



Ambito
Territoriale di
Carate Brianza

Piano di Zona 2025 – 2027



**I punti di
attenzione**



Sezione 7

Approvata dall'Assemblea dei Sindaci
il 12 dicembre 2024



Sommario

1. LE IMPLICAZIONI DELL'ANALISI DEI DATI SUI SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI	4
2. AREA ANZIANI	5
2.1 Servizio Assistenza Domiciliare.....	6
2.1.1 Dati servizi	6
2.1.2 Dati contesto	6
2.1.3 Questioni aperte.....	7
2.1.4 Ipotesi di lavoro	8
2.2 Ricoveri in RSA	9
2.2.1 Dati servizi	9
2.2.2 Dati contesto	9
2.2.3 Questioni aperte.....	9
2.2.4 Ipotesi di lavoro	9
3. AREA PERSONE CON DISABILITÀ.....	10
3.1 Equipe di Valutazione Multidisciplinare e Progetti Individuali.....	11
3.1.1 Dati servizi	11
3.1.2 Dati contesto	11
3.1.3 Questioni aperte.....	13
3.1.4 Ipotesi di lavoro	13
3.2 Disabilità scolastica.....	14
3.2.1 Dati servizi	14
3.2.2 Dati contesto	14
3.2.3 Questioni aperte.....	15
3.2.4 Ipotesi di lavoro	15
3. AREA MINORI E FAMIGLIA.....	17
3.1 I Servizi tutela minori.....	18
3.1.1 Dati servizi	18
3.1.2 Dati contesto	18
3.1.3 Questioni aperte e ipotesi di lavoro	19
3.2 Disagio giovanile	20
3.2.1 Dati servizi	20
3.2.2 Dati contesto	20
3.2.3 Questioni aperte.....	20
3.2.4 Ipotesi di lavoro	21
4. AREA ABITATIVA	22



4.1 Servizi abitativi e housing sociale	22
4.1.1 Dati servizi	22
4.1.2 Dati contesto	22
4.1.3 Questioni aperte.....	23
4.1.4 Le proposte di lavoro.....	23
5. AREA ADULTI.....	25
5.1 Indebitamento – progetti di vita ed educazione finanziaria	25
5.1.1 Dati servizi	25
5.1.2 Dati contesto	26
5.1.3 Questioni aperte e ipotesi di lavoro	26
5.2 Pronto intervento sociale e residenza fittizia.....	27
5.2.1 Dati servizi	27
5.2.2 Dati contesto	27
5.2.3 Questioni aperte.....	27
5.2.4 Ipotesi di lavoro	28
6. AREA TRASVERSALE	29
6.1 Isolamento sociale.....	29
6.1.1 Dati servizi	29
6.1.2 Dati contesto	29
6.1.3 Ipotesi di lavoro	29
6.2 Le professioni sociali.....	30
6.2.1 Dati servizi	30
6.2.2 Dati contesto	30
6.2.3 Ipotesi di lavoro	30



1. LE IMPLICAZIONI DELL'ANALISI DEI DATI SUI SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI

Dall'analisi dei dati, del contesto, delle modifiche normative e dell'andamento dei servizi dell'Ambito Territoriale di Carate Brianza, emergono alcuni specifici punti di attenzione che riguardano le seguenti tematiche che andremo, a seguito, brevemente ad affrontare:

Anziani

1. Servizio assistenza domiciliare
2. Ricoveri in RSA

Persone con disabilità

3. EVM e Progetti Individuali
4. Disabilità scolastica

Minori e famiglie

5. Servizi Tutela
6. Disagio Giovanile

Servizi abitativi

7. Servizi abitativi ed housing sociale

Area Adulti

8. Indebitamento ed educazione finanziaria
9. Pronto intervento sociale e residenza fittizia

Trasversale

10. Isolamento sociale
11. Le professioni sociali



2. AREA ANZIANI

L'area anziani è un'area strategica per un territorio che invecchia costantemente e che per ora non vede (come del resto tutta l'Italia) un ricambio generazionale sufficiente all'orizzonte.

Rimandiamo ai dati:

- sull'indice di vecchiaia in serie storica (cfr sezione 2 paragrafo 2 punti 2.4)
- sull'indice di dipendenza degli anziani (cfr sezione 2 paragrafo 2 punti 2.3)
- sull'aumento dell'età media (cfr sezione 2 paragrafo 2 punti 2.3)
- sull'aumento degli anziani (cfr sezione 2 paragrafo 2 punti 2.1)
- sull'aumento dei vedovi (cfr sezione 2 paragrafo 2 punti 2.2)
- sull'andamento della spesa sociale per l'area (cfr sezione 4 paragrafo 1.6.1)



2.1 Servizio Assistenza Domiciliare

2.1.1 Dati servizi

Analizzando l'andamento del servizio di assistenza domiciliare si rileva, pur in presenza di fluttuazioni, una costante diminuzione del numero di prese in carico da parte dei servizi Comunali, dato interessante anche a fronte del parallelo invecchiamento della popolazione del territorio.

Tabella 1 dati servizio SAD in riferimento a utenti presi in carico e spesa
Fonte rendicontazione dei Comuni per l'erogazione del Fondo Sociale Regionale – rielaborazione UdP

anno	numero utenti (solo asa oss)	costo servizio (solo asa oss)	costo a utente	popolazione	% utenti in carico rispetto a popolazione	popolazione over 65	% utenti in carico rispetto a popolazione over 65
2022	371	919.431	2.478	154.125	0,2	35.605	1,0
2021	317	731.112	2.306	153.616	0,2	non rilevato	
2020	307	927.030	3.020	152.770	0,2	non rilevato	
2019	345	1.073.149	3.111	154.649	0,2	34.381	1,0
2018	415	1.270.016	3.060	154.059	0,3	non rilevato	
2017	413	1.253.586	3.035	153.386	0,3	32.722	1,3
2016	405	1.232.917	3.044	153.058	0,3	non rilevato	
2015	444	1.235.505	2.783	152.691	0,3	non rilevato	
2014	460	1.217.711	2.647	152.439	0,3	non rilevato	
2013	506	975.108	1.927	152.039	0,3	non rilevato	
2012	629	1.173.975	1.866	151.883	0,4	29.037	2,2
2011	775	1.273.144	1.643	150.718	0,5	non rilevato	
2010	680	1.385.868	2.038	149.412	0,5	non rilevato	
2009	687	1.329.788	1.936	147.695	0,5	non rilevato	
2008	701	1.210.127	1.726	146.255	0,5	non rilevato	
2007	585	1.061.051	1.814	144.723	0,4	26.275	2,2

Ricordiamo brevemente quanto emerso dal gruppo di approfondimento sul servizio SAD svoltosi con gestori e operatori dei Comuni in occasione dello scorso Piano di Zona.

Dagli anni 80 in cui i servizi sono stati codificati e attivati in ottica preventiva (al loro nascere i servizi erano rivolti anche agli anziani parzialmente non autosufficienti che venivano accompagnati nelle commissioni, nelle pulizie domestiche etc), già negli anni 90 gli stessi si sono rivolti progressivamente soprattutto alle persone non autosufficienti che vivevano sole o in famiglia, specializzando i propri interventi in azioni di monitoraggio, sostegno al care giver, mobilitazione delle persone allettate ed igiene personale.

Dall'introduzione della compartecipazione al costo del servizio, primo decennio del nuovo secolo, inoltre, veniva segnalato una diminuzione dell'utenza anziana ed uno spostamento su altri target di fragilità, quali quelli con presenza di problematiche legate alla salute mentale, anche se l'utenza anziana rimane prevalente con maggior ricorso al mercato privato da parte degli anziani solventi.

Per contro la durata delle prestazioni settimanali e giornaliere andava riducendosi e l'erogazione del servizio SAD non sembrava più determinante nella scelta di restare o meno a domicilio.

