

**DC Politiche Sociali e Cultura della Salute**  
Allegato alla deliberazione P.G.\_547993/2012  
Composto da n.\_172\_ pagg. (da n. 1 a  
n...172.)  
Il Direttore Centrale

COMUNE DI MILANO

**PIANO DI ZONA**  
**(PIANO DI SVILUPPO DEL WELFARE)**  
**DELLA CITTA' DI MILANO 2012-2014**

## INDICE

1. IL WELFARE COME UN SISTEMA COLLETTIVO DI PROMOZIONE DEI DIRITTI DI CITTADINANZA DELLE PERSONE, CONDIZIONE NECESSARIA PER LO SVILUPPO ECONOMICO E CIVILE	Pag. 3
2. CHE COSA INTENDIAMO PER PIANO DI SVILUPPO DEL WELFARE DELLA CITTA' DI MILANO	Pag. 7
3. IL PROCESSO PARTECIPATO PER LA COSTRUZIONE DEL PIANO	Pag. 10
4. I FENOMENI SOCIALI EMERGENTI NEL PAESE E NELL'AREA METROPOLITANA E LE RISORSE FINANZIARIE E IMMATERIALI CORRELATE	Pag. 18
5. UNO SGUARDO SINTETICO-INTERPETATIVO SUI SERVIZI STORICAMENTE EROGATI DAL COMUNE: LA SPESA, GLI INDICI DI COPERTURA, L'EFFICACIA RELATIVA	Pag. 42
6. I PROBLEMI E LE RISORSE PRINCIPALI DELLA CITTA': UNA VISIONE PER IL FUTURO	Pag. 74
7. QUALE CITTA' E QUALE WELFARE VOGLIAMO: LA VISIONE PER IL FUTURO	Pag. 83
8. IL PIANO DELLE AZIONI TRA PRESENTE E FUTURO	Pag. 92
9. VISIONE E PROGETTI PER I SINGOLI AMBITI DI POLICY	Pag. 110
NOTE A MARGINE: E ORA?	Pag. 168
I CONTRIBUTI AL PIANO	Pag. 169
LE RISORSE COLLOCATE A BILANCIO PER IL PIANO DI ZONA (tabelle)	Pag. 170

# **1. IL WELFARE COME UN SISTEMA COLLETTIVO DI PROMOZIONE DEI DIRITTI DI CITTADINANZA DELLE PERSONE, CONDIZIONE NECESSARIA PER LO SVILUPPO ECONOMICO E CIVILE**

La politica sociale è, innanzitutto, una questione di diritti.

Questa è l'idea che sta alla base del documento che viene qui proposto.

L'idea di welfare che viene promossa è dunque quella che si fonda sulla centralità della persona.

In questa cornice si esplicitano obiettivi e politiche che vogliono definire:

- un sistema di promozione dei diritti di cittadinanza di tutte le persone, senza discriminazione legate all'appartenenza di genere, all'età, all'etnia, alla salute, al censo, alla religione, all'orientamento sessuale;
- un sistema collettivamente diffuso che vede la società come attore nella costruzione e promozione dei diritti e non come soggetto passivo oggetto di un intervento "esterno";
- un sistema che promuove le relazioni tra persone, la crescita del capitale sociale, la fiducia e l'inclusione reciproca considerati come gli elementi costitutivi dei diritti di cittadinanza necessari per generare lo sfondo per la produzione o il sostegno di servizi di cura efficaci ed efficienti;
- un sistema che promuove diritti che determinano benessere e capacità di elaborare e sostenere le fasi di difficoltà e transizione tipiche della vita di ogni persona;
- un sistema che crea le condizioni per generare sviluppo economico, civile e culturale di una comunità e quindi parte fondante di ogni strategia di crescita sulla base dei principi contenuti nella Costituzione e riportati nello Statuto del Comune di Milano.

L'accezione di welfare qui proposta si misura, quindi, con l'obiettivo di promuovere, consolidare e far rispettare i diritti di cittadinanza di tutte, di tutti e di ciascuno.

Non si limita, all'opposto, ad ipotizzare alcuni servizi di sostegno alle "fragilità", che, in un'ottica residuale e compassionevole della politica sociale sono destinati a rimanere tali.

Un sistema, in altre parole, che guarda ai diritti generali e diffusi delle persone e delle comunità. Questa definizione elimina ogni possibile forma di discriminazione perché mette le persone e le comunità al centro.

La tutela diffusa e generalizzata dei diritti si produce a opera della società stessa, attraverso le caratterizzazioni dei suoi meccanismi di funzionamento e di riproduzione

sociale. La società non è “l'oggetto” di lavoro del sistema di welfare, semmai ne è “il soggetto”.

Sono, infatti, le mappe culturali diffuse, le stratificazioni di reddito e di potere, le culture sociali, l'intensità e la qualità delle relazioni a essere alla base di grandi problemi come la solitudine, le dipendenze, la povertà, la possibilità di promuovere una vita piena per le persone con disabilità, la capacità di sostenere e vitalizzare i fisiologici processi di invecchiamento, il livello di integrazione dei migranti, e così via.

La missione delle Pubbliche Amministrazioni, in questo quadro, è quella di promuovere e sostenere lo sviluppo sociale capace di generare la tutela dei diritti e l'inclusione delle persone. Il sistema dei servizi è un rilevante strumento di intervento diretto ad alcune fasce di popolazione, ma che si inserisce in un finalismo generale e diffuso di supporto e indirizzo alla capacità di cura che la società esprime, altrimenti le fragilità che si intendono “aiutare” e “sostenere” sono destinate a rimanere tali per sempre, senza un possibile orizzonte di sviluppo o di senso, prive di una reale possibilità di riscatto.

Le società, le città, le comunità, così come le nazioni, si costruiscono promuovendo le relazioni tra le persone e sviluppando il capitale sociale, ovvero la disponibilità ad assumere prospettive collaborative tra i cittadini, consapevoli che esse hanno la prospettiva di produrre valore molto maggiore delle relazioni competitive o conflittuali, che di norma distruggono risorse individuali e collettive. Le relazioni si costruiscono perché esiste un sentimento diffuso di rispetto reciproco, di empatia verso l'altro e la comunità, di curiosità verso il diverso.

L'elemento alla base del capitale sociale è invece la fiducia reciproca, ovvero la ragionevole certezza che il contributo positivo dato alla società dal singolo viene replicato dai più.

In comunità ad alto capitale sociale si dona il sangue, si fa volontariato, si riciclano i rifiuti, si usano mezzi ecologici, si prende un bambino in affidamento, si è fiscalmente fedeli, perché ogni cittadino percepisce che il suo comportamento è quello diffuso e che esso produce maggiore benessere per i singoli e per la comunità rispetto allo sforzo fatto da ognuno. Giochi collaborativi producono valore per tutti i cittadini, ma per funzionare necessitano di fiducia e rispetto tra i soggetti in campo.

Una società collaborativa ad alto capitale sociale, ricca di reti sociali, costituisce una comunità dove i servizi di welfare sono potenzialmente più efficaci, più inclusivi e quindi anche più efficienti.

Un circolo di auto-aiuto tra genitori separati è uno strumento di sostegno alle forme emergenti di genitorialità potente e a basso costo. Un gruppo di giovani anziani in pensione che insegnano o rafforzano l'italiano dei piccoli figli di immigrati costruisce per sé un orizzonte di valorizzazione delle proprie competenze sociali e aiuta a costruire una società più inclusiva. All'opposto una società di individui isolati, reciprocamente diffidenti, impauriti dal “diverso” alimenta un scenario che incrementa i problemi sociali, indebolisce le potenzialità di risolverli o supportarli, persegue le scorciatoie repressive.

Ecco allora che il principio che pervade questo Piano è quello della mobilitazione corale della Città, non solo dell'Amministrazione Comunale, nell'ottica del dovere di solidarietà, di cui agli art. 2 e 3 della Costituzione, e del diritto/dovere di ciascuno cittadino, singolo e associato, a partecipare allo sviluppo della comunità/città.

Le istituzioni pubbliche hanno quindi il dovere non solo di permettere e non negare questo diritto, ma anche di fare il possibile per favorire il contributo responsabile di tutti, quello orientato all'interesse generale o "bene comune", come indicato nell'ultimo comma dell'art. 118 della Costituzione.<sup>1</sup>

Un sistema di welfare adeguato, infatti, promuove i diritti di cittadinanza, che talvolta producono benessere individuale o collettivo, ma che in altre fasi o situazioni della vita aiutano a sostenere le difficoltà e il dolore, che sono strutturalmente connesse con l'esistenza umana. Un sistema maturo di welfare produce mappe cognitive collettive capaci di leggere la parabola della vita, le differenze delle situazioni e di riconoscere le ferite, talvolta indelebili, che un'esperienza individuale o collettiva ha generato.

In svariati contesti il sistema di welfare deve aiutare a narrare e sostenere la difficoltà e il dolore, perché questo è l'unico meccanismo esistenziale possibile per recuperare risorse residue, per ricostruire un nuovo orizzonte di senso, magari limitato, ma possibile. La ferita di un abbandono genitoriale, o di una violenza, la presa di coscienza dell'invecchiamento e quindi della caducità umana, la crescita più faticosa di un bambino disabile non sono situazioni "cancellabili", sono condizioni esistenziali dentro le quali è possibile costruire o ricostruire traiettorie di sviluppo e di crescita, dovendo assumere e sostenere dei limiti. Un welfare maturo sostiene l'esperienza umana per come è fatta, investendo soprattutto nella capacità di riconoscere e interpretare i "limiti". La forza di sostenerli ed elaborarli costituisce spesso l'unico motore per una possibile evoluzione individuale e collettiva.

La promozione diffusa e collettiva dei diritti di tutte le persone, a cominciare dai diritti delle bambine e dei bambini, spesso rimossi o relegati nello scantinato delle attenzioni della politica, è la premessa indispensabile per determinare sviluppo economico, civile e culturale di una società. Il welfare è un volano di sviluppo economico indispensabile, non rimuovibile da alcuna retorica sulla "crisi", perché mette gli individui e le comunità nelle condizioni di stare bene, o il meno male possibile, e quindi di essere creativi, imprenditoriali, produttivi o anche semplicemente di andare a lavorare regolarmente e con energia. Ci sono solide evidenze di come le società con i sistemi di welfare più robusti siano quelle che nel medio - lungo periodo hanno i tassi di crescita più stabili e robusti. Non casualmente i Paesi centro e nord europei, dotati di sistemi di welfare robusti, stanno reagendo molto meglio alla crisi economica globale, rispetto ai Paesi europei mediterranei, storicamente dotati di sistemi di welfare più fragili e confusi.

Il capitale sociale è oggi proposto, da molte teorie socio-economiche, come il principale driver capace di spiegare lo sviluppo socio-economico di un Paese.

---

<sup>1</sup> Art. 118 Costituzione: "[...] Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà."

In altre parole il suo tasso effettivo di civiltà.

Questa concezione viene assunta e proposta in tutto il Piano di Zona.

Il Piano di sviluppo del welfare ambrosiano.

## **2. CHE COSA INTENDIAMO PER PIANO DI SVILUPPO DEL WELFARE DELLA CITTA' DI MILANO**

La società italiana è attraversata e segnata indelebilmente da profondi e importanti mutamenti sociali, culturali ed economici, che rendono l'architettura istituzionale e i servizi del sistema di welfare non più attuali e coerenti per sostenere lo sviluppo della comunità e il sostegno ai più fragili. La grave crisi economica che colpisce il Paese e quasi l'Europa intera, ha solo reso più visibile, e per certi versi drammatico, lo stato di inadeguatezza del nostro sistema di azioni, servizi, politiche sociali.

In questo contesto, alimentato da questa consapevolezza, si "muove" il Piano di sviluppo del welfare ambrosiano.

Il perimetro di questo lavoro è costituito dalla città, con tutte le sue inevitabili interdipendenze con l'area metropolitana, il Paese e il mondo globalizzato. Si guarda ai problemi e alle risorse della città e dei suoi cittadini e non ci si limita quindi al "Comune" e ai suoi servizi.

Come affermato in precedenza l'accezione di welfare è quella universale ed etimologica, cioè di benessere per tutte e per tutti. L'obiettivo dei sistemi di welfare è, infatti, sviluppare la società, il vivere comune, non certo limitarsi ad intervenire nei segmenti di grande fragilità, i quali, a loro volta, in uno sviluppo sociale diffuso trovano risposte più alte e inclusive.

Un bambino con disabilità in una famiglia isolata anche con i migliori servizi domiciliari pubblici lascia comunque una famiglia sola con un grosso problema da gestire individualmente. Una famiglia con un bambino con disabilità che fa parte di una rete di famiglie che passano il tempo libero insieme, in mezzo a tanti altri bambini e nonni, scopre improvvisamente di avere molti meno problemi, anche nello stretto ambito di cura della disabilità.

Gli ambiti di policy del Piano sono identificati soprattutto nel settore sociale, socio-sanitario e socio-educativo in senso lato, attenti a tutte le interdipendenze chiamate in causa dai settori che contribuiscono a determinare i meccanismi di riproduzione sociale. In questo quadro particolare attenzione viene posta sulla necessaria connessione, sinergia e collaborazione con gli ambiti delle politiche dell'abitare, del lavoro, del reddito e della coesione sociale, tema, questo, individuato come centrale nell'ambito dell'Amministrazione (motivo per cui è stata definita una delega ad hoc, associata non casualmente alla questione della sicurezza anche in un'ottica "preventiva").

E' un Piano di sviluppo del welfare, dunque, perché le condizioni di sviluppo di una società, dipendono prima di tutto dalle mappa cognitive condivise in essere, dagli stili di vita sociale diffusi. Le città possono svilupparsi anche in fase di riduzione delle risorse pubbliche, così come possono diventare più frammentate, individualizzate e generatrici di

disagio sociale in fase di espansione economica. La società e i suoi meccanismi di funzionamento sono, infatti, espressione dei suoi cittadini, più che dell'impatto dei servizi pubblici.

Il Piano di sviluppo del welfare è, per dirla con altre parole ancora, un "processo", un lavoro aperto che si materializza in atti ufficiali di programmazione (il presente Piano, i futuri piani delle azioni, la spending review 2013, PEG, ecc.), ma che costituisce prevalentemente un percorso diffuso di rilettura e ripensamento, sia degli scenari in cui viviamo sia dei servizi, che necessariamente deve essere dinamico nel tempo e attivo nel network degli operatori e tra i cittadini.

## **GLI OBIETTIVI**

Quali sono gli obiettivi del presente lavoro?

1. Mettere a disposizione dei cittadini, di tutte le forme di rappresentanza, degli utenti dei servizi, dei produttori sociali e dei policy maker un set di dati e di informazioni capaci di rappresentare, seppur in modo estremamente sintetico, di cosa si "compongono" la nostra città, quali sono le principali dinamiche di riproduzione sociale emergenti, quante sono le risorse pubbliche e private per il welfare, come sono distribuite, di quali esigenze si occupano i servizi e quali bisogni sono scoperti
2. Attivare un processo collettivo diffuso di circolazione delle informazioni e di presa di coscienza di come si sta trasformando Milano, di quali sono le sue criticità e le sue potenzialità, per poter costruire un'agenda condivisa dei problemi, della sostenibilità e delle potenzialità di sviluppo
3. Individuare gli ambiti di azione, nonché la governance, le regole del sistema e lo schema di programmazione nel quale si muovono gli attori diversi della politica sociale;
4. Promuovere lo sviluppo di nuove forme di socialità, di crescita del capitale sociale, di messa in rete delle persone, delle famiglie, delle associazioni, capaci di produrre benessere e sviluppo diffuso. La nostra società è destinata a uscire economicamente più povera da questa stagione (abbiamo già subito una riduzione del PIL del 6%), il welfare pubblico ha sicuramente meno risorse e scarse probabilità di accrescerle nel prossimo futuro: questo non ci condanna a vivere in una città meno civile. Per sostenere la ripresa della crescita del capitale sociale occorre prima di tutto prendere coscienza che questo è necessario, e comprendere quali siano le criticità e quali siano le leve. Non è il frutto di un'azione individuale o esclusiva prerogativa di qualche attore pubblico: essa esiste se diventa un processo collettivo, di movimento a riavvicinarsi, di ricondivisione di tempi, spazi e risorse, dove il problema dell'uno diventa la risposta a quello dell'altro, dove nel fare comunità si cerca risposta al bisogno, secondo il principio intimamente solidale della sussidiarietà;

5. Permettere agli attori pubblici (Comune, ASL, Provincia, Regione) di riflettere sul focus della propria azione, su quanto le caratteristiche e i target dei loro servizi siano ancora efficaci, sul loro livello di collaborazione, su quanto l'attuale geografia delle prestazioni abbia impatti che contribuiscono alla frammentazione sociale e quanto invece contribuisca alla ricomposizione sociale;
6. Coinvolgere i produttori di servizi e prestazioni di welfare, pubblici, non profit, privati for profit, a rileggere il proprio posizionamento strategico nell'ambiente di riferimento, per sostenerli a ricercare la loro coerenza alle esigenze dei mercati della cura, che significa produrre sempre più valore per la società e garantirsi condizioni di sviluppo interno.
7. Per contribuire a questi ambiziosi obiettivi il Piano di sviluppo del welfare cerca di promuovere un processo culturale collettivo, che coinvolga i cittadini e tutti gli stakeholder, soprattutto coloro che hanno più difficoltà a essere rappresentati e ad avere voce come i giovani, i giovani anziani (300.000 in città), gli studenti universitari (180.000 in città), gli young professional, le giovani coppie che lasciano la città appena hanno figli, i separati, le puzzle family, ovvero coloro che non sono tradizionalmente intercettati dai servizi pubblici e quindi non hanno neanche forme di rappresentanza. Questo processo vuole essere prima di tutto culturale, di costruzione condivisa di una rappresentazione della nostra città, di costruzione di una narrativa capace di rappresentare le grandi criticità, i limiti e le potenzialità collettive di evoluzione dai problemi.

Il Piano di sviluppo del welfare si struttura in alcune tappe precise:

- La raccolta, la sistematizzazione di dati e soprattutto la loro elaborazione in format che siano capaci di essere facilmente intellegibili e di trasferire le informazioni più rilevanti sulla dimensione sociale della città;
- La diffusione più ricca possibile delle informazioni sulla città, dei suoi cambiamenti sociali, dell'attuale geografia dei servizi pubblici e privati (e soprattutto di quelli informali di cura);
- La messa a fuoco di una sintesi interpretativa degli attuali meccanismi di riproduzione sociale in essere e del livello di coerenza che l'attuale configurazione del welfare della città ha con essi;
- La definizione di una visione di medio - lungo periodo, capace di immaginare la direzione di marcia strategica al sistema per i prossimi anni;
- La ricognizione delle best practice e delle migliori esperienze già disponibili per la concreta realizzazione della visione per il welfare ambrosiano;
- La costruzione del piano delle azioni che devono interessare il Comune, i cittadini e gli attori del sistema.

### **3. IL PROCESSO PARTECIPATO PER LA COSTRUZIONE DEL PIANO**

A partire dalla legge n.328 del 2000 di riforma dei servizi sociali il Piano di Zona, nato inizialmente come lo strumento attraverso cui realizzare l'integrazione tra risposte ai bisogni sociali e socio-sanitari date da soggetti diversi, è venuto ad assumere significati sempre più ampi, diventando di fatto lo strumento fondamentale e il "piano regolatore" per delineare il sistema locale dei servizi socio-sanitari e sociali.

In linea con quanto previsto già dalle Leggi regionali 23/1999 e 34/2004 e anche con la Legge Regionale n.3/2008 (art. 20 - comma 1), si evidenzia come il Piano di Zona debba "valorizzare la piena espressione delle capacità progettuali dei soggetti pubblici e privati, in particolare appartenenti al Terzo Settore".

E' proprio partendo da questa definizione che il Comune di Milano ha deciso di condividere, aprendosi alla città ed ai molteplici soggetti che la compongono, il metodo, le risorse e i rischi della costruzione ed attuazione di quello che, superando la tradizionale logica del Piano di Zona, deve essere considerato un vero e proprio piano strategico dei servizi, meglio definito come "Piano di sviluppo del welfare della Città di Milano". Ciò permette di creare un sistema di relazioni e di reti capace di esprimere, in modo del tutto originale, le domande sociali e le risposte più adeguate. Uno dei principi ispiratori della nuova proposta di costruzione e di gestione del Piano di sviluppo del welfare è, quindi, quello di una maggiore "partecipazione" e del coinvolgimento reale di tutti i diversi protagonisti della politica sociale.

Si ritiene infatti che nell'area dei servizi, o per meglio dire delle "politiche" rivolte alla persona, occorra valorizzare il patrimonio di conoscenze, competenze ed esperienze che la Città ha accumulato nel tempo. Coniugare, secondo lo spirito tipicamente ambrosiano, le istanze di solidarietà con la creatività e la capacità di innovazione porta con sé l'idea di ricollocare nella società le risorse tentando di combattere la frammentazione a fronte di azioni che favoriscano la "ricomposizione sociale".

Nel definire gli obiettivi di carattere sociale si sottolinea la necessità di affrontare la complessità e la pluralità di espressioni proprie di una città metropolitana con la collaborazione consapevole e costante di tutti i soggetti che in essa operano.

Per queste ragioni la realizzazione del Piano, o meglio, la stesura del suo "documento", è stata il frutto di un confronto interno all'Amministrazione comunale orientato a coinvolgere competenze, intelligenze diffuse e livelli diversi di responsabilità ed esterno ad essa nella convinzione che "sotto la cenere" vi sia un gigantesco giacimento di esperienze e capacità di risposta al bisogno.

Il percorso seguito dal Comune di Milano ha visto l'avvio delle consultazioni allargate con tutti i soggetti portatori di interessi nominalmente descritti di seguito e, comunque,

rappresentativi dell'Amministrazione comunale nel suo complesso, del Decentramento e delle altre Istituzioni, delle organizzazioni del terzo settore, della cooperazione e dell'impresa sociale; del volontariato, dell'associazionismo, dei rappresentanti della comunità scientifica, dell'università e dei percorsi di cittadinanza attiva.

Per questo nell'ambito dei tavoli di lavoro per la costruzione del Piano è stata avviata una modalità di programmazione fondata sul confronto con le Istituzioni ed in particolare con gli attori sociali del territorio, col fine di ripensare e condividere la mission dell'Assessorato alle Politiche Sociali e Cultura della Salute.

Sindacati e Terzo Settore sono stati chiamati a rappresentare l'interesse e lo sviluppo della comunità.

Il dialogo e la cooperazione con i partecipanti dei tavoli di lavoro è proseguito nella fase di elaborazione della visione sulle linee strategiche, sugli obiettivi e sulle azioni delineate all'interno del Piano. Tale interlocuzione è proseguita all'interno dei gruppi misti partecipati, con i quali l'Assessorato si confronta abitualmente.

Il CERGAS (Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sociale e sanitaria) dell'Università Commerciale Luigi Bocconi, vista l'approfondita conoscenza del sistema sociale e sociosanitario in tutte le sue connotazioni e in particolare della realtà milanese, ha supervisionato il percorso di costruzione del Piano. Grazie all'assistenza tecnico-scientifica del Cergas è stato intrapreso un percorso guidato di riflessione sulla mission del Comune e di elaborazione della visione proposta nel presente Piano. Inoltre è stata introdotta all'interno di tutti i settori dell'Assessorato alle Politiche Sociali e Cultura della Salute, una nuova metodologia di lavoro rispondente alle attuali esigenze di spending review, basata sulla ricognizione di fonti e impieghi delle risorse, senza tralasciare l'analisi di efficacia e intensità dei servizi offerti.

La redazione del Piano è dunque il risultato di un lungo e articolato processo di elaborazione e di sintesi dei contributi dei singoli attori coinvolti.

Si elencano di seguito i tavoli ed i momenti di confronto che sono stati costituiti, gli attori consultati e con cui rimane aperto il dialogo in un'ottica di "gestione" condivisa del processo avviato, consapevoli, è bene ribadirlo ancora una volta, che il "processo" innescato abbia senso solo se costante e aperto e convinti, infine, che le Istituzioni debbano mettersi al riparo da loro stesse e dalla tentazione troppe volte praticata di considerare la "partecipazione" come il rito da esibire in una fase di "raccolta" delle idee per poi rimuoverla nei momenti della gestione, dell'implementazione, della realizzazione effettiva e dovremmo dire perfino "materiale" di quanto è stato stabilito, della verifica dei risultati.

Di seguito a titolo riepilogativo si elencano i più significativi ambiti di discussione per la realizzazione del Piano stesso:

- Il tavolo interassessorile (coinvolge il Sindaco e i 12 Assessori della Giunta. È stato individuato un gruppo di coordinamento composto da Assessore alle Politiche

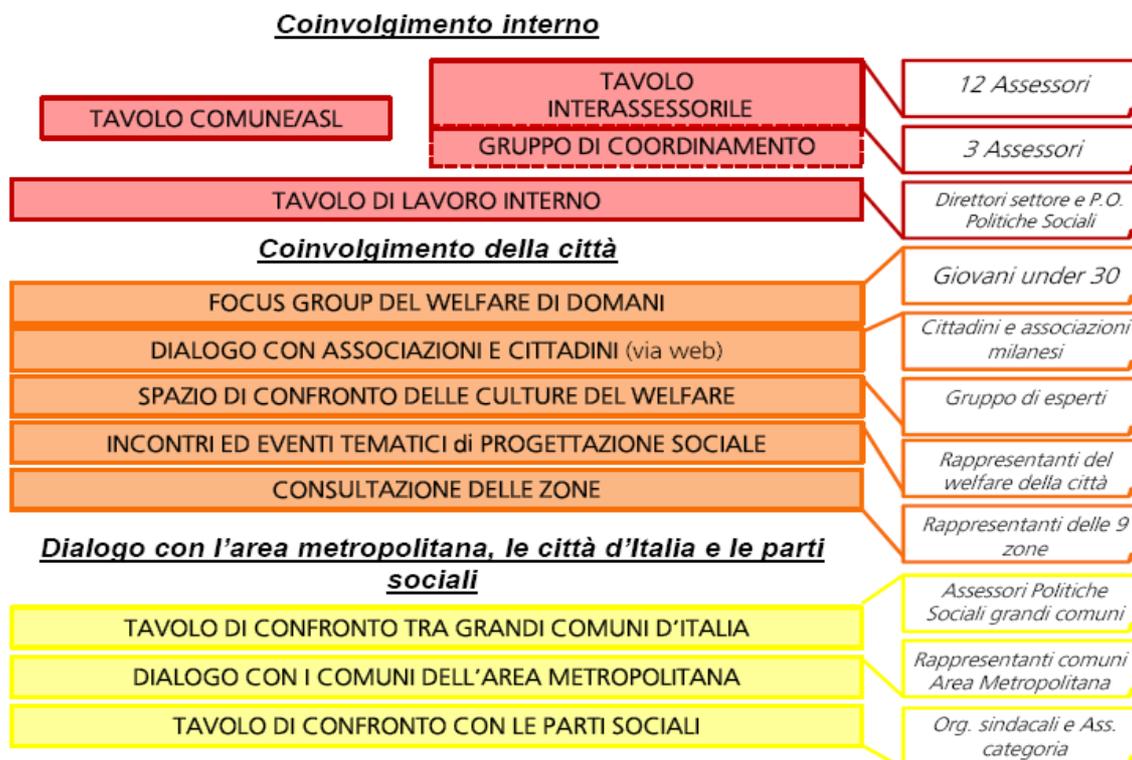
Sociali e Cultura della Salute, Vicesindaco nonché Assessore all'Educazione e Istruzione, Assessore alla Sicurezza e Coesione Sociale, Polizia locale, Protezione civile, Volontariato)

- Il tavolo Comune/ASL (rappresenta una sede di consultazione permanente con l'ASL sull'integrazione socio-sanitaria)
- Lo spazio di confronto sulle culture del welfare (ha il compito di indirizzare e stimolare il lavoro di definizione del piano di sviluppo del welfare. È composto da persone espressioni di culture diverse ed è coordinato dall'Assessore alle Politiche sociali e Cultura della Salute)
- Il dialogo con le associazioni e i cittadini (è stato avviato via web attraverso un format strutturato, con l'obiettivo di analizzare e ascoltare proposte e visione sul welfare della città, nella convinzione che tale "pratica" debba essere ulteriormente implementata)
- Gli incontri ed eventi tematici di progettazione, innovazione e sperimentazione sociale (sono stati propedeutici alla creazione di laboratori per ripensare forme e modelli innovativi del welfare sul territorio. Segue un elenco dei temi oggetto degli incontri - sezione "Incontri ed eventi tematici di progettazione sociale"- )
- La Commissione Politiche Sociali del Consiglio comunale
- Il Forum del Terzo Settore (sulla base del protocollo approvato con D.G.C. PG 539294/2012) se ne prevede un coinvolgimento costante nell'arco dell'intero mandato; è intervenuto nei diversi momenti di dialogo e confronto attivati e finalizzati alla definizione del Piano di sviluppo del welfare)
- Il tavolo di lavoro "interno" (ha visto coinvolti i Direttori di Settore e P.O. dell'Assessorato alle Politiche Sociali e Cultura della Salute e ha generato numerosi ambiti di confronto capaci di coinvolgere gli operatori del Comune)
- I Focus group del welfare di domani (attivati a partire da Settembre 2012 e coinvolgono giovani tra i 20 e i 30 anni per fornire spunti e riflessioni sul sistema di welfare della città di Milano. Saranno composti da persone che rappresentano diverse parti e bisogni della città)
- La consultazione delle Zone del Decentramento (è stata guidata dal Presidente della Commissione Politiche Sociali del Comune. Ogni Zona ha avviato un percorso propedeutico al Piano, deliberando i propri contributi, allegati al presente documento)
- Il tavolo di confronto tra Grandi Comuni (prevede la partecipazione degli Assessori per le Politiche Sociali di altri grandi Comuni d'Italia, con l'obiettivo di attivare una dinamica di confronto per la costruzione dei Piani di sviluppo del welfare delle città)

ed è destinato a strutturarsi in forma permanente attraverso il progetto di IRS “Welforum”)

- Il dialogo con i Comuni dell’Area Metropolitana (ha coinvolto gli Assessori alle Politiche Sociali delle città dell’Area Metropolitana di Milano. Al tavolo inoltre è stata invitata la Provincia di Milano)
- Il tavolo di confronto con le parti sociali (secondo il protocollo dell’Amministrazione Comunale è composto dai rappresentanti delle organizzazioni sindacali confederali e dai rappresentanti delle associazioni di categoria delle imprese. Si ha l’obiettivo di renderlo una sede stabile in tutta la fase di verifica della reale attuazione del Piano stesso).

Si rappresenta di seguito l’ARCHITETTURA DEI TAVOLI DI PROGRAMMAZIONE E DI LAVORO



## **Incontri ed eventi tematici di progettazione sociale**

Gli incontri tematici, ambiti con funzione di analisi e progettazione tecnica delle soluzioni alle problematiche sociali, sono stati identificati, convocati e chiamati a partecipare ai lavori in relazione a diverse aree di questioni riguardanti la politica sociale. Essi assumono, in questo modo, il ruolo di “aggregatori” e di “facilitatori” dei soggetti operanti nelle singole aree di intervento, al fine di contribuire alla costruzione delle politiche in risposta ai bisogni.

Si riportano di seguito i principali temi affrontati nelle occasioni pubbliche di incontro:

- “Immigrazione e dialogo tra le culture” nell’incontro svolto in data 21 aprile 2012
- “Politica per l'infanzia e l'adolescenza” nell’incontro svolto in data 4 maggio 2012
- “Solitudine e socialità” nell’incontro svolto in data 8 maggio 2012
- “Lotta alle discriminazioni” nell’incontro svolto in data 8 maggio 2012
- “Azioni contro le nuove povertà” nell’incontro svolto in data 9 maggio 2012
- “Stili di vita, salute e benessere” nell’incontro svolto in data 14 maggio 2012
- “Donne e qualità della vita” nell’incontro svolto in data 15 maggio 2012
- “Percorso sul tema della disabilità” negli incontri svolti in data 5 maggio e 20 giugno 2012 e in numerosi sottogruppi di lavoro
- “Dipendenze” nell’incontro svolto in data 15 maggio 2012
- “Non c'è salute senza Salute mentale” nell’incontro svolto in data 16 maggio 2012
- “La salute dei migranti” nell’incontro svolto in data 17 maggio 2012
- “Accessibilità e semplificazione dei servizi” nell’incontro svolto in data 18 maggio 2012
- “La carta dei diritti dei cittadini malati” nell’incontro svolto in data 19 maggio 2012
- “Expo 2015: sì, ma sociale” nell’incontro svolto in data 7 giugno 2012
- “Costruire la legalità, far vincere il sociale” nell’incontro svolto in data 14 giugno 2012

- “Prima di tutto la casa, la funzione sociale dell'abitare” nell'incontro svolto in data 19 giugno 2012
- “La violenza di genere” nell'incontro svolto in data 3 luglio 2012
- “Il carcere nella città” nell'incontro svolto in data 11 luglio 2012

I contributi proposti in queste occasioni dai diversi Enti e dalle organizzazioni del Privato Sociale sono stati analizzati e recepiti nell'ambito delle diverse aree di programmazione di competenza. Alcuni sono allegati al presente documento.

## **Il ruolo dell'Ufficio di Piano<sup>2</sup>**

Secondo quanto previsto dalla L.R. n.3/2008, art.18 - comma 10, l'Ufficio di Piano è “la struttura tecnico-amministrativa che assicura il coordinamento degli interventi e l'istruttoria degli atti di esecuzione del piano”. Esso, inoltre, come meglio specificato nella Deliberazione n. VIII/8551 del 3.12.08:

- ha funzione di supporto alla programmazione
- è responsabile delle funzioni tecniche, amministrative e della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona
- sovrintende all'attuazione del Piano di Zona, superando quelle previste nella Circolare della Regione Lombardia 34/20052

Inoltre, secondo quanto previsto nella Deliberazione n. IX/2505 del 16.11.2011, della Giunta di Regione Lombardia, “il coordinamento degli interventi locali vede negli Uffici di Piano un potenziale protagonista, laddove gli stessi si propongano come soggetti in grado di:

- connettere le conoscenze dei diversi attori del territorio
- ricomporre le risorse che gli enti locali investono nei sistemi di welfare, favorendo l'azione integrata a livello locale

---

<sup>2</sup> **Circolare 34/2005 Regione Lombardia, punto 2.2 -Competenze dell'Ufficio di Piano:**

- supporta il Tavolo Politico in tutte le fasi del processo programmatico;
- gestisce gli atti conseguenti all'approvazione del Piano di Zona;
- è responsabile dell'attuazione degli indirizzi e delle scelte del livello politico;
- organizza e coordina le fasi del processo di attuazione del Piano di Zona;
- costruisce e governa la rete;
- ha funzione di studio, elaborazione e istruttoria degli atti;
- coordina i Tavoli Tecnici.

- interloquire con le ASL per l'integrazione tra ambiti di intervento sociale e socio sanitario
- promuovere l'integrazione tra diversi ambiti di policy"

In particolare, per il Comune di Milano, l'Ufficio di Piano garantisce il raccordo tra le intese politiche e la loro attuazione tecnico-amministrativa, tra le Direzioni Centrali competenti e le relative Direzioni di Settore, rendendo salde le intese, frutto del lavoro di tutti gli ambiti previsti.

## **Il rapporto con la ASL di Milano**

I rapporti tra il Comune di Milano e la ASL Città di Milano (in futuro oggetto di ridefinizione) attualmente vengono disciplinati ai sensi del "Protocollo di intesa tra Comune di Milano ed ASL Città di Milano", allegato alla D.G.R. n.39652 del 20.11.1998.

Il Tavolo Comune - ASL ha sviluppato un'analisi congiunta dei bisogni e del contesto epidemiologico<sup>3</sup> ed ha elaborato un contributo divenuto parte integrante dell'Accordo di Programma rispetto ai seguenti quattro macro-temi, declinati specificamente all'interno del documento e ritenuti prioritari ai fini dell'integrazione socio-sanitaria:

- Accesso al sistema di offerta sociale, sociosanitario e delle cure primarie
- Salute e benessere psico-sociale dei bambini, degli adolescenti, delle famiglie e degli adulti anche in condizioni di difficoltà sociale e sofferenza psichica
- La promozione e l'informazione per stili di vita sani e comportamenti di cura corretti e appropriati
- Iniziative congiunte in vista di EXPO 2015

## **La funzione del Consiglio Comunale**

Il Consiglio Comunale è l'organismo chiamato a:

- approvare il documento di Piano e i suoi eventuali aggiornamenti
- verificare annualmente lo stato di raggiungimento degli obiettivi di Piano

## **Il Consiglio di Indirizzo**

Il Consiglio Comunale, avendo già definito l'Organo Politico per il Piano di Zona con deliberazione n. 72/2006, in ossequio a quanto successivamente disposto dalla D.G.R. n.

---

<sup>3</sup> Cfr i dati ufficiali ASL

VIII/8551 del 3.12.2008, ha ritenuto opportuno allargare il citato Organo Politico alla partecipazione stabile dell'ASL di Milano.

