proprio servizio di facilitazione linguistica e mediazione culturale nelle scuole del territorio comunale, con due professionisti dedicati. E' coinvolto nel progetto distrettuale per quanto riguarda la formazione e le iniziative una tantum.

Cesis - Centro servizi immigrati stranieri – Brianza: si tratta di sei sportelli distribuiti sul territorio che si occupano di fornire informazioni, orientamento e supporto in merito alle questioni burocratiche e legali inerenti l'immigrazione. Il servizio, gestito dalla Cooperativa Monza 2000, è in rete con gli enti pubblici comunali e non e del privato sociale. Nell'anno di attività 2007/2008, gli sportelli ubicati a Besana, Carate, Lissone, Sovico, Triuggio, Verano, hanno registrato 1.562 accessi da parte di cittadini stranieri, italiani e/o stranieri non regolari, per un totale di 2.342 quesiti. Rispetto all'anno 2003 si registra un aumento di



utenza del 422% (il valore è quintuplicato), segnale di riconoscimento da parte della cittadinanza dell'utilità del servizio.

Lo sportello, oltre all'attività di front office e back office, si occupa di incontrare i servizi dei Comuni, di partecipare a feste ed iniziative sul territorio (es. Festa dei Popoli), di realizzare serate informative e guide informative relativamente alle modifiche legislative in materia di immigrazione, di realizzare incontri di formazione per operatori dei servizi sociali comunali.

Buoni immigrazione e buoni fragilità: i Comuni erogano buoni sociali finanziati con risorse comunali e con il Fondo Nazionale Politiche Sociali soprattutto a sostegno del reddito. Nel 2009 sono stati introdotti anche buoni sociali per le famiglie che si avvalgono di una badante, a patto che questa sia provvista di regolare contratto di lavoro (cfr paragrafo 6.2).

Corsi di italiano: nei Comuni di Albiate, Carate, Lissone, Macherio, Renate e Sovico per l'anno scolastico 2008/2009 si sono svolti corsi di italiano per stranieri, in alcuni casi gestiti da associazioni, in altri casi organizzati dalla Scuola Civica, in altri ancora sono stati realizzati direttamente dal Comune eventualmente in collaborazione con volontari.

Doposcuola minori: in tutti i Comuni del distretto ad eccezione di Sovico, Triuggio e Verano sono state organizzate attività di doposcuola aperte anche ad alunni stranieri. Anche in questo caso le modalità di gestione e di realizzazione sono molto differenziate da territorio a territorio.

Oltre alle azioni realizzate dagli enti comunali, vi sono sul territorio, come già segnalato, i servizi socio-sanitari (in particolare il consultorio) e le iniziative di associazioni ed enti del Terzo Settore (es. sportelli d'ascolto Caritas).

6.6.10 Le proposte di intervento

Per quanto riguarda l'area immigrazione e politiche di inclusione, il gruppo di lavoro suggerisce le seguenti possibili proposte di intervento per il triennio 2009-2011:

A) Messa in rete delle informazioni relative a servizi ed iniziative rivolte a cittadini stranieri (obiettivo di integrazione e costruzione di rete)

Il Tavolo Adulti propone di realizzare un vademecum che raccolga tutte le informazioni sui servizi e sulle iniziative di qualsiasi genere esistenti rivolte ai cittadini immigrati e promosse dai Comuni (es. corsi di italiano, doposcuola, contributi economici, sportelli Cesis...), dal Distretto socio-sanitario (es. cure garantite con STP, consultorio, pediatri...), dal privato sociale (es. sportelli d'ascolto). Il documento dovrebbe essere uno strumento utile sia per gli operatori a contatto con l'utenza straniera (per migliorare le loro conoscenze specifiche sulle risorse esistenti) che per gli stranieri. Può essere da occasione affinché si dia avvio ad un maggior coordinamento tra le iniziative proposte e finanziate (soprattutto in ambito comunale) in modo da evitare sprechi e sovrapposizioni. Infine può essere uno strumento attraverso il quale facilitare l'orientamento e l'utilizzo delle risorse e dei servizi da parte degli stranieri stessi (in questo senso sarebbe auspicabile che la guida sia tradotta in più lingue).



B) Mantenere e rafforzare la rete dei servizi a sostegno della donna immigrata (obiettivo di studio – attivazione interventi)

Il tavolo adulti ha individuato le donne immigrate come destinatarie di particolare attenzione, suggerendo pertanto di mantenere e rafforzare la rete dei servizi che la sostengano (alfabetizzazione, socializzazione, emancipazione). Inoltre propone di sollecitare i gestori dei servizi esistenti (sia pubblici che privati) a prevedere specifiche modalità di approccio ed intervento nei confronti delle donne e della loro appartenenza culturale.

C) Prevedere azioni specifiche per il supporto delle assistenti familiari (obiettivo di costruzione di rete e di strutturazione servizio)

Il Tavolo adulti ritiene utile prevedere corsi di formazione rivolti alle assistenti familiari (coerenti con il modello provinciale e regionale per quanto riguarda moduli, struttura e contenuti), dislocati sul territorio in modo tale che siano accessibili anche da coloro che non sono automunite. Inoltre suggerisce di prevedere sportelli di incontro tra domanda ed offerta con valutazione delle competenze delle badanti. Su queste proposte cfr. Paragrafo su Anziani.

D) Ampliare la partecipazione al Tavolo immigrazione (obiettivo di costruzione di rete)

Il Tavolo adulti ritiene importante sollecitare la partecipazione degli enti di terzo settore che si occupano della tematica dell'immigrazione al Tavolo di lavoro così che sia possibile integrare l'analisi del problema con un ulteriore osservatorio ed un ulteriore punto di vista indispensabile.

E) Interventi a sostegno delle problematiche abitativa e lavorativa (obiettivo di integrazione)

Sostenere gli immigrati sulle problematiche inerenti **casa e lavoro** (si vedano sezioni apposite dedicate alle problematiche specifiche).

F) Sviluppo degli sportelli Cesis (obiettivo di strutturazione servizio)⁵¹

Mantenere e rafforzare gli sportelli Cesis (Centro Servizi Immigrati Stranieri) gestiti dalla cooperativa Monza 2000, riconosciuti sia dagli utenti che dagli operatori quali punti di riferimento sul territorio in relazione alla conoscenza degli elementi burocratici, legali e di orientamento.

G) Sviluppo servizio Riconoscere le differenze per arricchirsi (obiettivo di strutturazione servizio)⁵²

Mantenere ed ampliare gli interventi di facilitazione e mediazione culturale nelle scuole a supporto dell'inserimento scolastico dei minori e adolescenti. In particolare, pensare ad interventi prolungati nel tempo (eventualmente a pagamento) con la possibilità di mantenere lo stesso mediatore. Su questo cfr paragrafo 6.1.7.

⁵¹ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea ei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)

⁵² questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea ei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)



H) Partecipazione degli immigrati ai tavoli di lavoro (obiettivo di costruzione di rete e obiettivo di studio)

Il Tavolo adulti suggerisce di coinvolgere gli immigrati quali interlocutori all'interno del Tavolo stesso – sottogruppo immigrazione/politiche di inclusione. Ritiene importante individuare opinion leader all'interno dei diversi gruppi etnici presenti sul territorio, riconosciuti dai gruppi di appartenenza, in modo da costruire proposte di azioni e progetti condivisi e non "calati dall'alto" e predefiniti da altri attori.

I) Progetti di mutuo aiuto tra immigrati (obiettivo di costruzione di rete e obiettivo di studio)

Ipotizzare progetti di accoglienza dei nuovi migranti in cui siano gli stranieri stessi, già residenti, a fare da facilitatori in un'ottica di **mutuo-aiuto**.

L) Maggiore rete tra gli attori che si occupano di immigrazione (obiettivo di integrazione socio-sanitaria)

Confronto tra i vari Servizi: Comuni, UdP CESIS, MOSAICO, consultorio ed eventuali altre realtà territoriali che si occupano di emigrazione e nuove povertà al fine facilitare la risposta alle varie richieste dell'utente, ridurre l'isolamento e la marginalità culturale.

M) Attivare azioni per migliore rapporto tra operatori e utenti stranieri (obiettivo di integrazione socio-sanitaria)

Favorire la comunicazione tra operatori e cittadini stranieri per facilitare l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie attraverso un abbattimento delle barriere linguistiche, sociali e culturali.

6.7 Focus III: Integrazione politiche sociali e politiche del lavoro

(a cura di Veronica Borroni e Marina Fumagalli)

La crisi, originata negli Stati Uniti dal mercato dei mutui immobiliari nell'estate del 2007 e propagatasi agli altri settori finanziari a livello del mercato mondiale, ha interessato l'economia reale di tutti i paesi industrializzati dove si registra attualmente un complessivo peggioramento del quadro congiunturale.

La dimensione globale della recessione e la rapidità con cui si espansa ha inevitabilmente coinvolto la Lombardia e le sue realtà locali, sebbene il mercato del lavoro della Regione continui a versare in condizioni migliori rispetto al complessivo panorama italiano. L'estensione del fenomeno è di tale portata che, allo stato attuale, non sembrano intravedersi inversioni di tendenza nemmeno per una regione leader come la Lombardia⁵³ che forse, per caratteristiche tecnologiche e specializzazione produttiva potrebbe risentirne in modo particolare.

Rispetto all'analisi condotta sull'area nel precedente piano di zona, quindi, alcuni fenomeni sembrano aggravarsi e si assiste al passaggio:

- da una situazione di stagnazione ad una di recessione;
- da una flessibilizzazione del mercato del lavoro, ad una precarizzazione dello stesso ed ad un forte aumento della disoccupazione soprattutto giovanile;
- da una fatica nell'inclusione delle fasce deboli a fenomeni di loro espulsione.

I bisogni evidenziati dal tavolo adulti sul piano di zona precedente (sintetizzati nella tabella seguente) rimangono, dunque, dove ancora non soddisfatti, confermati e in quanto tali verranno ripresi nell'area "proposte di intervento".

	Bisogno obiettivo evidenziato dal piano di zona	Azioni attivate	Grado di raggiungimento
Area lavoro	Necessità di maggior connessione tra iniziative di formazione inserimento lavorativo	Coordinamento PdZ piani formazione provinciali	☺
	Necessità di percorsi di gestione del sistema	Oggetto tavolo adulti 2008	☺
	Necessità di ampliare la base occupazionale delle categorie deboli	Adesione protocollo coop B e capitolati sociali	☺
	Necessità di sostenere l'occupazione femminile	=	☹
	Necessità di uniformare e potenziare i Sil	Ritiro delega – unificazione Sil – revisione protocollo SIL	☺
	Necessità di attivare maggiormente i progetti di accompagnamento	Preliminari per Accordo centro diurno Monza	☺

☺	Obiettivo raggiunto
☺	Obiettivo in corso di raggiungimento o parzialmente raggiunto
☹	Obiettivo non raggiunto

Facciamo fin d'ora presente, però, che la frantumazione ulteriore, avvenuta in questi anni, rispetto agli interlocutori dei diversi Comuni per ciò che attiene le politiche attive del lavoro,

⁵³ Intervista a Giuseppe Fontana, presidente della Confindustria Lombardia, in Il Sole-24 Ore Lombardia "Ora interventi rapidi", p. 3.



non facilita, nel difficile panorama presente, un'auspicabile sinergia tra i diversi attori del settore.

6.7.1 Dalla stagnazione alla recessione

6.7.1.1 Italia

In Italia, dove si erano registrati segnali di debolezza già alla fine del 2007, nel terzo trimestre 2008 il Pil si è ridotto dello 0,5 per cento rispetto al trimestre precedente, dopo il risultato già negativo del secondo (-0,4).

La crisi finanziaria si è estesa all'economia reale inizialmente per effetto del deterioramento della domanda estera che si è riflesso nella sensibile riduzione rispetto al trimestre precedente delle esportazioni (-1,6%) e degli investimenti in macchinari (-3,5%) e mezzi di trasporto (-2,2%).

Gli investimenti in costruzioni si sono contratti per il secondo trimestre consecutivo.

La domanda interna è in calo, in particolare i consumi privati restano deboli. Nonostante l'inflazione calante che ha contenuto la perdita di valore reale delle retribuzioni nell'ultima parte del 2008 le aspettative delle famiglie sono per lo più orientate al pessimismo.

Le stime ISTAT disponibili per il quarto trimestre 2008 indicano un peggioramento del quadro economico - il PIL diminuisce dell'1,8% rispetto al trimestre precedente. Anche nel settore industriale si verifica un forte peggioramento: l'indice della produzione industriale nel quarto trimestre scende del 7,5% a livello congiunturale e del 10,2% a livello tendenziale (corretto per i giorni lavorativi) con un picco del 14,3% a dicembre. Per quanto riguarda la produzione dei beni di consumo, negli ultimi mesi del 2008 si registra una forte discesa del settore automobilistico: la produzione di veicoli nel mese di dicembre ha accusato un calo del 48,9%.

Come per il resto dell'area euro la fiducia degli imprenditori è scesa ai minimi storici.

Con riferimento ai dati annuali l'ISTAT ha recentemente rivisto la stima preliminare del Pil relativa al 2008 da -0,9 per cento a -1 per cento rispetto al 2007, il valore peggiore dal 1975.

Dal lato dei prezzi l'inflazione è cresciuta fino all'estate (+4,2 l'indice armonizzato dei prezzi al consumo nel mese di agosto rispetto allo stesso mese dell'anno precedente) per poi ridursi progressivamente nel corso del 2008 e all'inizio del 2009 (+1,4 % a gennaio, +1,5 il dato provvisorio di febbraio).

6.7.1.2 Lombardia

Nel territorio lombardo nel quarto trimestre 2008 la produzione industriale⁵⁴ registra un calo tendenziale del 6,0%. Nel confronto con il trimestre precedente i livelli produttivi registrano un peggioramento della contrazione (-4,1% la variazione congiunturale). I dati sulla produzione per classe dimensionale risultano omogenei sia come segno sia come intensità della variazione. Le medie imprese (da 50 a 199 addetti) conseguono il risultato più negativo (-6,4%), seguite dalle grandi (con più di 200 addetti) con un -6,1% e dalle piccole (da 10 a 49 addetti) con un -5,5%. Relativamente al fatturato le grandi imprese registrano il dato meno negativo (-6,0%), mentre le medie e le piccole registrano variazioni negative oltre il -7%.

I segnali di rallentamento del quarto trimestre 2008 risultano diffusi a quasi tutti i settori, con riduzioni dei livelli produttivi che vanno dal -8,6% del tessile al -3,9% delle pelli-calzature. Il legno segna un rallentamento del 8,1% e una perdita della forza lavoro del

⁵⁴ Unioncamere Lombardia

1,23%. Solo il settore degli alimentari riesce a rimanere positivo, con una variazione tendenziale del +0,8%.

L'indice della produzione industriale lombarda prosegue nel trend negativo scendendo a quota 100,4. Rispetto al trimestre precedente la produzione registra una contrazione (-4,1% congiunturale destagionalizzato), come anche rispetto al quarto trimestre 2007 (-6,0% tendenziale). Nel corso del 2008 la variazione tendenziale dell'indice si è progressivamente spinta nel quadrante negativo passando da -0,5% del primo trimestre al -6,0% di fine anno. Anche la variazione congiunturale è rimasta negativa per tutto l'anno, ed ha accelerato la caduta dal -0,4% del primo trimestre al -4,1% del quarto.

La produzione delle aziende artigiane⁵⁵ chiude l'anno con una perdita del 7,2% nel quarto trimestre, che porta la media annua del 2008 al -4,4%.

6.7.1.3 Provincia di Milano e Brianza⁵⁶

Il terzo trimestre 2008 ha confermato che tutti i settori manifatturieri della Brianza hanno risentito della situazione di crisi generale. La variazione tendenziale dell'indice della produzione industriale riportava segno meno, anche se con una variazione negativa più contenuta (-1,07% a fronte dello scorso -2,35%).

Le imprese della Brianza dimostravano una relativa tenuta, che è, però, andata peggiorando dopo il periodo estivo e si è ulteriormente aggravata con lo scoppio della crisi finanziaria.

Nel quarto trimestre 2008 accelera la dinamica economica negativa della produzione industriale: la variazione tendenziale dell'indice della produzione industriale in Brianza continua ad avere segno meno, rafforzando il suo andamento negativo che raggiunge il -5,76%, in linea con la media lombarda del -6%.

L'andamento della variazione tendenziale del fatturato totale è in linea con la contrazione della produzione delle imprese nel trimestre e, per la prima volta nel corso del 2008, assume segno negativo raggiungendo ben il -5,97%.

Nel confronto tra le Province lombarde, l'andamento del IV trimestre 2007 rispetto al IV trimestre 2008 indica quale caratteristica peculiare del territorio di Monza una variazione % tendenziale del fatturato interno in forte decrescita (-10,65%) e un incremento minimo del fatturato estero, pari allo 0,18% - situazione che desta preoccupazione data la forte incidenza dell'esportazione sull'economia brianzola. Nel complesso, comparando il IV trimestre 2008 e il IV trimestre 2007 la provincia di Monza segna una variazione negativa del 5,8% del fatturato interno⁵⁷.

Sono, soprattutto, le commesse a destare le preoccupazioni maggiori, anche in termini di ripercussioni sull'andamento di produzione e fatturato dal momento che, alla fine del trimestre il portafoglio ordini si attesta a 39,07 giorni.

6.7.2 Precarizzazione e disoccupazione

6.7.2.1 Italia

In relazione al mercato del lavoro italiano, i dati della rilevazione continua delle forze di lavoro relativi al terzo trimestre 2008 evidenziano una crescita occupazionale sempre meno sostenuta ed interamente attribuibile alla dinamica dell'occupazione straniera.

Nel terzo trimestre del 2008 il numero di occupati è risultato pari a 23.518 mila unità, con una crescita su base annua dello 0,4% (+101mila unità), in forte rallentamento rispetto alle precedenti rilevazioni; rispetto al trimestre precedente la crescita è quasi nulla. Per la

⁵⁵ Fonte Unioncamere Lombardia

⁵⁶ "Analisi congiunturale trimestrale. L'andamento economico dell'industria in Brianza", realizzata congiuntamente dalla Camera di Commercio di Monza e Brianza e da Confindustria Monza e Brianza;

⁵⁷ Fonte Unioncamere Lombardia.



componente di nazionalità italiana si registra dunque, in termini assoluti, una riduzione di 184mila occupati.

Il tasso di occupazione della popolazione tra 15 e 64 anni diminuisce, rispetto a un anno prima, di un decimo di punto, portandosi al 59,0%, un valore ancora lontano dagli obiettivi di Lisbona (70%).

Il numero delle persone in cerca di occupazione ha raggiunto, nel 3° trimestre del 2008, le 1.527mila unità con una crescita del 9% rispetto al periodo corrispondente del 2007 (+127mila unità),

Il tasso di disoccupazione è aumentato di mezzo punto percentuale rispetto al terzo trimestre 2007 portandosi al valore del 6,1%, (maschi 4,9%, femmine 7,9%).

Nei primi due mesi del 2009 sono 370.561 i lavoratori hanno fatto richiesta all'Inps per l'indennità di disoccupazione, il 46,13% in più rispetto a gennaio-febbraio del 2008 (253.578 domande).

Il risultato migliore in termini di dinamica occupazionale si registra nel Nord (+1,3%, +151mila), confermata anche nel settore nord-occidentale dove i dati occupazionali testimoniano una situazione migliore rispetto alla media del paese. Da notare, comunque, anche nel Nord-ovest il trend negativo dei livelli occupazionali innescatosi a partire dal terzo trimestre 2008.

Occupati per area geografica e per sesso (variazioni tendenziali percentuali) nel Nord-Ovest

	VARIAZIONI TENDENZIALI OCCUPAZIONE					
	M		F		TOT	
	Nord ovest	Italia	Nord ovest	Italia	Nord ovest	Italia
2004	1,6	0,6	0,8	1,0	1,2	0,7
2005	1,6	0,9	0,9	0,5	1,3	0,7
2006	1,0	1,5	2,9	2,5	1,8	1,9
2007	0,7	0,8	1,0	1,3	0,8	1,0
1° trim 08	0,2	0,6	0,1	2,7	1,0	1,4
2° trim 08	1,2	0,4	2,1	1,4	1,5	1,2
3° trim 08	1,0	-0,2	1,0	1,4	1,0	0,4

(ISTAT, Rilevazione Continua sulle Forze di Lavoro)

Nonostante il numero degli occupati a tempo pieno rimane pressoché stabile, i sintomi della crisi si colgono nella forte diminuzione del tasso di occupazione maschile che è calato, in un anno, dal 71,3% al 70,7%.

Da sottolinearsi l'aumento del tasso di disoccupazione che è risultato maggiore per gli uomini che per le donne (nel Nord pari al 3,4%).

Di rilievo è anche il dato relativo alle dinamiche del tipo di rapporto di lavoro che registra un incremento del lavoro dipendente a tempo determinato nell'industria (+4,4%), nel Nord (+5,7%) e tra gli uomini (+5,0%).

Sul fronte del lavoro dipendente a tempo indeterminato, risulta particolarmente marcata la crescita del lavoro part-time (+6,0%, +116 mila).

Sebbene la forte incidenza della crisi sull'occupazione maschile sia parzialmente spiegabile con elevato tasso occupazionale proprio della categoria, non può negarsi la sintomaticità del trend negativo dell'occupazione della classe lavorativa più forte, accompagnato da un aumento di contratti lavorativi a tempo ridotto ed a scadenza che segnalano un calo delle necessità produttive e sfiducia in prospettive a lungo termine.

L'altro indicatore rivelatore della crisi è il ricorso alla Cassa Integrazione Guadagni da parte delle grandi imprese dell'industria (fonte ISTAT), in aumento dal mese di agosto ed in forte incremento nel mese di novembre, portandosi a circa 50 ore di CIG per mille ore lavorate.

Nel complesso le ore autorizzate di cassa integrazione guadagni (fonte INPS) registrano a gennaio 2009 un notevole incremento rispetto al gennaio 2008 (+109,3%), dovuto principalmente alle ore di CIG ordinaria (+209,3%). Le ore di CIG straordinaria mostra un lieve rialzo rispetto a gennaio 2008 (+8,5%); comunque, nel periodo settembre 2008 – gennaio 2009 sono sostanzialmente stabili rispetto al corrispondente periodo dell'anno precedente. Gli incrementi maggiori si registrano nel Nord-Ovest e nell'area centrale.

6.7.2.2 Lombardia

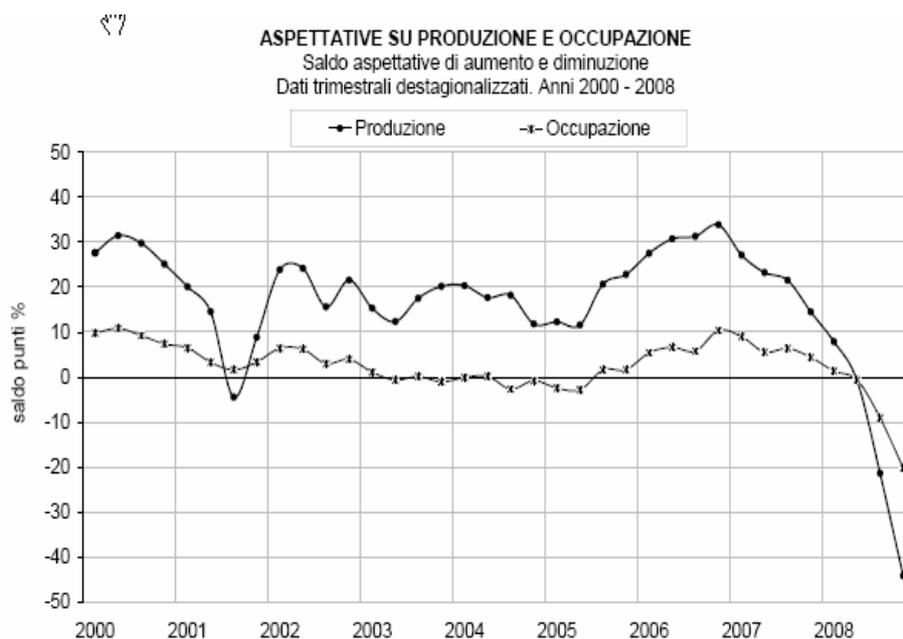
Gli effetti della recessione si ripercuotono anche a livello regionale.

Indicatori occupazionali livello regionale

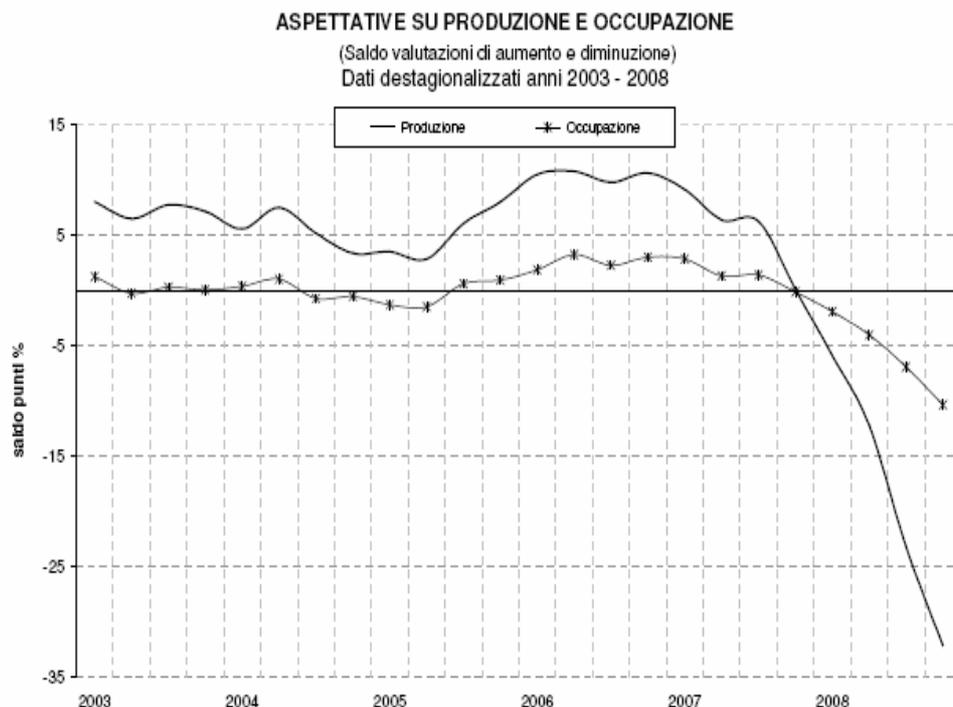
	Tassi (%)		Ricorso alla C.I.G. (%)	
	Saldo industria	Saldo artigianato	quota aziende	quota monte ore
1° trim 2007	0,7	0,4	4,5	0,7
2° trim 2007	0,2	0,1	4,5	1,0
3° trim 2007	-0,2	-0,7	3,8	0,6
4° trim 2007	-0,7	-0,3	4,5	0,7
1° trim 2008	0,1	-0,1	5	1,0
2° trim 2008	0,1	-0,1	6,6	1,2
3° trim 2008	-0,3	-1,4	6,8	1,8
4° trim 2008	-1,2	-1,5	15,8	2,4

Fonte Unioncamere Lombardia

Per il settore industriale, i dati occupazionali di flusso mostrano un tasso di ingresso in rallentamento rispetto ai trimestri precedenti, e inferiore al tasso d'uscita (1,1% contro il 2,3%), che porta ad un saldo negativo (-1,2%). Aumenta significativamente il ricorso alla CIG, con il 15,8% delle aziende che ha dichiarato di aver utilizzato ore di CIG nel quarto trimestre, contro un livello tra il 5% e il 7% nei trimestri precedenti. Anche la quota sul monte ore trimestrale è in aumento, raggiungendo il 2,4%.



Riguardo all'artigianato, nel quarto trimestre 2008 si allarga la forbice tra tassi d'ingresso e tassi d'uscita. Il primo cala al +1,3% dopo aver raggiunto il +2,9% nel secondo trimestre 2007; il secondo rimane al +2,8%, molto vicino al massimo del +3,0% registrato nel terzo trimestre 2007. Il saldo risulta quindi negativo e pari al -1,5%.



In ottica futura, le nuove previsioni regionali⁵⁸ indicano per il 2009 una riduzione del PIL lombardo del -2,3%, seguita da una debole ripresa nel 2010 (+0,6%) e dal ritorno su tassi di crescita più sostenuti nel 2011 (+1,4%).

⁵⁸ Prometeia, Massimo Guagnini Unioncamere Lombardia

La Lombardia è allineata alla media nazionale nel 2009, mentre presenterebbe una ripresa più rapida nel 2010-2011 (PIL Italia +0,3% e +1,1%).

Il trend occupazionale evidenzia un picco del tasso di disoccupazione nel 2009 raggiungendo il 5,2%, dato che si mantiene costante anche nel 2010 nonostante un miglior andamento del P.I.L. i cui effetti benefici si registrano a partire dall'anno successivo che vede un decremento del tasso di disoccupazione al 4%.

Indicatori occupazionali Provincia Milano – Previsioni 2009 - 2010 - 2011

	2008	2009	2010	2011
P.I.L.	-0,6	-2,3	0,6	1,4
Tasso di occupazione	45,2	44,3	44,4	44,6
Tasso di disoccupazione	3,4	5,2	5,2	4

(Fonte: unioncamere)

6.7.3 Provincia di Milano e Brianza⁵⁹

Negli ultimi anni l'economia provinciale ha conosciuto mutazioni che hanno messo in evidenza il problema della "stabilità del posto di lavoro" e la diffusione del lavoro "atipico" per alcune categorie di lavoratori con un crescente ricorso ai contratti di lavoro diversi dal lavoro dipendente a tempo indeterminato: a tempo determinato, a progetto, interinale, collaborazioni. Questo ha lasciato privi di molte tutele - malattia, gravidanza, ferie retribuite e in generale ammortizzatori sociali, garantiti per i lavoratori dipendenti - una quota crescente di lavoratori. L'uso del tradizionale del contratto a tempo indeterminato in provincia di Milano ha conosciuto tra il 2001 ed il 2006 una riduzione di quasi il 12 per cento.

Specularmente sono aumentati i contratti a termine, che sfiorano il 70 per cento del totale dei contratti avviati e la cui quota è cresciuta di oltre il 15 per cento negli ultimi sette anni.

Il ricorso a forme di lavoro atipico ha conosciuto, per la prima volta nel 2006, un timido arretramento contestualmente ad una lieve crescita dei contratti a tempo indeterminato. Si differenzia solo il tempo determinato che ha registrato un incremento nel medesimo anno. Il fenomeno della precarizzazione è emblematicamente evidenziato dal contratto a progetto sia in ordine alla sua diffusione - è utilizzato nel 13,5% dei casi - che alla sua discriminatoria distribuzione:

- per genere: più della metà degli avviati per questa tipologia contrattuale sono donne (52,4% nel 2007).

- per fasce d'età: più di un terzo degli avviamenti riguarda giovani sotto i trent'anni ed una parte rilevante dei lavoratori over 55.

Questi elementi fanno riflettere sulla condizione lavorativa delle giovani donne e degli ultracinquantenni, che faticano a trovare una ricollocazione stabile nel mercato del lavoro.

Una seconda criticità del mercato del lavoro milanese, sempre relativa all'utilizzo di forme di contratto di lavoro atipiche, è connessa al livello delle retribuzioni. Le analisi sulle dichiarazioni dei redditi dei lavoratori che hanno cambiato o trovato impiego negli ultimi anni mettono in evidenza che i contratti dei lavoratori a termine partono da livelli retributivi più bassi rispetto a quelli dei lavoratori dipendenti a tempo indeterminato con qualifiche

⁵⁹ "Analisi congiunturale trimestrale. L'andamento economico dell'industria in Brianza", realizzata congiuntamente dalla Camera di Commercio di Monza e Brianza e da Confindustria Monza e Brianza;

equivalenti, e che sono soggetti a un minor incremento annuo. In altre parole, l'espandersi del lavoro a termine ha portato a un incremento dell'occupazione ma non dei livelli retributivi. Lo confermano i dati dell'Osservatorio INPS sui contribuenti della gestione separata residenti in provincia di Milano, con solo riferimento ai lavoratori parasubordinati e non autonomi e professionisti da cui risulta che più del 50 per cento dei lavoratori parasubordinati percepisce un reddito inferiore a 10.000 euro annui.

Contribuenti parasubordinati per classi di reddito in provincia di Milano. Anno 2007

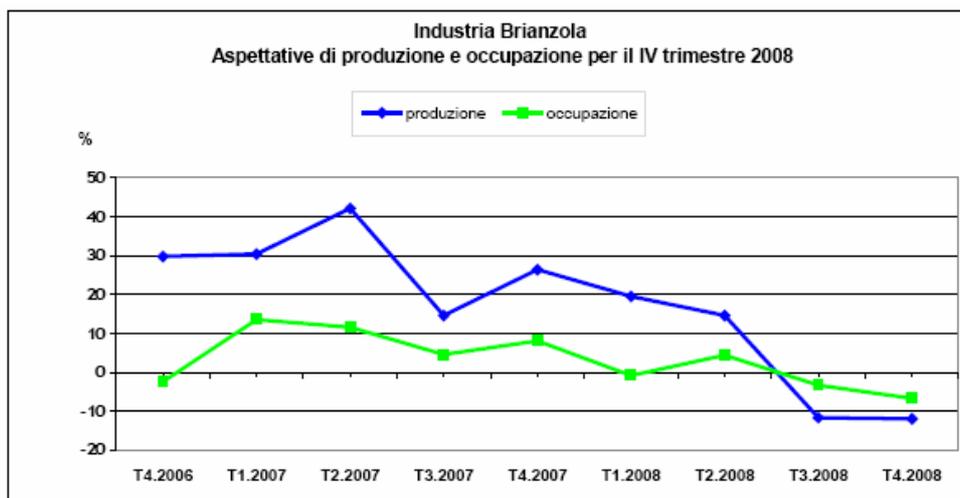
Classi di reddito	V.A.	%
0>499	10.414	6%
500>4.999	49.217	28%
5.000>9.999	28.141	16%
10.000>24.999	43.827	25%
25.000>49.999	23.514	13%
50.000>74.999	8.660	5%
>75.000	10.751	6%
Totale	174.524	100%

Fonte: elaborazioni IRS su dati dell'Osservatorio INPS sui lavoratori Parasubordinati

Anche la lettura del dato sull'occupazione totale evidenzia il momento di stallo del sistema economico ed il generale rallentamento della produzione: da un lato si registra un tasso percentuale di ingresso inferiore a quello in uscita che genera un saldo negativo di -0,69% (comunque leggermente migliore del saldo lombardo pari a -1,2%), dall'altro un incremento delle imprese che ricorrono alla CIG ordinaria.

Le previsioni espresse dagli imprenditori in Brianza per l'immediato futuro rispecchiano la situazione generale di preoccupazione ed instabilità: la maggioranza degli imprenditori si aspetta una diminuzione della produzione anche consistente e prevede instabilità occupazionale.

Saldo % algebrico tra numero imprenditori che attendono incremento/decremento



Fonte: Elaborazione Uffici Studi di CCIAA Monza e Brianza e Confindustria Monza e Brianza (Ottobre 2008)

Nel mese di gennaio 2009 le ore di CIG Ordinaria autorizzate in provincia di Milano sono state 534.658⁶⁰, con un incremento di circa 150 mila ore in più. Il confronto per classe dimensionale mostra che l'aumento rispetto a dicembre 2008 ha riguardato soprattutto le medie imprese, fino ad ora estranee all'incremento del ricorso alla CIG che si è registrato negli ultimi mesi.

Le variazioni tendenziali mostrano che a gennaio 2009 le ore autorizzate sono più che triplicate rispetto a gennaio 2008, e che tali incrementi hanno riguardato tutti i principali settori manifatturieri (ad eccezione ancora dell'alimentare).

Ore di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria autorizzate nel mese dall'apposita Commissione Provinciale (più le eventuali residue dei mesi precedenti)

Settore	2006	2007	2008	gennaio	
				2008	2009
Alimentari e affini	24.228	6.438	12.864	2.085	0
Chimiche e affini ^(*)	131.773	163.286	285.775	18.560	65.088
Meccaniche e metallurgiche ^(*)	1.667.405	676.596	880.891	40.874	214.803
Tessili e abbigliamento	774.003	330.946	573.956	3.868	60.862
Legno	41.012	11.648	27.954	853	24.243
Pelli e cuoio	87.456	64.521	57.119	0	1.856
Materiali da costruzione ^(*)	135.110	95.310	7.365	115	160
Cartarie, poligrafiche, editoriali	340.973	155.369	105.778	11.336	14.508
Altre ^(*)	154.411	122.020	123.450	9.853	4.062
Totale	3.356.371	1.626.134	2.075.152	87.545	385.581
fino a 15 dip.	484.918	299.964	360.248	15.068	32.730
16-49 dip.	963.825	615.261	884.607	47.474	78.761
50-249 dip.	1.090.132	583.002	581.842	22.516	126.735
250 dip. e oltre	817.496	127.907	248.456	2.487	147.355

Numero di addetti (operai e impiegati) per i quali l'apposita Commissione Provinciale ha autorizzato l'intervento della Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria

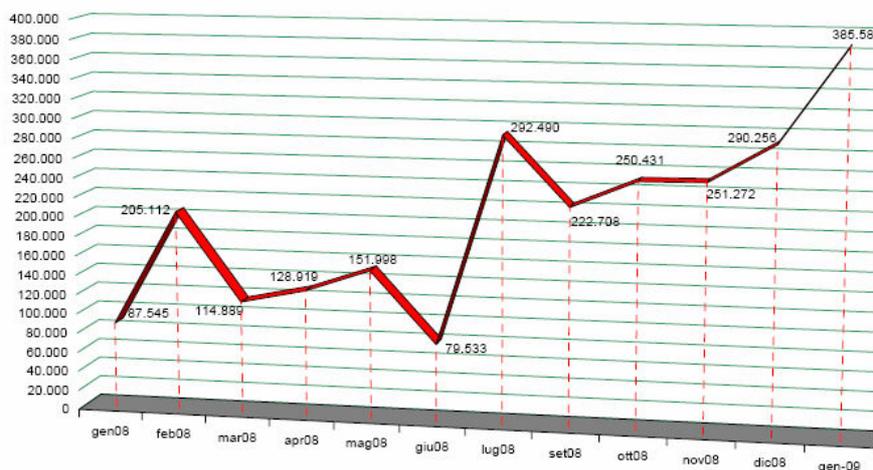
⁶⁰ Fonte INPS



	2006	2007	2008	2008	gennaio 2009
Alimentari e affini	18	5	9	31	0
Chimiche e affini ⁽⁼⁾	126	150	402	81	1.496
Meccaniche e metallurgiche ^(^)	1.559	659	1.090	463	2.574
Tessili e abbigliamento	690	347	526	38	1.275
Legno	99	31	62	26	129
Pelli e cuoio	42	37	39	0	58
Materiali da costruzione ⁽⁺⁾	152	61	18	15	6
Cartarie, poligrafiche, editoriali	252	249	116	128	196
Altre ⁽⁻⁾	302	199	268	292	168
Totale	3.239	1.738	2.530	1.074	5.902
fino a 15 dip.	407	241	291	246	282
16-49 dip.	789	491	789	369	827
50-249 dip.	1.209	680	815	384	2.045
250 dip. e oltre	834	325	634	75	2.748

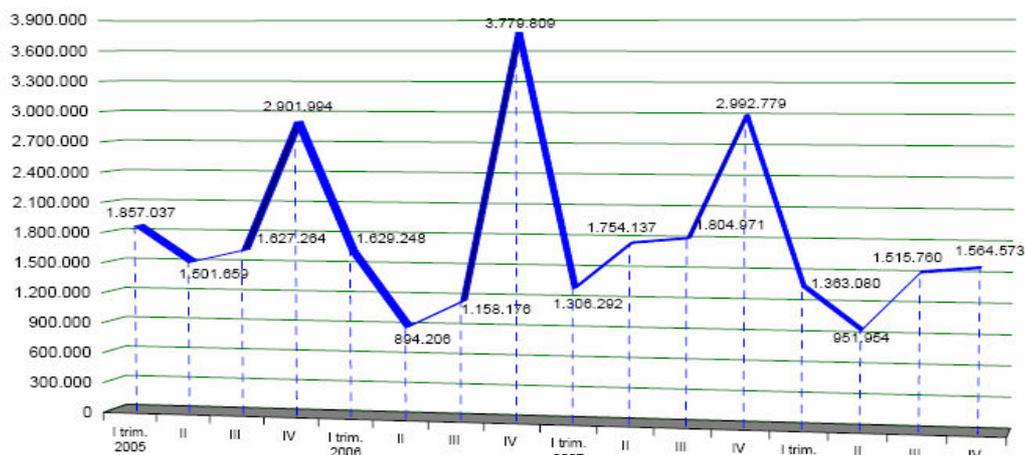
(=) Compresa gomma e materie plastiche (+) Cemento, vetro, ceramica e laterizi (^) Compresi gli installatori di impianti (-) Trasporti, servizi collettivi, spettacolo, ospitalità turismo e industrie varie
(Fonte: Assolombarda)

Andamento mensile CIGO - Ore totali gen08 / gen09



(Fonte: Assolombarda)

Andamento trimestrale GIGS – Ore totali I trim 04/IV trim 08



Fonte: Assolombarda

Dopo il calo registrato a dicembre, a gennaio 2009 i licenziamenti⁶¹ tornano su valori alti e pari precisamente a 509. L'aumento riguarda tutti i principali settori, con l'eccezione questa volta del comparto tessile.