2.1.2 Dati contesto

I Ministeri e la Regione (come si nota bene dalle tabelle 20 e 21 della sezione 1) stanno delineando un chiaro indirizzo volto al potenziamento dell'assistenza domiciliare, anche in ottica preventiva dei ricoveri impropri, e come strumento per mantenere la persona a domicilio:

- i LEPS per le dimissioni protette prevedono da un minimo di 6 a un max di 24 h di assistenza alle persone in dimissione (seppur dopo un primo periodo – 30 gg - a carico sanitario e immaginando un servizio così intensivo per un periodo limitato, al fine di permettere al Comune/famiglia di attrezzarsi). La presa in carico per le dimissioni protette come sopra prevista, non è soggetta a ISEE né a contribuzione;



- b. Il PSSR LOMBARDO 24-28 negli indirizzi programmatori insiste sul passaggio dal curare al prendersi cura, sull'accompagnamento continuo delle persone fragili durante i vari passaggi tra diverse forme di assistenza (domiciliare, residenziale e diurna), favorendo il ritorno al domicilio attraverso processi di ammissione e dimissione protetti dai servizi territoriali, sul promuovere un sistema di cure a lungo termine, sullo sviluppare una presa in carico multidimensionale e a lungo termine, armonizzando i Piani di Zona (PDZ) e i Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT), coinvolgendo il Terzo Settore nella co-programmazione e co-progettazione.
- c. il PNRR Missione 5 e Missione 6 ha destinato fondi a tale scopo con le progettazioni "Casa quale primo luogo di Cura" (Missione 6) con cui sono stati stanziati 3 miliardi (2.970.000.000)¹ per il potenziamento dell'ADI e 66 milioni per i percorsi di dimissione protetta comunali di cui al punto a. (Missione 5). Gli obiettivi attribuiti sono rispettivamente, per la sanità, arrivare alla presa in carico del 10% degli over 65 aa (circa 3.500 persone nel nostro Ambito) e, per i Comuni, prendere in carico 125 persone² in dimissione protetta, nel triennio, sull'Ambito (da notare che ai Comuni per quest'ultimo obiettivo con risorse strutturali sono assegnate 20.000 euro corrispondenti al costo di un operatore a 18 h settimana);

Tabella 2 Le risorse e gli obiettivi del PNRR Missione 5 e 6 potenziamento della presa in carico domiciliare

Fonte: obiettivi PNRR – rielaborazione Ufficio di Piano

	PNRR missione 5 sociale	PNRR Missione 6 sanitario
Risorse	66 milioni	3 miliardi
Obiettivi in riferimento all'Ambito	125 persone nel triennio	3.560 persone all'anno a fine triennio

2.1.3 Questioni aperte

1. I dati sul servizio SAD e di contesto esplicitano **2 trend in controtendenza** (riduzione utenti VS spinta alla presa in carico nei servizi domiciliari)
2. Le **risorse allocate sulla sanità sono 45 volte più alte rispetto a quelle allocate sui Comuni** a testimonianza di un ruolo primario nel processo; In conseguenza anche la regia delle dimissioni protette è attribuita alla sanità (COT). Nulla sarà effettivamente modificabile senza una reale integrazione tra Comuni e ATS – ASST e senza l'assunzione di responsabilità da parte di ciascun attore rispetto agli obiettivi attribuiti
3. La titolarità delle risorse SAD è allocata, nel nostro territorio, nei Comuni. Il Ministero la prevede integrata, ed è a livello associato che stanno arrivando risorse di personale (ad oggi 2 assistenti sociali) e risorse PNRR per favorire le dimissioni protette. Forse occorre **rimettere mano ai nostri modelli organizzativi**.
4. Sebbene il nostro Ambito non sia capoluogo di Provincia (e quindi non abbia avuto un finanziamento PNRR per sviluppare sperimentazioni in tal senso) si stanno tentando **soluzioni domotiche** (progetto Care Connect) che possano sostenere la permanenza a domicilio e soluzioni che si rivolgono al

¹ <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5803&area=PNRR-Salute&menu=investimenti>

² Progetto Ambito Territoriale di Carate Brianza e <https://politichecoesione.governo.it/it/pnrr-e-coesione/la-missione-5-componente-3-del-pnrr/>



“badantato” ad integrazione e supporto dell’assistenza domiciliare. La sperimentazione di nuovi modelli di presa in carico potrebbe essere cruciale nei prossimi anni.

2.1.4 Ipotesi di lavoro

1. Interessante sarebbe confrontare i dati dell’andamento dell’assistenza domiciliare con gli operatori, con gli altri Ambiti, con ASST e ATS (in specie rispetto alle modifiche avvenute nelle prese in carico e nella mission socio sanitaria) per approfondire meglio se esistano connessioni col trend di presa in carico Comunale.
2. Il protocollo dimissioni protette sarà oggetto di definizione con ASST nel prossimo triennio, a seguire – o in maniera parallela – sarebbe molto interessante poter integrare il servizio ADI/RSA aperta e SAD a partire dalla costruzione di obiettivi condivisi, di albi pattanti congruenti, di integrazione di risorse
3. I Comuni potrebbero esplorare altre modalità di gestione del servizio SAD, magari prevedendo modelli associati con risorse attribuite più percentualmente omogenee, maggior fluidità di passaggio tra diversi servizi e prestazioni rese e/o sperimentazione di interventi innovativi (badante territoriale?)
4. La formazione degli anziani nell’utilizzo di strumenti tecnologici diventerà via via strategica e sarebbe importante tenerne conto nelle progettazioni che si andranno a prevedere o sostenere nel territorio
5. La rete con gli ETS ed in particolare l’associazionismo del territorio, ma anche coi soggetti profit che attivano servizi a sostegno della domiciliarità (es. consegne a domicilio...) e l’attivazione di un contesto sociale più attento e solidale e delle reti di prossimità sono altri importanti tasselli di lavoro per favorire la permanenza a domicilio (la rete RINA si sta dedicando allo sviluppo di questo aspetto strategico e sarebbe importante sviluppare queste possibilità anche nei tavoli di co programmazione o attivati a livello locale)



2.2 Ricoveri in RSA

2.2.1 Dati servizi

La compartecipazione al costo delle rette di ricovero in RSA da parte dei Comuni ha degli andamenti altalenanti e che sembrano dipendere dalle singole situazioni che richiedono il contributo.

Sembra, comunque, pur in costanza o lieve aumento di spesa complessiva, delinearsi un progressivo chiaro aumento della spesa media ed una diminuzione di quanto viene recuperato dall'utenza.

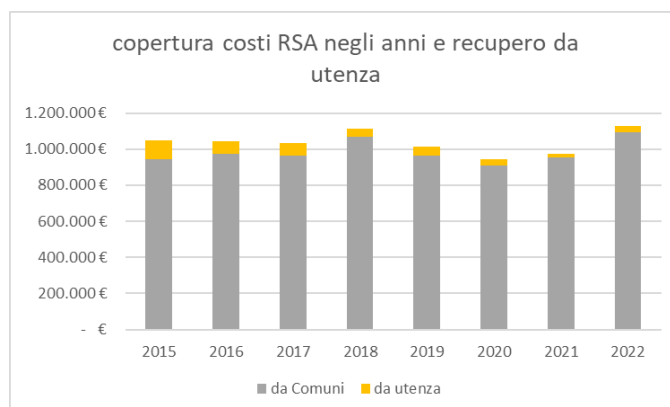
Tabella 3 L'andamento della spesa dei Comuni per rette RSA

Fonte rendicontazione dei Comuni per l'erogazione del Fondo Nazionale Politiche Sociali – rielaborazione UdP

Totale	utenti	totale costo	da Comuni	da utenza	% recupero	costo a utente	costo utente x Comune
2015	121	1.050.476 €	942.478 €	107.998 €	10,3	8.682 €	7.789 €
2016	116	1.043.355 €	974.130,89 €	69.224 €	6,6	8.994 €	8.398 €
2017	114	1.032.577 €	964.447 €	68.130 €	6,6	9.058 €	8.460 €
2018	87	1.111.241 €	1.068.540 €	42.702 €	3,8	12.773 €	12.282 €
2019	108	1.015.621 €	963.121 €	52.500 €	5,2	9.404 €	8.918 €
2020	108	943.079 €	909.370 €	33.709 €	3,6	8.732 €	8.420 €
2021	83	972.329 €	954.188 €	18.141 €	1,9	11.715 €	11.496 €
2022	95	1.128.968 €	1.091.082 €	37.885 €	3,4	11.884 €	11.485 €

Grafico 4 canali di copertura costi RSA

Fonte rendicontazione dei Comuni per l'erogazione del Fondo Nazionale Politiche Sociali – rielaborazione UdP



2.2.2 Dati contesto

La materia è normata dagli indirizzi normativi che ben poco possono essere modificati dai Regolamenti Comunali.

2.2.3 Questioni aperte

La sostenibilità della spesa per i ricoveri in RSA dipende molto dal numero di persone che fanno richiesta, dalla corretta applicazione della compartecipazione sanitaria/sociale e da quanto è previsto dal dettato normativo. Come detto, quasi nulla è lasciato alla discrezionalità del singolo Comune.

2.2.4 Ipotesi di lavoro

I Comuni stanno attualmente rivedendo il regolamento per l'erogazione dei contributi in strutture residenziali. Sicuramente si potranno promuovere modalità più eque di compartecipazione nella definizione dei Progetti Individuali il che dipende anche da come i Comuni riusciranno ad attrezzarsi per lo svolgimento di tale compito.



3. AREA PERSONE CON DISABILITÀ

I dati che il nostro territorio ha a disposizione per analizzare nel dettaglio la presenza e le caratteristiche delle persone con disabilità provengono dall' *Anagrafe della Fragilità* dell'ATS Brianza che costituisce l'esito di un progetto attivo dal 2005. Essa rappresenta una banca dati che, incrociando ormai con costanza 26 fonti informative differenti, permette uno sguardo sul fenomeno della disabilità, incrociando dati di carattere sanitario, sociale e sociosanitario, ed in particolare fornisce un quadro dell'attivazione dei servizi intorno alla persona disabile. Viene pertanto rilevato il "percorso" della singola persona attraverso il contatto che essa stabilisce con i servizi. L'aggiornamento messo a disposizione da ATS Brianza per questo Piano di Zona è al 31/12/2023.

Nell'ambito di Carate Brianza risiedono 16.055 persone con una qualche disabilità, comprendendo anche gli over 65.