Il Consiglio di Indirizzo ha le funzioni indicate dalle deliberazioni sopra citate e, al fine di esercitarle compiutamente, adotterà specifiche modalità di funzionamento. Esso, così come già previsto nel sistema della governance della precedente triennalità, è così costituito:

- dal Sindaco o dall'Assessore alle Politiche Sociali e cultura della Salute, da lui delegato
  - da cinque consiglieri Comunali, di cui tre di maggioranza e due di opposizione
  - dall'Assessore all'Educazione e Istruzione o suo delegato
  - dall'Assessore alle Politiche per il lavoro, Sviluppo economico, Università e ricerca o suo delegato
  - dall'Assessore all'Area Metropolitana, Decentramento e municipalità, Servizi civici o suo delegato
  - dall'Assessore al Benessere, Qualità della vita, Sport e tempo libero o suo delegato
  - dall'Assessore alla Casa, Demanio e Lavori pubblici o suo delegato
  - dai Presidenti delle Commissioni consiliari competenti del Comune
  - dai Presidenti del Consiglio di Zona o, se delegati, i Presidenti delle commissioni socio – educative di Zona
  - dal Direttore Generale dell'ASL di Milano o suo delegato
  - dal Direttore Sociale dell'ASL di Milano o suo delegato
- e con funzioni tecnico-consultive
- dal Direttore Centrale della D.C. Politiche sociali e Cultura della salute
  - dal Direttore Centrale della D.C. Educazione e Istruzione
  - dal Vice Direttore Generale dell'Area

#### **4. I FENOMENI SOCIALI EMERGENTI NEL PAESE E NELL'AREA METROPOLITANA E LE RISORSE FINANZIARIE E IMMATERIALI CORRELATE**

Nella società italiana stanno avvenendo cambiamenti che ridefiniscono le caratteristiche del tessuto sociale della popolazione del nostro Paese. Questa profonda evoluzione, sebbene ancora difficile da inquadrare in tutti i suoi aspetti, si muove seguendo alcune traiettorie:

- La riduzione di risorse dovuta alla crisi economico-finanziaria
- L'invecchiamento della popolazione
- L'evoluzione del ruolo della famiglia, dei suoi componenti e delle sue caratteristiche
- La sempre maggiore multiculturalità
- La questione del ruolo dei giovani all'interno della società

Tutti questi aspetti, che verranno approfonditi nelle prossime pagine, sono ovviamente riscontrabili anche nella Città di Milano. Anzi Milano rappresenta un laboratorio avanzato delle principali nuove dinamiche di riproduzione sociale in atto nel Paese, che vengono spesso amplificate all'interno di un contesto dove si verifica la convergenza di forza lavoro giovane, di stranieri, di studenti universitari, e così via.

Comprendere i cambiamenti in atto nella Città di Milano rappresenta dunque il primo e fondamentale passo per ridefinire il sistema di welfare nel suo complesso, individuando criticità, punti di forza, spinte innovative, risorse inesplorate e non valorizzate.

##### **Come cambia la Città di Milano**

Il primo cambiamento che i dati statistici evidenziano è quello demografico. In meno di dieci anni (2002-2011) le classi di età si stanno modificando, variando nettamente la loro incidenza rispetto al totale. Aumenta soprattutto l'incidenza (e il numero assoluto) degli anziani con più di 75 anni, e della fascia più giovane della popolazione (0-13 anni). Le altre fasce si mantengono invece stabili o in diminuzione (sia guardando ai numeri assoluti, sia guardando all'incidenza percentuale – Tabella 1).

Tabella 1: Residenti città di Milano per classi di età, 2002-2011

Classi d'età	2002	Rapporto sul totale	2011	Rapporto sul totale
0-13	134.943	10,7%	160.955	12%
14-64	831.570	66,4%	863.740	64,3%
65-74	216.374	17,3%	154.701	11,53%
75+	70.616	5,6%	162.434	12,11%
<b>Totale</b>	<b>1.253.303</b>	<b>100%</b>	<b>1.341.830</b>	<b>100%</b>

Fonte: ISTAT, Geodemo 2011 / Ufficio Statistica Comune di Milano

Spostando lo sguardo ancor più avanti, fino all'orizzonte del 2020, le stime ci parlano di una Milano in cui saranno sempre più rilevanti in termini di incidenza gli anziani oltre gli 85 anni, la fascia di lavoratori adulti (45-54 anni) e avviati verso il pensionamento (55-64 anni) e i giovani tra i 14 e i 34 anni (vedi Tabella 2).

Tabella 2: Residenti città di Milano per classi di età, 2011 – 2020 (previsione)

Classi d'età	2011	Rapporto sul totale	2020 (prev)	Rapporto sul totale
0-13	160.955	12,0%	150.190	11,6%
14-34	273.530	20,4%	282.792	21,9%
35-44	230.689	17,2%	157.259	12,2%
45-54	204.446	15,2%	218.754	16,9%
55-64	155.075	11,6%	177.465	13,7%
65-74	154.701	11,5%	130.559	10,1%
75-84	116.372	8,7%	112.289	8,7%
85 e più	46.062	3,4%	62.912	4,9%
<b>Totale</b>	<b>1.341.830</b>	<b>100%</b>	<b>1.292.220</b>	<b>100%</b>

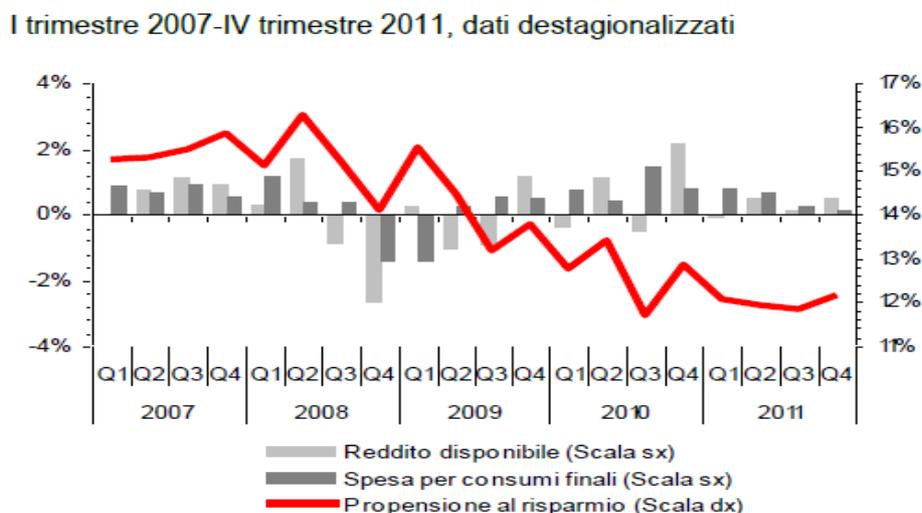
Fonte: Ufficio Statistica Comune di Milano, Rapporto CISF 2011: Giancarlo Blangiardo - Il mutamento demografico e sociale di Milano

I numeri forniti dai demografi aiutano ad intuire le traiettorie evolutive della popolazione milanese, ma fanno anche sorgere domande ben più specifiche sulle ragioni sottostanti questi cambiamenti. Qual è l'apporto degli stranieri alla crescita demografica della città? Quanti milanesi vivono e formano nuove famiglie? Quali condizioni di salute caratterizzano giovani anziani e grandi anziani della città? Quali risorse e quali opportunità si celano dietro questi numeri? Quali condizioni di vita caratterizzano i milanesi e le loro famiglie?

## I milanesi e le nuove povertà

La crisi economica in corso ha inciso notevolmente sui bilanci delle famiglie milanesi e, in generale, sul potere d'acquisto e sulla capacità di risparmio delle persone. Il reddito disponibile, infatti, sta crescendo a un ritmo più lento rispetto alla spesa per consumi finali, determinando, come mostrato nella figura 1, una diminuzione della propensione al risparmio delle famiglie (dati riferiti a tutta Italia). In altre parole, gli italiani per far fronte alle spese di tutti i giorni devono attingere sempre di più alle risorse accumulate nel tempo.

Figura 1: Reddito disponibile, spesa per consumi finali e propensione al risparmio delle famiglie italiane



Fonte: ISTAT, 5 aprile 2012

A Milano, nello specifico si stimano circa 225.000 individui e 108.000 famiglie in condizioni di povertà relativa<sup>4</sup>. Solo nel 2010, anno oggi "lontano" sul piano delle condizioni economico-sociali, la Caritas Ambrosiana aveva assistito 17.610 persone, di cui appena un migliaio circa i senza dimora. Il 73,6% era composto da "stranieri" e la maggioranza

<sup>4</sup> Fonte: Ufficio Statistica Comune Milano

degli assistiti erano donne (64,2%), con un'età media piuttosto bassa (il 36,8% ha meno di 35 anni).

Un altro indice della profondità della crisi è dato dall'aumento del numero di sfratti per morosità o altra causa, passati in Lombardia da 4.169 nel 2007 a 6.398 nel 2009<sup>5</sup>. A Milano nel 2010 sono state 6.466 le sentenze di sfratto, di cui più della metà per morosità. La crisi economica incide quindi su diversi aspetti della vita quotidiana di persone e famiglie che, ad esempio, si trovano sempre più in difficoltà nel rispettare le scadenze per il pagamento delle bollette, nel versare la rata del mutuo o dell'affitto e nel gestire le spese di manutenzione dell'abitazione. Tendenza che è confermata dalla crescita costante della percentuale di famiglia deprivate<sup>6</sup> in Lombardia avvenuta a partire dal 2005 (vedi Tabella 3).

*Tabella 3: Andamento della % di famiglie deprivate in Lombardia secondo l'indicatore Eurostat*

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Lombardia</b>	<b>7,0</b>	<b>6,0</b>	<b>6,7</b>	<b>7,2</b>	<b>8,2</b>	<b>8,7</b>
Italia	14,5	14,5	14,0	14,8	15,8	15,1

*Fonte: Istat, 2011, Rapporto sulla Coesione Sociale*

## **Il lavoro a Milano. Qualche dato**

Nell'ultimo anno a Milano si è registrato un incremento della domanda di lavoro dell' 1,2% che si ferma però sotto i livelli precedenti alla crisi (- 3,9%). Rispetto allo stesso periodo del 2011, nel primo quadrimestre del 2012, le assunzioni registrano una flessione dell' 1,7%. La disoccupazione si mantiene a tassi inferiori a quelli nazionali medi (che sono intorno al 10%). Sebbene inferiore al resto del Paese resta preoccupante il dato sulla disoccupazione giovanile che è intorno al 20% rispetto al 35% nazionale.

Milano resta comunque il "motore del Paese", con oltre un milione e settecentomila occupati nella provincia, circa uno su dodici in Italia, grazie anche alla forte presenza femminile.

Se il tasso di attività è in leggera ripresa, osservando separatamente le diverse classi di età, si rileva che si restringono i livelli di partecipazione al mercato del lavoro dei gruppi di età sino ai 45 anni mentre si alzano i livelli di partecipazione degli over 45.

Il balzo in avanti più significativo è quello dei 55 - 64enni: il tasso di attività di questo gruppo è cresciuto in provincia di Milano di 6,8 punti in sei anni.

<sup>5</sup> Fonte: ISTAT 2010, Rapporto sulla coesione sociale

<sup>6</sup> Famiglie che presentano almeno tre indicatori tra i seguenti: 1) non riuscire a sostenere spese impreviste, 2) non potersi permettere una settimana di ferie in un anno lontano da casa, 3) avere arretrati (mutuo o affitto o bollette o altri debiti diversi dal mutuo), 4) non potersi permettere un pasto adeguato almeno ogni due giorni, 5) non potersi permettere di riscaldare adeguatamente l'abitazione, non potersi permettere: 6) lavatrice, 7) tv a colori, 8) telefono 9) automobile

Tra i 15 - 24enni è forte l'aumento del tasso di inattività: nel 2011 solo 29 giovani su 100 di età inferiore ai 25 anni partecipavano al mercato del lavoro.

Milano, infine, è bene ricordare che gioca la sua posizione di leader per l'innovazione in molti settori di vocazione come il design, la creatività, la moda ma anche i settori della comunicazione o della Itc e delle nuove tecnologie.

Il settore della creatività, dell'innovazione sociale, del greening, della salute e delle tecnologie applicate al campo biomedicale, dell'applicazione delle nuove tecnologie in logica di "Smart City", il settore dell'agroalimentare, anche in relazione a Expo 2015 sono infatti oggi i settori di punta e quelli di futuro sviluppo dell'economia milanese.

Un'economia di qualità che può portare con sé una nozione di sviluppo socialmente rilevante.

### **La conciliazione famiglia-lavoro e il critico mix di ruoli della donna**

All'interno delle profonde dinamiche evolutive della famiglia, ancor più amplificate in tempi di crisi, il ruolo della donna/madre milanese è sempre più complesso. Basti pensare che a Milano, nel 2011, risultano essere residenti 383.221 donne di età compresa tra i 25 e i 65 anni<sup>7</sup> e che il tasso di occupazione femminile in città è del 62,70%, percentuale ben superiore alla media nazionale (46,40%) e, perfino, al target del 60% stabilito dall'Agenda di Lisbona. Le donne milanesi sono quindi per la maggior parte donne lavoratrici, pur rappresentando una risorsa spesso non sufficientemente riconosciuta e valorizzata, i cui problemi di conciliazione tra famiglia e lavoro sono ancor più marcati rispetto alle donne di altre città della penisola, anche considerando che le reti familiari allargate sono più diradate rispetto a contesti provinciali o a quelli a bassa immigrazione urbana.

A questi dati si aggiunga che a Milano vivono 29.748 donne con più di 25 anni divorziate e che, ad esempio, nel 2010 alla clinica Mangiagalli il 25% delle donne partorienti si dichiarava nubile (per lo più italiane di circa 35 anni)<sup>8</sup>.

Il ruolo della donna sta cambiando: sono sempre più le donne lavoratrici, sposate, conviventi, single o divorziate che, allo stesso tempo sono anche madri ed esprimono di conseguenza la necessità di servizi che le aiutino a conciliare i tempi di lavoro e quello dei figli, dal momento che la funzione genitoriale non prevede ancora un sufficiente livello di responsabilizzazione nella gestione quotidiana dei "padri", le scuole sono chiuse per tre mesi nel periodo estivo e, in parte, anche durante l'orario di ufficio.

L'evoluzione demografica sopra descritta determina, inoltre, una situazione in cui le donne che oggi hanno 40 anni possono aspettarsi di condividere circa 22 anni della loro vita con almeno un genitore anziano, quattro anni in più rispetto a quelle nate nel 1960 e dieci anni in più rispetto alle donne del 1940. Esse devono quindi conciliare non solo i tempi di lavoro con i tempi dedicati alla cura dei figli, ma anche di quella di genitori e familiari più anziani,

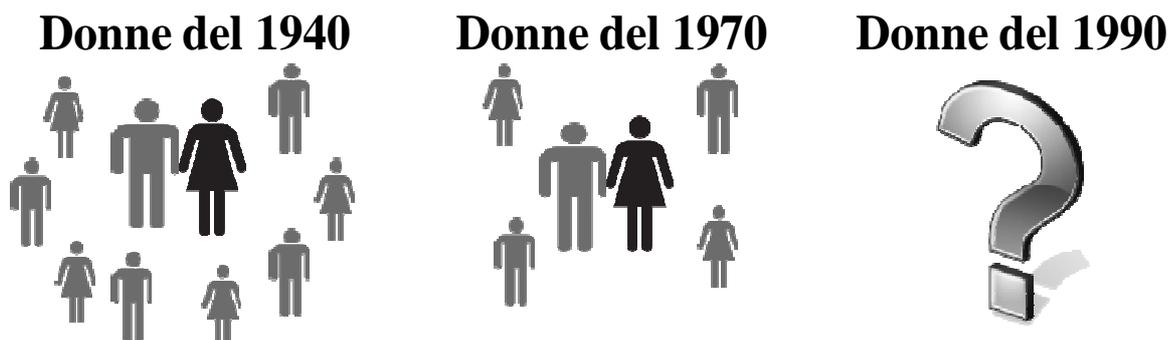
---

<sup>7</sup> Fonte: ISTAT, Geodemo; Comune di Milano – Settore Statistica e S.I.T. – Servizio Statistica

<sup>8</sup> Fonte: Corriere della Sera, 22 dicembre 2010

potendo contare su un numero sempre inferiore di fratelli e sorelle con cui condividere l'onere.

*Figura 2: rappresentazione del numero di parenti con cui le donne possono condividere il carico di cura*



*Fonte: Istat, 2012, Rapporto Annuale*

## **La violenza contro le donne**

La violenza contro le donne è un fenomeno culturale complesso, trasversale ad ogni sfera sociale, ancora oggi sottostimato. Gli unici dati ufficiali sono quelli ricavabili dalle denunce presentate all'Autorità Giudiziaria e dal numero delle donne che accedono ai Pronto Soccorso ospedalieri dichiarando esplicitamente la violenza subita. A livello nazionale risulta da una indagine dell'ISTAT del 2007 che le violenze quasi sempre non vengono denunciate (non viene denunciata il 96% delle violenze subite da un non partner e il 93% delle violenze subite da un partner rimane sotto silenzio). Si tratta di numeri drammatici: circa 6 milioni 743 mila donne in Italia (dai 16 ai 70 anni) che hanno subito almeno una violenza fisica o sessuale nel corso della vita, cioè quasi una donna su tre per la classe d'età considerata. Sono ancor più drammatici se si considera che i partner sono i responsabili della quota più elevata di tutte le forme di violenza fisica rilevate (69,7% del totale). Solo il 6,2% è opera di completi estranei.<sup>9</sup>

I dati relativi alla Città di Milano, forniti dalla Rete "Prevenire e contrastare la violenza e il maltrattamento contro le donne", parlano di 712 vittime prese in carico nei soli primi sei mesi del 2011, un numero che eguaglia quasi quello del numero di vittime complessive del 2010. Inoltre, nel 2011, altre 311 donne sono state seguite dal servizio di Mediazione sociale e Penale del Comune.

L'età media delle vittime che si sono rivolte ai servizi antiviolenza è sempre più bassa, dal momento che una donna su tre ha meno di 18 anni, numero quasi raddoppiato in soli 36 mesi. In aumento anche la percentuale di vittime di nazionalità italiana. In linea con i dati nazionali, solo il

<sup>9</sup> Fonte: ISTAT 2007, Violenza e maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia

6% delle violenze è opera di uno sconosciuto. L'identikit della donna vittima di violenza (fisica, psicologia, sessuale, economica, stalking) è comunque molto eterogeneo: studentesse (10%) come lavoratrici (51%) o disoccupate (20%), ma anche pensionate (4%) o casalinghe (4%), distribuite fra tutte le fasce d'età.

## Anziani e giovani anziani: problema o risorsa?

I dati Istat ci dicono che in Lombardia esistono oggi più famiglie con almeno un anziano che famiglie con almeno un minore (33% contro 27,1%). Guardando alla dinamica evolutiva del rapporto tra popolazione anziana e popolazione giovane all'interno della Città di Milano è possibile notare come l'indice di vecchiaia (che rappresenta tale rapporto<sup>10</sup>) tenda a decrescere fino alle proiezioni per il 2015, per poi tornare ad esplodere fino al 2030 (vedi Tabella 4).

Tabella 4: Andamento dell'indice di vecchiaia e proiezione (2030) per la città di Milano

Anno	Maschi	Femmine	Totale
<b>2001</b>	153,4	261,6	<b>205,8</b>
<b>2006</b>	150,9	249,2	<b>198,5</b>
<b>2011</b>	143,0	231,0	<b>185,6</b>
<b>2015</b>	143,5	226,8	<b>183,4</b>
<b>2030</b>	175,6	252,3	<b>212,9</b>

Fonte: Comune di Milano – Settore Statistica e S.I.T. – Servizio Statistica

Il fenomeno dell'invecchiamento demografico ha attenuato nel tempo i suoi effetti a causa della consistente crescita della popolazione straniera, caratterizzata da una giovane struttura per età. Nei prossimi anni tale fenomeno andrà ad attenuarsi e verrà bilanciato dal progressivo ulteriore invecchiamento della popolazione, a partire dagli immigrati residenti stessi.

Oggi, poi, il concetto di "anziano" assume significati diversi rispetto al passato, sia in virtù dell'allungamento dell'aspettativa di vita, sia in virtù delle modifiche legislative che spostano sempre più avanti l'età del pensionamento. E' possibile quindi individuare una fascia di cosiddetti "giovani anziani", generalmente in buone condizioni di salute, dai 60 agli 80 anni circa. Nella città di Milano, gli anziani ultra 60enni residenti sono 394.673, in maggioranza donne (233.863). Di questi il 25% è rappresentato da persone senza più il

<sup>10</sup> Per la precisione, l'indice di vecchiaia rappresenta il rapporto tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni)

coniuge (15.055 vedovi e da 84.673 vedove), persone che spesso si trovano ad affrontare l'ultima parte della vita in solitudine<sup>11</sup>.



I “grandi anziani” (oltre gli 80 anni) sono 94.330, per la maggior parte donne (63.828). Gli anziani non autosufficienti sono circa 40.000 e appartengono soprattutto a questa fascia d'età. Sono loro la fascia che esprime maggiormente esigenze di cura, appoggiandosi in prevalenza sulla rete verticale (figli e familiari) e sui servizi socio-sanitari. Andando infatti a guardare ai dati sulle condizioni di salute e sulle limitazioni degli anziani in Lombardia (vedi Tabella 5), i diretti interessati dichiarano per la maggior parte (83,6%) di stare “bene” o “molto bene”, oppure “né bene, né male”. Solo il 16,4% degli ultra 65enni dichiara di stare “male” o “molto male”. Queste percentuali risultano superiori, come immaginabile, se ci concentriamo sulla fascia 75-84 anni (22,9%) e 85 e più anni (27,8%). Allo stesso modo, gli anziani che dichiarano di avere limitazioni gravi sono il 12,8% rispetto al totale (35,9% se guardiamo agli ultra 85enni) (vedi Tabella 6).

*Tabella 5: Stato di salute della popolazione over 65 in Lombardia*

<b>STATO DI SALUTE (Lombardia)</b>											
<i>“Molto bene” o “bene”</i>				<i>“Né bene né male”</i>				<i>“Male” o “molto male”</i>			
65-74	75-84	85 e più	<b>Totale</b>	65-74	75-84	85 e più	<b>Totale</b>	65-74	75-84	85 e più	<b>Totale</b>
43,6%	26,3%	25,1%	<b>35,8%</b>	46,0%	50,8%	47,0%	<b>47,8%</b>	10,4%	22,9%	27,8%	<b>16,4%</b>

*Fonte: ISTAT 2011, Rapporto sulla coesione sociale / Istat, Indagini Multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana*

<sup>11</sup> Fonte: Comune di Milano – Settore Statistica e S.I.T. – Servizio Statistica

Tabella 6: Grado di limitazioni della popolazione over 65, Italia Nord Occidentale

GRADO DI LIMITAZIONI (Italia Nord Occidentale)							
Limitazioni gravi				Limitazioni non gravi			
65-74	75-84	85 e più	Totale	65-74	75-84	85 e più	Totale
7,9%	14,7%	35,9%	<b>12,8%</b>	26,5%	34,8%	34,9%	<b>30,1%</b>

Fonte: ISTAT 2011, Rapporto sulla coesione sociale / Istat, Indagini Multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana

### Anziani e cura informale

I numeri che descrivono la rilevante presenza di anziani residenti nella Città di Milano spiegano anche la crescente significatività del fenomeno del mercato della cura informale, ossia principalmente delle “cosiddette” badanti. Il fenomeno, già rilevante a livello nazionale con una stima di circa 744.000 assistenti familiari regolari e irregolari<sup>12</sup> (addirittura superiori ai dipendenti dell'intero SSN che sono circa 638.000)<sup>13</sup>, assume sul territorio milanese un peso ancora maggiore se si pensa che in città sono stimate circa 32.000 badanti<sup>14</sup>, tra regolari e irregolari. Sono numeri che comunicano molto in termini di esigenze di cura manifestate dagli anziani non autosufficienti e in termini di capacità di risposta dei servizi del Comune (di cui si discuterà più approfonditamente nel prossimo capitolo).



<sup>12</sup> Fonte: D. Mesini, S. Pasquinelli e G. Rusmini, 2006, Il lavoro privato di cura in Lombardia, IRS

<sup>13</sup> Fonte: Rapporto OASI 2011

<sup>14</sup> Fonte: elaborazione CeRGAS su dati D. Mesini, S. Pasquinelli e G. Rusmini, 2006, Il lavoro privato di cura in Lombardia, IRS

## **Vivere la disabilità**

Sul tema della disabilità esistono oggi purtroppo pochi dati che ci restituiscono una fotografia sempre coerente a livello nazionale e sono invece quasi del tutto assenti dati che raccontino la disabilità dei bambini da 0 a 6 anni, come se l'universo dei bambini con disabilità non volesse essere "visto" e interpretato dal complesso di attori sociali, politici e istituzionali chiamati in causa.

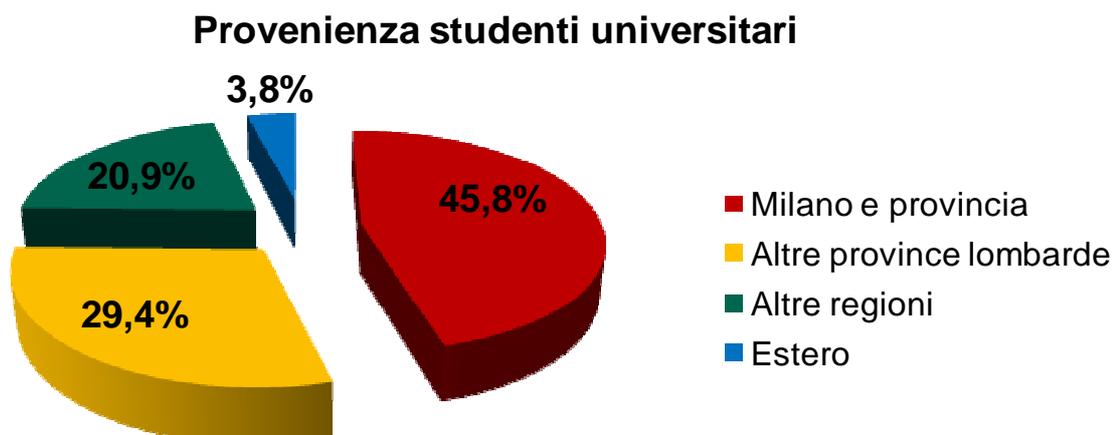
Dai dati ISFOL 2011 emerge che sono quasi 3 milioni le persone con disabilità che vivono in Italia: pari al 5% circa della popolazione. Il 93% vive in famiglia, risorsa fondamentale e imprescindibile per la persona.

Da indagini ISTAT 2011 risulta che il 66,2% delle persone con disabilità in Italia sono donne e che 8 persone con disabilità su 10 hanno più di 65 anni. In base alle stime ottenute dall'indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari del 2004/2005, emerge che in Lombardia le persone con disabilità siano almeno 337.000, di cui 266.000 con un'età superiore ai 65 anni. Numeri confermati anche dall'Istat che stimava, in Lombardia, le persone con disabilità pari al 4,1% del totale della popolazione. Il 2,3% delle persone con età superiore ai 6 anni presenta disabilità di diverso tipo nel movimento. Il 3% della stessa popolazione presenta difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane. Infine, le disabilità sensoriali coinvolgono ca. 1,1% della popolazione dai 6 anni e più.

## **I giovani milanesi: universitari, neet, young professional**

Milano, ancor più di quanto la si dipinga, è una città a forte connotazione universitaria. Con i suoi oltre 159.000 studenti universitari iscritti (pari al 12% della popolazione residente), è una metropoli che deve gran parte della sua vitalità agli studenti e alla vita che ruota attorno ai suoi atenei. E' importante altresì sottolineare che la gran parte degli studenti universitari proviene da fuori città o da fuori regione, senza essere residenti. I numeri, infatti, raccontano che solo il 45,8% degli studenti universitari abita nella metropoli o nei comuni limitrofi della provincia di Milano, mentre la maggior parte proviene da più lontano. Nello specifico, circa 47 mila studenti (il 29,4%) sono pendolari che quotidianamente si spostano nel capoluogo da altre province lombarde, mentre circa 33 mila studenti (20,9%) provengono da altre regioni italiane; 6 mila studenti (3,8%), infine, provengono dall'estero. In sintesi il 54% degli studenti (86.000) sono dei fuori sede che domiciliario in toto o in parte a Milano, senza risultare anagraficamente iscritti (vedi Figura 3).

Figura 3: Provenienza studenti universitari degli atenei milanesi



Fonte: Comune di Milano – Settore Statistica e S.I.T. – Servizio Statistica

Parte di coloro che completano il ciclo di studi universitari a Milano si fermano a lavorare nella città. Vanno a infoltire la schiera di young professional, ossia giovani professionisti che sono impiegati nelle società di servizi o nelle imprese ubicate a Milano di norma con contratti di lavoro precari. Molti di questi non hanno residenza a Milano, pur vivendo al suo interno per la maggior parte del tempo. Solitamente, nel momento in cui i giovani professionisti formano una famiglia e, soprattutto quando arriva il primo figlio, si spostano fuori Milano.

In entrambi i casi, quello degli studenti universitari provenienti da fuori Milano e quello degli young professional per la maggior parte senza residenza, si pone il problema della mancata rappresentanza istituzionale dei loro interessi, nonostante il significativo apporto e la relativa rilevanza all'interno della città. A questi vanno poi aggiunti i cosiddetti city user, ossia il numero totale di pendolari che, indipendentemente dall'età, vivono fuori Milano e che quotidianamente entrano in città per lavoro. Le ultime stime disponibili (a cura della Provincia di Milano, del 2002) parlano di circa 700 mila persone.



I giovani milanesi, così come tutti i giovani italiani, sono stati vittime dell'impatto della crisi economica. I dati sui neet (Not in Education, Employment or Training), ossia coloro che non lavorano, né studiano, sono drammatici. In Lombardia, i neet tra i 15 e i 29 anni sono oltre 200 mila, circa l'11% del totale nazionale, in maggioranza donne (60%) (vedi Tabella 7).

Tabella 7: Tasso di Neet (15-29 anni) in Lombardia - Anno 2004-2009

2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variazione 2009-2004
12,8 %	12,5%	11,3%	11,5%	13,3%	15,1%	17,6%

Fonte: Il sole 24 ore, 1/09/2011/Italia Lavoro, 2011

Di questi, 76 mila neet (di cui 42 mila donne) sono residenti nella città di Milano. Il fenomeno interessa circa il 13% dei giovani under 30 milanesi, più di uno su dieci. Questi giovani sono i principali candidati all'esclusione sociale futura, poiché non inseriti in percorsi formativi, né occupati, né in cerca di lavoro, quindi scoraggiati e senza orizzonti futuri facilmente percorribili.

### La Milano multiculturale

Milano è anche il centro pulsante di un territorio, quello lombardo, che, sia in termini assoluti sia in termini relativi, si presenta come la Regione italiana con il più alto numero di immigrati, anche in virtù dell'alta attrattività occupazionale: in totale ne sono presenti circa 1 milione e 60 mila tra regolari e non in Lombardia (il 25% degli stranieri in Italia, nonostante la Lombardia ospiti il 17% degli italiani). Milano e la sua Provincia hanno di conseguenza la più alta concentrazione di immigrati, circa 450 mila. Le professioni prevalenti sono l'operaio edile (il 21,2% degli uomini) e la domestica ad ore o assistente domiciliare (32,5% delle donne).



Si modifica, di conseguenza, anche la composizione delle nuove generazioni di bambini lombardi. Tra il 2000 ed il 2008 i bambini nati da genitori entrambi italiani iscritti

all'anagrafe sono passati da 75.649 a 74.577, mentre nello stesso periodo quelli nati da almeno un genitore straniero sono passati da 9.601 a 24.095, pari al 24,41% del totale di nuovi nati in Lombardia (vedi Tabella 8).

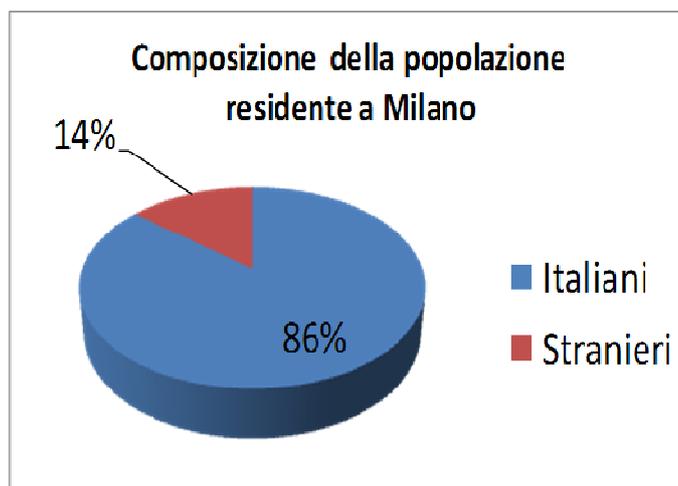
Tabella 8: Iscritti all'anagrafe per nazionalità dei genitori in Lombardia (2000-2008)

Iscritti all'anagrafe per nascita 2000			Iscritti all'anagrafe per nascita 2005			Iscritti all'anagrafe per nascita 2008		
Genitori entrambi italiani	Solo un genitore straniero	Genitori entrambi stranieri	Genitori entrambi italiani	Solo un genitore straniero	Genitori entrambi stranieri	Genitori entrambi italiani	Solo un genitore straniero	Genitori entrambi stranieri
75.649	2.581	7.020	74.343	3.968	14.169	74.577	<b>4.963</b>	<b>19.132</b>

Fonte: ISTAT, 2010, Rapporto sulla Coesione Sociale

La presenza "straniera" è molto robusta nella città di Milano. Gli immigrati residenti al 1 gennaio 2011 sono infatti 217.324, pressoché ugualmente ripartiti tra maschi (108.155) e femmine (109.169). Le famiglie d'origine straniera residenti a Milano nel 2011 sono 139.723<sup>15</sup>.

Figura 3: Composizione percentuale della popolazione residente a Milano



Fonte: Fonte: ISTAT, Geodemo 2011 / Ufficio Statistica Comune di Milano

L'evoluzione demografica della città descritta nella parte iniziale del capitolo sconta quindi una forte influenza della quota di residenti provenienti da altri Paesi, cresciuta nell'ultimo

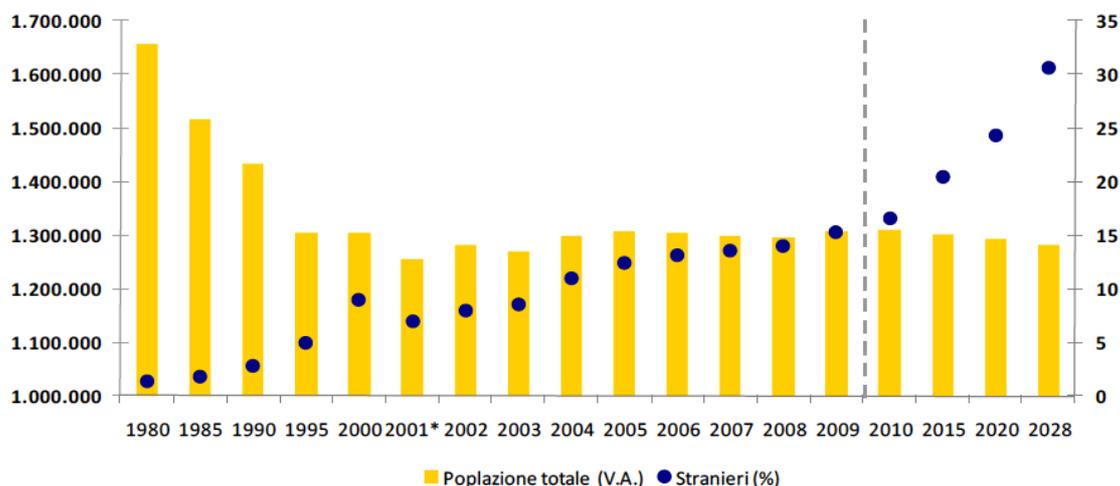
<sup>15</sup> Fonte: Comune di Milano – Settore Statistica e S.I.T. – Servizio Statistica

decennio in modo costante e significativo (vedi Figura 4). I dati dell'anagrafe cittadina riportano il numero di circa 200.000 immigrati con "dimora abituale" nel Comune di Milano, al 31 dicembre 2009. Di questi, 182.000 erano provenienti dai cosiddetti "Paesi a forte pressione migratoria".

La provenienza degli stranieri residenti a Milano vede prevalere i filippini (31.000), gli egiziani (26.000), i cinesi (17.000), i peruviani (16.000) e gli ecuadoriani (13.000). Le comunità di origine africana sono a prevalenza maschile, mentre nelle comunità originarie dei paesi est-europei (con l'eccezione dell'Albania) ed asiatici (con l'eccezione dello Sri Lanka) sono le donne ad essere più numerose. La più alta percentuale di minori è stata rilevata per le nazionalità cinese, egiziana e marocchina; tuttavia, facendo riferimento alla quota di minori nati in Italia, la percentuale più elevata si registra tra i filippini.

L'anzianità di residenza è un aspetto rilevante in quanto segnala, almeno in via teorica, il livello di radicamento sul territorio presso la società ospite. Sono a Milano da oltre 10 anni più del 30% dei filippini, segno di maggiore radicamento; viceversa, l'immigrazione dalla Romania pare il fenomeno più significativo degli ultimi 5 anni<sup>16</sup>.