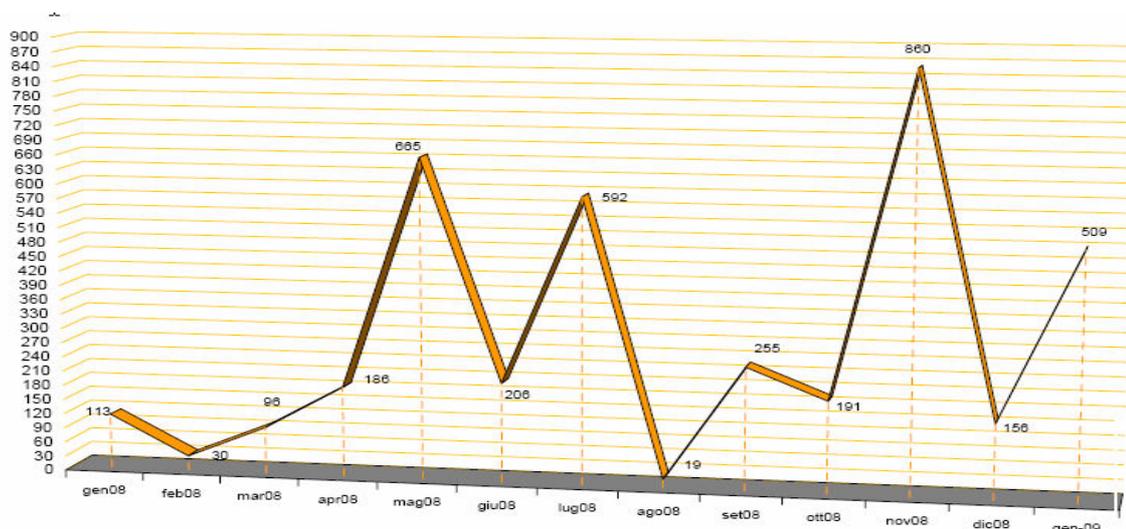
	Licenziamenti richiesti				Licenziamenti concordati o attuati unilateralmente			
	2007	2008	gen 08	gen 09	2007	2008	gen 08	gen 09
Alimentari e affini	295	136	-	40	286	131	-	31
Chimiche e affini ⁽⁼⁾	1.333	1.910	15	262	1.162	1.498	15	257
Meccaniche e metallurgiche ^(*)	1.565	1.542	21	163	1.425	1.399	18	162
Tessili e abbigliamento	82	51	-	-	76	49	-	-
Legno	-	-	-	-	-	-	-	-
Materiali da costruzione ⁽⁺⁾	-	-	-	-	46	61	-	-
Cartarie, poligrafiche, editoriali	56	61	-	-	170	27	-	-
Altre ⁽⁻⁾	231	117	-	70	441	204	-	59
Doppio inquadramento	450	217	80	-	3.606	3.369	80	-
Totale	4.012	4.034	116	535	7.212	6.738	113	509
fino a 15 dip.	239	88	-	-	428	387	-	-
16-49 dip.	481	467	5	18	767	1.146	2	18
50-249 dip.	875	1.303	16	207	2.179	1.791	16	186
250 dip. e oltre	2.374	2.164	95	310	-	-	95	305

(=) Compresa gomma e materie plastiche (+) Cemento, vetro, ceramica e laterizi (^) Compresi gli installatori di impianti (-) Trasporti, servizi collettivi, spettacolo, ospitalità turismo e industrie varie

Fonte: elaborazioni su dati Gruppi Merceologici Assolombarda (dati provvisori)

Numero complessivo di licenziamenti per riduzione del personale - gen08/gen09

⁶¹ I dati sulla CIG (ordinaria e straordinaria) si riferiscono all'intera provincia di Milano, per alcuni settori merceologici mentre il numero di licenziamenti è riferito alle sole vertenze collettive effettuate dalle aziende associate ad Assolombarda.



Fonte: Assolombarda

6.7.4 Fasce deboli⁶²

6.7.4.1 Provincia di Milano e Brianza

A parte quanto rilevato dai componenti del tavolo adulti non vi sono dati specifici relativi all'inserimento lavorativo delle fasce deboli.

L'unico dato che può testimoniare una sempre maggiore selettività del mercato del lavoro attiene ai titoli di studio richiesti per l'inserimento lavorativo.

Dai dati della provincia di Milano emerge come il titolo di studio richiesto dalle imprese sia più elevato rispetto al resto del paese e della regione con ricadute sull'inserimento di alcune fasce "deboli" meno istruite, rispetto a cui Milano esprime una ridotta domanda di lavoro.

Secondo i dati raccolti⁶³, sul totale delle assunzioni nel 2007, la percentuale per la quale era esplicitamente richiesto un titolo universitario è stata nettamente superiore a quella nazionale e regionale. E ciò vale anche per le assunzioni per le quali è richiesto un titolo secondario o post secondario. In aumento anche l'incidenza dei lavoratori con qualifiche elevate anche per i contratti a tempo determinato.

Livello di istruzione segnalato dalle imprese sul totale assunzioni. Anno 2007

	Totale assunzioni 2007 (V.A.)	di cui: (valori %)		
		livello di istruzione segnalato dalle imprese		
		universitario	secondario e post. secondario	qualifica professionale
MILANO	70.000	20,3	41,0	17,3
LOMBARDIA	149.860	13,7	36,7	19,3
NORD OVEST	236.260	12,2	36,6	18,8
TOTALE ITALIA	839.460	9,0	34,9	17,5

Fonte: elaborazioni IRS su dati del sistema informativo Excelsior di Unioncamere

I servizi che si occupano di inserimenti lavorativi hanno testimoniato la maggior difficoltà a effettuare inserimenti lavorativi nel nostro territorio nonché la ricontrattazione o l'espulsione di alcune posizioni inserite in tempi passati.

⁶² "Prendersi cura", IRS, Prima Relazione Sociale della provincia di Milano, 2008.

⁶³ Unioncamere e Osservatorio provinciale



Inoltre sono segnalate come in aumento quelle situazioni sprovviste di solide posizioni lavorative che si ritrovano a metà strada tra una fascia capace di soddisfare le proprie esigenze con i propri mezzi economici facendo ricorso ai servizi a pagamento ed una fascia debole che riesce a mantenersi solo grazie all'accesso a contributi ed agevolazioni pubbliche.

6.7.5 Proposte di intervento

A) Costituzione di un “Fondo Crisi” (integrato pubblico / privato) per sostenere i lavoratori espulsi o penalizzati dal mercato del lavoro (obiettivo di integrazione – strutturazione servizi e interventi)⁶⁴

In sintonia con quanto suggerito anche nell'area delle politiche abitative e di sostegno al reddito, il tavolo adulti propone di istituire un fondo che, in integrazione ad esempio col Fondo Famiglia e Lavoro della Diocesi di Milano, possa sostenere, in questa particolare fase di emergenza, i lavoratori espulsi dal mercato del lavoro e che non possono usufruire degli ammortizzatori sociali, i lavoratori che abbiano esaurito il periodo in cui si possa beneficiare di ammortizzatori sociali e, in forma di prestito, i lavoratori che siano in attesa di ricevere l'erogazione degli ammortizzatori sociali.

L'integrazione con altri tipi di fondi potrebbe avvenire a livello di singolo progetto assistenziale individualizzato ove si tenga conto di ogni possibile tipologia d'aiuto reperibile per le singole tipologie d'utenza.

B) Ampliare, per quanto di possibile competenza comunale, la base occupazionale per categorie deboli (obiettivo di integrazione – strutturazione servizi e interventi)

Come già visto i primi a fare le spese dell'attuale crisi del mondo del lavoro sono i soggetti appartenenti alle così dette fasce deboli (portatori di disabilità, ex carcerati, ex dipendenti, ...). Il tavolo adulti ripone all'attenzione dei Comuni la necessità di aderire all'“Accordo ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della legge n. 328/2000” per sostenere le commesse alle cooperative di reinserimento lavorativo. Inoltre si ricorda la possibilità di premiare, all'interno degli elementi di qualità degli appalti, le Ditte che si impegnino ad occupare lavoratori delle “fasce deboli” (come da specifico studio proposto nel 2007). Infine si propone di sperimentare specifiche progettazioni ad hoc tra centri per le politiche attive di lavoro e Sil distrettuale.

C) Definire il quadro di riferimento dei servizi per le politiche attive distrettuali (obiettivo di integrazione e di costruzione della rete)

Attualmente i principali servizi per le politiche attive del lavoro presenti sul nostro territorio sono 4. Il Centro Lavoro Nord Brianza di Seregno (Scarl cui aderiscono i Comuni di Albiate, Besana in Brianza, Briosco, Renate, Verano Brianza), il Consorzio Formazione E Lavoro Brianza (Cofelb cui aderiscono i Comuni di Carate Brianza, Triuggio, Veduggio con Colzano) l'Associazione Progetto Lavoro Brianza, l'Agenzia per la Formazione, l'Orientamento ed il Lavoro (AFOL della costituenda Provincia di Monza e Brianza). A questi servizi può essere affiancato il servizio Sil Distrettuale gestito dalla ASL su Delega

⁶⁴ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)



dei 13 Comuni del Distretto e con compiti di accompagnamento educativo all'inserimento lavorativo.

La situazione attuale dei servizi, come sopra delineati, sembra in questo momento in rapida evoluzione. Il tavolo Adulti chiede ai Comuni di operare al più presto per una chiarificazione delle adesioni alle varie agenzie così da poter ricostruire un tavolo di confronto tra le stesse anche al fine di sperimentare progettazioni distrettuali integrate per le fasce deboli.

E) Attivazione tavolo di confronto tra Amministrazioni Pubbliche e Cooperative di inserimento lavorativo (obiettivo di integrazione – strutturazione servizi e interventi)

Anche ai sensi di quanto previsto al punto C) sembra emergere la necessità di attivare un confronto tra Amministrazioni pubbliche e cooperative B che porti:

- 1) alla ridefinizione degli ambiti di attività di queste ultime in un'ottica di differenziazione e riconversione delle attività svolte in maniera più rispondente agli attuali bisogni territoriali;
- 2) all'individuazione dei modi più efficaci di collaborazione e sostegno delle Amministrazioni pubbliche con le cooperative B;
- 3) all'eventuale nuova creazione di cooperative di inserimento lavorativo per far fronte all'attuale saturazione del sistema.

F) Continuare il percorso di revisione del SIL Distrettuale (obiettivo di studio – integrazione e strutturazione servizi e interventi)⁶⁵

Rispetto al servizio SIL Distrettuale emerge la necessità di:

- 1) **attivare una riflessione sull'adeguatezza delle retribuzioni per borse lavoro e tirocini formativi o terapeutici al fine di differenziare il corrispettivo rispetto ai bisogni degli interessati (diversa può essere la valenza economica del contributo lavorativo per un ragazzo portatore di disabilità che vive in famiglia e che sperimenta per la prima volta le proprie capacità lavorative da quella, ad esempio, di un ex carcerato, padre di famiglia, che ha quale unica entrata il contributo lavorativo);**
- 2) **addivenire ad una suddivisione dell'offerta dei possibili percorsi di accompagnamento al fine di evidenziare i diversi carichi di lavoro e tipicizzare gli interventi effettuati;**
- 3) **costruire reti di collaborazioni con le altre agenzie per le politiche attive del lavoro distrettuali ed extradistrettuali al fine di massimizzare l'utilità dell'accompagnamento educativo, di condividere le banche dati, di strutturare progetti integrati che abbiano a riferimento la persona, di ripartire correttamente sui servizi esistenti le competenze;**
- 4) **verificare i percorsi necessari al ritiro della delega e al trasferimento del servizio alla costituenda Azienda Speciale di Ambito.**

G) Definire protocollo operativo col Servizio Prevenzione e Reinserimento di Monza (obiettivo di integrazione – strutturazione servizi e interventi)

Ai sensi, in particolare, di quanto espresso al punto E 3), occorre ridefinire il protocollo operativo in vigore col Servizio Prevenzione e Reinserimento di Monza, estendendolo all'area Nord del Distretto.

⁶⁵ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)



H) Ritiro delega dall'ASL per i tirocini terapeutici (obiettivo di studio e strutturazione servizi e interventi)⁶⁶

L'Ambito, all'interno di un più ampio progetto di riprogettazione dell'utilizzo del Fondo Sociale Psichiatria, da gestirsi con obiettivi più vicini alle esigenze territoriali, ha già formalizzato l'intenzione di ritirare nell'anno 2009 la delega all'ASL relativamente ai tirocini terapeutici.

Ciò presuppone la stipula di una nuova convenzione tra Azienda Ospedaliera San Gerardo – Ufficio di Piano (inizialmente) Azienda Speciale Consortile (successivamente) - ASL MI 3 (in quanto delegata al servizio SIL) che riveda i percorsi da attivarsi in caso di utilizzo di questo tipo di intervento. La verifica relativa al punto F 1) potrebbe coinvolgere anche questo tipo di azione.

I) Promuovere percorsi di coordinamento tra i vari SIL distrettuali (obiettivo di integrazione – strutturazione)

I servizi Inserimenti Lavorativi, per la loro valenza più spiccatamente educativa, non possono essere ricompresi nei servizi per le politiche attive del lavoro come definiti dalla legislazione regionale.

Si ritiene necessario, allora, operare affinché, tra gli stessi Sil, almeno a livello Provinciale, si attuino percorsi di confronto e raccordo.

L) Verifica, a partire dagli sportelli badanti, dell'evoluzione del lavoro di cura sul territorio (obiettivo di studio e strutturazione servizi e interventi)

Da una prima analisi del tavolo adulti sembra che anche il lavoro di cura stia cambiando le proprie caratteristiche. Poiché non esiste attualmente un osservatorio strutturato di questo fenomeno all'interno del nostro Ambito, si propone di utilizzare i dati che emergeranno dagli "sportelli badanti" da poco attivati al fine di verificare l'evoluzione del fenomeno.

⁶⁶ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)

6.8 Focus IV: Integrazione tra politiche sociali, urbanistiche e abitative

(a cura di Sara Bertolini)

6.8.1 Il gruppo di lavoro

Il sottogruppo dell'area adulti che si è occupato di analizzare il problema della casa è stato integrato con la partecipazione dei Sindacati inquilini: Sunia (Sindacato Unitario Nazionale Inquilini e Assegnatari) e Sicut (Sindacati Inquilini Casa e Territorio). Si è voluto, infatti, raccogliere anche la visione del problema che emerge dal loro osservatorio, anche per valutare la possibilità di attivare delle leve differenti da quelle più tradizionali dell'urgenza/emergenza.

6.8.2 Premessa

Il problema abitativo risulta essere trasversale a diversi settori dell'ente locale (servizi sociali, uffici tecnici, uffici alloggi, settore urbanistica, settore edilizia...) e coinvolge anche soggetti privati (costruttori, banche, privato sociale). Il problema della mancanza di un alloggio non può essere risolto solo costruendo nuovi edifici ed unità abitative; viceversa, con le sole risorse socio-assistenziali non è possibile predisporre interventi efficaci e che incidano sull'intero sistema.

E' necessario tenere in considerazione che la domanda abitativa è diversificata (affitto, acquisto, impossibilità di sostenere entrambi temporaneamente, impossibilità di sostenere entrambi in forma cronica...), dunque anche l'offerta deve essere maggiormente articolata sulla base delle necessità delle famiglie.

In particolare la letteratura oggi sottolinea la maggiore attenzione che gli enti pubblici prestano all'aspetto dell'abitare come dimensione sociale e non come solo edificare.

Il problema casa, che attraversa in modo trasversale la società, è un problema complesso che i servizi sociali non sono in grado di affrontare con i soli mezzi di cui dispongono (se non per quanto riguarda le emergenze/urgenze).

Per incidere in modo efficace sul problema abitativo è necessario prevedere interventi integrati che coinvolgano più settori delle amministrazioni comunali ed eventualmente soggetti privati. La stessa Legge Regionale 3/2008 definisce il Piano di Zona come lo strumento dell'attuazione dell'integrazione tra la programmazione sociale locale ed altre politiche, tra cui quella della casa.

Va, però, specificato che i Servizi Sociali e l'Ufficio di Piano non hanno, allo stato attuale, la forza di governare i processi sottesi al problema abitativo. Possono, più semplicemente, intercettare le criticità e le dinamiche, senza riuscire a generare un cambiamento generale. In questo documento, dunque, si mettono in evidenza soprattutto, ma non solo, gli aspetti sociali della problematica e tra le proposte auspicabili, sono elencate in particolar modo quelle che riguardano i servizi sociali. Non mancano, però, proposte di intervento per l'avvio di un processo di lavoro intersettoriale ed, eventualmente, con altri soggetti del territorio.

6.8.3 Analisi del contesto

Dalle osservazioni portate dai sindacati inquilini e dai servizi sociali comunali, nonché dai dati forniti dall'Osservatorio metropolitano sui bisogni abitativi della Provincia di Milano e dal Settimo Rapporto sulla povertà della Caritas Ambrosiana, emergono i seguenti aspetti critici:

- l'aumento dei canoni d'affitto e la diminuzione dello stock di alloggi in affitto;



- l'aumento dell'ammontare delle rate dei mutui;
- la diminuzione degli alloggi ERP (edilizia residenziale pubblica) e dell'offerta abitativa rivolta alle fasce più deboli;
- l'emergenza di nuove categorie fragili rispetto al bisogno abitativo.

Il costo più rilevante nel bilancio familiare è rappresentato dalla casa, sia in locazione che di proprietà. In generale, il gruppo di lavoro ha constatato che, nel corso degli anni, il costo degli alloggi è lievitato molto più velocemente dei redditi, sia per quanto riguarda l'affitto che per quanto riguarda la proprietà, diventando un fattore determinante nei processi di esclusione o marginalità sociale. Si registra un aumento del 18% dei pignoramenti per morosità, sia per gli affitti che per i mutui, e sono in crescita anche gli sfratti esecutivi.

Per quanto riguarda gli **affitti**, l'Osservatorio metropolitano sui bisogni abitativi della Provincia di Milano evidenzia il problema del livello molto basso della quota dello stock in affitto: in Italia è intorno al 20%. Ciò colloca il Paese al terzultimo posto rispetto alle altre nazioni dell'Unione Europea, in cui il mercato dell'affitto è molto più elevato (si arriva, ad esempio, a quote del 60% in Germania e di oltre il 45% in Francia).

Sempre secondo l'Osservatorio provinciale, il settore dell'affitto continua a ridursi; oggi questo mercato è costituito da una minoranza di situazioni di alto privilegio e da una maggioranza di famiglie, con reddito medio-basso, in condizione di grande problematicità. Si registra, in particolare, che la vera emergenza abitativa è costituita dall'esiguità dell'offerta in affitto e non tanto dalla mancanza assoluta di case (127 case ogni 100 famiglie): in Provincia di Milano si costruiscono case ma sono poche centinaia quelle prodotte per l'affitto ed è molto piccola la quota in vendita convenzionata.

Provincia di Milano: dati 2007 Dati su alloggi in affitto

	Famiglie residenti	Famiglie in affitto	Incidenza affitto	Di cui in alloggi comunali	Di cui In alloggi Aler
Provincia di Milano	957.306	178.448	18,64%	11.000	24.804

(fonte: osservatorio metropolitano sui bisogni abitativi – Provincia di Milano)

Dunque, sono sempre meno le case in affitto, ed i prezzi di queste sono aumentati sensibilmente in tutte le città. A fronte di una crescente domanda di alloggi in affitto, dell'aumento dei valori immobiliari, delle attese di rendimento degli investimenti e di un ristagno complessivo dell'offerta, i canoni di locazione hanno raggiunto, soprattutto nei grandi comuni, dimensioni consistenti. A Milano gli affitti sono cresciuti oltre l'inflazione (secondo i dati della Camera di Commercio) e la spesa per l'abitazione erode sempre di più il reddito complessivo. Secondo l'Osservatorio provinciale, se nel 1998 l'incidenza media dell'affitto sul reddito era del 19%, nel 2002 è arrivata fino al 55% a Roma, al 51% a Milano e al 43% a Bologna e Napoli. In particolare, ad oggi l'affitto medio mensile pagato da famiglie affittuarie residenti nella provincia di Milano supera i 490 euro (Rapporto Caritas 2008). La media provinciale è nettamente superiore rispetto al Nord Italia (372 euro mensili) e a quella delle altre province lombarde: il canone medio in provincia di Lecco è poco più di 386 euro, in provincia di Varese supera di poco i 390 euro.

Tanto che, a volte, l'importo del canone di affitto non è molto inferiore rispetto alla rata mensile di un mutuo.

A pagarne le conseguenze sono le famiglie appartenenti alle classi di consumo più basse per le quali l'incidenza dell'affitto sul reddito, sebbene inferiore a quella di un potenziale mutuo, assume dimensioni preoccupanti. Da qui, l'aumento del ricorso al Fondo sostegno Affitti.

**Area Brianza: dati 2007 Dati su alloggi in affitto e domande FSA**

	Famiglie residenti	Famiglie in affitto	Incidenza affitto su totale	Domande FSA (num alloggi)	Domande FSA/Famiglie in affitto
Area Brianza	283.434	45.413	16,0%	3.068	6,8%

(fonte: Osservatorio metropolitano sui bisogni abitativi – Provincia di Milano)

Il Tavolo adulti evidenzia, rispetto ai bisogni, il fatto che non è aumentato solo l'importo degli affitti ma anche quello delle rate del **mutuo**, in particolar modo se a tasso variabile. Secondo uno studio di Gabetti, molti vendono casa per tornare all'affitto (meno caro) perchè non riescono a pagare le rate, che con i tassi variabili aumentano notevolmente. Dunque, se prima si vendevano solo le seconde case, ora si vendono anche le prime. Lo spostamento dell'offerta abitativa dalla vendita all'affitto potrebbe fungere da calmiera sui canoni.

L'osservatorio provinciale mette in evidenza che nelle regioni del Nord l'incidenza delle famiglie che hanno un mutuo sul totale di quelle che hanno una casa di proprietà è più elevata rispetto al resto del Paese e sostengono rate mensili più elevate a causa dei più alti costi medi delle abitazioni.

I Sindacati inquilini hanno messo in evidenza il fatto che, nel caso una famiglia si trovi in una situazione di difficoltà economica temporanea (ad es. per la perdita del lavoro del capofamiglia), il mutuo non può essere sospeso se nell'anno precedente (di solito coincidente con quello in cui il problema economico non sussisteva) si è percepito uno stipendio superiore ai 25.000€. Ciò incide in maniera pesante sulla situazione già precaria della famiglia, rischiando di innescare un circolo vizioso dal quale è difficile uscire.

Il Tavolo adulti ha constatato che un altro bisogno relativo alla problematica abitativa sia non solo la mancanza di un numero adeguato di alloggi destinati all'affitto, ma anche la mancanza di case in affitto a prezzo sostenibile e, più in generale, di **soluzioni destinate alle fasce più deboli**.

Secondo i dati del Settimo Rapporto Caritas, in Italia le case in affitto ad uso sociale sono solo il 5%, in Europa la percentuale sale al 17%. Il pubblico è uscito dall'offerta di case popolari. Non se ne costruiscono più dal 1992, quando il fondo Gescal è stato azzerato. Non solo il pubblico è uscito dal mercato ma ha anche venduto parte del patrimonio. Si rileva, infatti, la diminuzione del numero di alloggi di edilizia residenziale pubblica dei Comuni.

Il patrimonio Aler in affitto (secondo i dati dell'osservatorio provinciale) dal 1997 al 2005 risulta diminuito del 4%. I dati forniti dai servizi sociali e dagli uffici alloggi mettono in evidenza un processo di dismissione del patrimonio anche nel Distretto di Carate.

I Sindacati rilevano, inoltre, che ALER ha aumentato gli affitti mensili ed inoltre ha aumentato l'ampiezza delle fasce d'ISEE di riferimento attraverso le quali vengono definite le tariffe degli affitti.

Basti pensare che l'affitto medio (canone agevolato) è di 6.000€ mentre l'ISEE medio di chi presenta domanda è di 7.000€.

Il canone agevolato applicato da Aler, secondo la logica della L. regionale 27/2007, non è più considerato una rete di protezione per le fasce deboli ma ciò che permette la copertura di tutte le spese relative agli alloggi. Tanto che è in previsione l'istituzione di commissioni tra Aler, sindacati inquilini, rappresentanti (tecnici) dei Comuni che si occupi degli inquilini che non riescono più a farsi carico del canone agevolato.

Si sottolinea, infine, la diminuzione degli alloggi di edilizia convenzionata e/o agevolata.



Il gruppo di lavoro ha analizzato anche le **fasce di popolazione** interessate dal problema abitativo.

Emerge innanzitutto che i Servizi Sociali non ritengono che il fenomeno dei *senza fissa dimora* sia allarmante sul territorio del Distretto di Carate: nel triennio 2006-2008 sono stati pochi i casi trattati e, in ogni caso, la soluzione abitativa/lavorativa è stata agevolmente individuata all'interno del sistema dei servizi esistente che è stato in grado, dunque, di "assorbire" la criticità.

Secondo il sindacato inquilini, il problema dei "senza-tetto" riguarda soprattutto l'area metropolitana milanese anche se sta cominciando ad interessare il Comune di Monza. Si tratta, però, di casi occasionali che dipendono dalla "capacità d'accoglienza" e dalla "saturazione" del Comune di Milano.

Invece, risulta che il problema abitativo è maggiormente registrato, sia dagli enti locali che dal privato sociale, relativamente alle fasce deboli tradizionali e, in particolar modo, alle *nuove categorie di fragilità* "prodotte" dalla crisi economica attuale. Il problema dei mutui a rata variabile, dei canoni di affitto del mercato privato, la mancanza di investimenti pubblici nell'edilizia residenziale, l'aumento dei costi per le utenze domestiche – connessi all'aumento delle materie prime – sono fattori che interessano una fascia di popolazione sempre più ampia: famiglie con un solo percettore di reddito, famiglie con figli o anziani a carico, persone separate, giovani coppie, immigrati che hanno attuato il ricongiungimento familiare, anziani.

Il rischio abitativo riguarda sempre più settori normalmente in grado di accedere all'abitazione e di mantenere la posizione abitativa raggiunta negli anni. Nelle situazioni sopra elencate, l'equilibrio familiare è spesso legato ad un lavoro precario e con basse retribuzioni e la maggior parte del reddito è assorbito dall'affitto o dal mutuo, ed è quindi facilmente incrinabile da un banale imprevisto. In questi casi il disagio sul fronte abitativo può rendere critici anche gli altri determinando una spirale negativa.

Si tratta spesso di categorie che si trovano nella situazione di non avere le caratteristiche per entrare nel mercato dell'area protetta (accedere alla casa popolare) ma non sono in grado di accedere ad un mutuo per acquistare la casa o non sono in grado di far fronte agli affitti del libero mercato.

Infine, il gruppo di lavoro sulla tematica della casa, ha rilevato che le problematiche ed i bisogni sopra delineati sono destinati a peggiorare ulteriormente nel futuro e comunque il problema sarà di lungo periodo. Ciò si ritiene sarà dovuto all'aumento del fenomeno dell'immigrazione, del fenomeno della fuga dal capoluogo lombardo verso la provincia, del trend demografico (aumento del numero di anziani, aumento del numero di famiglie).

6.8.4 Dati specifici sul distretto

I dati relativi alla situazione nel Distretto di Carate confermano lo scenario provinciale e nazionale. In particolare, i dati raccolti sul problema evidenziano un fenomeno in peggioramento.

Secondo i dati forniti dai sindacati inquilini, nel Distretto di Carate Brianza l'affitto riguarda il 15-16% delle famiglie residenti e ha incidenze molto elevate sui redditi (oltre il 50%). I canoni d'affitto sono aumentati mediamente del 20% dal '93 al 2005.

**Dati Distrettuali: canone annuo affitti a mq**

Comune	1993 canone annuo al mq		2005 canone annuo al mq		Differenza 1993 - 2005	
	€ min	€ max	€ min	€ max	% min	% max
Besana in Brianza	47	65	55	75	16%	15%
Carate Brianza	53	59	60	75	12%	26%
Lissone	47	65	60	80	26%	23%

(fonte: osservatorio metropolitano sui bisogni abitativi – Provincia di Milano)

Significativi sono i dati relativi ai **contributi di FSA** (fondo sostegno affitti) richiesti dalle famiglie nell'anno 2007: si registra un aumento del 17,7% rispetto allo scorso triennio. Si tratta di un settore di domanda in qualche modo "intermedio" in quanto esclude i settori più deboli (che tendenzialmente si rivolgono all'edilizia sociale) e che, d'altra parte, per i vincoli d'accesso definiti dalla Regione Lombardia, non comprende i settori in grado di sostenere canoni elevati.

Domande per contributi FSA Distretto Carate Brianza – suddivisione per Comuni

Comuni	n. domande FSA		Aumento o diminuzione nel triennio	n. Famiglie	Percentuale famiglie interessate
	2004	2007			
Albate	22	21	-4,5%	2.418	0,9%
Besana	36	41	13,9%	5.868	0,7%
Biassono	35	56	60,0%	4.719	1,2%
Briosco	8	10	25,0%	2.229	0,4%
Carate	95	107	12,6%	7.213	1,5%
Lissone	204	259	27,0%	17.076	1,5%
Macherio	13	16	23,1%	2.895	0,6%
Renate	13	18	38,5%	1.576	1,1%
Sovico	35	37	5,7%	3.169	1,2%
Triuggio	7	12	71,4%	3.265	0,4%
Vedano	37	37	0,0%	3.260	1,1%
Veduggio	39	26	-33,3%	1.738	1,5%
Verano	42	50	19,0%	3.494	1,4%
TOTALE	586	690	17,7%	58.920	1,2%

(fonte: servizi sociali comunali Rielaborazione Ufficio di Piano)

Dai dati emerge che la ricerca di una casa, il cui canone d'affitto sia inferiore a quelli proposti dal libero mercato è un fenomeno in crescita. Infatti, anche il numero di coloro che sono **iscritti nelle graduatorie ERP** (edilizia residenziale pubblica) sono aumentati rispetto al 2004.



Iscritti nelle graduatorie ERP Distretto Carate Brianza – suddivisione per Comuni

Comuni	n. iscritti nelle graduatorie ERP		Aumento o diminuzione nel triennio	n. Famiglie	Percentuale famiglie interessate
	2004	2007			
Albate	34	35	2,9%	2.418	1,4%
Besana	20	45	125,0%	5.868	0,8%
Biassono	32	34	6,3%	4.719	0,7%
Briosco	22	21	-4,5%	2.229	0,9%
Carate	122	102	-16,4%	7.213	1,4%
Lissone	249	356	43,0%	17.076	2,1%
Macherio	42	54	28,6%	2.895	1,9%
Renate	13	8	-38,5%	1.576	0,5%
Sovico	25	44	76,0%	3.169	1,4%
Triuggio	25	22	-12,0%	3.265	0,7%
Vedano	52	47	-9,6%	3.260	1,4%
Veduggio	17	29	70,6%	1.738	1,7%
Verano	18	27	50,0%	3.494	0,8%
TOTALE	671	824	22,8%	58.920	1,4%

(fonte: servizi sociali comunali Rielaborazione Ufficio di Piano)

Va tenuto conto che di queste, il 30,9% è presentato da extracomunitari.

Dunque, rispetto al precedente Piano di Zona, si registra un incremento del 22,8% di iscrizione in graduatoria per l'ottenimento di un alloggio a canone sociale e del 17,7% delle domande per un contributo sul costo dell'affitto. Contemporaneamente l'entità del contributo FSA stesso è calata del 1,5%.

Le domande per ERP sono superiori del 19,4% rispetto alle domande per FSA; di queste ultime solo il 15,5% viene soddisfatto.

Dati risposta domanda ERP e Entità FSA Distretto Carate Brianza

	ANNO 2006	ANNO 2007
N° alloggi ERP	1.308	1.303
N° richieste per alloggi ERP	642	627
N° assegnazioni alloggi ERP	103	97
Lista d'attesa ERP	703	759
Entità Fondo Sociale Affitti	721.948	710.822

(fonte: servizi sociali comunali Rielaborazione Ufficio di Piano)

I dati relativi agli **sfratti esecutivi**, registrati dal tribunale di Monza - ufficiale giudiziario, mostrano l'acuirsi del fenomeno rispetto al passato: si registra infatti un aumento, dal 2005 al 2008, di ben il 117%. Nella lettura del dato, va tenuto conto che le informazioni si riferiscono all'anno 2008 e che, probabilmente, a fronte della situazione congiunturale, il problema è in tendenziale peggioramento. Inoltre, si tratta di una sottostima del problema poiché non compaiono le situazioni in cui, con l'intervento dei servizi sociali, è stato possibile individuare una soluzione (es. alloggio temporaneo, residence, ecc.) a seguito della prima intimazione di sfratto dell'ufficiale giudiziario.

popolazione interessata da sfratti esecutivi suddivisa per Comuni

Comune	2005		2008	
	abitanti	n. sfratti eseguiti	abitanti	n. sfratti eseguiti
Albate	5.877	1	6.117	2
Besana	14.714	5	15.251	8
Biassono	11.324	4	11.698	4
Briosco	5.722	2	5.819	1
Carate	17.388	n.p.	17.847	n.p.
Lissone	38.088	8	40.787	32
Macherio	6.789	1	7.038	2
Renate	3.872	0	4.089	0
Sovico	7.515	1	7.958	4
Triuggio	8.050	3	8.228	4
Vedano	7.747	2	7.776	3
Veduggio	4.360	1	4.448	1
Verano	9.019	n.p.	9.199	n.p.
TOTALE	140.465	28	146.255	61

(fonte: ufficiali giudiziari tribunale di Monza)

6.8.5 I bisogni del territorio

In questo scenario, i bisogni individuati dal gruppo di lavoro sono i seguenti:

a) individuare strumenti che permettano alle famiglie di far fronte alla difficoltà nel mantenere le rate del mutuo, anche se per brevi periodi (ad es. per perdita del lavoro, cassa integrazione..);

b) trovare soluzioni adatte alle nuove fasce di popolazione interessate dal problema abitativo; in particolare, coloro che hanno un ISEE a metà strada tra quello che permette l'accesso alle graduatorie ERP e quello che permette l'accesso ai costi del mercato. Oppure coloro che si trovano in una situazione di difficoltà relativamente al mantenimento di una propria casa (in affitto o di proprietà) solo temporaneamente. Si tratta solitamente di persone che non passano dai servizi sociali e dunque vanno intercettate in altro modo. Si ritiene necessario individuare delle "reti di salvataggio" in modo tale che le famiglie riescano a rimanere sul libero mercato;

c) individuare percorsi di inclusione abitativa ed avvio all'autonomia sia per le fasce deboli tradizionali (es. disabili) che per quelle emerse negli ultimi anni. Si ritiene necessario affrontare il problema abitativo non solo dal punto di vista dell'"edificare" ma anche tenendo conto delle altre dimensioni del vita della famiglia e del singolo;

d) necessità di reperire alloggi destinati alle fasce economicamente più deboli (alloggi ERP);

e) necessità di aumentare lo stock di appartamenti destinati all'affitto, anche a canoni di libero mercato;

f) necessità di individuare modalità di integrazione tra politiche relativamente al problema casa. In particolare individuare modalità di collaborazione tra i Servizi Sociali e gli uffici che si occupano dell'assegnazione degli alloggi all'interno dei Comuni.

6.8.6 La valutazione piano di zona precedente

Quanto esposto nel paragrafo precedente risulta fondamentalmente in linea (ad eccezione dell'acuirsi delle problematiche e delle nuove categorie fragili) con ciò che era stato evidenziato nel Piano di Zona relativo alla seconda triennalità. In quel documento era stato messo in evidenza, inoltre, che il lavoro di analisi del fenomeno era in fase di sviluppo e non ancora pienamente concluso. Le proposte elaborate dal gruppo di lavoro erano state le seguenti:

	Bisogno obiettivo evidenziato dal piano di zona	Azioni attivate	Grado di soddisfacimento
Area senza fissa dimora	necessità di una ricognizione dei bisogni	rilevazione presso uffici sociali comunali	☺
	costruire percorsi individualizzati valorizzando ed implementando la rete d'offerta distrettuale		☹
	reperire alloggi a canone sostenibile		☹
Area abitativa	re-investimento delle entrate dalle dismissioni di alloggi erp e mantenimento di un patrimonio di edilizia erp		☹
	potenziamento dell'edilizia convenzionata/sovvenzionata	Singole iniziative comunali	☺

	Obiettivo raggiunto
	Obiettivo in corso di raggiungimento o parzialmente raggiunto
	Obiettivo non raggiunto

Come risulta dalla tabella, nello scorso triennio è stato dato avvio ad alcune azioni a livello di singola amministrazione comunale e si sono raccolte informazioni sulla tematica presso i servizi sociali comunali (presentate nel paragrafo precedente). Inoltre è stato avviato uno studio per la realizzazione di un progetto di housing in partnership con il privato sociale che non è, però, andato a buon fine.

6.8.7 Cosa si sta facendo sul territorio: risorse e progetti

Ad oggi non esistono progetti organici ed azioni a livello distrettuale sul tema della casa, ma singoli interventi comunali o di soggetti del privato sociale. Vi è, poi, una serie di misure messe in atto dalla Provincia di Milano e dalla Regione Lombardia. Due sono i progetti attivi su più Distretti.



6.8.7.1 Livello comunale

- I Servizi Sociali comunali si attivano per la gestione di *casi di emergenza/urgenza* (recupero di alloggi temporanei, individuazione di residenze o soluzioni abitative di altro genere).

- Le amministrazioni comunali, attraverso lo "sportello affitto" raccolgono le domande di contributo sull'affitto sul libero mercato e provvedono ad erogare il *Fondo Sociale Affitti* (risorse regionali). In caso di dichiarazioni da parte delle famiglie attestanti condizioni di grave difficoltà socio-economica il Comune concorre con proprie risorse al finanziamento del 30% del contributo FSA. Il contributo non viene erogato a chi possiede un ISEE superiore a € 12.911 (si veda anche paragrafo 6.11).

- I Comuni si occupano anche della gestione dell'assegnazione degli alloggi di *edilizia residenziale pubblica a canone sociale*, sia comunale che di proprietà Aler. In alcuni Comuni ciò è di competenza di un apposito ufficio alloggi e non dei Servizi Sociali.

- Nel Comune di Lissone, il più popoloso del Distretto, è stato avviato il "*Contratto di quartiere*". Si tratta di un programma in ambito urbano finalizzato alla riqualificazione dal punto di vista urbanistico, residenziale, dei servizi e sociale dei quartieri di edilizia residenziale pubblica.