Tabella 5 Popolazione ricompresa nell'anagrafe della fragilità suddivisa per Ambiti Territoriali
Fonte Anagrafe della fragilità ATS Brianza – rielaborazione Codici

Ambito	Popolazione complessiva	Genere (v. a.)		Genere (%)	
		Femmina	Maschio	Femmina	Maschio
Carate Brianza	16055	8573	7482	53,4%	46,6%
Desio	20527	10957	9571	53,4%	46,6%
Monza	18519	10288	8231	55,6%	44,4%
Seregno	17634	9540	8094	54,1%	45,9%
Vimercate	18077	9756	8322	54,0%	46,0%
Totale provinciale	90811	49112	41699	54,1%	45,9%

Rapportando la loro numerosità alla popolazione dell'ambito, si ottiene un valore di prevalenza pari a circa 10,4 ogni 100 residenti, in linea con la media provinciale, quasi il doppio della media nazionale (5,2%)³ che si basa, però solo su alcune delle banche dati utilizzate dalla nostra ATS.

Le persone con disabilità in carico alle amministrazioni comunali da almeno un anno e con servizi attivi sono 1.159.

La composizione per cittadinanza presenta un lieve incremento della componente straniera che dal 4,6% nel 2017 sale al 5,8% nel 2023 (cfr sezione 2 paragrafo 5 punto 5.1)

L'evoluzione della struttura dell'anagrafe per età mostra un leggero spostamento verso le fasce anziane.

Negli anni fra il 2017 e il 2023 il peso dei minori si riduce di circa 5 punti percentuali (da 21,9% a 16,8%), mentre le fasce 65-74 e 75 e più, considerate congiuntamente, passano da 41,2% a 45,4%.

³ https://www.istat.it/it/files/2021/03/Istat-Audizione-Osservatorio-Disabilit%C3%A0_24-marzo-2021.pdf secondo altre fonti la percentuale arriverebbe al 32,1% <https://osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2022>



3.1 Equipe di Valutazione Multidisciplinare e Progetti Individuali

3.1.1 Dati servizi

Pur essendo del 2000 la Legge che introduce il Progetto individuale scaturente da una valutazione multidisciplinare integrata e del 2017 il primo protocollo tra Ambiti e ATS per la realizzazione delle Equipe Multidisciplinari, ad oggi tale processo non è ancora molto diffuso.

Tabella 6 N. di EVM integrate svoltesi negli anni 2017 - 2024 nell'Ambito di Carate Brianza

Fonte Dati Ufficio di Piano

Anni	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	a ott 2024
n. evm	10	15	18	9	8	15	18	49

I dati del nostro territorio sono allineati, quando non superiori, a quelli degli altri Ambiti della Provincia di Monza e Brianza.

Le ragioni dello scarso utilizzo di questo strumento sono molteplici:

- le risorse attivabili alla fine del percorso restano poco integrabili (ogni servizio sociale, socio sanitario e sanitario ha specifici canali di attivazione con regole e regolamenti molto specifici e che poco interagiscono col momento della valutazione fatta in EVM). Gli interlocutori sono plurimi e rispondono più spesso ad attivazione diretta che scaturente da un processo partecipato;
- in area sanitaria manca una figura di case manager della presa in carico complessiva della persona con disabilità che presieda tutti i processi di attivazione delle risorse lungo il percorso di vita, come avviene nei Comuni per l'attivazione delle risorse socio assistenziali. La valutazione congiunta è spesso fatta con operatori che hanno conosciuto la persona solo in occasione della valutazione stessa;
- la suddivisione delle risorse su titolarità sociale, socio sanitaria e sanitaria non facilita il momento di valutazione come avulso dalle ricadute di ingaggio che lo stesso può avere;
- si percepisce come poco apportante valore aggiunto il momento della valutazione condivisa e, per contro, il processo richiede un aumento delle risorse di personale che si devono mettere in campo.

Per tutti questi motivi il percorso di integrazione spesso è lasciato a carico della persona con disabilità o attivato solo laddove la normativa è più cogente.

Ciò non significa che non siano attivati altri momenti di integrazione tra Enti, ma senza prendere la forma e gli strumenti previsti dalla valutazione multidisciplinare.

Ciò non significa nemmeno che non vengano attivate le risorse a supporto del Progetto individuale delle persone, come testimoniamo le 1.159 persone che risultano beneficiare di fondi Comunali presenti nell'anagrafe della fragilità.

3.1.2 Dati contesto

Negli ultimi anni il Ministero col Piano per la non Autosufficienza e tramite le misure del PNRR e la Regione con diverse DGR, non ultima quella relativa agli indirizzi per i Piani di Zona, cercano di dare nuovo impulso a questo tipo di processo.

Anche i due recenti Decreti Legislativi 29 e 62 del 2024 riprendono questo strumento.

In particolare:



1. Il Dlgs 62/2024⁴ prevede che le persone con disabilità possano richiedere un progetto individuale previa valutazione multidisciplinare integrata (Ambito/Comuni – ASST). Prevede anche l'istituzione di un fondo nazionale per finanziare i progetti di vita (25 milioni su scala nazionale) scaturenti dalle EVM.
2. Il Dlgs 29/2024⁵ prevede che le persone anziane possano chiedere una valutazione multidimensionale unificata. Tale valutazione ha valore certificatorio per rilevare la condizione di non autosufficienza e rileva ai fini delle previdenze INPS.

4 art 18 comma 3. La persona con disabilità è titolare del progetto di vita e ne richiede l'attivazione, concorre a determinarne i contenuti, esercita le prerogative volte ad apportarvi le modifiche e le integrazioni, secondo i propri desideri, le proprie aspettative e le proprie scelte. La persona con disabilità può chiedere l'elaborazione del progetto di vita all'esito della valutazione di base, fermo restando quanto previsto dall'articolo 35, comma 4. L'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328, è sostituito dal seguente: «Art. 14 (Progetto di vita delle persone con disabilità). - 1. Le persone con disabilità di cui alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, possono richiedere l'elaborazione del progetto di vita di cui all'articolo 2, comma 2, lettera c), della legge 22 dicembre 2021, n. 227.

Art 24 L'unità di valutazione multidimensionale elabora il progetto di vita a seguito della valutazione di cui all'articolo 25, secondo la volontà della persona con disabilità e nel rispetto dei suoi diritti civili e sociali.

2. Sono componenti dell'unità di valutazione multidimensionale:

- a) la persona con disabilità;
- b) l'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, il tutore o l'amministratore di sostegno, se dotato di poteri;
- c) la persona di cui all'articolo 22, se nominato dall'interessato;
- d) un assistente sociale, un educatore o un altro operatore dei servizi sociali territoriali;
- e) uno o più professionisti sanitari designati dalla azienda sanitaria o dal distretto sanitario col compito di garantire l'integrazione sociosanitaria;
- f) un rappresentante dell'istituzione scolastica nei casi di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66;
- g) ove necessario, un rappresentante dei servizi per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità di cui all'articolo 6 della legge 12 marzo 1999, n. 68, nei casi di cui all'articolo 1, comma 1, della medesima legge;
- h) il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta della persona con disabilità, senza oneri a carico della finanza pubblica

art 25 Il procedimento di valutazione multidimensionale è svolto sulla base di un metodo multidisciplinare ed è fondato sull'approccio bio-psico-sociale, tenendo conto delle indicazioni dell'ICF e dell'ICD.

2. Il procedimento si articola in quattro fasi:

- a) nel rispetto dell'esito della valutazione di base, rileva gli obiettivi della persona secondo i suoi desideri e le sue aspettative e definisce il profilo di funzionamento, anche in termini di capacità e performance dell'ICF, nei differenti ambiti di vita liberamente scelti;
 - b) individua le barriere e i facilitatori negli ambiti di cui alla lettera a) e le competenze adattive;
 - c) formula le valutazioni inerenti al profilo di salute fisica, mentale, intellettiva e sensoriale, ai bisogni della persona e ai domini della qualità di vita, in relazione alle priorità della persona con disabilità;
 - d) definisce gli obiettivi da realizzare con il progetto di vita, partendo dal censimento di eventuali piani specifici di sostegno già attivati e dai loro obiettivi.
3. Nel caso di minori, la valutazione multidimensionale considera anche il profilo di funzionamento redatto ai fini scolastici secondo quanto disposto dall'articolo 5, comma 4, del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66.
4. Ciascuna fase di cui al comma 2 è svolta collegialmente, ferma restando la possibilità di delegare ad uno dei componenti dell'unità di valutazione specifici compiti

5 Art 10 Nell'ambito dei punti unici di accesso (PUA), di cui all'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 assicurati alle persone anziane, l'erogazione dell'orientamento e del sostegno informativo per favorire il pieno accesso agli interventi e ai servizi sociali e sociosanitari e la possibilità di ottenere, ove occorra, una valutazione multidimensionale unificata secondo i criteri e le modalità di cui all'articolo 27, in funzione della individuazione dei fabbisogni di assistenza.

art 31 1. Per l'implementazione dei progetti di vita che prevedono l'attivazione di interventi, prestazioni e sostegni non rientranti nelle unità di offerta del territorio di riferimento, e' istituito nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, per il successivo trasferimento al bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri, il Fondo per l'implementazione dei progetti di vita, di seguito denominato «Fondo». La dotazione del Fondo e' determinata in 25 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025. Ai relativi oneri si provvede ai sensi dell'articolo 34.