Figura 5: Popolazione residente e % di stranieri (scala di destra) – Evoluzione dal 1980 e previsioni demografiche fino al 2028



Fonte: Rapporto CISF 2011: Giancarlo Blangiardo - Il mutamento demografico e sociale di Milano

<sup>16</sup> Rapporto CISF 2011: Giancarlo Blangiardo - Il mutamento demografico e sociale di Milano

Le donne immigrate danno un contributo sostanziale alle nascite della città, con un tasso di natalità di 1,91, cioè quasi due figli per ciascuna (contro un tasso di natalità delle donne italiane di 1,2).

Gli irregolari nella città di Milano sono stimabili in circa 30.300 unità (il 13,9% rispetto agli stranieri regolari) numero che va a infoltire la fetta consistente di culture presenti nel capoluogo lombardo. Il numero di senza permesso di soggiorno è però in notevole calo rispetto alle 44.550 unità del 2009 e le 31.300 del 2010. Tra gli irregolari c'è maggior disoccupazione (26,3% contro l'11,5% dei regolari) e redditi medi più bassi (800€ contro 1000€). Gli immigrati irregolari tendono maggiormente a vivere condividendo l'affitto con altri immigrati (37,6%), mentre tra i regolari prevale la soluzione abitativa autonoma (78,4%), spesso insieme alla famiglia. Gli immigrati regolari che vivono con il coniuge sono infatti l'82,8% del totale (vedi Tabella 9).

*Tabella 9: Caratteristiche immigrati regolari e irregolari della città di Milano*

	Regolari	Irregolari
Disoccupati per 100 attivi	11,5%	26,3%
Reddito Mediano mensile da lavoro	1000	800
Con soluzione abitativa autonoma	78,4%	38,6%
In affitto con altri immigrati	9,8%	37,6%
Coniugati che vivono con il coniuge	82,8%	41,7%

*Fonte: Ufficio Statistica Comune di Milano*

### **Come cambiano le famiglie**

Le famiglie stanno mutando le loro caratteristiche fondanti. Sono sempre più rare le famiglie formate da più di 3 componenti, dato che corrisponde alla diminuzione del tasso di natalità in Italia. In base ai dati dell'anagrafe, si stima che a Milano vivano sempre di più famiglie monocomponente o persone sole che, nel 2011, rappresentano il 52,7% dei nuclei familiari residenti in città, circa 340.000 nuclei (vedi Tabella 9). Si tratta di un modello familiare sempre più diffuso in città che comprende sia un numero consistente di single con meno di 35 anni (70.000) e tra i 35 e 64 anni (170.000), sia un numero crescente di anziani soli (attualmente circa 100.000), soprattutto donne.

I nuclei composti da due persone rappresentano invece il 23% rispetto al totale: si tratta quindi di circa 680.000 nuclei composti, in media, da uno o due individui. La famiglia formata da tre componenti rappresenta il 12,8%, con una drastica riduzione di queste percentuali nell'arco degli ultimi tre decenni. Per quanto concerne le coppie, quelle con figli rappresentano il 21,7% sul totale delle famiglie milanesi; quelle senza figli il 16%.

Anche rispetto alle dinamiche dei modelli familiari, la già richiamata incidenza della popolazione straniera influenza in maniera rilevante i cambiamenti che stanno avvenendo nella Città di Milano. La costante crescita della popolazione straniera residente si riflette in una quota sempre più ampia di nuclei composti solo da immigrati (15.5%) o "misti" (2%): si tratta complessivamente di 120.000 famiglie, quasi il triplo rispetto a 10 anni fa. Rispetto alle nazionalità, le famiglie filippine risultano essere le più numerose (15.000) caratterizzandosi anche per un numero medio di componenti (2,11) più elevato della maggior parte delle altre nazionalità d'origine, con l'eccezione di quella cinese (2,42). Gli immigrati provenienti dai Paesi est-europei, in particolare Romania ed Ucraina, tendono più spesso a vivere da soli: si tratta principalmente di giovani donne di recente immigrazione<sup>17</sup>.

*Tabella 10: Famiglie residenti a Milano per numero di componenti (valori in %)*

Numero componenti	1981	1991	2001	2011
<b>1</b>	<b>26,6</b>	<b>32</b>	<b>37,3</b>	<b>52,7</b>
2	26,8	28	31,2	23
<b>3</b>	<b>22,6</b>	<b>21,2</b>	<b>17,8</b>	<b>12,8</b>
4	17,6	14,8	10,9	8,6
5	4,8	3,2	2,4	2,1
6 e più	1,6	0,8	0,4	0,6

*Fonte: Comune di Milano – Settore Statistica e S.I.T. – Servizio Statistica*

I dati ci rivelano poi che ci si sposa sempre più tardi: l'età media in cui si convola a nozze nella Città di Milano è 36 anni e mezzo per le donne e 40 anni per gli uomini. Si celebrano meno matrimoni (civili e religiosi), da 5.112 del 1997 a 2.890 del 2010; al tempo stesso aumenta il numero di divorzi, passati da 1.090 del 1997 a 1.687 del 2010 (vedi Tabella 11).

<sup>17</sup> Rapporto CISF 2011: Giancarlo Blangiardo - Il mutamento demografico e sociale di Milano

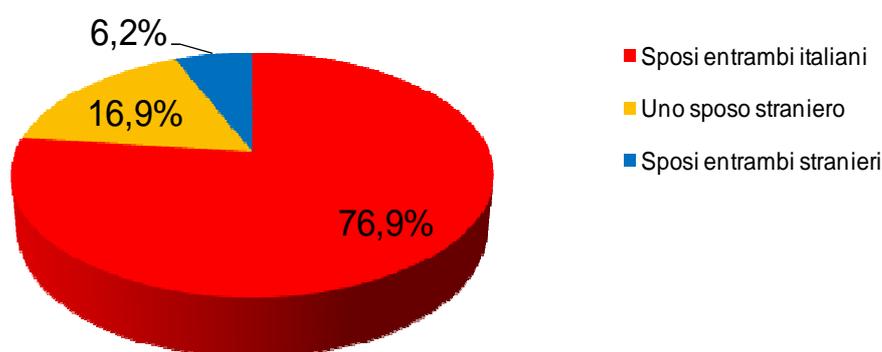
Tabella 11: Andamento matrimoni celebrati e divorzi a Milano (1997-2010)

Anno	1997	2002	2010
Matrimoni religiosi	3.110	2.313	1.139
Matrimoni civili	2.002	2.502	1.751
<b>Totale matrimoni</b>	<b>5.112</b>	<b>4.815</b>	<b>2.890</b>
<b>Totale divorzi</b>	<b>1.090</b>	<b>1.536</b>	<b>1.687</b>

Fonte: Comune di Milano – Settore Statistica e S.I.T. – Servizio Statistica

La multiculturalità milanese si riflette anche sulla cittadinanza degli sposi: il 23,1% del totale delle nozze celebrate a Milano vedono protagonista almeno un coniuge di cittadinanza straniera (vedi Figura 6).

Figura 6: Matrimoni celebrati a Milano secondo la cittadinanza degli sposi (2010)



Fonte: Comune di Milano – Settore Statistica e S.I.T. – Servizio Statistica

I dati forniti dall'anagrafe milanese sono utili per effettuare alcune considerazioni preliminari relative al tema dell'uscita di casa dei giovani e della formazione di nuove famiglie. I nuclei che hanno come capo-famiglia un individuo con meno di 35 anni sono per lo più giovani che vivono da soli (66.500), mentre è inferiore la quota delle coppie con figli (10.300) o senza figli (5.200)<sup>18</sup>.

In generale, cambia in Italia il peso delle nuove forme familiari, un fenomeno relativamente nuovo e per questo motivo ancora poco indagato dalle statistiche ufficiali che restituiscono al momento solo una prima fotografia a livello nazionale. In Italia, infatti, single non vedovi,

<sup>18</sup> Rapporto CISF 2011: Giancarlo Blangiardo - Il mutamento demografico e sociale di Milano

monogenitori non vedovi, famiglie ricostituite coniugate e unioni libere nel complesso valevano nel 2009 il 28% del totale delle forme familiari (con un aumento considerevole rispetto al 16,9% del 1998)<sup>19</sup>.

In particolare, le famiglie di unioni libere in Italia, ossia le cosiddette “famiglie di fatto”, sono in totale 881 mila e coinvolgono un totale di 2 milioni 523 mila persone, considerando sia genitori che figli. Queste nuove forme di famiglia si concentrano soprattutto nel Centro Nord del Paese e nei centri metropolitani. Vi sono poi le cosiddette “famiglie puzzle”, ossia famiglie ricostituite in cui una coppia che decide di intraprendere un percorso di vita comune, dopo che uno o entrambi i suoi membri abbiano sperimentato precedenti esperienze di separazione da altri partner, oppure quando due adulti formano una nuova famiglia in cui uno di loro o entrambi portano un figlio avuto da una precedente relazione. Le coppie ricostituite coniugate sommate a quelle non coniugate sono in Italia 1 milione e 70 mila, il 7% delle coppie<sup>20</sup>. Queste nuove forme di famiglia sono molto probabilmente più frequenti a Milano, rispetto alla media nazionale. L’Ente Locale, in questo panorama, non è chiamato a esprimere “giudizi” quanto a promuovere politiche inclusive capaci di accompagnare la società in mutamento.

### **Milano, città che cambia**

Milano cambia. Milano è una città in continua evoluzione e, di conseguenza, lo è pure la sua società, sotto la spinta della crisi economica, dei cambiamenti demografici e dei principali fenomeni sociali emergenti fino a qui descritti. E’ quindi necessario evolvere anche la prospettiva dalla quale si guarda ai problemi sociali e al sistema di risposte alle esigenze manifestate dai cittadini e dalle persone che vivono Milano. Una Milano dove ci sono più cani (120.000) che bambini tra 0 e 6 anni (83.605). Una Milano ricca di culture, risorse, giovani, anziani, studenti e donne lavoratrici. Una Milano che ha un volto diverso dalla Milano di dieci anni fa e che è diverso dal volto che avrà tra dieci anni.



<sup>19</sup> Fonte: Istat 2011, Come cambiano le forme familiari

<sup>20</sup> Idem

## Le risorse per il welfare della città di Milano

All'interno di un quadro composito e dinamico come quello descritto, le risorse (finanziarie e immateriali) per il welfare sono altrettanto eterogenee e in evoluzione.

Il Comune di Milano mette in gioco ogni anno per l'area socio-assistenziale circa 461.131.609€, che si traducono in un valore procapite di circa 348€. L'ASL Milano aggiunge a queste risorse circa 304.144.000€ per l'integrazione socio-sanitaria, per circa 230€ pro-capite. Gli utenti partecipano alla spesa sociale acquistando prestazioni e servizi per circa 123.083.053€, ossia approssimativamente 93€ a persona. Vi sono poi i Fondi trasferiti da Regione e Stato, come il Fondo Nazionale Politiche Sociali (le cui risorse sono in forte calo) e il Fondo Sociale Regionale, che nel 2009 valevano rispettivamente circa 10.281.918€ (8€ per cittadino) e 12.680.198€ (10€ per cittadino). Infine, vi sono anche le risorse trasferite dall'INPS ai cittadini che, calcolando solo la componente assistenziale (escludendo dunque il valore della previdenza), ogni anno valgono circa 951.936.081€, cioè 719€ procapite (vedi Tabella 12 e Figura 7).

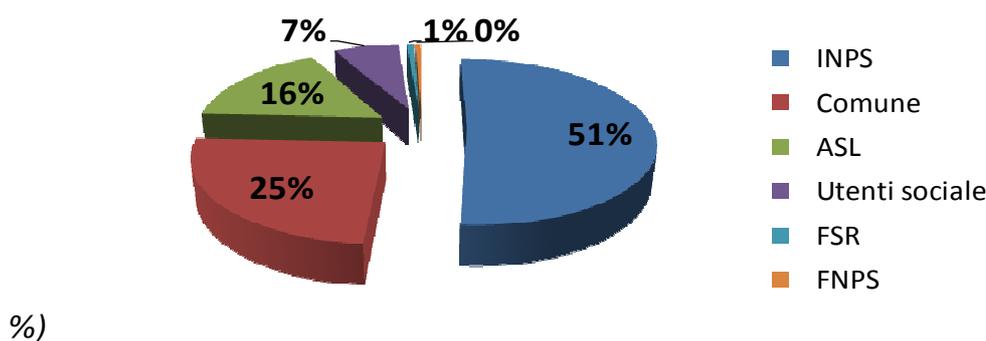
Tabella 12: principali componenti della spesa per il welfare della città di Milano

FONTE	SPESA STIMATA in €	SPESA STIMATA in € PRO CAPITE	% sul totale della spesa
INPS	951.936.081	719	51%
Comune	461.131.609	348	25%
ASL	304.144.000	230	16%
Utenti sociale	123.083.053	93	7%
FSR	12.680.198	10	1%
FNPS	10.281.918	8	0%
<b>Totale</b>	<b>1.895.544.732</b>	<b>1431</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaborazione CERGAS Bocconi su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Bilancio sociale Comune di Milano, Bilancio Sociale Regione Lombardia, Monitoraggio regionale PdZ Regione Lombardia. Anno di riferimento 2009. Dati del Comune aggiornati al 2011.

La stima non considera le risorse messe in gioco dagli utenti per l'acquisto di prestazioni sociosanitarie presso le strutture della città; il dato INPS è ottenuto a partire da una stima della spesa INPS per prestazioni sociali e sociosanitaria su base regionale.

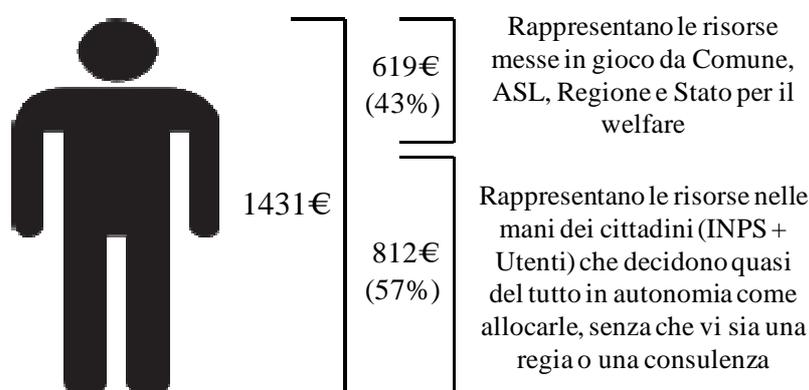
Figura 7: Principali componenti della spesa per il welfare della Città di Milano (valori in



Fonte: elaborazione CERGAS Bocconi su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Bilancio sociale Comune di Milano, Bilancio Sociale Regione Lombardia, Monitoraggio regionale PdZ Regione Lombardia. Anno di riferimento 2009. Dati del Comune aggiornati al 2011.

Analizzando quindi il peso che ciascuna componente riveste nel complesso sistema di welfare della città di Milano, è possibile notare come la parte più consistente di risorse (51%) provenga dall'INPS, che le trasferisce direttamente ai cittadini che le utilizzano per l'acquisto di servizi in modo quasi del tutto autonomo, potendosi rivolgere sia al mercato formale che al mercato informale di cura. A queste risorse si aggiungono quelle del tutto private che i singoli utenti spendono per la compartecipazione alla spesa per alcuni servizi sociali (7%). Le risorse pubbliche sono rappresentate soprattutto dal 25% detenuto dal Comune, a cui si deve sommare il 16% dell'ASL e le risorse trasferite da altri livelli gerarchici dello Stato, oramai esigue (FSR circa 1%;FNPS tendente a 0%) (vedi Figura 8).

Figura 8: Le componenti della spesa per il welfare della città (componenti della spesa pro-capite)



Fonte: elaborazione CERGAS Bocconi su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Bilancio sociale Comune di Milano, Bilancio Sociale Regione Lombardia, Monitoraggio regionale PdZ Regione Lombardia. Anno di riferimento 2009. Dati del Comune aggiornati al 2011.

Il quadro riassuntivo rende evidente come la maggior parte delle risorse siano nella gestione diretta dei singoli cittadini o delle famiglie, che utilizzano, nell'arcipelago disordinato dell'attuale welfare ambrosiano, le risorse private o le risorse trasferite dall'INPS decidendo quasi del tutto in autonomia come allocarle, senza che fino ad oggi vi sia stata una regia adeguata o una qualsiasi forma di consulenza da parte dell'Amministrazione Pubblica.

Queste risorse, rispetto a una media di 1431€ totali pro-capite, rappresentano circa 812€ per persona, ossia il 57% di tutte le risorse in gioco. Le risorse pubbliche per il welfare (Comune, ASL, Regione e Stato) sommate valgono 619€ per persona, il 43% del totale. Il quadro delle risorse qui descritto rende doverosa una riflessione sul possibile ruolo che il settore pubblico può rivestire all'interno di un contesto in cui intervengono diversi tipi di attori e in cui le decisioni relative all'allocazione delle risorse stesse vengono attualmente prese al di fuori del perimetro dell'azione pubblica.

Il tema cruciale, che attraversa tutta l'elaborazione del Piano, è dunque proprio quello costituito dalla necessità di scommettere su di una nuova stagione del protagonismo di un attore pubblico che decide di non lasciare da solo il cittadino. Lo accompagna, gli offre una "bussola", sa scommettere sul mix costituibile con il meglio dell'iniziativa privata per dare vita ad un sistema di interventi che si misurino sul terreno della risposta al bisogno.

### **La spesa del Comune di Milano per i servizi destinati al welfare, in tutte le sue componenti**

Considerando il welfare nell'accezione più ampia, sono evidenti le interdipendenze tra l'Assessorato alle Politiche sociali e Cultura della salute e gli altri assessorati che in qualche modo concorrono al welfare come definito nel primo capitolo:

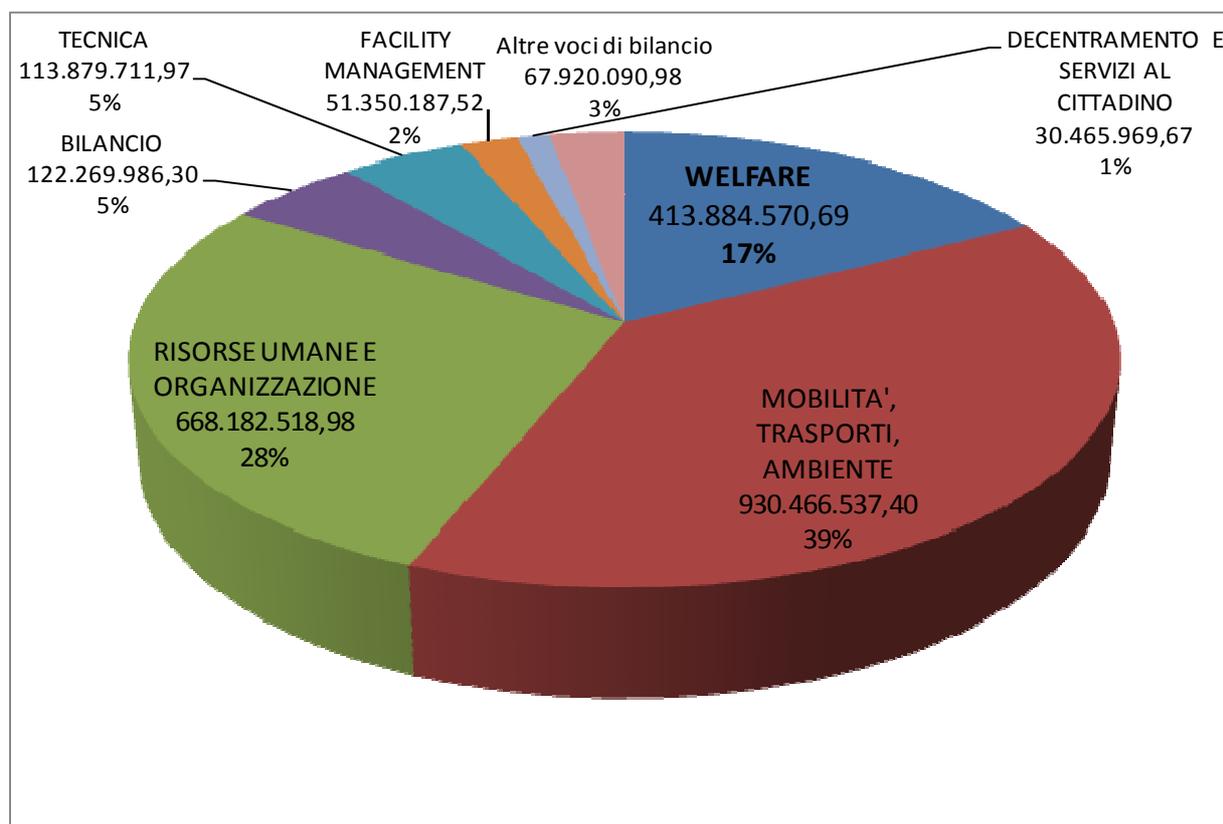
- Educazione e istruzione
- Casa, Demanio, Lavori pubblici
- Cultura, Moda, Design
- Sicurezza e coesione sociale, Polizia locale, Protezione civile, Volontariato
- Politiche per il lavoro, Sviluppo economico, Università e ricerca
- Decentramento e Servizi Civici
- Benessere, Qualità della vita, Sport e tempo libero

Inoltre, come ha già dimostrato l'Amministrazione Comunale attraverso la scrittura del Piano di Governo del Territorio, sullo sfondo della politica sociale si collocano il processo di rigenerazione urbana, l'attenzione rivolta al Piano dei servizi del PGT medesimo, le scelte relative al riuso come riappropriazione ad uso sociale e comunitario dello spazio

urbano ed edificabile, gli incentivi volti a sostenere l'housing sociale o comunque gli interventi possibili connessi al tema dell'edilizia per tutti.

Se si guarda al totale complessivo delle voci di Bilancio relative a questi assessorati (riferite alla sola spesa per servizi al netto delle spese di personale sostenute per la loro erogazione), la loro rilevanza rispetto alla spesa complessiva del Comune di Milano è del 17,26%, per un totale di 413.884.570,69 €. La cifra, che non include le spese per il personale che vengono contabilizzate in una voce di bilancio apposita, è seconda per entità solo a quella dell'Assessorato alla Mobilità, Ambiente, Arredo urbano, Verde (vedi Figura 9).

*Figura 9: Il welfare nel bilancio del Comune di Milano (valori espressi in euro e relative percentuali)*



Fonte: Bilancio del Comune di Milano (Consuntivo 2011)

### La spesa del welfare destinata all'area socio-assistenziale del Comune di Milano

Guardando invece al perimetro più ristretto comprendente solo la spesa per l'area socio-assistenziale integrata dalle spese del personale (quota parte dei 668, 2 milioni di euro sopra rappresentati nella figura 9), i 461.131.609,72 euro messi in gioco dal Comune di

Milano nel 2011 rappresentano il 19,22% del totale della spesa corrente dell'Ente. La spesa per il 2011, al netto delle funzioni maggiormente legate all'area dell'educazione (ossia Asili Nido e Scuole dell'infanzia), è stata di 302.913.088,54 euro equivalente al 12,62% del totale della spesa corrente del Comune. Questi numeri si traducono in una spesa pro-capite di 348 euro (228,76 euro, al netto degli Asili Nido e delle Scuole dell'infanzia), ammontare considerevole se confrontato al resto della spesa del Comune.

Queste risorse vengono in parte spese per l'erogazione diretta di servizi e per la gestione degli Assessorati (59% circa) e per il restante 41% per la funzione di committenza, ossia per l'affidamento a terzi dei servizi, la coprogettazione, la valorizzazione delle iniziative dei privati e il finanziamento dei servizi su libera scelta dei cittadini. Rimandiamo al successivo capitolo 5 l'approfondimento della spesa comunale.

### **Le risorse finanziarie e immateriali: Terzo Settore, non profit, volontariato e cura informale**

Il contributo al sistema di welfare della città di Milano da parte delle aziende non profit è molto rilevante, sia in termini finanziari, sia in termini di altre risorse – strumenti, esperienze, saperi - messe in gioco. Basti pensare che nella sola Provincia di Milano l'86% delle aziende non profit si occupa di servizi sanitari, sociali e personali. Fondazioni, cooperative, organizzazioni di volontariato e ONG ricevono la maggior parte delle loro entrate da fonti pubbliche, mentre questa percentuale diminuisce per associazioni, consorzi e associazioni non riconosciute.

Accanto a forme retribuite di lavoro attraverso aziende non profit, è altresì importante sottolineare il ruolo ricoperto dal volontariato o dai percorsi di cittadinanza attiva.

Nella città di Milano e Provincia si stima vi siano circa 45.136 volontari che prestano ogni anno 9.207.744 ore di "lavoro non retribuito".

Nel solo Comune di Milano sono presenti 399 Organizzazioni di Volontariato iscritte al Registro Regionale del Volontariato, cui vanno a sommarsi le organizzazioni di volontariato non iscritte ai registri e quelle dell'associazionismo per una stima totale di circa 2.000 associazioni con sede a Milano.

Questo "lavoro" ha un valore economico stimato in 100 milioni e 757 mila euro ogni anno, ossia l'equivalente delle prestazioni che svolgono 5.048 persone full time nell'arco di 12 mesi.

Altrettanto rilevante è il tempo dedicato da anziani, soprattutto "giovani anziani" al welfare della città. Ogni mese nella città di Milano ci sono 94.722 persone over 54 che svolgono attività di supporto e aiuto informale. Questo significa quindi che ogni mese il 25% della popolazione over 54 fornisce un monte ore medio di assistenza informale e gratuita di circa 32 ore per un totale di ore al mese nella città di Milano di 3.023.043 ore. Stimando il

valore economico generato ogni anno dagli anziani attivi grazie ad attività di cura informali nella città di Milano si arriva a una cifra di circa € 72.095.212.



Un discorso a parte può essere fatto per il ruolo che all'interno delle famiglie i nonni svolgono per la cura dei nipoti, soprattutto in quelle situazioni in cui i genitori registrano difficoltà di conciliazione tra i tempi del lavoro e i tempi della famiglia. Ogni anno grazie all'assistenza ai nipoti da parte degli anziani attivi è possibile risparmiare 98 milioni di euro annuali nella città di Milano, 828 milioni in Lombardia e circa 12 miliardi in Italia.



Infine, anche il lavoro domestico (la cosiddetta "produzione domestica") ha un valore economico considerevole, con differenze nei contributi dati da uomini e donne. Infatti, Ogni giorno mediamente le donne dedicano 347 minuti al giorno alla produzione domestica, contro i 115 minuti dedicati dagli uomini. Nella città di Milano e Provincia il valore creato dal lavoro domestico è equivalente a € 23.814.311.822,84 all'anno.

## **5. UNO SGUARDO SINTETICO - INTERPETATIVO SUI SERVIZI STORICAMENTE EROGATI DAL COMUNE: LA SPESA, GLI INDICI DI COPERTURA, L'EFFICACIA RELATIVA**

In questo capitolo si affronterà l'analisi generale della spesa del welfare del Comune, verranno esposte alcune considerazioni puntuali sull'entità della spesa impegnata per settore, si fornirà una valutazione degli indici di copertura dei bisogni che la città presenta, studiandone l'efficacia relativa, giungendo ad uno schema sintetico interpretativo di quali sono le politiche sociali erogate dal Comune di Milano.

E' fondamentale infatti per riuscire a definire le necessarie innovazioni future per il welfare della città prendere in considerazione da una parte, come visto nel capitolo 4, i bisogni che la città sta esprimendo e dall'altra i servizi storicamente garantiti nelle diverse aree di policy, i loro indici di copertura dei bisogni e la loro efficacia.

### **Le risorse nel perimetro del welfare comunale**

Ricordiamo che le risorse del welfare del Comune di Milano rappresentano il 25% delle risorse totali relative al perimetro di spesa socio-assistenziale e socio-sanitario. Quindi a fronte di una spesa di 1.413 euro pro capite per il welfare per cittadino il 25% delle risorse derivano dal Comune, il 16% dall'ASL, il 2% da Regione e Stato (totale 43%) mentre il 57% sono risorse in mano ai cittadini che decidono in totale autonomia come allocarle, senza una particolare regia o consulenza (cfr. capitolo 4). Questo è interessante per sottolineare che la maggior parte delle risorse è gestibile autonomamente dai cittadini, non dipende quindi dal Comune o da altri enti, ma dalla capacità di spesa e dalla discrezionalità di ogni cittadino. Gli Enti Locali vivono pertanto la difficile condizione di soggetto responsabile e di ultima istanza per i cittadini, pur detenendo una quota minoritaria delle risorse del welfare.

In altre parole gli Enti Locali sono percepiti come la porta a cui bussare o il luogo a cui rivolgersi per "lamentare" disfunzioni e problematiche inevase tuttavia non risiede sempre in essi, almeno nell'ambito dell'Amministrazione Comunale milanese, attualmente, né un'efficace capacità di risposta diretta al bisogno né un'autorevole funzione di "regia" dei numerosi soggetti mobilitati nell'area del welfare. Esserne consapevoli, e non sottostimare il limite, significa comprendere efficacemente i nodi da "aggredire" per il processo di innovazione da mettere in campo a partire dall'autunno del 2012.

Una delle criticità maggiori riscontrata rispetto allo sviluppo di politiche di welfare è pertanto costituito dalla straordinaria frammentazione e dispersione delle risorse tra attori e famiglie, senza logiche e strumenti sistematici di integrazione tra i diversi attori che si occupano di welfare all'interno della città. Tale contesto genera o alimenta ostacoli nel perseguimento dei criteri di universalismo selettivo che sono la base fondamentale delle

politiche perseguite in questo ambito. La mancata ricomposizione delle risorse rappresenta una enorme criticità ma anche una grande sfida per ripensare come rendere sinergici i diversi attori e riuscire ad ottenere la possibilità di allocare le risorse con più efficacia nel tempo della crisi.

## Il ruolo del Comune di Milano rispetto all'area socio-assistenziale

Il Comune di Milano nell'anno 2011 ha destinato all'area socio-assistenziale una spesa di 461.131.609,72 euro, equivalente al 19,22% del totale della spesa corrente del Comune, se si escludono le spese afferenti all'area educazione, casa e decentramento, la spesa dell'Assessorato alle Politiche Sociali è stata di 238.745.041,00 euro equivalente al 10% del totale della spesa corrente del Comune, per una spesa pro-capite rispettivamente di 348 euro, se prendiamo in considerazione tutte le aree, e di 180 euro calcolando solo l'Assessorato alle Politiche Sociali. Se analizziamo e confrontiamo la spesa pro-capite per funzione sociale del Comune di Milano con quella degli altri grandi Comuni è possibile notare che Milano ha una spesa simile alle città di Bologna e Torino e nettamente superiore a Roma. Le aree e le policy sviluppate dal Comune di Milano, che rientrano nel perimetro di sviluppo del welfare, afferiscono a diversi Assessorati, forse si dovrebbe dire all'intera azione dell'Amministrazione, e rappresentano come abbiamo visto una elevata percentuale delle spese del Comune di Milano. Nella tabella che segue l'attenzione viene riposta su alcune di esse (Educazione, Casa, Decentramento) per una valutazione che consenta alcuni sguardi comparati sulla spesa in relazione ai singoli bisogni manifestati o in relazione all'organizzazione delle fonti della spesa stessa (nel considerare la tabella non va ovviamente mai dimenticata l'azione cruciale, rispetto allo sviluppo del welfare, degli altri ambiti delle politiche amministrative già citate – Lavoro, Sicurezza e Coesione Sociale, Cultura etc.).

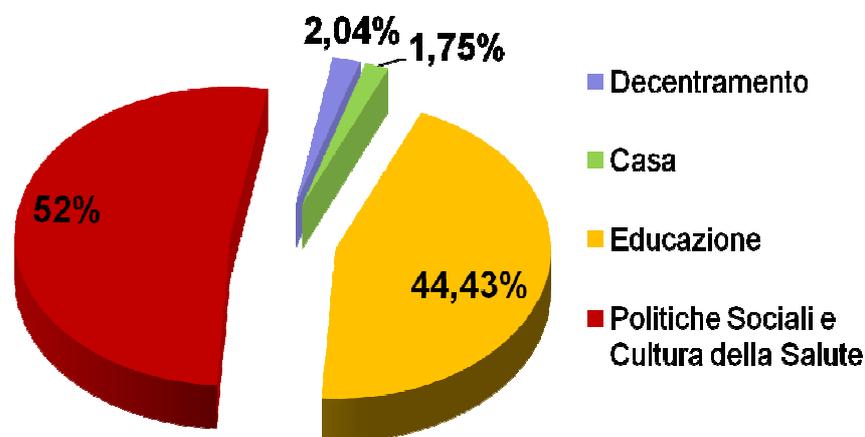
Figura 10: le principali aree di policy relative al welfare del Comune di Milano

Direzione Centrale	Aree di policy
Politiche Sociali e Cultura Della Salute	Servizi per Anziani
	Servizi per minori e per le famiglie
	Adulti immigrati e inclusione sociale
	Disabilità e Salute Mentale
	Direzione Centrale
Educazione	Scuole dell'infanzia – Nidi l'infanzia – Servizi Integrativi
Casa	Direzione Centrale Casa (fondi sostegno locazione)
Decentramento	Sostegno al Reddito Anziani

Iniziando ad entrare in profondità nell'analisi delle diverse aree l'area educazione (che comprende Asili Nido, Centri Prima Infanzia, Sezioni Primavera, Tempi per le Famiglie, Scuole dell'infanzia e Ludoteche) rappresenta il 44% della spesa del welfare, l'Assessorato alle Politiche Sociali e cultura della salute il 52%, mentre area decentramento e area casa si assestano rispettivamente sull' 1,8% e sul 2% (Vedi grafico seguente).

### La suddivisione delle risorse del welfare

Figura 11: la suddivisione delle risorse per il welfare del Comune di Milano tra gli assessorati



E' interessante analizzare le fonti di entrata di queste spese, ovvero valutare quante risorse arrivano dalle disponibilità proprie del Comune, quante vengono messe in gioco dagli utenti e quante sono le risorse derivanti da fondi sovraordinati vincolati regionali o nazionale. Come è possibile leggere nella tabella seguente nell'area sociale quasi l'80% delle risorse sono risorse proprie del Comune, il 12% sono risorse derivanti dal pagamento delle prestazioni da parte degli utenti mentre il 10% deriva da fondi sovraordinati vincolati.

Questo è vero per tutte le aree tranne per l'Area Casa dove la maggior parte dei fondi deriva da fondi sovraordinati. E' chiaro comunque che la maggior parte delle entrate per coprire la spesa derivi da fondi del Comune, e solo in minima parte gli utenti e gli altri enti concorrono al finanziamento della spesa del welfare.

## Il mix delle risorse del welfare

Tabella 13: il mix delle risorse del welfare del Comune di Milano

	Risorse proprie Comune	Utenti attraverso tariffe	Fondi sovraordinati vincolati
<b>Welfare (complessivo)</b>	77,39%	12,19%	10,42%
<b>Politiche sociali</b>	69,39%	15,99%	14,62%
<b>Educazione</b>	87,74%	8,80%	3,45%
<b>Casa</b>	24,71%	0,00%	75,29
<b>Decentramento</b>	100,00%	0,00%	0,00%

La percentuale molto bassa di compartecipazione da parte degli utenti ai servizi segnala un posizionamento implicito su molti fronti.

Da un lato significa che si è privilegiata in alcuni casi una concezione “pauperistica” dei servizi comunali, ovvero generalmente gratuiti e focalizzati esclusivamente sulle fasce di popolazione più povere, in altri casi (come per le Scuole dell’Infanzia ed alcuni servizi educativi integrativi) si è scelto di offrire gratuitamente i servizi o di richiedere alle famiglie un contributo di partecipazione contenuto. In altri termini si è rinunciato, in alcuni casi, ad offrire servizi a pagamento per le classi reddituali medie e medio - alte. Questo significa anche aver rinunciato ad una eventuale funzione redistributiva del welfare che con i margini economici ottenibili da alcuni servizi per segmenti sociali medi e medio - alti, può finanziare servizi aggiuntivi per altri segmenti sociali. Inoltre significa aver rinunciato a competere sul mercato della cura individuale a pagamento (badanti e babysitter), lasciando questa esclusivamente al mercato informale. Vi è quindi una diffusa difficoltà all’applicazione di tariffe, che riduce il potenziamento dell’equità distributiva alla base di ogni universalismo selettivo.

Non si possono però rivedere le tariffe lasciando invariati i servizi: è necessario prima di tutto sviluppare l’offerta anche per altri classi sociali oggi escluse, modulare molto i criteri di accesso ai servizi, per sviluppare in ottica strategica e complessiva il miglioramento del welfare comunale determinando una maggiore qualità percepita che permetta di compartecipare alla spesa e di garantire tramite risorse dirette e indirette la generazione di sinergie effettive sul territorio.

A questo fine, si richiama l'urgenza non più eludibile di correlare accesso ai servizi e compartecipazione alla spesa all'ISEE di ogni interessato.

Attualmente, infatti, non vi è uno strumento unico di rilevazione del reddito e risultano ancora da potenziare radicalmente, nonostante alcune sperimentazioni utili avviate nel corso del 2012, le forme di controllo delle condizioni effettive di reddito.

E' interessante notare che l'Assessorato alle politiche sociali prevede la maggior percentuale di compartecipazione degli utenti (16% circa, concentrata nell'area anziani) a fronte di 8% nell'area educazione e dello 0% nelle aree Casa e Decentramento. Questa evidenza dovrebbe aprire una riflessione sul mix atteso di entrate valutando se l'attuale distribuzione corrisponda davvero alle capacità contributive dei segmenti sociali coinvolti.