Rientra nella tipologia dei programmi complessi delle esperienze comunitarie URBAN e dei "contracts de ville" francesi e belgi. La prima esperienza italiana è stata quella del bando di concorso Contratti di Quartiere del Ministero dei Lavori Pubblici del 1998, relativo ad interventi di riqualificazione di insediamenti di edilizia residenziale pubblica. Il bando prevedeva il finanziamento delle sole opere urbanistico-edilizie, pur ponendosi obiettivi generali di sostenibilità richiedendo forme di partecipazione degli abitanti, l'uso di tecnologie per il risparmio energetico e l'integrazione degli interventi con altre iniziative di tipo sociale ed economico. Una seconda generazione di contratti di quartiere, nel 2003, è stata finanziata dal Ministero delle Infrastrutture e da Regione Lombardia (quello di Lissone rientra tra questi). Rispetto al bando del 1998 sono stati meglio specificati gli obiettivi sociali ed economici ed il finanziamento in questo caso era più specificatamente diretto ad interventi di sviluppo locale finanziando sia gli interventi urbanistico-architettonici che le misure di sostegno sociale e di promozione dell'economia locale. Dunque, attraverso lo strumento dei "contratti di quartiere", la Regione Lombardia attua interventi volti ad integrare nello stesso ambito riqualificazione urbanistica e politiche di welfare: casa, servizi alla famiglia, formazione, lavoro, sicurezza attraverso il coinvolgimento di soggetti attuatori quali ALER e comuni. Gli interventi sono localizzati, in via prioritaria, in aree di degrado edilizio e urbanistico, a scarsa coesione sociale, in presenza di carenza di servizi e con grave disagio abitativo. Particolare importanza riveste infatti, nell'ambito della progettazione, la presenza di opere relative a spazi verdi, infrastrutture e viabilità alternative, proprio per inserire gli interventi da realizzare in più ampio contesto di riqualificazione urbana sociale.

A Lissone il programma riguarda il quartiere periferico denominato LS1 costruito negli anni '70. Esso ha subito un rapido processo di degrado sociale che si è accentuato a seguito della presenza migratoria extracomunitaria della seconda metà degli anni Ottanta. Ad oggi è caratterizzato da condizioni di vita difficili e convivenza conflittuale con fenomeni di criminalità.

Il contratto di quartiere è co-finanziato dal Comune, da ALER, da privati ed avrà la durata di 7 anni, durante i quali verranno realizzate le seguenti azioni:



- interventi di riqualificazione e rinnovo edilizio di alloggi ERP (demolizione di 152 alloggi e ricostruzione di 181 nuovi alloggi differenziati sulla base delle caratteristiche delle famiglie censite);
- realizzazione di nuovi alloggi di edilizia convenzionata (75 alloggi ripartiti in 3 edifici);
- interventi di riqualificazione delle infrastrutture con sistemazione del verde e di spazi pubblici urbani (percorsi ciclabili, parcheggi, spazi di relazione);
- realizzazione di una palestra polifunzionale;
- realizzazione di un impianto di co-generazione e gestione calore a servizio degli edifici interni con possibilità di estensione a quelli circostanti;
- ampliamento del centro commerciale esistente con l'inserimento di negozi di vicinato;
- realizzazione di un centro civico (uffici comunali, spazi per i giovani e per le associazioni);
- sviluppo di progetti sociali attraverso il lavoro del *Laboratorio di quartiere*.

Il Laboratorio di quartiere è il soggetto promotore della partecipazione degli abitanti alla trasformazione del quartiere e responsabile delle iniziative sociali che affiancano gli interventi edilizi e urbanistici previsti dal progetto. Esso prevede uno sportello a disposizione degli abitanti per segnalare problemi, fare proposte ed accedere alle informazioni sugli interventi previsti dal Contratto di Quartiere. E' condotto da esperti nella relazione sociale che adottando metodologie di "sviluppo di comunità"; in particolare, accompagna gli inquilini delle case ALER al processo di trasformazione del quartiere organizzando momenti di condivisione collettiva delle attività e di raccordo tra amministrazione comunale, ALER e cittadini. Il tema della legalità, dell'integrazione sociale e il ripristino di regole di convivenza civile nel quartiere rappresentano alcuni dei nodi cruciali da affrontare e risolvere con adeguate politiche di intervento.

- Alcuni Comuni dell'ambito hanno a disposizione alcuni mini-alloggi riservati alle persone anziane residenti. Nello specifico:

Besana in Brianza: 11 alloggi protetti situati e gestiti dalla RSA Scola (22 posti);

Lissone: 4 appartamenti gestiti dalla Cooperativa di edilizia convenzionata Domus che ne è proprietaria (riservati a donne anziane sole);

Macherio: 9 mini alloggi comunali (10 posti)

Renate: 6 alloggi comunali (12 posti)

Sovico: 14 alloggi comunali (28 posti)

Veduggio: 18 alloggi comunali (36 posti)

6.8.7.2 Livello distrettuale

Sono presenti i seguenti servizi:

Casa Maria Immacolata – Carate Brianza: è un convitto, centro di ospitalità temporanea attivo dall'ottobre 2005, accoglie donne in situazione d'emergenza, anche con figli. La struttura parrocchiale, gestita dalla Caritas, mette a disposizione 15 camere per un totale di 18 posti letto.

Centro Botticelli: ubicato a Lissone e gestito dalla Fondazione "La Vincenziana" di Milano, il Centro dà ospitalità a giovani lavoratori e studenti, offrendo una sistemazione temporanea. Nel corso dell'anno vengono programmate iniziative culturali e formative.



Possono fare domanda di ammissione i lavoratori con regolare rapporto di lavoro e gli studenti con regolare iscrizione accademica, maggiorenni. La valutazione ed accettazione della domanda è a insindacabile giudizio del direttore.

Locali di accoglienza temporanea – Besana in Brianza: si tratta di tre spazi con bagni in Comune per l'accoglienza temporanea nella fascia notturna di persone senza fissa dimora. In accordo con i Servizi Sociali del Comune di Besana e previa predisposizione di un progetto personalizzato, vengono accolti utenti di tutti i Comuni del Distretto.

6.8.7.3 Livello sovra distrettuale

Sono presenti i seguenti servizi/interventi

Progetto “Cercare Casa informati”: avviato ad ottobre 2008 dalla Cooperativa Spazio Giovani con finanziamento della Provincia, prevede:

- la creazione e lo sviluppo all'interno di alcuni Informagiovani della Provincia di Monza e Brianza, tra cui quello di Lissone, di servizi specifici di informazione e orientamento sul settore “casa” (materiale informativo e modulistica, collegamento con le fonti, aggiornamento su normative e agevolazioni, formazione degli operatori, selezione degli annunci);
- la realizzazione serate informative sul tema (agevolazioni, contratti, diritti consumatori, risparmio energetico, mutuo, sfratti, cercare casa senza agenzia, economia domestica);
- la realizzazione di uno sportello di consulenza all'interno dell'Informagiovani a cura di Sicut, Sunia, Apu (Associazione proprietari utenti), Confconsumatori per fornire informazioni ed accompagnare l'utente nel percorso di scelta o di soluzione di problemi legati al tema della casa (affitto, acquisto, vendita, condivisione, mutuo, utenze domestiche, rapporti di condominio).

I destinatari sono le giovani coppie, i genitori con figli adulti non ancora autonomi, famiglie immigrate recentemente ricongiunte.

6.8.7.4 Livello provinciale

Posto che la titolarità delle politiche abitative è assegnata a Regione e Comuni, la Provincia di Milano ha messo a punto uno strumento per il governo delle funzioni di programmazione, di coordinamento e realizzazione di un sistema integrato e coerente di interventi.

Patto metropolitano per la casa: si tratta di un progetto che prevede un coordinamento interassessorile e che definisce strategie capaci di creare un sistema informativo finalizzato all'individuazione del fabbisogno abitativo e al coordinamento degli interventi. Si pone anche l'obiettivo di rafforzare la collaborazione tra istituzioni e tra soggetti deputati alle politiche abitative sulla questione abitativa.

Progetti specifici: Casa.Lab (per la diffusione di buone pratiche e per la creazione di condizioni di fattibilità delle stesse), Prendi in casa uno studente (incentiva la permanenza di studenti universitari fuori sede e pendolari presso l'abitazione di anziani soli e famiglie monogenitoriali che hanno la possibilità di ospitare).



Osservatorio Metropolitano Casa: elabora e diffonde dati relativi a domanda e offerta di edilizia residenziale, soprattutto sociale; prende in esame l'implementazione di politiche per l'edilizia sociale.

Alziamo la testa: contributi economici finalizzati anche al sostegno del reddito per il pagamento di mutuo e affitto.

Progetto Habitat: si tratta di una risorsa puramente residenziale per l'inserimento abitativo di uomini e donne in misura di pena alternativa o in uscita dal carcere, residenti in Provincia. Sono a disposizione del progetto 9 appartamenti (per un totale di 27 posti letto, 23 per adulti, 4 per bambini) in contesti di civile abitazione. Gli enti segnalanti possono essere: servizi del penitenziario, servizi sociali comunali, servizi specialistici. Essi devono predisporre un progetto individuale (si tratta di accoglienza residenziale di II livello) e mantengono la titolarità del caso. E' previsto l'accompagnamento (non continuativo) di un educatore. La durata massima dell'intervento è di due anni.

6.8.7.5 Livello regionale

La Regione Lombardia mette a disposizione le seguenti risorse:

- Osservatorio regionale sulla condizione abitativa;
- Finanziamenti per i "Contratti di quartiere" (si veda paragrafo precedente);
- Sostegno alla domanda abitativa attraverso: contributi prima casa (si veda paragrafo 6.11); Fondo Sostegno Affitti sopra citato; patrimonio case di edilizia residenziale pubblica (case Aler).

In particolare, il Programma regionale di edilizia residenziale pubblica, 2007 - 2009 (PRERP), rappresenta lo strumento principale della Regione per ridurre il disagio abitativo in Lombardia. Prevede: la realizzazione di nuove case a canone sociale e moderato, la riqualificazione dei quartieri e il recupero edilizio; agevolazioni per l'acquisto della prima casa e contributi per il canone di locazione; forme di locazione temporanea.

6.8.8 Proposte di intervento

Il Tavolo adulti ritiene che, per far fronte alla problematica abitativa si possano mettere in atto le seguenti proposte da svilupparsi sul prossimo triennio:

A) Approfondire la possibilità del garante per il mutuo (obiettivo di studio)

Approfondire la possibilità che il Comune (o eventualmente soggetti del Terzo settore) garantisca per il mutuo delle famiglie o dei singoli che accedono per la prima volta al mercato della casa (es. giovani coppie, immigrati). Ciò potrebbe avvenire coinvolgendo le banche di credito cooperativo del territorio con le quali contrattare condizioni contrattuali vantaggiose.

**B) Promuovere l'autocostruzione** (obiettivo di studio)

Il Tavolo adulti ritiene che sia interessante promuovere l'autocostruzione (si veda approfondimento successivo) appoggiandosi a cooperative specializzate nel settore oppure a Banca Etica, per dare una risposta abitativa a coloro che non presentano una situazione economica discreta che, però non è tale da permettere l'acquisto di una casa ai costi del libero mercato.

APPROFONDIMENTO:

AUTOCOSTRUZIONE

Il Tavolo di lavoro ritiene che una possibile modalità per soddisfare il bisogno abitativo, indipendentemente dalla scarsità di risorse disponibili, possa essere quella di incentivare l'autocostruzione. La finalità dell'iniziativa è quella di soddisfare a costi accettabili il bisogno abitativo di nuclei familiari a basso reddito (e tuttavia in grado di rimborsare un mutuo bancario seppur a condizioni favorevoli), ma al tempo stesso di promuovere la convivenza tra le componenti etniche presenti nel paese (quella italiana compresa) e garantirne la coesione sociale.

COSA E' Si tratta di un processo di produzione dell'habitat nel quale i futuri proprietari realizzano materialmente le proprie abitazioni, all'interno di un gruppo organizzato. L'impegno degli autocostruttori a prestare la propria opera manuale in cantiere per un numero prestabilito di ore, consente un forte contenimento dei costi di costruzione; ma le ore di attività, contabilizzate e monetizzate, rappresentano anche un valore economico che andrà ad aggiungersi a quello finale delle abitazioni. Il lavoro degli autocostruttori rappresenta dunque una sorta di capitale immobilizzato da ciascuno di loro.

Non è un lavoro artigianale autogestito, ma una pratica edilizia con precise modalità e tecnologie costruttive, diretta ed assistita da professionisti. Quindi il prodotto dell'autocostruzione non può essere collocato in una sorta di sottomercato rispetto a quello regolare dell'abitazione; presuppone infatti l'esistenza di conoscenze, professionalità, metodologie, modalità e certificazioni nel corso dell'intero processo edificatorio.

FINALITA' La finalità dell'autocostruzione è rendere possibile l'accesso ad una abitazione in proprietà a nuclei familiari, italiani e stranieri, che non potrebbero acquisirla sul mercato immobiliare a prezzi per loro accettabili.

METODOLOGIA Sul piano metodologico due sono gli elementi cardine dell'autocostruzione associata: la partecipazione in gruppo dei futuri proprietari all'atto fisico del costruire e l'affiancamento di un organismo di mediazione.

E' fondamentale la formazione del gruppo, perché costituisce un know how associato, importante per l'economia generale del progetto, ma soprattutto perché dà forza e determinazione all'intendimento di costruire la propria abitazione. La "squadra" deve essere responsabilizzata in ogni fase del processo edilizio ed essere sostenuta durante tutto il percorso (dalla costituzione della cooperativa alle varie fasi dell'edificazione). Il fatto che ogni nucleo familiare sia tenuto a lavorare alla costruzione di tutte le case indistintamente fino alla loro ultimazione (l'attribuzione dei singoli alloggi avverrà solo a case ultimate e per tiraggio a sorte) spinge a condividere l'impegno per raggiungere un obiettivo comune. Si creano così forti legami che possono essere alla base di buoni rapporti di vicinato.

L'affiancamento di un organismo di mediazione, invece, punta a stimolare ed accompagnare la squadra prima e durante il processo di costruzione; essendo estraneo da qualsiasi logica di profitto, l'organismo lavora alla risoluzione dei problemi e dei conflitti che dovessero insorgere. L'organismo di mediazione deve necessariamente avere conoscenze e competenze perché si propone come strumento operativo che si occupa di:



- attivazione del consenso all'iniziativa;
- ricerca e selezione di nuclei familiari seriamente interessati a rendere effettivo il loro desiderio di una abitazione in proprietà (e determinate a farlo in forma associata);
- ricerca di agevolazioni creditizie;
- sostegno nelle pratiche urbanistiche;
- ricerca sul territorio del gruppo di professionisti cui competerà la progettazione edilizia, la direzione e l'assistenza in cantiere;
- mediazione e al tutoraggio per tutta la durata del processo di edificazione.

L'autocostruzione è stata sperimentata, ad oggi, dal Comune di Besana in Brianza che ha messo a disposizione il terreno per la costruzione di 10 unità abitative. La Regione Lombardia ha finanziato il progetto, mentre la coop. Alisei ha fatto da organismo di mediazione. I 10 autocostruttori coinvolti si sono costituiti in cooperativa, hanno assicurato dalle 1.000 alle 1.500 ore di lavoro guidato. Al termine dei lavori, essi accenderanno un mutuo per riscattare la proprietà (10 anni per 400€ circa al mese).

C) Elaborare progetti di housing sociale (obiettivo di strutturazione servizio/intervento)

Elaborare progetti di Social Housing (rivolti soprattutto a ultra-quarantacinquenni separati o che hanno perso il lavoro) individuando dei mini-alloggi / strutture comunali (eventualmente da ristrutturare) oppure strutture di accoglienza già esistenti e gestite dal privato sociale in cui inserire temporaneamente categorie fragili. Accanto a ciò, prevedere percorsi di reinserimento con l'accompagnamento di un educatore, disponibile anche sull'emergenza 24 ore su 24 e di un ASA. E' opportuno coinvolgere soggetti del Terzo settore che abbiano anche una struttura d'appoggio per il reinserimento lavorativo. Sperimentare un modello riproducibile che possa essere finanziato attraverso bandi dedicati all'housing sociale.

D) Elaborare progetti di co-housing (obiettivo di strutturazione servizio/intervento)

Elaborare progetti di co-housing, cioè di comunità residenziali in cui si combinano abitazioni private con risorse, spazi e servizi comuni condivisi sulla base delle esigenze di chi ci vive (es. micronido per i bambini, orto o serra, servizio di car sharing, portineria che paga le bollette e ritira la spesa, mensa) con benefici dal punto di vista sia sociale (socialità, aiuto reciproco, buon vicinato) che ambientale. Una comunità di questo tipo è adatta all'inserimento abitativo e all'inclusione sociale delle categorie fragili (es. disabili, persone con problemi psichiatrici, ex-dipendenti,..) poiché si tratta di un contesto protetto, in cui è possibile trovare supporto concreto in caso di necessità.

E) Promuovere accordi che permettano di reperire alloggi a canoni sociali (obiettivo di studio)

Implementare e/o prevedere accordi/protocolli locali tra Comuni e costruttori per ottenere la disponibilità di una percentuale dei nuovi alloggi da destinare alla locazione «sociale» ogni tot. numero di metri cubi previsti nella concessione edilizia, eventualmente in alternativa alla riduzione di parte degli oneri di urbanizzazione.

F) Studiare la possibilità del prestito sociale (obiettivo di studio)

Approfondire la possibilità che i Comuni possano concedere un "prestito sociale" a coloro che si trovano in difficoltà sia nel pagamento del mutuo che dell'affitto (ad es. per



anticipare le prime mensilità). Si ritiene utile, a questo scopo, avviare un lavoro di analisi delle esperienze già in atto in questo senso, per verificare se hanno avuto esiti positivi oppure se non vi è stata restituzione (e dunque il prestito si è trasformato in contributo a fondo perso, creando anche delle difficoltà di rendicontazione per i Comuni ed una mancata responsabilizzazione dell'utente).

G) Valutare la possibilità di revisione effettiva del progetto abitativo delle famiglie presso alloggi ERP (obiettivo di studio)

Ragionare sulla possibilità effettiva che i servizi sociali o gli uffici alloggi hanno nel "rivedere il progetto abitativo" delle famiglie assegnatarie di un alloggio di edilizia residenziale pubblica. L'operazione si rende necessaria ad esempio quando si modifica la composizione del nucleo familiare e quindi si modifica la quantità di spazio abitativo di cui la stessa ha bisogno. Alcuni Comuni registrano resistenza da parte delle famiglie (soprattutto quando si tratta di anziani) a cambiare alloggio e spesso ciò si realizza in tempi lunghi. La proposta va, dunque, nella direzione di ottimizzare l'uso degli alloggi ERP e di amplificare la disponibilità abitativa che, come si è detto, è inferiore alla domanda.

H) Realizzare l'esperienza del condominio solidale (obiettivo di strutturazione servizio/intervento)

Realizzare l'esperienza del condominio solidale per l'avvio all'autonomia e l'inclusione sociale dei disabili in un contesto abitativo protetto, in cui si prevedano servizi di utilità comune, eventualmente gestiti dai disabili stessi (si veda approfondimento successivo).

APPROFONDIMENTO:

CONDOMINIO SOLIDALE

Il condominio solidale è una soluzione abitativa che prevede diversi appartamenti in un unico contesto con spazi e servizi comuni (es. lavanderia, mensa..) per evitare le chiusure tipiche del condominio. E' caratterizzato da uno stile di vita comunitario basato sul sostegno reciproco e sul mutuo-aiuto fra vicini. Si tratta del contesto adatto per l'inserimento in avvio all'autonomia di categorie fragili, ad esempio per i disabili. Associazione Stefania ha elaborato, in questo senso, un progetto apposito rivolto a giovani adulti che hanno raggiunto un'autonomia lavorativa e che hanno necessità di essere aiutati a conquistare un'autonomia esistenziale più completa. Con il "condominio solidale, comporta emancipazione da vincoli familiari spesso logorati o disfunzionali, superamento di situazioni di ospitalità presso istituzioni; gestione responsabile del proprio tempo e del proprio denaro, organizzazione più confacente della propria quotidianità.

Il progetto concerne la realizzazione di un insediamento abitativo per soggetti provenienti dal mondo del disagio sociale. E' rivolto a 8/10 soggetti giovani-adulti, già inseriti o comunque in grado di inserirsi nel mondo del lavoro, che abbiano il desiderio e la necessità di sperimentare la propria autonomia in una forma più complessiva e radicale, che li aiuti ad affrontare i problemi familiari o relazionali che hanno caratterizzato la loro storia.

Ipotizza la realizzazione di un condominio (se possibile in struttura già esistente) in cui convivano giovani e ragazzi disabili con capacità minime di autonomia. In particolare si immagina di affittare parte degli appartamenti a studenti del territorio a costi agevolati in cambio di disponibilità e supporto agli altri inquilini fragili. Nel progetto si prevede la realizzazione di un servizio lavanderia utile sia al contesto abitativo che a tutto il quartiere;



la gestione può essere affidata ai condomini disabili costituiti allo scopo in cooperativa sociale di tipo B.

I) Censire ed elaborare progetti relativamente agli alloggi sfitti (obiettivo di studio e costruzione proposte operative)

Censire il numero degli appartamenti sfitti ed inoccupati e studiare le condizioni per cui i proprietari li possano mettere sul mercato dell'affitto. Individuare, dunque, "garanzie sociali e garanzie finanziarie" in cambio dell'affitto degli alloggi. Promuovere, attraverso un sistema di incentivi e garanzie che rendano l'operazione conveniente per le parti, il trasferimento di queste unità immobiliari verso la locazione a canoni calmierati.

L) Erogare contributi economici a sostegno del mutuo (obiettivo di studio)⁶⁷

Erogare contributi economici, a livello comunale, destinati a supportare momenti di difficoltà nel pagamento del mutuo (da non considerarsi come accantonamento ma come aiuto per mantenere la famiglia sul libero mercato e non incorrere in un circolo vizioso di esclusione).

M) Predisporre regolamento (obiettivo di studio)

Predisporre un regolamento distrettuale sulle modalità di assegnazione temporanea degli alloggi ERP.

N) Istituire una commissione stabile Servizi Sociali – Uffici Alloggi (obiettivo di integrazione)

Prevedere l'istituzione di apposite commissioni, laddove non esistano, tra i Servizi Sociali e l'ufficio alloggi del Comune per l'assegnazione, anche attraverso la condivisione di un PAI, delle unità abitative di edilizia residenziale (non solamente per quanto riguarda gli appartamenti riservati alle emergenze) in modo che ci sia maggiore sinergia e comunicazione tra i due settori.

O) Prevedere integrazione effettiva tra servizi sociali e urbanistica nella costruzione del PGT (obiettivo di integrazione)

Prevedere un maggiore coinvolgimento (e non solo la consultazione) del settore Servizi Sociali nella predisposizione del PGT comunale (Piano di Governo del Territorio). In particolare si propongono due modalità/livelli di integrazione:

- Inserire un'analisi approfondita dei bisogni sociali all'interno del PGT da prendere in considerazione nella progettazione (ad es. definire gli indicatori di coesione/malessere sociale legati all'urbanistica);
- Predisporre delle linee guida/mappe in modo da fornire al Settore dei Servizi Sociali gli strumenti utili per partecipare alla stesura del PGT;

Si ritiene utile individuare un Comune dell'ambito che non ha ancora approvato il PGT su cui sperimentare le proposte sopra descritte.

Si chiede, in generale, che nella progettazione degli spazi urbani ci sia maggiore attenzione alle esigenze delle diverse categorie d'utenza. In particolare, come già

⁶⁷ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)



segnalato nel paragrafo 6.1.5, si ritiene necessario pensare a degli spazi urbani di relazione fruibili dagli adolescenti e dai giovani. A questo scopo si ritiene utile coinvolgere, nella predisposizione e nella stesura dei Piani di Governo del Territorio anche i Consigli Comunali dei Ragazzi/e.

6.9 Focus V: Integrazione con politiche educative e formative

(a cura di Veronica Borroni)

Nel nostro territorio sono presenti 49 scuole, 10 Istituti comprensivi statali, 2 circoli didattici, 1 scuola media, 4 scuole secondarie superiori statali, 2 materne comunali, 25 materne paritarie, 2 elementari e medie paritarie, 1 liceo classico e scientifico paritario, e 2 centri di formazione professionale

Scuole presenti sul Distretto di Carate Brianza

IC	IC di Albiate e Triuggio	Albate
IC	S. Andrea	Biassono
IC	G.D.Romagnosi	Carate Brianza
IC	Giovanni XXXIII	Vedano al Lambro
ICC	ICC Verano Brianza	Verano Brianza
ICC	Paccini	Sovico
ICC	G. Rodari	Macherio
ICC	De Amicis	Lissone
ICC	ICC "A.SASSI" Renate-Veduggio-Briosco	Briosco
ICC	Giovanni XXXIII°	Besana
CD	1° Circolo Via Volturmo, 3	Lissone
CD	2° Circolo P.zza Caduti di via Fani, 9	Lissone
SM*	Croce-Fare' Via Mariani, 1	Lissone
IIS (IGEA) (ERICA) Grafico (IPIA)	Ghandi	Besana
ITI	Leonardo da Vinci	Carate Brianza
LS-ITCG	F.Enriques-Europa Unita	Lissone
IPSIA	Giuseppe Meroni	Lissone
mat.comunale (2 plessi)	Scuola Comunale dell'Infanzia	Carate Brianza
mat. paritaria	Giovanni XXXIII°	Albate
mat. paritaria	Sc.materna Infantile di Villa Raverio	Besana
mat. paritaria	Asilo Infantile Marchesa F. Stanga	Besana
mat.paritaria	Parroc.le Don E. Colombo	Besana
mat.paritaria	Asilo Infantile G.Prinetti	Besana
mat.paritaria	Sacro Cuore	Besana
mat.paritaria	Clotilde Segramora	Biassono
mat.paritaria	San Giorgio al Parco	Biassono
mat. paritaria	Fratelli Casanova	Briosco
mat. paritaria	Vittorio Emanuele III°	Briosco
mat.paritaria	Sc.Paritaria dell'Infanzia Santa Maria	Carate Brianza
mat.paritaria	Sc.Paritaria dell'Infanzia Agliate	Carate Brianza
mat.paritaria	Sc.Paritaria dell'Infanzia Costa Lambro	Carate Brianza
mat. paritaria	Cuore Immacolato di Maria	Lissone



mat. paritaria	Maria Immacolata	Lissone
mat. paritaria	Mater Divinae Providentiae	Lissone
mat. paritaria	Maria Bambina	Lissone
mat.paritaria	Ente Morale	Sovico
mat.paritaria	Don Pietro Meroni	Triuggio
mat.paritaria	Maria Immacolata	Triuggio
mat.paritaria	Parroch. Di Rancate	Triuggio
mat.paritaria	San Domenico di Canonica	Triuggio
mat. paritaria	Asilo Infantile Litta	Vedano al Lambro
mat. paritaria	Maria Immacolata	Veduggio con Colzano
mat.paritaria	Parroch. Regina Margherita	Verano Brianza
Elem media paritaria	Vescovi Valtorta e Colombo	Carate Brianza
Elem-media paritaria	Don Carlo San Martino	Besana
LC/LS parit.	Istituz. Culturale Don Carlo Gnocchi	Carate Brianza
Ecfop		Catrate
Impresa		Carate

Come per altre tematiche (lavoro, tutela minori, ...) anche in questo settore l'Ambito di Carate deve ricomporre le storie di due macro aree l'una (area sud Comuni di Biassono, Lissone, Macherio, Sovico, Vedano al Lambro) collegata storicamente più al Comune di Monza ed appartenente all'ex Distretto Scolastico 63, l'altra strutturata in passato più sui Territori di Desio e Seregno ed appartenente all'ex Distretto Scolastico 61.

Le storie e le reti di collaborazione costruite dai 2 ambiti sono diverse e presentano ciascuna punti di eccellenza.

Un primo problema a cui l'Ambito deve fare fronte per accostarsi al tema dell'integrazione tra politiche sociali ed educative/formative è quindi l'individuazione di un nuovo modello di governance che permetta il confronto con le scuole di tutto il territorio e le pubbliche istruzioni dei Comuni.

Le ultime indicazioni regionali sembrano tracciare una strada in materia.

6.9.1 La governance per l'offerta formativa d'ambito: il tavolo locale per le politiche scolastiche

Anche il settore delle politiche educative e formative, infatti, come già quello dei servizi sociali, ha visto, in questi anni l'avvicinarsi di diverse disposizioni che ne hanno ridefinito l'aspetto. In particolare il tema dell'integrazione delle politiche è uno dei principi chiave su cui si basano le riforme dei servizi sociali e del sistema educativo al fine di favorire l'integrazione delle politiche di istruzione e formazione con le politiche del welfare valorizzando le specificità degli stakeholder, in una logica di sussidiarietà e partenariato.

Il combinato disposto della L.R. 6 agosto 2007, n. 19 "Norme del sistema educativo di Istruzione e formazione della Regione Lombardia", e della L.R. 12 marzo 2008, n.3 "Governo della rete degli interventi in ambito sociale e sociosanitario" rappresenta una notevole opportunità per ripensare la logica e l'organizzazione dei servizi alla persona globalmente intesi, principale "capitale" della nostra società, orientando i servizi sulla fisionomia dei bisogni e non in una logica autoreferenziale.



L'integrazione delle politiche però non trova realizzazione se non attraverso l'integrazione dei piani e programmi che dalle stesse politiche discendono.

In questa direzione si muove Regione Lombardia, sia nel campo delle politiche sociali discendenti dalla programmazione contenuta nei Piani di zona che con recentissime disposizioni nel campo dei Servizi educativi di istruzione e formazione⁶⁸.

La proposta è quella di un sistema di governance che introduce, seppur in via sperimentale, oltre al già previsto Piano dell'Offerta Formativa di Istituto, un nuovo strumento programmatico a livello delle politiche scolastiche locali.

Si tratta del Piano dell'Offerta Formativa Territoriale, che definisce criteri comuni per l'attuazione di servizi di interesse comunale e sovra comunale (trasporto scolastico, servizi per i non residenti, interventi per l'integrazione scolastica di alunni con disabilità e immigrati ecc.) nonché la programmazione dell'Offerta Formativa d'ambito (dimensionamento, educazione degli adulti, integrazione stranieri, servizi per i non residenti, proposte per utilizzo dote scuola, ecc.), l'ambito proposto dalla Regione coincide con quello dei piani di Zona.

Il modello di governance dei servizi educativi e di formazione è, in prima battuta, previsto dalla L.R. 19/2008 e declinato in ordine agli strumenti di programmazione, con l'attribuzione di funzioni e compiti, ai diversi livelli istituzionali tramite la Delibera di Consiglio Regionale 19 febbraio 2008, n. 528 "Indirizzi pluriennali e criteri per la programmazione dei servizi educativi di istruzione e formazione".

In tale DGR è previsto che:

a livello regionale - vengano definiti gli indirizzi, gli obiettivi e le priorità d'intervento che costituiscono la base per la programmazione di tutti i servizi territoriali

a livello provinciale - venga effettuata la specifica programmazione tramite la definizione di un Piano Provinciale, con l'attivo coinvolgimento degli enti locali di riferimento, e con gli altri attori del territorio, analizzando e riconoscendo in tale sede le esigenze specifiche che dal territorio emergono e i risultati che al riguardo si intendono perseguire..

Il modello di governance poi, dal livello di Ambito territoriale (coincidente con il Distretto sociosanitario di cui alla L.328/2000) sino al livello del singolo Comune è definito in parte dalla L.R. 19/2008, in parte dalla Delibera succitata e infine vivamente consigliato in via sperimentale dalla Proposta di Linee-guida in ordine alla Programmazione regionale dei Servizi Educativi e Scolastici del 4 novembre 2008, trasmessa dalla Direzione scolastica regionale il 30/12/2008.

Tale modello prevede:

- o **a livello provinciale** - l'elaborazione delle proposte di Piano Provinciale di cui sopra;

⁶⁸ Si veda la Delibera di Consiglio Regionale 19 febbraio 2008, n. 528 "Indirizzi pluriennali e criteri per la programmazione dei servizi educativi di istruzione e formazione" e la proposta di Linee-guida in ordine alla Programmazione regionale dei Servizi Educativi e Scolastici del 4 novembre 2008, trasmessa dalla Direzione scolastica regionale il 30/12/2008.



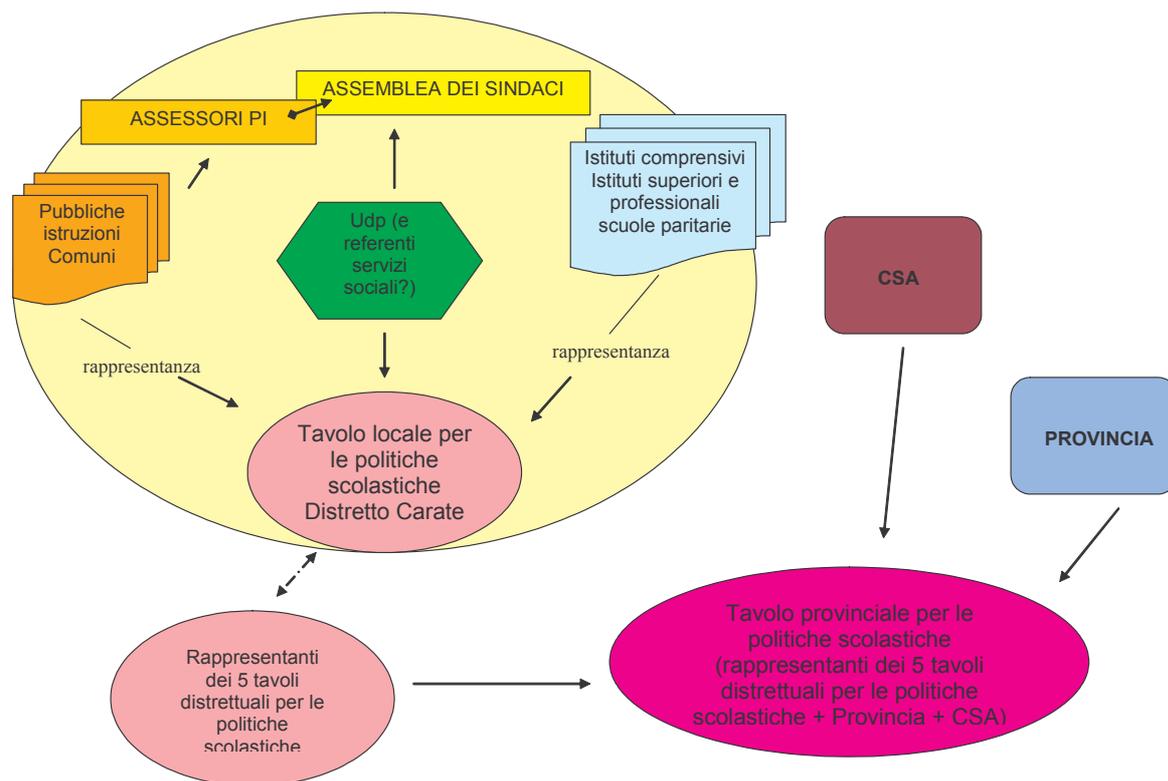
- **a livello sovra comunale**, (di Ambito territoriale provinciale coincidente con il Distretto sociosanitario), - la costituzione del Tavolo Locale per le Politiche Scolastiche, per :
 - definire criteri comuni per l'attuazione di servizi di interesse comunale e sovra comunale (trasporto scolastico, servizi per i non residenti, interventi per l'integrazione scolastica di alunni con disabilità, interventi per l'integrazione scolastica di alunni stranieri, criteri di attuazione dei servizi di educatore, assistente o facilitatore, interventi preventivi, ecc.);
 - definire la programmazione dell'Offerta Formativa d'ambito (dimensionamento, educazione degli adulti, integrazione stranieri, servizi per i non residenti, proposte per utilizzo dote scuola, ecc.);
- **a livello comunale del Comune capofila dell'ambito**, in collaborazione con l'Associazione delle Scuole Autonome della Provincia di competenza, l'effettuazione della verifica:
 - con l'Azienda Ospedaliera, dello stato di avanzamento delle procedure per l'accertamento dell'handicap;
 - con l'Ufficio Scolastico Provinciale, dei dati relativi all'Organico di Diritto dell'anno scolastico successivo;
 - con l'Azienda Sanitaria Locale, l'Inail ed il Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco, per l'aggiornamento degli interventi relativi alle norme sulla sicurezza e all'edilizia scolastica.
- **a livello comunale di ogni singolo Comune** l'intesa tra Istituzione Scolastica ed Ente Locale relativamente a:
 - attuazione del Piano per il Diritto allo Studio;
 - modalità di organizzazione dei servizi educativi e scolastici, con particolare riferimento ai servizi da realizzare in convenzione;
 - utilizzo degli edifici scolastici e delle attrezzature (per attività scolastiche ed extrascolastiche, con possibilità di aggiornamento in corso d'anno per eventuali servizi integrativi quali Centri estivi, Scuole aperte, attività per adulti, ecc.);
 - interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria, di messa a norma e di iniziative per la sicurezza, da attuarsi nel corso dell'anno scolastico;
 - attivazione del Gruppo di Lavoro per l'Handicap, operativo presso ogni istituzione scolastica, per i servizi finalizzati all'integrazione scolastica dell'alunno con disabilità;
 - ogni altra attività o iniziativa prevista dalla programmazione educativa e didattica, da realizzarsi in collaborazione con gli enti del territorio.
- **a livello del singolo Istituto scolastico** la definizione del Piano dell'Offerta formativa (POF).

Va chiarito, quando si parla di Ambito, che non si tratta di utilizzare gli organi della governance sociale per fare la programmazione scolastica locale.

Si tratta invece di apprendere da questi buone prassi e modellizzazioni per costruire organi della governance scolastica territoriale con cui gli Uffici di Piano possano poi confrontarsi al fine di facilitare l'integrazione di piani e programmi e conseguentemente delle politiche.

Il nostro Ambito non ha potuto non trovare in questa proposta di governance un modo per meglio razionalizzare le esperienze già in nuce percorse per il confronto tra servizi sociali e scuole ed attualmente frantumate per singolo settore d'interesse (prevenzione – tutela – integrazione minori stranieri – integrazione disabili)

Il modello di governance che si viene delineando quindi può essere sinteticamente rappresentato dalla seguente schematizzazione pur con l'avvertenza che essendo in una fase di costruzione del percorso e del modello una serie di variabili andranno ancora verificate.



6.9.2 la gestione di progettazioni congiunte

Attualmente sono già previste una serie di luoghi di incontro tra mondo della scuola e servizi socio – sanitari (il comitato di rete del Protocollo CIC – il tavolo allargato dello sportello intercultura di Verano Brianza – il tavolo scuole e il tavolo di lavoro sulla figura dei tutor del Gruppo Prevenzione della ASL...) e vengono già gestiti a livello associato una serie di servizi rivolti al mondo della scuola: Servizio “Noi Genitori”, servizio “Camelot”, Servizio “CIC” – servizio “Riconoscere le Differenze per Arricchirsi” – voucher per i servizi di assistenza educativa a disabili...

Una volta formato il tavolo locale per le politiche scolastiche occorrerà comprendere il rapporto tra questo livello di governance “programmatoria” e gli altri luoghi di interlocuzione più centrati sulle singole offerte.

Uno degli stimoli che la nuova riforma del sistema educativo e formativo pone sarà proprio quella di rivedere le proposte attualmente offerte dal sociale alla scuola a partire dai bisogni da entrambi rilevati (ottica cara ai Piani di Zona) pur in considerazione degli obiettivi regionali per l'utilizzo del budget unico.

Un'altra opportunità sarà rappresentata dalla possibilità di stabilire un livello di offerta d'ambito (una sorta di liveas distrettuali) su cui far convergere i fondi comuni, lasciando le



single amministrazioni libere di potenziare le azioni proposte o investire in altri ambiti di bisogno specifico. Sappiamo, infatti, ad esempio che, per ciò che riguarda la prevenzione, la reiterazione del messaggio potenzia il successo dell'azione preventiva, pertanto immaginare delle azioni di ambito a cui collaborino i diversi interlocutori non può che rappresentare un valore aggiunto.

Tramite il Tavolo per le politiche scolastiche, infine, potrebbe essere possibile addivenire ad una sorta di patto educativo territoriale, poi estendibile ad altri interlocutori, che disciplini gli obiettivi che si vogliono raggiungere, i principi e le modalità per raggiungerli e i reciproci impegni (all'interno di un tale patto potrebbero trovare cittadinanza le azioni di inclusione di disabili, immigrati, le azioni preventive ...).

6.9.3 La formazione professionale

Altra area che merita un approfondimento circa le possibilità di integrazione è quella della formazione e qualificazione professionale.

In tale settore può avere un senso cercare di meglio coordinare i corsi di formazione professionale, e le osservazioni dei centri per le politiche attive per l'impiego.