Art 26 1. Gli ambiti territoriali sociali (ATS), attraverso un'adeguata e stabile organizzazione nel limite delle risorse disponibili a legislazione vigente, provvedono a garantire, sulla base degli indirizzi forniti dallo SNAA e della programmazione regionale, lo svolgimento omogeneo di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi nell'ambito dei servizi sociali alle persone e alle famiglie residenti ovvero regolarmente soggiornanti e dimoranti presso i comuni che costituiscono l'ATS, anche ai fini dell'attuazione dei programmi previsti nell'ambito della Missione 5, Componente 2, Riforma 1.2, del PNRR e in raccordo con quanto previsto dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e della Missione 6, Componente 1, Riforma 1, del PNRR.

2. Gli ATS, per lo svolgimento delle funzioni proprie, si avvalgono della collaborazione delle infrastrutture sociali in capo alle istituzioni di cui al decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207 ovvero di quelle di ogni altro soggetto pubblico o privato operante sul territorio, cui sono assegnati, secondo le previsioni di legge nazionali e regionali, compiti e funzioni nell'ambito dei servizi sociali alle famiglie e alle persone.

3. Agli ATS sono attribuite le seguenti funzioni:

- a) coordinamento e governance del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- b) pianificazione e programmazione degli interventi in base ad una analisi dei bisogni;
- c) erogazione degli interventi e dei servizi;
- d) gestione del personale nelle diverse forme associative adottate.

4. Gli ATS e i distretti sanitari, nell'esercizio delle rispettive competenze e funzioni, sulla base di quanto previsto dal Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana di cui all'articolo 2, comma 3, lettera a), della legge 23 marzo 2023, n. 33 provvedono ad individuare modalità semplificate di accesso agli interventi sanitari, sociali e sociosanitari attraverso i punti unici di accesso (PUA), di cui all'articolo 1, comma 163, della legge n. 234 del 2021.

5. Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo n. 281 del 1997, provvede ad adottare, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto e ad aggiornare periodicamente, anche ai sensi dell'articolo 1, comma 161, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, linee guida finalizzate al miglioramento delle capacità gestionali degli ATS e all'attuazione graduale e progressiva dei LEPS nel limite delle risorse disponibili



3.1.3 Questioni aperte

Anche in questo caso, come già rilevato per il SAD e le dimissioni protette (vedi precedente paragrafo 2.1) il modello immaginato dal Ministero è di Ambito e all'Ambito sono assegnate le 2 assistenti sociali assunte con fondi del Ministero a supporto di quelle già presenti nei Comuni anche al fine di facilitare l'integrazione socio sanitaria.

Immaginando, per difetto, che per realizzare una valutazione multidisciplinare che scaturisca nel progetto individuale bastassero 10 ore, ci vorrebbero 86 assistenti sociali che lavorassero per un anno esclusivamente a questo per fare le valutazioni multidimensionali di tutte le persone con disabilità presenti in anagrafe della disabilità, 6 se ci si limitasse alle persone già in carico ai Comuni.

Naturalmente uguali dovrebbero essere le ore per le figure messe in campo dalla ASST.

Tabella 7 N. di assistenti sociali esclusivamente dedicate a EVM necessarie per definire una Valutazione per ciascuna persona con disabilità o anziana presente nell'anagrafe della disabilità
Rielaborazione dell'Ufficio di Piano dei dati anagrafe della fragilità

	n.	ore per PI	ore annue as soc a tempo pieno	n. as soc a tempo pieno necessarie solo per fare PI
disabili in anagrafis	8981	89.810	1810	50
anziani in anagrafis	6496	64.960	1810	36
		154.770	1810	86

3.1.2 Ipotesi di lavoro

Anche in questo caso la revisione del modello organizzativo di presa in carico dal singolo Comune all'Ambito potrebbe ottimizzare l'uso delle risorse assegnate dal Ministero.

Anche in tal caso, comunque, risulta necessario dotarsi di criteri di priorità e strumenti per misurarli, condivisi con ASST, altri Ambiti e rappresentanti delle persone con disabilità.

art 27 Quando, all'esito della valutazione multidimensionale unificata, viene esclusa la condizione di non autosufficienza ed è rilevata la sussistenza delle condizioni per l'accesso ai benefici di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b), numero 2, della legge 22 dicembre 2021, n. 227, l'UVM redige apposito verbale con le risultanze della valutazione, da trasmettere tempestivamente, attraverso la piattaforma informatica di cui al comma 4, all'INPS, che procede all'espletamento degli accertamenti dei requisiti per l'erogazione dei trattamenti connessi allo stato di invalidità, nonché, solo ove necessario, agli accertamenti integrativi di tipo medico-sanitario. Nella valutazione di cui al primo periodo, l'UVM tiene conto anche, ove adottati, dei criteri e delle modalità di accertamento dell'invalidità di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b), numero 3, della legge 22 dicembre 2021, n. 227, e degli indicatori sintetici di cui al comma 11, all'uopo elaborati. Restano ferme le funzioni e le competenze dell'INPS di cui all'articolo 20, commi 2, primo periodo e 4, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102.

11. Quando la UVM rileva la sussistenza della condizione di non autosufficienza, redige apposito verbale, da trasmettere all'INPS, attraverso la piattaforma informatica di cui al comma 4, per i provvedimenti di competenza. Il verbale contiene le risultanze della valutazione, relative anche alla sussistenza delle condizioni medico-sanitarie di accesso ai benefici di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b), numero 2, della legge 22 dicembre 2021, n. 227, e inclusive degli indicatori sintetici standardizzati e validati utili a:

- graduare il fabbisogno assistenziale in relazione ai livelli crescenti della compromissione delle autonomie nella vita quotidiana;
- supportare le decisioni di eleggibilità alle misure e provvedimenti di cui al comma 10 e quelle ulteriori di cui all'articolo 34.



3.2 Disabilità scolastica

3.2.1 Dati servizi

I Comuni hanno seguito, nel 2022, 734⁶ minori certificati quali alunni disabili prevedendo ore di personale educativo a supporto dell'integrazione scolastica. Un aumento del 65% negli ultimi 7 anni.

Anche il numero dei minori certificati passa dai 974 del 2020 ai 1232 del 2023 (6,64 ogni 100 residenti in età 6-18, in linea con la media della provincia).

Anche questi dati sono particolarmente significativi perché in controtendenza rispetto al numero di minori che diminuisce nello stesso periodo.

Tabella 8 n. di minori con certificazione di alunno disabile presi in carico dai Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Carate Brianza – spesa complessiva e media e % di aumento sull'anno precedente
Rielaborazione dell'Ufficio di Piano dei dati forniti dai Comuni per l'ottenimento del FNPS

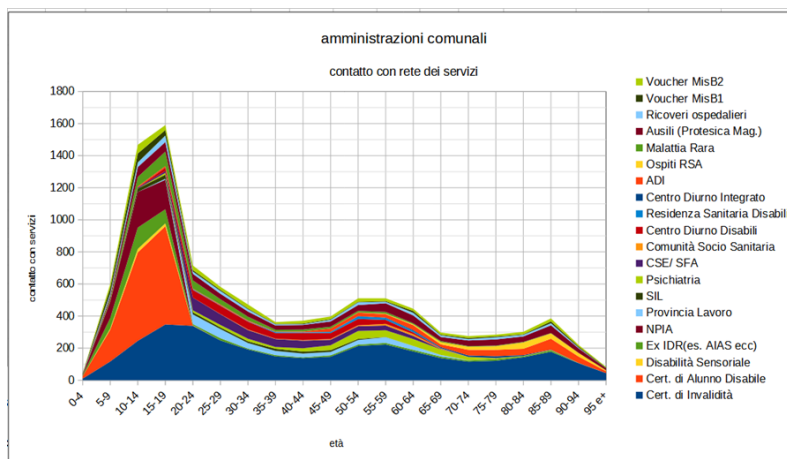
	n. < con adh	spesa	costo medio	aumento % n.
2015	481	2.441.775	5.076	
2016	530	2.599.330	4.904	10,2
2017	538	2.833.522	5.267	1,5
2018	622	2.811.231	4.520	15,6
2019	634	2.834.729	4.471	1,9
2020	685	2.717.971	3.968	8,0
2021	726	2.717.971	3.968	6,0
2022	734	3.428.556	4.671	1,1

3.2.2 Dati contesto

Il grafico seguente rappresenta l'interazione tra presa in carico delle amministrazioni comunali e gli altri servizi dell'area sociosanitaria e/o condizioni cliniche. È chiaro come dall'esame di tutte le precedenti elaborazioni dell'anagrafe della fragilità che esiste una disabilità legata solo al periodo scolastico.

Tale disabilità sembra essere certificata 3 volte più spesso nei cittadini con background migratorio.