### **Analisi delle singole aree di policy: il mix di entrata, di spesa e gli indici di copertura dei bisogni**

Se si prendono in considerazione le diverse aree di policy è possibile andare a determinare come è costituito il mix di spesa e di entrata nonché l'analisi di quelli che sono i tassi di copertura dei bisogni presenti sul territorio. Lo studio è suddiviso per aree.

#### **1. Area Educazione**

La centralità delle bambine e dei bambini, delle ragazze e dei ragazzi orienta e condiziona le politiche dell'area Educazione promosse dall'Amministrazione Comunale.

I Servizi all'Infanzia sono impegnati per dare corso all'attuazione dello specifico progetto "Maggio 2013" che si fonda sull'idea della centralità della vita e delle relazioni fra le persone. In questo tessuto di relazioni i bambini rappresentano un valore particolare proprio per il tramite che essi svolgono fra la famiglia, i servizi educativi e la città stessa.

L'iniziativa si presenta come la naturale evoluzione del progetto "Maggio 2012", all'interno del quale è stato possibile "rilanciare" il dibattito, il confronto e la riflessione pedagogica fra gli operatori dei servizi all'infanzia, insieme con i genitori, per giungere alla definizione di nuove linee di sviluppo anche dal punto di vista delle prospettive per la politica dei servizi educativi.

Un lavoro complesso, che ha impegnato molti - per un intero anno scolastico - giungendo ad evidenziare e condividere i concetti chiave di un nuovo "manifesto pedagogico" (allegato al presente Piano): il bambino come valore, come centro su cui verte l'azione educativa, come bene e responsabilità di tutti, come attore protagonista della propria crescita e del proprio sviluppo.

La città è ora chiamata a indagare e ad esprimersi sulle condizioni del proprio essere e della propria felicità, sulla complessità che la qualifica come tessuto di opportunità ed ambito nel quale il bambino conosce, esprime, crea, traccia e consolida modelli di comportamento e relazioni, senza trascurare i rischi, i pericoli, le deformità e le involuzioni che l'urbanità purtroppo presenta.

“Maggio 2013” procederà quindi dalla considerazione dei diritti dei bambini, per indagare come essi possano essere promossi ed esercitati nella nostra città.

In questa cornice si sviluppa la fotografia riguardante l'ambito dell'area Educazione, laddove risultano di evidente rilievo sociale, ma soprattutto di grande rilievo educativo, gli asili nido, i centri prima infanzia, i “Tempi per le famiglie” e le ludoteche. Di forte valenza educativa, ma anche di significativo supporto alle famiglie, rivestono un ruolo anche le scuole dell'infanzia, le attività integrative dedicate ai bambini come i centri estivi, i campi natura e le case vacanza, il progetto Pedibus e i servizi di pre-scuola e dopo-scuola.

L'area educazione rappresenta il 44% delle risorse comunali per il welfare ed è l'unica area che suddividendo il costo del personale dal costo del servizio vede ancora prevalere il costo del personale (60% della spesa complessiva), in quanto la maggior parte dei servizi dell'Area Educazione sono gestiti direttamente dal Comune.

Figura 12: Servizi e Personale dell'Area Educazione

SERVIZI ALL'INFANZIA								SPESA BILANCIO 2010
	STRUTTURE	BAMBINI (2011)	EDUCATORI	SOSTITUZIONI	EDUCATORI DI SOSTEGNO	EDUCATORI RELIGIONE	ENTRATE ESTERNE	
SCUOLE DELL'INFANZIA	174	21.835	1.744	156	215	49	11.867.896,79 (contributo statale)	85.779.482,95
NIDI COMUNALI	100	5.682	1028	91	28	-	6.500.000 (Regione) + 17.500.000 (contributo utenti) = € 24.000.000	41.146.409,94
NIDI ACCREDITATI	48	1.701						8.921.773,17
NIDI PRIVATI ACCREDITATI	155	2.108						10.904.389,43 <b>Tot. spesa € 60.972.572,54</b>
SEZIONI PRIMAVERA	38	723	110				1.100.000	4.571.823,33
TEMPI PER LE FAMIGLIE	10	765	32					
LUDOTECHE	2	637	10					
CENTRI PRIMA INFANZIA COMUNALI	1	40	5					
CENTRI PRIMA INFANZIA ACCREDITATI	2	50	5					
CENTRO DOCUMENTAZIONE	1							54.000,00

Diritto allo studio		
	COSTO SERVIZI	COSTO DEL PERSONALE
TRASPORTO – CONTRIBUTI DISABILI – DOTE SCUOLA BUONI LIBRO –PRE SCUOLA E GIOCHI SERALI	€ 4.072.500	€ 451.645
SERVIZI EDUCATIVI: CAMPUS – CENTRI ESTIVI – CASE VACANZE E SCUOLA NATURA – SEAD – START – SEZIONI MUSEALI – SEZIONI OSPEDALIERE ORIENTAMENTO – SCUOLE PARITARIE COMUNALI CORSI D'IDONEITÀ	€ 18.290.750	€ 29.649.000,32

Se prendiamo in considerazione il mix delle entrate è possibile sottolineare che la Scuola dell'Infanzia e il Diritto allo studio presentano risorse che in buona parte derivano dalle risorse proprie del Comune.<sup>21</sup>

Le scuole dell'infanzia comunali a Milano oggi costituiscono circa l'88% del servizio pubblico (174 strutture comunali e 22 statali).

Considerando l'utenza accolta coprono il 66,3% del totale a fronte del 5,6% delle scuole statali e il 28,1 % delle private.

Allo stesso modo gli asili nido comunali (a gestione diretta, accreditati o in convenzione) con oltre 10.214 posti coprono oltre il 50% dei bambini residenti in questa fascia garantendo a Milano di superare abbondantemente i parametri dettati dal Trattato di Lisbona.

La spesa sostenuta dall'Amministrazione comunale per la gestione di questi servizi si attesta su 146.752.055,40 di euro annuali a fronte di entrate per finanziamenti statali e regionali pari a 19.467.896,79 euro e 17.500.000 euro per rette, che coprono circa il 25% della spesa sostenuta. Vengono garantite inoltre le risorse finanziarie per la presenza degli educatori di sostegno ai bambini con disabilità nelle scuole dell'infanzia e nei nidi con un impegno finanziario diretto di 7.100.000,00 di euro che corrispondono alla presenza di 243 educatori per circa 397 bambini.

E' bene ricordare, nel guardare alle cifre fornite nella loro crudezza, che ogni intervento a favore dell'educazione è nella maggior parte dei casi anche un'azione doverosa, necessaria per permettere sin d'ora a ciascun bambino e alla sua famiglia l'esercizio effettivo dei diritti: si pensi al esempio al diritto del bambino disabile di partecipare ad

<sup>21</sup> La scuola dell'infanzia in quanto paritaria beneficia di un contributo statale annuale di € 11.867.896,79 , gli asili nido invece prevedono un contributo della Regione Lombardia di € 7.600.000 ed una compartecipazione alla spesa da parte degli utenti tramite le tariffe di € 17.500.000.

effettive esperienze di inclusione, di mettere a frutto le potenzialità che possiede. Si pensi anche a quanti, in situazioni di svantaggio culturale, di disagio socioeconomico, soffrono l'emarginazione o a quanti, perché provenienti da altre culture, trovano ostacoli nel rapporto con la città, con le sue istituzioni o, più semplicemente, con i coetanei.

Da non trascurare, in questo contesto, il rilievo riguardante l'aspetto multiculturale che, previo l'ascolto delle diversità, costituisce un arricchimento per tutti.

A Milano, peraltro, gli alunni d'origine straniera iscritti alle scuole del primo ciclo di istruzione nell'anno scolastico 2011/2012 sono:

- nella Scuola dell'infanzia 6.298
- nella Scuola primaria 11.096
- in quella secondaria di primo grado 6.970

per un totale di 24.364 bambini, che costituiscono il 19,7% della popolazione scolastica.

Anche questa complessità, che è rilevante sul piano quantitativo, va accolta come sfida che si apre a una città dove la diversità diventa risorsa e dove aumenta la possibilità di "incontro".

*Tabella 14: Il mix di entrate dell'Area Educazione*

IL SERVIZIO	L'INDICE DI COPERTURA DEI BISOGNI
Asilo e Micro Nido ( calcolato su domande di iscrizione e posti disponibili offerti)	89%
Scuola dell'infanzia ( calcolato su domande di iscrizione e posti disponibili offerti)	98%
Trasporto (calcolato su 1571 richieste di cui accolte 1541)	99,81%

Merita una riflessione la scelta storicamente stratificatasi della totale gratuità delle scuole per l'infanzia (con un tasso di copertura molto alto della popolazione che include quindi anche le classi più agiate). Gli Asili Nido hanno tariffe definite, collocabili fra quelle più basse del territorio nazionale ed un tasso di copertura del bisogno medio-alto. Sia nelle scuole dell'Infanzia che negli Asili Nido è offerto il servizio di prescuola e doposcuola, senza il pagamento di tariffe aggiuntive a carico delle famiglie.

Anche le attività fornite durante i periodi estivi hanno tariffe molto contenute per le famiglie, a fronte di un servizio utile, molto richiesto, come mostrano i tassi di copertura del bisogno. A questo proposito potrebbe essere utile riflettere sulla natura e sulla qualità dei servizi, sulla loro immagine percepita e sulle relative politiche di prezzo.

A fronte di questo mix di entrate e spese analizziamo gli indici di copertura dei bisogni e di copertura della domanda.

Per quanto riguarda gli asili nido i bambini di un'età compresa tra i 3 mesi ai 3 anni sono 33.250: ricordando che il 64% delle donne a Milano lavora, è possibile stimare che 23.000 bambini abbiano entrambi i genitori che lavorano. I bambini accettati all'asilo nido e al micro nido per l'anno 2011 sono 10.214 a fronte di 11.444 domande. Pertanto il tasso di copertura della domanda esplicita è dell'89%. Non è possibile oggi disporre di dati inerenti i bisogni non espressi, in quanto i progetti di cura dei bambini, da parte di ogni famiglia, sono talora orientati ad affidarsi a parenti o a soggetti privati, nei quali ripongono particolare fiducia e non ne viene data evidenza all'Amministrazione.

Questo indice impone di riflettere sulle finalità del servizio che i genitori scelgono, in quanto ne condividono l'intento educativo. Scientificamente ci sono robuste evidenze a riguardo: i bambini che vanno all'Asilo Nido o al Micro Nido registrano successivamente performance scolastiche migliori e quindi uno sviluppo curricolare facilitato.

Le scuole dell'infanzia milanesi registrano un tasso di copertura della domanda del 98% (21.835 posti a fronte di 22.337 richieste).

Anche in questo caso occorre considerare che alcuni bambini sono affidati dalle famiglie a parenti anziché alle scuole dell'infanzia comunali ed alle scuole materne statali, mentre una buona parte è probabilmente accolta all'interno di scuole private, anche se non esistono rilevazioni sistematiche del fenomeno.

Si deve anche tenere presente che la concentrazione di bambini stranieri, o meglio, di bambini provenienti da famiglie d'origine straniera, che ricordiamo essere il 25% dei bambini totali, è conseguente al concorso di molteplici fattori, fra i quali ha rilievo l'insediamento degli immigrati nei quartieri ERP.

Anche a questo proposito occorre riflettere quali debbano essere le politiche di inclusione dei bambini, ragionando su un perimetro di policy allargato, che comprenda anche le scuole private, perché la cultura dei servizi per l'infanzia, costruita nel tempo e scritta nelle pratiche educative, non è un patrimonio pubblico *sic et simpliciter*, ma costituisce la cornice di riferimento delle offerte che la città può e si deve dare, per realizzarsi come effettiva comunità, capace di solidarietà, ma anche di slanci euristici adeguati per fronteggiare le sfide che lo sviluppo socioeconomico presenta.

Per l'Amministrazione Comunale governare, istituire o gestire servizi per l'Infanzia significa assumersi importanti e precise responsabilità, da condividere con le famiglie e gli educatori, sulla qualità dei contesti educativi che i bambini possono sperimentare, trovando, in relazione alle differenze che costituiscono la specificità ed originalità di ciascuno di loro, il "sostegno" più adeguato per uno sviluppo completo ed armonioso della loro personalità.

Anche all'interno delle attività integrative i tassi di copertura dei bisogni sono molto differenti tra i diversi servizi. Il prescuola e il doposcuola vedono una copertura del bisogno pari alla domanda delle famiglie.

La copertura del bisogno è analoga anche per le attività relative ai campi natura e alle scuole vacanza, dove però i bambini sono impegnati solo per una settimana all'interno dei tre mesi estivi.

Questo evidenzia la necessaria organizzazione delle famiglie per i periodi in cui il servizio non viene offerto, organizzazione che è basata sulla messa in gioco di risorse per servizi come la baby sitter o il lavoro volontario delle persone anziane appartenenti alla cerchia familiare o l'utilizzo di titoli di assenza dal lavoro da parte di uno dei genitori.

La copertura relativa al servizio mensa, invece, è equivalente al 58%: questo significa che una parte delle famiglie non usufruisce del servizio ma preferisce altre tipologie di soluzioni.

Interessante anche la percentuale di copertura del bisogno per il trasporto scolastico. A questo proposito si sono avviate sperimentazioni educative che prevedono l'accompagnamento volontario a scuola di un gruppo di bambini (il cosiddetto "pedibus"), iniziativa che permette promuovere attenzione per una mobilità sostenibile e di incentivare la nascita di reti sociali tra famiglie e tra bambini, a costo zero e con uno stile di vita sostenibile.

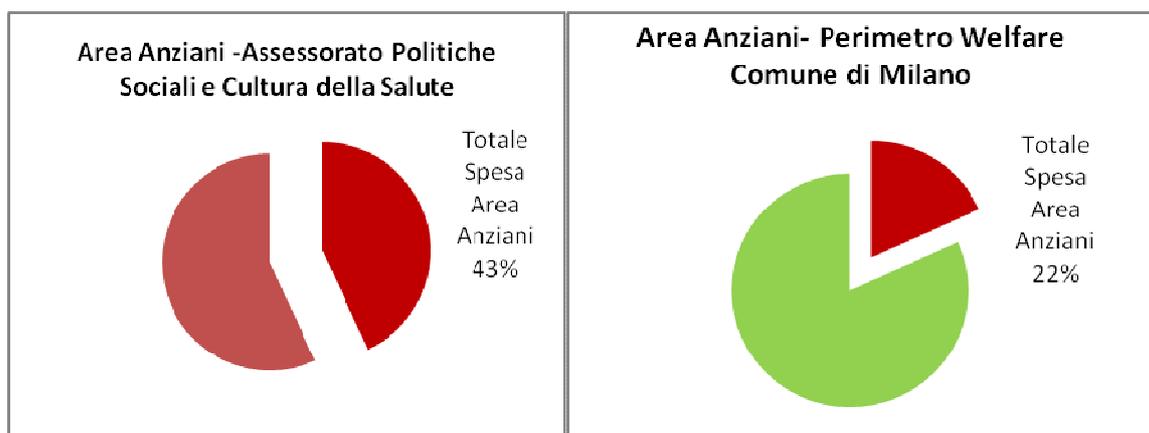
Esiste parallelamente un sistema di trasporto scolastico in autobus comunale di cui usufruiscono anche bambini con particolari disabilità.

Il tasso di copertura di questi due servizi si attesta a circa il 3% dei bambini, mettendo in gioco però due servizi completamente differenti, di cui uno basato sul classico trasporto pubblico, l'altro basato sulla possibilità di mettere in rete risorse volontarie e famiglie.

## **2. Area Anziani**

All'interno dell'area anziani è possibile identificare come aree di policy le aree relative ai servizi residenziali, servizi semi residenziali, l'assistenza domiciliare, il sostegno al reddito e le attività ricreative. L'area anziani rappresenta il 22% delle risorse che vengono utilizzate nel perimetro di spesa del Welfare di Milano e il 43% del perimetro di spesa dell'Assessorato alle Politiche Sociali.

Figura 15: Il perimetro di spesa dell'Area Anziani



L'area anziani prevede una percentuale oltre l'80% di spesa relativa ai servizi, mentre la spesa relativa al personale varia dal 20% al 2%, questo evidenzia che la maggior parte dei servizi viene esternalizzata, in linea con tutte le altre aree di policy sociale in senso stretto.

Figura 16: Servizi e Personale dell'Area Anziani

	SERVIZI		PERSONALE	
	€	%	€	%
RESIDENZIALI E SEMI RES.	65.556.928,27	98,4	1.092.110,00	2,6
ASSISTENZA DOMICILIARE	24.576.864,48	77	7.356.750,00	23
SOSTEGNO AL REDDITO	2.654.961,26	100	0,00	0
ATTIVITA' RICREATIVE	1.247.840,56	78,3	345.000,00	21,7

Le fonti finanziarie di entrata per l'area anziani sono diverse per i differenti servizi. Le strutture semi residenziali e residenziali usano risorse del Comune e degli utenti, l'assistenza domiciliare e le attività ricreative principalmente risorse del Comune, mentre il sostegno al reddito deriva da fondi sovraordinati vincolati. Interessante notare che i servizi semiresidenziali e residenziali siano la policy che prevede la più alta compartecipazione

da parte degli utenti ai servizi: la compartecipazione degli utenti, infatti, supera la percentuale derivante dalle risorse proprie del Comune.

Tabella 16: Il mix di entrate dell'Area Anziani

	% Risorse del Comune	% Fondi sovraordinati vincolati	% Utenti attraverso tariffe
SERVIZI RESIDENZIALI E SEMI RES.	45%	1%	<b>54%</b>
ASSISTENZA DOMICILIARE	<b>75%</b>	24%	1%
SOSTEGNO AL REDDITO	0%	<b>100%</b>	0%
ATTIVITA' RICREATIVE	<b>100%</b>	0%	0%

Emerge da questi dati nitidamente come i servizi residenziali e semiresidenziali esprimano come target tutte i segmenti sociali, sia quelli in grado di sostenere l'onere totale o parziale della retta alberghiera, mentre il servizio di assistenza domiciliare sia focalizzato esclusivamente sui non abbienti, essendo completamente gratuito. Vi è una evidente incongruenza di policy tra i due ambiti di servizi per gli anziani, in cui è difficile rintracciare un processo razionale, se non la stratificazione storica. A molti utenti potrebbe interessare comprare alcune ore di SAD, come avviene in alcuni altri comuni italiani, potendo contare su un servizio qualificato, ma soprattutto modulabile rispetto alla quantità di ore necessarie e dotato di un back up in caso di malattia o ferie di un operatore, mentre la badante, inevitabilmente, la si acquisisce "in blocco" e in caso di assenza non gode di una sostituzione automatica. In questa dimensione si inseriscono anche le possibili sperimentazioni di interventi di facilitazione della permanenza a domicilio che hanno l'obiettivo di innalzare la qualità di vita degli anziani agendo sulla possibilità di migliorare la sicurezza e la facilità d'uso degli spazi domestici e delle attrezzature.

A fronte di questo mix di entrate e spese è possibile andare ad identificare indici di copertura dei bisogni, per riuscire a capire quali siano le risposte date alle esigenze di una città che continua a invecchiare.

Se prendiamo come oggetto di analisi di bisogno gli anziani non autosufficienti, che sono tra le categorie più fragili di una popolazione che sta invecchiando e si sta impoverendo, vediamo che questi trovano risposta tramite servizi di RSA, forme innovative di residenzialità, il servizio Affidato Anziani, i centri diurni integrati, il SAD e il titolo sociale. A ciò si aggiunge il custode sociale che però non offre, come parzialmente il SAD, un

servizio che copra tutte le esigenze dell'anziano non autosufficiente, ovvero non svolge il ruolo di sostegno totale a fronte di livelli alti di non autosufficienza.

La stima epidemiologica degli anziani non autosufficienti in città è di 40.000 persone e di questi circa 10.000 sono seguiti da un qualche servizio comunale. Il loro tasso di reclutamento all'interno di servizi comunali o finanziati dal comune è pertanto del 25%. La maggior parte degli anziani è seguita in servizi di residenzialità e tramite il SAD. Se prendiamo in considerazione la stima delle assistenti famigliari su Milano fatta su dati ufficiali INPS, possiamo osservare che sono circa 32.000. Questo ci fa capire che il 75% delle famiglie probabilmente si rivolge ad un mercato informale delle assistenti famigliari per risolvere i problemi presenti con un anziano non autosufficiente, alimentando la crescita del mercato informale sul territorio.

Il Comune dispone di un servizio di accreditamento delle badanti e di incontro tra domanda e offerta. Esso ha raggiunto fino a 3000 utenti annui, cioè circa il 10% del settore della cura informale a Milano, durante il periodo pre crisi economica. Con l'acuirsi della crisi le famiglie hanno diminuito il ricorso a questo servizio, che stimola la formalizzazione di contratti regolari, più costosi rispetto a quelli presenti sul mercato informale. Inoltre molto spesso è richiesta una risposta veloce alle esigenze organizzative della famiglia, risposta che difficilmente avviene con questa modalità nei tempi adatti ai bisogni riscontrati. Questo segnala che occorre trovare una formula di valore diversa per le famiglie da quella fin qui offerta dal settore pubblico quando cerca di strutturare il mercato dei care giver individuali.

Se prendiamo in considerazione, invece, i servizi dedicati agli anziani autosufficienti, ovvero i servizi ricreativi, è possibile sottolineare che la maggior parte delle persone che usufruiscono di questi sono persone oltre i 75 anni in buona salute, spesso soli. Il tasso di copertura dei servizi forniti da centri ricreativi, laboratori occupazionali e soggiorni climatici è però solo del 6%. Questo significa che gli anziani milanesi hanno spesso energie per gestire da soli il proprio tempo libero, dimostrando di essere potenzialmente una importante risorsa di un welfare di rete.

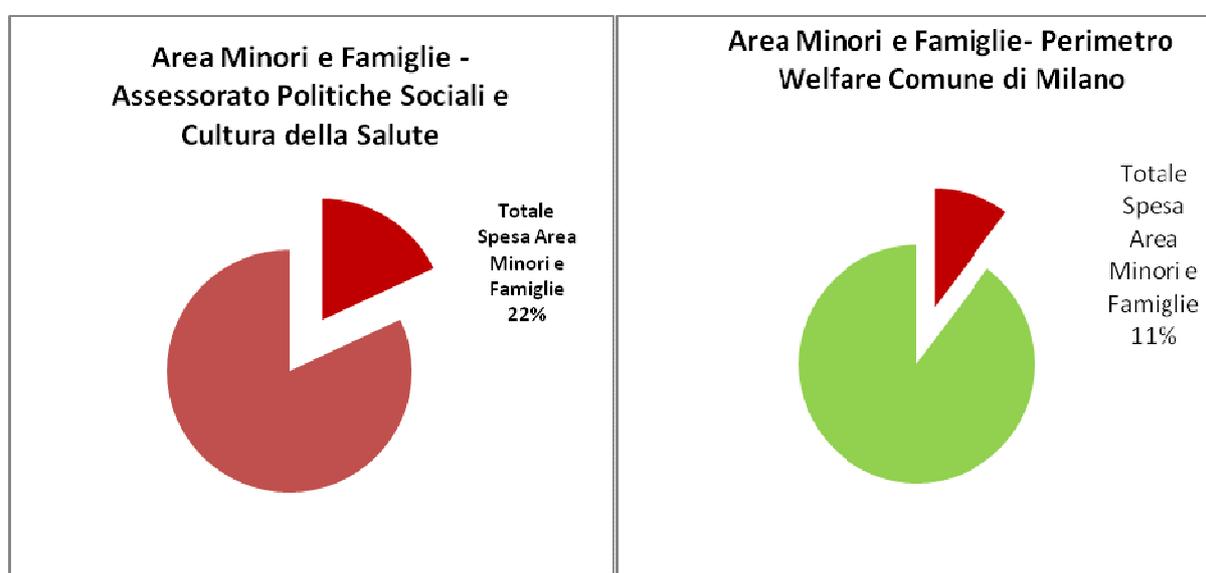
*Tabella 17: la copertura dei bisogni nell'Area Anziani*

<b>Il bisogno</b>	<b>L'indice di copertura del bisogno</b>	<b>I servizi</b>
Anziani Non Autosufficienti	25%	RSA, forme innovative di residenzialità, il servizio Affidato Anziani, i centri diurni integrati, il SAD e il titolo sociale
Anziani Autosufficienti	6%	Centri Socio Ricreativi, Laboratori Occupazionali, Soggiorni Climatici

### 3. Area Minori e Famiglie

All'interno dell'area Minori e Famiglie è possibile identificare come aree di policy le aree relative ai servizi sostitutivi alle famiglie (comunità e affidi familiari), l'assistenza domiciliare, i servizi domiciliari e i progetti per i minori definiti dalla legge 285. L'area Minori e Famiglie rappresenta l'11% delle risorse che vengono utilizzate nel perimetro di spesa del welfare di Milano e il 22% del perimetro di spesa dell'Assessorato alle Politiche Sociali.

Figura 17: Il perimetro di spesa dell'Area Minori e Famiglie



L'area Minori e Famiglie prevede una percentuale molto maggiore di spesa relativa ai servizi rispetto a quella per il personale: spesso i servizi sono esternalizzati.

I Servizi sociali della famiglia decentrati sul territorio cittadino, è però bene ricordare come si vedrà anche in seguito, svolgono una funzione di punto di accesso e di incontro per il cittadino con la rete dei servizi sociali dell'Ente Locale, predispongono e attivano progetti d'intervento assumendo un ruolo di coordinamento, di regia, di case management finalizzato alla costruzione, la negoziazione, la verifica di un progetto e di un percorso condiviso con gli interessati. E' determinante il compito di lettura, elaborazione e restituzione di significati che l'assistente sociale e l'educatore professionale svolgono coi genitori e coi ragazzi, dando senso al progetto di intervento.

Centrali, in tal senso, sono le funzioni e i compiti del Segretariato Sociale o dei Punti Sociali -per l'accesso unico, citati anche in seguito- considerati come uno spazio tecnico – professionale in cui attivare, attraverso un'accoglienza empatica del cittadino, un lavoro di lettura e di analisi del bisogno, verificando le risposte possibili anche attraverso la

conoscenza del territorio e delle risorse, concordando con l'utente soluzioni percorribili che possono richiedere l'invio ad un servizio di secondo livello per l'articolazione di un progetto di intervento specifico.

In quest'ottica l'accoglienza e il trattamento della domanda devono essere interpretate nel senso di stimolare i processi di abilitazione ed empowerment in cui i cittadini da destinatari passivi diventino co-agenti delle scelte e degli interventi che li riguardano e verso una valorizzazione delle risorse presenti sul territorio.

Figura 18: Servizi e Personale dell'Area Minori e Famiglie

	SERVIZI		PERSONALE	
	€	%	€	%
SERVIZI SOST. ALLA FAMIGLIA	25.937.298,00	94,8	1.423.180,00	5,2
ASSISTENZA DOMICILIARE, SERVIZI SEMIDOMICILIARI E PROGETTI 285	12.754.804,66	61	8.032.740,00	39
SOSTEGNO AL REDDITO, CONTRIBUTI AFFIDO E FONDO ANTICRISI	4.312.262,40	100	0,00	0

Se valutiamo il mix delle entrate è possibile sottolineare che le fonti per l'area minori e famiglie sono prettamente risorse comunali. La compartecipazione da parte degli utenti è equivalente a "zero" e solamente nei progetti 285 la presenza di fondi sovraordinati vincolati è sostanziale e maggiore delle risorse derivanti dal Comune.

Tabella 18: Il mix di entrate dell'Area Minori e Famiglie

	% Risorse del Comune	% Fondi sovraordinati vincolati	% Utenti attraverso tariffe
SERVIZI RESIDENZIALI E SEMI RES.	92%	8%	0%
ASSISTENZA DOMICILIARE	89%	11%	0%
SERVIZI DOMICILIARI	93%	7%	0%
PROGETTI 285	43%	57%	0%

Considerando i dati relativi all'area è molto difficile andare a definire quantitativamente il bisogno sociale dei minori a rischio. E' possibile sottolineare che vengono inseriti all'interno di Comunità non solo i minori che vivono in situazioni di disagio ma, in alcune situazioni particolari (sfratti e/o sgomebri di appartamenti), anche le madri, attivando un servizio spesso inappropriato (avrebbero bisogno solo di un alloggio) e ad alto costo (doppio o triplo rispetto al pagamento di un affitto. Questo deriva dal mancato coordinamento accumulatosi nei decenni, con le politiche della Casa, e con la scarsa propensione ad acquisire alloggi sul mercato da parte dei servizi comunali.

I minori supportati dai diversi servizi che constano di inserimento in Comunità, Famiglie Affidatarie e adozioni, centri diurni, sostegno educativo, servizi di mediazione familiare, interventi speciali e servizi di segretariato sociale sono 12.416. Di questi circa 5.400 usufruiscono di servizi di segretariato sociale, 2.300 circa usufruiscono di mediazione familiare, 1.800 usufruiscono di servizi al domicilio, 1.200 minori circa usufruiscono di residenza in comunità, di questi 486 sono inseriti con la madre, 594 sono inseriti in centri notturni, 283 sono in famiglie affidatarie e adozioni. Non è possibile determinare gli indici di copertura del bisogno in quanto è difficile identificare il bisogno di minori che necessitano di un intervento. Se a questi aggiungiamo gli interventi attuati in Pronto intervento e le famiglie che hanno ricevuto contributi derivanti dal fondo anticrisi è possibile delineare che c'è stata una risposta alle 16.000 richieste circa arrivate da minori in difficoltà.

*Tabella 19: Gli utenti del servizio minori*

Servizio	Numero Minori
Servizi di Segretariato Sociale	5.348
Mediazione Familiare	2.323
Sostegno Educativo a Domicilio	1.759
Comunità	1.199 ( 486 inseriti con la madre)
Centri Diurni	594
Interventi Specialistici	910
Adozioni e affidamenti	283
Pronto Intervento	832
Contributi Economici	5.777 famiglie

Il supporto alle famiglie derivante dall'area consiste nell'erogazione di contributi del Fondo anti crisi e di contributi economici su progetto. Prendendo in considerazione solamente

questi supporti economici si giunge ad un tasso di copertura non ancora adeguato del bisogno di quelle che sono le famiglie che vivono in povertà relativa. Risulta importante però per capire quale è il tasso di copertura del bisogno prendendo in considerazione tutti i sostegni al reddito previsti come da tabella seguente al fine di andare a delineare quale è il tasso di copertura del bisogno rispetto alle famiglie che vivono in condizioni di povertà all'interno della città.

*Tabella 20: Il sostegno al reddito dei singoli e delle famiglie*

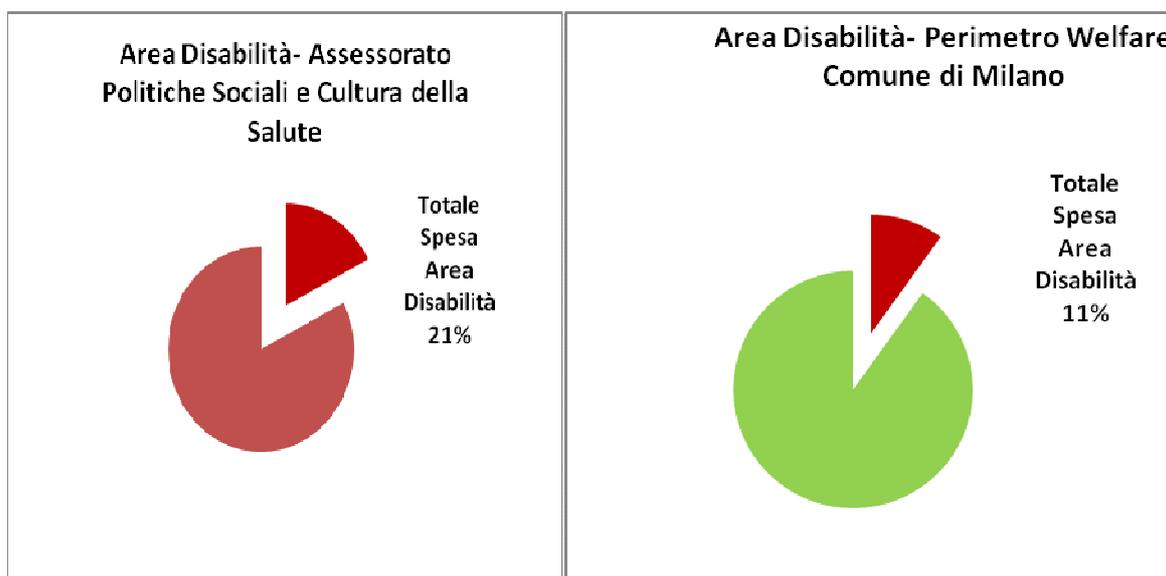
<b>Contributi</b>	<b>Utenti</b>
Fondo Anti Crisi	1.536
Contributi economici su progetto	4.150
Sussidio integrativo anziani (decentramento)	3.185
Sostegno al reddito disabilità	3.571
Sostegno al reddito migranti	139
Sostegno al reddito adulti in difficoltà	1.537
Titoli sociali anziani	1.713
Fondo sussidio urgenze	315

A fronte del numero di utenti coperti da contributi al reddito è possibile definire che il tasso di copertura del bisogno rispetto alle famiglie in condizione di povertà relativa è equivalente al 16%. E' infine importante interrogarsi sul duplice accesso ai contributi da parte degli stessi utenti e sulla possibilità di aver impattato sugli utenti con davvero il bisogno di fragilità maggiore.

#### **4. Area Disabilità e Salute Mentale**

All'interno dell'area disabilità e salute mentale è possibile identificare come aree di policy le aree relative ai servizi residenziali, servizi semi residenziali, l'assistenza domiciliare, il sostegno al reddito e i servizi a supporto della salute mentale. L'area della disabilità rappresenta l'11% delle risorse che vengono utilizzate nel perimetro di spesa del Welfare di Milano e il 21% del perimetro di spesa dell'Assessorato alle Politiche Sociali.

Figura 19: Il perimetro di spesa dell'Area Disabilità e Salute Mentale



L'area Disabilità e Salute Mentale prevede una percentuale molto maggiore di spesa relativa ai servizi; in particolare gli ambiti di residenzialità e di semiresidenzialità prevedono una spesa molto limitata di personale.

Figura 20: Servizi e Personale dell'Area Disabilità e Salute Mentale

	SERVIZI		PERSONALE	
	€	%	€	%
<i>SERVIZI RESIDENZIALI, SEMIRESIDENZIALI, DOMICILIARI E SALUTE MENTALE</i>	35.774.254,46	78,9	9.572.730,00	21,1
<i>SOSTEGNO AL REDDITO</i>	5.150.112,22	100	0,00	0

Se prendiamo in considerazione il mix delle entrate è possibile sottolineare che le fonti per l'area sono prettamente risorse comunali. La compartecipazione da parte degli utenti è equivalente al 7% all'interno dei servizi residenziali, mentre per l'area salute mentale è possibile notare che il 100% delle risorse derivano da risorse proprie del Comune. Inoltre

si nota che il 24% delle risorse per i servizi semiresidenziali deriva da fondi sovraordinati vincolati.

*Tabella 21: Mix di Entrate Area Disabilità e Salute Mentale*

	<b>% Risorse del Comune</b>	<b>% Fondi sovraordinati vincolati</b>	<b>% Utenti attraverso tariffe</b>
SERVIZI RESIDENZIALI	<b>92%</b>	1%	<b>7%</b>
SERVIZI SEMIRESID.	<b>74%</b>	<b>24%</b>	2%
SOSTEGNO AL REDDITO	<b>87%</b>	13%	0%
SALUTE MENTALE	<b>100%</b>	0%	0%

E' molto difficile, come già affermato, per mancanza di dati aggiornati sia a livello nazionale sia a livello locale, reperire una quantificazione del numero di persone con disabilità e della gravità relativa alla disabilità (ciò, ovviamente, è frutto di una rimozione corale operata da numerose istituzioni incapaci di fare della promozione della persona con disabilità un reale tema su cui scommettere coerentemente).

In particolare, il Comune di Milano ha in carico e segue complessivamente oltre 7000 persone con disabilità e con disagio psichico che afferiscono a circa 150 servizi territoriali. Negli ultimi anni, a fronte della complessità e dell'aumento della domanda di sostegno al bisogno si è resa necessaria ed urgente la differenziazione e la personalizzazione del sistema dei servizi e degli interventi, con la realizzazione di una filiera di servizi diurni accreditati che si rivolgano ai vari livelli di gravità. L'allungamento dell'attesa di vita ha imposto l'acquisizione di nuove consapevolezze nell'ambito della problematica del "Dopo di noi", con l'individuazione di soluzioni residenziali innovative e rispondenti ai principi della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

E' possibile quantificare quali sono i numeri relativi all'inserimento di persone con disabilità nelle diverse tipologie di servizi previsti ovvero all'interno dei centri diurni, dei centri socio educativi, di servizi di formazione all'autonomia, dei centri di aggregazione disabili. Questi servizi prevedono un tasso di copertura della domanda dell'85%, garantendo l'inserimento di 864 persone nei centri diurni, 130 all'interno dei centri socio educativi, 117 all'interno dei percorsi di formazione all'autonomia e 240 all'interno dei centri di aggregazione disabili. A questi servizi si affiancano quelli relativi a servizi domiciliari dedicati e le strutture residenziali che prevedono rispettivamente il sostegno per 768 (di cui 538 in assistenza

domiciliare diretta e 230 in assistenza domiciliare indiretta tramite contributi) e 654 persone con disabilità. Infine 2.633 utenti vengono supportati dai servizi sociali nucleo disabilità e dal servizio sordi.