In passato la Provincia di Milano aveva coinvolto gli Uffici di Piano per ottenere feedback di questo tipo prima di procedere con l'indizione di bandi per specifici corsi di formazione.

Il tavolo locale delle politiche scolastiche potrebbe fornire un sostegno anche in questa direzione.

Discorso a parte merita la valutazione circa l'opportunità di attivare anche nel nostro Distretto dei corsi per assistenti familiari con i criteri per essi fissati dalla Provincia e dalla Regione.

Un'azione simile, prevista per lo scorso triennio, non si era riuscita ad attivare nonostante fossero state messe le basi per possibili collaborazioni con la scuola civica di Besana.

Si ritiene importante, però, prima dell'attivazione di una tale iniziativa, attendere gli esiti del primo anno di attività degli "sportelli badanti" così da misurare le reali esigenze del territorio, anche in considerazione del fatto che un corso volto ad accrescere le competenze del personale di assistenza familiare (senza quindi l'ottenimento di crediti per percorsi di studio più articolati) è in fase di predisposizione da parte della Caritas di Lissone.

6.9.4 Le proposte di sviluppo triennale

A) Attivazione del tavolo locale per le politiche scolastiche e partecipazione alla predisposizione del primo piano per l'offerta formativa di ambito (obiettivo di integrazione – costruzione di reti)⁶⁹

Come già visto più sopra, in ottemperanza alle indicazioni Regionali, l'Ufficio di Piano, e più in generale i servizi sociali dei comuni dell'ambito, sono chiamati a partecipare all'attivazione e all'attività del tavolo locale per le politiche scolastiche, con particolare riferimento alle azioni per le pari opportunità di istruzione (stranieri, disabilità, disagio), per la prevenzione della dispersione scolastica e per il benessere ed il successo formativo.

In questa direzione il nostro Distretto si sta già attivando al fine di innescare i percorsi che portino alle scelte delle rappresentanze e quindi all'avvio del tavolo.

⁶⁹ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)



B) Partecipazione al Tavolo Provinciale per le Politiche Scolastiche e partecipazione alla predisposizione del primo piano per l'offerta formativa provinciale (obiettivo di integrazione – costruzione di reti)⁷⁰

L'Ufficio di Piano è già stato coinvolto nei processi che porteranno all'istituzione del Tavolo Provinciale per le politiche scolastiche e continuerà la sua collaborazione in questo senso con la Provincia.

In particolar modo è previsto, nel 2009, un percorso di accompagnamento alle attività del tavolo da parte del Cergas dell'Università Bocconi di Milano.

C) Attivazione di corsi di qualificazione per assistenti familiari ("badanti") (obiettivo di costruzione interventi)

Al termine di un primo periodo di sperimentazione degli sportelli badanti, anche al fine di verificare i bisogni del territorio, potrebbero essere attivati dei corsi di qualificazione per assistenti familiari.

D) Favorire il rapporto tra corsi di formazione e servizi per l'inserimento lavorativo (obiettivo di integrazione – costruzione di reti)

Si ritiene possibile collaborare con la costituenda provincia di Monza e Brianza al fine di meglio strutturare il rapporto tra corsi di formazione e qualificazione e servizi per il sostegno attivo del lavoro.

⁷⁰ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)

6.10 Focus VI: Contrasto alle dipendenze

(a cura di Veronica Borroni e Marina Fumagalli)

I possibili obiettivi previsti dal Piano di Zona precedente rispetto all'area dipendenze sono riportati nella tabella seguente:

	Bisogno obiettivo evidenziato dal piano di zona	Azioni attivate	Grado di raggiungimento obiettivo
Area dipendenze	promuovere – sostenere interventi flessibili che intercettino il bisogno nei luoghi di socializzazione	Mantenimento azioni di educativa di strada	☺
	necessità di promozione della comunità con crescita di capacità di farsi carico del disagio	Attivazione interventi formativi e di sportello scuole medie e superiori	☹
	necessità di azioni che aiutino il reperimento di abitazioni a un costo sostenibile	=	☹
	costruzione di percorsi che facilitino il reinserimento nel contesto socio - lavorativo	adesione protocollo coop B e capitolati solidali	☹
	continuità, nel medio periodo, degli interventi attuati	Mantenimento azioni di educativa di strada	☺
	necessità di flessibilità nei servizi e nelle procedure di accesso	Collaborazione progetto aggancio precoce ASL	☹

☺	Obiettivo raggiunto
☹	Obiettivo in corso di raggiungimento o parzialmente raggiunto
☹	Obiettivo non raggiunto

6.10.1 Focus 1: i consumi di sostanze - il profilo del consumatore e gli interventi preventivi

Per effettuare alcune riflessioni relativamente al consumo di sostanze, al profilo del consumatore di sostanze legali ed illegali, alle sue abitudini e per ipotizzare delle linee di previsione circa lo sviluppo del consumo nei prossimi anni ci si è avvalsi della consultazione di:

- una ricerca condotta dall'ASLMi3 tramite somministrazione di un questionario anonimo ad un campione rappresentativo della popolazione residente tra i 15 ed i 54 anni i cui risultati sono contenuti all'interno della pubblicazione "Osservatorio territoriale Droga e Dipendenze – Il Fenomeno delle Dipendenze sul Territorio della ASL MI 3 – Anno 2007";
- una ricerca qualitativa commissionata dal nostro Ambito e realizzata dall'Agenzia Codici in collaborazione con la cooperativa Comunità Nuova, sulla base di interviste ad un campione di 40 consumatori del distretto;
- la pubblicazione di Prevo.lab relativa alle previsioni sull'evoluzione dei fenomeni di abuso nel prossimo periodo⁷¹.

⁷¹ Prevo.lab - Osservatorio della Regione Lombardia sulle Dipendenze - "previsione dell'evoluzione dei fenomeni di abuso", Bollettino previsionale intermedio 2008 A partire da gennaio 2007, Prevo.Lab produce



nonché della preziosa collaborazione degli operatori del Dipartimento Dipendenze al tavolo adulti.

Partiamo dall'analisi dei **dati noti circa l'uso di sostanze**

Tipo di sostanza	Provincia di Milano (anno 2006) residenti tra i 15 e i 54 anni	ASL MI 3 (anno 2006) (tra i giovani scolarizzati)	Previsione 2010 Osservatorio Regionale
Eroina	0,5% dei residenti tra i 15 e i 54 anni ha utilizzato l'eroina almeno una volta nell'ultimo anno, dato (trend decrescente in rapporto all'aumento dell'età) (Lombardia: 0,4%; Italia: 2,3%)	l'1,9% ha utilizzato l'eroina almeno una volta nell'ultimo anno, dato in aumento rispetto all'1,4% dell'anno precedente Più della metà del campione ha fatto un uso frequente della sostanza (da 6 a più di 20 volte negli ultimi 12 mesi). Il consumo più frequente in assoluto si registra fra le ragazze di 16 anni, mentre i picchi per i coetanei maschi avvengono in età differenti a 15 e a 18 anni.	Gli elementi in nostro possesso permettono, per la prima volta, di ipotizzare una tendenza 2007-2010 di possibile sensibile incremento del numero dei consumatori . In questa fase, tuttavia, pur essendo chiara l'inversione di tendenza che vedeva il numero dei consumatori stabile o in decremento, esiste la necessità di una particolare prudenza nella definizione di ipotesi quantitative: ciò è dovuto oltre che alla contingenza di un'inversione di tendenza recentissima, al potenziale proprio della sostanza nell'indurre tolleranza e dipendenza nel momento in cui il consumo esca dall'occasionale
Cocaina	il 5,3% dei residenti ha utilizzato cocaina almeno una volta nell'ultimo anno, percentuale che assume un trend decrescente in rapporto all'aumento dell'età (Lombardia: 4,7%; Italia: 2,3%)	il 4,4% ha utilizzato la cocaina almeno una volta nell'ultimo anno, dato in aumento rispetto all'4,3% dell'anno precedente. L'uso preponderante concerne la popolazione maschile: il 10,4% dei 19enni contro il picco massimo del 5,3 per le ragazze di 17 anni. Il 38% del campione ha consumato la sostanza per più di 20 volte negli ultimi 12 mesi.	il numero dei consumatori di cocaina potrebbe aumentare del 40% circa rispetto al numero dei consumatori del 2007 .
Cannabis	il fenomeno interessa il 10,7% dei residenti (Lombardia: 9%; Italia: 11,7%). Sono i giovani e tra questi i maschi a consumare maggiormente maschi 15-24enni: 24% femmine 15-24enni: 13% femmine 25-34enni: 16%	l'uso di cannabis è diffuso nel 27% degli studenti con i livelli più elevati tra i 19enni maschi (45%) e tra i 17enni (31%). Le prime esperienze avvengono a 15 anni per il 14% dei ragazzi, ma, mentre per i maschi l'utilizzo aumenta gradualmente con l'età, per le ragazze, diminuisce dopo i 17 anni. L'uso negli ultimi 12 mesi ammonta a 1/5 volte per il	è possibile supporre un incremento del numero dei consumatori tra il 20 e il 30% rispetto al numero dei consumatori del 2007 con possibilità di un forte aumento dei consumatori, fino ad un incremento dagli attuali 3.500.000 a circa 4.500.000 (considerando come ragionevole un intervallo tra i 3.800.000 e i 5.100.000

un *Bollettino Previsionale* dell'evoluzione dei fenomeni di abuso, completo di indicatori numerici, con scadenza *annuale*. Le informazioni previsionali in esso contenute sono presentate e diffuse pubblicamente durante il Convegno Nazionale che si tiene ogni anno, nel mese di dicembre



		48%, a 6/19 volte per il 26% , ed a 20 o più volte per il restante 26%.	consumatori), se prosegue – come è pensabile – il trend di consumo (di forte accelerazione) in corso dal 1997.
Allucinogeni stimolanti e altre sostanze	il consumo di allucinogeni e stimolanti è legata alle fasce di età più basse con uno share dal 3,8% per i maschi inferiori ai 25 anni allo 0,9% per il sesso femminile dai 25 ai 34 anni. L'uso di questo tipo di sostanze diminuisce allo 0,1% per le età superiori	il 3,1 dei giovani ha fatto uso di sostanze allucinogene nell'ultimo anno e l'1,3% negli ultimi 30 giorni; il 2,6% ha utilizzato stimolanti negli ultimi 12 mesi con un incremento del 2% rispetto al 2005; il 2,5% degli intervistati ha fatto uso di psicofarmaci senza prescrizione medica nell'ultimo anno con una prevalenze delle ragazze rispetto ai coetanei maschi (3,3% contro l'1,9%).	previsione di crescita nel triennio 2007-2010 del 47% .
Alcol	il 78,8% dei residenti ha fatto uso di alcol nell'ultimo anno , con un consumo che, per i maschi, rimane abbastanza costante nell'arco della vita (89% dei minori di 25 anni; 87% tra i 25 e i 34 anni; tra l'80e il 90% tra i 35 e i 54 anni), mentre per il sesso femminile tende a diminuire (91% delle minori di 25 anni; 73,4% tra i 25 e i 34 anni; 60% tra i 35 e i 54 anni).	l'85% fa uso di alcol . Ciò significa che solo il 15% dei ragazzi in età scolare è astemio . Tra i 18 e 19 anni si registrano i maggiori tassi di uso: il 94% dei maschi 19enni e il 91% delle ragazze 18enni, ma il consumo resta elevato anche per i 15enni (79% dei maschi, 71% delle femmine). Nell'ultimo anno, il 20% ne ha fatto uso 40 o più volte; il 52% da 6 a 39 volte . Il 45% dei soggetti ha abusato della sostanza nell'ultimo anno, di cui il 9% più di 20 volte e il 21% tra le 6 e le 19 volte; dato che si ripropone relativamente alla percentuale di abusi nell'ultimo mese (24%).	n.r.

L'alcool e la cannabis rimangono le sostanze di più ampia diffusione, seguite da cocaina, altre sostanze ed eroina. La **previsione** per il 2010 è di una **crescita dei consumi** per tutte le sostanze compresa (invertendo il trend) l'eroina. Focalizzando l'attenzione sul territorio dell'ASL di Monza e Brianza si può osservare una percentuale mediamente più elevata dell'uso di cocaina pari al 4,4% (dato relativo a giovani tra i 14 e i 19 anni negli ultimi 12 mesi) rispetto al dato nazionale del 3,9%. Rilevante è la differenza di genere con un consumo quasi doppio da parte del sesso maschile rispetto alle coetanee.

Tuttavia, le previsioni per il futuro allertano in ordine ad un ritorno dell'eroina, atteso nel 2011.

Il fenomeno dell'eroina associata a tossicodipendenza-devianza-assunzione endovena, sembra essere ormai fortemente ridotto (in alcune parti d'Italia è quasi scomparso). Negli ultimi anni, l'eroina presente sul mercato si è connotata per basso principio attivo e costi ridotti, caratteristiche che unite a modalità di assunzione tramite fumo o inalazione provocano, inizialmente, effetti "limitati", tollerabili e parzialmente gestibili, con un uso saltuario. Ciononostante, l'altissimo potere additivo di questa sostanza genera una rapida crescita della tolleranza, ossia la necessità di aumentare la dose assunta o la frequenza di assunzione per avere lo stesso effetto, trasformando consumatori occasionali in abituali.



È presumibile che il mercato del prodotto, tramite l'offerta della sostanza a prezzi modici ed a basso impatto, sia interessato a promuovere forme di consumo socialmente compatibile non legate a fenomeni di emarginazione e devianza quale alternativa alla piazza rivolta ai tossicomani tradizionali ormai in declino.

Il target dei giovanissimi potrebbe essere facile bersaglio in ragione della tendenza a non discernere tra una droga e l'altra che potrebbe portarli a considerare l'eroina fumata "una droga come un'altra".

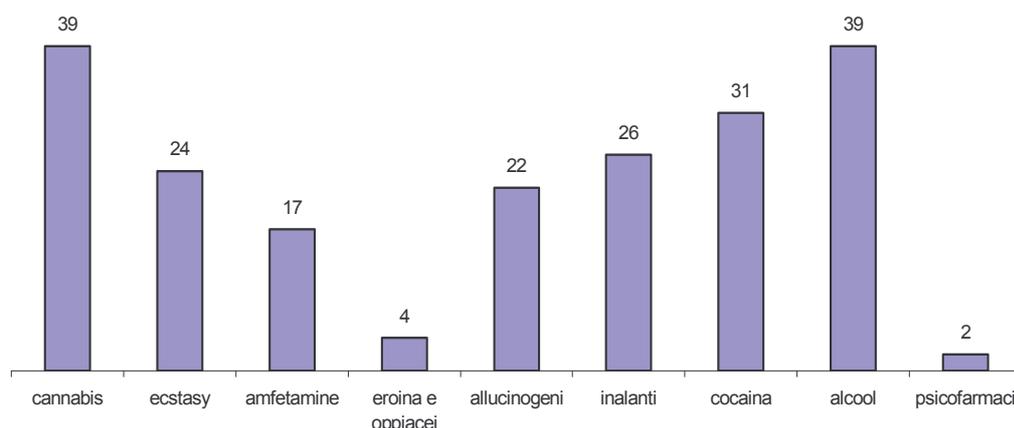
Dall'analisi della ricerca dell'ASL, inoltre, si conferma il dato rilevato dallo scorso Piano di Zona circa il **policonsumo** di sostanze in particolare dell'associazione tra alcool ed un'altra sostanza (tra gli studenti che riferiscono di utilizzare eroina l'88% utilizza anche alcool, così il 97% di quelli che consumano cocaina ed il 96% di coloro che consumano cannabis).

Confermata è, anche, la **non percezione della pericolosità** della sostanza, in particolare per alcool e cannabis, nonostante i dati ASL ci dicano che si è verificato un aumento di scompensi psicotici dovuto agli allucinogeni, degli infarti legati all'uso di cocaina, dei problemi psichiatrici e dei disturbi comportamentali dovuti all'alcol. È frequente che l'uso contemporaneo di cocaina ed alcol, per gli effetti congiunti – eccitante e disinibente – determinino, inoltre, un aumento della rissosità.

Rispetto al **profilo del consumatore**, nel nostro Distretto, possiamo esaminare gli esiti della ricerca di Codici e Comunità Nuova sopra citata (l'estratto della ricerca è riportato per intero negli allegati al Piano di Zona) naturalmente tenendo conto che essendo una ricerca qualitativa fornisce soprattutto suggestioni da ulteriormente indagare.

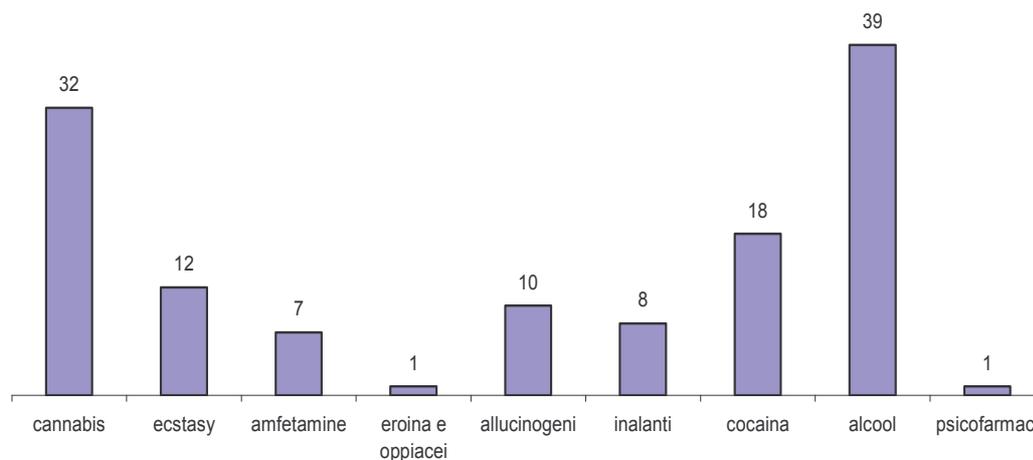
Nelle 40 interviste effettuate tra consumatori del nostro ambito si sono rilevate le frequenze di utilizzo nella vita (LTP), nell'ultimo anno (LYP) e nell'ultimo mese (LMF). I risultati sono riportati nelle tabelle seguenti.

Frequenza utilizzo nella vita intervistati Codici





Frequenza utilizzo ultimo anno intervistati Codici



Frequenze utilizzo ultimo mese intervistati Codici

	1 volta al mese o meno	2-3 volte al mese o meno	1-3 volte la settimana	4 volte o più la settimana	totale
cannabis	1	3	9	18	31
ecstasy	4	2			6
amfetamine	5				5
eroina e oppiacei					0
allucinogeni	2				2
inalanti	2	2			4
cocaina	5	5	3		13
alcool	1	1	19	17	38
psicofarmaci				1	1

Indice di Discontinuità Intervistati Codici (quanto più si avvicina allo 0 tanto più le persone smettono di consumare nel tempo quella sostanza, quanto più si avvicina al valore 1 tanto più le persone tornano a consumare)

DSC LT/LY cannabis	0,8
DSC LT/LY ecstasy	0,5
DSC LT/LY amfetamine	0,4
DSC LT/LY eroina e oppiacei	0,3
DSC LT/LY allucinogeni	0,5
DSC LT/LY inalanti	0,3
DSC LT/LY cocaina	0,6
DSC LT/LY alcool	1,0
DSC LT/LY psicofarmaci	0,5

Rispetto al **rapporto con le sostanze**, analizzando tali dati si nota che le uniche sostanze che restano con una quotidianità e una prossimità alta sono l'alcool, che tutti continuano a consumare, e la cannabis che continua a essere consumata da almeno l'80% delle persone intervistate. Sono sostanze percepite come meno pericolose di uso appunto "quotidiano".

Per il resto il consumo non appare stabile ma soggetto a modifica nel tempo, transitando attraverso fasi di intensità e modalità di consumo diverse.



Generalmente si possono identificare sostanze che sono maggiormente legate a una fase del consumo più accentuatamente esplorativa degli effetti, come gli allucinogeni, e sostanze che sono maggiormente legate a contesti frequentati in alcuni periodi della propria vita, ad esempio l'ecstasy o gli inalanti. Sia le sostanze di fase che quelle di contesto hanno tassi di discontinuità alti. Ci si passa per abbandonarli.

L'unica sostanza che si colloca a metà strada, tra quelle di uso continuo e quelle di transito, è la cocaina i cui tassi di discontinuità variano meno delle altre. La cocaina, infatti, è l'unica sostanza che realmente polarizza il campione, spaccandolo quasi a metà. Ci sono persone per cui l'esperienza di consumo è stata talmente negativa che l'abbandonano, mentre altre ne sono rimaste legate, attraversando anche periodi di abuso frequente.

Il **giudizio sulla nocività** della sostanza in sé nasce solo nei confronti dell'eroina perché dal suo consumo deriva ineluttabilmente la condizione di tossicodipendenza che costringe alla micro-criminalità e crea sofferenza alla famiglia, rompendo la relazione di fiducia genitore-figlio.

Nel corso degli anni, il consumo tende a normalizzarsi, ovvero a stabilizzarsi intorno a un modello di **consumo "socialmente compatibile"**, come dicono gli intervistati "tranquillo".

È soprattutto l'**acquisizione di responsabilità nel mondo del lavoro a consentire la normalizzazione del consumo**, a costringerlo dentro un quadro di compatibilità sociale.

In termini concreti vuol dire che si consuma cannabis a fine giornata, per rilassarsi, per mettersi in condizione di riposare lasciandosi alle spalle lo stress del lavoro. Si consuma alcool nel fine settimana per stare dentro il rituale sociale del "week end".

Ecco, allora, il duplice significato del consumo "socialmente compatibile": si consuma in un modo che non metta in pericolo il proprio ruolo sociale di lavoratore e in contesti socialmente accettati e legittimati da un rituale. Il consumo è legato, ovviamente, anche in questi casi a comportamenti socialmente qualificati come devianti: si consuma una sostanza illegale o si guida dopo aver bevuto alcoolici. Si mettono in atto comportamenti devianti senza per questo riconoscersi un profilo deviante, senza rivendicare una cultura o dei ruoli sociali devianti.

Il **primo contatto** è avvenuto generalmente in contesto di socialità tra i 14 e i 16 anni. Sono i propri coetanei i principali compagni di iniziazione. Nel caso dell'alcol, però, le prime esperienze sono spesso in casa. È la famiglia il primo luogo di socializzazione al consumo e di apprendimento di un modello di rapporto con una sostanza percepita come familiare e quotidiana.

Con gli **amici c'è condivisione** nel senso che all'interno del gruppo di pari convivono più stili di vita (consumatori abituali, occasionali, non consumatori) anche se il consumo altrui non è oggetto di attenzione, **non vi è intromissione nelle scelte individuali** degli altri a meno che queste non vadano a turbare l'equilibrio del gruppo (es.: ubriachezza molesta).

Gli incidenti di percorso non sono motivo di riflessione, sono banalizzati.

Il **rapporto con le sostanze è soggettivo e autoreferenziale**: ciascuno si gestisce autonomamente nella presunta consapevolezza di conoscere i propri limiti. L'allarme scatta solo quando si avverte la perdita di controllo, principalmente in relazione alla cocaina.

Il pericolo percepito come più carico di conseguenze è l'imbattersi nelle Forze dell'ordine perché "si rischia di perdere la patente". **L'arresto o la sanzione** penale sono vissuti come un'onta fatta subire alla propria famiglia la cui fiducia incrinata deve essere riconquistata faticosamente ma **non determinano un abbandono dell'uso di sostanze**, al limite, inducono un semplice ridimensionamento delle proprie abitudini ed una maggior cautela.



Tranne nei casi in cui un qualche incidente ha reso evidente alla **famiglia** la condizione di consumatore del proprio figlio o della propria figlia, per il resto il tema del consumo non è affrontato chiaramente nei rapporti con i propri genitori. La famiglia viene lasciata immaginare, oppure si cerca di **tenerla all'oscuro**, quasi protetta dalle proprie esperienze di consumo. Ciò è significativo perché la quasi totalità del campione vive in famiglia ed ha un **lavoro a tempo pieno**. La maggioranza è occupata alle dipendenze di medie aziende, con esperienze temporanee di attività di rappresentanza, due sono liberi professionisti. Nonostante l'indipendenza economica, la fuoriuscita dal contesto familiare originario è presa in considerazione solo nell'eventualità di una significativa esperienza di trasferimento all'estero o la creazione di un nuovo nucleo familiare, non è percepita come un percorso di autonomia.

C'è **poca conoscenza dei servizi**, percepiti come distanti o estremamente etichettati.

Unico **aiuto consentito**, in via di principio, è quello del **gruppo dei pari** che spesso non è, però, attrezzato a fronteggiare situazioni critiche. È **condivisa la repressione** di comportamenti pericolosi (es.: guidare ubriachi) legati alle sostanze ma non del consumo in sé, anche se il medesimo comportamento pericoloso è relativizzato quando riportato su di sé in forza della propria capacità di autoregolazione e di conoscenza della propria soglia di tolleranza. La **capacità di autogestione** della propria attitudine verso le sostanze è, inoltre, confortata dall'idea che il consumo sia intervallato da periodi di volontaria astinenza (drug free). Astinenza che ad un'analisi più approfondita, si rivela più teorica che reale, nel senso che si limita a serate sporadiche trascorse in contesti poco idonei all'assunzione di sostanze, ad esempio passate al cinema

L'attuale **contesto culturale** influenza fortemente l'osare, il superare i propri limiti attraverso l'utilizzo di sostanze legali ed illegali. **L'abbassamento dell'età** di inizio dell'uso rappresenta una variabile importante rispetto a d un'eventuale successiva frequenza di consumo anche perché legata ad una scarsa percezione dei rischi correlati.

La percezione della droga come pericolo o trasgressione è stata progressivamente sostituita dalla percezione della **droga come semplice prodotto** – potenzialmente innocuo e controllabile – da assumere liberamente, in qualunque momento e in qualunque luogo, per accedere a una piacevole alterazione della realtà.

Induce e facilita il **policonsumo** anche la morfologia del mercato di spaccio che si presenta diffuso e parcellizzato ed offre ad un costo "minimo" quasi indifferenziato ed abbastanza accessibile le diverse sostanze (dagli 8 € di una "canna" ai 15 € di una "micro-dose" di cocaina). All'interno di questo sistema trova spazio anche lo "spaccio occasionale" dei più giovani - in aumento - che assume l'aspetto del baratto o dello scambio, oppure permette di ottenere proventi utili per acquisti di beni di consumo. È in questo tipo di contesto microeconomico che si sviluppa la tendenza a omologare le diverse sostanze, alimentando gradualmente il concetto che "una vale l'altra".

Il consumo indifferenziato permette di vivere esperienze diversificate anche in tempi ravvicinati e conferisce alle sostanze stupefacenti una funzione di complemento per la rapida modificazione dello stato psicofisico. Quando, ad esempio, dopo una serata "eccitante" garantita dall'uso di cocaina, ecstasy ecc., si sente il bisogno di "rallentare", l'utilizzo di cannabinoidi o eroina riveste una funzione "accessoria", utile a recuperare uno stato di normalità.

Ritornando ai dati dell'ASL si nota come tra le **caratteristiche comportamentali** dei più giovani connesse all'uso di sostanze psicoattive frequenti sono l'abitudine a fare giochi in cui si spendono soldi, l'aver perso 3 o più giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo, e l'aver avuto rapporti sessuali non protetti.

Elementi disincentivanti e di protezione efficace risultano essere l'attenzione dei genitori, legami familiari stabili, lo sport, la frequentazione di contesti diversi.



Rispetto ai comportamenti di “abuso”, infine, merita un accenno, in ottica preventiva, il fenomeno del **gioco d’azzardo**, analizzato nella succitata pubblicazione della ASL MI 3.

Il fenomeno del gioco d’azzardo è diffuso e in progressiva crescita con un ampliamento: dell’offerta, della tipologia di giochi e dei luoghi nei quali giocare. È stato ritenuto importante avere un quadro preciso delle dimensioni del fenomeno sul territorio della ASL MI3 attraverso uno studio epidemiologico che analizzasse i comportamenti di gioco e misurasse la prevalenza di giocatori eccessivi e patologici, individuandone le loro caratteristiche e i fattori di rischio: prima della presente indagine non esistevano né ricerche né studi epidemiologici. La conoscenza del fenomeno non può che essere il primo punto da cui partire per sperimentare eventuali percorsi di contrasto e prevenzione.

Per Gioco d’azzardo si intende un gioco nel quale i giocatori puntano denaro o oggetti di valore; la posta, una volta puntata, non può essere ritirata e, infine, il risultato del gioco è basato prevalentemente o esclusivamente sul caso/fortuna. Su tale comportamento è stata effettuata una specifica ricerca dall’ASL MI 3 che ha selezionato un campione di popolazione dai 18 ai 74 anni statisticamente significativo a cui è stato somministrato un questionario.

Dei 1.520 intervistati il 36,9% risultano non giocatori a fronte del 63,1% dei giocatori. Scendendo nello specifico, i giocatori si dividono tra occasionali (42,1%) ed abituali (21%); a loro volta i giocatori abituali si dividono in giocatori sociali (19,7%) e problematici (1,3%) di cui lo 0,8% sono giocatori eccessivi e lo 0,5% giocatori patologici.

Suddividendo il campione per sesso si osserva come giochino più i maschi delle femmine (il 66,4% dei primi contro il 59,9% delle seconde hanno giocato ad almeno un gioco negli ultimi 12 mesi). Il campione è stato suddiviso in 4 classi d’età: 18-24, 25-44, 45-64 e 65-74. Al crescere delle classi d’età diminuisce la percentuale di coloro che hanno giocato negli ultimi 12 mesi. Ai soggetti che hanno dichiarato di aver giocato una o più volte nell’ultimo mese è stato chiesto cosa cercassero nel gioco. Quasi il 70% ha dichiarato di giocare per vincere mentre il 25,6% cerca divertimento ed eccitazione. Di questi ultimi il 42,8% rientrano nella classe d’età 18-24 anni. Tra coloro che hanno affermato di aver giocato una o più volte nell’ultimo mese è stato indagato se avessero adottato modalità “particolari” per procurarsi denaro per giocare o per pagare debiti di gioco. I giocatori problematici affermano di aver messo in atto almeno una modalità nel 48% dei casi; nel 43,3% dei casi i soldi sono stati prelevati dai soldi di casa e quasi il 23% li ha chiesti al partner. Più basse, invece, le percentuali dei giocatori sociali e dei giocatori nell’ultimo mese in generale.

Per ciò che riguarda **le risorse**, i progetti preventivi e di riduzione del danno presenti sul territorio sono evidenziati dalla tabella seguente:



Interventi previsti nell'Ambito di Carate Brianza – gennaio 2009

Titolo del progetto	Enti coinvolti	Sintesi del progetto
PROGETTO x SPACE- INTERVENTI DI AGGANCIAMENTO PRECOCE	ASLMI3 Associazione Comunità Nuova Cooperativa Solaris Cooperativa COLCE	Intervento breve rivolto a policonsumatori tra i 16 ed i 26 anni finalizzato a prevenire il passaggio ad un vero e proprio abuso o dipendenza. Formazione e consulenza degli adulti di riferimento.
SUBWAY	Comune capofila: Biassono 13 Comuni del Distretto Associazione Comunità nuova	Educativa di strada con Unità mobile e coinvolgimento in attività positive. Momenti formativi con adulti opinion leaders. Attivo da 9 anni sul Distretto di Carate Brianza.
CIC	Ufficio di Piano ASL MI 3 - Distretto Socio Sanitario di Carate Brianza e Dipartimento Dipendenze ITI di Carate Brianza ISIS di Lissone ECFoP di Carate Brianza Istituto di Istruzione Superiore Statale "Gandhi" di Besana in Brianza	Sportelli di informazione e consulenza per ragazzi, genitori, insegnanti e personale ata; formazione dei tutor; serate per genitori ed insegnanti. Gli sportelli CIC sono in rete con i servizi del territorio. Attivo da settembre 2008
KIMBANDA NIGHT	ASLMI3 Cooperativa COLCE	Unità mobile di riduzione dei rischi e tutela della salute nei luoghi del divertimento (locali, concerto) per promuovere un'assunzione di responsabilità sul proprio modo di divertirsi e assumere sostanze ed alcol. Attivo da 7 anni sul territorio dell'ASL MI3 Nell'anno 2007-2008 il progetto ha lavorato in Comuni fuori dall'Ambito.

6.10.2 Le proposte di intervento:

A) Condivisione col territorio (scuole, Comuni, privato sociale...) delle metodologie di intervento ritenute maggiormente efficaci (obiettivo costruzione di interventi efficaci – costruzione di reti)

Il focus group sulle dipendenze ha formulato alcune indicazioni metodologiche e operative, quale canovaccio per le autonome progettazioni degli interventi nel futuro triennio, modellate sul tracciato delle linee guida regionali (DGR 6219/2007) a loro volta mutate dalle indicazioni europee del settore. Le stesse possono essere così sintetizzate:

- realizzare interventi di provata efficacia, come la promozione delle life skill o gli interventi di comunità, ed evitare quelli universalmente riconosciuti inutili (mostre fotografiche, incontri assembleari, testimonianze di esperienze personali di tossicodipendenza, politica del terrore...)
- contestualizzare la prevenzione generale sulla scuola e la prevenzione selettiva sull'educativa di strada;
- applicare localmente programmi basati sulla ricerca, definendo gli assunti teorici e metodologici alla base del programma e tenendo in considerazione le caratteristiche socio-culturali dei destinatari e del contesto in cui si intende sviluppare il progetto;



- favorire i programmi a medio-lungo termine – incentivando i piani di zona triennali ad esempio – articolando l'intervento in fasi successive, in merito a ciascuna delle quali stabilire obiettivi specifici e programmando sessioni di richiamo;
- valutare i programmi preventivi e i piani territoriali di intervento, includendo gli aspetti connessi alla valutazione fin dalle fasi iniziali della progettazione e individuando indicatori misurabili in modo da valutare la ricaduta sui destinatari, garantire la qualità dell'intervento ed ottimizzare risorse economiche e professionali;
- adottare un'ottica sistemica, integrando e coordinando, a livello locale, le politiche educative, sociali, culturali, socio-sanitarie, promuovendo un raccordo tra la rete dei servizi di prevenzione presenti sul distretto, con l'obiettivo di far circolare le informazioni, di confrontarsi sulla progettazione, di diffondere l'utilizzo della scheda EDDRA, valutare gli interventi, raccogliere i dati;
- intervenire precocemente, ridurre i fattori di rischio, accrescere i fattori protettivi abbassando ulteriormente il target di età dei destinatari delle azioni preventive rivolgendosi a soggetti ancor in fase evolutiva e promuovendo lo sviluppo di abitudini sane;
- prevenire tutte le forme di abuso, promuovendo un strategia complessiva di intervento concernente l'uso di sostanze illecite, l'alcol, la pratica del gioco d'azzardo e le altre forme di dipendenza.

B) Attivazione di azioni specifiche a contrasto dell'abuso di alcool in specie nei luoghi di lavoro (obiettivo di studio e creazione di interventi)

L'abuso di alcool è un fenomeno che si sta rivelando particolarmente allarmante per la sua diffusione anche tra i giovanissimi e la scarsa percezione della pericolosità sociale.

Se la prevenzione attualmente viene immaginata in ottica indifferenziata, perché volta a stimolare più i fattori protettivi che a informare sugli effetti negativi delle sostanze, importante è mantenere un focus di attenzione particolare al fenomeno dell'abuso d'alcol.

Le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità indicano che il 10% - 30% degli infortuni in ambito lavorativo avrebbero come causa l'uso e l'abuso di alcool. Da ciò la necessità di adottare politiche sull'alcol che tengano in considerazione il contesto lavorativo.

Anche a livello locale si è riscontrata una diffusione del problema. La liceità della sostanza e l'accettazione culturale del suo consumo fanno sì che i consumatori stentino a riconoscere la problematicità della propria condizione e non si rivolgano ai servizi territoriali se non quando la situazione è gravemente compromessa.

I servizi sociali comunali si trovano, spesso, ad interfacciarsi con soggetti ormai espulsi dal mondo del lavoro che presentano quali necessità primarie la ricerca di un'altra occupazione o un sostegno economico. Queste persone imputano il loro malessere psico-sociale ed esistenziale a fattori esterni e presentano richieste, che spesso hanno la natura dell'urgenza e l'idea di una fruibilità immediata, in cui il fattore della dipendenza non è esplicitato. In un simile scenario le soluzioni in grado di essere approntate per arginare l'emergenza sono frammentarie e decontestualizzate: si concretano nell'inserimento di questi soggetti nelle liste degli aventi diritto ai contributi sociali secondo i consueti parametri graduatoriali senza tener conto della specificità del problema.

Solo un maggior coordinamento e la creazione di una rete tra Comuni, servizi socio-sanitari e privato sociale possono consentire un trattamento dei casi in un'ottica sistemica e di specifica progettualità.

Una possibilità, peraltro già sperimentata, di sondare il terreno all'interno delle aziende può essere tentata tramite la sensibilizzazione e la formazione sul problema dei delegati sindacali. Nelle piccole realtà artigianali diffuse sul territorio, dove non è utilizzabile la



mediazione sindacale il passaggio potrebbe avvenire tramite le associazioni di categoria, quali la Confartigianato, e i medici del lavoro. Per il contrasto alla diffusione dell'abuso di alcol sul lavoro, le azioni non possono prescindere dalla disponibilità delle direzioni aziendali a concordare le modalità operative dei percorsi: (ad es. la concessione di un'aspettativa al lavoratore garantendo la conservazione del posto).

Una strategia incentivante per datori di lavoro e dipendenti potrebbe essere quella di approcciare il problema sul terreno legale, promuovendo una maggior consapevolezza dei rischi e dei nuovi adempimenti imposti dalle recenti modifiche apportate alla L. 626/1994, in particolare dal D.Lgs. 81/2008. Un simile aggancio, se non finalizzato a fini terroristici, potrebbe far da leva per illuminare un cono d'ombra dove si celano una serie di rischi poco percepiti in modo da individuare una soglia da non oltrepassare e stimolare dei meccanismi di auto-limitazione.

C) Mantenimento degli interventi di prevenzione in età scolare (obiettivo mantenimento di servizi)⁷²

I servizi Cic e Camelot presenti sul territorio e che offrono attività di sportello per adulti significativi (genitori, insegnanti,...) e attività formativa rivolta agli stessi, utilizzano le modalità previste dalla regione per l'effettuazione di interventi preventivi generalizzati ritenuti efficaci (cfr DGR 6219/2007). In tal senso si ritiene importante il loro mantenimento.

D) raccordo tra servizi aggancio precoce – servizi distrettuali e servizi preventivi (obiettivo costruzione rete – integrazione servizi)

In un ottica di condivisione di buone prassi e collaborazione di servizi insistenti sulla stessa problematica si ritiene importante che la ASL continui a garantire un raccordo tra gli operatori dell'area preventiva. A tale raccordo vi è la disponibilità a partecipare ad un gruppo di lavoro interdistrettuale per ciò che riguarda le nostre progettazioni e si continuerà, per quanto di possibilità dell'Ambito a promuovere un raccordo tra servizi a livello distrettuale.

E) Mantenimento degli interventi di educativa di strada (obiettivo mantenimento di servizi)⁷³

Gli interventi di prevenzione selettiva più efficaci previsti dalla Regione attengono all'educativa di strada. In tal senso si ritiene importante continuare la progettazione già presente del nostro distretto da vari anni, cogliendola anche come opportunità per raggiungere target particolari di giovani.

⁷² questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea ei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)

⁷³ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea ei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)



6.10.3 Focus II: le conseguenze sociali e sanitarie dell'uso di sostanze e i percorsi di trattamento

6.10.3.1 *Alcuni dati sulle conseguenze sanitarie legate all'uso di sostanze lecite ed illecite*

Diverse sono le conseguenze sanitarie dell'utilizzo di sostanze lecite o illecite.