Grafico 9 Prese in carico dei Comuni e altri servizi, compresa la certificazione di alunno con disabilità
Fonte anagrafe della fragilità – rielaborazione Codici



⁶ Il n. risulta per difetto dal 2019 in quanto non sono conteggiati i minori seguiti dal Comune di Renate



Tabella 10 n. di certificazioni quale alunno disabile per 100 residenti (dettaglio per cittadinanza)

Fonte anagrafe della fragilità – rielaborazione Codici

Ambito	Cittadinanza	
	Italiana	Straniera
Carate Brianza	5,2	14,2
Desio	6,8	10,4
Monza	5,5	11,7
Seregno	5,2	11,0
Vimercate	4,6	9,6
Totale provincia	5,5	11,2

Prevalenza per cittadinanza (valori per 100 residenti della corrispondente cittadinanza)

Anche il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale fa notare come *“L’accesso ai collegi di accertamento è stato in progressivo aumento negli anni. Dopo il netto calo nel 2020, negli anni successivi vi è stato un aumento del 7%/anno. Parte degli accessi ai collegi di accertamento ha riguardato alunni con Bisogni Educativi Speciali (ex DM 2012 del MIUR e circolari successive), alunni che non hanno una condizione di salute da giustificare il ricorso alla certificazione ex L. 104, ma che si trovano, anche temporaneamente, in una situazione di svantaggio tale da pregiudicare il successo formativo. I Bisogni Educativi Speciali, pur comprendendo i Disturbi specifici dell’apprendimento codificati da specifiche normative, possono essere determinati da fattori socio-economici, linguistici e culturali, rappresentando pertanto una difficoltà pedagogica più che medico-sanitaria”, è compito della scuola definire percorsi specifici di apprendimento. ...*

“Altra fattispecie “inappropriata” sono gli alunni con problematiche esclusivamente sociali, inviati ai collegi di accertamento anche alunni dai comuni di residenza al fine di supportare con certificazione medico-legale la destinazione di risorse specifiche. Le criticità evidenziate, disomogenei esiti delle valutazioni di certificazione handicap tra gli ex collegi di accertamento, invii “inappropriati” di alunni, evidenziano la necessità di definire omogeneamente criteri di accesso e valutazione, opportunità da cogliere stante che si è appena avviata sul territorio la nuova procedura certificatoria in carico a INPS su cui è impegnata la struttura di medicina legale aziendale con specifiche commissioni dedicate”.

3.2.3 Questioni aperte

L’Ambito di Carate Brianza non ha più un servizio di supporto all’integrazione dei minori stranieri nelle scuole, (si è partecipato a un bando FAMI che prevede anche l’attivazione di questo tipo di servizio di cui si attende risposta entro fine anno). Forse occorrerebbe strutturare con gli Istituti scolastici una seria valutazione sul tipo di strumenti appropriati a supporto dei bisogni educativi presenti nel territorio.

Questa opportunità di confronto deve passare dall’attivazione di luoghi che permettano una riflessione condivisa e la definizione di strategie appropriate. In tal senso un tavolo di confronto tra Comuni, certificatori e scuole non può che essere auspicabile.

3.2.4 Ipotesi di lavoro

1. In caso si vinca il bando FAMI sarà opportuno definire con gli Istituti scolastici un modello di integrazione dei minori stranieri che veda un appropriato ricorso alle certificazioni



2. Il Ministero ha indetto una manifestazione di interesse per dotare gli Ambiti Territoriali di Pedagogiste e Psicologhe, questa iniezione di personale potrebbe aprire a nuove e più presidiate modalità di confronto con scuole e certificatori, anche per intervenire in questo settore
3. Si chiederà o promuoverà l'attivazione di un tavolo di confronto tra Comuni, certificatori e istituti comprensivi del territorio
4. La verifica di prassi alternative per facilitare l'apprendimento scolastico quali laboratori, educatore di plesso etc. potrebbe essere oggetto di valutazione condivisa.
5. Permane, infine, la necessità di prevedere almeno dei poli scolastici in grado di facilitare l'inserimento dei minori con disabilità grave e/o gravissima anche tenendo conto dell'esito del progetto Aliseo che era stato attivato allo scopo.



3. AREA MINORI E FAMIGLIA

La famiglia, dall'analisi condotta nei vari Piani di Zona che si sono fino ad oggi succeduti, risulta essere oggetto di diverse dinamiche che ne stanno cambiando la fisionomia:

- una progressiva lenta ma costante riduzione del numero medio di componenti: ad oggi la media è di 2,28 componenti era di 2,5 nel 2005 (cfr sezione 2 paragrafo 4 punto 4.1)
- una progressiva lenta ma costante riduzione della percentuale dei coniugati; nel 2023 è del 46%. mentre aumentano celibi/nubili (42,5% in costante aumento) – divorziati (3,5% costante aumento) e vedovi (7,4%) (cfr sezione 2 paragrafo 4 punto 4.2)
- un tasso di fecondità parimenti in costante diminuzione; nel 2023 è pari a 1,3⁷ (ricordiamo che il tasso di fecondità che assicura ad una popolazione la possibilità di riprodursi mantenendo costante la propria struttura è pari a 2,1 figli per donna)
- un innalzamento dell'età in cui si ha il primo figlio, l'età media della madre al parto è di 32,8 (Lomb 32,59 Italia 32,35) e del padre di 36 (Lomb 36,08 Italia 35,79)
- un indice di dipendenza complessivo in crescita (giovanile in costante diminuzione verso un costante aumento dell'indice di dipendenza da vecchiaia) (cfr sezione 2 paragrafo 3.3)

Per queste ed altre ragioni si può parlare di un indebolirsi dei legami parentali che, in Italia, sono stati e sono tutt'oggi, la base del welfare.

Importanti sembrano, dunque, tutti quegli interventi, anche trasversali alle diverse aree, che tendono a supportare le famiglie del territorio nei loro carichi di cura.

⁷ In Lombardia è pari a 1,27



3.1 I Servizi tutela minori

3.1.1 Dati servizi

Il servizio tutela minori è precipuo dei Comuni. È tra le fonti di spesa più significative dei servizi sociali e forse, metodologicamente, uno dei più consolidati servizi comunali.

Pur prevedendo tutte le normative e le linee guida nazionali e regionali una corresponsabilità sanitaria, ad oggi, la spesa è chiaramente sbilanciata e grava soprattutto sui Comuni.

Tabelle 11 e 12 spesa per minori in comunità sostenuta dai Comuni e spesa per minori in comunità sostenute dai servizi socio sanitari – *Fonte debito informativo e bilancio UdP*

anno	minori	costo comunità	costo medio
2015	104	1.656.610	15.929
2016	94	1.858.635	19.773
2017	118	2.216.108	18.781
2018	119	2.269.793	19.074
2019	113	1.789.105	15.833
2020	92	1.733.984	18.848
2021	107	1.687.342	15.770
2022	118	1.706.126	14.459

IMPORTO	ANNUALITA'
465.627	2015
159.818	2016
57.516	2017
40.009	2018
9.549	2019
45.942	2020
37.880	2021
14.513	2022

3.1.2 Dati contesto

La tutela dei minori è stata attraversata negli ultimi anni da una serie di modifiche che hanno cambiato il ruolo dei servizi sociali, tra le quali ricordiamo:

1. Riforma Cartabia. Col D. Lgs 149 del 2022 sono state previste sostanziali modifiche della normativa relativa ai processi che interessa anche la tutela del minore. Le riforme prevedono soprattutto:
 - tempi adeguati e scadenze certe dei provvedimenti, strumenti di risoluzione alternativa delle controversie e misure urgenti di razionalizzazione dei procedimenti.
 - ascolto del minore in tutti i procedimenti che lo riguardano
 - istituzione di un rito unificato all'interno di un unico Tribunale per tutti i procedimenti.
2. Programma PIPPI. Con il "Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione" il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha riportato una forte attenzione su azioni "preventive" contrastando attivamente l'insorgere di situazioni che favoriscono le disuguaglianze sociali, la dispersione scolastica, le separazioni inappropriate dei bambini dalla famiglia di origine, tramite l'individuazione delle «idonee azioni». Il Programma PIPPI (LEPS dei servizi sociali, finanziato dal PNRR) ha definito, insieme all'Università di Padova, nuovi strumenti e una metodologia che prevede il coinvolgimento di plurimi attori per la presa in carico precoce e intensiva di situazioni a rischio.
3. Separazioni conflittuali: molte situazioni di tutela minore trovano origine in separazioni conflittuali ove i figli subiscono gli esiti di reiterati e violenti contrasti tra i propri genitori. Nuovi strumenti vengono via via sperimentati a salvaguardia degli interessi del minore (es. coordinazione genitoriale)
4. Richiesta unico modello di Ambito⁸. Il Ministero e la Regione (da ultimo con la DGR 2167 del 15 aprile 2024) invitano i Comuni (e le ASST) a dotarsi di un unico modello organizzativo per la gestione della tutela minori, dimensionato sull'Ambito Territoriale (attualmente nel nostro territorio abbiamo 3

⁸ Il costante lavoro di confronto e accompagnamento realizzato con gli Ambiti territoriali ha più volte evidenziato la necessità di sviluppare e consolidare quegli elementi dei sistemi di welfare locale che sono caratterizzati da particolare complessità organizzativo-gestionale introducendo modalità di gestione associata. Si propone agli Ambiti (laddove non sia già previsto) che nel corso del triennio 2025-2027 siano adottate modalità di gestione associata per quanto riguarda lo svolgimento delle funzioni di tutela minori e dei processi di messa in esercizio, verifica e sviluppo a livello locale delle reti di unità di offerta sociale (DGR 2167/15/4/2024 Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025/2027)



modelli diversi: 7 Comuni associati - 5 Comuni con gestione individuale e 1 Comune con adesione a Azienda Consortile estera all'Ambito

5. recenti fatti di cronaca, difficoltà di bilancio, difficoltà nella condivisione delle responsabilità con altri Enti portano alcuni operatori ad attivare una presa in carico “difensiva” attendendo forti, reiterati e certi elementi prima di intervenire a scapito di un intervento precoce e protettivo.