In particolare dai dati rilevati all'area è possibile sottolineare che il turnover relativo alle varie policy è molto basso, vi sono liste di attesa di oltre 100 utenti per i servizi residenziali e che per quelli semiresidenziali.

Simile condizione è rintracciabile anche all'interno dell'area salute mentale, che prevede dei servizi ad hoc di residenzialità oltre che contributi economici dedicati al disagio psichico. Questi servizi sono principalmente gestiti attraverso le aziende Ospedaliere a cui il Comune trasferisce le risorse. È possibile in particolare identificare una serie di servizi continuativi di assistenza socio sanitaria che coprono 754 utenti, soggiorni terapeutici per 277 utenti, inserimento lavorativo per 74 persone e servizi di assistenza domiciliare per 93 utenti. I soggetti in carico ai centri psico sociali sono 25.300 mentre i cittadini milanesi inseriti in strutture psichiatriche lombarde sono 1.600, affiancati da 68 posti dedicati alla residenzialità leggera. Non è possibile identificare in modo schematico il tasso di risposta del bisogno, in quanto dal punto di vista epidemiologico è estremamente complesso definire la malattia mentale.

*Tabella 22: Gli utenti dell'area disabilità e salute mentale (disabilità fisica)*

I Servizi	Gli Utenti
Strutture Residenziali	654
Centri Diurni Disabili CDD	864
Centri socio Educativi CSE	130
Servizi Formazione all'Autonomia SFA	117
Centri Aggregazione Disabili CAD	240
Servizi Domiciliari	768
Segretariato Sociale e Presa in carico e Servizio Sordi	2633

Tabella 23: Gli utenti dell'area disabilità (salute mentale)

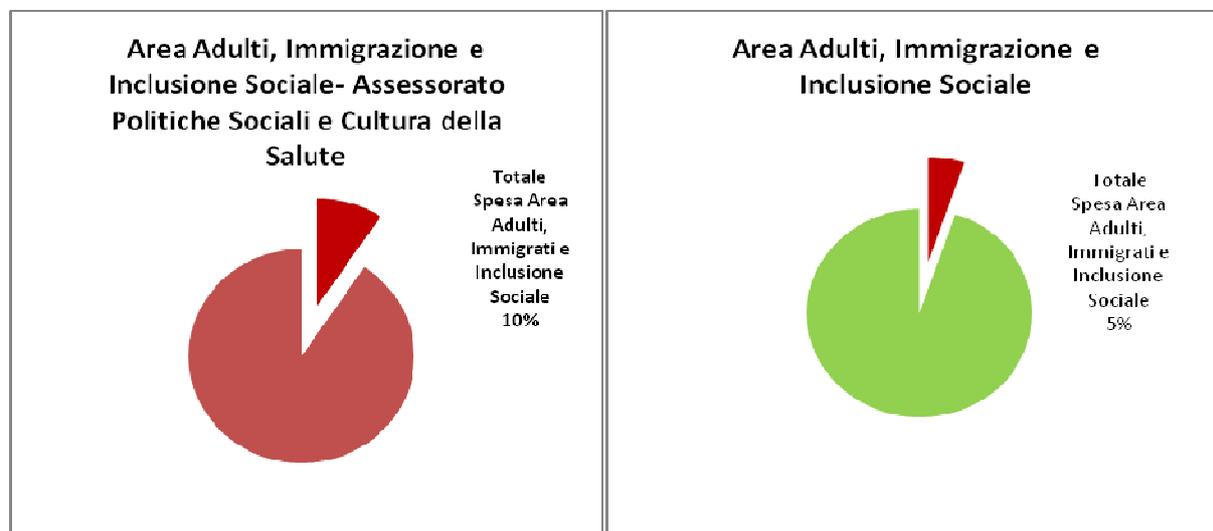
I servizi	Gli Utenti
Linea Ascolto	5.966 (chiamate)
Interventi continuativi	754
Soggiorni vacanza	277
Tirocini	74
Ricoveri quota sociale	52
Assistenza domiciliare	93
Centri psico sociale	25.300
Strutture protette	1.600
Residenzialità leggera	68

### 5. Area Adulti, Immigrazione e Inclusione Sociale

All'interno dell'area Adulti, Immigrazione e Inclusione Sociale è possibile identificare come aree di policy i seguenti ambiti: Servizio di informazione e orientamento, Prese in carico sociali, Sostegno al reddito e contributi economici, Accoglienza diurna e notturna e Accompagnamento al lavoro. Gli interventi sono inoltre aggregabili in via trasversale per classificare costi dei servizi e personale nella misura seguente: immigrazione Extra UE, servizi per gli adulti, servizi per i soggetti a rischio e i contributi economici.

L'area rappresenta il 5% delle risorse che vengono utilizzate nel perimetro di spesa del Welfare di Milano e il 10% del perimetro di spesa dell'Assessorato alle Politiche Sociali.

Figura 21: Il perimetro di spesa dell'Area Adulti, Immigrazione e Inclusione Sociale



L'area Adulti, Immigrazione e Inclusione Sociale prevede una percentuale maggiore di spesa relativa ai servizi, anche se per alcune policy il costo del personale rappresenta una percentuale più alta rispetto alle altre aree di welfare , in particolare per quel che riguarda i servizi relativi agli interventi per adulti e gli interventi per soggetti a rischio.

Figura 22: Servizi e Personale dell'Area Adulti, Immigrazione e Inclusione Sociale

	SERVIZI		PERSONALE	
	€	%	€	%
INTERVENTI PER ADULTI	7.901.410,82	68	3.723.650,00	32
PROGETTI IMM. EXTRA UE	8.331.520,00	90	919.450,00	10
SOGGETTI A RISCHIO	1.644.606,07	80	412.280,00	20
SUSSIDI E INTERV. ECON.	1.850.856,00	100	0,00	0

Il mix delle entrate osserva una netta prevalenza delle risorse comunali tranne che per gli interventi relativi ai progetti immigrazione extra UE, che prevedono l'utilizzo principalmente di fondi sovraordinati vincolati. La compartecipazione degli utenti è fisiologicamente vicina allo 0%, in considerazione della tipologia dei servizi rivolti alle estreme povertà. Per quanto riguarda i soggetti a rischio e i contributi economici le risorse utilizzate sono prevalentemente risorse comunali.

Tabella 24: Mix di entrate dell'Area Adulti, Immigrazione e Inclusione Sociale

	% Risorse del Comune	% Fondi sovraordinati vincolati	% Utenti attraverso tariffe
INTERVENTI PER ADULTI	76%	22%	2%
PROGETTI IMMIGRAZ. EXTRA UE	14%	86%	0%
SOGGETTI A RISCHIO	100%	0%	0%
SUSSIDI E INTERV. ECONOM.	100%	0%	0%

A fronte di questo mix di entrate e spese è possibile identificare indici di copertura dei bisogni e indici di copertura della domanda.

Partendo dall'analisi delle policy relativa all'immigrazione extra UE è possibile notare che sono strutturati diversi servizi dedicati. I servizi possono essere suddivisi in, come si è detto, servizi di informazione e orientamento che comprendono lo sportello immigrazione/rifugiati e ricongiungimento che supporta ogni anno 6.537 utenti, lo sportello del Centro Aiuto Stazione Centrale, che supporta 9.735 utenti; servizi socio assistenziali dedicati che prevedono il supporto e la presa in carico tramite il servizio immigrazione per 1.414 utenti; contributi al reddito per 139 utenti; progetti di accoglienza notturna e diurna che prevedono il supporto per 1.272 utenti stranieri e, infine, un servizio di accompagnamento al lavoro dedicato a 1.337 stranieri. Il tasso di copertura della domanda è equivalente al 16% rispetto alle richieste che arrivano allo sportello immigrazione e allo sportello del Centro Aiuto Stazione Centrale. E' importante però sottolineare che solitamente le richieste che arrivano al Comune sono quelle di immigrati che appartengono già ad una rete sociale di supporto che li indirizza al Comune di Milano per comprendere quali possibili servizi o contributi possano ottenere, non essendoci stata ancora, da parte del Comune, una campagna promozionale del servizio a causa delle ristrettezze di budget del servizio stesso. Se analizziamo il tasso di copertura del bisogno è possibile identificare che il 9% degli immigrati che mediamente ogni anno arrivano a Milano trovano risposta all'interno dei servizi del Comune (la copertura del bisogno è probabilmente più elevata nella realtà in quanto non è possibile identificare quali siano gli utenti che usufruiscono di più progetti o servizi).

Per quanto riguarda i servizi dedicati gli adulti senza fissa dimora il tasso di copertura si avvicina al 100% se valutato per i tre mesi del periodo invernale attraverso il Piano Freddo.

I servizi di accoglienza diurna e notturna rivolti a italiani e stranieri e comprendenti le ospitalità dei servizi immigrazione, adulti in difficoltà, Casa dell'Accoglienza Ortles e Piano freddo, Donne maltrattate, Dipendenze, prevedono una ospitalità fino a 5.400 unità pari al 63,8% dei 8.522 utenti che hanno chiesto accoglienza.

In maniera ordinaria si provvede all'ospitalità presso Casa dell'Accoglienza Ortles di 842 utenti suddivisi in 350 italiani e 492 stranieri.

Questo tasso di copertura del bisogno così alto è stato possibile grazie al nuovo approccio a rete dei servizi, che ha valorizzato tutte le risorse per gli homeless presenti in città e attivate nell'inverno 2011-2012, rappresentando uno dei più significativi target sociali da parte del Comune.

Anche per gli adulti sono stati strutturati servizi di informazione e orientamento tramite il Centro Aiuto Stazione Centrale che ha supportato 3.976 utenti, altri servizi socio-assistenziali tramite l'Ufficio adulti in difficoltà che ha preso in carico con contributi economici 1.537 adulti; servizi di accoglienza notturna e diurna che hanno visto l'inserimento per il Piano Freddo di 3.784 persone; accompagnamento al lavoro per 1.180 persone a cui aggiungere i 371 detenuti ed ex detenuti. Il totale degli utenti che hanno

ricevuto un orientamento ed un accompagnamento al lavoro risulta essere di 2.288 pari al 31,7% di copertura del bisogno (rapportato al numero delle richieste di lavoro pervenute agli sportelli: 9.110).

Per i cittadini del territorio milanese è inoltre attivo un servizio specifico, gestito in affidamento, per la mediazione sociale e penale e la soluzione pacifica dei conflitti. Questo servizio permette di risolvere conflitti sociali fra le persone, promuovendo così il mantenimento delle relazioni e maggiore coesione sociale. Nel medesimo servizio vengono effettuati interventi a sostegno delle vittime di violenza e per il recupero degli autori di reato. Nell'anno 2011 sono state prese in carico 3.378 persone, di cui per la mediazione dei conflitti 1694 e per il presidio criminologico (sostegno alle vittime di violenza e recupero degli autori di reato) 1526 persone.

All'interno dell'area vengono anche sviluppate una serie di policy relative a Rom, Sinti e Caminanti, per incentivare l'incremento del tasso di occupazione, di frequenza della scuola da parte dei bambini e, in generale, il miglioramento della vita degli adulti. Il tasso di copertura del bisogno si attesta sul 18% circa, supportando con diversi servizi l'inserimento all'interno della società dei soggetti.

Per quanto riguarda i soggetti a rischio si può notare che la maggior parte degli interventi sono relativi all'ascolto, tramite la linea verde (4.102 contatti) per persone che assumono sostanze stupefacenti; pochi interventi si occupano di residenzialità e percorsi di recupero (per la prevalente competenza ASL, con cui nel corso del 2012 si è però avviata una significativa collaborazione) mentre sostanzialmente sono presenti servizi di colloquio e dialogo.

Infine i servizi dedicati alle persone sieropositive o affette da HIV rappresentano una percentuale molto bassa se rapportati alle persone che ogni anno scoprono di essere affette da questa malattia. Gli interventi, infatti, sono dedicati per lo più a malati terminali e non sviluppano funzioni di prevenzione o di supporto psicologico nel percorso della sieropositività.

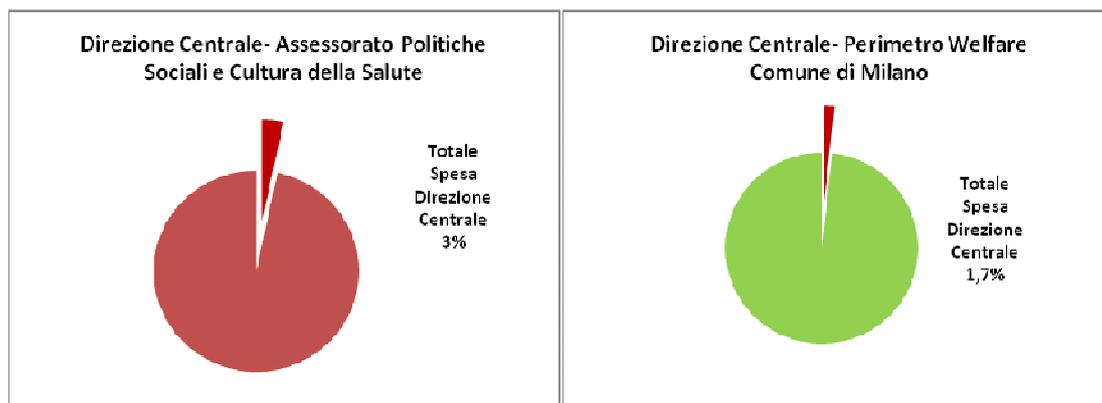
Gli interventi del Comune sono infatti collocati alla fine della filiera sociosanitaria e si rivolgono elusivamente agli aspetti sociali degli utenti affetti da Hiv (alloggio e progetto sociale individuale).

Si segnala in particolare l'efficacia dei servizi di informazione e orientamento rivolti a italiani e stranieri (Sportello immigrazione, Sportello Centro Aiuto Stazione Centrale, Sportello Celav, Linea verde droga) che assommano annualmente 26.793 contatti.

## 6. Area Direzione Centrale dell'Assessorato alle Politiche Sociali

All'interno dell'area Direzione centrale è possibile identificare come aree di policy quelle relative al funzionamento dell'Assessorato alle Politiche Sociali, gli interventi e gli eventi per la salute e alcuni contributi all'associazionismo. L'area rappresenta l'1,7% delle risorse che vengono utilizzate nel perimetro di spesa del welfare di Milano e il 3% del perimetro di spesa dell'Assessorato alle Politiche Sociali.

Figura 23: Il perimetro di spesa della Direzione Centrale



L'area Direzione Centrale prevede una percentuale maggiore di spesa relativa al personale, anche se per alcune policy il costo del personale rappresenta una percentuale più alta rispetto alle altre aree di welfare: in particolare i servizi relativi agli interventi per adulti e gli interventi per soggetti a rischio.

Figura 24: Mix di risorse dell'Area Direzione Centrale

	SERVIZI		PERSONALE	
	€	%	€	%
<i>FUNZIONAMENTO ED EVENTI</i>	1.889.830,59	25	5.693.580,00	75

A fronte di questo mix di entrate e spese è possibile identificare alcuni risultati ottenuti dalla Direzione Centrale in termini di servizio. I contatti di informazione generale e di orientamento agli altri sportelli per il 2011 sono stati 22.095, gli utenti che hanno usufruito del buono gas e del buono energia sono stati rispettivamente 12.545 e 12.878 utenti. Gli immobili confiscati alla mafia, la cui gestione risiede nell'ambito dell'Assessorato, sono

stati 85 (a cui si possono associare più unità immobiliari) e 37 le associazioni assegnatarie; inoltre per altri 13 in un futuro prossimo verrà definita l'assegnazione o emanato il Bando.

Infine, le "tutele" sono state così distribuite: 724 tutele per minori, 330 tutele per adulti, 369 tutele per anziani e 126 tutele per persone con disabilità. I contatti all'interno dello sportello tutele del tribunale sono stati 1.236.

## **7. Le azioni e le politiche per il lavoro**

Di seguito, a chiusura del capitolo, si forniscono note e dati riguardanti gli impegni assunti dall'Amministrazione in relazione alle politiche per il Lavoro, questione cruciale, affrontata a partire dall'azione dell'Assessorato dedicato che, al di là delle competenze dirette dell'Ente Locale, diventa ovviamente essenziale per lo sviluppo dello stato sociale ambrosiano.

### La Fondazione Welfare Ambrosiano

La Fondazione Welfare Ambrosiano rappresenta un modello di welfare civico completamente nuovo per favorire l'inclusione sociale e la coesione della comunità. Il Comune, promotore della Fondazione, insieme a Provincia, Camera di Commercio, CGIL, CISL e UIL di Milano, assume un ruolo attivo nel dare un aiuto concreto a chi vive e lavora in città. Il patrimonio attuale di oltre 6 milioni di euro.

L'attività della F.W.A. è resa possibile grazie alla sottoscrizione di convenzioni bancarie con Intesa San Paolo, Banca Prossima, Banca Popolare di Milano e Banca Popolare Commercio Industria. La Fondazione si occupa della emissione di garanzie, in sinergia con la Fondazione Lombarda Antiusura, per la concessione del microcredito alle persone in temporaneo stato di difficoltà.

La maggior parte delle domande di microcredito sociale riguardano le spese per l'abitazione, le difficoltà economiche come la temporanea riduzione del reddito o spese improvvise ma anche per la formazione e le spese mediche. La Fondazione ha ricevuto inoltre molte richieste di credito per lo start up delle attività, in prevalenza negozi, ristoranti o società di servizi, e per l'acquisto di beni necessari alle aziende.

Il rapporto tra generi dei richiedenti è in sostanziale equilibrio: il 52% sono uomini, il 48% donne. Il 68% di chi ha inoltrato la domanda di accesso al microcredito è italiano. Interessante il dato che riguarda la fascia d'età, il 37% ha tra i 41 e i 50 anni.

La Fondazione Welfare Ambrosiano, nel momento in cui riceve le pratiche attraverso i 19 sportelli sul territorio, valuta, grazie alla collaborazione di 50 volontari VOBIS (volontari

bancari per iniziative sociali) la sostenibilità dei richiedenti nel far fronte al prestito. In questo caso F.W.A. pone la garanzia dell'80% verso le banche per l'erogazione del denaro.

“Microcredito Milano” è la prima iniziativa realizzata che si inserisce in un progetto più ampio di natura mutualistica e sussidiaria che la Fondazione intende perseguire.

Dal suo avvio nell'ottobre 2011 a tutto aprile 2012 Fondazione Welfare Ambrosiana ha ricevuto 350 domande di cittadini milanesi che desiderano accedere al progetto 'Microcredito Milano' per ottenere finanziamenti di credito sociale e d'impresa. 100 cittadini hanno già ricevuto il finanziamento, altre 68 persone sono in attesa di valutazione, le restanti domande sono in fase di accettazione da parte della Fondazione.

### Qualche dato

#### Microcredito sociale

Per quanto riguarda le richieste di microcredito sociale, il 24% lo utilizza per pagare le spese per l'abitazione (affitto, ristrutturazioni, bollette, spese condominiali), il 23% per motivazioni diverse (spese mediche, debiti e difficoltà economiche), il 20% per esigenze familiari (temporanea riduzione del reddito, spese impreviste), il 21% per l'estinzione, la riduzione o la ristrutturazione di debiti pregressi, il 2% per il pagamento della rata del mutuo, il 6% per la formazione professionale e l'istruzione.

Il 58% del credito d'impresa per le star up riguarda richieste di finanziamento tra i 17.000 e i 20.000 euro. Il 60% delle domande del credito sociale viene concesso a italiani, il 40% a stranieri.

#### Credito d'impresa

Il 47% delle richieste interessa le start up. Si tratta prevalentemente di esercizi commerciali (colorifici, fruttivendoli, sartorie, rivenditori di ricambi moto, rivenditori di computer) o di società di servizi (siti web, pony express, asili nido, agenzie fotografiche). Il 18% sono richieste per difficoltà economiche legate all'attività, il 20% dei casi sono richieste la cui motivazione è ancora sconosciuta in quanto appena depositate. Il 49% del credito sociale riguarda finanziamenti tra i 2.000 e i 5.000 euro, il 71% al di sotto degli 11.000 euro.

Il 77% delle domande per il credito d'impresa viene concesso a italiani, 23% a stranieri.

#### Chi presenta domanda

- Il 65% dei richiedenti è di cittadinanza italiana, il 35% è straniero
- Il 55% sono uomini e il 45% sono donne
- Tra i cittadini stranieri, il 63% proviene dall'America latina, il 28% dall'Africa, 20% dall'Europa, il 9% dall'Asia, l'1% dall'America del Nord

- Il 34% dei richiedenti ha un'età compresa fra i 41 e i 50 anni. Il 10% dei richiedenti sono giovani, mentre solo il 7% sono over 60. Il 9% delle pratiche non riporta la data di nascita
- La percentuale maggiore di richieste per il credito d'impresa è nella fascia d'età fra i 31 e i 40 (34%), mentre per quanto riguarda il credito sociale, la percentuale maggiore di richiedenti si concentra nella fascia d'età compresa fra i 41 e i 50 (34%)
- Il 50% dei richiedenti è "lavoratore dipendente", il 27% è "disoccupato", il 12% è "imprenditore". Il restante 11% è composto da lavoratori con contratti atipici e pensionati
- Il 48% dei richiedenti di cui si dispone il dato relativo allo stato civile dichiara di essere nubile/celibe; tra questi è significativa la presenza di donne con figli a carico (21%)
- Il 2% delle domande arriva anche dai Comuni di Pioltello e di Sesto San Giovanni

### I supporti attivi per il lavoro

Il Servizio Supporti Attivi per il Lavoro svolge un'attività di accoglienza e orientamento per la ricerca del lavoro, e di promozione e informazione sulle strutture dedicate alla formazione professionale. Collabora con la Regione Lombardia, i Centri di Formazione e altri soggetti, promuovendo lo sviluppo di iniziative e progetti per favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro.

Il Servizio per il lavoro di viale D'Annunzio è accreditato presso la Regione Lombardia.

Mission del Servizio:

- accoglienza
- informazione
- orientamento / accompagnamento
- segnalazioni / invii

Negli anni 2010 / 2011 sono stati presi in carico 1087 utenti.

Nella sede di Villa Scheibler, all'interno del progetto Urban, è attivo uno sportello informativo e orientativo sulle tematiche inerenti il mondo del lavoro e della formazione.

### Servizi formativi mirati per categorie in svantaggio

Il modello integrato di azioni per il lavoro garantisce un servizio strutturato e completo, dall'individuazione del personale, alla formazione, all'accompagnamento all'inserimento in azienda. Si costruisce un percorso condiviso con l'azienda coinvolta che si pone come partner attivo e propositivo. L'assunzione diviene l'obiettivo comune nell'interesse dei tre soggetti coinvolti in modo attivo nel percorso: la persona, il Comune di Milano, l'azienda.

Il modello di intervento concentra la sua azione nei confronti dei lavoratori svantaggiati, cioè coloro che - secondo la definizione della Unione Europea - hanno difficoltà a entrare senza assistenza nel mercato del lavoro. La formazione è progettata ed erogata dagli operatori di via Fleming con interventi diretti del personale dell'azienda coinvolta attraverso:

- moduli formativi di 50, 80, 100, 200 ore
- moduli professionalizzanti: competenze tecniche e di area
- moduli trasversali: competenze centrate sul "saper essere" nell'ambiente di lavoro con attenzione alla specifica filosofia aziendale, aspetti relazionali richiesti dalla mansione, lavoro d'equipe
- Italiano per stranieri riferito alla mansione da ricoprire e italiano di cortesia
- moduli di ICT mirati o propedeutici al profilo professionale

I risultati ottenuti dipendono dalla capacità di lavorare in rete, attivando collaborazioni e sinergie.

Le segnalazioni di disoccupati da inserire nella banca dati, dopo il colloquio di accoglienza e selezione, provengono da una rete di enti che operano nel sociale:

- Servizio Supporti Attivi per il Lavoro del Settore Lavoro e Occupazione
- Centri di accoglienza per rifugiati politici del Comune di Milano
- Centro Mediazione al Lavoro del Comune di Milano
- Ufficio Stranieri del Comune di Milano
- Servizi sociali del territorio
- Comunità di seconda accoglienza
- Comunità per ragazze madri
- Enti del privato sociale

### Gli interventi per le persone con disabilità

La formazione è progettata dagli operatori della sede ed erogata nei laboratori professionalizzanti interni o direttamente in azienda durante le fasi di stage e tutoring. I

moduli e i percorsi offerti di 24, 120, 680 ore, dedicati alla ristorazione, alla grande distribuzione, alle aree amministrative e tecnico-pratiche, riguardano:

- bilancio di competenze
- orientamento e formazione al lavoro
- riqualificazione professionale
- formazione per contratti di apprendistato
- aggiornamento per il mantenimento del posto di lavoro

La sede si occupa anche di:

- formazione dei tutor aziendali
- supporto all'incontro tra richieste dell'azienda e competenze della persona
- supporto ai contratti di apprendistato
- consulenza agli operatori sociali per l'orientamento e la formazione al lavoro
- collaborazione ai progetti di inclusione sociale
- alternanza scuola-formazione
- consulenza agli insegnanti delle scuole superiori statali e regionali

Anche per questa attività lavorare in rete è condizione per l'efficacia degli interventi. Sono attive collaborazioni e sinergie che coinvolgono:

- associazioni e cooperative di tipo A e B
- Centro di mediazione al lavoro del Comune di Milano
- Servizi sociali per la famiglia del Comune di Milano
- Nuclei distrettuali disabili (NDD) del Comune di Milano
- Servizi adulti in difficoltà del Comune di Milano
- Centro per l'impiego della Provincia di Milano
- Scuole superiori statali e regionali

Per completezza, prosegue il progetto socio educativo finalizzato all'inserimento lavorativo di giovani portatori della sindrome di Asperger. Particolare attenzione è rivolta a:

- potenziare abilità riguardanti la capacità di lavorare in gruppo;
- allinearsi ad una disciplina professionale
- porre attenzione alla qualità degli output, assumendo responsabilità dell'andamento collettivo del lavoro
- cura per gli aspetti pratici di manipolazione corretta dei documenti, in alcuni soggetti particolarmente difficoltosa per le scarse abilità pratiche

E' stato avviato un pre-incubatore di impresa con 6 portatori della sindrome coadiuvati dalla Cooperativa Cascina Bianca.

## 6. I PROBLEMI E LE RISORSE PRINCIPALI DELLA CITTA': UNA VISIONE PER IL FUTURO

Ogni interpretazione dei fenomeni sociali emergenti e della relativa coerenza dei servizi di welfare richiede uno sforzo di sintesi e, quindi, di individuazione degli elementi ritenuti più rilevanti e critici oltre che di quelli su cui è più probabile poter incidere, producendo un significativo valore collettivo. Pertanto, nel presente capitolo, si propone l'individuazione e l'analisi dei temi ritenuti più rilevanti, escludendone molti altri i quali avrebbero ovviamente diritto di cittadinanza, ma che rischierebbero di rendere il lavoro interpretativo talmente omnicomprensivo da non delineare più alcune priorità di policy (per questo la valutazione che il lettore è invitato a fare riguarda sia la scelta dei temi individuati, e quindi indirettamente di quelli scartati, sia la loro analisi di dettaglio).

Il capitolo è organizzato in tre parti: la presentazione e l'analisi delle principali criticità e potenzialità della città, alla luce delle evidenze quantitative presentate nei paragrafi precedenti; la concettualizzazione di cosa costituisca "un problema e una risorsa" in ambito sociale; la presentazione della visione per il futuro.

Per facilitare la lettura, l'analisi delle criticità e potenzialità è organizzata in dieci tesi, che vengono prima citate sinteticamente e poi argomentate.

### 1. Le risorse pubbliche sono calanti, i problemi sociali sono in aumento e questa stagione potrebbe durare ancora a lungo.

Le risorse pubbliche per il welfare sociale e socio-sanitario si articolano in tre fonti principali: prestazioni sociali garantite dall'INPS, servizi sanitari assicurati dal SSN, servizi socio-assistenziali erogati dal Comune. Tutti questi soggetti stanno vivendo grandi difficoltà – e in qualche caso addirittura profonde crisi – di carattere finanziario, riconducibili in ultima analisi alla connessione tra l'eccesso di debito pubblico che caratterizza il nostro Paese (120% del PIL) e la "crisi" economica e finanziaria. Non si intravede per questo, per i prossimi anni (3-5), un aumento delle risorse disponibili ma, al contrario, si prospetta una loro riduzione. Parallelamente, a causa della crisi economica, i problemi sociali stanno significativamente aumentando a partire dalla disoccupazione, dai processi di precarizzazione del lavoro, dall'aumento delle varie forme di dipendenza e di disagio psichico. Anche le risorse che le famiglie possono spendere per l'ambito socio-sanitario sono in diminuzione, come dimostrano le statistiche che vedono una contrazione della spesa privata "out of pocket" per la sanità e per l'odontoiatria e, addirittura, la riduzione drastica delle liste di attesa per RSA e asili nido.

La divaricazione crescente tra ammontare di risorse pubbliche per il welfare e aumento dei problemi sociali è molto probabilmente destinata a durare per alcuni anni.

**2. Le risorse pubbliche per il welfare sono nella disponibilità diretta di Comune e ASL solo per il 43%, il 57% è nella disponibilità diretta delle famiglie.**

Il welfare sociale e socio-sanitario esistente non è stato determinato da una visione organica e strutturata, ma al contrario, è frutto di stratificazioni storiche di interventi di dettaglio declinati per singola categoria di utenti, la cui sommatoria non determina un “sistema” ma solo una contemporanea presenza di interventi tra di loro non coordinati e raramente armonici. Questo emerge chiaramente dall’analisi dell’allocazione delle risorse pubbliche nel settore. Fatte 100 le risorse pubbliche per il welfare sociale e socio-sanitario, che equivalgono a 1.431 euro per abitante, il 57% sono nella disponibilità diretta delle famiglie, trattandosi di trasferimenti monetari diretti alle famiglie (si pensi, ad esempio, agli assegni di accompagnamento o alle indennità di invalidità), mentre il 43% è nelle disponibilità degli attori pubblici locali, ASL e Comune. Questo sistema di welfare rende quindi protagoniste le famiglie, che costituiscono il socio finanziario di maggioranza del sistema, detenendo la maggioranza delle risorse. Gli Enti pubblici detengono solo la minoranza delle risorse.

Purtroppo il sistema è anche molto iniquo perché le risorse trasferite alle famiglie si rivolgono solo ad alcuni target di utenti (es. non autosufficienza o povertà anziana), mentre altri non sono tutelati (si pensi ai poveri non anziani o agli studenti universitari). Inoltre l’allocazione delle risorse non avviene in funzione delle capacità di reddito delle famiglie: l’assegno di accompagnamento ad esempio viene distribuito in funzione del grado di disabilità a prescindere dalle condizioni di reddito o di patrimonio.

Questo scenario non verrà modificato radicalmente nei prossimi anni: bisogna quindi assumerlo come un vincolo entro il quale lavorare, per cercare di usarne le potenzialità (risorse finanziarie per il welfare nella disponibilità delle famiglie) e smussarne il più possibile le iniquità distributive.

**3. Le risorse pubbliche trasferite alle famiglie per il sociale vengono spese soprattutto nel mercato della cura informale: es. badanti e baby sitter.**

Ingenti risorse da parte delle famiglie per il welfare vengono utilizzate quasi esclusivamente per care giver individuali, acquisiti sul mercato della cura informale (es. badanti – 32.000 a Milano - e baby sitter).

Ciò che caratterizza le scelte delle famiglie è la risposta individuale e isolata che ognuna struttura: ognuna con il proprio care giver (ad es. la singola badante), chiusa nella propria casa, in maniera isolata dalle altre, generando frammentazione ed isolamento sociale. La maggioranza delle risorse del welfare socio-sanitario (57%) arriva alle famiglie che attivano servizi informali che isolano le medesime, contribuendo ad allentare inconsapevolmente i legami sociali, invece di costruirli o rafforzarli. L’impatto della quota prevalente delle risorse pubbliche che viene trasferita alle famiglie non allenta la frammentazione e non si misura sul terreno della ricomposizione sociale.

I care giver informali di norma non sono formati e non appartengono ad alcuna organizzazione. In altri termini buona parte del settore della cura non è strutturato e formalizzato, non essendosi sviluppata capacità imprenditoriale in ambito pubblico o privato capace di generare un'offerta capace di attrarre le scelte e le risorse delle famiglie. I care giver informali sono di norma pagati in "grigio", al minimo delle condizioni che rendono la posizione formale amministrativamente sostenibile. Sono quasi sempre persone d'origine straniera. Ovviamente non c'è una perfetta correlazione tra i trasferimenti INPS alle famiglie e le spese di cura informale: alcune di queste spendono anche senza ricevere contributi (si pensi alla cura dei bambini), altre non spendono o spendono meno per il welfare rispetto a quanto ricevono per la protezione sociale. Questo genera distorsioni nell'utilizzo delle risorse e profonda iniquità distributiva.

**4. I servizi offerti da Comune e ASL sono paralleli e disgiunti dai servizi di cura informali acquisiti e organizzati autonomamente della famiglie.**

L'enorme sviluppo della cura informale diretta per le famiglie (32.000 badanti a Milano) non ha spinto il settore pubblico a cercare e trovare forme sinergiche con i servizi pubblici. A titolo d'esempio, il servizio di assistenza domiciliare del Comune non attiva sistematici processi di integrazione con la badante, così come neppure l'ADI dell'ASL.

Consideriamo, procedendo per ipotesi, che il SAD o l'ADI siano in grado di garantire pochi accessi settimanali, di un'ora circa al giorno, mentre la badante rimane molte ore con l'assistito. Qual è il ruolo più importante che l'ADI o il SAD dovrebbero esercitare in presenza di badanti reperite informalmente? Offrire un servizio puntuale e molto limitato nello scopo e nel tempo o insegnare all'"informal care giver" le giuste procedure, sostenere il care giver e svolgere la funzione di supervisione che ogni servizio sociale dovrebbe avere? Al momento non si sono sviluppate riflessioni sistematiche sul ruolo che devono giocare gli operatori garantiti dai servizi pubblici a fronte di un mercato della cure informale che supera di molto, per risorse e numero di operatori, il settore pubblico. Quello che si osserva è che, in precedenza, spesso il Comune si è focalizzato esclusivamente sugli anziani particolarmente poveri (o che si dichiarano tali) capaci di esprimere una domanda esplicita, offrendo un servizio minimo per essi, senza interrogarsi su cosa accada nel resto della società o nel resto delle ore in cui il servizio pubblico manca.

L'unicità dell'operatore, ovvero la coincidenza tra il care giver pagato dalla famiglia e quello offerto dai servizi pubblici, Comune o ASL, sarebbe un'altra possibile ed efficace strada di ricomposizione delle risorse. Non è ancora prevista, invece, la possibilità per le famiglie di acquistare ore aggiuntive di servizio ADI o SAD con le proprie risorse; all'opposto, in molti casi, è addirittura espressamente vietato. Al massimo quello che succede è che la famiglia si accorda informalmente con l'operatore, per acquisire alcune ore di servizio aggiuntive, fuori dalle regole.

Analoghe esemplificazioni si possono fare in tutti gli ambiti del welfare: il mercato delle baby sitter pomeridiane è del tutto scollegato dalla scuola, dai meccanismi di dopo-scuola o estivi.

**5. Nelle aree tradizionali di intervento pubblico i tassi di copertura dei bisogni sono modesti (ad es. solo il 25% dei 40.000 non autosufficienti anziani sono in carico ai servizi).**

L'allocazione delle risorse tra famiglie e offerta pubblica, spiega il modesto tasso di copertura dei servizi pubblici. A Milano solo il 25% degli anziani non autosufficienti sono in carico ai servizi e comunque molti di essi hanno ulteriori care giver di sostegno. Solo il 10% dei bambini usufruisce di servizi alla fine della scuola (il pomeriggio o nei 3 mesi estivi di vacanze) pur essendo il 64% le donne lavoratrici in età adulta. Anche nelle aree di grande deprivazione, il tasso di copertura è lontano da una concezione universalistica del welfare. La crisi della finanza pubblica e l'aumento dei bisogni non fa intravedere "meccanicamente" traiettorie di miglioramento del tasso di copertura. Questo impone un grande sforzo di definizione delle priorità sociali su cui intervenire e, di conseguenza, quelle che rimangono in carico completamente alle famiglie o ad altre iniziative sociali non finanziate dal pubblico. Ciò che preoccupa e si intende superare è a questo proposito l'assenza di strumenti e di un'abitudine nel definire il bisogno, i tassi di copertura attesi e quindi i criteri di prioritizzazione. Non sono disponibili strumenti di rilevazione dei bisogni e quindi l'assegnazione delle priorità avviene al massimo sulla base della domanda esplicita, che non sempre coincide con le fragilità più intense che frequentemente non sono in grado di trasformare il bisogno in domanda.