Dai dati della ASL MI 3 nell'anno 2006 i **ricoveri correlati a droghe, alcol e tabacco**, che hanno riguardato pazienti residenti nella stessa ASL, sono stati complessivamente 16.028. I ricoveri con diagnosi correlata indirettamente (ad eziologia multifattoriale) al consumo di alcol sono 14.737 (pari a circa il 90% dell'intero collettivo), 1.157 (circa il 7% dell'intero collettivo) totalmente attribuibili all'uso di alcol, 102 (circa il 1% dell'intero collettivo) a quello di tabacco e 388 (circa il 2% dell'intero collettivo) quelli con diagnosi direttamente correlata all'uso di droghe e psicofarmaci; il totale complessivo supera la suddetta quota di 16.028 ricoveri in quanto alcuni ricoveri riportano nelle diverse diagnosi concomitanti codici che fanno riferimento contemporaneamente a più tipologie diagnostiche.

La maggior parte di tali degenze si sono tenute all'interno dei reparti di psichiatria (circa 43%) nel caso delle diagnosi correlate all'uso di droghe e psicofarmaci, quelli di medicina generale per quanto attiene alle diagnosi direttamente e indirettamente correlate all'uso di alcol (rispettivamente circa 48% e 29%) ed quelli di recupero e riabilitazione funzionale (48%) per le diagnosi correlate all'uso di tabacco⁷⁴.

Sarebbe interessante oltre al dato assoluto conoscere il trend storico, ritenendo questo dato significativo rispetto alla rappresentazione delle situazioni più gravi di abuso.

Per ciò che attiene invece il fenomeno delle **malattie infettive droga correlate** (HIV, Epatite B ed Epatite C) occorre innanzi tutto dire che le stesse rappresentano uno dei cinque indicatori per il monitoraggio dell'evoluzione del fenomeno della droga individuati dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e la Tossicodipendenza (EMCDDA).

Risulta quindi di grande interesse sia la valutazione dell'attività svolta all'interno dei servizi per il monitoraggio di questo tipo di malattie, sia l'analisi delle caratteristiche dei soggetti affetti da questo tipo di patologie.

Nei servizi per le tossicodipendenze della ASL MI3 nel corso del 2006 è stata sottoposta al test sierologico per l'HIV il 78% dell'utenza in carico.

Il test è stato eseguito sul 77% dei maschi e l'84% delle femmine, in entrambi i gruppi si rileva una quota maggiore di testati fra i soggetti già in carico (83% dei maschi e 88% delle femmine).

Sono risultati positivi al test il 13% dei maschi testati e il 22% delle femmine. La positività è stata riscontrata in misura maggiore tra i soggetti già in carico, questo potrebbe essere legato al fatto che tra i nuovi utenti realmente questo virus risulta meno diffuso; va comunque sottolineato che i nuovi utenti sottoposti al test sono in numero abbastanza esiguo.

I soggetti risultati positivi al virus dell'HIV sono soprattutto utilizzatori di oppiacei (92%) e l'89% di questi soggetti dichiara di far uso iniettivo della sostanza. Si tratta inoltre di soggetti che hanno un'età media più elevata rispetto al dato complessivo dell'utenza in carico (41 anni). I risultati dell'adattamento di un modello di regressione logistica cui la variabile dipendente è la positività o meno al test, confermano l'associazione (positiva)

⁷⁴ Dati più completi vengono forniti all'interno della pubblicazione ASL MI 3 "Il fenomeno delle Dipendenze sul territorio della ASL MI 3 – Anno 2007"



osservata tra l'uso iniettivo e la positività all'HIV, positiva risulta anche l'associazione con il sesso femminile e con l'essere un soggetto di età superiore ai 35 anni.

I dati circa la distribuzione di frequenza rilevati dall'ASL rispetto ai pz. affetti da HIV o da AIDS conclamato sono riportati nella tabella seguente.

**Distribuzione di frequenza HIV positivi e AIDS conclamati
ASLMI3 e Distretto e consumi relativi – Anno 2006**

BDA 2006	Carate Brianza				Totale ASLMI3			
	N. Assistibili	Spesa Totale (€)	Tasso ponderato (x1000)	Spesa pro-capite ponderata	N. Assistibili	Spesa Totale (€)	Tasso ponderato (x1000)	Spesa pro-capite ponderata
HIV positivo ed AIDS conclamato	261	2.160.508	1,5	12	2234	18.845.888	1,7	14

(fonte: Asl Mi 3)

Nel nostro Distretto la ASL fa rilevare come prosegue nel 2008 la diminuzione di casi di AIDS notificati e dei decessi per tale patologia. Si osserva, viceversa, un "plateau" di casi incidenti dovuto alle diagnosi di malattia opportunistica (AIDS) in soggetti inconsapevoli della loro infezione, facendo supporre l'esistenza di un bacino di "sieropositivi non diagnosticati" piuttosto ampio.

Rispetto all'epatite B, si rileva che i test eseguiti per verificare la presenza del virus responsabile di questo tipo di epatite sono stati effettuati sul 63% dell'utenza. La positività al test risulta relativamente bassa tra le donne (il 23% delle utenti testate); tra i maschi è risultato positivo al test il 41% dei soggetti.

Anche tra i soggetti positivi al virus responsabile dell'epatite B si osserva un'elevata percentuale di utilizzatori di oppiacei (93%) e di utilizzatori per via iniettiva (91%). Si osserva anche un'età media di questi soggetti superiore a quella rilevata per il totale dell'utenza (circa 40 anni).

I risultati di un modello di regressione logistica (analogo a quello utilizzato per l'HIV) suggeriscono un'associazione positiva tra la positività al test per l'epatite B e l'essere un soggetto di età superiore ai 35 anni così come il far uso della sostanza per via iniettiva; negativa è invece l'associazione con il sesso femminile. Rispetto al virus dell'epatite B, si osserva che il 16% dell'utenza complessiva è stata vaccinata, soprattutto i nuovi utenti (19% delle femmine e 25% dei maschi contro il 19% e 21% rispettivamente tra i soggetti già in carico).

I test per verificare la presenza del virus responsabile dell'epatite C sono stati eseguiti sul 74% degli utenti in carico.

Per questo tipo di indagine clinica si rileva una positività più elevata rispetto a quanto osservato per l'epatite B e per l'HIV ad indicare o una maggiore diffusione di questo tipo di virus, o una maggiore selezione degli utenti da sottoporre al test.

Risultano positivi al test soprattutto i soggetti già in carico (56% contro il 20% dei nuovi utenti). Anche per il test dell'epatite C i risultati dell'adattamento di un modello di regressione logistica evidenziano un'associazione positiva tra l'essere affetto dal virus dell'epatite C ed essere un soggetto di età superiore ai 35 anni e iniettore.

Negativa è invece l'associazione con l'essere un soggetto preso in carico per la prima volta nell'anno.



6.10.3.2 I dati relativi ai tossico – alcool dipendenti in trattamento

SerT I dati estratti dal report dell'Osservatorio Territoriale del dipartimento Dipendenze rivelano che, nel 2006, i soggetti in carico alle unità operative SerT sono stati 2.369, l'82% dei quali rappresenta il bacino di utenza già in carico mentre il restante 18% costituisce la quota di prima richiesta di trattamento nell'anno.

L'età media dei soggetti in trattamento è di poco inferiore ai 36 anni (36 per gli uomini e 34 per le donne), con una differenza di quattro anni tra nuovi utenti e utenti già in carico, rispettivamente 32 anni e 36 anni.

La distribuzione per uso di sostanze registra un 60% di casi in trattamento dovuto all'uso di oppiacei, un 34% legato all'uso di cocaina, un 6% relativo al consumo di cannabis e il rimanente 1% per uso di altre sostanze.

L'analisi dei nuovi ingressi conferma le tendenze evidenziate nelle abitudini del consumatore "tipo" in età giovanile e vede una preponderanza di richieste di trattamento relative all'uso di cocaina (42% a fronte del 33% già in carico) e di cannabis (21% rispetto al 4% dei soggetti già in carico), mentre è in diminuzione la domanda di presa in carico per l'uso di oppiacei (34% contro il 63% dell'utenza già in carico), così come è in calo, tra i nuovi utenti, l'assunzione per via endovenosa dell'eroina a favore di altre modalità (75% contro l'86% degli utenti già in carico).

Il 70% dei soggetti in carico dichiara di far uso di altre sostanze oltre a quella che ha determinato il trattamento. Il poliabuso appare maggiormente diffuso tra gli utilizzatori di oppiacei (79%) e cocaina (64%), mentre la maggior parte degli utilizzatori di cannabis (70%) fa uso della sola sostanza primaria.

Le modalità di accesso ai servizi differiscono a seconda della sostanza d'abuso primaria. Complessivamente la maggioranza dei soggetti giunge ai servizi per scelta volontaria (70%), il 10% è inviato dalle autorità, il 9% da strutture socio sanitarie e un 11% giunge attraverso altri canali.

Tra i consumatori di oppiacei l'80% si trova in trattamento per scelta volontaria, mentre i soggetti che sono arrivati ai servizi per l'invio da parte delle autorità sono il 3%. Tra gli utilizzatori di cocaina il 65% è in trattamento per scelta volontaria, il 14% risulta inviato dalle autorità, il 9% da strutture socio sanitarie e il 13% è giunto in trattamento attraverso altri canali. La maggior parte dei consumatori di cannabis (60%), si trova in trattamento per l'invio da parte delle autorità, il 7% è stato inviato da strutture socio sanitarie e il 21% ha scelto spontaneamente di sottoporsi a trattamento.

Le tipologie di interventi erogati si articolano in trattamenti psicosociali prevalentemente di monitoraggio clinico (38%), il 29% interventi del servizio sociale, l'11% psicoterapia (individuale, di gruppo o familiare), un altro 11% sono interventi di sostegno psicologico, l'8% counselling e il 3% fa invece riferimento a interventi di inserimento lavorativo.

Da notare che il servizio sociale è notevolmente impegnato nel sostegno di utilizzatori eroina (50,5%) e cocaina (68,8%). Si tratta di una tipologia di utenza "classica" per i SerT, che invecchia sia in termini anagrafici sia per la durata della presa in carico presentano bisogni e che, per lo più, hanno un carattere socio-assistenziale, più che socio-sanitario. Le caratteristiche di quest'ultima utenza richiedono un percorso di accompagnamento per tutta la vita, essendo incapaci di un'autonomia nella vita quotidiana, spesso indipendentemente dalla cessazione o meno dell'uso di sostanze. In tal senso risulta indispensabile una stretta collaborazione ed assunzione di competenze da parte dei servizi specifici. (Enti Locali, SIL, ecc.).

Al contrario, il servizio sociale non svolge alcun ruolo nei confronti dei consumatori di cannabis (0,0%) che sono, invece, fortemente coinvolti nei processi di inserimento lavorativo (70,1%).



L'analisi delle caratteristiche legate alla scolarità e alla condizione occupazionale non evidenzia differenze significative tra gli utilizzatori delle diverse sostanze.

Da uno studio effettuato ad hoc, 170 soggetti tossicodipendenti hanno una concomitante presenza di disturbi psichiatrici.

il 77% è rappresentato da maschi, l'età media è di 36 anni e non si differenzia in maniera significativa tra i sessi (maschi 37 anni, femmine 35 anni).

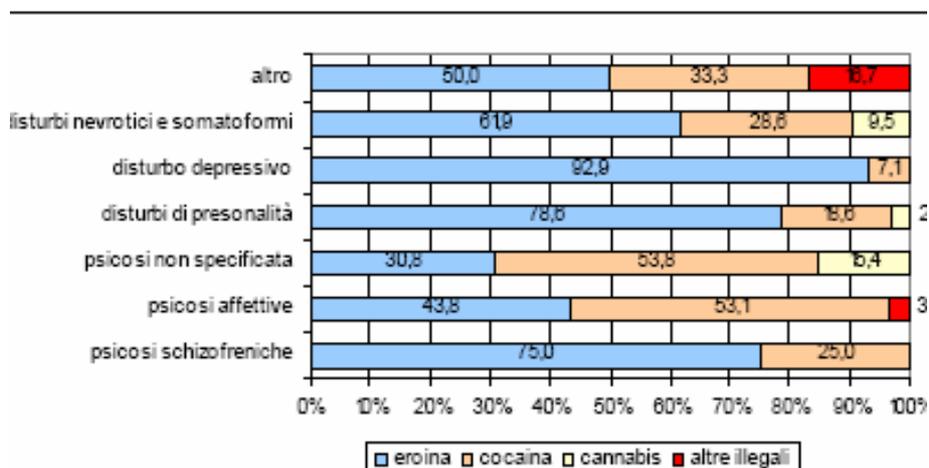
Rispetto alla sostanza "primaria" che ha determinato la richiesta di trattamento presso un SerT, il 64% degli utenti in doppia diagnosi sono associati all'uso primario di eroina, il 31% sono utilizzatori di cocaina e il 4% di cannabis.

Distinguendo l'utenza oltre che per sostanza primaria, anche per sesso, si osserva che fra le femmine è nettamente maggiore la quota di consumatori di eroina (82%) e di gran lunga minore quella degli utilizzatori di cocaina (13%) rispetto ai maschi che presentano percentuali rispettivamente pari a 59% e 36%. Il 52% dell'utenza risulta trattata per consumo associato di più sostanze: alla sostanza primaria, il 65% dei poliabusatori associa cocaina, il 16% bevande alcoliche, il 7% cannabinoidi e il 6% eroina; il rimanente 6% associa altre sostanze illegali.

Rispetto la modalità con cui gli utenti giungono al Dipartimento di salute mentale inviati dal SerT oppure al SerT inviati dal Dipartimento di salute mentale, per il 43% dei soggetti si è trattato di un invio telefonico, per il 13% di un invio scritto, il 31% si è presentato volontariamente e il 13% a seguito di riunioni tra gli operatori SerT e del Dipartimento di salute mentale per la presentazione del caso e la definizione dei livelli di collaborazione rispettiva.

Le singole diagnosi psichiatriche sono state aggregate in macrogruppi, riportati nel grafico seguente.

Distribuzione percentuale degli utenti comorbili per sostanza utilizzata e gruppi di diagnosi - 2007



(fonte ASL Mi 3)

Per la metà dei casi (49%) il livello di collaborazione dell'utenza viene definito sufficiente, per il 25% buono e per il rimanente 26% insufficiente.

Il dato rilevato dai Comuni, invece, riguarda una difficoltà di invio di questa tipologia di soggetti ai servizi competenti.

NOA I soggetti trattati presso i Servizi per l'**alcoldipendenza** della ASL MI3 nel corso del 2006 sono stati complessivamente 891. Il numero degli utenti è sensibilmente aumentato



ripetto al 2005 che ne contava 755 mentre invariata è rimasta la proporzione di genere: il 74% dei soggetti sono di sesso maschile e il 26% femmine.

La maggior parte dell'utenza risulta concentrata tra i 30 e i 59 anni con un'età media pari a 46 anni, precisamente 45 anni tra i maschi e 49 anni per le femmine.

Tra nuovi utenti e già in carico si osserva una differenza di età di 3 anni: 44 in media i primi e 47 anni i già in carico.

E' evidente la differente composizione di età di questo tipo di utenza rispetto ai soggetti tossicodipendenti che mediamente risultano più giovani degli alcolodipendenti.

Rispetto alla frequenza di consumo di alcol, evidenti sono le differenze tra nuovi utenti e già in carico: il 46% dei primi fa uso di alcol ogni giorno, il 22% lo usa da due a sei volte la settimana e il 26% non ne ha usato negli ultimi 30 giorni; Negli utenti già conosciuti il 64% non ha utilizzato alcol negli ultimi 30 giorni e la quota di utenti che dichiara di farne uso quotidiano è invece pari al 22%.

Simili differenze comportamentali sono probabilmente dovuti agli effetti provocati dall'avvio al trattamento sull'uso della sostanza.

L'82% degli utenti in carico non dichiara di utilizzare altre sostanze (illegali o psicoattive) oltre l'alcol, il 18% risulta invece un poliassuntore. La sostanza più frequentemente associata all'utilizzo di alcol è la cocaina (60%), seguono cannabinoidi (28%), e in misura minore tabacco (8%), eroina, farmaci (5% per entrambi), stimolanti (4%), benzodiazepine (4%) e allucinogeni (1%).

La maggior attitudine a un policonsumo si registra nei soggetti maschi e nelle persone di età inferiore ai 35 anni.

Il 36% dei soggetti in carico è giunto in trattamento per scelta volontaria, il 20% è stato inviato da strutture socio sanitarie, l'11% dalle autorità e il 32% è giunto attraverso altri canali.

Il 40% di utenti maschi già in carico ha scelto il trattamento volontariamente contro una percentuale del 30% dei nuovi. Di segno inverso è il rapporto tra vecchia e nuova utenza rispetto agli invii dettati da strutture socio sanitarie (18% contro il 23%) o dalle autorità (9% contro 14%).

Rispetto alla condizione occupazionale, il 63% dei soggetti risulta occupato, il 22% è economicamente non attivo e il 15% disoccupato.

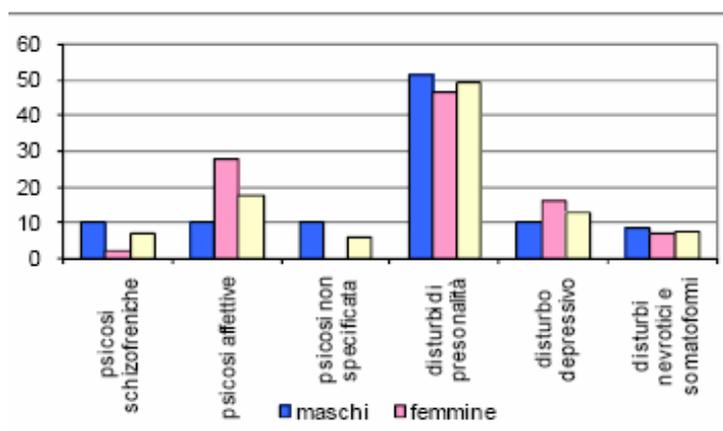
Più che doppio è il dato relativo ai soggetti economicamente non attivi tra le femmine rispetto ai maschi (40% contro 16%), in prevalenza casalinghe, a fronte di una percentuale maggiore di occupati tra i maschi (69% contro il 46% delle femmine). Non si osservano invece differenze rispetto alla condizione occupazionale tra nuovi utenti e soggetti già in carico.

Da uno studio effettuato ad hoc sono stati rilevati 103 **utenti alcolodipendenti con presenza concomitante di disturbi psichiatrici**. il 58% è rappresentato da maschi, l'età media è di 44 anni e non si differenzia in maniera significativa tra i sessi (maschi 43 anni, femmine 45 anni).

Il 48% dell'utenza risulta trattata per consumo associato di più sostanze: alla sostanza primaria, il 59% dei poliabusatori associa cocaina, il 31% altre sostanze illegali, il 6% eroina e il rimanente 4% associa cannabinoidi.

Rispetto la modalità di interscambio degli utenti tra il SerT e il Dipartimento di salute mentale, per il 51% dei soggetti si è trattato di un invio telefonico, per il 20% di un invio scritto, il 5% volontariamente e il 24% a seguito di riunioni di presentazione del caso.

Il Grafico riporta le singole diagnosi psichiatriche, che per una più facile lettura sono state aggregate in macrogruppi.

**Distribuzione percentuale degli utenti comorbili per sesso e gruppi di diagnosi**

(fonte ASL Mi 3)

Per il 58% dei casi il livello di collaborazione dell'utenza viene definito buono, per il 24% sufficiente e per il rimanente 18% insufficiente

Anche in questo caso si tratta di una rilevazione effettuata sui pz già in carico ai servizi. Difficoltà sono state invece riscontrate da parte dei servizi sociali comunali nella fase di invio ai servizi nei soggetti con doppia diagnosi.

6.10.3.3 Alcuni dati sulle conseguenze sociali legate all'uso di sostanze lecite ed illecite

L'ASL MI3 è stata coinvolta nella Sperimentazione coordinata tra Regione Lombardia e Prefettura di Milano per il **trattamento dei soggetti segnalati alla prefettura ai sensi degli artt. 75 e 121 del DPR 309/90**. Tale progetto prevede che i soggetti segnalati per art. 75 entro il limite di età di 26 anni vengano convocati a colloquio direttamente presso le sedi dei Servizi Territoriali delle Dipendenze del proprio bacino d'utenza.

Nel 2006 non sono stati raccolti tutti i dati dei soggetti convocati a colloquio presso il Centro di Educazione Polivalente, ma solamente quelli di coloro che hanno avviato un trattamento presso tale struttura (cioè coloro che sono stati inviati a programma).

Nel 2006 sono stati inviati a programma, a seguito del colloquio, 97 individui presso il Centro di Educazione Polivalente. Il 96% dei soggetti sono maschi, l'età media è pari a 23 anni e la metà dei segnalati ha un'età compresa tra i 20 ed i 24 anni

Le sostanze di segnalazione prevalenti sono la cocaina e la cannabis, rispettivamente con il 48% e il 43% dei soggetti. Dei soggetti che si sono presentati a colloquio e che successivamente sono stati inviati a programma, il 61% possiede la licenza media inferiore, il 20% ha conseguito il diploma di media superiore, il 16% ha un attestato di scuola professionale, solamente l'1% ha la licenza elementare ed il 2% ha conseguito la laurea. Per quanto riguarda la condizione abitativa, la maggior parte dei segnalati vive con i genitori (88%), il 6% con il partner e il 5% da solo; riassumendo solo il 12% dei colloquiati non vive più in famiglia. La maggior parte dei colloquiati lavora: il 74% ha un lavoro stabile e l'8% saltuario; il 4% dei segnalati sono disoccupati e il 13% è ancora all'interno del circuito scolastico

Analizzando il tempo di latenza che intercorre tra il primo utilizzo della sostanza e il primo trattamento effettuato a seguito della segnalazione, si nota che è leggermente più lungo per chi ha consumato cannabis rispetto a chi ha consumato cocaina. Il tempo di latenza medio per i segnalati per cannabis è poco più di 7 anni, mentre per i segnalati per cocaina il tempo di latenza media è di poco inferiore ai 4 anni



Rispetto ai reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti nel corso del 2006 in Italia sono state effettuate 32.807 denunce, di cui 5.102 in Lombardia, 2.371 a Milano ed, in particolare, 248 nei comuni di competenza dell'ASL MI3.

Quasi il 10% delle denunce ha riguardato il reato di associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 74), quota che rimane sostanzialmente stabile in tutte le partizioni geografiche (nella Regione, nella provincia e nei comuni ASL rispettivamente il 9%, il 10% ed il 9%). Gli altri reati previsti dalla specifica normativa hanno riguardato meno dell'1% delle denunce effettuate in Italia ed in Lombardia e sono del tutto assenti a livello provinciale.

In tutte le partizioni geografiche considerate, la sostanza primaria di denuncia più frequente è la cocaina, seguita dai cannabinoidi (sia derivati che piante) e, a distanza, dall'eroina. La quota di denunciati per cocaina, è infatti, di circa il 38% in Italia, il 48% in Lombardia, il 43% a Milano ed il 47% nell'ASL MI3, mentre quella per i cannabinoidi rispettivamente circa il 36% in Italia e nei comuni ASL, il 30% nella Regione ed il 32% nel capoluogo. I deferiti per eroina rappresentano infine, rispettivamente circa il 20% dei denunciati nella penisola, il 14% in Lombardia, il 16% nella provincia ed il 12% a livello locale.

Misure alternative al carcere per tossicodipendenti Nel 2006, in Italia, sono state affidate ai Servizi sociali 11.653 persone, 2.139 in Lombardia e 1.086 nella provincia di Milano. Sostanzialmente in linea con quanto rilevato a livello nazionale, a Milano la quota di soggetti che hanno iniziato o proseguito un programma terapeutico volto al trattamento dello stato di tossicodipendenza (in base a quanto previsto dall'art. 94 del DPR 309/90) è pari al 25% dell'intero collettivo, il restante 75% risulta costituito da persone in affidamento per l'esecuzione di pene non superiori ai tre anni (come previsto dall'art. 47 della Legge 26 Luglio 1975, n. 354 e succ. modifiche).

Sempre all'interno del gruppo degli affidati per iniziare o proseguire un programma terapeutico volto al trattamento dello stato di tossicodipendenza, gli stranieri rappresentano circa il 4% dell'intero collettivo all'interno di tutte e tre le partizioni geografiche considerate; cala invece la quota di femmine che passano dall'8% rilevato a livello nazionale, 6% della Lombardia al 5% della provincia di Milano.

Senza variazioni rispetto al livello nazionale, la proporzione di **detenuti entrati negli istituti lombardi per reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti** varia tra il 28% ed il 29% del totale degli ingressi. In linea con quanto osservato nella penisola, l'analisi delle caratteristiche anagrafiche evidenzia la netta preponderanza del genere maschile, mentre la presenza di detenuti di nazionalità estera nella struttura monzese, pur risultando superiore al 40% rilevato a livello nazionale, è meno consistente di quella regionale e provinciale (rispettivamente il 61% ed il 65%).

Con una proporzione leggermente superiore a quella della Regione e della Provincia, e più marcata rispetto a quella nazionale, circa il 74% dei casi entrati nell'istituto di Monza non ha precedenti carcerazioni. Dei restanti, meno del 18% è rientrato per reati previsti dalla normativa sugli stupefacenti, valore inferiore al 22% rilevato sia a livello regionale che provinciale ed al 27% nazionale.

6.10.4 Le proposte di intervento:

A) Sperimentazione e monitoraggio protocollo HIV (obiettivo integrazione servizi – costruzione di rete)⁷⁵

In tema di trattamento le competenze sono fondamentalmente affidate alla ASL. Si segnala, avendo parlato in questa sezione dei soggetti affetti da HIV, che nel corso del 2008 è iniziata la sperimentazione del “Protocollo per l’assistenza extra-ospedaliera ai malati di AIDS – (AEMA)” Lo stesso verrà sottoscritto in sede di approvazione del piano di Zona e monitorato nel corso del triennio. Infatti la Regione Lombardia con propria D.G.R. 20766 del 16.02.2005 ha previsto la temporaneità dei percorsi di assistenza extra ospedaliera dei malati di AIDS coinvolgendo al contempo i Comuni per le situazioni che, superato un lasso di tempo, si connotano come croniche e quindi di maggior competenza assistenziale. I dati relativi alle situazioni in carico coinvolgono il nostro territorio soprattutto per ciò che riguarda l’assistenza domiciliare. Ciò nonostante nel periodo di vigenza del Piano di zona potremmo essere chiamati a occuparci anche di situazioni residenziali.

**DATI ASL 3 MONZA - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SERVIZIO MEDICINA PREVENTIVA NELLE
COMUNITA' -UO MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE ASSISTENZA EXTRA OSPEDALIERA
MALATI DI AIDS – AEMA ELENCO PERSONE IN CARICO ALLA DATA DEL 1 GIUGNO 2007**

UNITA' DI OFFERTA: CASA ALLOGGIO AD ALTA INTENSITA' ASSISTENZIALE - Tip. C					
utente	sex	età	Residenza	data avvio assistenza	data scadenza progetto
1	M	44	BRESSO	15/05/2005	mag-07
2	M	62	CINISELLO	05/05/2006	mag-08
3	F	44	CINISELLO	07/08/2006	ago-08
4	F	48	AGRATE	21/03/2007	mar-09
5	M	45	VIMERCATE	06/06/2007	dic-07
6	M	45	CONCOREZZO	01/01/2005	dic-07
7	M	40	CONCOREZZO	01/01/2005	dic-07
8	M	41	CONCOREZZO	01/01/2005	dic-07
9	M	50	CONCOREZZO	01/01/2005	dic-07
10	M	45	CINISELLO	10/05/2006	ott-07
11	M	46	SENZA FISSA DIMORA	01/01/2006	dic-07
12	M	45	MONZA	05/12/2005	05/12/2007
13	F	78	SEVESO	04/10/2001	feb-07 (1)
14	M	43	BRIOSCO	15/10/2002	feb-07 (1)
15	F	43	CESANO	12/01/2007	12/01/2009
16	M	36	LENTATE	01/06/2007	01/06/2009

NOTE: feb-07 scadenza fissata dalla Regione (permanenza in CA Tip. C max 2 anni)

⁷⁵ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall’Assemblea ei Sindaci per l’anno 2009 (cfr cap7)



UNITA' DI OFFERTA: ASSISTENZA DOMICILIARE MALATI DI AIDS					
utente	sex	età	residenza	data avvio assistenza	data scadenza progetto
1	F	48	SESTO S.G.	23/01/2007	
2	M	47	SESTO S.G.	13/01/2005	
3	M	39	CINISELLO	03/04/2007	
4	M	41	CINISELLO	15/10/2004	
5	M	41	CINISELLO	11/09/2000	
6	F	18	SESTO S.G.	19/12/1994	
7	M	56	SESTO S.G.	26/04/2007	
8	M	46	COLOGNO M.	13/03/2007	
9	M	39	CINISELLO	02/01/2003	
10	M	45	SESTO S.G.	29/10/2002	
11	M	35	CINISELLO	10/04/2001	
12	M	50	CINISELLO	15/05/2001	
13	M	42	CINISELLO	01/04/2001	
14	F	42	CINISELLO	01/08/1997	
15	F	42	CINISELLO	23/04/2007	
16	F	49	SESTO S.G.	13/03/2007	
17	M	41	CINISELLO	22/03/2007	
18	F	47	MACHERIO	13/03/1995	
19	M	47	MONZA	31/03/1998	
20	M	42	RENATE	15/08/1999	
21	M	59	NOVA	01/01/1996	
22	M	53	DESIO	01/01/1996	
23	M	46	SEVESO	25/05/2000	
24	F	45	SEREGNO	25/05/2000	
25	F	52	GIUSSANO	12/01/2001	
26	M	50	BIASSONO	25/09/2002	
27	M	47	MONZA	06/02/2004	
28	F	41	DESIO	14/03/2005	
29	M	44	SEREGNO	12/04/2005	
30	M	49	RENATE	01/07/2005	
31	F	45	VAREDO	09/01/2006	
32	M	42	LISSONE	03/02/2006	
33	F	42	BESANA	17/03/2006	
34	M	43	MUGGIO'	25/05/2006	
35	M	37	MONZA	20/07/2006	
36	M	49	DESIO	25/07/2006	
37	F	39	SEVESO	13/09/2006	
38	M	46	BOVISIO	09/10/2006	
39	M	50	VEDANO	22/07/2007	
40	M	47	VERANO	21/03/2007	
41	M	42	MONZA	08/05/2007	
42	M	58	MONZA	22/05/2007	



UNITA' DI OFFERTA: HOSPICE					
utente	sex	età	residenza	data avvio assistenza	data scadenza progetto
1	M	66	MUGGIO'	21/04/2007	
UNITA' DI OFFERTA: CASA ALLOGGIO A BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE - Tip. A					
utente	sex	età	residenza	data avvio assistenza	data scadenza progetto
1	F	47	CINISELLO	08/03/2004	
2	M	35	COLOGNO	15/03/2007	dic-08
UNITA' DI OFFERTA: CENTRO DIURNO INTEGRATO - POSTO DI DURNO c/o CASE ALLOGGIO					
utente	sex	età	residenza	data avvio assistenza	data scadenza progetto
1	F	43	LESMO	16/01/2006	
2	M	39	CINISELLO	25/01/2006	
3	M	41	CINISELLO	29/03/2006	
4	M	47	SESTO	09/05/2007	
5	M	43	CINISELLO	14/05/2007	
6	M	46	GIUSSANO	01/06/2004	
7	M	43	CESANO	01/01/2007	
8	M	53	DESIO	01/01/2006	
9	M	47	MONZA	11/12/2006	
10	M	45	VERANO	12/02/2007	
11	m	43	MUGGIO'	23/02/2007	

6.10.5 Focus III: i percorsi di reinserimento

Il reinserimento dei soggetti ex dipendenti coinvolge prevalentemente i settori abitativo e di reinserimento lavorativo.

Il focus group dipendenze, però, sottolinea come sia importante nel momento di reinserimento territoriale delle persone ex dipendenti inquadrare le situazioni in una progettazione congiunta complessiva, all'interno della quale attivare le singole risorse.

La delicatezza dei percorsi di reinserimento, infatti, si manifesta nella difficoltà di dover affrontare una pluralità di problemi non limitati alla sfera lavorativa ma estesi anche ad altri ambiti di vita. La realtà delle persone con problemi di dipendenza si risolve in situazioni di svantaggio sociale, che tendono a sfuggire a chiare identificazioni e sembrano caratterizzarsi per una serie di fragilità psico-sociali protratte nel tempo che generano situazioni di impotenza ad agire autonomamente e ad operare scelte significative per la propria autonomia. L'attività di inserimento lavorativo si compone di un lavoro di decodifica della propria identità vissuta come negativa ed immutabile nell'intento di intraprendere l'azione di costruzione di un possibile percorso di inclusione sociale.

Dai dati forniti dalla ASL MI 3⁷⁶, risulta che il 27% dei soggetti residenti in carico ai servizi Ser.t e NOA della Asl 3 nel corso del 2006 è disoccupato mentre l'11% è economicamente non attivo.

Soggetti residenti in carico a servizi territoriali

età		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65
maschio	occupato	7%	31%	41%	17%	4%	0%
	disoccupato	8%	33%	40%	15%	4%	0%
	economicamente non attivo	8%	9%	28%	15%	25%	15%
femmina	occupato	5%	31%	34%	23%	6%	1%
	disoccupato	7%	27%	49%	16%	1%	0%
	economicamente non attivo	3%	11%	18%	16%	28%	24%

(fonte ASL MI 3)

L'analisi della condizione occupazionale in relazione all'uso di sostanze evidenzia che gli utenti dei SerT disoccupati sono di sesso maschile, consumatori di oppiacei e, nella maggior parte, di età compresa tra 25 e 34 anni.

Tra i soggetti in carico ai NOA, l'utenza alcolodipendente economicamente non attiva risulta mediamente di età superiore ai 45 anni ed è composta da maschi pensionati e per ciò che riguarda le donne da casalinghe.

Ciò nonostante vi sono situazioni che necessitano di reinserimento lavorativo.

Nel focus si è ritenuto che le stesse possano essere di competenza del Sil o dei Centri per le politiche attive del lavoro, quando il soggetto ha recuperato sufficientemente le proprie autonome risorse personali e si propone una convenzione col servizio prevenzione e reinserimento di Monza (attualmente attiva solo per i Comuni dell'area Sud del Distretto), per i soggetti che abbisognino di una fase di valutazione e sperimentazione iniziale.

Accordi specifici dovrebbero essere fatti anche per i soggetti alcolodipendenti in fase di trattamento che, pur essendo spesso in situazioni economicamente fragili, ed abbisognando quindi di entrate per parte lavorativa, non hanno a volte tutti i requisiti necessari ad un inserimento lavorativo vero e proprio.

6.10.6 Le proposte di intervento

A) Estensione della convenzione col Servizio prevenzione e reinserimento di Monza (obiettivo di costruzione di rete - integrazione servizi – creazione interventi)

I Comuni dell'area sud afferiscono ad una convenzione di collaborazione col Servizio prevenzione e reinserimento di Monza che si occupa di valutare le capacità lavorative di soggetti adulti ex dipendenti o in situazione di grave emarginazione, di far sperimentare presso un centro diurno le abilità specifiche, di ricercare luoghi per l'inserimento lavorativo. Già nel 2008 si sono presi contatti per estendere tale convenzione a tutti i Comuni del distretto di Carate.

Questo viene ancora ritenuto un obiettivo necessario.

⁷⁶ "Documenti sull'attività di Reinserimento rivolta agli utenti in carico ai Servizi delle Dipendenze", ASL MI 3, ottobre 2008.



B) Stipula accordi specifici reinserimento lavorativo soggetti alcooldipendenti
(obiettivo di studio – integrazione servizi)

L'inserimento lavorativo di soggetti in trattamento alcooldipendenti richiede una forte capacità di coordinamento tra i servizi coinvolti. Il tavolo adulti auspica la costruzione di accordi specifici che disciplinino meglio compiti, ruoli e funzioni dei singoli servizi in un ottica di collaborazione.

C) Necessità di attivare progettazioni globali relativamente al reinserimento territoriale (obiettivo integrazione servizi)

Il tavolo adulti sottolinea la necessità di prevedere specifiche progettazioni globali nel momento in cui si attui il reinserimento territoriale di un soggetto ex dipendente con tratti di fragilità.

In tal senso i servizi specialistici dell'ASL sono disponibili ad attivare ed essere attivati su singole situazioni.

D) Necessità di attivare interventi di sostegno all'alcooldipendente prima della perdita del lavoro (obiettivo di studio – creazione di interventi)

Rispetto alla tematica dell'alcooldipendenza ed alle difficoltà che vengono trovate nel reinserimento lavorativo di tali soggetti è stata evidenziata la necessità di attuare interventi tempestivi prima della loro espulsione dal mercato del lavoro, anche avvalendosi delle prerogative concesse ai dipendenti che debbano effettuare il trattamento.

E) Necessità di sostegno e promozione cooperative inserimento lavorativo (obiettivo di integrazione – strutturazione servizi e interventi)

Come già visto i primi a fare le spese dell'attuale crisi del mondo del lavoro sono i soggetti appartenenti alle così dette fasce deboli. Il tavolo adulti ripone all'attenzione dei Comuni la necessità di aderire all'"Accordo ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della legge n. 328/2000" per sostenere le commesse alle cooperative di reinserimento lavorativo. Inoltre si sostiene l'ipotesi di attivare un confronto tra Amministrazioni pubbliche e cooperative B che porti:

- alla ridefinizione degli ambiti di attività di queste ultime in un ottica di differenziazione e riconversione delle attività svolte in maniera più rispondente agli attuali bisogni territoriali;
- all'individuazione dei modi più efficaci di collaborazione e sostegno delle Amministrazioni pubbliche con le cooperative B;
- all'eventuale nuova creazione di cooperative di inserimento lavorativo per far fronte all'attuale saturazione del sistema.

6.11 Focus VII: Politiche di sostegno ai redditi

(a cura di Veronica Borroni)

6.11.1 L'analisi del contesto e delle risorse esistenti

Secondo l'ISTAT, nell'ultima indagine sulla povertà (novembre 2008), nel **nord Italia**, le famiglie che nel 2007 si trovavano in condizioni di **povertà relativa**⁷⁷ erano il **5,5%** delle famiglie residenti.

La soglia di povertà per una famiglia di due componenti è rappresentata, per l'ISTAT, dalla spesa media mensile per persona, che nel 2007 è risultata pari a 986,35 euro (+1,6% rispetto alla linea del 2006). Le famiglie composte da due persone che hanno una spesa media mensile pari o inferiore a tale valore vengono quindi classificate come relativamente povere⁷⁸.

Negli ultimi cinque anni l'incidenza di **povertà relativa** è rimasta sostanzialmente stabile e immutati sono le caratteristiche delle famiglie povere.

Il fenomeno continua ad essere maggiormente diffuso:

- **tra le famiglie più ampie, in particolare con tre o più figli, soprattutto se minorenni** (oltre un quinto (il 22,4%) delle famiglie con cinque o più componenti si trova in condizione di povertà relativa):
- **tra le famiglie con componenti anziani** soprattutto se si tratta di più anziani conviventi tra loro o con altre generazioni;
- **tra le famiglie con bassi livelli di istruzione, e bassi profili professionali** (working poor);
- **tra le famiglie escluse dal mercato del lavoro** (l'incidenza di povertà tra le famiglie con due o più componenti in cerca di occupazione (35,8%) è di quasi quattro volte superiore a quella delle famiglie dove nessun componente è alla ricerca di lavoro (9,9%);
- **tra le famiglie monogenitori** specie se a capo vi è una donna.

Secondo il Rapporto della fondazione ZANCAN 2008⁷⁹ «se si è perso tempo nella lotta a contrasto della povertà, è anche perché si è dato credito a una tesi convincente e seducente: la povertà potrà essere ridotta grazie allo sviluppo economico. In sostanza: «maggiore sviluppo economico, maggiore redistribuzione dei vantaggi di tale sviluppo, quindi meno povertà». Si tratta di una tesi che ha avuto, almeno fino al recente crack finanziario, un'indubbia capacità di convinzione e nello stesso tempo ha contribuito a rinviare un impegno responsabile per affrontare il problema». Se questa tesi fosse vera, nel Paese che, pur con molte contraddizioni e fragilità messe a nudo dall'attuale crisi dei mercati finanziari, è ai primi posti dello sviluppo mondiale – gli USA – non dovrebbero esserci 13 milioni di bambini che vivono in condizione di povertà. Evidentemente «la questione povertà non è un incidente “da poco sviluppo”. È invece fortemente radicata nelle economie occidentali».