3.1.3 Questioni aperte e ipotesi di lavoro

Restano aperte una serie di questioni legate alla tutela minori su cui si potrà lavorare nel corso del prossimo triennio

1. Costante necessità di formazione del personale
2. Definizione unitaria dei carichi di lavoro e degli standard adeguati per il lavoro degli operatori sociali, pur in modelli organizzativi diversi
3. Attivazione continuativa al momento “preventivo precoce”
4. Utilizzo dello strumento della coordinazione genitoriale a supporto dei compiti affidati al Comune
5. Ingaggio più strutturale degli operatori socio – sanitari (presa in carico post ETIM in primis)
6. Verifica applicazione Livelli Essenziali di Assistenza nelle varie fasi della presa in carico
7. Revisione dei modelli organizzativi del territorio



3.2 Disagio giovanile

3.2.1 Dati servizi

Nel 2024 contavamo, solo sul versante sociale, 19 progettazioni attive nel nostro territorio e dedicate al disagio adolescenziale e giovanile alle quali si dovevano sommare servizi e progettazioni a titolarità socio sanitaria attivate dai servizi di Neuro Psichiatria Infantile, psicologia di Comunità, area Materno Infantile e Psicologia Clinica.

Figura 13 i progetti a titolarità sociale presenti sul Sito dell’Ambito Territoriale⁹ di Carate Brianza nel 2024
fonte UdP progetto Yes I Care

RISORSARIO PROGETTI/SERVIZI DEDICATI AI GIOVANI			
INDICE PER ETÀ			
<ul style="list-style-type: none"> > 11-14 ANNI • AGLIATE COMMUNITY • FAMIGLIE AL CENTRO • GAMEON • INFORMAGIOVANI • IPEER • LEVANTE • MINDTHEGAP • PER NON PERDERE IL FILO • RETTICOL@ • RI-GENERAZIONI • TANDEM • UP percorsi per crescere alla grande • YES I CARE 	<ul style="list-style-type: none"> > 15-17 ANNI • AGGREGAZIONE - TEMPO LIBERO CON IN-PRESA • AGLIATE COMMUNITY • FAMIGLIE AL CENTRO • GAMEON • INFORMAGIOVANI • IPEER • LEVANTE • MINDTHEGAP • PER NON PERDERE IL FILO • RETE BRIANZA GIOVANI/ • BE-YOUNG NEXT • RETTICOL@ • RI-GENERAZIONI • TANDEM • UP percorsi per crescere alla grande • YES I CARE 	<ul style="list-style-type: none"> > 18-25 ANNI • AGGREGAZIONE - TEMPO LIBERO CON IN-PRESA • AGLIATE COMMUNITY • FAMIGLIE AL CENTRO • INFORMAGIOVANI • GAMEON • IPEER • LEVANTE • MATAXA • MINDTHEGAP • PER NON PERDERE IL FILO • PIT STOP • RDC Giovani • RETE BRIANZA GIOVANI/ • BE-YOUNG NEXT • RETTICOL@ • RI-GENERAZIONI • TANDEM • UP percorsi per crescere alla grande 	<ul style="list-style-type: none"> > 26-34 ANNI • AGLIATE COMMUNITY • FAMIGLIE AL CENTRO • INFORMAGIOVANI • LEVANTE • MATAXA • MINDTHEGAP • PER NON PERDERE IL FILO • PIT STOP • RDC Giovani • RETE BRIANZA GIOVANI/ • BE-YOUNG NEXT • RETTICOL@

3.2.2 Dati contesto

Specie per gli esiti sui giovani dell’emergenza socio sanitaria COVID, e per un aumento diffuso di situazioni di disagio riscontrate, si è registrato lodevolmente negli ultimi anni un aumento dei fondi dedicati a questo settore. Gli stessi sono stati però dedicati, più che al rinforzo strutturale dei servizi, al sostegno di singole progettazioni.

Ad oggi questo ha esitato in una pluralità di risposte (sociali, educative, socio sanitarie, sanitarie) etero finanziate (finanziamenti Europei, Regionali, di Privati, dei Comuni, di ATS e ASST) ciascuna autoreferenziale, in forma progettuale e limitata nel tempo, spesso non strutturata o finalizzata a definire un servizio permanente e poco coordinata, senza un’organica esplorazione del fenomeno.

3.2.3 Questioni aperte

Già nel precedente Piano di Zona, i 4 Ambiti di Carate Brianza, Desio, Seregno e Vimercate avevano avanzato a Regione Lombardia la proposta di un progetto sperimentale che favorisse la presa in carico integrata socio sanitaria per questo target di popolazione.

Il progetto non è stato accettato.

9

https://www.ambitocaratebrianza.it/upload/caratebrianza_ecm10/gestionedocumentale/risorsarioPROGETTIGIOVANI30.10_784_3596.pdf



Rimane in discussione l'opportunità di definire una "cabina di regia" pubblica per arrivare a percorsi condivisi, appropriati e validati, supportati da modalità di valutazione definite e condivise, quale primo passo per una presa in carico più organica e appropriata.

3.2.4 Ipotesi di lavoro

Anche grazie alle nuove risorse Ministeriali chieste con la recente manifestazione di interesse per l'integrazione del personale degli Ambiti territoriali (ed in particolare i 7 psicologi e i 2 educatori richiesti), si potrebbero implementare le risorse destinate a questo target in maniera più coordinata per addivenire a percorsi appropriati ed efficaci.

I tavoli d'area col Terzo settore e la cabina di Regia con ASST Brianza, possono divenire, in quest'ottica due luoghi di integrazione fondamentali.



4. AREA ABITATIVA

4.1 Servizi abitativi e housing sociale

4.1.1 Dati servizi

Anche nel precedente Piano di Zona sono stati segnalati i preoccupanti dati inerenti agli sfratti esecutivi e la pressione che questi hanno ingenerato sui servizi di housing sociale.

Nel 2023 solo l'Ufficio di Piano ha seguito 125 persone appartenenti a 59 nuclei familiari.

Tabella 14 Situazioni seguite dal servizio di housing ed emergenza abitativa di Ambito anno 2023

Fonte Ufficio di Piano

Comuni	Collocamento + Educativa					Solo Educativa			
	Segnalazioni			Beneficiari tot	Spesa complessiva	Segnalazioni			Beneficiari tot
	Nuclei	Singoli	totale			Nuclei	Singoli	totale	
Albate	0	3	3	3	4.564,04 €	0	0	0	0
Besana in Brianza	3	0	3	3	3.466,70 €	2	3	5	7
Biassono	2	0	2	9	23.536,80 €	1	0	1	2
Briosco	1	0	1	6	18.225,00 €	0	0	0	0
Carate Brianza	2	0	2	11	52.478,56 €	0	0	0	0
Lissone	10	7	17	33	162.707,29 €	1	1	2	5
Macherio	2	2	4	8	19.229,44 €	0	0	0	0
Renate	0	0	0	0	0,00 €	3	0	3	13
Sovico	0	2	2	2	13.935,65 €	1	2	3	7
Triuggio	0	3	3	3	3.707,00 €	0	0	0	0
Vedano al Lambro	1	3	4	7	11.089,25 €	0	0	0	0
Veduggio con Colzano	1	0	1	3	5.100,00 €	0	0	0	0
Verano Brianza	1	1	2	3	20.125,00 €	0	1	1	0
totali	23	21	44	91	338.164,73 €	8	7	15	34

4.1.2 Dati contesto

Non è facile avere dati comparabili relativamente agli sfratti esecutivi ma, da quanto si è riuscito ad ottenere dall'Ufficio esecuzione del Tribunale di Monza, nel tempo, il trend sembra comunque in forte aumento.