**6. Nelle aree emergenti dei meccanismi di riproduzione sociale – conciliazione famiglia-lavoro, integrazione sociale nuovi italiani, separazioni/puzzle family/famiglie miste, giovani anziani – il welfare è scarsamente o per nulla attivo, mentre la società ha costruito percorsi autonomi.**

Se guardiamo ai processi socialmente critici emergenti, il sistema di welfare è ad oggi debole o assente nel supportarli. La conciliazione famiglia-lavoro (con il 64% delle donne occupate) è largamente delegata alla famiglia. L'integrazione dei nuovi italiani (250.000) è avvenuta in assenza di rilevanti interventi pubblici, che hanno sfavorito il processo di inserimento sociale. Le separazioni vengono gestite in particolare tra i coniugi, rivolgendosi spesso a professionisti privati, i cui incentivi non sempre e per forza coincidono con quelli che stimolano uno sviluppo sociale armonioso. Le famiglie ricostituite (puzzle famiglie) così come le coppie miste sono in aumento esponenziale e richiedono l'esercizio di ruoli sociali storicamente non consolidati e la costruzioni di nuove forme identitarie nelle aggregazioni umane (es. il terzo genitore). Molti dei fenomeni sociali emergenti sono al di fuori del perimetro del welfare tradizionale, che si è quindi auto collocato prevalentemente in una funzione riparatoria per le grandi fragilità e di supporto

alla collettività generale, ma solo in funzione di una sua rappresentazione tradizionale, lontana dalle evidenze quantitative oggi emergenti.

Oggi, soprattutto nel contesto delle aree metropolitane, il disagio adulto, nelle sue differenti forme, articolazioni e intrecci rappresenta sia quantitativamente sia qualitativamente in termini di impatto e urgenza una priorità per il nostro sistema di welfare.

Nello stesso tempo esso costituisce una delle aree nelle quali c'è stato storicamente meno investimento e dove troppo spesso hanno prevalso atteggiamenti assistenzialistici e poco in grado di rappresentare una filiera per aiutare la persona a percorrere un reale percorso di inclusione sociale e nello stesso tempo una rete di interventi capace di riguardare una serie ampia di ambiti e soggetti.

Le ricerche sulle persone che vengono a trovarsi in stato di forte povertà, esclusione sociale e deprivazione, dimostrano come queste situazioni siano l'esito di una serie di successivi episodi di deprivazione, di perdita di opportunità, di assenza di servizi, che man mano, quasi impercettibilmente, portano ad uno stato di esclusione totale. Dobbiamo, in sintesi, percorrere una via inversa, integrando azioni, costruendo progetti personalizzati, investendo sull'accompagnamento della persona e sulla prevenzione.

#### 7. I servizi sociali sono spesso esternalizzati ma la struttura organizzativa dell'Assessorato non è del tutto coerente a questo posizionamento.

La produzione dei servizi sociali finanziati da parte del Comune, così come quelli socio-sanitari dell'ASL, è oramai completamente esternalizzata verso produttori non profit, privati o pubblici specializzati. Il Comune e l'ASL esercitano in questo modo due funzioni fondamentali:

- la programmazione, l'acquisto e il controllo di servizi dai produttori
- e, pure in forma spesso parziale, il counseling alle famiglie per trasformare il bisogno in domanda e orientarle nella rete dei servizi

Le strutture organizzative e le competenze disponibili non si sono ancora del tutto sviluppate in questa direzione in modo compiuto, anche perché il know how richiesto è sempre più complesso trattandosi di funzioni estremamente critiche. Persiste un'eccessiva frammentazione a canne d'organo di difficile superamento, che poteva avere una qualche razionalità a fronte di enti di produzione ma che difficilmente trova giustificazioni per funzioni di accompagnamento e programmazione-acquisto, che sono per definizione di tipo generalista. Vi è ancora un eccessivo orientamento al back-office, anch'esso incongruente con le funzioni di orientamento e di programmazione-acquisto, che sono tipicamente rivolte all'esterno dell'organizzazione e non all'interno.

La separazione delle funzioni accompagnamento e programmazione-acquisto tra ambito socio-assistenziale e socio-sanitario risulta sempre più incongruente rispetto al quadro sociale emergente che, invece, integra i bisogni sociali con quelli socio-sanitari e rende

sempre più necessaria la produzione congiunta di servizi. A titolo d'esempio: perché il SAD e l'ADI non possono essere erogati congiuntamente, con un unico contratto per un unico produttore? Oppure: la porta di accesso ai servizi socio-sanitari non potrebbe essere unica tra Comune e ASL, essendo le esigenze composite?

**8. Il III settore è focalizzato prevalentemente sulla produzione finanziata dal pubblico o sulla grave marginalità e raramente si focalizza su servizi a pagamento per le famiglie, che preferiscono il mercato informale della cura.**

Il terzo settore e i produttori privati si sono largamente sviluppati negli ultimi anni, diventando i produttori di tutti i pubblici servizi, che sono stati interamente esternalizzati. Il loro orientamento di mercato è però quasi esclusivamente verso i servizi finanziati o cofinanziati dal pubblico. Non sono riusciti a sviluppare modelli di business capaci di attrarre le risorse e le esigenze delle famiglie che si sono rivolte esclusivamente ai care giver informali. In altri termini, i produttori del terzo settore, attori cruciali nel welfare ambrosiano, e del privato non sono riusciti a definire una formula di impresa sociale che garantisse alle famiglie più valore rispetto alla cura informale.

Il pubblico ha inoltre sospinto i produttori verso compressioni sempre più marcate dei salari e dei diritti contrattuali dei lavoratori, chiedendo prezzi di produzione sempre più contenuti e agevolando meccanismi di autosfruttamento nel mondo del sociale. E' giunto il momento di stabilire una retribuzione oraria uniforme nel mercato, che sia frutto di un confronto reale con le organizzazioni sindacali, socialmente dignitosa, spostando la competizione sull'efficienza e sull'efficacia organizzativa invece che sulla contrazione contrattuale e reddituale.

**9. Le reti sociali e il capitale sociale si stanno diradando.**

Siamo in un'epoca storica in cui le relazioni umane si fanno più rarefatte, forme solidaristiche si stanno diradando, la divaricazione tra i segmenti sociali sta pericolosamente esplodendo. Il sistema di welfare dovrebbe essere uno degli antidoti più forti a questi processi, attivando processi di crescita del capitale sociale e di ricomposizione della collettività.

All'opposto la frammentazione tra risorse pubbliche e private (57% nella disponibilità delle famiglie) e l'assenza di interventi nei fenomeni sociali emergenti (conciliazione famiglia-lavoro, giovani anziani, ecc.) alimentano forme di riproduzione sociali e tipologie di servizi che aumentano l'isolamento sociale.

Spesso la famiglia risulta essere "chiusa in casa" con la propria babysitter o badante, alla ricerca di una soluzione individuale dei problemi, generando così un aumento della rarefazione delle relazioni sociali, un aumento dell'intensità dei problemi percepiti, la difficoltà a produrre una narrazione condivisa delle situazioni di vita in cui fisiologicamente

ognuno si trova ad essere (genitore, anziano, care giver, ecc.), determinando un senso diffuso di solitudine, precarietà, smarrimento e stanchezza. Questa dinamica ha innestato un circolo vizioso in cui diminuisce la fiducia reciproca tra i cittadini per cui si alimentano meccanismi ostili verso le diversità, diventa sempre più difficile condividere la cura, rendendo complicato mettere insieme bambini o anziani di famiglie differenti.

#### **10. La città è ricca di risorse sociali non del tutto esplorate e valorizzate**

La città contiene molti elementi che costituiscono delle potenziali risorse sociali per le persone coinvolte, per altri segmenti sociali con cui potrebbero connettersi e per la collettività generale.

Innanzitutto vi sono interi gruppi di persone che sono portatori di potenziali grandi contributi sociali: si pensi a questo proposito all'enorme bacino costituito dai 300.000 giovani anziani, in media sani e benestanti, alle energie di innovazione che potenzialmente sono introdotti da 250.000 stranieri, dal desiderio di crescere e di inserimento sociale di 160.000 studenti universitari.

Vi sono le molteplici forme attive di volontariato e di sostegno nel vicinato, che creano un tessuto ricco e diffuso di partecipazione.

Esistono nuove e innovative forme di connessione sociale, come i gruppi di acquisto solidale (GAS/GAF), le famiglie che si auto-organizzano per il pedibus dei figli, le associazioni dei genitori a sostegno delle scuole, ecc. che rappresentano nuove forme di creazione di socialità e connessione tra le persone e le famiglie.

Le numerose evidenze quantitative presentate rispetto alla trasformazione della società, alle caratteristiche del welfare e alla distribuzione delle risorse possono condurre a molteplici altre considerazioni, riflessioni e interpretazioni: l'elenco qui proposto è quello che individua le analisi considerate più critiche e rilevanti, che esprimono quelle che si ritengono essere le priorità per la definizione delle politiche sociali.

Infine si sottolinea l'importanza della relazione con il Comune, nel Piano di sviluppo del welfare, del sistema delle fondazioni di erogazione, sia quelle di origine bancaria sia quelle private maggiormente collegate al sistema imprenditoriale. L'Amministrazione comunale nel riconoscere il grande contributo delle fondazioni in termini economici di sostegno al sistema di welfare, auspica la creazione di un ambito dove, pur nel legittimo riconoscimento delle rispettive autonomie, si intraprendano percorsi di stretta interazione e di partecipazione delle fondazioni alla definizione e sostegno delle politiche di sviluppo del welfare e viceversa nella possibilità per l'Amministrazione comunale di individuare ambiti di costante e strutturale collaborazione con le fondazioni in progetti strategici di rilevante impegno economico e durata temporale, non solo come soggetto che presenta progetti, ma come partner per la definizione e attuazione di progetti strategici di sviluppo.

## **Welfare e sviluppo, problemi e opportunità**

Creare le condizioni affinché i diritti di cittadinanza siano rispettati è la premessa per ogni sviluppo economico, sociale e culturale. Il welfare sociale e socio-sanitario fa parte delle condizioni di contesto necessarie per lo sviluppo. Il benessere individuale e collettivo è tra le determinanti fondamentali della produttività, creatività e imprenditorialità di una comunità.

Risulta sbagliato e lesivo dell'interesse generale contrapporre il rilancio socio-economico del Paese alla necessità di riformare e reinvestire nelle sue politiche sociali, al contrario, la seconda è premessa indispensabile per la prima.

Lo stesso capitale sociale, oggetto privilegiato di lavoro delle politiche di welfare, è ritenuto dal pensiero economico oggi dominante uno dei driver che più di altri è in grado di spiegare il tasso di sviluppo economico, socio-economico e culturale di una comunità o di un Paese. Del resto, come già scritto, tra i Paesi EU, quelli con il welfare più sviluppato e con il capitale sociale più alto, sono quelli che meglio stanno reagendo alla crisi economica globale.

Alla radice delle politiche sociali agisce una considerazione che le rende molto diverse dalle politiche sanitarie. Una caratteristica o un fenomeno sociale emergente non costituisce di per sé quasi mai strutturalmente un problema o una risorsa potenziale per la collettività e per le politiche del welfare, perché il contributo negativo o positivo è determinato dalla trama sociale in cui tale caratteristica si inserisce. La trama sociale è fatta dalle relazioni tra le persone, dai meccanismi di riproduzione sociale e di cura diffusi, dalle mappe cognitive disponibili, dagli orizzonti di senso in cui i cittadini collettivamente collocano i fenomeni. (E il Comune, proprio in questo quadro, nel riconoscere l'importanza di una trama sociale coesa per la creazione di capitale sociale e per il diffondersi del benessere sociale ha dedicato una delega specifica alla Coesione Sociale ed al Volontariato).

300.000 giovani anziani, di cui molti residenti da soli, possono costituire un grosso problema sociale in una società giovanilista, che li fa vivere separatamente, che non riconosce il valore della loro storia e dei loro contributi professionali e sociali, che gli propone un modello prospettico di cura basato sull'auto-organizzazione domestica, centrata su care giver individuali. Questo è un esempio di trama sociale, dove un fenomeno emergente diventa un problema. All'opposto lo stesso gruppo, o almeno una buona parte di esso, dei 300.000 giovani anziani, che magari rimangono residenti da soli, può costituire un'enorme potenziale. La maggior parte di essi non ha bisogno di trasferimenti diretti o indiretti di risorse da parte dei sistemi di welfare, ma ha bisogno di incontrare una trama sociale che dia loro senso, valore, che li supporti a integrarsi costantemente gli uni con gli altri, con la società. Essi possono essere animatori di circoli di lettura, insegnanti volontari per l'uso del web, docenti di italiano per i bambini figli di genitori stranieri che fanno male la lingua, gestori di spazi pubblici messi a disposizione

dei segmenti sociali, promotori del loro circolo di amici o semplicemente costituire un infinito reticolo di gruppi di persone che si godono insieme una fase della vita, in una città ricca di stimoli e opportunità anche per questa fascia di età.

Le coppie di genitori lavoratori, con figli piccoli, possono sentirsi molto stanchi e soli, perché il tempo per il lavoro, per il pendolarismo, per la spesa e la cura della casa e l'accudimento dei figli esaurisce le loro energie. Si corre a casa dal posto di lavoro, per arrivare in tempo alla chiusura della scuola o alla fine dell'orario di servizio della baby sitter. "Sono stanca, non ho tempo per me, litighiamo perché non abbiamo tempo per la coppia" sono affermazioni diffuse nella nostra città. Forse vi è anche una qualche correlazione con l'elevatissimo numero di separazioni. Cosa succederebbe se invece la trama sociale vedesse di norma le famiglie gestire insieme i figli, con l'utilizzo di babysitter comuni, alternando le case ove i bambini passano del tempo insieme dopo la scuola? Una babysitter per tre famiglie costerebbe la metà per ogni famiglia anche se la pagassimo 50% in più e quindi la potremmo formalizzare e professionalizzare. I bambini giocherebbero insieme restituendo, magari, anche valore allo spazio pubblico. Le famiglie sarebbero in rete.

Da una situazione di isolamento ci si ritroverebbe in una trama di socialità, scambio di esperienze, condivisione della cura, a beneficio di tutti gli attori coinvolti: bambini, genitori, babysitter, la società.

La connessione e l'organizzazione delle interdipendenze reciproche, in sintesi, è in grado di generare valore, così come il mancato riconoscimento delle interdipendenze può distruggere valore, a prescindere dalle risorse finanziarie o di welfare disponibili.

In una società in cui le risorse pubbliche sono in riduzione e i problemi sociali sono in aumento, vi è la necessità di ricostruire una trama sociale capace di generare valore, capitale sociale, connessioni tra le persone. Questo da un lato trasformerebbe alcuni problemi in opportunità, dall'altro aiuterebbe a sostenerne altri in maniera meno sofferta avendo una narrazione diffusa e condivisa, libererebbe risorse da focalizzare sulle gravi fragilità, che a loro volta sarebbero comunque inserite in un tessuto sociale più accogliente.

E' possibile riscoprire collettivamente la centralità dei diritti di cittadinanza come premessa o ogni sviluppo possibile?

E' possibile che le mappe cognitive proposte dalle policy pubbliche e il correlato sistema di welfare siano capaci di favorire processi di riaggregazione sociale?

## **7. QUALE CITTA' E QUALE WELFARE VOGLIAMO: LA VISIONE PER IL FUTURO**

### **1- DI FRONTE ALLA CRISI RILANCIARE E NON LIMITARSI A RETROCEDERE IL MENO POSSIBILE**

Il Paese sta diventando più povero (i consumi e i redditi 2012 sono quelli del 2006), molte sono le trasformazioni sociali allarmanti (aumento dei disoccupati e precariato, dei neet, delle famiglie in povertà relativa e assoluta), mentre le risorse pubbliche per il welfare sono in contrazione, sia in ambito socio-assistenziale, sia in quello socio-sanitario e sanitario.

Queste tendenze sono destinate a durare almeno per qualche anno e a lasciare delle ferite sociali profonde, aggravando le caratteristiche di un settore di welfare frammentato e casuale, che non è mai stato concepito con una logica di sistema unitario e intrinsecamente coerente.

In questo quadro è necessario immaginare una visione di trasformazione complessiva del nostro sistema di welfare a supporto di una inversione di tendenza di alcune trame sociali che diminuiscono la coesioni e che trasformano caratteristiche emergenti in problemi, determinando scenari collettivi positivi. Il sistema di welfare oggi assediato dalla carenza delle risorse, dalla miopia della governance, dagli egoismi e dagli sprechi è un sistema che deve rinascere, che rimette insieme i propri pezzi e si rifonda, su un nuovo sistema valoriale dove il ben-essere può essere garantito solo da un serio percorso di consapevolezza e da una rete che mira a proteggere la debolezza e a trasformarla in una felicità possibile.

Questo richiede una presa di coscienza collettiva delle caratteristiche sociali e dei comportamenti sociali emergenti, delle criticità profonde del Paese e delle attuali caratteristiche del welfare che deve essere largamente ripensato. L'alternativa, in questa fase storica, è quella di difendere il sistema di welfare esistente, cercando di governare come e quanto si retrocede, focalizzandosi soprattutto sulle fragilità e sui criteri di universalismo selettivo, in un processo che non potrebbe essere altro che una lenta e progressiva ritirata.

### **2- RICOMPORRE LE RISORSE PUBBLICHE E PRIVATE DELLE FAMIGLIE**

Le risorse pubbliche per il welfare sono per il 57% nella disponibilità diretta delle famiglie e per il 43% erogate da Comune e ASL: questo spiega l'ampio sviluppo del mercato della cura informale e i modesti tassi di copertura dei servizi pubblici o finanziati dal pubblico (a Milano ci sono 40.000 anziani non autosufficienti, 8.000 presi in carico dai servizi pubblici e 32.000 badanti).

E' necessario costruire un sistema di welfare ricompositivo, capace di integrare le risorse pubbliche con quelle nella disponibilità diretta delle famiglie. Ogni servizio di cura pubblica deve poter prevedere la sua estensione qualitativa o quantitativa a carico delle famiglie, per generare servizi integrati e unitari.

Lo stesso scopo viene raggiunto se alle famiglie viene concessa la possibilità di optare per un contributo economico del Comune, pari al controvalore dei servizi, da aggiungere alle proprie risorse per l'acquisizione di servizi sul mercato. In concreto questo significa che il Comune deve iniziare a vendere servizi anche alle fasce di popolazione ad oggi escluse dal perimetro della sua azione per l'impronta prevalentemente gratuita rivolta alle fasce più povere storicamente assunta (si pensi al SAD o ai servizi di mediazione familiare per la gestione dei conflitti o delle separazioni o agli alloggi protetti per anziani), che riguarda prevalentemente la fascia media della popolazione. Questo comporta notevoli vantaggi:

- i servizi assumono una natura universalistica coinvolgendo tutta la popolazione, garantendo osmosi tra la capacità di advocacy e voice dei paganti e il frequente silenzio dei beneficiari gratuiti, spesso sprovvisti di capacità di autotutela
- aumentano i tassi di copertura dei bisogni
- si offrono politiche e servizi più diffusi con un orientamento al benessere collettivo
- potenzialmente aumentano le risorse economiche in circolazione che possono garantire, oltre ad economie di specializzazione e di scala, ulteriori spazi per azioni redistributive

Occorre peraltro prestare attenzione al fatto che gli asili nido e le scuole dell'infanzia, attraverso il personale in essi impegnato, costituiscono una finestra privilegiata di osservazione sulla famiglia e sui bambini, ma altresì una possibile finestra attraverso la quale la famiglia può conoscere e realizzare un primo contatto con i servizi educativi e sociali.

L'investimento dei servizi sociali per l'apertura di un punto di ascolto aperto alcuni giorni al mese presso alcune scuole dell'infanzia ed asili nido di ogni zona potrebbe, ad esempio, configurarsi come strategia per raccogliere ed interpretare i bisogni delle famiglie e per organizzare risposte efficaci, rispetto alle quali si rivela fondamentale la sinergia con i Servizi Educativi nei casi in cui occorra supportare famiglie con presenza di bambini in età tra zero e sei anni.

Inoltre si valuta che associazioni, artigiani, privati cittadini siano risorse e possano partecipare alla quotidiana esperienza educativa e didattica, sotto il coordinamento competente dell'educatore che può coinvolgerli nell'attuazione del proprio progetto educativo, ma possono costituire anche riferimenti per generare reti di sostegno sociale sotto la guida degli operatori dedicati.

Iniziative specifiche, come l'apertura dei giardini scolastici ai bambini ed alle mamme del quartiere, la creazione di sale di "happy popping", l'apertura delle biblioteche scolastiche alle mamme ed ai papà della zona, ecc., sembrano essere alcuni fra gli ambiti di

sperimentazione che da subito permetterebbero alla città di sentirsi proprietaria delle sue scuole e, più in generale, dei servizi educativi e sociali.

E' questo allora il tema della partecipazione e anche della ricerca di nuove forme di esperienza comune, nuove regole condivise per un impegno rinnovato nella corresponsabilità educativa (nella cura dei luoghi, nella definizione degli obiettivi educativi, nell'apertura verso gli altri).

E' la città che deve gradualmente assumere la consapevolezza di "città educante" e che racchiude in se stessa gli elementi importanti per una formazione integrale dei suoi cittadini e dei bambini in particolare. Questo è il progetto di una città in cui i componenti assumono il ruolo responsabile del "costruttore". In una città così il bambino diventa persona che ha la capacità di partecipare attivamente alla trasformazione della propria realtà.

La diffusione dei servizi di iniziativa pubblica, il recupero di risorse private oggi quasi esclusivo appannaggio del mercato della cura informale, non necessariamente deve vedere la PA come soggetto produttore o erogatore diretto. Il ruolo del Comune è quello di promuovere iniziative di ricomposizione delle risorse delle famiglie con quelle dei servizi pubblici, potendo scegliere di volta in volta lo schema produttivo più congruo, dalla promozione di un mercato regolato ad alto valore sociale aggiunto, dall'appalto fino alla produzione diretta pubblica.

### 3- UN WELFARE CHE RICONNETTE LE PERSONE E NON PRODUCE SOLO PRESTAZIONI

Gli individui e le famiglie sono sempre più isolati e si sentono sempre più soli. Buona parte dei meccanismi di riproduzione sociale emergenti (riconciliazione famiglia-lavoro, integrazione nuovi italiani, assistenza ai non autosufficienti, gestione separazione familiari) avvengono a carico delle famiglie, che dimostrano una capacità di tenuta e di gestione autonoma, ma con meccanismi parcellizzati, per singolo nucleo familiare, che attiva i propri meccanismi interni di sostegno e di socializzazione. Ogni famiglia, in modo autonomo e isolato, organizza le proprie funzioni di cura. Le relazioni interpersonali e interfamiliari diventano progressivamente più rarefatte e il capitale sociale si consuma.

E' necessario riattivare processi di ri-aggregazione sociale, di sviluppo di reti tra individui e famiglie, dove forme di condivisione dei servizi di cura determinano una parte della soluzione ai problemi. Il welfare non è altro che uno spazio fisico e culturale dove i diritti diventano esigibili, dove si consolidano i legami di cittadinanza, dove si costruisce la coesione sociale, dove si gettano le fondamenta per la società del ben-essere.

Una babysitter in comune a tre famiglie facilita lo sviluppo di una rete tra bambini e tra genitori, permette alle famiglie di risparmiare e di professionalizzare e retribuire meglio l'operatore. Una badante in comune a più anziani o un centro diurno permette di riconnettere tra di loro gli anziani e le loro famiglie. Un gruppo di mutuo-aiuto di famiglie

con bambini con disabilità che passa il week-end insieme può contribuire a mitigare la fatica della cura, condividendo esperienze e costruendo legami sociali. Il “pedibus” dei bambini che vanno e vengono da scuola è gratuito, libera tempo alle famiglie, connette bambini e genitori.

Un GAS/GAF (gruppo di acquisto solidale o gruppo di acquisto familiare) connette produttori e consumatori, genitori e bambini tra di loro. A questo proposito possiamo imparare dalla capacità autonoma della società milanese di gestire in tutto il novecento i processi di migrazione interna e dall’esperienza di questi decenni dei migranti della nostra comunità, le cui reti sociali e familiari per etnia sono spesso molto robuste e hanno operato come sostanziale meccanismo di inclusione e integrazione sociale per i nuovi arrivati, di fatto vicariando l’assenza o la debolezza dell’azione pubblica (e generando, di converso, meccanismi di isolamento e chiusura nella comunità).

Ogni servizio di welfare deve essere basato sul principio per cui la cura viene offerta congiuntamente a più individui o famiglie, generando connessione e valore sociale. Nessun servizio deve indurre forme di supporto che isolino l’individuo. Questo deve valere sia per i servizi a pagamento per le famiglie, sia per quelli pubblici, meglio ancora se riconnettono anche risorse pubbliche e private.

Per fare questo occorre che gli operatori lavorino attraverso agenzie organizzate e formalizzate (es. cooperative o società di servizi) che vendono i servizi alle famiglie o ai committenti pubblici, con caratteristiche tali da riconnettere le persone e le famiglie.

La condivisione dei servizi genera valore sociale per gli individui e per le famiglie, abbassa i costi per gli utenti e permette di professionalizzare gli operatori. L’obiettivo è generare delle formule imprenditoriali in grado di “spiazzare” il mercato informale della cura individualizzata e parcellizzante, che progressivamente esce dal mercato perché non più competitivo, perché generatore di minor valore.

La condivisione tra persone e famiglie è tanto più facile quanto più si ragiona per funzioni di riproduzione sociali complessive, per presa in carico, per riconnessione tra persone, superando la logica prestazionale, per singolo utente. Questo richiede un cambio di approccio, linguistico e di metriche di misurazione dei servizi.

#### 4- UN WELFARE DEI DIRITTI DI TUTTE LE PERSONE, INCLUSIVO E SENZA DISCRIMINAZIONI

Il welfare promuove i diritti di tutte le persone. Un sistema di welfare che promuove i diritti ha bisogno del contributo di tutti coloro che compongono la comunità. Un sistema di welfare è costruito su una relazione bidirezionale, dove la forza della comunità genera supporto ai diritti rendendo più agevole l’azione del promotore pubblico e del sistema dei servizi, che operano e si innescano in un tessuto sociale vitale, ricco di relazioni, di volontariato, di inclusione e restituiscono ulteriore crescita del capitale sociale. All’opposto, una società passiva e frammentata, diffidente e paurosa, incrementa la propria percezione

di bisogni e di timori, rendendo lo scenario sociale in cui operano i servizi di difficile o improbabile efficacia, accrescendo paradossalmente il gap tra domanda che si esplicita e risposte possibili, distruggendo quindi ulteriormente il capitale sociale.

Includere tutte le persone significa agire contro ogni forma di discriminazione rispetto all'orientamento sessuale, all'identità e all'appartenenza di genere, contrastare la cultura delle intolleranze, delle omofobie, delle xenofobie, promuovendo il principio delle pari opportunità e del rispetto dell'altro da sé e della diversità (e ciò anche nel solco delle riflessioni avviate dal Consiglio comunale che ha recentemente istituito il registro delle unioni civili).

## 5- LA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE DELLA CITTA'

La città è ricca di risorse sociali potenziali e già attive. Giovani anziani, comunità straniere per etnia, studenti universitari, famiglie affidatarie e centri di aggregazione sono portatori di energie vitali che possono essere stimolate e valorizzate. Non necessariamente ciò deve avvenire con le forme tradizionali del volontariato, perché nuove modalità di rappresentazione e narrazione sociale possono essere concepite. Un anziano che gestisce uno spazio ricreativo di un'associazione del tempo libero, culturale o sportiva non necessariamente si trova a proprio agio con l'etichetta del "volontario". Probabilmente sta solo gestendo il proprio tempo libero in compagnia, in un modo che trova piacevole per sé e per gli altri.

Anche un gruppo di famiglie di un GAS/GAF che la domenica si trova in una fattoria a selezionare i prodotti biologici a KM zero da acquistare non si rappresenta come un gruppo di volontari, ma più probabilmente come una compagnia di gitanti nella natura. Così come una studentessa che affitta una stanza a casa di una anziana, forse risolvendo simultaneamente i suoi problemi di reddito e di solitudine dell'ospite, non necessita di etichette. Una famiglia affidataria sta facendo una nuova e altra esperienza di "genitorialità" che si colloca probabilmente in un percorso molto profondo e alto di riflessione sul proprio ruolo sociale, sulla funzione educativa e sulle relazioni affettive verso bambini che non sono e non saranno mai propri.

Ovviamente a queste forme di socialità e cittadinanza attiva si aggiunge la straordinaria ricchezza del volontariato formalizzato, che ha davanti a sé nuovi e rilevanti bacini di potenziali volontari aggiuntivi da esplorare, a partire dal segmento dei giovani anziani, degli studenti universitari, dei nuovi milanesi.

## 6- UN WELFARE CAPACE DI LEGGERE I BISOGNI E DI DEFINIRE LE PRIORITA'

Le istituzioni pubbliche devono sistematicamente leggere i bisogni della città: i sistemi informativi attuali lo permettono, ma non sono ancora del tutto disponibili in Comune. Occorre sapere quanti e chi sono le persone con disabilità, gli anziani non autosufficienti,

gli alcool o tossicodipendenti, gli homeless, i bambini in difficoltà, ecc. Questo permette di definire i tassi di copertura attesi dai servizi pubblici e quindi le priorità nella selezione degli utenti. La non conoscenza della distanza tra risorse e bisogni impedisce di costruire chiare politiche di prioritizzazione nell'accesso ai servizi con il rischio di esiti iniqui o socialmente non prioritari. Il rigore nel costruire i processi di universalismo selettivo è fondamentale in una fase di risorse calanti e bisogni crescenti.

La lettura delle reali situazioni delle persone e delle loro famiglie favorisce il superamento della logica prestazionale, a favore di modelli di presa in carico, perché le prime spesso lasciano inalterate il quadro delle problematiche, mentre le seconde sono orientate ad affrontare i problemi. In un approccio prestazionale, al crescere del numero degli interventi puntuali, il sistema di monitoraggio segnala un miglioramento, a prescindere da cosa sia successo agli utenti.

Un approccio di presa in carico e di lettura delle criticità sociali, rileva invece soprattutto i tassi di efficacia e di positività degli interventi e, parallelamente, i loro eventuali impatti negativi o insufficienti. E' una logica meno consolatoria dell'approccio prestazionale, dove è sufficiente fare quantitativamente di più, perché permette di monitorare con più nitidezza l'efficacia dell'azione sociale e supportarne lo sviluppo.

## 7- IL COMUNE COME PROMOTORE DEI DIRITTI, CONNETTORE, PARTNER E COMMITTENTE

Il Comune di Milano, che gestisce il 25% delle risorse del welfare socio-sanitario della città (esclusa la sanità), ha però una responsabilità istituzionale complessiva sullo sviluppo socio-culturale della città e dei suoi servizi. La quota maggioritaria delle risorse è nella disponibilità diretta delle famiglie.

In questo quadro la missione del Comune deve focalizzarsi prevalentemente su alcune funzioni.

In primo luogo il Comune agisce come promotore e attivatore del welfare dei diritti per tutte le persone, favorendo una presa di coscienza culturale del suo significato, la lettura e la diffusione delle criticità sui diritti negati, sostenendo l'azione sociale diffusa, cercando di promuovere le integrazioni tra gli attori pubblici del welfare e la rete degli erogatori.

Il Comune deve favorire processi di connessione tra le persone e le famiglie, promuovendo conoscenze, mappe cognitive, piattaforme di incontro che sostengano processi di risocializzazione e condivisione dei servizi di cura, alimentando la diffusione dell'impegno civile, del volontariato e della disponibilità alla condivisione con i più fragili.

Il Comune deve diventare, o deve continuare ad esserlo laddove sono già in campo iniziative positivamente messe in atto dall'Amministrazione in passato, un partner degli imprenditori sociali, pubblici e privati, che cercano di organizzare e sviluppare il mercato della cura. Deve favorire la nascita e il rafforzamento di soggetti capaci di offrire servizi

che connettono tra di loro le famiglie, che ricompongono risorse pubbliche e private, che costruiscono piattaforme di pooling della domanda e di pooling dei care giver. Ciò può svilupparsi attraverso un processo di sostegno culturale, tecnico e politico, di accreditamento istituzionale, di piccoli incentivi finanziari in fase di start up.

Per i propri servizi, l'Ente Locale, deve diventare consapevole del proprio ruolo, oramai quasi esclusivo, di committente a cui abbinare la funzione di accompagnatore sociale, ovvero di assistenza sociale. La stessa struttura organizzativa deve essere ridisegnata in questa prospettiva, costruendo una interfaccia sempre più unitaria per gli utenti e sistemi di accesso unificati, superando progressivamente le canne d'organo per area di disagio, e quindi riorganizzando completamente l'Assessorato, con sistemi informativi capaci di cogliere tutte le caratteristiche e i profili di assistenza pubblica e privata di ogni cittadino ed il contesto familiare e sociale in cui è inserito. Le procedure di acquisto debbono avere approcci ricompositivi e di presa in carica con tariffe correlate alla qualità attesa dei servizi.

## 8- PRODUZIONE DI VALORE PER GLI UTENTI E PER LA SOCIETA' DA PARTE DEGLI EROGATORI

Il Terzo Settore professionale e gli erogatori privati profit hanno storicamente focalizzato il proprio assetto produttivo e strategico sull'erogazione di servizi contrattualizzati dal sistema pubblico (che infatti sono esternalizzati nel 90% dei casi). I produttori formalizzati sono invece scarsamente presenti sul mercato dei servizi acquisiti direttamente dalle famiglie: non riescono a offrire un valore percepito superiore al mercato della cura informale individualizzato che, invece, domina. Come detto la maggior parte dei servizi formalizzati segue lo schema del servizio individuale, che rischia di incrementare la separazione e la segmentazione sociale. Il sistema dei produttori dovrebbe cogliere le significative opportunità di mercato presenti nelle formule imprenditoriali che integrano risorse private con quelle pubbliche e servizi di cura che connettono tra di loro individui e famiglie.

La trasformazione dei produttori in questa direzione non può che avvenire progressivamente, ma deve avere come orizzonte finale di esito l'assorbimento della platea degli informal care giver.

## 9- LA MESSA IN RETE DEGLI ATTORI PUBBLICI E DEI PRODUTTORI

La presa in carico complessiva degli utenti, la possibilità di disporre di percorsi e servizi integrati, la necessità di occupare nuovi mercati della cura, il bisogno di governare le prioritizzazioni in modo rigoroso e coerente tra le istituzioni chiedono la messa in rete degli attori sociali.

Vi è quindi la necessità di sviluppare reti tra tutti i grandi attori pubblici del sistema di welfare, sia per coordinare la funzione di committenza, sia per unificare i meccanismi di

accesso, sia per integrare i percorsi di fruizione dei servizi, di formazione degli operatori, e di condivisione delle informazioni e impostazioni rispetto agli utenti.

Le reti possono basarsi su meccanismi diversi di connessione, dal coordinamento operativo, alla condivisione delle risorse per acquisti o programmazioni congiunte, fino alla fusione istituzionale.

Analoga esigenza esiste nel mondo dei produttori, dove si sente la necessità di soggetti più coordinati e integrati tra di loro per l'osmosi di competenze ed esperienze, per la ricerca di vocazioni e specializzazioni, per l'individuazione di possibili economie di scala, per disporre di filiere di servizi più integrate e non disperse per singole fasi del processo assistenziale. Promuovere processi di partnership tra soggetti produttori, omogenei per natura e sensibilità culturale è uno spazio di lavoro ambizioso ma ad alto potenziale di valore aggiunto per la collettività e per il mondo degli erogatori.

## 10- L'INTERNAZIONALIZZAZIONE NELLE POLITICHE DEL WELFARE

Una metropoli come Milano deve aprire il proprio sistema di welfare a sistematici confronti, riflessioni, collaborazioni internazionali.

E' necessario confrontarsi, partecipare a processi di benchmarking, per poter apprendere dalle migliori prassi internazionali. Ciò significa avere uno spazio mentale per l'autocritica, per l'auto-valutazione, disponendo di una prospettiva storica in cui si colloca la valutazione dei complessi sistemi di welfare. Ognuno di essi ha una storia, spesso molto nobile, che viene da lontano. Nessun tecnico e nessun politico è in grado di modificare o spostare un sistema di welfare da solo, le responsabilità sono molteplici e socialmente condivise e l'errore più grande che si può fare è essere animati dall'ansia di smontare acriticamente le organizzazioni precedenti ereditate dalle stagioni politiche ed elettorali differenti.

Partecipare a network internazionali di confronto serve per capire come si è posizionati, se e come è possibile aggiustare le visioni e le strategie.

250.000 nuovi milanesi vengono da altri Paesi, si tratta di persone che ci interrogano e incuriosiscono. La nostra comunità è al suo interno una finestra sul mondo, ma ci chiede di andare nel mondo per capire come e da chi è fatta la nostra collettività. I progetti migratori, di norma emergenti e non intenzionali, hanno un inizio, un finalismo spesso non razionalizzato e tante tappe intermedie fatte di legami intensi con la terra di origine e con quella di arrivo. Così come non è possibile capire Berlino senza essere stati in Turchia o non è possibile capire Los Angeles senza essere stati in Messico, anche Milano ha bisogno di confrontarsi con la Romania, l'Ucraina e l'Egitto per capire i percorsi dei propri residenti.

Molti finanziamenti e tante sperimentazioni sono oggi sostenute dall'EU. Bruxelles è il luogo di incontro internazionale degli imprenditori sociali e dei policy maker delle comunità. Milano ha bisogno di sviluppare la propria capacità di imprenditorialità sociale e di apertura

a network di ricerca, sperimentazione, finanziamento internazionali, come è tipico delle grandi metropoli, investendo sulle strade del co-sviluppo, della cooperazione decentrata della collaborazione con le diverse Città del mondo per comprendere per disegnare itinerari di sviluppo condiviso, e strategie comune di welfare transnazionale.

## 8. IL PIANO DELLE AZIONI TRA PRESENTE E FUTURO

### Premessa

Le politiche sociali sono un treno in corsa e non premettono di fermarsi per riflettere sulle criticità, sulle opportunità per progettare con calma il futuro. Si analizza e si programma mentre, contemporaneamente, si agisce. L'azione dell'Amministrazione in questi 12 mesi ha già espresso, almeno in parte, lo spirito di questo Piano.