⁷⁷ La stima dell'incidenza della povertà relativa (la percentuale di famiglie e persone povere sul totale delle famiglie e persone residenti) viene calcolata sulla base di una soglia convenzionale (linea di povertà) che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera in termini relativi

⁷⁸ Per famiglie di ampiezza diversa il valore della linea si ottiene applicando una opportuna scala di equivalenza che tiene conto delle economie di scala realizzabili all'aumentare del numero di componenti.

⁷⁹ Vittorio Nozza, direttore Caritas Italiana, e Tiziano Vecchiato, direttore Fondazione Zancan

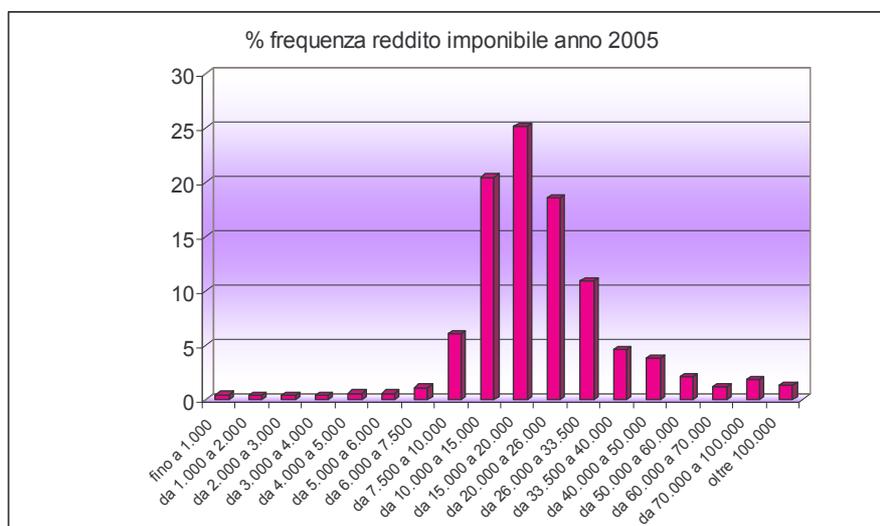
Sempre secondo il rapporto Caritas Zancan sulla povertà “le politiche di lotta al rischio di esclusione e le misure anti-povertà **non** sono un ambito di **esclusiva pertinenza del governo centrale**. Come già messo in luce nei precedenti rapporti su povertà e d esclusione sociale in Italia e ribadito in una importante serie di documenti e raccomandazioni comunitarie, da una parte va riconosciuta al livello territoriale la pertinenza come ambito specifico di attuazione delle politiche di contrasto della povertà e, dall'altra, si rende necessaria una coerente integrazione tra gli indirizzi nazionali e le azioni messe in campo a livello decentrato.

Dalla valutazione espressa da un campione di segretari generali e assessori con delega al welfare di 415 comuni italiani (ricerca commissionata dalla Scuola superiore per la formazione e la specializzazione dei diritti della pubblica amministrazione locale – Sspal) sulle strategie di welfare poste in essere dagli enti locali, è emerso che negli ultimi anni le aree del Nord più avanzate sembrerebbero aver dedicato alla **personalizzazione degli interventi** un'attenzione doppia rispetto a quella dei comuni meridionali, mentre il Sud manifesta comparativamente una concentrazione di risorse appena più elevata della media nazionale (8,4% contro 6,5%) nell'ambito delle azioni per l'inclusione sociale. Il dato più stimolante però riguarda le proiezioni future e il confronto con le priorità finora acquisite. In prospettiva, nelle previsioni degli intervistati perde nettamente di importanza il consolidamento dei servizi alla persona e cresce vistosamente l'intenzione di investire proprio **nell'integrazione tra sistemi**, che riguarderà in futuro, a detta degli intervistati, anche i Comuni più piccoli. Il sostegno a famiglie e minori in condizione di povertà, l'assistenza agli anziani e l'intervento destinato a persone in condizioni di disagio abitativo sono gli ambiti percepiti dagli intervistati come emergenze sui territori di riferimento. Infine vengono espresse valutazioni negative nei confronti dell'adeguatezza delle risorse finanziarie disponibili rispetto ai bisogni presenti.”

Per ciò che riguarda il nostro Distretto, dagli ultimi dati disponibili dell'agenzia delle entrate nel 2005 il 10% dei redditi dell'Ambito di Carate Brianza erano al di sotto di € 10.000 annui, il 75 % si collocava tra i 10.000 ed i 33.500 ed il 15% andava oltre i 33.500 euro. L'imponibile medio nel 2005 era diminuito di € 500 sull'anno precedente collocandosi intorno ai 22.559 euro.

Imponibile medio IRPEF distretto Carate Brianza

	MEDIA
Imponibile medio irpef 2004	€ 22.959
Imponibile medio irpef 2005	€ 22.559



(Fonte Agenzia delle Entrate)

**n. appartenenti alle diverse classi di reddito e ammontare del reddito imponibile IRPEF per classe -
distretto Carate Brianza – Anno d'imposta 2005**

classi di reddito complessivo in euro	reddito imponibile ai fini delle addizionali all'irpef		
	frequenza	% frequenza	ammontare
fino a 1.000	378	0,45	194.496
da 1.000 a 2.000	352	0,42	514.066
da 2.000 a 3.000	331	0,39	786.422
da 3.000 a 4.000	334	0,40	1.139.753
da 4.000 a 5.000	479	0,57	2.076.240
da 5.000 a 6.000	489	0,58	2.552.531
da 6.000 a 7.500	952	1,13	6.135.763
da 7.500 a 10.000	5.105	6,05	42.777.119
da 10.000 a 15.000	17.256	20,46	203.811.722
da 15.000 a 20.000	21.223	25,16	339.219.408
da 20.000 a 26.000	15.643	18,55	325.577.195
da 26.000 a 33.500	9.225	10,94	247.759.421
da 33.500 a 40.000	3.888	4,61	131.029.802
da 40.000 a 50.000	3.248	3,85	133.902.477
da 50.000 a 60.000	1.780	2,11	90.463.286
da 60.000 a 70.000	1.006	1,19	61.177.281
da 70.000 a 100.000	1.532	1,82	119.396.246
oltre 100.000	1.130	1,34	193.225.996
TOTALE	84.351	100	1.901.739.224

(Fonte Agenzia delle Entrate)

La rilevazione di questi dati, però, non sembra dar conto degli ultimi fenomeni in atto, rilevati con preoccupazione dai partecipanti al tavolo di lavoro sui redditi.

Tre sono le categorie che gli operatori individuano come a rischio di varcare la soglia del "grave disagio" se non adeguatamente sostenute nel momento presente: i lavoratori "cassaintegrati" o coloro che hanno perso il lavoro senza poter contare sugli ammortizzatori sociali, chi ha superato una soglia critica di indebitamento pur a fronte della presenza di occupazione e chi non riesce più a far fronte ai costi relativi al mantenimento della casa (mutuo od affitto).

In tali situazioni un aiuto economico, può permettere di passare il momento di crisi al fine di proseguire la propria vita in autonomia. La mancanza di sostegno può far precipitare l'interessato in una spirale da cui è sempre più difficile uscire.

A fronte di ciò gli interventi economici messi in atto dai Comuni anno avuto un andamento altalenante (un incremento fino al 2005 ed una flessione nei due anni successivi) e seppur attualmente esistono, proprio sulla spinta della difficile congiuntura economica, una serie di misure (a titolarità statale – regionale – provinciale – di ambito - asl e comunale riportate per sommi capi nella tabella sottostante) che insistono su varie categorie di bisogno, il loro carattere estemporaneo e di una tantum non mette al riparo dal bisogno sopra evidenziato



Stanziamanti comunali per contributi economici e buoni e loro incidenza sulla spesa sociale comunale complessiva

Anno	Contributi economici e buoni		TOTALE
	Assoluto	%	
2003	1.706.992,58	12,84%	13.290.418,42
2004	2.078.097,16	14,73%	14.108.114,46
2005	2.700.458,03	17,17%	15.723.467,22
2006	2.438.928,06	15,53%	15.708.547,55
2007	1.834.895,94	10,79%	17.011.066,17

(Fonte: debito informativo comunale Rielaborazione Ufficio di Piano)

Buoni e contribuzioni economiche usufruibili nell'Ambito di Carate Brianza rilevate a febbraio 2009

Nome beneficio	Oggetto e beneficiari e entità	Valore max ISEE / reddito / IRS	Ulteriori parametri e note	A chi si presenta domanda	Cumulabile con altri benefici	Una tantum
bonus sociale elettricità	Consiste in uno SCONTO applicato alle bollette dell'energia elettrica per 12 mesi. FAMIGLIE O SINGOLI	ISEE inferiore o uguale a 7.500 euro	intestatari di una fornitura elettrica nell'abitazione di residenza con potenza impegnata fino a 3 Kw Alla domanda occorre allegare: copia dell'attestazione ISEE e/o della certificazione ASL copia del proprio documento di identità e copia di una bolletta dell'energia elettrica.	Comune	Si	
bonus elettricità disabilita' grave	Consiste in uno SCONTO applicato alle bollette dell'energia elettrica, senza interruzioni, fino a quando sussiste la necessità di utilizzare tali apparecchiature. DISABILI	=	nei casi di grave malattia che imponga l'uso di apparecchiature elettromedicali indispensabili per il mantenimento in vita. possesso di un certificato ASL (oppure dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, accompagnata da copia fotostatica della comunicazione ricevuta dal distributore di energia elettrica attestante che il punto di fornitura è compreso negli elenchi P.E.S.S.E.) che attesti: la necessità di utilizzare tali apparecchiature, il tipo di apparecchiatura utilizzata; l'indirizzo presso il quale l'apparecchiatura è installata; la data a partire dalla quale il cittadino utilizza l'apparecchiatura. copia dell'attestazione ISEE e/o della certificazione ASL copia del proprio documento di identità copia di una bolletta dell'energia elettrica.	Comune	Si	
Social card 2009	carta acquisti di valore pari ad € 40,00 AL MESE , utilizzabile per la spesa alimentare ANZIANI BAMBINI DI ETÀ INFERIORE A 3 ANNI	ISEE pari o inferiore a € 6.000,00	Essere cittadini italiani Essere proprietari di una sola casa, avere una sola utenza elettrica e gas Risparmi in banca, alle poste, ecc. di importo inferiore ad € 15.000,00 Alla domanda occorre allegare: copia dell'attestazione ISEE copia del proprio documento di identità	uffici postali	Si	



Nome beneficio	Oggetto e beneficiari e entità	Valore max ISEE / reddito / IRS	Ulteriori parametri e note	A chi si presenta domanda	Cumulabile con altri benefici	Una tantum
Bonus sociale 2009	buono economico straordinario che viene erogato una sola volta da uno dei seguenti soggetti: INPS, datore di lavoro o Agenzia delle Entrate del valore TRA 200 E 1000 EURO (parametrato su reddito e n. figli) LAVORATORE	Reddito fino a € 35.000 se + di 5 figli e presenza di handicap	Non serve l'ISEE, ma occorre autocertificare tutti i redditi della famiglia (reddito da Modello unico – 730 – CUD) nel modulo di richiesta	sostituto di imposta o per chi non l'ha – agenzia delle entrate	Si	Si
Buono famiglia	CONTRIBUTO QUADRIMESTRALE DI € 500,00 FAMIGLIE CON ALMENO TRE FIGLI MINORENNI , anche in affido familiare, di cui almeno uno in età 0-6 anni	ISR non superiore a € 10.000	famiglie come definite dalla Carta Costituzionale, dallo Statuto di Regione Lombardia e dalla l.r. 23/99 residenti in Lombardia; italiane o comunitarie o con carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE di lungo periodo.	ASL	Si	Si
Bonus sociale "alziamo la testa"	sostegno ai costi dell'abitare INTESTATARI DI MUTUO – AFFITTO per un max di € 1.500,00 PER MUTUI € 500,00 PER AFFITTI	ISEE € 14.900,00 per abitare	Occorre allegare a seconda della tipologia di richiesta Ricevute di pagamento o Rid bancari, ecc. - Fotocopia scheda catastale Copia contratto di locazione, ricevute di pagamento, bonifico, Rid, bollettini, ecc	Provincia di Milano	No se x = oggetto di spesa	Si
	sostegno alle fasi cruciali della vita MINORI 0/3 spese nido/scuole dell'infanzia/baby sitter PER UN MAX DI € 1.000,00 UNIVERSITARI spese per università MAX € 500,00 spese per DISABILI ANZIANI con invalidità superiore al 66 % MAX € 1.000,00	ISEE € 16.100 per nidi... ISEE 14.900 per università / anziani e disabili	Nido = Rette e costi per nido, costi per servizi della scuola dell'infanzia, comunali, statali e paritarie, spese per baby-sitter regolarmente assunta Università = Rata di iscrizione 2008/2009, abbonamento mezzi di trasporto Ricevute di pagamento, copia dell'abbonamento mensile o annuale Disabili e anziani = Spese per assistenti familiari/badanti, regolarmente assunte, spese per assistenza domiciliare, rette RSA ad eccezione delle spese di carattere sanitario e di quelle riconosciute dal prontuario SSN Certificazione invalidità superiore al 66%, ricevute di pagamento, copia contratto e cedolino stipendio, bollettini INPS, fatture per acquisti ausili non riconosciute dal prontuario ecc		No se x = oggetto di spesa	Si
	Rimborso eventi malavitosi una tantum, a fondo perduto, il danno subito in seguito ad eventi malavitosi (rapine, truffe, furti, ecc.), per nuclei familiari ove risieda almeno un ANZIANO ULTRA SETTANTENNE con residenza anagrafica in un comune appartenente alla Provincia di Milano MAX 500,00	ISEE 14.900	Danni subiti in seguito a eventi malavitosi (rapine, truffe, furti, ecc.) denunciati alle autorità di P.S. e per le quali non è stato richiesto rimborso alle assicurazioni Copia della denuncia con elenco dei danni/ beni sottratti espresso in euro		No se x = oggetto di spesa o se rimborso di compagnia assicurativa	Si



Nome beneficio	Oggetto e beneficiari e entità	Valore max ISEE / reddito / IRS	Ulteriori parametri e note	A chi si presenta domanda	Cumulabile con altri benefici	Una tantum
Assegno maternità	Sostegno economico una tantum a MADRI , anche adottive o affidatarie, CHE NON BENEFICIANO DI INDENNITÀ DI MATERNITÀ MAX € 309,11 MENSILI X 5 MESI	ISEE 32.222,66 per 3 componenti	Possono beneficiare di questo contributo cittadine italiane, comunitarie o extracomunitarie in possesso della carta di soggiorno, residenti e con un indicatore economico del nucleo familiare ISEE non superiore ai limiti fissati annualmente dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.	Comune / Caaf	Si	No
Assegno per il nucleo familiare	Sostegno economico a NUCLEI FAMILIARI CON ALMENO 3 FIGLI MINORI MAX € 128,89 X 13 MENSILITÀ	ISEE 23.200,30 per 5 componenti	3 figli minori e indicatore economico del nucleo familiare ISEE non superiore ai limiti fissati annualmente dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali	Comune / Caaf	Si	No
Buoni sostegno famiglia dgr 8243	È un buono economico a sostegno della domiciliarità, finalizzato a favorire la permanenza al domicilio delle PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI MAX € 420 MENSILI	ISEE max 18.500	residenti nei singoli Comuni del Distretto di Carate Brianza sottoscrittore di regolare contratto di lavoro con una o più assistenti familiari per almeno 24 h settimanali	Comune	Si	Si
Buoni natalità	FAMIGLIE CON MINORI 0/3 MAX € 420 MENSILI	ISEE max 22.500	Criteri stabiliti da singole amministrazioni comunali	Comune	Si	No
Buoni fragilità	SINGOLI O FAMIGLIE IN SITUAZIONE DI DIFFICOLTÀ ECONOMICA MAX € 420 MENSILI	ISEE max 15.500	Su specifico progetto Assistenziale individualizzato	Comune	Si	No
Buoni domiciliarità anziani	ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	ISEE max 18.500	Verifica di rete familiare – livello di autonomia - livello di reddito	Comune	SI	No
Buoni domiciliarità disabili	DISABILI	ISEE max 18.500	Verifica di rete familiare – livello di autonomia - livello di reddito – livello di disabilità	Comune	SI	No
Contributi minimo vitali e straordinari	SINGOLI O FAMIGLIE IN SITUAZIONE DI DIFFICOLTÀ ECONOMICA	ISEE max stabilito da ogni singola amministrazione comunale	Criteri stabiliti da singole amministrazioni comunali	Comune	Secondo valutazione comunale	No
Fsa	INTESTATARI CONTRATTO D’AFFITTO	ISEE FSA € 12.911	Contratto d'affitto – spese - ISEE	Comune Caaf	Si	No
Giovani coppie per casa	Contributo per acquisto prima casa MAX 6.000 Giovani Coppie – gestanti sole – genitori solo – nuclei con almeno 3 figli	ISEE massimo 30.000	Mutuo tra i 25.00 e i 200.000 euro di durata non inferiore a 5 anni	Regione / Comune	Si	Si



Nome beneficio	Oggetto e beneficiari e entità	Valore max ISEE / reddito / IRS	Ulteriori parametri e note	A chi si presenta domanda	Cumulabile con altri benefici	Una tantum
Fondo Famiglia e Lavoro	<p>MAX € 1000 MENSILI</p> <p>FAMIGLIE E PERSONE, italiane e straniere, regolarmente residenti sul territorio della Diocesi ambrosiana, che si trovano in una SITUAZIONE DI DIFFICOLTÀ X MANCANZA O PRECARIETÀ DEL LAVORO, A SEGUITO DELL'ATTUALE CRISI ECONOMICA.</p>	=	<p>abbiano perso il lavoro (stiano per perderlo o abbiano subito una riduzione dell'orario di lavoro) per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • termine del contratto di collaborazione, • scadenza del contratto a tempo determinato, • chiusura dell'azienda a causa di delocalizzazione, fallimento..., • transizione ad altro contratto, • licenziamento per altri motivi (tagli al personale, maternità...), • assenza di un regolare contratto di lavoro <p>e attualmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • non godano di contributi previdenziali (sussidio di disoccupazione, CIG, mobilità) sufficienti a far fronte ai carichi familiari, • non abbiano diritto ad altre forme di integrazione del reddito (social card, bonus) o queste non siano sufficienti, • non possano contare su aiuti economici e/o relazionali da parte di familiari e/o amici • non abbiano risparmi sufficienti, • non abbiano potuto negoziare liquidazione, tfr, • non abbiano un secondo alloggio di proprietà. 	Caritas / ACLI	Si	Si

Inoltre la mancanza di raccordo tra i singoli interventi non solo richiede una buona capacità di orientamento da parte dei potenziali fruitori ma impedisce di attivare un percorso individualizzato e coerente d'aiuto.

6.11.2 Proposte di intervento

A) Attivazione osservatorio povertà (obiettivo studio e proposta interventi)

Al fine di monitorare l'attuale situazione di crisi economica, si propone l'attivazione di un osservatorio distrettuale che, anche tramite la raccolta di dati più approfonditi, verifichi il reale livello di rischio del territorio.

Ciò, naturalmente, anche al fine di proporre interventi straordinari.

B) Attivazione fondo anti - crisi (obiettivo di integrazione – strutturazione servizi e interventi)⁸⁰

Viste le considerazioni di cui sopra la proposta del tavolo adulti è quella di istituire un fondo straordinario (sulla scorta del fondo famiglia e lavoro attivato dalla Diocesi di Milano) che serva a sostenere le famiglie ed i singoli a rischio di superare la

⁸⁰ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)

soglia tra l'autosufficienza e la grave emarginazione. Gli interventi potrebbero essere integrati con quelli del Fondo Diocesano e destinati in primis:

1. alla conservazione della casa;
2. al sostegno del reddito in caso di perdita del lavoro e in mancanza o in attesa dell'attivazione degli ammortizzatori sociali;
3. alla ricontrattazione debitoria (anche in integrazione alle misure anti usura) per chi pur in presenza di lavoro non riesce più a far fronte ai debiti contratti.

C) Servizio tutela anche per situazioni alto indebitamento in rete con privato e con strumenti antiusura (obiettivo di integrazione – strutturazione servizi e interventi)

Nelle situazioni di cui al punto A) 3. potrebbe essere proponibile l'attivazione di un unico servizio distrettuale che si occupasse di rivedere la situazione debitoria delle famiglie che non possono più farvi fronte predisponendo piani di rientro percorribili, ricontattando i debiti insaldabili tramite strumenti antiusura, seguendo la famiglia od il singolo al fine di impedire il ripetersi della situazione.

Il costituendo ufficio tutela adulti potrebbe essere in prima istanza incaricato del compito.

D) Scaglionare esenzioni con rispetto dei limiti del buono fragilità (obiettivo per l'uniformità degli interventi)

Sarebbe opportuno rivedere i limiti e le fasce di esenzione o parziale contribuzione per l'accesso ai servizi comunali tenendo conto dei limiti ISEE utilizzati per l'accesso alle prestazioni economiche e creando una congruenza tra gli stessi.

E) Riflessione rapporto buoni altri contributi comunali (obiettivo di studio e proposta)

Il Gruppo tecnico Gestionale evidenziava la necessità di rivedere, con un confronto di Ambito, il rapporto e le diverse modalità di utilizzo delle varie misure comunali per il sostegno economico con particolare riguardo ai diversi criteri di accesso.

F) Riflessione su sostegno anche in caso di mutuo (obiettivo di studio e proposta)

Essendosi evidenziata la problematica della perdita della casa come una delle discriminanti nel passaggio dalla situazione di autosufficienza a quella di grave povertà si propone di elaborare delle linee guida per la concessione di contribuzioni economiche comunali anche in quelle situazioni di temporanea fragilità ove l'interessato ha contratto un mutuo per l'acquisto della prima casa.

6.12 Focus VIII: Rapporti con le amministrazioni della giustizia

(a cura di Veronica Borroni)

6.12.1 L'analisi del contesto e delle risorse esistenti

Nel nostro contesto al fine di dare attuazione all'art dell'art. 19 comma 1 lett. e),⁸¹ si è valutato di considerare i rapporti con l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna e con la Casa Circondariale Sanquirico di Monza.

Già nel Piano di Zona precedente con la costituzione di un focus grup ad hoc erano stati presi in considerazione le necessità dell'area "carcere" ed erano state elaborate le proposte di cui alla tabella seguente:

	Bisogno obiettivo evidenziato dal piano di zona	Azioni attivate	Grado di raggiungimento
Area carcere	sistema integrato di formazione scolastica e professionale, di riqualificazione e istruzione all'interno delle carceri	Adesione e mantenimento azioni accordo relativo a persone detenute ed ex detenute	☺
	Promuovere azioni a sostegno di persone detenute ed ex detenute	Attivazione azioni secondo accordo relativo a persone detenute ed ex detenute (garante per il carcere – servizio gea – mediazione ...)	☺
	promuovere inserimenti lavorativi a favore della popolazione reclusa o semilibera	Adesione e mantenimento azioni accordo relativo a persone detenute ed ex detenute – housing sociale Provincia di Milano	☺
	azioni di sostegno all'abitare anche al fine di poter far fruire misure alternative alla detenzione		☹
	azioni di contrasto al pregiudizio e di sostegno al nucleo familiare dei detenuti	Adesione e mantenimento azioni accordo relativo a persone detenute ed ex detenute – housing sociale Provincia di Milano	☺
	promuovere la formazione congiunta degli operatori dei servizi sociali e degli operatori del Ministero di Grazia e Giustizia		☹
	connettersi con azioni orientate alla sicurezza urbana		☹

☺	Obiettivo raggiunto
☺	Obiettivo in corso di raggiungimento o parzialmente raggiunto
☹	Obiettivo non raggiunto

Avendo quindi constatato che la tematica per la sua specificità e per poter essere affrontata con possibilità di risposta e contrattazione adeguata, era da affrontare ad un livello più alto

⁸¹ L'art. 19 comma 1 lett e) recita: "I comuni associati, negli ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale di cui all'articolo 18, comma 6, a definire il piano di zona, che individua: (...) e) le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;



di quello distrettuale, si è scelto, nel triennio, di continuare a gestirla tramite l'adesione al Tavolo Interdistrettuale Carcere.

Lo stesso è composto:

- dal Presidente del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci dell'ASL MB,
- dai referenti degli Uffici di Piano dei Distretti afferenti alla ASL MI 3 prima, MB adesso,
- dai referenti della stessa ASL,
- dall'UEPE,
- dal Garante del Carcere,
- dai referenti delle Aziende Ospedaliere del territorio,
- dal Provveditorato Regionale delle Amministrazioni penitenziarie,
- dal Direttore della Casa Circondariale,
- dai referenti della Provincia di Milano,
- dai referenti del Comitato Carcere e Territorio (comprendente tra gli altri i referenti del III settore, dei sindacati e delle associazioni che gravitano all'interno della Casa Circondariale)
- dall'Assessore ai Servizi Sociali del Comune di Monza e dai tecnici del servizio sociale adulti che vi partecipano per le funzioni di capofila dell'Intesa scaturita dai lavori del tavolo stesso.

Il Tavolo Interdistrettuale Carcere, infatti, ha promosso un'intesa e conseguenti accordi di collaborazione tra alcuni dei suoi componenti, al fine di concretizzare delle proposte di intervento a favore della popolazione detenuta ed ex detenuta.

Le proposte effettivamente realizzate sono state, quindi, raggiunte grazie alla collaborazione tra gli Uffici di Piano dei 5 Distretti insistenti sulla Provincia (e già prima gli 8 Distretti dell'ex ASL 3 di Monza) la ASL competente, gli organi direzionali della Casa Circondariale, l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna e la Provincia di Monza e Brianza.

Il Distretto di Carate Brianza ha concorso al raggiungimento degli obiettivi previsti tramite la partecipazione agli incontri di coordinamento e in ragione di € 0,15 ad abitante/anno.

Nell'ambito di tale Accordo di collaborazione, di cui il Comune di Monza è capofila, sono stati approvati ed cominciati nel corso di validità del Piano di Zona precedente i seguenti progetti, che si prevede di mantenere anche nel periodo 2009 - 2011:

○ SPORTELLO SOCIALE CARCERE

Lo Sportello Sociale è attivo presso la Casa Circondariale di Monza dal mese di febbraio 2005 e ad oggi sono pervenute 143 segnalazioni e sono stati effettuati interventi di orientamento a favore di 90 persone.

L'attività di front office è svolta da un operatore sociale all'interno dei locali del carcere per favorire di percorsi di reinserimento e di reinclusione sociale contattando le realtà territoriali del luogo di residenza del soggetto.

L'attività comincia circa 6 mesi prima della data prevista di scarcerazione.

Lo Sportello è in rete con tutti gli altri sportelli sociali e di inserimento lavorativo.



Utenza dello Sportello Sociale per Comune di residenza (dal 2005 al 2008)

comune di residenza	utenti	età	scolarità <i>media</i>	recidivi	assenza di reti parentali	emergenza abitativa	problemi lavorative	invalidi	precedenti percorsi territoriali	scarcerati
Albiate	1	26								Trasf.
Carate B.	1	33	Media							1
Lissone	4	32 > < 43	Media	2	1	1	3		2	2
Agrate B.	1	60	Media	1			1		1	1
Arcore	1	40	Elemen.	1			1			1
Asso (LC)	1									1
Bovisio Masciago	1	40	Media							1
Brugherio	4	30 > < 40	Media	1	1	1	3			3
Carugate	1	30	Superiore							1
Cinisello Balsamo	9	24 > < 54	Elemen. Media	5	2	2	6		5	6
Cologno Monzese	4	33 > < 47	Eleme.	3			2	1	1	4
Cormano	1	24	Superiore	1						1
Cornate d'Adda	1	49	.Media				1		1	Trasf.
Cusano Milanino	1	40	Superiore	1		1	1		1	
Desio	4	38 > < 43	Elemen.	3	2		2	1	2	2
Giussano	2	35	Media	2		1	1		1	2
Lazzate	1	37	Media				1			
Limbiate	1	25	Media				1			1
Meda	1	31	Elemen.				1			
Melfi	1	53	Elemen.	1			1			
Milano	8	26 > < 60	Media	4	1	1	4	1		4
Monza	15	23 > < 65	Superiore	11	5	6	10	2	4	7
Muggiò	1	37	Media	1			1			1
Nova Milanese	1	38	Elemen.	1			1		1	1
Paderno Dugnano	1	32	Superiore	1			1			1
Parma	1	23	Media						1	1
Senago	1								1	
Seregno	1	30	Media				1		1	1
Sesto San Giovanni	10	26 > < 58	Media	7	3	2	9		3	4
Settimo Milanese	1	22	Superiore		1	1	1		1	
Seveso	1	31	Media	1			1		1	
Solaro	3	24 > < 38	Media	2			1	1	1	2
Torino	1	54	Media	1	1	1	1	1	1	Trasf.
Trezzano s/ Naviglio	1	37	Media	1	1	1	1			Trasf.
Vimercate	2	39 > < 41	Superiore	1	1		1		1	2
Vimodrone	3	36 > < 44	Media	2	1		2		1	3
Senza dimora	5	23 > < 48	Media	4	4	3	5	2	1	3
Totale	98	22 > < 65	Media	59	24	21	65	9	33	57
				60%	25%	22%	66%	9%	34%	58%

(Fonte: Sportello sociale Monza)

○ PROGETTO LABORATORIO DI COPISTERIA

All'interno della casa circondariale di Monza si intende avviare un laboratorio di copisteria al fine di favorire dei percorsi formativi/lavorativi a favore di persone in esecuzione penale. Il laboratorio effettuerà lavori di copisteria per i Comuni aderenti al progetto e per la Casa



Circondariale sulla base di programmi lavoro predisposti tenendo conto della capacità operativa del laboratorio e delle commesse pervenute.

Si prevede un supporto educativo e tecnico. Il progetto è stato avviato nei primi mesi del 2009.

○ INTERVENTI DI MEDIAZIONE

Al fine di offrire percorsi di sostegno e accompagnamento a favore delle persone immigrate sottoposte a misure restrittive della libertà personale, si intendono attivare degli interventi di mediazione al fine di favorire l'ascolto e la valutazione delle specifiche situazioni personali e le relative esigenze. Si intende avviare un servizio di sportello e un servizio di reperibilità svolto da personale qualificato. Il progetto è stato avviato nei primi mesi del 2009.

○ PROGETTO PARCO PER IL PARCO

Questo progetto nasce dalla volontà di organizzare un percorso educativo, basato su una attività lavorativa di pubblica utilità, che tenda a riqualificare socialmente soggetti che hanno scontato un periodo di detenzione più o meno lungo.

Il progetto ha come obiettivo quello di costruire e installare le panchine ed i cestini raccogli rifiuti posti all'interno del Parco di Monza, o sostituire quelli rotti o danneggiati.

Queste tre fasi vengono svolte da tre squadre coordinate dagli Operatori del Consorzio di cooperative sociali Ex.It. e del Servizio Prevenzione e Reinserimento (C.D.E.).

La Casa Circondariale di Monza mette a disposizione gli spazi adibiti a falegnameria con annessi i macchinari per la lavorazione del legno; il Legname viene portato presso la falegnameria interna dove viene lavorato per creare i listelli necessari per confezionare le panchine ed i cestini. Per tale attività verranno assunti i detenuti dal consorzio Ex.it /cooperativa sociale 2000.

Il laboratorio del Centro Diurno Ergoterapico viene utilizzato per assemblare le panchine e i cestini tramite l'utilizzo del materiale semilavorato proveniente dalla falegnameria dell'Istituto. Per tale attività potranno essere impiegati anche lavoratori provenienti dal Carcere e ammessi alle misure alternative alla detenzione.

I tecnici del Parco di Monza supervisionano i prodotti finiti e procedono all'installazione e al collaudo.

Oltre a tali progettazioni integrate gli impegni degli aderenti all'intesa sono i seguenti:

per i Comuni :

- conferire, attraverso un contributo su base capitaria, le risorse economiche necessarie al consolidamento del Fondo Interdistrettuale Carcere;
- individuare il Comune di Monza quale ente capofila del presente Accordo e soggetto gestore del Fondo Interdistrettuale Carcere, nonché ente competente all'adozione dei provvedimenti amministrativi necessari alla realizzazione degli interventi;
- partecipare alle attività di monitoraggio, verifica e valutazione delle azioni realizzate attraverso le risorse del Fondo Interdistrettuale Carcere, sulla base dei report predisposti dal Comune di Monza, quale ente capofila;
- contribuire attivamente al raggiungimento degli obiettivi previsti dal presente Accordo, in particolar modo sostenendo l'attività del Laboratorio grafico mediante specifiche commesse di lavoro;



- collaborare ai percorsi di reinserimento sociale e lavorativo delle persone ex detenute

per il Comune di Monza:

- erogare le risorse del Fondo Interdistrettuale Carcere specificatamente destinate alla realizzazione della complessiva progettazione come da piano finanziario allegato;
- promuovere una capillare attività di informazione e sensibilizzazione diretta ai Comuni aderenti al progetto al fine di promuovere l'affidamento di commesse di lavoro al laboratorio;
- favorire il raccordo con le altre iniziative già presenti nell'ambito della propria organizzazione, anche attraverso la collaborazione del personale ad esse dedicato (personale educativo, tecnico grafico);
- erogare, grazie alle risorse del Fondo Interdistrettuale Carcere, le borse lavoro a favore dei detenuti beneficiari dei percorsi di tirocinio formativo e lavorativo all'interno del laboratorio;
- monitorare i risultati raggiunti dai progetti in raccordo e sinergia con i Comuni aderenti al fine di valutare le eventuali modifiche da apportare in vista dell'implementazione delle azioni.

per la Casa Circondariale di Monza:

- autorizzare l'utilizzo degli spazi atti ad allestire il laboratorio di copisteria;
- collaborare ai fini dell'individuazione delle persone che potranno essere inserite nel percorso formativo/lavorativo del progetto del laboratorio;
- collaborare nell'accompagnamento e nella fruizione del servizio di mediazione;
- stipulare convenzione con Consorzio Ex.it. (come per il Laboratorio di Falegnameria) per l'attività lavorativa del Laboratorio di copisteria;
- collaborare alle verifiche periodiche sull'andamento dei progetti.

per l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna:

- collaborare ai fini dell'individuazione delle persone che potranno essere inserite nel percorso formativo/lavorativo dei progetti relativi al laboratorio;
- collaborare alle verifiche periodiche sull'andamento dei progetti.

6.12.2 Proposte di intervento

A) Mantenimento intesa e prosecuzione azioni in essere (obiettivo studio e proposta interventi)⁸²

Le azioni attivate sono quelle considerate prioritarie dagli aderenti al TIC ed all'intesa. Pertanto, continuando a ritenere che il livello adeguato per adempiere ai propri compiti istituzionali sia quello interdistrettuale, si propone di continuare a mantenere per il triennio di validità del Piano di Zona l'adesione all'intesa a favore delle persone detenute ed ex detenute ed il sostegno economico alle azioni da questa scaturenti.

⁸² questo intervento è stato ritenuto prioritario dall'Assemblea dei Sindaci per l'anno 2009 (cfr cap7)

6.13 Focus IX: Trasporti e mobilità sul territorio

(a cura di Veronica Borroni e Sara Bertolini)

6.13.1 L'analisi del contesto e delle risorse

Tutti i tavoli d'area hanno segnalato quale problema trasversale riguardante tutte le categorie d'utenza fragili (adolescenti, giovani, mamme, anziani, immigrati...) quello dei trasporti.

La particolare conformazione geografica del Distretto di Carate Brianza e la distribuzione delle linee di trasporto pubblico, rendono difficili gli spostamenti sui tredici Comuni e di conseguenza il raggiungimento delle sedi dei servizi (comunali, distrettuali, sanitari, del tempo libero).

In particolare, il problema della mobilità sociale è stato segnalato dal Tavolo anziani per quanto concerne le visite medico-specialistiche, dal Tavolo minori per quanto riguarda la possibilità di raggiungere i luoghi di aggregazione e del tempo libero da parte degli adolescenti soprattutto nella fascia serale, e per quanto riguarda la difficoltà delle neomamme a raggiungere gli spazi gioco o i servizi di supporto alla gravidanza ed alla puerpera, dal Tavolo adulti per quanto riguarda la possibilità di spostamento delle donne immigrate.

L'Ufficio di Piano ha provveduto a mappare le linee di trasporto pubblico, ne riportiamo i risultati nella tabella seguente rispetto alla quale va considerato:

- che ciascuna linea effettua un numero molto basso di fermate per ciascun Comune (i quali solitamente hanno un'estensione ampia)
- che il numero di corse per giornata è esiguo,
- che, spesso, le stazioni sono situate in zone molto periferiche.



Linee di trasporto che attraversano il Distretto di Carate Brianza		Albate	Besana	Biassono	Briosco	Carate	Lissone	Macherio	Renate	Sovico	Triuggio	Vedano	Veduggio	Verano	Monza	COMUNI DEL DISTRETT
Autoguidovie Brianza Trasporti e TPM	Linea Z204 (Vedano Monza Muggiò)						X					X			X	2
	Linea Z228 (Meda Lissone Monza)						X								X	1
	Linea Z240 (Lissone Desio Limbiate Bosisio)						X									1
	Linea Z241 (Lissone Desio Lmbiate Bosisio)						X									1
	Linea Z221 (Milano Monza Carate giussano Mariano)	X		X		X		X		X		X		X	X	7
	Linea Z233 (Triuggio Albiate Seregno)	X				X					X					3
	Linea Z226 (MonzaH Besana)		X	X							X	X				4
	Linea Z232 (Desio Carate Besana)		X		X	X			X				X	X		6
	Linea Z234 Vedano lissone Muggiò)			X			X	X		X		X				5
	Linea Z231 (Carate Desio)					X								X		2
FFSS	FFSS Seregno Usmate							X		X						2
	FFSS Milano Molteno Lecco		X	X		X		X	X		X					6
ATM	721 (Monza Carate Giussano)	X		X		X		X				X		X	X	6
CTNM	(Monza Lissone Seregno) Linea H374						X					X			X	3
Dell'Orto	(Monza H - Besana)		X	X							X				X	4
N LINEE CHE ATTRAVERSANO IL PAESE		3	4	6	1	6	6	5	2	3	4	6	1	4		

Fonte Siti internet linee indicate



La situazione appare, dunque, molto frammentata: non esiste un sistema di trasporto tra i Comuni adeguato alle esigenze degli utenti/ cittadini non muniti di proprio automezzo.

Rispetto alle fasce di bisogno, i Comuni riescono a far fronte, a costi non indifferenti e con difficoltà, ai trasporti continuativi.

Per quanto riguarda, invece, i trasporti occasionali gli enti locali si appoggiano, tramite convenzioni ed accordi, ad associazioni, realtà del terzo settore e del volontariato che operano sul territorio.

6.13.2 Proposte di intervento

A) Verifica raggiungibilità dei servizi distrettuali attivati ed attivabili (obiettivo studio e proposta interventi)

Si ritiene importante verificare la raggiungibilità dei vari servizi distrettuali anche in considerazione della diversa utenza servita. Si propone di considerare attentamente anche questo aspetto nel momento in cui si vanno ad attivare nuovi servizi distrettuali.

B) Attivazione di un unico centro di coordinamento tra le associazioni, i volontari e gli enti che si occupano di trasporti “occasionalì” per finalità sociali (obiettivo studio e proposta interventi)⁸³

Si propone di attivare un unico centro di coordinamento tra le associazioni, i volontari e gli enti che si occupano di trasporti “occasionalì” per finalità sociali, al fine di coordinare le risorse presenti, superando prospetticamente le attuali distinzioni per tipologia di trasportati o per comune di residenza.

Dall’analisi condotta risulta che molte ore e risorse vengono impiegate in più luoghi per coordinare attività di trasporto sociale anche minime.

Si vorrebbe operare affinché un unico centro coordinasse le diverse realtà presenti, così da estendere la fruibilità delle iniziative ad oggi esistenti a prescindere dalla tipologia di assistiti o dal comune di residenza, (provvedendo ad esempio ad aggregare trasporti da effettuarsi in uguali luoghi ed uguali orari, anche se provenienti da Comuni diversi, o utilizzando risorse disponibili su alcuni giorni e orari ma inutilizzate perché destinate a tipologie di utenza o Comuni che non ne abbisognano), in modo tale da ripensare in maniera più organica il sistema dei trasporti, con una migliore gestione delle disponibilità da parte dei volontari e dei percorsi degli automezzi.