Tabella 15 Sfratti in esecuzione anni 2012 – 2021 e Tabella 14 sfratti in esecuzione a dicembre 2023 rinviati al 2024

Fonte Ufficio esecuzioni Tribunale di Monza

COMUNI	sfratti eseguiti										in esecuzione dicembre 2021
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 (ad ottobre)	
Albate	5	9	14	19	22	25	6	0	0	2	8
Besana	25	42	25	21	38	60	41	86	0	0	29
Biassono	14	17	14	38	23	14	14	13	1	4	30
Briosco	12	20	21	10	20	11	7	0	0	1	5
Carate	18	nr	39	50	49	41	63	40	1	3	87
Lissone	127	173	230	210	170	171	216	196	8	7	203
Macherio	9	17	21	17	25	40	26	24	1	1	42
Renate	4	7	11	11	12	15	16	8	0	0	28
Sovico	7	6	11	39	22	27	27	21	0	1	33
Triuggio	6	11	24	22	18	22	13	4	0	0	10
Vedano	13	48	39	22	25	19	19	21	0	1	32
Veduggio	6	8	12	15	42	16	4	7	1	1	21
Verano	3	nr	11	41	48	22	15	23	4	0	35
TOTALE	249	358	472	515	514	483	467	443	16	21	563

Sfratti dicembre 2023 rinviati a 2024	
Albate	5
Besana In Brianza	8
Biassono	2
Briosco	2
Carate Brianza	37
Lissone	20
Macherio	2
Renate	3
Sovico	2
Triuggio	2
Vedano al Lambro	6
Veduggio con Colzano	4
Verano Brianza	4
TOTALE	97

Dall'analisi condotta coi Responsabili dei Servizi Sociali dei 13 Comuni dell'Ambito Territoriale si è notato come:



1. Alcune scelte nazionali e regionali incrementano il fenomeno dell'emergenza abitativa. Possiamo ricordare:
 - L'interruzione dei contributi per il sostegno dell'affitto;
 - Il cambiamento della normativa per gli alloggi di edilizia pubblica (SAP) che è passata da un'assegnazione legata all'indice di bisogno ad un'assegnazione che garantisca prioritariamente la solvenza ed il mix abitativo
 - La mancanza di fondi per un piano di sviluppo del patrimonio pubblico
2. Risultino fattori locali che aumentano il rischio di situazioni di emergenza abitativa:
 - Immobili privati in situazione di degrado che attraggono situazioni precarie dal punto di vista economico e che periodicamente le espellono
 - Presenza di strutture SAI che non riescono a chiudere i percorsi anche per le enormi lentezze burocratiche
3. Rispetto alla spesa sostenuta dal singolo Comune, inoltre, sembrano incidere:
 - La settorializzazione con cui si tratta il problema (costi ristrutturazione alloggi vs rette housing, sfratti case SAP vs rette housing)
4. Infine rilevano sull'aumento della spesa per housing sociale:
 - L'aumento diffuso di domanda di housing con relativa "speculazione" da parte di chi affitta gli immobili
 - L'ulteriore aggravio di spesa prodotto dagli ETS che gestiscono alloggi di housing e che (banalmente) devono garantirsi rispetto a periodi di non utilizzo, o alle spese di manutenzione necessarie

4.1.3 Questioni aperte

Alcune convinzioni che relegano il fenomeno ad accidentale impediscono di strutturare una risposta condivisa ed organica rispetto a un'emergenza che sembra sempre più con caratteristiche strutturali:

- Alcuni Comuni pensano sia solo "un momento di sfortuna" mentre il fenomeno sembra essere strutturale ed in aumento;
- Alcuni servizi preferiscono attendere all'ultimo prima di segnalare/occuparsi del problema sperando che questo induca i nuclei familiari a trovare sistemazioni autonome;
- I Comuni più piccoli e periferici sono ancora poco investiti dal fenomeno;
- Alcune Amministrazioni preferiscono facilitare l'emigrazione di chi ha questo tipo di difficoltà o rendere più difficile prendere la residenza
- Il singolo adulto è spinto trovare una sistemazione autonoma o a rivolgersi ai dormitori

Anche se in parte, ancora, le modalità di cui sopra sembrano funzionare, le stesse non permettono di affrontare il fenomeno in maniera coordinata, ampia e con uno sguardo prospettico mettendo in difficoltà specie i Comuni più grandi.

4.1.4 Le proposte di lavoro

Diverse sono le piste di lavoro che si potrebbero percorrere:



1. Favorire segnalazioni precoci per la presa in carico dei nuclei familiari al fine di verificare per tempo le capacità economiche e le reti sociali delle persone prese in carico
2. Sviluppare alleanze con altri Enti (es Tavolo di confronto con Prefettura, Ambiti Territoriali, ALER, Uffici Esecuzioni TO, Enti rappresentativi terzo settore) per permettere di approfondire, conoscere e governare un po' più strutturalmente il fenomeno
3. Promuovere reti più coordinate tra diversi servizi (Comuni, Pronto intervento, rete Artemide, ASST,...)
4. Sperimentare nuove modalità contrattuali per l'utilizzo di appartamenti di housing
5. Promuovere il governo complessivo della questione nei singoli Comuni (favorendo la ricerca di soluzioni condivise e più economiche almeno tra edilizia pubblica, servizi sociali)
6. sfruttare il patrimonio SAP inutilizzato ampliando i SAT (a questo proposito è possibile attivare servizi di facility management, o prevedere accordi per SAT incrociati tra Comuni...)
7. valorizzare altri immobili in disponibilità pubblica (es appartamenti confiscati alle mafie) per abbattere i costi
8. Incrementare la formazione del personale ed il depositarsi delle conoscenze al fine di promuovere e favorire lo sviluppo delle capacità del lavoro educativo per promuovere l'autonomia residua dei beneficiari



5. AREA ADULTI

5.1 Indebitamento – progetti di vita ed educazione finanziaria

5.1.1 Dati servizi

Il servizio di educativa finanziaria è uno dei servizi che vede maggior crescita nel tempo pur non svolgendo ancora particolare promozione né attività di “educazione” generalizzata (presso scuole, aziende etc).

È uno dei servizi più apprezzati da sindacati ed ETS che chiedono di promuoverlo anche in altri territori perché facilita la risoluzione di situazioni altrimenti difficilmente gestibili dai servizi sociali.

Tabella 16 numero prese in carico servizio educativa finanziaria post emergenza socio sanitaria COVID

Fonte Ufficio di Piano

2021	3
2022	13
2023	42
Totale	58

Tabella 17 numero prese in carico servizio educativa finanziaria 2023 suddivise per Comune

Fonte Ufficio di Piano

Comune	N. prese in carico
Albate	3
Besana	4
Biassono	4
Briosco	0
Carate	4
Lissone	4
Macherio	1
Renate	3
Sovico	8
Triuggio	2
Vedano Al Lambro	3
Veduggio con Colzano	3
Verano Brianza	3
Totale	42

Tabella 18 Tipologie percorsi di educativa finanziaria attivati nel 2023

Fonte Ufficio di Piano

Bilancio familiare	10
Indebitamento	17
Protezione	1
Pensione	0
Investimenti	0
Sovraindebitamento	14



Come si nota, ad oggi, la maggior parte delle consulenze si svolge per situazioni di indebitamento o forte indebitamento, poco viene svolto in termini “preventivi”.

Su un totale di 42 prese in carico avvenute nel 2023, tramite una progettazione che si integrava col nostro servizio (Pit – stop) sono state attivate anche 25 consulenze legali.

5.1.2 Dati contesto

L'Italia tra i paesi dell'Unione Europea è una di quelle con più scarse conoscenze di alfabetizzazione finanziaria, più propensione al prestito e con tasso di credito più elevato¹⁰

5.1.3 Questioni aperte e ipotesi di lavoro

In un futuro che sarà caratterizzato da basse pensioni, difficoltà di tenuta dei sistemi di welfare, instabilità lavorativa, working poor, in un contesto territoriale caratterizzato da un tessuto produttivo per il 76% composto da aziende low technology o medium low technology, investire in alfabetizzazione finanziaria è agire in maniera preventiva rispetto alle ricadute che possono esserci sui servizi sociali e sulle richieste di sostegno al reddito.

Le scuole, le aziende, le parrocchie possono essere interessate da momenti formativi con valenza preventiva. Una collaborazione coi sindacati per intercettare le aziende con dipendenti particolarmente colpiti dal fenomeno del pignoramento del quinto dello stipendio è stata ipotizzata. Di sicuro una possibilità di lavoro futura del servizio potrebbe essere quella di sviluppare di più i momenti allargati e formativi.

Continuare ad offrire uno sportello capace di aiutare chi si trovi in situazione di indebitamento o sovra indebitamento può aiutare i servizi sociali nella presa di carico di situazioni particolarmente complesse e piano piano, costituire un punto di riferimento, si spera sempre più preventivo nell'Ambito Territoriale.

¹⁰ <https://www.firstcisl.it/2024/07/credito-al-consumo-italia-fra-i-piu-cari-in-ue-sulla-stampa-lanalisi-della-fondazione-fiba-di-first-cisl/> - <https://www.cisl.it/notizie/categorie-ed-enti-cisl/analisi-della-fondazione-fiba-di-first-cisl-credito-al-consumo-in-italia-a-maggio-tornano-a-salire-i-costi-comprare-a-rate-conviene-meno-che-nel-resto-dei-principali-paesi-europei/> - <https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/famiglia/l-educazione-finanziaria-degli-italiani/> - <https://www.sonoprevidente.it/news/notizie/rapporto-eduфин-2021>



5.2 Pronto intervento sociale e residenza fittizia

5.2.1 Dati servizi

Nel 2023 il servizio di Pronto Intervento è stato attivato per 20 situazioni di cui 9, poi, prese in carico dai servizi sociali Comunali con strutturazione di una progettualità comprendente il collocamento in struttura e l'attivazione di accompagnamento educativo. In 11 casi è stata rifiutata la proposta di accoglienza in emergenza.