Innanzitutto è stato aperto un dialogo costante e profondo con la città e tutte le sue rappresentanze, sia per costruire una conoscenza diffusa del sistema di welfare, sia per condividere idee ed opinioni che hanno portato alla modifica di politiche e alla redazione del presente Piano di sviluppo del welfare ambrosiano. In particolare si è privilegiato l'ascolto delle competenze della città, dei gruppi di utenti, delle rappresentanze di quartiere dei volontari e si è aperta una intensa e dialettica collaborazione con il Forum del Terzo Settore della città significativamente costituitosi proprio nei mesi scorsi.

Una collaborazione questa che, in coerenza con quanto sin qui affermato, intende rafforzarsi, anche attraverso l'assunzione di un Protocollo comune nella consapevolezza che l'obiettivo di fondo del confronto non debba essere una sorta di esibizionismo della partecipazione quanto, semmai, al di fuori di ogni logica unanimità, la ricerca di punti di vista e progettualità condivise in relazione alla gestione dei processi d'innovazione delle politiche sociali e, inoltre, l'esplicitazione puntuale delle criticità dei processi stessi.

Ogni grande azione di policy, inoltre è o vuole essere sempre di più in futuro, il frutto di una concertazione interna all'Amministrazione tra i diversi assessorati interessati e coinvolgibili, nella consapevolezza che la "Politica Sociale" appartenga all'intera macchina di governo della città.

E' stato gestito in questo modo il piano anti-crisi che sostiene le famiglie in maggiore difficoltà economiche, investendo nella collaborazione cruciale con l'Assessorato al Lavoro (impegnato in numerose iniziative volte a consolidare la capacità di riattivazione di risorse e intelligenze produttive presenti nella società milanese, nonché nell'implementazione e nel sostegno della Fondazione Welfare), così come il piano riguardante le politiche rivolte alle popolazioni Rom, Sinti e Caminanti e l'impostazione della proposta di Progetto strategico sul medesimo tema e, generalmente, lungo tutto il primo anno dell'Amministrazione in carica, si è intensificato un lavoro comune tra "sociale" e "sicurezza" svolto al fine di rafforzare i processi di coesione, inclusione e promozione ritenendo la cultura della legalità un ingrediente cruciale del welfare.

Con lo stesso spirito si è intensificato il coordinamento con l'assessorato alla Casa in relazione alle politiche abitative e alla gestione dei temi emergenti nei quartieri ERP e con l'assessorato alla Cultura si è investito su percorsi comuni riguardanti la costruzione della

Cultura della Legalità e il valore dei “nuovi cittadini” nella società multiculturale; la sinergia con l’assessorato al Benessere ha portato alla gestione condivisa di alcuni momenti di socialità e alle riflessioni pubbliche sulla cultura della salute ed è ovviamente costante l’opera di raccordo con l’ambito dell’Educazione con cui il dialogo e la connessione va ulteriormente rafforzata per l’ovvia considerazione riguardante la centralità delle politiche che si rivolgono alle bambine, ai bambini, alle loro famiglie.

La sinergia con l’assessorato al Decentramento ha inoltre consentito e agevolato una forte relazione con le Zone nell’elaborazione del Piano<sup>22</sup> e dovrà tradursi in futuro nell’attuazione di scelte organizzative ed amministrative già previste, connesse all’identificazione dei servizi da collocare sotto la diretta responsabilità delle Zone stesse.

Inoltre è stato implementato un tavolo permanente di coordinamento con la ASL per avviare processi di integrazione delle politiche sociali e socio-sanitarie, nella convinzione che la collaborazione tra i due Enti debba segnare continuamente le reciproche azioni.

Come detto, infine, i problemi e le politiche vengono analizzati e discussi con i rappresentanti delle categorie interessate, con gli attori sociali operanti in città, con le associazioni di produttori. Il già citato Forum del Terzo Settore è la forma di rappresentanza generale del mondo non profit, che si accosta ai tavoli tematici permanenti (persone con disabilità, salute mentale, dipendenze, ecc.) generando una struttura di dialogo tra l’amministrazione e la città. I primi Stati Generali del Welfare di dicembre 2011 sono stati il momento simbolico di rappresentazione di questa trama reticolare diffusa di relazioni, che verrà stabilizzata e ripetuta ogni anno, offrendosi anche simbolicamente come il luogo delle relazioni tra gli attori del welfare.

Questa trama reticolare ha prodotto alcune innovazioni di policy significative, come il piano anti-freddo, divenuto in realtà un “piano senz’atetto” che ha permesso di assistere quasi il 100% degli homeless dando loro un riparo notturno e diurno nell’inverno 2011. Esso è stato possibile solo perché tutti gli attori sociali presenti in città su questo problema si sono connessi tra di loro, portando differenti contributi, rispetto ai quali il Comune ha esercitato “solo” una funzione di facilitazione della connessione e del coordinamento, operando una regia soprattutto di senso e di orientamento. Su questa trama si è innestata la generosità dei cittadini milanesi, che in due giornate hanno fornito migliaia di coperte e di vestiti. Con la stessa filosofia è stato costruito il Piano per la socialità e contro la solitudine (e anticaldo) 2012, coinvolgendo decine di istituzioni e attori, nella certezza che solo con la messa a sistema delle risorse diffuse presenti in città sia possibile rispondere alle grandi criticità sociali emergenti.

La valorizzazione e il sostegno allo sviluppo degli attori sociali è avvenuto anche con la messa a bando degli immobili sottratti alle mafie e con (a partire dal Piano per la socialità) la messa a disposizione di 124 spazi in città per l’autogestione dei cittadini, similmente a quanto è stato fatto allo spazio Ansaldo per gli attori culturali.

---

<sup>22</sup> Cfr. le delibere dei 9 consigli di Zona.

Grande enfasi è stata posta alle nuove forme di cittadinanza e di famiglia per essere coerenti alle caratterizzazioni sociali emergenti. I cosiddetti immigrati di seconda generazione (nei fatti i nuovi italiani) raggiunta la maggiore età, sono stati aiutati e sostenuti a richiedere il riconoscimento della cittadinanza. Il che ha registrato un aumento, rispetto all'anno precedente, di circa il 40% delle domande.

Le persone richiedenti asilo politico arrivate in relazione alla cosiddetta "emergenza nord-Africa" sono state accolte con dignità, cercando di favorire processi di inclusione sociale e trovando, nella Città di Milano, la prima sperimentazione d'Italia di forme di accoglienza direttamente dipendenti dal Comune (e non dal Governo) attraverso una forte azione di regia praticata con successo negli anni 2011 e 2012. Contestualmente alle innovazioni apportate dal consiglio comunale, inoltre, si è proceduto alla cancellazione di discriminazioni rivolte alle coppie di fatto in relazione all'accesso a forme di contributo riguardanti l'acquisto o l'affitto della casa.

Il Comune ha partecipato a numerosi bandi europei, grazie anche alla sinergia con gli Uffici dell'Amministrazione preposti ed è attivo in reti di benchmarking internazionali, collocandosi in una prospettiva globale, come le compete in qualità di metropoli europea.

Tuttavia tutto questo, ed altro che non viene citato, non basta ed è solo il presente.

Esserne consapevoli aiuta ad orientare le scelte di nuove azioni.

## **La costruzione sociale diffusa**

Il Piano vuole favorire la genesi di un processo di costruzione sociale diffusa, che dopo la sua approvazione dovrà portare al Piano organico delle azioni, che veda come protagonisti e co-progettatori gli stessi attori che poi lo realizzeranno. Il presente Piano contiene quindi principalmente una visione, delle linee guida e delle esemplificazioni per il Piano di azioni da delinearsi in seguito. In particolare proponiamo alcune piste di lavoro attorno alle quali coalizzare le energie della città e della società, da cui fare scaturire dei progetti operativi o delle sperimentazioni per il 2013. Trattandosi di un Piano di sviluppo del welfare di medio-lungo periodo con rilevanti elementi di novità e di evoluzione rispetto alla situazione data occorre assumere due limitazioni a quanto proposto:

- la sperimentabilità per le principali innovazioni, per verificarne la loro efficacia in assoluto, la loro fattibilità e le caratterizzazioni che ne aumentano la probabilità di impatto positivo. Ogni sperimentazione, in quanto tale, deve essere introdotta in modo protetto (ad es. in qualche zona della città) e attentamente valutata nel tempo per comprenderne pregi e difetti. Solo una valutazione positiva, con l'apprendimento delle caratteristiche dei servizi da configurare e l'accumulazione di competenze gestionali possono poi permettere la generale diffusione delle innovazioni

- la differenza degli orizzonti temporali delle azioni, dato che alcune possono dare risultati nel breve periodo (entro un anno), altre nel medio (a 2 anni) e altre ancora solo nel lungo (3 anni e oltre).

Si differenziano, per comodità del lettore, le suggestioni di innovazione in due categorie: la prima si focalizza sulle innovazioni generali di policy; la seconda riguarda maggiormente lo sviluppo dei sistemi organizzativi ed operativi del Comune.

## **Innovazioni di policy generali**

I. Realizzare, di concerto con le Zone del Decentramento, i consiglieri comunali e le esperienze del Terzo Settore, utilizzando come riferimento i Nuclei d'Identità Locale presenti nel Piano di Governo del Territorio della Città di Milano, Progetti Sociali di Comunità capaci di sviluppare in ogni quartiere una progettualità differente e localmente interessante, frutto del coinvolgimento del Pubblico, del Privato (sociale e non), del sistema delle rappresentanze, dei percorsi di cittadinanza attiva; promuovendo, a seguito dell'approvazione del Piano, una mappa localizzata dei bisogni per realizzare i Progetti Sociali di Comunità, immaginando tale azione da prodursi tra il 2012 e il 2013 e considerandola un'iniziativa costante del "Sociale Ambrosiano".

II. Costruire delle piattaforme di incontro tra domanda e offerta nel mercato della cura, capaci di spezzare il modello in essere, basato sul care giver individuale, scarsamente professionalizzato, senza connessione con la rete dei servizi e tendenzialmente in "grigio" e mal pagato. La piattaforma di incontro dovrebbe basarsi sull'offerta strutturata di grandi imprenditori sociali che offrono servizi ricompositivi, che alimentano la costruzione di relazioni tra persone e tra famiglie. Il ruolo del Comune è quello di promuovere e accreditare queste piattaforme, senza dover necessariamente finanziarle.

Le famiglie dovrebbero trovarvi servizi di babysitting o di badantato in cui il proprio figlio o il proprio anziano non è più da solo, ma in rete con altri bambini o anziani e in connessione con gli altri servizi già presenti: la scuola, il MMG, ecc. L'offerta dello stesso servizio contemporaneamente a più persone garantisce riduzione dei costi unitari e aumento della retribuzione per l'operatore, oltre al valore sociale promosso dalla rete sociale che si instaura. Si tratta di una prospettiva di lungo periodo che necessita di importanti e robuste sperimentazioni iniziali. Innanzitutto è necessario decidere su quali target agire e quelli che potrebbero risultare più immediati sono: gli anziani parzialmente autosufficienti assistiti a domicilio; i bambini per i servizi di cura dopo la fine dell'orario scolastico, nel week end e durante il periodo estivo; le persone con disabilità per la cura nel loro tempo libero, ovvero ambiti dove le famiglie fanno largo uso di care giver informali. Per ognuno di questi target è necessario attivare 3-5 imprenditori sociali disponibili alla sperimentazione, anche grazie alla

promozione e all'accreditamento istituzionale del Comune. I nuovi servizi verrebbero messi sul mercato delle famiglie direttamente dai produttori, ma il Comune ne potrebbe essere sponsor morale e partner istituzionale.

La metrica per misurare i risultati deve guardare a quattro dimensioni: il tasso di adesione delle famiglie a iniziativa di messa in comune dei care giver, il livello di auto sostenibilità economica dei progetti, il livello di customer satisfaction delle famiglie e l'intensità delle relazioni sociali create tra le famiglie (indagini di social network analysis). Esiste solo una stima per gli informal care giver per gli anziani, che sono 32.000. Un orizzonte di obiettivi per una sperimentazione di questo tipo è di avere il primo anno 500 badanti reclutate nel programma e 1.500 famiglie coinvolte e raddoppiare i numeri ogni anno per 3 anni, per arrivare in un triennio al 10% del mercato.

III. Allargare la platea degli utenti dei servizi comunali anche alla "classe media" introducendo forme di compartecipazione in grado di sostenerne l'aumento quali/quantitativo. A questo proposito è necessario selezionare i servizi in cui è opportuno sperimentare questa logica. E' possibile ipotizzare di iniziare dal SAD e dai servizi di mediazione dei conflitti familiari.

Si può allargare l'innovazione all'offerta di alloggi protetti per anziani o per persone con disabilità, in modo da coprire i costi, offrendo un servizio competitivo rispetto al mercato immobiliare milanese in questo caso povero. Si può ampliare l'offerta dei giochi serali o dei campus estivi per i bambini, aumentandone la qualità e l'intensità educativa, con iniziative musicali, culturali, sportive, ricreative a maggiore valore aggiunto, attraendo nuovi e diversi target rispetto al modesto tasso di copertura attuale del 10%. Si tratta di selezionare tra i servizi rispetto ai quali le famiglie milanesi della classe media e medio - bassa sono abituate a provvedere autonomamente, limitando l'uso gratuito dei servizi alle sole fasce più deboli. La diversificazione degli utenti, dell'offerta e delle fonti di finanziamento può rappresentare una grossa occasione di sviluppo e rinnovamento di questi servizi.

Innovazioni di questo tipo possono avere una prospettiva di medio periodo in quanto si arricchisce una struttura di servizi già esistenti, anche se non abituati a stare sul mercato e quindi a rendersi attraenti agli occhi delle famiglie paganti.

Le metriche di misurazione in questo caso devono guardare alla quantità di utenti paganti attratti (in % sul totale degli utenti), al loro grado di fidelizzazione e quindi di implicita soddisfazione, al livello di osmosi tra gli utenti (paganti e non paganti utilizzano gli stessi servizi?), al grado di innovazione di contenuto introdotta nei servizi. Per ogni area di servizi è necessario individuare degli obiettivi quantitativi ad hoc. Se esistono 1600 separazioni all'anno a Milano, il lancio di un programma a pagamento in funzione della fascia di reddito per mediazioni familiari può porsi l'obiettivo di raggiungere il 10% del mercato. Il programma può essere differenziato per lavori in gruppo di auto-mutuo-aiuto, per incontri di coppia (o ex coppia), per

incontri individuali, miscelando soluzioni diverse, tariffe diverse, in funzione dei redditi e delle esigenze delle persone, anche a partire dal coinvolgimento e dal rafforzamento di esperienze come GeA.

Il SAD, con circa 4.000 utenti in carico gratuiti può ragionevolmente aspirare in due anni ad avere altri 1.000 utenti paganti, oltre a diventare un ponte di andata e ritorno anche per servizi di cui si è discusso al punto precedente. Giochi serali che offrono apprendimento musicale, sport, teatro di qualità, sfruttando la gratuità degli spazi e la comodità di non dover accompagnare i figli da scuola al luogo delle attività ricreative, potrebbero raddoppiare in tre anni i tassi di copertura passando dal 10 al 20% dei bambini. Un sistema ingegnerizzato ed efficace di gestione complessiva delle pratiche di ricongiungimento familiare, come è del resto immediatamente in previsione, potrebbe facilmente guadagnare il 30% del mercato di riferimento, oltre ad offrire agli immigrati un servizio robusto, accreditato, che ricompona in back office i numerosi passaggi tra le istituzioni.

IV. Diffondere e supportare programmi e setting di connessione sociale per accrescere le relazioni tra le persone e contribuire alla ripresa del capitale sociale. In questo caso è possibile scegliere tra numerosi e diversissimi ambiti di applicazione, rispetto ai quali l'autunno 2012 sarà il periodo di elaborazione condivisa e partecipata in cui definire le possibili progettualità e sperimentazioni. In questa sede, a titolo puramente esemplificativo, proponiamo alcuni possibili ed eterogenei ambiti di applicazione del concetto, per favorirne la comprensione in termini di ricadute operative. Si generano ambiti di connessione tra famiglie e persone se:

- si promuove la diffusione tra le famiglie delle diverse forme dell'affido familiare, sperimentando anche l'affido parentale o professionale o del sostegno al tempo libero delle persone con disabilità
- si lancia una campagna per la diffusione del pedibus tra i bambini, accompagnati a turno da uno dei genitori dei numerosi scolari coinvolti
- si creano gruppi di apprendimento di italiano per i genitori e i figli immigrati da poco arrivati in Italia su segnalazione delle scuole, magari con altri genitori/nonni delle classi dei figli come insegnanti (giovani anziani)
- si supporta la diffusione di GAF/GAS (gruppi di acquisto familiari o solidali) con il vincolo di includere sempre famiglie meno competenti
- si garantisce l'affitto di una stanza da parte di anziani a studenti universitari, lavoratori fuori sede, lavoratori immigrati, attraverso il principio dell'ospitalità diffusa a basso costo
- si promuove la realizzazione di un processo di coesione sociale attraverso una serie di bandi annuali di coprogettazione su alcuni quartieri problematici della

città, al fine di attivare e sostenere reti e processi di coesione sociale e di mediazione sociale, sulla base di quanto indicato dalla delibera di Giunta “Linee di indirizzo per la messa in atto di azioni per la promozione della coesione sociale” n. 2989 del 30 dicembre 2011

- si promuove lo sviluppo della messa in rete dei progetti cittadini sulla coesione sociale in una visione di sinergia di intenti e condivisione degli obiettivi
- si implementa una cultura della mediazione sociale e penale per la composizione pacifica dei conflitti e la migliore convivenza sociale attraverso la costituzione di un tavolo del Comune di coordinamento di tutti i differenti interventi di mediazione in essere sul territorio

V. Valorizzare un ambito di intervento tradizionale del Comune rilanciando con forti campagne di comunicazione la disponibilità all'affido familiare nelle numerose forme disponibili (permanente, nei fine settimana, a periodi, di sostegno alla famiglia in difficoltà, a rimborso, professionale, ecc.). Questo può essere esteso per creare anche reti di famiglie competenti per il supporto al tempo libero delle persone con disabilità. Le reti e i legami sociali che si creano sono numerosi: tra le famiglie affidatarie, tra famiglia e bambino o persona con disabilità, tra famiglia di origine e famiglia affidataria (quando possibile).

VI. Promuovere azioni mirate nelle Biblioteche, nei Centri di Aggregazione Giovanile, nelle strutture scolastiche, ricreative e sportive per sostenere l'accesso ai servizi e le opportunità del “sociale”. Sviluppando, in particolare nell'ambito delle Biblioteche azioni tese a promuovere il valore della multiculturalità, dell'incontro con le diversità, della presa in carico delle fragilità. Il tutto da compiersi entro e non oltre il 2013.

VII. Lanciare un programma di massa nelle scuole per il pedibus di tutti i bambini, invitando un genitore o a un nonno/a a fare a turno gli accompagnatori, ponendosi l'obiettivo di raggiungere in 3 anni il 30-40% dei bambini di elementari e medie. Oltre a determinare uno stile di vita più sano e più autonomo per i bambini e una mobilità più sostenibile per tutti, il progetto si caratterizza per l'impegno a sviluppare reti tra le famiglie, che si accordano sui turni e devono essere supportate per rivitalizzare le connessioni sociali e la fiducia reciproca (ognuno affida il proprio figlio ad altri genitori). La criticità consiste nel ricercare un meccanismo di promozione e diffusione di queste logiche nella comunità, per cui il Comune deve interrogarsi su come e attraverso chi possa agire il suo ruolo di animatore di reti sociali.

VIII. Dotarsi di un programma per diffondere i gruppi di acquisto solidali o familiari (GAS/GAF) supportandoli con la messa a disposizione di una piattaforma web

comunale gratuita e/o concedendo piccoli spazi magazzini diffusi in città negli edifici scolastici, nei luoghi pubblici, ovvero dove le famiglie quotidianamente transitano. Il sostegno pubblico simbolico o sostanziale può essere tanto più forte quanto i gruppi includono famiglie con meno competenze, creando nuove reti di relazioni più eterogenee e inclusive. E' ragionevole ipotizzare di raddoppiare in tre anni i GAS/GAF aumentandone anche del 30% la varietà sociale dei membri, grazie ad una campagna di accreditamento e di piccolo supporto logistico da parte dell'istituzione pubblica.

IX. Provvedere a lanciare una grande campagna e una piattaforma di incontro tra la domanda di residenzialità di studenti, lavoratori fuori sede e immigrati e di compagnia degli anziani, considerando che ci sono 100.000 vedovi/e in città e altrettanti studenti fuori sede. A questo proposito il problema consiste nell'offrire garanzie ai due soggetti contraenti, in altri termini di favorire la nascita e il consolidamento della fiducia reciproca e di definire politiche di pricing di reciproca soddisfazione. Tale concetto può essere esteso anche alla disponibilità di famiglie a svolgere la funzione di soggetti ospitanti.

X. Promuovere gli ambiti e le formule capaci di generare forme di socialità. La regia di queste politiche deve essere del Comune, ma la gestione operativa può essere delegata a soggetti del Terzo Settore caratterizzati da spirito di innovazione e di sviluppo delle forme di connessione sociale. L'obiettivo finale è che sia comunque la società diffusa a riconoscerle e ad agirle da sola.

Si tratta di una progettualità di lungo periodo, ma che può caratterizzarsi dal lancio a breve di diverse sperimentazioni in distinti ambiti di policy. La metrica generale da utilizzare deve essere triplice: il numero delle famiglie connesse, l'intensità delle relazioni costruite, l'eterogeneità delle famiglie connesse.

XI. Promuovere un'azione sistematica di ricognizione degli spazi pubblici (cascine, negozi sfitti, patrimonio sottratto alle mafie, scuole dopo il loro orario di chiusura e nel week end) per affittarli in maniera strutturata ai diversi attori sociali, facendo dei bandi organici, divisi per tipologie di utenti che si intende favorire (giovani, famiglie, anziani, stranieri, artisti, società sportive, ecc.) alla luce di un piano di sviluppo di forme di socialità diffusa. Il Comune può mettere a disposizione gli spazi anche in comodato o con affitti simbolici, in cambio di qualificate azioni sociali, che si autofinanziano per la parte corrente. Un centro di aggregazione per anziani con un bar, una trattoria, uno spazio verde, uno spazio per la danza o la tv sportiva, si auto-mantiene, così come uno spazio nel verde o con una grande sala gioco per bambini e per le famiglie. Anche in questo caso, produrre socialità e convivialità, garantisce sostenibilità economica a basso costo per i fruitori. Si tratta di aprire un cantiere

sociale condiviso per scegliere la destinazione d'uso dei diversi spazi disponibili, in un quadro d'insieme, non più frammentato e disorganico, lanciando poi dei bandi sistematici per i gestori.

Questa può essere un'azione di breve periodo, che nel corso di un anno produce la ricognizione di tutti gli spazi e definisce un progetto inter-assessorile sulla loro destinazione d'uso e sulle ipotesi di sostenibilità finanziaria, anche sulla base dell'esperienza importante già maturata nell'ambito del Piano per la socialità. Successivamente ogni anno si mette a bando e si assegna almeno il 30% degli spazi disponibili, in modo tale che in 4 anni il sistema sia a regime.

XII. Rimodulare e completare la rete di offerta dei servizi includendo sempre l'intera filiera dai servizi preventivi a quelli ricreativi, dai servizi a bassa e media soglia a quelli ad alta intensità assistenziali, fino a quelli tecnico-specialistici. La geografia dei servizi è tradizionalmente carente nella sua componente intermedia. Questo determina lo spostamento improprio di molti utenti nel servizio ad alta intensità, generando un danno alla persona, oltre che un evidente spreco di risorse. Si fanno due esempi.

- A) Madre maltrattata dal coniuge, che viene accolta in una comunità per minori con una tariffa di 50 euro al giorno per lei e il figlio (3.000 euro mese), per molti mesi se non anni. Il bisogno della persona è il sostegno per un alloggio, un periodo di protezione e una lunga stagione di counseling e di sostegno alle ridefinizione del proprio progetto esistenziale. Non sempre l'inserimento in una comunità è necessario, quasi mai per un tempo prolungato: in assenza di alternative a bassa soglia, invece, questo tende a prevalere per tempi lunghi, con esiti negativi per le persone e costi elevati per la città.
- B) Giovane anziano single, che ha sempre vissuto con i genitori, a bassa scolarità e povere competenze sociali, solo, che alla morte dei genitori viene ricoverato in RSA a un costo di circa 90 euro die. Il suo bisogno è forse di un alloggio protetto, magari in condivisione con altre persone. Allo stesso modo un anziano semiautosufficiente non necessita di una badante per 24 ore al giorno, è sufficiente che gli vengano forniti i pasti (magari in convenzione con la trattoria sotto casa) e qualche ora di SAD al giorno, con un meccanismo di telesoccorso in caso di emergenze, che possa rassicurare i figli sull'efficacia di servizi di protezione a media o bassa soglia. Per ogni ambito di policy si tratta di articolare la rete dei servizi prevedendo l'intero portafoglio delle soluzioni.

Si tratta di una prospettiva di lungo periodo, perché la rimodulazione e il completamento della rete di offerta non sono immediati, perché essa in parte è immobilizzata in servizi o contratti in essere e perché ha stratificato una cultura sia degli operatori sia degli utenti che in qualche modo la sorregge. Per ogni ambito di policy è però possibile porsi l'obiettivo di produrre la diagnosi in un anno delle

principali inapproprietezze d'uso e carenze della rete e della riprogettazione. Ci vogliono poi almeno 3 anni per riuscire a modificarne la natura. In questo caso la metrica di misurazione dei risultati deve valutare l'attuale appropriatezza di ingresso degli utenti e quella prospettica e il tasso di copertura della filiera dei servizi da parte della rete esistente e prospettica.

XIII. Lanciare una grande campagna per lo sviluppo del volontariato e la cittadinanza attiva. Il target privilegiato è costituito dai giovani anziani, dagli studenti e dai nuovi italiani valorizzando il ruolo del centro del volontariato, il Forum del Terzo Settore e la rete degli attori sociali connessi con il Comune. L'obiettivo deve essere quello di incrementare i volontari attivi in città entro tre anni, facendo campagne stampa e incanalando rapidamente le energie che si attivano nelle centinaia di associazioni che già operano.

A questo proposito è necessario far comprendere alla collettività che vi sono esigenze che non possono essere soddisfatte se non con uno sforzo collettivo e diffuso, come la solitudine degli anziani, il sostegno alle famiglie con persone con disabilità, l'integrazione degli stranieri. Questo è un cantiere di lavoro che può dare dei frutti anche nel breve periodo, ma che deve dotarsi di una prospettiva di incisività di medio periodo. Il problema vero è riconoscere e incanalare le competenze e le attitudini delle persone in ambiti di lavoro congruenti e anche originali. L'obiettivo prioritario è promuovere strutturalmente e sistematicamente percorsi e azioni di promozione del volontariato giovanile e di cittadinanza attiva. Per questo è previsto e sostenuto con fondi della Legge 285/97 per l'intera durata del Piano di Zona un'azione coordinata e interassessorile di promozione, sostegno e sviluppo del volontariato giovanile, attuata con la collaborazione delle associazioni, dei mondi giovanili, delle scuole, realizzata con il CIESSEVI, Centro di Servizio per il Volontariato del Comune di Milano, secondo le indicazioni della delibera della Giunta Comunale n. 3042/2011 del 30/12/2011.

In particolare la policy si declina in

- Realizzazione della Casa del Volontariato
- progetto per lo sviluppo del volontariato giovanile finanziato dalla legge 285/97
- programma di apertura delle Case delle Associazioni nelle nove zone di Milano
- promozione del volontariato degli anziani
- sviluppo sportelli per orientamento al volontariato sul territorio
- sviluppo programmi di formazione per i volontari
- realizzazione di una anagrafe delle associazioni di Milano

- realizzazione di eventi per la promozione del volontariato attivo dei cittadini
- costituzione di un sistema di governance cittadina per la regia ed il coordinamento del volontariato coinvolgendo altri assessorati, il privato sociale, le imprese, le fondazioni

Tutto ciò diventa possibile poiché il Comune di Milano ha scelto di essere attore di processi di promozione della partecipazione diretta dei cittadini, della cittadinanza attiva e del volontariato. Già nel corso del 2011 sono state introdotte innovazioni con accordi con l'allora costituendo Forum del Terzo Settore e un protocollo d'intesa articolato in azioni concrete a sostegno delle associazioni di volontariato con il CIESSEVI.

Il Comune di Milano ha anche inteso attivare la Protezione Civile, il gruppo comunale di volontari di protezione civile e le associazioni di protezione civile, individuando attività specifiche e continuative di collaborazione in alcune situazioni di emergenza sociale della città come il piano senzatetto e l'accoglienza dei richiedenti asilo e rifugiati provenienti dai Paesi del nord Africa.

XIV. Mettere in rete in modo organico e strutturato le istituzioni del welfare. Le nostre strutture di committenza e di produzione sono particolarmente frammentate e di piccole dimensioni in un confronto europeo. In Germania è normale trovare gestori non profit, di norma legati alla Chiesa Cattolica o Luterana, con decine o addirittura centinaia di strutture distribuite in tutto il paese, con una forza nel definire soluzioni organizzative e diffusione del know how coerente alle loro dimensioni.

La messa in rete dovrebbe avvenire a diversi livelli: nel settore pubblico - ad esempio connettendo ASL, Regione, Comune, il PAT, Il Golgi Redaelli, e sviluppando quindi l'obiettivo di costituire una nuova centrale pubblica nelle azioni riguardanti la fascia di popolazione anziana - nel terzo settore e nel settore profit. L'obiettivo è ridurre la frammentazione anche sul versante produttivo, ricercare economie di specializzazione e scala, offrire portafogli di servizi completi agli utenti lungo i quali possano muoversi in maniera integrata e coordinata, senza dover cambiare gestore o case manager a ogni modifica delle condizioni o dello stadio del processo assistenziale.

Si possono ricercare forme di coordinamento per singoli ambiti di policy o piuttosto con una prospettiva più generalista. Gli strumenti di coordinamento possono essere leggeri, legati alla condivisione del know how e delle esperienze; a media intensità, definendo vocazioni e specializzazioni complementari, cercando alleanze per le funzioni di back office (acquisti, amministrazione, ecc.) oppure arrivando a forme di fusione e incorporazione, per generare soggetti istituzionali più robusti e capaci di affrontare le molteplici sfide del welfare con maggiore massa critica.

Si tratta di una prospettiva di lungo periodo, essendo la cultura della frammentazione e dell'identità istituzionale e organizzativa legata alla storia del singolo ente molto forte, difficile da superare. La metrica per misurare i successi è il grado di concentrazione istituzionale o industriale che si raggiunge e il pooling di risorse e di personale che si costruisce.

XV. Modificare radicalmente il format dei bandi pubblici per l'acquisizione di servizi sociali rispettando sempre quattro principi: il servizio deve basarsi su una presa in carico dell'utente considerato all'interno delle risorse familiari e sociali disponibili, lontano quindi da logiche prestazionali; il servizio deve creare legami tra persone o tra famiglie; il finanziamento e il controllo dei risultati deve focalizzarsi su elementi qualitativi e di outcome e non di input e di procedura; una parte modesta ma simbolica del finanziamento (3-5%) deve essere correlata alla valutazione degli esiti. A questo proposito è interessante poter utilizzare le nuove forme di acquisto pubblico legiferate dalla EU per attivare formule come il dialogo competitivo che favoriscono la coprogettazione del Bando tra Comune e potenziali erogatori, in una logica di partnership pubblico-privato.

Si tratta di una logica che può essere attivata anche nel breve periodo, costruendo un contratto/modello di partnership tipo e contestualizzandolo, man mano che i contratti con i gestori scadono che potrebbe essere messo a regime in tre anni. L'indicatore di risultato è la % di contratti/convenzioni in capo al Comune che si è basato sulla filosofia di pagamento per risultati, per presa in carico e per capacità di aumentare le connessioni sociali.

XVI. Costruire un soggetto pubblico-privato per la formazione, il benchmarking, la diffusione delle best practice nei servizi sociali, con uno sguardo anche al contesto internazionale. L'osmosi tra settore pubblico e privato è totale, anche considerando l'elevato tasso di esternalizzazione dei servizi comunali e socio-sanitari dell'ASL. E' molto importante generare un sistema unitario di formazione e aggiornamento delle persone. Sarebbe straordinariamente utile costruire dei processi sistematici e permanenti di benchmarking tra i produttori per confrontarsi sulle caratteristiche dei servizi, sui modelli organizzativi, sugli indicatori di efficacia ed efficienza ed apprendere gli uni dagli altri. Sarebbe un modo per rilevare e sistematizzare le best practice per diffonderle nel sistema. Non è necessario costituire una agenzia giuridicamente autonoma, ma concentrare un nucleo di competenze in una delle istituzioni pubbliche e private coinvolte. Un contenitore di questo tipo potrebbe costruire utili sinergie con le università e i centri di ricerca del settore presenti nell'area metropolitana.

Si tratta di un progetto di medio periodo i cui indicatori di risultato sono rintracciabili nella % del mercato della formazione che riesce ad intercettare, nella quantità di enti coinvolti nel processo di benchmarking, nello standing istituzionale con cui riesce a

diffondere le best practice (numero e tipo di pubblicazioni, numero di accessi al sito, ecc.).

XVII. Stabilizzare le condizioni di sostenibilità economica del Comune e dei produttori, anche promovendo il contratto/tariffa di riferimento del welfare.

Il welfare è il settore pubblico che per primo ha esternalizzato quasi tutta la produzione. Questo è avvenuto in modo molto disordinato determinando una geografia disorganica e scomposta delle tariffe riconosciute ai gestori, dell'intensità assistenziale offerta, dei contratti pagati ai lavoratori. Si trovano tranquillamente differenze del 50% tra le tariffe di un gestore e un altro, senza precisi differenziali di input o output, così come si trovano differenze di costo orario per la stessa mansione a seconda del contratto di appartenenza (si arriva a contare fino a 12 contratti diversi nel settore). Inoltre si caratterizza per una fortissima volatilità e incertezza delle condizioni di mercato.

Questo settore così frammentato e disordinato ha alimentato una prassi della competizione basata sulla possibilità di comprimere i diritti retribuiti dei lavoratori e sulla possibilità di ottenere una tariffa di favore dal committente pubblico, non certo basata sulla migliore capacità organizzativa o di costruzione di servizi efficaci in un quadro di regole certe e di salari standard. Questo danneggia i committenti pubblici, i produttori e in ultima analisi gli utenti e la società tutta.

XVIII. Provvedere alla definizione di tariffe e rette uniformi definite attraverso criteri omogenei per tutti gli operatori e l'utenza, differenziate al massimo in funzione di eterogeneità di intensità assistenziale o di case mix. Migliori risultati dovrebbero essere riconosciuti dal sistema premiante e non dal valore unitario delle tariffe. Parallelamente un sistema ricco e importante come quello milanese dovrebbe progressivamente convergere su un contratto o tariffa salariale di riferimento, in modo che la competizione non sia più sulle formule contrattuali dei lavoratori, ma sulle capacità di progettare e gestire servizi. Inoltre i contratti di fornitura per gli erogatori dovrebbero avere una prassi uniforme di acquisizione, lunghezze stabili (3 anni) e gare per i rinnovi gestite per tempo (bandite almeno un anno prima della scadenza) in modo da permettere all'eventuale subentrante e uscente di organizzarsi per tempo e con calma, superando la sensazione diffusa di precarietà e incertezza che domina il settore.

XIX. Realizzare, con l'Ordine degli Psicologi, un percorso volto a sostenere e promuovere la "psicologia sostenibile". Strutturare il rapporto con il mondo dei professionisti capaci di offrirsi, volontariamente o a tariffe agevolate, come soggetti accompagnatori delle fragilità. Operatori in grado di orientare il cittadino

maggiormente a rischio in relazione alla percezione di sé e alla relazione con il contesto sociale e comunitario<sup>23</sup>.

XX. Costruire programmi di lavoro con le “farmacie comunali” al fine di sviluppare interventi informativi nei confronti della popolazione (nel quadro irrinunciabile del confronto con ASL).

XXI. Sviluppare azione mirate per il benessere negli spazi verdi e nei luoghi pubblici (ad es. campagne contro il fumo nei parchi promosse di concerto con l’assessorato all’Ambiente) per la promozione della cultura della salute (di concerto con ASL, Assessorato all’ambiente, Assessorato allo Sporte Tempo Libero).

XXII. Promuovere eventi socio-culturali (esposizioni, momenti di apertura dei centri servizi alla cittadinanza, festival delle diversità e delle culture) che favoriscano la percezione positiva dell’altro da sé attraverso programmi di intervento che nei quartieri milanesi sostengano il superamento dei meccanismi di stigmatizzazione delle diversità, promuovano la cultura della coesione, dell’appartenenza alle comunità, dell’esposizione, della condivisione delle fragilità.

### **Le risorse del Piano di Zona**

Le risorse economiche del Piano di Zona sono da rinvenirsi all’interno del Bilancio del Comune di Milano.