Un tale obiettivo potrebbe prevedere l’attrazione anche di fondi ad hoc da parte della Provincia, di qualche fondazione o di enti a supporto del volontariato, così da potenziare eventuali zone carenti.

Alcune associazioni del territorio si sono già manifestate interessate anche offrendo proprie autonome risorse (numero verde già attivo 24 ore su 24 – ore operatori per coordinamento - ...)

⁸³ questo intervento è stato ritenuto prioritario dall’Assemblea ei Sindaci per l’anno 2009 (cfr cap7)

SEZIONE IV - Gli obiettivi del triennio 2009 - 2011



7 Linee strategiche, azioni future e linee di intervento

(a cura di Veronica Borroni)

Declineremo le linee strategiche e le azioni future di intervento soprattutto in considerazione di quanto insistente sul 2009, nonostante l'orizzonte sia triennale, in quanto sono previste revisioni annuali del documento del Piano di Zona al fine, proprio, di declinare meglio le singole azioni da effettuarsi su ogni annualità nonché il Piano economico relativo.

7.1 Linee strategiche

7.1.1 La costituzione dell'Azienda per gestione associata

L'Ambito di Carate Brianza, come già specificato nella trattazione della governance gestionale, nell'ultimo triennio si è visto fortemente interessato dal percorso per la costituzione di una azienda speciale consortile quale strumento più idoneo di gestione associata.

Non può che essere considerata questa la prima azione strategica che l'Ambito si darà per meglio coordinarsi e rinnovarsi anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 11 comma 2 della L R 3/08 e delle indicazioni relative alla gestione associata dei servizi.

L'Azienda dovrebbe garantire un miglior governo delle unità di offerta sociali di Ambito già consolidate, permettere la gestione associata di servizi attualmente garantiti dai 13 comuni e consentire lo sviluppo di unità di offerta sperimentali o di nuova istituzione.

All'Azienda verrà trasferita anche la gestione dell'Ufficio di Piano.

Particolare attenzione andrà quindi posta al posizionamento strategico della stessa all'interno dei processi intra e extra distrettuali.

7.1.1.1 Sito unico

La costituzione del sito web aziendale costituirà anche la prima occasione di costruzione di un sito di Ambito per il nostro territorio, sia per ciò che riguarda la messa in rete dei percorsi programmatori sia per ciò che riguarda l'offerta di informazioni sui servizi a gestione associata.

Anche questo strumento potrà, dunque, assumere una valenza strategica nella creazione della "coscienza d'Ambito" e nel coordinamento dei processi gestionali e programmatori in essere.

7.1.2 Segretariato sociale e segretariato sociale professionale

La Regione nella Legge 3/08 e nelle Linee guida pone una particolare attenzione all'organizzazione dei servizi di segretariato sociale dell'Ambito.

Da una prima ricognizione dell'esistente si è riscontrato che in tutti i Comuni del Distretto c'è una lunga tradizione di offerta di questo tipo di servizio. In particolare lo stesso si declina in:

- Servizio di segretariato sociale di primo livello, fornito da personale Amministrativo a volte anche appartenente a servizi terzi (es URP);
- Servizio di segretariato sociale professionale, svolto da assistenti sociali, con funzione anche di primo inquadramento della domanda.



Se è vero che in tutti i Comuni è attivo, da tempo, l'uno o l'altro di questi servizi (spesso entrambi) non si è mai, finora, ragionato dello stesso servizio in una prospettiva d'Ambito, ed in particolare:

- sugli standard di servizio offerti ai cittadini;
- sui livelli minimi da garantire in ogni comune;
- sui rapporti tra il servizio di segretariato di primo livello e quello professionale;
- sulle modalità di aggiornamento continuo del personale e delle informazioni offerte;
- sull'integrazione delle informazioni offerte nei vari comuni
- sull'integrazione delle informazioni offerte nei vari Comuni e quelle offerte dall'Asl.

Nel triennio di validità del Piano, anche avvalendosi della progettazione relativa al punto unico d'accesso virtuale, alla costituzione del risorsario d'Ambito ed alla costruzione della cartella gestionale informatica per il segretariato sociale (azioni tutte stimolate dalla DGR 8243 del 2008 e che avverranno d'intesa col Distretto Sanitario) si intende addivenire ad una strutturazione condivisa e completa del servizio di segretariato sociale nel Distretto di Carate Brianza.

7.1.2.1 Software gestionale condiviso con distretto sanitario

All'interno degli obiettivi della DGR 8243/08, con risorse congiunte dell'Ambito e della ASL derivanti dalla DGR stessa, si vuole costruire un software che permetta di gestire congiuntamente la cartella di segretariato così da censire le richieste portate dai cittadini nel momento del primo accesso ai servizi sociali e sanitari.

L'utilizzo di questo strumento permetterà anche di verificare le modifiche dei bisogni socio sanitari del distretto, offrendo un supporto all'attività programmatica dell'Ambito.

Inoltre questo strumento potrebbe essere il primo passo per la costruzione di una cartella gestionale dei servizi sociali d'ambito.

7.1.3 Carta di ambito e risorsario

Un obiettivo ambizioso dell'Ambito di Carate Brianza potrebbe essere quello di addivenire alla costruzione della Carta dei Servizi dell'Ambito nella duplice accezione di:

- Carta dei servizi a gestione associata;
- Carte dei servizi a singola gestione comunale rivisti in base a regolamenti unitari d'accesso e di fruizione.

Se il primo obiettivo, facilitato dalla creazione dell'Azienda, non dovrebbe essere troppo difficile da raggiungere, anche nel triennio di validità del Piano, il secondo presuppone un percorso di confronto e verifica che dovrebbe coinvolgere tutte le autonome amministrazioni dell'Ambito e, in prospettiva, la revisione di tutte le unità di offerta erogate.

Il tavolo di Sistema in particolare si è candidato ad esaminare, in un'ottica partecipata, nel triennio:

- i servizi offerti ai disabili, affrontando tra gli altri, il tema del "pagare il giusto";
- il segretariato sociale;
- le unità di offerta a sostegno della domiciliarità (proseguendo il lavoro già avviato nel 2008);
- le offerte di mobilità sociale dell'ambito;
- le nuove ipotesi di voucherizzazione.



L'Assemblea dei Sindaci ha stabilito, quale primo obiettivo di affidare loro, per il 2009, lo studio di un possibile progetto di mobilità sociale.

Ulteriore obiettivo, parallelo alla carta d'ambito, di ampio respiro è quello della costruzione di un risorsario d'ambito che, a partire dalle unità d'offerta declinate negli allegati di questo piano, si offra quale strumento al cittadino ed agli operatori per avere le necessarie informazioni sulle risorse del territorio.

Integrato al sito dell'Ambito potrebbe essere implementato e costruito in al percorso di definizione del segretariato sociale.

7.1.4 L'Adesione all'Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona quale "patto di comunità" con privato sociale

Nel presentare il modello di governance programmatorio si è già fatto cenno al modello previsto dall'Ambito per attuare strumenti di consultazione e partecipazione del Privato Sociale.

Oltre a tali livelli, garantiti a tutti gli interessati, il nostro Ambito desidera declinare altri due gradi di collaborazione col Terzo settore che si instaurano tramite:

- l'Adesione all'Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona
- la sottoscrizione di specifiche Partnership.

L'adesione all'Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona, ai sensi dell'art 18 della Legge Regionale 3/08, può essere richiesta dagli organismi del terzo settore che abbiano partecipato alla elaborazione del piano stesso. L'ipotesi è che, in una sorta di Patto di Comunità, gli interlocutori che hanno collaborato a definire i bisogni del territorio collaborino anche attivamente per la loro soddisfazione.

Le risorse per soddisfare le necessità sociali, infatti, non derivano più soltanto dai finanziamenti pubblici trasferiti ai Comuni da Stato, Regione o Provincia, né dagli autonomi finanziamenti comunali, ma sempre più sono integrati da risorse pubbliche o private reperite solitamente tramite partecipazione a specifici bandi. La titolarità per la partecipazione a tali bandi è spesso del privato sociale anche se la costruzione di reti territoriali è spesso "premiata".

Ma non è solo una questione di risorse, anche i contenuti dell'intervento sociale non sono più declinati soltanto dall'Ente Pubblico ma sempre più il terzo settore chiamato a gestire servizi, progetti ed interventi elabora una propria capacità d'analisi dei problemi, di proposta di modelli di risposta e di metodologie.

Se il percorso che ha portato al Piano di Zona, e che porterà alle sue revisioni annuali, ha veramente contribuito a far analizzare le necessità del territorio in ottica condivisa ed in quella stessa ottica a avanzare proposte di risoluzione e metodologie di intervento condivise dovrebbe essere naturale addivenire ad un "patto" per il quale tutti gli aderenti si impegnano, ciascuno in base alle proprie possibilità (partecipazioni a bandi – ore operatori - ...), a soddisfare le necessità rilevate.

Tramite l'adesione, quindi, il terzo settore assume impegni e prerogative specifiche:

- si impegna a rispettare gli obiettivi, le priorità e le metodologie del proprio settore di intervento - quando stabilite dal piano - in caso di effettuazione di progettazioni autonome (al fine di garantire che non vi siano sovrapposizioni - che i primi obiettivi ad essere perseguiti siano quelli declinati nel piano - che le metodologie attivate siano rispettose di quanto contenuto nel piano - ...);



- si impegna altresì a continuare la propria partecipazione ai tavoli attivati al fine di ridefinire periodicamente bisogni ed obiettivi;
- può usufruire in caso di progettazioni a propria titolarità del supporto dell'Ufficio di piano (al fine di ottenere elaborazione di dati distrettuali aggiornati – per quanto in possesso dell'Ufficio di Piano -, o di ottenere supporto alla progettazione o specifica lettera d'intenti distrettuale - ...)

Occorre essere consapevoli che si tratta del primo esperimento in tal senso che il nostro Ambito si accinge ad effettuare, pertanto anche questa impostazione potrà essere soggetta a revisioni e monitoraggi periodici.

La sottoscrizione di specifiche partnership, regolate poi tramite strumenti quali fogli patti e condizioni, o protocolli operativi o protocolli d'intesa..., si attiverà per la gestione congiunta di singoli interventi progetti o servizi ove il privato sociale concorra al finanziamento delle stesse tramite proprie risorse economiche.

(Ad esempio il "progetto ho cura di te" prevede uno specifico protocollo d'intesa tra ASL – Ambito e ATI Gra.Di.Sol e viene finanziato per 132.000 euro su 2 anni dall'ATI stessa)

7.1.5 La definizione dei requisiti di accreditamento previsti per le unità d'offerta sociali ai sensi della circolare 1 del 16 gennaio 2009

La circolare Regionale 1 del 16 gennaio 2009 prevede che per le unità di offerta sociale declinate dalla DGR 7437 del 2008, e cioè:

- Nidi
- Micro nidi
- Centri Prima Infanzia
- Nidi Famiglia
- Comunità Educative Minori
- Comunità Familiari Minori
- Centri di Aggregazione Giovanile
- Centri Ricreativi Diurni
- Alloggi per l'Autonomia Minori
- Comunità di accoglienza Residenziale Disabili
- Centri Socio Educativi
- Servizi di Formazione all'Autonomia Disabili
- Centri Diurni per Anziani

ed in prima battuta per quelle i cui requisiti minimi di accreditamento sono già stati declinati con DGR 20943/05 e cioè:

- Nidi
- Micro nidi
- Centri Prima Infanzia
- Nidi Famiglia
- Comunità Educative Minori
- Comunità Familiari Minori
- Alloggi per l'Autonomia Minori
- Comunità di accoglienza Residenziale Disabili
- Centri Socio Educativi



vengano definiti, dagli Ambiti, i requisiti di accreditamento.

A seguito della definizione di tali criteri occorrerà individuare degli schemi tipo di contratto da stipularsi con gli Accreditati e, preliminarmente a ciò, il livello di copertura rispetto alle singole unità che il Distretto vuole raggiungere e la cui copertura finanziaria può garantire, (pur non essendo chiaro il canale di finanziamento deputato alla copertura stessa).

I 5 Ambiti della costituenda Provincia di Monza e Brianza hanno deciso di affrontare questo percorso insieme, facendone uno degli obiettivi strategici da raggiungersi nei tempi individuati dalla Regione

7.1.6 Il Piano Formativo del personale

Non si può parlare di linee strategiche senza accennare alla formazione del personale da attivarsi a livello di Ambito.

Nel 2008 il Piano formativo specifico dell'Ambito di Carate ha visto la realizzazione di:

- un corso rivolto ad Amministratori ed a Responsabili/Dirigenti dei Servizi Sociali, propedeutico alla creazione dell'azienda speciale;
- un corso di aggiornamento rivolto a tecnici dei servizi di tutela minorile sul diritto di famiglia;
- un corso rivolto alle assistenti sociali del territorio relativo all'utilizzo dell'intelligenza emotiva nelle situazioni di aiuto.

Per il 2009 è in programma un corso, già finanziato dalla Provincia di Milano, rivolto a Responsabili dei servizi sociali ed operatori dell'area anziani e disabili, nel quale, a partire dalla verifica delle trasformazioni avvenute negli ultimi anni e degli obiettivi che deve porsi un servizio di assistenza domiciliare, si vuole addivenire alla redazione di un regolamento unitario per il SAD.

7.2 Linee di intervento anno 2009 in relazione ai bisogni evidenziati

Riprendiamo in tabella le azioni possibili di intervento proposte dal presente documento, con l'evidenziazione di quelle individuate come prioritarie dall'Assemblea dei Sindaci e che, pertanto, verranno perseguite dall'ambito nel 2009.

Per la descrizione delle singole proposte rimandiamo ai capitoli precedenti relativi alla diagnosi di comunità.

Specifichiamo solo che di ogni intervento individuato quale prioritario verrà definito se attiene alla gestione da presidiare a cura dei Comuni o dell'Ambito o alla progettazione congiunta da attuarsi sui tavoli d'area istituzionali o allargati.

Per gli obiettivi individuati, in una seconda fase verranno declinati i sotto obiettivi, le azioni da compiersi ed i tempi stimati, in un primo momento condiviso tra chi deve garantire l'attuazione della proposta.



AREA MINORI

Area sostegno alla famiglia ed ai minori 0/3	Sostegno alla madre ed alla famiglia nel primo anno di vita del bambino	obiettivo di integrazione - costruzione di rete – attivazione servizi e interventi - già finanziato da Regione e Provincia per il 2009 Obiettivo gestionale
	Verifica necessità implementazione asili nido	obiettivo di studio e costruzione proposte operative
	Armonizzare i regolamenti per l'accesso e rette praticate negli asili nido distrettuali	obiettivo istituzionale di uniformità distrettuale
	Uniformare i criteri tra i Comuni per sostenere le famiglie che usufruiscano di asili nido privati o non convenzionati	obiettivo istituzionale di uniformità distrettuale Obiettivo tavolo minori istituzionale
	Verificare e promuovere standard di qualità distrettuali per gli asili nido privati anche promuovendo forme di flessibilizzazione ed estensione dei periodi di accesso	obiettivo istituzionale di uniformità distrettuale
	Sostenere e mettere in rete i servizi informali e "leggeri" presenti nel territorio	obiettivo di integrazione - costruzione di rete
	Prevedere interventi di mobilità sociale per favorire la fruizione di servizi leggeri a valenza educativa	obiettivo di costruzione di rete – attivazione servizi e interventi Obiettivo Tavolo di Sistema
	Valutare l'ipotesi di una progettazione distrettuale volta a favorire la conciliazione tra i tempi di lavoro e la vita familiare	obiettivo di studio e costruzione proposte operative
Area tutela minori e contrasto alla violenza in famiglia	Sostegno alla madre ed alla famiglia nel primo anno di vita del bambino	obiettivo di integrazione - costruzione di rete – attivazione servizi e interventi - già finanziato da Regione e Provincia per il 2009 Obiettivo gestionale
	Mantenimento degli interventi a contrasto della violenza sulla donna	obiettivo di integrazione - costruzione di rete – attivazione interventi - già in parte finanziato da Ministero pari opportunità Obiettivo gestionale
	Mantenimento degli interventi a supporto delle azioni di tutela del minore	obiettivo di integrazione - costruzione di rete – attivazione servizi e interventi Obiettivo gestionale
	Attivazione riflessione sugli interventi di educativa domiciliare	obiettivo di studio e costruzione proposte operative
	Promozione protocollo ALI per l'infanzia	obiettivo di costruzione di rete
	Promuovere interventi integrati di "cura" rivolti al minore ed alla famiglia maltrattante ed abusante	obiettivo di integrazione - costruzione di rete – attivazione servizi e interventi
Area adolescenti e giovani	Elaborazione di una politica distrettuale rivolta ai giovani	obiettivo di studio e costruzione proposte operative Obiettivo Tavolo minori Allargato
	Creazione e messa in rete di spazi/iniziative di aggregazione "leggeri" co – costruiti dai destinatari	obiettivo di integrazione - costruzione di rete – attivazione servizi e interventi
	Messa in rete di iniziative distrettuali	obiettivo di integrazione - costruzione di rete
	Attenzione a spazi urbani	obiettivo di integrazione tra politiche
	Studio ed attivazione interventi specifici per minori in carico ai servizi sociali anche a seguito di decreti penali	obiettivo di studio e costruzione proposte operative



AREA MINORI

Area prevenzione	Mantenimento progettazioni preventive in essere	obiettivo di integrazione - costruzione di rete – mantenimento servizi e interventi Obiettivo gestionale
	Mantenimento e rafforzamento coordinamento tra gli interventi preventivi	obiettivo di integrazione - costruzione di rete
Area integrazione minori immigrati	Mantenimento sportello interculturale in essere	obiettivo di integrazione - costruzione di rete – mantenimento servizi e interventi Obiettivo gestionale
	Creazione e messa in rete interventi inclusivi extrascolastici	obiettivo di integrazione - costruzione di rete – costruzione interventi

AREA ANZIANI

Sostegno alla domiciliarità	Promuovere la realizzazione di corsi di formazione per “badanti”	obiettivo di attivazione interventi
	Realizzare sportelli finalizzati all’incontro tra domanda ed offerta tra famiglie e assistenti familiari	obiettivo di attivazione servizi e interventi Obiettivo gestionale
	Prevedere interventi per il sostegno economico per gli anziani non autosufficienti che abbisognino di assistente familiare	obiettivo di attivazione interventi Obiettivo gestionale
	Realizzare un corso di formazione per gli operatori comunali deputati al coordinamento del SAD al fine di pervenire alla realizzazione di un regolamento distrettuale relativo a tale servizio	obiettivo di formazione – uniformità distrettuale Obiettivo gestionale Obiettivo Tavolo Anziani Istituzionale
	Favorire la mobilità sociale degli anziani mediante la costituzione di un servizio di coordinamento delle risorse del terzo settore attualmente disponibili	obiettivo di costruzione di rete – attivazione servizi e interventi Obiettivo Tavolo di Sistema
	Attivazione servizio assistenza domiciliare a potenziamento del sad comunale nei week end o festivi in situazioni di particolare gravità	Obiettivo attivazione servizi e interventi Obiettivo gestionale
Integrazione socio sanitaria	Sensibilizzare l’ASL alla realizzazione di ricoveri di sollievo all’interno dell’RSA e collaborazione nella strutturazione dell’intervento	obiettivo di attivazione servizi e interventi Obiettivo Tavolo Anziani Allargato
	Provvedere all’approvazione del protocollo dimissioni protette promuovendo azioni di monitoraggio dello stesso nel corso del triennio	obiettivo di costruzione rete – attivazione interventi Obiettivo gestionale
	Sensibilizzare gli enti preposti all’istituzione di un servizio sociale ospedaliero all’interno dell’azienda ospedaliera di Vimercate-sede di Carate	obiettivo attivazione servizi e interventi
	Migliorare la valutazione congiunta socio sanitaria tramite PAI integrato	Obiettivo costruzione di rete – attivazione servizi o interventi Obiettivo gestionale



AREA DISABILI

integrazione scolastica ed orientamento	Stipula “nuova” intesa per l’inserimento scolastico delle persone con disabilità tra ASL – AAOO - Comuni e Scuole	Obiettivo uniformità distrettuale – costruzione rete Obiettivo Tavolo Disabili Istituzionale
	Definizione requisiti e compiti educatori scolastici	Obiettivo uniformità distrettuale - istituzionale
	Costituire un equipe che predisponga il progetto educativo nella scuola partendo dalle competenze comunali	Obiettivo istituzionale – uniformità distrettuale – attivazione servizi e interventi
	Attivazione servizio orientamento post obbligo	Obiettivo istituzionale – uniformità distrettuale – attivazione servizi e interventi
progetto di vita: interventi e servizi agevolanti	Mantenimento progetti 162	Obiettivo attivazione servizi e interventi Obiettivo gestionale
	Articolazione servizi CSE e SFA su diverse competenze e fasi di vita	Obiettivo di sistema – creazione di rete Obiettivo Tavolo Disabili Allargato
	Ritiro delega CDD Lissone	Obiettivo di sistema
	Attivazione punto unico accesso ai CDD	Obiettivo costruzione di rete – uniformità distrettuale
	Attivazione servizio tutela giuridica adulti	Obiettivo attivazione servizi e interventi – costruzione di rete Obiettivo gestionale
	Partecipazione al progetto autismo	obiettivo creazione rete – integrazione servizi – creazione interventi Obiettivo gestionale
	promozione di interventi per il tempo libero dei disabili	obiettivo creazione di rete – mantenimento interventi Obiettivo gestionale
Salute mentale	Mantenimento e valorizzazione tavolo salute mentale	Obiettivo costruzione di rete – integrazione tra servizi Obiettivo gestionale
	Sperimentazione protocolli area salute mentale	Obiettivo costruzione di rete – integrazione tra servizi Obiettivo gestionale
	Ritiro delega fondo sociale psichiatria e suo utilizzo in solidarietà	Obiettivo attivazione servizi e interventi Obiettivo gestionale
	Revisione rapporti servizi sociali – psichiatria di territorio e revisione modalità utilizzo fondo sociale psichiatria	Obiettivo costruzione di rete – integrazione tra servizi
	Revisione rapporti servizi sociali – psichiatria di territorio e revisione modalità utilizzo fondo sociale psichiatria	Obiettivo costruzione di rete – integrazione tra servizi



AREA ADULTI ED INTEGRAZIONE POLITICHE “ALTRE”

Integrazione Socio-sanitaria e politiche preventive	Sperimentazione e implementazione della collaborazione sul progetto ETIM	obiettivo di integrazione - costruzione di rete – mantenimento servizi e interventi Obiettivo gestionale
	Integrazione tra C.F., Servizio di mediazione ASL e Comuni (Servizio “Ancora Genitori)	obiettivo di integrazione - costruzione di rete – mantenimento servizi e interventi
	sperimentazione ed consolidamento del progetto “Ho cura di te”	obiettivo di integrazione - costruzione di rete – attivazione servizi e interventi - già finanziato da Regione e Provincia per il 2009 Obiettivo gestionale
	Mantenimento della rete tra servizi che operano a favore di adolescenti e giovani	obiettivo di integrazione - costruzione di rete
	Strutturazione di percorsi e modalità condivise per la valutazione dei bisogni sociali e sanitari della persona non autosufficiente	obiettivo di integrazione - costruzione di rete – strutturazione servizi e interventi Obiettivo gestionale
	Costruzione del punto unico d’accesso integrato tra ASL e Ambito	obiettivo di integrazione - costruzione di rete – strutturazione servizi e interventi Obiettivo gestionale
	Integrazione e potenziamento sportello VAI	obiettivo di integrazione - costruzione di rete – strutturazione servizi e interventi
	Consolidamento e monitoraggio protocollo Dimissioni Protette	obiettivo di integrazione - costruzione di rete Obiettivo gestionale
	Azioni volte al sostegno dei pazienti psichiatrici e delle loro famiglie	obiettivo di integrazione - costruzione di rete – strutturazione servizi e interventi Obiettivo gestionale
	Integrazione tra azioni di promozione alla salute ed azioni preventive	obiettivo di integrazione - costruzione di rete – strutturazione servizi e interventi
Immigrazione e politiche di inclusione	Messa in rete delle informazioni relative a servizi ed iniziative rivolte a cittadini stranieri	obiettivo di integrazione e costruzione di rete
	Mantenere e rafforzare la rete dei servizi a sostegno della donna immigrata	obiettivo di studio – attivazione interventi
	Prevedere azioni specifiche per il supporto delle assistenti familiari	obiettivo di costruzione di rete e di strutturazione servizio
	Ampliare la partecipazione al Tavolo immigrazione	obiettivo di costruzione di rete
	Interventi a sostegno delle problematiche abitativa e lavorativa	obiettivo di integrazione
	Sviluppo degli sportelli Cesis	obiettivo di strutturazione servizio Obiettivo gestionale
	Sviluppo servizio Riconoscere le differenze per arricchirsi	obiettivo di strutturazione servizio Obiettivo gestionale
	Partecipazione degli immigrati ai tavoli di lavoro	obiettivo di costruzione di rete e obiettivo di studio
	Progetti di mutuo aiuto tra immigrati	obiettivo di costruzione di rete e obiettivo di studio
	Maggiore rete tra gli attori che si occupano di immigrazione	obiettivo di integrazione socio-sanitaria
Migliore rapporto tra operatori e utenti stranieri	obiettivo di integrazione socio-sanitaria	



AREA ADULTI ED INTEGRAZIONE POLITICHE "ALTRE"

Politiche sociali e politiche del lavoro	Costituzione di un "Fondo Crisi" (integrato pubblico / privato) per sostenere i lavoratori espulsi o penalizzati dal mercato del lavoro	obiettivo di integrazione – strutturazione servizi e interventi Obiettivo gestionale Obiettivo Tavolo Adulti Istituzionale
	Ampliare, per quanto di possibile competenza comunale, la base occupazionale per categorie deboli	obiettivo di integrazione – strutturazione servizi e interventi
	Definire il quadro di riferimento dei servizi per le politiche attive distrettuali	obiettivo di integrazione e di costruzione della rete
	Attivazione tavolo di confronto tra Amministrazioni Pubbliche e Cooperative di inserimento lavorativo	obiettivo di integrazione – strutturazione servizi e interventi
	Continuare il percorso di revisione del SIL Distrettuale	obiettivo di studio – integrazione e strutturazione servizi e interventi Obiettivo Tavolo Adulti Allargato
	Definire protocollo operativo col Servizio Prevenzione e Reinserimento di Monza	obiettivo di integrazione – strutturazione servizi e interventi
	Ritiro delega dall'ASL per i tirocini terapeutici	obiettivo di studio e strutturazione servizi e interventi Obiettivo gestionale
	Promuovere percorsi di coordinamento tra i vari SIL distrettuali	obiettivo di integrazione – strutturazione
	Verifica, a partire dagli sportelli badanti, dell'evoluzione del lavoro di cura sul territorio	obiettivo di studio e strutturazione servizi e interventi
Politiche sociali urbanistiche ed abitative	Approfondire la possibilità del garante per il mutuo	obiettivo di studio
	Promuovere l'autocostruzione	obiettivo di studio
	Elaborare progetti di housing sociale	obiettivo di strutturazione servizio/intervento
	Elaborare progetti di co-housing	obiettivo di strutturazione servizio/intervento
	Promuovere accordi che permettano di reperire alloggi a canoni sociali	obiettivo di studio
	Studiare la possibilità del prestito sociale	obiettivo di studio
	Valutare la possibilità di revisione effettiva del progetto abitativo delle famiglie presso alloggi ERP	obiettivo di studio
	Realizzare l'esperienza del condominio solidale	obiettivo di studio e costruzione proposte operative
	Censire ed elaborare progetti relativamente agli alloggi sfitti	obiettivo di studio e costruzione proposte operative
	Erogare contributi economici a sostegno del mutuo	obiettivo di studio Obiettivo gestionale Obiettivo Tavolo Adulti Istituzionale
	Predisporre regolamento assegnazione temporanea	obiettivo di studio
	Istituire una commissione stabile Servizi Sociali – Uffici Alloggi	obiettivo di integrazione
	Prevedere integrazione effettiva tra servizi sociali e urbanistica nella costruzione del PGT	obiettivo di integrazione



AREA ADULTI ED INTEGRAZIONE POLITICHE "ALTRE"

Politiche sociali educative e formative	Attivazione del tavolo locale per le politiche scolastiche e partecipazione alla predisposizione del primo piano per l'offerta formativa di ambito	obiettivo di integrazione – costruzione di reti Obiettivo gestionale
	Partecipazione al Tavolo Provinciale per le Politiche Scolastiche e partecipazione alla predisposizione del primo piano per l'offerta formativa provinciale	obiettivo di integrazione – costruzione di reti Obiettivo gestionale
	Attivazione di corsi di qualificazione per assistenti familiari ("badanti")	(obiettivo di costruzione interventi)
	Favorire il rapporto tra corsi di formazione e servizi per l'inserimento lavorativo	(obiettivo di integrazione – costruzione di reti)
Prevenzione contrasto trattamento e reinserimento area dipendenze	Condivisione col territorio (scuole, Comuni, privato sociale...) delle metodologie di intervento ritenute maggiormente efficaci	obiettivo costruzione di interventi efficaci – costruzione di reti
	Attivazione di azioni specifiche a contrasto dell'abuso di alcool in specie nei luoghi di lavoro	obiettivo di studio e creazione di interventi
	Mantenimento degli interventi di prevenzione in età scolare	obiettivo mantenimento di servizi Obiettivo gestionale
	raccordo tra servizi aggancio precoce – servizi distrettuali e servizi preventivi	obiettivo costruzione rete – integrazione servizi
	Mantenimento degli interventi di educativa di strada	obiettivo mantenimento di servizi Obiettivo gestionale
	Sperimentazione e monitoraggio protocollo HIV	obiettivo integrazione servizi – costruzione di rete Obiettivo gestionale
	Estensione della convenzione col Servizio prevenzione e reinserimento di Monza	obiettivo di costruzione di rete - integrazione servizi – creazione interventi
	Stipula accordi specifici reinserimento lavorativo soggetti alcooldipendenti	obiettivo di studio – integrazione servizi
	Necessità di attivare progettazioni globali relativamente al reinserimento territoriale	obiettivo integrazione servizi
	Necessità di attivare interventi di sostegno all'alcooldipendente prima della perdita del lavoro	obiettivo di studio – creazione di interventi
Sostegno al reddito	Necessità di sostegno e promozione cooperative inserimento lavorativo	obiettivo di integrazione – strutturazione servizi e interventi
	Attivazione osservatorio povertà	obiettivo studio e proposta interventi
	Attivazione fondo anti - crisi	obiettivo di integrazione – strutturazione servizi e interventi Obiettivo gestionale Obiettivo Tavolo Adulti Istituzionale
	Servizio tutela anche per situazioni alto indebitamento in rete con privato e con strumenti antiusura	obiettivo di integrazione – strutturazione servizi e interventi
	Scaglionare esenzioni con rispetto dei limiti del buono fragilità	obiettivo per l'uniformità degli interventi
	Riflessione rapporto buoni altri contributi comunali	obiettivo di studio e proposta
Rapporti organi decentrati giustizia	Riflessione su sostegno anche in caso di mutuo	obiettivo di studio e proposta
	Mantenimento intesa e prosecuzione azioni in essere	obiettivo studio costruzione reti e proposta interventi Obiettivo gestionale



AREA ADULTI ED INTEGRAZIONE POLITICHE "ALTRE"

Trasporti e mobilità sul territorio	Verifica raggiungibilità dei servizi distrettuali attivati ed attivabili	obiettivo studio e proposta interventi
	Attivazione di un unico centro di coordinamento tra le associazioni, i volontari e gli enti che si occupano di trasporti "occasionalni" per finalità sociali	obiettivo studio e proposta interventi Obiettivo tavolo di sistema

7.3 Linee di intervento in relazione alle Linee guida Regionali

A seguito verranno declinate le azioni di cui sopra in relazione agli ambiti di intervento, alle finalità ed agli obiettivi previsti dalla D.G.R. Lombardia n. VIII 8551 del 03/12/2008 "Determinazione in ordine alle Linee di indirizzo per la programmazione dei Piani di Zona – 3° Triennio (09-11)",

Ambito d'intervento	finalità	obiettivo	azioni	Impegni finanziari
CONTINUITA' E CONSOLIDAMENTO	Consolidamento del sistema dei titoli sociali	mantenere la diffusione dei buoni e dei voucher sociali in tutti i distretti sviluppando un approccio qualitativo che posizioni sempre di più i titoli sociali in una logica di complementarietà, di integrazione e di rafforzamento del sistema di offerta	Mantenimento erogazione buoni natalità – domiciliarità – fragilità	400.000,00 FNPS +
			Mantenimento erogazione voucher sad e voucher AES	Autonome risorse comunali
			Attivazione fondo "anticrisi"	100.000
			Attivazione voucher sad per potenziamento servizi comunali in situazioni di particolare complessità	83.057,00 DGR 8243 + Autonome risorse comunali + FNA 2008 ?
			Erogazione buono a sostegno delle spese per assistenti familiari	96.000 DGR 8243 + FNA 2008?
			Erogazioni buoni per sostenere i compiti di cura nelle famiglie numerose	51.886,00 DGR 8243 + FNA 2008+ autonome risorse comunali
			Risorse complessive anno 2009 da ripartire sugli interventi di cui sopra FNA 2008	100.000 FNA 2008
Miglioramento delle capacità di utilizzo delle risorse del FNPS e di gestione del budget unico	obiettivo per il triennio impegno delle risorse del FNPS assegnate nel triennio per almeno il 90%; liquidazione entro il 31.12.2011 pari almeno al 70% dell'assegnato nel triennio	Verifica con le scadenze del peg dell'utilizzo dei fondi al fine di reindirizzare con tempestività eventuali residui	=	



INNOVAZIONE	Interventi di promozione, supporto alla genitorialità e al protagonismo familiare	Sostegno alla maternità	Progettazione ho cura di te	10.861,20 residui FNPS anni precedenti + 66.000 dell'Ati GRA.DI.SOL ex bando maternità L 23/99
		Sostegno alla famiglia, con una particolare attenzione a quella con figli minori	Erogazioni buoni per sostenere i compiti di cura nelle famiglie numerose	Cfr buoni
			Servizi Noi genitori – camelot e cic	Cfr servizi preventivi
		Interventi di sostegno e supporto alla famiglia in situazione di particolare fragilità	ETIM valutazione clinica della famiglia e del minore in caso di mandato dell'autorità giudiziaria	15.495,06 fondi comunali + 74.504,94 FNPS + 4.000 Fondi Provinciali + 105,07 residui annualità precedenti
			Un nuovo giardino Spazio neutro per gli incontri protetti che garantiscano il mantenimento dei legami familiari	27.500 da fondi comunali + 20.000 da FNPS + 15.500 da Fondi Provinciali
			Ancora genitori Sostegno alla genitorialità durante la separazione	29.000 residui annualità precedenti + 13.290 fondi comunali + 25.000 FNPS + 16.500 Fondo Provinciale
			Servizio teepe ufficio affidi per la selezione ed il sostegno delle famiglie affidatarie	61.000 fondi comunali + 25.000 fondi provinciali
			Bando Artemide azioni contrasto alla violenza in famiglia	1.500,00 residui FNPS annualità precedenti
		Sostegno alla domiciliarità, attraverso la valorizzazione del lavoro di cura (familiari caregiver e assistenti familiari)	Attivazione sportello badanti	27.500 FNPS + 9.000 DGR 8243
			Erogazione buono a sostegno delle spese per assistenti familiari	Cfr quanto previsto sopra area titoli sociali



INNOVAZIONE	Interventi di prevenzione	progetti e interventi in ambito preventivo, ex "leggi di settore" associate all'analisi dei bisogni	NOI GENITORI Servizio di sportello a sostegno della genitorialità ed interventi formativi e di piccolo gruppo Target 0/11	29.000 FNPS
			CAMELOT Servizio di sportello per genitori ed insegnanti e formazione su specifiche tematiche (bullismo – prevenzione tramite life skill...) Target 11/14 Ex 45 e 285	78.000 FNPS
			CIC Servizio di sportello per insegnanti – genitori – studenti scuole superiori o professionali del territorio - formazione per tutor e insegnanti – formazione per genitori Ex 45 supporto scientifico ASL	9.000 + 17.000 residuo FNPS anni precedenti già impegnato
			SUBWAY Educativa di strada target 15/30 Ex 45	65.840,00 FNPS
			Sportello interculturale per l'integrazione scolastica dei minori immigrati Ex 40	3.135,33 FNPS + 6.982,67 finanziamento comuni + 35.000 Fondo Provinciale
			Sportello di informazione e orientamento stranieri CESIS Ex 40	50.000 FNPS + 20.300 Fondo Provinciale
			Intesa per il carcere	12.855,09 FNPS annualità precedenti
		Prevenzione e promozione delle politiche rivolte ad adolescenti e giovani	Costruzione linee guida politiche giovanili distrettuali Anche al fine di partecipazione a bandi → oggetto tavolo minori 2009 ?	=
		Tutela della Salute Mentale	Ridefinizione utilizzo Fondo Sociale psichiatria rispetto ai bisogni di ambito	58.000 fondo solidarietà del FNPS
			Sperimentazione protocolli distrettuali psichiatria	
		Sostegno e assistenza ai disabili e alle loro famiglie	BRIANZA SENZA BARRIERE Sostegno azioni per il tempo libero – sportello volontari	10.000
			Mantenimento progettazioni ex 162	80.000 FNPS
			Fondo Solidarietà Psichiatria	Cfr fondo solidarietà
			Attivazione sportello tutela adulti	15.000 FNPS
		Promozione della salute e stili di vita	Adesione a azioni asl quali distretto in forma – prevenzioni incidenti luogo di lavoro – prevenzione incidenti stradali	Risorse autonome amministrazioni comunali



ULTERIORI OBIETTIVI PRIORITARI	definizione modalità organizzative del segretariato sociale	Attività di coordinamento programmazione di ambito	Mantenimento UDP	49.600 FNPS + 44.700 Fondo provinciale
	- modalità di accesso uniformi	Attività di gestione associata distrettuale tramite costituzione azienda sociale	Costituzione Azienda speciale consortile di Ambito	173.880,94 Fondi comunali + 12.000 Fondo provinciale
	- costituzione di protocolli	Attivazione portale di Ambito	Attivazione portale di ambito quale primo passo per il coordinamento delle attività programmatiche e gestionali e per la costituzione di un risorsario di ambito	2.000 residui FNPS precedenti + 4000 Fondi Provinciali
	- costruzione della Carta d'Ambito	Liveas di segretariato	Raggiungimento, partendo da studio condiviso, di livelli stabiliti di offerta del segretariato sociale e del segretariato sociale professionale in ogni Comune del Distretto	161.362,73 FNPS + 1.851,33 Finanziamento comunale
		Carta d'ambito	Corso per regolamento SAD Iniziare da questo servizio il percorso per armonizzare i regolamenti comunali d'erogazione di servizi	Fondo Provinciale
			Iniziare il percorso per dotarsi di carta dei servizi a gestione associata	=
		processo di definizione dei requisiti di accreditamento per le unità d'offerta sociali ex circolare 1 2009	Definire i requisiti di accreditamento entro 31.12.09	=
		istituzione del Tavolo del Terzo Settore distrettuale e raccordo con gli altri soggetti istituzionali	Regolamento già condiviso e presentato all'Assemblea del III settore Da approvarsi post PDZ	=
			Adesione Accordo di Programma PdZ - Da approvarsi post PdZ	=
			Formalizzazione partnership in essere e da costruirsi tramite specifici accordi Da approvarsi post pdz	=
		Istituzione tavolo locale per le politiche scolastiche	Integrazione con Pubbliche Istruzioni e Scuole del territorio per la definizione di un Piano di Offerta Formativa di Ambito	10.000 Fondi Provinciali
		proseguimento della logica del Budget Unico: FNPS, FSR, FNA, Risorse autonome degli Enti Locali, Altre risorse e capacità di utilizzo delle risorse a disposizione (FNPS e FSR)	Pur dovendo seguire ciascun fondo le destinazioni previste dalla Regione l' Ambito cercherà di monitorare la correttezza di spesa secondo le indicazioni regionali	=
		mantenimento del fondo di solidarietà, prevedendo nel Piano di Zona la destinazione per tipologia di intervento, le modalità	Fondo Solidarietà Minori Mantenimento del fondo di solidarietà per il sostegno delle rette delle comunità alloggio (criteri già definiti in sede di criteri circolare 4)	800 FNPS + 67.816,37 (stima) Fondo riequilibrio e Fondo solidarietà



		di accesso dei singoli comuni, le modalità di utilizzo e, annualmente, la dotazione finanziaria	Fondo Solidarietà Psichiatria Ritiro delega fondo sociale psichiatria e mantenimento criteri attualmente in essere in attesa di ridefinirne di più appropriati al distretto	58.000 FNPS
		progettualità specifiche per il trasporto di utenti non automuniti	Avvio percorso di coordinamento realtà privato sociale in un progetto unitario di mobilità sociale del territorio	? AUSER + ? Provincia + ? singole amministrazioni comunali

7.4 Il Piano di sostenibilità economica degli obiettivi e degli interventi di Ambito

Infine si riporta a seguito il Piano di sostenibilità economica degli obiettivi e degli interventi di ambito con l'avvertenza che per il 2010 ed il 2011 si procederà a successivi aggiornamenti in sede di revisione annuale del Piano di Zona.