Il Servizio di Pronto Intervento, rientrante nei LEPS è gestito insieme agli Ambiti Territoriali di Desio, Seregno e Vimercate/Trezzo.

5.2.2 Dati contesto

I Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali definiscono il Pronto Intervento quale: *“servizio che si attiva in caso di emergenze ed urgenze sociali, circostanze della vita quotidiana dei cittadini che insorgono repentinamente e improvvisamente, producono bisogni non differibili, in forma acuta e grave, che la persona deve affrontare e a cui è necessario dare una risposta immediata e tempestiva in modo qualificato, con un servizio specificatamente dedicato. Il pronto intervento sociale viene assicurato 24h/24 per 365 giorni l'anno. In relazione alle caratteristiche territoriali e di organizzazione dei servizi, può essere attivato come uno specifico servizio attivato negli orari e giorni di chiusura dei servizi territoriali oppure come intervento specialistico sempre attivo. Nel primo caso il pronto intervento sociale viene assicurato direttamente dai servizi territoriali negli orari di apertura. Il pronto intervento sociale si rapporta con gli altri servizi sociali ai fini della presa in carico, laddove necessaria”.*

Collegato ai servizi di pronto intervento e di supporto alla povertà estrema e all'emergenza abitativa, come Livello Essenziale delle Prestazioni Sociali è il servizio di Residenza Fittizia e Fermo Posta definito quale *“Servizio di supporto ed accompagnamento all'iscrizione anagrafica per le persone senza dimora a titolarità dell'Amministrazione comunale, eventualmente gestito con il coinvolgimento nei termini di legge di enti e associazioni territoriali. Il servizio ha come finalità quello di rendere pienamente fruibile alle persone senza dimora presenti sul territorio del Comune il diritto all'iscrizione anagrafica, da cui normativamente discende la possibilità di fruire di servizi essenziali connessi ad ulteriori diritti fondamentali costituzionalmente garantiti quali, ad esempio, l'accesso ai servizi socio-assistenziali e sanitari. Attraverso l'accesso al servizio di fermo posta si intende assicurare la reperibilità della persona, con particolare riferimento all'accesso alle comunicazioni istituzionali, legate all'esercizio della cittadinanza”*

5.2.3 Questioni aperte

Un servizio attivo nei momenti di chiusura dei servizi sociali, che preveda l'intervento di operatori qualificati che possano gestire situazioni di violenza, emergenza, urgenza rispondendo a bisogni non differibili ha degli alti costi (si pensi al solo aumento dei costi orari per il personale che lavora nelle notti o nei festivi)¹¹. I nostri Comuni sono alternativamente chiusi il pomeriggio dalle 14 e riaprono alle 8, il servizio deve pertanto garantire operatività per 18 h giornaliere per 5 giorni settimanali per 52 settimane, fatti salvi 5 gg di media di festività in cui il servizio va garantito per 24 h così come i weekend.

Là dove il modello è stato sperimentato con più efficacia (Regione Toscana), si è optato per una centrale operativa unica regionale che attiva operatori reperibili e formati al bisogno nei diversi territori. La dimensione territoriale è essenziale per la sostenibilità economica di questo servizio. Per questo motivo, ad

¹¹ I nostri Comuni sono alternativamente chiusi il pomeriggio dalle 14 e riaprono alle 8 del mattino successivo. Il servizio deve pertanto garantire operatività per 18 h pomeridiane e notturne per 5 giorni settimanali per 52 settimane (4.680 h), fatti salvi 5 gg di media annui di festività in cui il servizio va garantito per 24 h (6 h in più x 5gg = 30 h) I weekend il servizio va garantito per 24 h (24 x 2 x 52 = 2.496 h) → costo medio di un operatore qualificato che lavora di notte e nei festivi può essere di circa € 28/h → € 28 x(4.680+30+2.496) → € 28 X 7206 = € 201.768



oggi, gli Ambiti Territoriali di Carate Brianza, Desio, Seregno, Vimercate e Trezzo sull'Adda, hanno condiviso il livello base del servizio attivato.

Il servizio Toscano offre un modello diverso da quello impostato nel nostro territorio perché si struttura anche come servizio diurno, specializzato nel seguire situazioni in emergenza (allontanamenti, sfratti, senza fissa dimora, ...) sgravando del compito i servizi sociali dei singoli Comuni.

Altro servizio previsto 24/365 di recente/prossima attivazione sono le COT (Centrali Operative Territoriali) a titolarità socio sanitaria con compiti di gestione dell'emergenza socio sanitaria e di facilitatori dei passaggi assistenziali tra ospedali, ricoveri e domicilio. Potrebbe essere interessante definire, fin dalla partenza di entrambi i servizi, modalità integrate di gestione.

5.2.4 Ipotesi di lavoro

Quali tracce di lavoro, in questo Ambito per il prossimo Triennio possiamo ipotizzare:

1. Mantenimento di un modello condiviso con gli Ambiti della Provincia di Monza e Brianza e verifica dell'opportunità di un servizio di intervento anche diurno
2. Verifica dell'integrazione tra servizi di Pronto Intervento/COT
3. Definizione di protocolli di iscrizione in residenza fittizia dei residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale di Carate Brianza anche a "protezione" dei Comuni sede di dormitori/servizi di housing



6. AREA TRASVERSALE

6.1 Isolamento sociale

Come evidenziato dalla sezione 1 paragrafo 4.3 e 4.4 all'interno del percorso di co programmazione, l'isolamento sociale è stato evidenziato come bisogno trasversale su cui convogliare le risorse pubbliche e private.

Durante il percorso di co programmazione sono state immaginate proposte per intervenire su tale fenomeno. Tali proposte, divenute patrimonio degli Enti che hanno co programmato, potranno essere valorizzate anche all'interno di specifiche progettazioni di Ambito.

È stato evidenziato come l'emergenza socio sanitaria Covid abbia contribuito a porre l'attenzione su questo fenomeno.

6.1.1 Dati servizi

Rimandiamo alla lettura del paragrafo 4.3/4.4 della sezione 1 per evidenziare il bisogno che è stato portato dagli enti che hanno co programmato il Piano di Zona.

Qui brevemente ricordiamo che il tema dell'isolamento sociale è stato riscontrato come problematico trasversalmente:

1. per il target giovanile;
2. per le famiglie senza rete parentale specie se emigrate;
3. per la popolazione anziana
4. per le persone con disabilità

6.1.2 Dati contesto

A supporto dell'aumento di questo fenomeno anche in riferimento al contesto socio demografico si rimanda ai dati:

1. relativi alla diminuzione del numero medio di componenti delle famiglie (cfr sezione 2 paragrafo 4.1)
2. relativi alla distribuzione della popolazione per stato civile (cfr sezione 2 paragrafo 4.2)
3. relativi alla popolazione vedova (cfr sezione 2 paragrafo 2.2)

6.1.3 Ipotesi di lavoro

Gli ETS hanno già espresso quella che ritengono una modalità di lavoro efficace su questo fenomeno nella proposta di progettazione riportata nella sezione 1 paragrafo 4.4.

Si tratta di progetti che mirano a rafforzare la coesione territoriale in maniera trasversale in un territorio come il nostro che, rispetto a quelli delle grandi città o dei tessuti suburbani, mantiene ancora una base di legami sociali potenziabili.

Si tratta ora, durante il triennio, di trovare canali di finanziamento per sperimentare co progettandola tale sperimentazione



6.2 Le professioni sociali

6.2.1 Dati servizi

Dal confronto coi Comuni e con i gestori di servizi emerge la difficoltà ricorrente e diffusa a trovare gli operatori dei servizi sociali, sia che questi risultino esternalizzati che gestiti in maniera diretta (in primis educatori, assistenti sociali, psicologi) in tempi ragionevoli (vi sono periodi di attesa in alcuni casi pari o superiori ai 6 mesi).

Lo squilibrio a favore della domanda sembra favorire un elevato turnover di alcune di queste professionalità che inasprisce le problematiche legate alla ricerca di personale di cui sopra

6.2.2 Dati contesto

Le cause dei problemi segnalati di cui sopra sono imputate a secondo del punto di vista:

1. Al corrispettivo economico erogato;
2. Alle condizioni di lavoro;
3. Alla scarsa fidelizzazione del personale;
4. Al numero chiuso previsto per la formazione di alcuni di questi profili;
5. Alla non più attrattività del lavoro sociale;
6. A opportunità apertesi per gli stessi profili in altri settori (es istruzione per educatori scolastici);
7. All'inizio di un problema demografico e di sufficiente ricambio generazionale

6.2.3 Ipotesi di lavoro

Si ritiene utile fare oggetto di approfondimento specifico questa problematica al fine di verificare alcuni dei dati di contesto lamentati e definire eventuali buone prassi che possano facilitare il contenimento di quanto evidenziato.