Dapprima verranno declinati i fondi in entrata previsti, quindi il loro utilizzo per finanziare i servizi e gli interventi da attivarsi.

ENTRATE 2009	residui	da comuni	fnps	provincia	dgr e altre entrate	frs 09	totale
residui annualità precedenti da utilizzarsi su 2009	143.500,00						143.500,00
da comuni per finanziamento servizi		300.000,00					300.000,00
da comuni per servizi circolare 4		3.288.000,00					3.288.000,00
fnps 2008			1.165.737,00				1.165.737,00
per III annualità				100.000,00			100.000,00
fondo nuovo accordo				65.000,00			65.000,00
da provincia per azienda				12.000,00			12.000,00
da provincia per tavolo locale				10.000,00			10.000,00
buoni badanti e sportello					96.006,00		96.006,00
buoni fam numerose					51.886,00		51.886,00
voucher sad					83.057,00		83.057,00
fondo non autosufficienze 2008 su 2009					100.000,00		100.000,00
solidarietà					18.115,17		18.115,17
riequilibrio					43.181,67		43.181,67
da partnership con grande casa L 23					66.000,00		66.000,00
FSR 2009						1.246.131,00	1.246.131,00
TOTALE	143.500,00	3.588.000,00	1.165.737,00	187.000,00	458.245,84	1.246.131,00	6.788.613,84

USCITE 2009	canali di finanziamento						totale
	143.500,00	3.588.000,00	1.165.737,00	187.000,00	458.245,84	1.246.131,00	
personale udp			49.600,00	44.700,00			94.300,00
azienda		173.880,94		12.000,00			185.880,94
titoli sociali			400.000,00				400.000,00
titoli famiglie numerose					51.886,00		51.886,00
voucher potenziamento sad					83.057,00		83.057,00
titoli badanti			8.994,00		87.006,00		96.000,00
fondo crisi	100.000,00						100.000,00
fondo non autosufficienza 2009					100.000,00		100.000,00
liveas distrettuali		1.851,33	161.362,73				163.214,06
fondo solidarietà minori			800,00		61.296,84		62.096,84
fondo solidarietà psichiatria			58.000,00				58.000,00
etim		15.495,06	74.504,94				90.000,00
avvocato minori	105,07			4.000,00			4.105,07



USCITE 2009	canali di finanziamento						totale
cic	17.000,00		9.000,00				26.000,00
sportelli badanti			27.500,00		9.000,00		36.500,00
gestionale ss							0,00
portale udp	2.000,00			4.000,00			6.000,00
ho cura di te	10.861,20		0,00		66.000,00		76.861,20
amministrazione di sostegno			15.000,00				15.000,00
progetti 162			80.000,00				80.000,00
un nuovo giardino		27.500,00	20.000,00	15.500,00			63.000,00
ancora genitori	29.000,00	13.290,00	25.000,00	16.500,00			83.790,00
teepe		61.000,00		25.000,00			86.000,00
cesis			50.000,00	20.300,00			70.300,00
sportello interculturale		6.982,67	3.135,33	35.000,00			45.118,00
subway			65.840,00				65.840,00
noi genitori			29.000,00				29.000,00
camelot			78.000,00				78.000,00
tempo libero senza barriere			10.000,00				10.000,00
reinserimento sociale carcerati	12.855,09						12.855,09
artemide	1.500,00						1.500,00
tavolo locale politiche scolastiche				10.000,00			10.000,00
crest		110.000,00				40.000,00	150.000,00
cag		45.000,00				15.000,00	60.000,00
adm		300.000,00				80.000,00	380.000,00
art 80/81/82		800.000,00				271.131,00	1.071.131,00
asili nido		900.000,00				150.000,00	1.050.000,00
sfa/cse		23.000,00				210.000,00	233.000,00
cah/csd		0,00				150.000,00	150.000,00
sil	4.000,00	310.000,00				115.000,00	429.000,00
sad /sdh		800.000,00				215.000,00	1.015.000,00
	143.500,00	3.588.000,00	1.165.737,00	187.000,00	458.245,84	1.246.131,00	6.788.613,84

Nota: le celle evidenziate in arancione sono già in tutto o in parte impegnate su cap. di bilanci precedenti (residui)
Il riparto del FSR è stato fatto sulla base del riparto del 2008 ma sarà rivisto dai Sindaci in fase di definizione di criteri di riparto per l'anno 2009

ENTRATE 2010	residui	da comuni	fnps	provincia	dgr e altre entrate	frs 09	totale
residui annualità precedenti su 2010	220.700,00						220.700,00
da comuni per finanziamento servizi		100.000,00					100.000,00
da comuni per servizi circolare 4		3.288.000,00					3.288.000,00
fnps 2008			1.165.737,00				1.165.737,00
Provincia				200.000,00			200.000,00
fondo non autosufficienze 2008 su 2010					210.626,00		210.626,00
da asl per gestionale dgr 8243					9.000,00		9.000,00
solidarietà					18.115,17		18.115,17
riequilibrio					43.181,67		43.181,67
da partnership con grande casa L 23					66.000,00		66.000,00
FSR 2009						1.246.131,00	1.246.131,00
TOTALE	220.700,00	3.388.000,00	1.165.737,00	200.000,00	346.922,84	1.246.131,00	6.567.490,84



USCITE 2010	canali di finanziamento						totale
	220.700,00	3.388.000,00	1.165.737,00	200.000,00	346.922,84	1.246.131,00	6.567.490,84
personale udp			49.600,00	44.700,00			94.300,00
azienda	205.700,00						205.700,00
							0,00
titoli sociali			400.000,00				400.000,00
fondo non autosufficienza 2009					201.626,00		201.626,00
							0,00
liveas distrettuali		3.232,27	115.156,73				118.389,00
fondo solidarietà minori					61.296,84		61.296,84
fondo solidarietà psichiatria			58.000,00				58.000,00
							0,00
etim		15.495,06	74.504,94				90.000,00
avvocato minori				4.000,00			4.000,00
cic			26.000,00				26.000,00
sportelli badanti			27.500,00		9.000,00		36.500,00
gestionale ss			9.000,00		9.000,00		18.000,00
ho cura di te			0,00		66.000,00		66.000,00
amministrazione di sostegno			45.000,00				45.000,00
progetti 162			80.000,00				80.000,00
un nuovo giardino			20.000,00	43.000,00			63.000,00
ancora genitori		13.290,00	25.000,00	16.500,00			54.790,00
teepe		61.000,00		25.000,00			86.000,00
cesis			50.000,00	20.300,00			70.300,00
sportello interculturale		6.982,67	3.135,33	35.000,00			45.118,00
subway			65.840,00				65.840,00
noi genitori			29.000,00	11.500,00			40.500,00
camelot			78.000,00				78.000,00
tempo libero senza barriere			10.000,00				10.000,00
reinserimento sociale carcerati	15.000,00						15.000,00
crest		110.000,00				40.000,00	150.000,00
cag		45.000,00				15.000,00	60.000,00
adm		300.000,00				80.000,00	380.000,00
art 80/81/82		800.000,00				271.131,00	1.071.131,00
asili nido		900.000,00				150.000,00	1.050.000,00
							0,00
sfa/cse		23.000,00				210.000,00	233.000,00
cah/csd		0,00				150.000,00	150.000,00
sil		310.000,00				115.000,00	425.000,00
sad /sdh		800.000,00				215.000,00	1.015.000,00
	220.700,00	3.388.000,00	1.165.737,00	200.000,00	346.922,84	1.246.131,00	6.567.490,84



ENTRATE 2011	residui	da comuni	fnps	provincia	dgr e altre entrate	frs 09	totale
residui annualità precedenti su 2010	100.980,15						100.980,15
residui triennialità 09 - 11	149.719,85						149.719,85
da comuni per finanziamento servizi		100.000,00					100.000,00
da comuni per servizi circolare 4		3.288.000,00					3.288.000,00
fnps 2008			1.165.737,00				1.165.737,00
Provincia				200.000,00			200.000,00
solidarietà					18.115,17		18.115,17
riequilibrio					43.181,67		43.181,67
da partnership con grande casa L 23					0,00		0,00
FSR 2009						1.246.131,00	1.246.131,00
TOTALE	250.700,00	3.388.000,00	1.165.737,00	200.000,00	61.296,84	1.246.131,00	6.311.864,84

uscite 2011	canali di finanziamento						totale
	250.700,00	3.388.000,00	1.165.737,00	200.000,00	61.296,84	1.246.131,00	6.311.864,84
personale udp			49.600,00	44.700,00			94.300,00
azienda	205.700,00						205.700,00
titoli sociali			400.000,00				400.000,00
liveas distrettuali		3.232,27	115.156,73				118.389,00
fondo solidarietà minori					61.296,84		61.296,84
fondo solidarietà psichiatria			58.000,00				58.000,00
etim		15.495,06	74.504,94				90.000,00
avvocato minori				4.000,00			4.000,00
cic			26.000,00				26.000,00
sportelli badanti			27.500,00				27.500,00
gestionale ss			9.000,00				9.000,00
ho cura di te	30.000,00						30.000,00
amministrazione di sostegno			45.000,00				45.000,00
progetti 162			80.000,00				80.000,00
un nuovo giardino			20.000,00	43.000,00			63.000,00
ancora genitori		13.290,00	25.000,00	16.500,00			54.790,00
teepe		61.000,00		25.000,00			86.000,00
cesis			50.000,00	20.300,00			70.300,00
sportello interculturale		6.982,67	3.135,33	35.000,00			45.118,00
subway			65.840,00				65.840,00
noi genitori			29.000,00	11.500,00			40.500,00
camelot			78.000,00				78.000,00
tempo libero senza barriere			10.000,00				10.000,00
reinserimento sociale carcerati	15.000,00						15.000,00
crest		110.000,00				40.000,00	150.000,00
cag		45.000,00				15.000,00	60.000,00
adm		300.000,00				80.000,00	380.000,00
art 80/81/82		800.000,00				271.131,00	1.071.131,00
asili nido		900.000,00				150.000,00	1.050.000,00
sfa/cse		23.000,00				210.000,00	233.000,00
cah/csd		0,00				150.000,00	150.000,00
sil		310.000,00				115.000,00	425.000,00
sad /sdh		800.000,00				215.000,00	1.015.000,00
	250.700,00	3.388.000,00	1.165.737,00	200.000,00	61.296,84	1.246.131,00	6.311.864,84

8 Accordo di Programma

ACCORDO DI PROGRAMMA

Tra l'Ambito territoriale di Carate Brianza
e
L'ASL Monza e Brianza
e
la Provincia di Milano e la Direzione di progetto area welfare Monza e Brianza
e
l'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza
e
l'Azienda Ospedaliera di Vimercate

Richiamata la Legge Regionale 1 aprile 2008, n. 11 "Nuovi ambiti territoriali delle aziende sanitarie locali lombarde conseguenti all'istituzione della Provincia di Monza e Brianza". Modifiche e integrazioni della legge regionale 11 luglio 1997, n. 31, e DCR n. 580/2008 recante "le determinazioni in ordine all'assetto organizzativo del sistema sanitario lombardo conseguenti all'istituzione della provincia di Monza e Brianza e alla ridefinizione degli ambiti territoriali delle aziende sanitarie lombarde";

Richiamato il D.lgs 267/00 "Testo Unico sull'ordinamento degli Enti Locali" che attribuisce ai Comuni la titolarità delle competenze amministrative nel settore dei servizi alla persona e alla comunità, prevedendo la gestione dei medesimi anche in forma associata;

Richiamata la Legge Costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 recante "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione" che, all'art. 3 comma 1, attribuisce alle Regioni potestà legislativa esclusiva in materia di servizi sociali;

Richiamata la Legge della Regione Lombardia n. 3 del 12/03/2008 recante le norme sul "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario", dettate in armonia con i principi enunciati dalla legge 8 novembre 2000, n. 328 - Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali - e con le leggi regionali di settore, perseguendo obiettivi di integrazione sociale e sociosanitaria, di sviluppo dei principi di sussidiarietà e centralità della famiglia, quale soggetto non solo portatore di bisogno, ma anche quale risorsa da sostenere nella sua funzione sociale;

Premesso che la norma dell'art. 13, comma 1, della L.R. 3/2008, prevede che i comuni singoli o associati (...) in base ai principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza, sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla realizzazione degli obiettivi della legge n. 3/2008 nelle forme giuridiche e negli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini, in particolare, programmando, progettando e realizzando la rete locale delle unità d'offerta sociali, nel rispetto degli indirizzi e conformemente agli obiettivi stabiliti dalla Regione, anche promuovendo la partecipazione dei soggetti di cui all'articolo 3;



Richiamata la norma dell'art. 18 della Legge n. 3/2008 che definisce il piano di zona quale strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale nel quale prevedere le modalità di accesso alla rete, indicare gli obiettivi e le priorità di intervento, definire gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione, e che dispone altresì:

- che il Piano di Zona è strumento di integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d'offerta sociosanitaria in ambito distrettuale, anche in rapporto al sistema della sanità, dell'istruzione e della formazione e alle politiche del lavoro e della casa;
- che i Comuni, nella redazione del piano di zona, utilizzano modalità che perseguono e valorizzano il momento della prevenzione e, nella elaborazione di progetti, promuovano gli interventi conoscitivi e di studio rivolti alla individuazione e al contrasto dei fattori di rischio;
- che il Piano di Zona viene approvato o aggiornato dall'Assemblea distrettuale dei sindaci secondo modalità che assicurano la più ampia partecipazione degli organismi rappresentativi del terzo settore e l'eventuale partecipazione della provincia;
- che il Piano di Zona ha valenza triennale, con possibilità di aggiornamento annuale;
- che i comuni attuano il piano di zona mediante la sottoscrizione di un Accordo di Programma con l'Asl territorialmente competente e, qualora ritenuto opportuno, con la provincia e che gli organismi rappresentativi del terzo settore, che hanno partecipato alla elaborazione del piano di zona, aderiscono, su loro richiesta, all'Accordo di Programma;
- che il piano di zona disciplina l'attività di servizio e di segretariato sociale;

Richiamata la Legge Regionale 11 Luglio 1997, n. 31 e successive integrazioni e modificazioni, recante *"Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali"*;

Preso atto che l'Asl, in attuazione dell'art. 3 quater, del D. Lgs. 229/1999, come richiamato dal *"Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali per il triennio 2002/2003"*, ha avviato il processo di definizione dei Piani distrettuali di salute, quale strumento per l'integrazione della politica territoriale sanitaria e socio sanitaria con quella sociale adottata con i Piani di Zona;

Richiamati i seguenti provvedimenti della Direzione Generale Famiglia e solidarietà Sociale di per l'attuazione della Legge Regionale 12 Marzo 2008, n. 3:

Circolare n. 5 del 07/04/2008 recante indicazioni sui provvedimenti da adottare in ottemperanza alla legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario";

Circolare n. 7 del 12/06/2008 contenente le indicazioni organizzative alla Direzione Sociale – anno 2008;

DGR n. 7437 del 13/06/2008 "Determinazione in ordine all'individuazione delle unità di offerta sociali ai sensi dell'articolo 4, comma 2 della L.R. 3/2008";

DGR n. 7438 del 13/06/2008 "Determinazione in ordine all'individuazione delle unità di offerta sociosanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 2 della L.R. 3/2008";

Circolare n. 8 del 20/06/2008 "Seconda circolare applicativa della l.r. n. 3/2008 Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario";

Circolare n. 9 del 27/06/2008 "Costituzione dell'Ufficio di protezione giuridica delle persone prive di autonomia o incapaci di provvedere ai propri interessi";



DGR n. 7797 del 30/07/2008 “Rete dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario. Istituzione del tavolo di consultazione dei soggetti del Terzo Settore (art. 11, C.1, lett. M), L.R. N. 3/2008”;

DGR n. 7798 del 30/07/2008 “Rete dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario. Istituzione degli Organismi degli Enti Locali, dei soggetti di diritto pubblico e privato, delle organizzazioni sindacali (art. 11, C.1, lett. M), L.R. N. 3/2008”;

Richiamata la D.G.R. Lombardia n. VIII 8551 del 03/12/2008 di “*Determinazione in ordine alle Linee di indirizzo per la programmazione dei Piani di Zona – 3° Triennio (2009-2011)*”, nella parte in cui, collega gli obiettivi della programmazione alle seguenti macroaree:

A) CONTINUITA' E CONSOLIDAMENTO

A1) Il Consolidamento del sistema dei titoli sociali: con l'obiettivo di mantenere la diffusione dei buoni e dei voucher sociali in tutti i distretti, ormai inseriti nel sistema di risposta ai bisogni espressi dalla popolazione, sviluppando un approccio qualitativo che posizioni sempre di più i titoli sociali in una logica di complementarietà, di integrazione e di rafforzamento del sistema di offerta;

A2) Miglioramento delle capacità di utilizzo delle risorse del FNPS e di gestione del budget unico, definendo come obiettivo:

- l'impegno delle risorse del FNPS assegnate nel triennio per almeno il 90%;
- la liquidazione entro il 31.03.2012 pari almeno al 70% dell'assegnato nel triennio;

B) INNOVAZIONE

B1 Interventi di promozione, supporto alla genitorialità e al protagonismo familiare, con riferimento a: a) Sostegno alla maternità; b) Sostegno alla famiglia, con una particolare attenzione a quella con figli minori; c) Sostegno alla domiciliarità, attraverso la valorizzazione del lavoro di cura (familiari caregiver e assistenti familiari);

B2 Interventi di prevenzione, nella direzione indicata dalla l.r. 3/2008, art. 18 comma 3, da svilupparsi soprattutto attraverso la progettualità sostenuta con i finanziamenti ex “leggi di settore”, e identificando quali aree di priorità per il triennio:

Prevenzione e promozione delle politiche rivolte ad adolescenti e giovani;

Tutela della Salute Mentale;

Sostegno e assistenza ai disabili e alle loro famiglie;

Promozione della salute e stili di vita;

B3 Gestione associata, con l'impegno di promuovere forme di gestione associata dirette al governo del piano di zona e/o produzione di servizi/prestazioni;

C) ULTERIORI OBIETTIVI PRIORITARI

Nell'ambito delle Linee Guida di cui alla DGR n. VII 8551 del 03/12/2008 e dei bisogni rilevati sul territorio sono poi declinati i seguenti ulteriori obiettivi prioritari:

- definizione delle modalità organizzative del segretariato sociale e delle modalità di accesso uniformi, anche attraverso la costituzione di protocolli o della Carta d'Ambito;
- processo di definizione dei requisiti di accreditamento previsti per le unità d'offerta sociali ai sensi della nota esplicativa (circolare 1 del 16 gennaio 2009) del 18.02.2009;



- istituzione del Tavolo del Terzo Settore distrettuale e raccordo con gli altri soggetti istituzionali;
- proseguimento nella gestione delle risorse secondo la logica del Budget Unico: FNPS, FSR, FNA, risorse autonome degli Enti Locali, Altre risorse, e capacità di utilizzo delle risorse a disposizione secondo il sistema di monitoraggio previsto da Regione Lombardia;
- mantenimento del fondo di solidarietà, prevedendo nel Piano di Zona la destinazione per tipologia di intervento, le modalità di accesso dei singoli comuni, le modalità di utilizzo e, annualmente, la dotazione finanziaria;

Preso atto dei risultati raggiunti nel Secondo Triennio dei Piani di Zona e relativi agli obiettivi definiti dalle circolari n. 34 e 48 del 2005;

Vista la Deliberazione con cui l'Asl ha determinato di procedere alla firma del presente Accordo di Programma con l'ambito territoriale di Carate Brianza e a manifestare l'intesa in ordine all'organizzazione del segretariato sociale in attuazione delle disposizioni di cui alla Legge regionale 3/2008 e del relativo piano economico-finanziario;

Richiamata la Deliberazione di Giunta Provinciale atti 41281/09–13.3/09/45 del 9/03/09 avente ad oggetto "Linee guida della Provincia di Milano in merito alla programmazione sociale di cui alla L.R. 3/08. Autorizzazione ai Dirigenti alle fasi di costruzione delle Intese con gli Ambiti territoriali" con la quale sono state approvate le risorse e le modalità di partecipazione della Provincia di Milano al processo programmatico dei PdZ;

Richiamata l'intesa tra la Provincia di Milano, Direzione Progetto Area welfare Monza e Brianza e l'Ambito Territoriale di Carate Brianza, approvata dall'Assemblea dei Sindaci del 20 gennaio 2009 e sottoscritta in data 24.3.2009;

Considerato che verrà promossa l'adesione all'Accordo di Programma dei soggetti del Terzo Settore che condividono le finalità e gli obiettivi delineati nel Piano di Zona nei tempi e modi declinati dal Piano di Zona;

TUTTO CIO' PREMESSO

Si esprime il seguente Accordo

Art. 1 - Finalità ed oggetto

Il presente Accordo di Programma è diretto a dare attuazione tecnico giuridica al Piano di Zona, che s'intende far parte integrante e sostanziale del presente Accordo, in conformità alla disciplina di cui all'art. 34 del T.U. degli Enti Locali approvato con D.Lgs. 267/2000 e all'art. 18, comma 7, della Legge Regionale n. 3/2008. Le parti che lo sottoscrivono si impegnano alla realizzazione degli obiettivi che loro competono secondo quanto ivi previsto.

Art. 2 – Ambito territoriale

Il presente Accordo è finalizzato alla realizzazione del "Piano di Zona" nell'Ambito territoriale di Carate Brianza, che raccorda i Comuni di Albiate, Besana in Brianza, Biassono, Briosco, Carate Brianza, Lissone, Macherio, Renate, Sovico, Triuggio, Vedano al Lambro, Veduggio con Colzano, Verano Brianza.



Art. 3 - Struttura per l'attuazione del Piano di Zona e modalità di organizzazione e gestione

I Comuni associati hanno la titolarità delle funzioni di governo del Piano di Zona. L'attuazione delle azioni programmate è garantita attraverso l'Ufficio di Piano che è parte costitutiva del sistema di governance descritto nel Piano di zona.

L'ufficio di piano, in particolare, è la struttura tecnico-amministrativa che nell'Ambito territoriale di Carate Brianza assicura il coordinamento degli interventi e l'istruttoria degli atti di esecuzione del Piano, e, precisamente:

- supporta la programmazione, pianificando e valutando gli interventi programmati;
- costruisce e gestisce il budget unico;
- amministra le risorse complessivamente assegnate (FNPS, FSR, FNA, quote dei Comuni e di altri soggetti);
- coordina la partecipazione dei soggetti sottoscrittori e aderenti all'Accordo di Programma;
- risponde nei confronti dell'Assemblea dei Sindaci, dell'Asl e della Regione della correttezza attendibilità e puntualità degli adempimenti previsti rispetto ai debiti informativi regionali.

Al fine di garantire l'attuazione dei compiti sopra declinati l'Ufficio di Piano dell'Ambito è dotato delle risorse di personale e strumentali adeguate nel rispetto del limite di utilizzo, previsto dalle precedenti disposizioni, della quota del 2% per il concorso al finanziamento delle attività di programmazione dell'Ufficio di Piano.

Ciascun Comune del distretto contribuisce al funzionamento dell'ufficio di piano proporzionalmente alle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili. L'Assemblea dei Sindaci del Distretto di Carate Brianza individua l'Ufficio di Piano all'interno del Comune di Besana in Brianza, quale comune capofila, sino al momento dell'attivazione dell'Azienda Speciale Consortile che, in base allo statuto ed alla convenzione istitutiva, ne assumerà le funzioni.

Art. 4 – Enti firmatari dell'Accordo di Programma, Ente capofila

I soggetti dell'Accordo sono i Comuni di Albiate, Besana in Brianza, Biassono, Briosco, Carate Brianza, Lissone, Macherio, Renate, Sovico, Triuggio, Vedano al Lambro, Veduggio con Colzano, Verano Brianza, le Aziende Ospedaliere di Monza e Vimercate, l'Asl Monza e Brianza, e la Provincia di Milano Direzione di progetto area welfare Monza e Brianza.

Viene individuato il Comune di Besana in Brianza, quale Comune capofila per l'attuazione del presente Accordo di Programma sino al momento dell'attivazione dell'Azienda Speciale Consortile che, in base allo statuto ed alla convenzione istitutiva, ne assumerà le funzioni. Le attività operative, amministrative e di funzionamento del piano rientrano nelle attribuzioni dell'Ente capofila.

Art. 5 - Adempimenti dei soggetti sottoscrittori

Gli enti firmatari, ciascuno in relazione ai ruoli e alle competenze individuate dalla Legge L.R. 3/2008, concorrono in maniera integrata all'attuazione del Piano di Zona implementandone gli interventi articolati su programmi annuali e garantendone la valutazione periodica.

L'Assemblea dei Sindaci, in particolare, attraverso il Piano di Zona, costituente parte integrante e sostanziale del presente Accordo, ha programmato le azioni necessarie a dare attuazione agli obiettivi espressi in premessa alle lettere A), B) e C), che si impegna pertanto ad attuare nel corso del triennio 2009/2011, in conformità a quanto previsto dalle Linee Guida allegate alla DGR Lombardia VIII/8551 del 03/12/2008, in premessa



richiamate. Il monitoraggio dello stato di attuazione delle azioni programmate nel Documento di Piano avviene in ogni caso in applicazione delle regole di cui all'art. 13 del presente Accordo.

Art. 6 – Intesa dell'Asl in ordine all'organizzazione del Segretariato Sociale

L'Asl esprime l'intesa in ordine alle modalità di organizzazione del segretario sociale descritte nel Documento di Piano in quanto attuative degli indirizzi di cui al punto 4, lett. B), delle Linee guida approvate con DGR Lombardia VIII/8551 del 03/12/2008.

Art. 7 – Collaborazione Enti Locali – Aziende Ospedaliere di Monza e Vimercate - Asl Monza e Brianza nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria

Ai fini della realizzazione del Piano di Zona, i Comuni e l'Asl Monza e Brianza si impegnano ad individuare, onde migliorare la continuità assistenziale nelle diverse aree di priorità e garantire l'integrazione della presa in carico, i seguenti percorsi concreti di collaborazione nelle aree ad alta integrazione socio-sanitaria:

- predisposizione di un sistema di indicatori quali-quantitativi per il monitoraggio degli esiti e dei risultati delle progettualità e delle azioni previste nel Piano di Zona 2009-2011;
- rinnovo dell'Accordo di Programma sulla governance socio sanitaria Asl – Enti locali – Ambiti e scelta del modello organizzativo di riferimento;
- sottoscrizione di protocolli operativi nelle aree ad elevata integrazione socio-sanitaria come peraltro declinate nel processo di definizione del singolo Piano di Salute distrettuale e del Documento di Programmazione e Coordinamento dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari per l'Anno 2009: ETIM, Dimissioni protette, Salute Mentale, Continuità Assistenziale Neuropsichiatria/Psichiatria, Continuità Assistenziale Carcere/Territorio;
- definizione delle modalità di coordinamento dell'Ufficio di Protezione Giuridica dell'Asl istituito ai sensi della L.R. 3/2008 e relativa circolare attuativa n. 9 del 27/06/2008, attraverso la stipula di uno specifico Accordo con l'Ambito successivo al presente atto, da concludersi secondo le direttive di cui alla circolare regionale n. 9 del 2008;
- processo di restituzione delle Funzioni Delegate (CDD, SIL);
- progettualità per la vita autonoma indipendente;
- valorizzazione del sistema famiglia, della domiciliarizzazione e della flessibilità degli interventi.

Tali azioni si svilupperanno coerentemente agli obiettivi individuati nei documenti del Piano di Salute dell'Asl e del Piano di Zona.

I principali luoghi di confronto sulla programmazione e attuazione degli interventi socio sanitari appaiono:

- i tavoli tematici e politici organizzati dai singoli ambiti, partecipati anche da rappresentanti dei distretti sanitari;
- il tavolo inter-istituzionale Asl – Ambiti partecipato dalla Direzione Sociale Asl, dai Distretti Socio Sanitari e dai Direttori/Responsabili degli Uffici di Piano, secondo le modalità definite all'interno del nuovo Accordo di Programma per la governance socio-sanitaria;
- il Consiglio Interdistrettuale e il Coordinamento tra le Direzioni degli Uffici di Piano dando continuità a quanto previsto dal Protocollo di Intesa per l'integrazione socio sanitaria.

**Art. 8. Partenariato con la Provincia di Milano e Direzione di progetto Area welfare Monza e Brianza**

La Provincia di Milano e Direzione di progetto Area Welfare Monza e Brianza, ai sensi dell'art. 12 della L.R. 3/08 e dell'Intesa sottoscritta coi singoli ambiti, si impegna a garantire il supporto tecnico metodologico, attraverso la propria specifica struttura organizzativa nella duplice modalità che si realizza:

- in azioni centralizzate rivolte a tutti gli Ambiti che lo richiedano: quali giornate di studio, presentazione centralizzata di strumenti utili per la costruzione e la realizzazione dei Piani di Zona, elaborazione di Linee attuative rivolte agli operatori, ecc.;
- in supporto ai singoli Ambiti che ne facciano richiesta, attraverso l'assistenza tecnica specificamente dedicata all'Ambito di Carate Brianza, la formazione, l'aiuto all'elaborazione di prodotti connessi al Piano, rivolti ai Tavoli Politici, Tavoli Tecnici, Tavoli Tematici di Area.

E mette disposizione degli Ambiti che lo richiedano:

- la formazione del personale socio sanitario ai sensi del Piano Provinciale della formazione per gli operatori,
- informazioni e servizi provenienti dall'Osservatorio Provinciale per le Politiche sociali finalizzate alla condivisione dei dati raccolti,
- le politiche relative alla disabilità sensoriale
- servizi specialisti nell'area materno infantile (Spazio Neutro, Madre Segreta, Affidamento, Politiche per i centri per l'infanzia/asili nido – gruppo di lavoro),

Per l'anno 2009, ai sensi dell'Intesa, la Provincia di Milano e la Direzione di progetto Area Welfare Monza e Brianza mette a disposizione risorse proprie per il co-finanziamento e l'attuazione di progetti innovativi e sperimentali condivisi ai sensi e per gli effetti dell'art. 12 L.r. 3/2008 comma 1) lettera g).

Resta fermo che gli impegni assunti dalla Provincia di Milano con il presente accordo a favore della programmazione zonale dell'Ambito di Carate Brianza vengono trasferiti in capo alla Provincia di Monza e Brianza a far data dalla sua costituzione.

Art. 9 - Risorse umane, finanziarie e strumentali impiegate

La programmazione del Piano di Zona e l'attuazione degli obiettivi e delle azioni previste è sostenuta attraverso i seguenti canali di finanziamento che vi concorrono secondo la logica del budget unico di cui alla circolare 48 del 27.10.2005:

- Fondo Nazionale Politiche Sociali;
- Fondo sociale Regionale;
- Fondo per le non autosufficienze;
- Risorse autonome dei Comuni;
- Cofinanziamento della Provincia per l'anno 2009.

Le stesse sono integrate:

- da ogni altra risorsa destinata alla realizzazione di interventi e progettualità di Ambito.

I soggetti firmatari convengono che le risorse finanziarie provenienti dal fondo nazionale per le politiche sociali e dal Fondo sociale Regionale siano destinate all'Ente capofila, senza che possano essere destinate ai singoli comuni tranne che nei casi ove il trasferimento avvenga per gestire interventi governati da regole di processo condivise dall'Assemblea dei Sindaci.

L'ente Capofila gestirà le risorse attraverso propri atti amministrativi nei termini stabiliti dal Piano di Zona e secondo le disposizioni provenienti dagli organi di governo e di gestione del piano.

Il mancato o ridotto finanziamento proveniente dal fondo nazionale per le politiche sociali di cui al presente Accordo, o di altre leggi di settore che concorrono al finanziamento dei



servizi dei comuni dell'ambito, comporterà la necessaria ridefinizione del piano finanziario previsto.

All'attuazione dell'Accordo concorre la disponibilità di personale dipendente proveniente da ciascuno degli enti firmatari impegnato nelle diverse strutture di gestione, oltre al personale, appositamente dedicato, dell'Ufficio di Piano.

La sede di tutti gli organi di funzionamento e conduzione del piano nonché le risorse strumentali necessarie sono messe a disposizione dall'Ente capofila.

Art. 10 – Le modalità di verifica e monitoraggio dell'attuazione dell'Accordo di Programma

L'Assemblea di Distretto è responsabile in particolare del monitoraggio e della verifica degli obiettivi di cui all'art. 5 del presente Accordo. A tal fine l'Assemblea, attraverso l'Ufficio di Piano, si impegna al rispetto delle scadenze e delle modalità di elaborazione e di alimentazione dei flussi informativi previsti da Regione Lombardia in funzione del monitoraggio dello stato di attuazione della programmazione sociale associata.

In particolare si richiamano di seguito gli indicatori di monitoraggio già individuati da Regione Lombardia nella DGR 8551/2008 in relazione a specifici obiettivi della triennalità 2009-2011.

Per quanto concerne il Consolidamento del sistema dei titoli sociali, gli indicatori che verranno utilizzati per misurare il raggiungimento dell'obiettivo sono i seguenti:

- grado di copertura territoriale;
- volume del numero di fruitori annuale;
- destinazione dei buoni sociali;
- tipologia e volumi delle prestazioni acquistate attraverso i voucher sociali;
- presenza di un sistema di verifica e raccordo tra titoli sociali e voucher sociosanitari;
- aumento degli interventi rivolti al sostegno della domiciliarità (in termini di fruitori e di offerta).

Per quanto riguarda il Miglioramento delle capacità di utilizzo delle risorse del FNPS e di gestione del budget unico, verranno utilizzati per il primo anno di attuazione della terza triennalità, meccanismi premiali che prevedono l'utilizzo dei seguenti indicatori:

- *peso percentuale dell'indicatore 40%*: Correttezza formale dei dati economici relativi al Piano di Zona, trasmessi sia a preventivo che a consuntivo, valutata rispetto a:
 - quote del FNPS superiori all'assegnato;
 - differenze non motivate tra costi previsti (preventivo)/costi sostenuti (a consuntivo) e risorse per canale di finanziamento;
- *peso percentuale dell'indicatore 30%*: Capacità di programmazione e gestione economica dei Piani di Zona, valutata rispetto allo scostamento tra consuntivi e preventivi, valutato su tre fasce:
 - scostamento superiore al 50%;
 - scostamento tra il 30 e il 50%;
 - scostamento inferiore al 30%;
- *peso percentuale dell'indicatore 20%*: Incidenza percentuale delle risorse dei comuni sul totale costi sostenuti (a consuntivo);
- *peso percentuale dell'indicatore 10%*: incidenza percentuale delle risorse del Fondo Sociale Regionale indicate nei rendiconti economici sul totale delle risorse assegnate (a consuntivo).



Gli indicatori individuati dalla DGR 8551/2008 per verificare la Diffusione di pratiche innovative attraverso l'uso dei titoli sociali rivolte a famiglie con più figli minori sono quelli di seguito specificati:

- grado di diffusione territoriale;
- n. famiglie raggiunte rispetto alle famiglie numerose presenti sul territorio;
- n. e tipo delle prestazioni/servizi acquistati con voucher sociali;
- tipologia di finalizzazione dei buoni sociali;
- n. comuni dell'ambito che applicano misure di defiscalizzazione (Tarsu)

La diffusione di pratiche innovative nell'ambito del sostegno alla domiciliarità e della valorizzazione del lavoro di cura (familiari caregiver e assistenti familiari), sarà infine misurata attraverso i seguenti indicatori:

- grado di diffusione territoriale;
- n. beneficiari di buoni finalizzati a sostenere la regolarizzazione dei contratti di lavoro delle assistenti familiari;
- n. famiglie monitorate attraverso interventi di tipo domiciliare;
- applicazione di strumenti di verifica dell'intervento.

Il Tavolo interistituzionale Asl/Ambiti definisce un sistema di indicatori quali-quantitativi utili al monitoraggio circa lo stato di attuazione del Piano, i risultati e l'impatto delle progettualità previste dal PdZ 2009-2011. Tali esiti saranno presentati alla Assemblea di Distretto la quale viene in ogni caso convocata almeno una volta all'anno per un incontro con la Asl, in funzione di una restituzione reciproca in ordine allo stato di attuazione delle azioni programmate nel Piano di Salute e nei Documenti di Piano. In tale occasione si provvederà a determinare eventuali integrazioni, modifiche, aggiornamenti, che si rendessero necessari nel corso della gestione operativa dei Piani.

Art. 11 – Responsabilità

L'Ente capofila individua nel Responsabile dell'Ufficio di Piano il responsabile del procedimento per l'esecuzione dell'Accordo di Programma.

L'Asl individua il Direttore del Distretto Socio Sanitario quale responsabile del procedimento per l'esecuzione dell'Accordo di Programma, per quanto di competenza.

La Provincia di Milano individua il Direttore Area Sociale e Culturale Progetto Monza e Brianza quale responsabile del procedimento per quanto di competenza.

Art. 12 – Durata dell'Accordo e sua conclusione

La durata dell'Accordo è fissata al 31.12.2011, con decorrenza dalla data di sottoscrizione.

Art. 13 – Collegio di Vigilanza

La vigilanza sull'esecuzione dell'Accordo di Programma è svolta da un collegio composto dai Sindaci eletti dall'Assemblea dei Sindaci del Distretto e dal Direttore Generale dell'Asl, o loro delegati, ed è presieduto dal Sindaco del Comune capofila. L'Ente capofila provvede a fornire al Collegio di Vigilanza il supporto tecnico necessario.

Art. 14 – Pubblicazione

Il Comune di Besana in Brianza in quanto Ente capofila, si impegna a pubblicare (anche per estratto) sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia il presente Accordo di Programma e a tenere a disposizione tutta la documentazione per gli Enti sottoscrittori e gli altri soggetti aventi diritto, secondo la normativa vigente.

Besana in Brianza, lì 31.3.2009

Letto e sottoscritto,



Per il Comune di Albiate

[Handwritten signature]

Per il Comune di Besana Brianza

IL SINDACO
Sergio Gianni Cazzaniga

[Handwritten signature]



Per il Comune di Biassono

[Handwritten signature]



Per il Comune di Briosco

[Handwritten signature]



Per il Comune di Carate Brianza

[Handwritten signature]



Per il Comune di Lissone

[Handwritten signature]

Per il Comune di Macherio

(Marianosa Bedaelli)

[Handwritten signature]





Per il Comune di Renate

IL SINDACO

(Elisa Riva)

Elisa Riva



Per il Comune di Sovico

L'Assessore ai Servizi Sociali
(Storza Dr.ssa Maria Caterina)

Storza Maria Caterina



Per il Comune di Triuggio

Roberto Marone



Per il Comune di Veduggio
**Assessorato Sanità,
Servizi Sociali e Pari Opportunità**
Vanda Pelli

Vanda Pelli



Per il Comune di Veduggio con Colzano

Luca Cusi



Per il Comune di Verano Brianza

IL VICESINDACO
(Silvia Preda)

Silvia Preda



Per la Provincia di Milano

[Signature]





Per l'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

Giuseppe Spoto

Per l'Azienda Ospedaliera di Vimercate

IL DIRETTORE GENERALE
(Dot. Maurizio Amigoni)

Maurizio Amigoni



Per l'Asl Monza e Brianza – il Direttore Generale

IL DIRETTORE GENERALE
dott. PIETROGINO BEZZANO

Pietroginio Bezzano