La previsione in merito ai fondi che finanziano le azioni del Piano di Zona dell’Assessorato alle Politiche Sociali e Cultura della Salute ammonta a 212.191.634,00 euro; i fondi di derivazione statale e regionale (Fondo Nazionale Politiche Sociali e Fondo Sociale Regionale), all’interno dell’ammontare sopra citato, risultano pari a 14.848.190,20 euro, come dettagliato negli schemi a pag. 170, 171 e 172.

Per quanto attiene alle annualità 2013 e 2014 l’impegno è quello di garantire le risorse attualmente stanziare nel bilancio 2012, al fine di finanziare le azioni del Piano di Zona che verranno realizzate in quegli anni.

---

<sup>23</sup> Si veda il protocollo di intesa tra il Comune di Milano e l’Ordine degli Psicologi della Lombardia (D.G.C. PG 546513/2012).

## **Innovazioni nella struttura e nei sistemi operativi dell'assessorato**

Per la costruzione dei progetti operativi e per il loro supporto è importante aiutare l'evoluzione già iniziata della struttura organizzativa dell'assessorato portata avanti dalla Direzione.

In particolare le aree di innovazione dovrebbero concentrarsi su questi possibili cantieri.

- A. Provvedere al superamento, almeno da subito al primo livello di contatto degli utenti, della struttura a canne d'organo concepita per aree di attività (minori, persone con disabilità, anziani, adulti in difficoltà), creando degli sportelli di accesso sociale unici e generalisti, i Punti Sociali, capaci di prendere in carico la persona nella sua complessità e innovando radicalmente (e con il coinvolgimento dei lavoratori) la struttura. In questo quadro si può prevedere un'area specialistica di primo livello, costituita dalle fasi di accoglienza, ascolto, decodifica della domanda e ri-formulazione del bisogno – omogenea ed unica per tutte le tipologie di utenti – ed un'area specialistica di secondo livello dove vengono trattate le complessità riferite alle diverse classi di appartenenza – minori, adulti, anziani, persone con disabilità. La modifica della struttura organizzativa è sicuramente una politica di medio-lungo periodo che richiede alcune stagioni di progettazione, formazione, ripensamento delle procedure e dei processi di lavoro e di graduale accompagnamento all'innovazione. Il successo attuativo sarà tanto più alto e profondo quanto più gli stessi lavoratori del Comune saranno stati coinvolti nel processo di riprogettazione e cambiamento. I Punti Sociali (in pratica "sportelli unici d'accesso"), divengono una priorità assoluta che adottato il Piano condiziona l'operato della macchina amministrativa. Diventa infatti necessaria una presa in carico complessiva e personalizzata della persona e/o della famiglia per evitare difficoltà e frammentazione/duplicazione nell'accesso ai servizi. Questo obiettivo può essere favorito realizzando un accesso unico al sistema dei servizi, personalizzato e che comporta la presa in carico della persona e/o della famiglia, con un percorso di orientamento, programmazione e progettazione della presa in carico stessa.
  
- B. Provvedere alla riorganizzazione e al potenziamento di un sistema di pronto intervento trasversale capace di fungere da vero e proprio "pronto soccorso sociale" con una rete di servizi emergenziali attivabili in qualsiasi momento. Un servizio innovativo, ampio e tempestivo di pronto intervento sociale, attivo 24 ore su 24, per 365 giorni all'anno, per poter intervenire su molte problematiche come i minori, dove già esiste un'esperienza significativa, persone con disabilità, adulti e famiglie in difficoltà. In linea con uno dei cinque Livelli Essenziali proposti all'art. 22 comma 4 della legge 328/00.

- C. Procedere verso l'unificazione di alcuni servizi a prescindere dal target degli utenti, in particolare in relazione alla concessione di contributi economici, le cure domiciliari, il sostegno all'abitazione. Essi sono caratterizzati da una prevalenza di processi organizzativi comuni, per i quali non è necessaria la specializzazione per aree di policy.
- D. Riorganizzare il personale dell'Assessorato, caratterizzato da un forte livello di motivazione e di appartenenza alla struttura. La durata attuale della vita professionale (40 anni) in settori come quelli sociali caratterizzati da forte logoramento emotivo, motivazionale e psicologico richiedono l'attivazione di politiche strutturali e anticipatorie per evitare il fisiologico pericolo del burn out. Pertanto il personale deve essere inserito in sistematici processi di rimotivazione e formazione e rotare più frequentemente ruoli e mansioni. Per i lavoratori in situazione di grande difficoltà presenti è necessario pensare dei programmi di supporto ad hoc, attività formative dedicate, ripensamento del loro ruolo, per proporre nuovi orizzonti di senso. Questo agisce a tutela dei lavoratori, dei servizi e degli utenti nella convinzione che dalla qualità della professione sociale passi parte significativa del lavoro complessivo della politica volta ad includere e promuovere la persona. Lo sviluppo di sistematici processi formativi può avvenire in tempi brevi, mentre impostare un modello di rotazione dei ruoli richiede un lavoro di lungo periodo sui processi di identificazione professionale, sulle motivazioni al lavoro sulla cultura del servizio. In questo contesto inoltre viene assunta come una prospettiva rispetto alla quale adoperarsi quella di dare vita, come proposto dall'Ordine degli Assistenti sociali, ad un Laboratorio sulla professione sociale che garantisca l'implementazione di processi innovativi rispetto alla riqualificazione della professione medesima.
- E. Portare a completamento lo sviluppo del sistema informativo per costruire una cartella unitaria per utente, collegata a quella dei familiari e degli amici. L'architettura del sistema deve, infatti, privilegiare la raccolta e la circolazione tra gli operatori delle informazioni rilevanti sulle persone in carico, mentre i fabbisogni amministrativi e di rendicontazione devono risultare una esternalità positiva del sistema informativo in essere e non il motore iniziale. Il fine è quello di superare la grave condizione attuale, materializzatasi negli anni, che non vede il Comune in grado di disporre di "carte d'identità sociali" della persona che accede a differenti contributi e servizi. L'obiettivo a cui tendere è che i diversi attori del sistema (Comune, ASL, erogatori) siano tutti in grado di accedere alla stessa cartella dell'utente, potendo leggere o aggiornare dati in funzione dei livelli di fruizione autorizzati dal sistema organizzativo e dagli utenti medesimi. In questo caso è importante apprendere dalle migliori pratiche internazionali e domestiche e impostare processi di innovazione che possano dare frutti di cambiamento già nel medio periodo.

- F. Realizzare una nuova Carta dei servizi ed un adeguato piano di comunicazione dei medesimi. Il tutto a partire da ciò che già è in corso: la sistematica mappatura dei servizi e una loro completa geo-referenziazione informatizzata. Questo permetterà di elaborare una carta dei servizi, una sorta di “Guida al sociale ambrosiano”, strutturata e dinamicamente aggiornata che deve diventare oggetto di una robusta campagna comunicativa. L’informazione verrà diffusa in logica multicanale, valorizzando le diverse forme di comunicazione oggi attive, dal web ai social network, dalle lettere al domicilio agli allegati alla schede sociali degli utenti. La Carta dei servizi e il piano di comunicazione può essere pronto nel breve periodo, mentre la loro sistematizzazione e aggiornamento costante devono diventare una prassi costante nel tempo.
- G. Implementare forme di compartecipazione degli utenti correlate alla modifica dei servizi. L’estensione dei servizi a pagamento anche a fasce sociali oggi escluse dai servizi impone di ripensare l’intera gamma delle tariffe e i meccanismi ridistributivi ad esse connesse. Deve essere preservata la gratuità per le fasce di deprivazione, così come i co-payment devono essere scalari e progressivi considerando le reali capacità contributive e reddituali delle famiglie, l’effettivo numero di persone a carico, i costi legati all’alloggio, le spese correlate a eventuali forme di disabilità o non autosufficienza. In questo caso la struttura di modulazione delle tariffe può essere definita nel breve periodo, mentre lo sviluppo di servizi capaci di attrarre anche la domanda a pagamento richiede sperimentazioni iniziali, primi allargamenti di medio periodo e la messa a regime nel periodo di 3-4 anni.
- H. Riorganizzare la fase di accesso ai servizi, provvedendo a intensificare le azioni di controllo. Infatti i meccanismi di accertamento reddituale e patrimoniale devono agire in maniera automatica e sistematica in una logica antifrode. Questo aumenta di molto l’equità delle politiche sociali, la loro credibilità e capacità di costruire servizi inclusivi e redistributivi all’interno di una forte legittimazione istituzionale. Le prime esperienze attivate dall’Assessorato sono state molto positive e richiedono solo di essere sistematizzate. La battaglia contro le frodi, in un momento di crisi economica e morale del Paese, può essere combattuta e vinta molto rapidamente, attivando e diffondendo i servizi già esistenti di controllo. Anch’essa è parte della politica sociale.
- I. Rendere sempre più accessibili e trasparenti i meccanismi di gestione degli spazi, i risultati del loro utilizzo nonché l’evidenziazione del carattere pubblico e civico dell’impiego di Beni Comuni nell’area milanese. In particolare, ad

esempio, attivando eventi riguardanti l'importanza costituita dai Beni confiscati alle mafie, il loro potenziale di ricostruzione del tessuto della cultura della legalità, la capacità, non sempre espressa sin qui di farne oggettiva della rigenerazione civile.

- J. Provvedere alla realizzazione di un Centro antidiscriminazione, nell'ambito dell'Assessorato e in collaborazione con il Terzo Settore riguardante l'orientamento sessuale, l'appartenenza e l'identità di genere. Sperimentando azioni rivolte alla città e all'Amministrazione stessa, attraverso corsi di formazione e momenti di confronto interno rivolti agli operatori del Comune, sviluppando tale progetto a partire dall'autunno 2012 .

In relazione a queste ed altre azioni innovative, individuate attraverso l'operato del Consiglio comunale, il dialogo con la società e le altre istituzioni, a partire da Regione Lombardia ed ASL, si procederà a costruire processi di implementazione e verifica dei risultati.

In questa cornice l'autunno del 2012 dovrà essere la stagione in cui gli attori del sociale ricercano ed enucleano le buone pratiche già presenti in città o in altre parti del Paese o del globo, da cui far scaturire in modo partecipato progetti operativi capaci di rendere attuabili queste linee guida. In alcuni casi si tratterà di prime coraggiose sperimentazioni, in altri di processi imitativi, in altri ancora della diffusione di buone pratiche già presenti, in altre di messa a sistema di esperienze valutate positivamente.

La Commissione Politiche sociali del Consiglio comunale, infine, avrà il compito, annualmente, di produrre un dossier sul livello di attuazione del Piano e sulle criticità – o le necessità – riscontrate.

## **9. VISIONE E PROGETTI PER I SINGOLI AMBITI DI POLICY**

In questa sezione del piano di sviluppo del welfare si declinano le visioni e le strategie proposte per la generalità della società e del sistema di welfare per singolo ambito di policy, in particolare per le aree: persone con disabilità, anziani, violenze e abusi sulle donne, minori e supporto alla genitorialità, adulti in difficoltà, immigrati, salute mentale, dipendenze, carcere. Inoltre si propone un approfondimento riguardante l'integrazione sanitaria e sociale.

### **VISIONE E POLITICHE PER LE PERSONE CON DISABILITÀ<sup>24</sup>**

La Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità, recepita dal Comune di Milano (Art. 19, Vivere in maniera indipendente ed essere inclusi nella comunità) afferma "l'eguale diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella comunità, in pari condizioni di scelta rispetto agli altri, e (...) il pieno godimento da parte delle persone con disabilità di tale diritto e della piena inclusione e partecipazione all'interno della comunità". Si supera pertanto il concetto di persona con disabilità come soggetto passivo beneficiario di servizi, ponendo finalmente al centro la persona con disabilità, svincolandola così dall'essere un semplice utente e rendendola finalmente protagonista di un progetto di vita, così come esplicitato dalla legge 328/00. Si intende operare una vera e propria rivoluzione prospettica che porti la persona con disabilità in condizione di utilizzare tutti gli strumenti di risposta che gli gravitano intorno adattandoli all'obiettivo del miglioramento della propria qualità di vita, e non adattandosi ad essi, spesso appiattendolo la propria esistenza.

Per fare questo è chiaro che la persona non deve più essere vista come un insieme frammentato di servizi richiesti ma come un'unica entità che necessita una presa in carico globale. L'unico modo per realizzare questo tipo di approccio è quello di porre di fronte alla persona e alla famiglia un unico interlocutore che sappia esso scomporsi in un sistema polispecialistico che raggruppi gli aspetti socio-sanitari e socio-assistenziali, garantendo così un unico punto d'accesso che sappia superare la logica prestazionale e che concentri in sé le competenze del Comune, con un ruolo di regia complessiva, della Regione attraverso ASL e del variegato mondo del terzo settore.

Per attuare questo cambio di rotta è però essenziale attivare da subito alcuni strumenti: in primo luogo la necessità di avere un quadro completo del numero e delle tipologie di disabilità presenti, così da poter finalmente sviluppare proiezioni sociali ed economiche di quello che ci si aspetta nel futuro del mondo della disabilità anche al fine di poter

---

<sup>24</sup> Per un'analisi più ampia e dettagliata si veda il documento elaborato dal Terzo e Quarto Settore.

programmare con razionalità. Un osservatorio dinamico sulle disabilità che diventi quindi un punto di riferimento certo. Un altro strumento essenziale, una volta definiti i dati, è quello legato alla qualità dei servizi e al loro monitoraggio nel tempo; questo strumento deve produrre da un lato un monitoraggio costante dei servizi erogati, definendone i soggetti deputati a farlo in modo chiaro, e dall'altro deve verificare che siano sempre rispettati i Livelli Essenziali di risposta al bisogno, per garantire anche in situazioni di grave crisi economica il rispetto delle persone e delle famiglie, mantenendo così quel contratto di presa in carico attuato col progetto individuale. I Livelli Essenziali saranno ovviamente solo il punto di partenza per un continuo incremento innovativo di quelle risposte che andranno a completare una filiera di servizi già ricca e qualitativamente valida, che certamente potrà essere migliorata ma che deve essere fin da subito sostenuta garantendone la piena funzionalità con il naturale scorrimento delle liste di attesa, la ripresa delle prese in carico su progettualità individuali e la messa a sistema di realtà sperimentali abbondantemente monitorate.

Nell'attuale situazione che presenta normative nazionali e regionali non ancora definitive in tema di compartecipazione alla spesa, appare anche necessario sviluppare una logica di un'equa capacità di contribuire ai costi. Essa deve però basarsi sul "triangolo" Famiglia/persona-Comune-Ente gestore, intendendo la compartecipazione della spesa a carico del Comune, ossia l'ente che deve farsi carico della risposta sociale, ancorché delegata, costruendo una regia complessiva dei meccanismi di compartecipazione e di redistribuzione.

Per realizzare il complesso di questa visione è decisivo valorizzare e sviluppare una serie di progettualità, coerenti con le risorse oggi disponibili e farlo attraverso il serrato dialogo con l'associazionismo.

## **Il progetto di vita**

Per realizzare la piena integrazione delle persone con disabilità di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i Comuni, d'intesa con le ASL, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale. Il Progetto individuale, punto di partenza della presa in carico globale e continuativa, costituisce l'atto formale e sostanziale di riconoscimento della condizione del bisogno da parte di una società responsabile dei suoi membri e delle conseguenti azioni pianificate di erogazione di servizi, risorse ed interventi di varia natura e tipologia, formali ed informali, naturali e professionali a sostegno della persona in funzione della sua migliore qualità di vita possibile.

Il Progetto individuale, strumento dinamico che evolve nel tempo, non può prescindere dalla globalità di tutto ciò che riguarda la vita della persona (progetto individuale di vita); esso, in una logica di inclusione sociale, deve contenere, oltre alla descrizione dei bisogni, la definizione degli obiettivi di autonomia e individuare i servizi, le prestazioni e, più in

generale, i sostegni atti al raggiungimento degli obiettivi, nonché l'indicazione delle azioni positive da attivare per concorrere alla creazione di condizioni di pari opportunità e non discriminazione.

Dal 2011 un gruppo di lavoro, costituito dall'Assessorato di riferimento, da LEDHA Milano e Anffas Milano, si occupa della messa a punto delle procedure per l'implementazione del Progetto individuale. Il PEI scolastico (progetto educativo individuale), sintesi di diverse fasi di conoscenza del soggetto (diagnosi funzionale; profilo dinamico funzionale; orientamento delle attività, materiali, metodi di lavoro; valutazione) e dei servizi, offre un quadro sintetico delle diagnosi (funzionali, neuropsichiatriche, sociali) precedenti e indicazioni per il lavoro pedagogico (obiettivi, attività, materiali, tempi, strategie...).

Ma i singoli PEI corrono il rischio di visualizzare una relazione "causale" tra momento conoscitivo e momento prognostico. I singoli PEI corrono cioè il rischio di "chiudere" l'identità, la vita, l'esistenza di quella persona, allievo, bambino, ragazzo, persona adulta in formalizzazioni e giudizi. Consapevoli di questo rischio di cristallizzazione, di formalismo, di astrazione, ma anche di dispersione e di frammentazione della conoscenza dei bisogni della persona, va posto accanto al PEI, il progetto individuale, denominato anche il Progetto di Vita.

Per poter attivare questi strumenti di presa in carico e di sviluppo della persona globali è necessario:

- individuare nel Comune la titolarità e la responsabilità della presa in carico globale e continuativa, indipendentemente dall'ente che è tenuto a fornire un servizio in una determinata fase della vita della persona con disabilità, la quale, o chi la rappresenta, si rivolge al Comune e lì deve trovare un Punto unico di accesso
- individuare prassi e protocolli perché il servizio pubblico riceva la notifica circa il bambino/la persona con disabilità e risulti quindi presente e al fianco della famiglia/persona con disabilità, evitando il disorientamento delle famiglie, il "fai da te" nella ricerca dei servizi e delle offerte possibili da parte del sistema di aiuto presente in città
- prevedere protocolli di integrazione tra i servizi e tra tutti i soggetti che gravitano e appartengono, a livelli differenti, nel mondo della vita delle persone con disabilità
- prevedere momenti di coordinamento complessivo del progetto individuale in particolare nei momenti critici e di passaggio: la nascita/diagnosi; la scuola; il post-obbligo; i 18 anni e l'età adulta (anche in caso di patologie acquisite)
- programmare percorsi di formazione congiunta e interistituzionale (pubblico e privato: operatori, famigliari, amministratori di sostegno) per consentire un

linguaggio comune e un'alleanza progettuale tra i soggetti che gravitano, a livelli differenti, nel modo della vita della persona con disabilità

- semplificare le procedure burocratiche per l'accesso ai servizi, riducendo la necessità di fornire la stessa documentazione a più enti o addirittura allo stesso ente per servizi diversi
- - rivolgere attenzione a progetti sperimentali attuati in diversi ambiti (es. Vita indipendente) che, se positivi, possano trasformarsi in veri progetti consolidati
- - valutare la possibilità di strutturare servizi per la promozione e formazione della figura dell'amministratore di sostegno
- - svolgere un'azione mirata sulla problematica dell'autismo, per identificare nuove buone prassi al fine di facilitare l'integrazione dei bambini e potenziare il sostegno alle famiglie.

## **Sostegno e accompagnamento alle famiglie**

Le famiglie di persone con disabilità hanno bisogno prima di tutto di un quadro informativo chiaro e facilmente accessibile. A questo proposito si ritiene opportuno disporre di un Portale per la disabilità, un Vademecum da distribuire alle famiglie e agli operatori che vengono in contatto con la famiglia (tradotto nelle lingue più diffuse) e soprattutto un'unica porta di accesso-filtro per i genitori e gli operatori del sistema sanitario, sociale e scolastico. In questo quadro occorre citare l'elaborazione compiuta nell'ambito di alcuni CDD, nonché la positiva esperienza della zona 5, dove sono disponibili una guida e un sito internet (<http://www.inrete5.it>), che potrebbe essere utilmente replicato in tutte le zone della città.

Le famiglie informate possono accedere più facilmente ai servizi, a gruppi di auto/mutuo-aiuto tra famiglie con problemi simili a servizi di counseling per supportare il lavoro di cura e l'elaborazione di progetti ad hoc.

In particolare le opportunità e gli strumenti di sollievo devono essere stabili e affidabili, per accompagnare la famiglia nel difficile processo di distacco dalla cura diretta. Diventa necessario promuovere strategie per sviluppare gli spazi e le esperienze di autonomia della persona disabile, iniziando a valorizzare le attività di tempo libero come attivatore di crescita, autonomia, emancipazione, normalità, interconnessione tra ambiti, diritto, tempo liberato, propulsore di capacità individuali, ecc. Le attività di tempo libero possono proporsi come un volano importante per la crescita, non solo delle persone con disabilità, ma di tutta la cittadinanza coinvolta nell'accoglienza e direttamente impegnata in attività di volontariato.

A questo proposito occorre però superare criticità che oggi limitano gli impatti desiderati: il superamento della problematica legata alla limitatezza temporale dei progetti; la formazione degli operatori; prevedere percorsi specifici per le disabilità gravi perché possano sperimentare livelli di autonomia che consentano l'uscita dalla famiglia. Potrebbe

essere utile la creazione di elenchi/albi di figure competenti capaci di sostituire i familiari sia in caso di necessità sia per momenti di sollievo temporaneo, anche durante la settimana, e in orario serale (baby sitter o amico/volontario competente). Questo potrebbe essere uno dei canali privilegiati in cui far confluire i frutti delle campagne per la promozione del volontariato nella comunità.

Il supporto dei servizi alla persona con disabilità e alla sua famiglia, nel suo ambiente di vita, si concretizza soprattutto nelle cure domiciliari. Per il loro sviluppo è possibile definire precise priorità di azione:

- focalizzare la presa in carico globale della persona con disabilità partendo dal progetto individuale
- recuperare all'interno dei servizi territoriali, degli uffici e degli Enti Gestori, la dimensione progettuale a rete degli interventi
- progettare l'intervento in modo condiviso tra tutti gli attori: disabile, famiglia, Comune, Ente Gestore
- rendere più flessibile il servizio di assistenza domiciliare per poter rispondere in modo più adeguato ai bisogni delle persone e delle famiglie (orari dell'intervento ecc.)
- superare la logica dell'intervento/prestazione per recuperare il senso di una progettualità sulla persona in funzione del miglioramento della qualità di vita
- definire parametri qualitativi di controllo e monitoraggio che non siano meramente legati alla valutazione in termini di quantità
- perseguire l'obiettivo dello scorrimento della lista d'attesa
- restituire al servizio di assistenza domiciliare la funzione preventiva che nel tempo si è persa
- provvedere alla valorizzazione della libertà di scelta delle famiglie e/o delle persone che devono essere consapevolmente "accompagnate" dal Servizio Sociale.

L'autonomia e il pieno sviluppo della persona con disabilità viene garantita anche con l'inserimento lavorativo. Ci sono circa 21.000 persone con disabilità iscritte alla lista di collocamento della provincia di Milano di cui circa il 50% residenti nel comune di Milano. Di queste si stima che 7.500/8.000 siano disponibili al lavoro a fronte di 11.000 le aziende nella Provincia di Milano con almeno 8.500 posti di lavoro riservati obbligatoriamente a lavoratori con disabilità scoperti. Per raggiungere questi ambiziosi obiettivi di inserimento lavorativo si rende necessario attivare numerose iniziative:

1. Tavolo di lavoro integrato tra politiche sociali e politiche di lavoro per un coinvolgimento dell'Impresa e dell'Impresa Sociale, delle Associazioni, e della Provincia di Milano che ad oggi gestisce l'intervento sulla formazione e l'occupazione per le persone con disabilità

2. Progetti sperimentali di poli formativi per traghettare le esperienze di lavoro delle persone con forti fragilità dal non profit al profit e consentire lo scorrimento delle liste di attesa nei servizi
3. Piena attuazione della delibera comunale n. 3371/2009 del 11.12.2009 avente ad oggetto “Istituzione di un Elenco speciale delle cooperative di tipo B ai sensi della Legge n. 381/1991 presso la Direzione Centrale Famiglia, Scuola e Politiche Sociali e approvazione delle linee di indirizzo per l'affidamento, alle cooperative sociali di tipo B, di servizi e di forniture comunali allo scopo di favorire l’inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati”
4. Expo 2015: Applicazione obbligo 68/99 per la società e per i fornitori di questa, quota di riserva in percentuale alla cooperazione di inserimento lavorativo secondo indirizzi politici espressi dalle stesse società di partecipazione della società EXPO ( Comune di Milano, Provincia di Milano, Regione Lombardia), inserimento di clausole sociali nei bandi di gara per affidamento servizi ( secondo disciplina del codice sugli appalti)
5. Azioni a sostegno dell’assunzione di responsabilità delle aziende municipalizzate per adempimento obbligo 68/99.

Lo sviluppo dell’autonomia della persona con disabilità si consolida con l’inserimento in una propria residenza, in funzione del grado di fragilità. A questo proposito l’offerta residenziale va ampliata partendo dal consolidamento delle risposte residenziali già in essere, confermando il percorso attualmente sperimentale delle esperienze a media e bassa protezione che valorizzano le reti sociali (esempio ProgettaMI, condominio solidale, residenze per minori ecc.), garantendo il sostegno a soluzioni innovative in risposta a bisogni ad oggi rimasti insoddisfatti (es. disabilità motoria, con la destinazione di risorse ad hoc). In questa direzione è necessario:

- ampliare la visione al territorio metropolitano attraverso azioni di coordinamento tra Comune di Milano, Aler e comuni limitrofi
- salvaguardare la centralità della persona come protagonista attiva nella scelta del progetto di vita, tenendo il progetto individuale come unico riferimento per superare, la parcellizzazione delle risposte
- considerare l’accesso alla residenzialità per la persona, un “processo” non un “evento”, che si costruisce anche con la famiglia e con gradualità. Questa modalità di approccio consente all’Amministrazione Comunale di programmare sia le risposte sia le risorse necessarie, rendendo le risposte residenziali sempre più sintoniche di diversi livelli di fragilità, utilizzando forme di residenzialità leggera capaci di garantire oltre alla qualità della vita un possibile risparmio per l’Amministrazione

- sviluppare un censimento pubblico, e implementabile anche attraverso il protagonismo diretto dei cittadini, delle barriere architettoniche esistenti e, contestualmente, incrementare e rendicontare le azioni per il loro superamento.

## **VISIONE E POLITICHE PER GLI ANZIANI**

Le persone potenzialmente in pensione con più di 60 anni a Milano sono 400.000 e rappresentano il segmento di età che più caratterizza la città. Essi costituiscono un "universo", ricco di esperienze e capacità, di bisogni, ma anche straordinariamente variegato al proprio interno. Innanzitutto ricordiamo, come già affermato, che esistono 300.000 giovani anziani e 100.000 grandi anziani. La maggioranza dei giovani anziani è costituita da donne e uomini in buona o discreta salute e in condizioni sociali ed economiche solide. Molti sono ancora professionalmente attivi, magari in forme di lavoro a tempo parziale e più flessibili. All'interno di questo gruppo di età risiedono anche aree di parziale o grande sofferenza. E' alto il numero di vedovi e vedove (prevalentemente donne), circa 100.000 persone, che possono soffrire di solitudine. In quest'area vi sono anche situazioni reddituali critiche che possono essere esasperate dalle dinamiche della città. Si pensi ai prezzi degli affitti o anche al caso di una vedova anziana, che vive magari in un appartamento relativamente grande di proprietà, che consuma metà della sua pensione per pagare le alte spese condominiali che caratterizzano ogni metropoli. Inoltre, vi sono anziani poveri, dove la fragilità della III e IV età e la solitudine possono generare profili di grande disagio sociale.

Tra gli ultra ottantenni vi sono la maggior parte dei 40.000 anziani non autosufficienti della città, di cui 4.000 sono ricoverati in strutture protette, 4.000 sono seguiti dalle cure domiciliari del Comune, mentre ben 32.000 sono le badanti stimate attive in città.

In questo segmento della città si trovano grandi potenzialità per una nuova concezione del welfare. Storicamente i servizi del Comune si sono prevalentemente focalizzati esclusivamente sulla grande fragilità anziana e sulle forme di povertà estrema, con scarse iniziative nell'area dello sviluppo del benessere diffuso e del supporto al protagonismo delle persone, singole o associate. I servizi sono di norma gratuiti, focalizzati sugli anziani poveri, ad eccezione dei ricoveri per i non autosufficienti.

Gli anziani milanesi e in particolare i giovani anziani possono partecipare a un grande laboratorio sociale di innovazione e sperimentazione.

Occorre partire dalla considerazione che la "socialità" è la migliore forma di protezione sociale ed una "garanzia" di costruzione di diritti.

Per questo è indispensabile aumentare gli spazi di socialità, che siano gestiti direttamente dagli anziani stessi, magari attraverso associazioni o dal terzo settore, in grado di reggersi autonomamente sul piano economico, pur in una logica di accesso low cost. Nuovi spazi di socialità per anziani non devono essere prevalentemente caratterizzati da servizi per

precisi target di fragilità, ma devono essere soprattutto dei luoghi di fruizione aperta e di inclusione e riconoscimento per tutti, lontani da ogni forma di segmentazione e pericolo di stigma.

La sostenibilità economica può essere garantita dallo stesso meccanismo di socialità: bar, trattoria, sala danze, partecipazione ad eventi sportivi, cineforum, circolo di lettura, area web, organizzazione di gite o viaggi culturali o climatici da parte del gruppo di anziani o dall'associazione coinvolta. A questo proposito il ruolo del Comune è quello di supportare la messa a disposizione di spazi utili allo scopo, in comodato o ad affitti compatibili con un meccanismo di socialità, potendo usare spazi inutilizzati, le cascine comunali, gli spazi sottratti alle mafie, ecc. Lo sviluppo di luoghi di socialità diffusa e aperta per anziani, in particolare giovani anziani, dovrebbe costituire uno dei principali target del progetto di messa a bando di tutti gli spazi pubblici disponibili.

E' possibile poi che ogni spazio/associazione abbia una propria vocazione caratterizzante, creando una pluralità eterogenea di luoghi, chi con un taglio più culturale, chi con uno più sportivo, chi più incentrato sul gioco o la danza, ecc.

L'offerta culturale e ricreativa della città (cinema, teatri, musei, mostre, strutture sportive, ecc.), sia quella privata, sia quella pubblica, deve essere maggiormente sensibilizzata a questo tipo di target, che può rappresentare una nuova e diversa prospettiva di mercato, utilizzando fasce della capacità produttiva oggi magari inesplorate. Gli anziani possono essere interessati a orari, format e forme di fruizione diversi e creativi dei servizi. Un gruppo di giovani anziani può essere interessato alla ginnastica dolce la mattina dei giorni feriali, a un cineforum, ad una mostra o ad un teatro al primo pomeriggio infrasettimanale; a un viaggio in periodi a scarso afflusso turistico. Disporre di decine di luoghi di socialità diffusa per anziani e giovani anziani, a partire ovviamente dalla valorizzazione dei Centri Socio Ricreativi, può rappresentare un catalizzatore e un meccanismo diffuso di marketing per l'offerta culturale della città.

Gli anziani milanesi e i giovani anziani in particolare sono i candidati naturali allo sviluppo quantitativo e qualitativo del volontariato in città. Sono portatori di grandi esperienze e competenze che possono essere valorizzate nelle direzioni più variegate.

In città sono già presenti numerose associazioni di anziani attivi che già operano in un'ottica solidaristica e intergenerazionale in moltissimi settori (Boccacin e Bramanti, Rapporto Ambrosianeum, 2012), in collaborazione con i servizi comunali (ad es. con i custodi sociali) e con soggetti culturali (ad esempio con il Museo della scienza e della Tecnica) e con le scuole (es. attivazione del progetto "Orti in città"). Si tratta di valorizzare queste esperienze, di sostenerne la crescita e stabilizzazione e la loro replica. A questo proposito è necessaria una strategia articolata almeno nelle seguenti direzioni:

- costruire la narrativa e l'identità di ruolo con la co-progettazione e co-gestione di relazioni sociali anche di supporto e cura, che non necessariamente utilizzino sempre le etichette classiche del "volontariato", ma talvolta anche semplicemente dell'essere cittadino consapevole in relazione con la società

- promuovere delle campagne di comunicazione che invitino i cittadini, in particolare i giovani anziani, a partecipare alla costruzione sociale della città e della comunità, con forme esplicite e strutturate di volontariato o con formule più implicite di costruzione di reti sociali
- favorire l'autogestione da parte di gruppi di anziani e la nascita di associazioni, incoraggiandole a gestire delle spazi di socialità e di creazioni di reti tra persone
- creare dei luoghi dove potersi informare sulle possibili alternative con cui essere utili alla comunità, per poter orientarsi tra centri di socialità, spazi condivisi di fruizione culturale, progetti e reti sociali o esplicite e tradizionali forme di volontariato. Il giovane anziano, andando in parrocchia, in un ufficio di zona del Comune, al centro servizio volontariato deve incontrare stimoli e vademecum che lo orientino nelle centinaia di diverse associazioni presenti in città e nelle mille diverse esperienze di costruzione sociale a cui si può aderire partecipando. Questo può permettere la rivisitazione di alcuni servizi quali il Servizio Affidamento Anziani attraverso il coinvolgimento di volontari dedicati e il servizio di accompagnamento attraverso la costituzione di un elenco di associazioni, individuate tramite avviso pubblico, attivando altresì un adeguato sistema di controllo.

In un quadro di questo tipo il Comune può collocare il proprio "Piano per la socialità e contro la solitudine" particolarmente rivolto all'arcipelago della Terza Età, nel cui contesto si sperimentino nuove forme di assistenza domiciliare, si ponga mano ad un programma di luoghi per la socialità, si riorganizzino i Centri socio ricreativi per anziani, CAM, CMA (87 strutture da aprire al territorio, sostenere, far diventare luoghi per la diffusione delle informazioni e occasioni di socialità).

Si tratta di mettere in rete i tradizionali spazi di socialità pubblici, che si rivolgono di norma a target più specifici e fragili, con una rete più ampia e diffusa di socialità. L'obiettivo deve essere quello di connettere servizi/interventi e sviluppare la cultura della prossimità, attraverso un programma coordinato e continuativo di azioni mirate a sostegno dei cittadini anziani e costruendo un vero e proprio Patto di Rete che consenta di condividere, con le realtà del terzo settore, gli obiettivi, la co-progettazione delle azioni, in uno spirito di reciproca collaborazione, favorendo la partecipazione attiva della cittadinanza, in primis degli anziani e dei giovani anziani stessi.

Lo sviluppo del Piano deve essere implementato, a seguito della positiva esperienza dell'estate del 2012 e a partire dal Piano Anticaldo, intervento ormai consolidato, con lo scopo di avviare un monitoraggio costante degli anziani più fragili, superando in tal modo la concezione emergenziale legata esclusivamente alle condizioni climatiche.

Occorre consolidare insieme all'ASL l'anagrafe della fragilità/vulnerabilità, capace di monitorare dinamicamente nel tempo la trasformazione della piramide sociale, sfruttando alcuni database già disponibili (es. banca dati assistiti della ASL e relativo progetto CREG) e imitando alcune buone pratiche già attive nel Paese, vedi progetto indicatori individuali di fragilità AUSL di Ravenna.

Il Comune di Milano riconosce nel Servizio di telefonia sociale di cui alla DGR 1746 del 18/5/2011 e al DDG 12004 del 6/12/2011, uno strumento per l'attuazione dell'obiettivo di facilitazione e ampliamento dell'accesso ai servizi della popolazione fragile riconoscendo come riferimento l'accordo tra ASL Milano e AUSER Volontariato Lombardia e AUSER Volontariato Milano del 23 maggio 2012.

Muovendo la riflessione verso i servizi il dato principale da affrontare è la presenza di 32.000 care giver informali, il "badantato", che superano del 400% i servizi garantibili con le risorse del Comune. I care giver informali presentano delle debolezze strutturali: la loro scarsa formazione specifica e linguistica in genere, la difficoltà per l'assistito e la sua famiglia in caso di malattia o ferie del care giver, la loro posizione contrattuale spesso in "grigio", l'assenza di meccanismi di integrazione con la filiera dei servizi. Ma, dall'ottica di questo piano, la criticità maggiore, è costituita dalla loro natura di servizio individuale, che isola ancora di più gli anziani e le famiglie l'una dall'altra, ognuna convinta che debba "arrangiarsi" da sola, percependo la propria sicurezza nella autosufficienza della cura costruibile nel perimetro del proprio alloggio, sempre più protetto e difeso dai pericoli esterni. Il modello della badante individuale non promuove la costruzione di nuovi legami sociali e di fiducia reciproca tra le persone, per cui, fisiologicamente, risulta un servizio costoso, in quanto costruito su un format individuale e quindi privo di economie di scala e specializzazione.

Per questo, ogni tentativo di strutturare maggiormente il servizio del care giver informale, lasciandolo nel modello individuale, è destinato al fallimento, perché non può che aumentarne i costi unitari del personale, senza accrescerne il valore per l'anziano e per le famiglie. Questa è la storia vissuta da tutti i servizi pubblici o privati che "accreditano" le badanti, quando scoprono che l'effetto principale che generano è l'aumento della formalità e del costo del lavoro, senza alcun valore aggiunto integrativo, processo che quindi è destinato ad essere espulso dall'arrivo della crisi economica.

Ciò che va ricercato è il passaggio da un care giver informale a un servizio strutturato che assista più di un anziano cercando di metterli in rete tra di loro, nei modi e nelle forme possibili, adatte alle condizioni fisiche e sociali delle persone. Si tratta di offrire servizi che favoriscano l'incontro tra anziani, presso il loro domicilio o presso centri diurni. Questo è evidentemente più facile per gli anziani con modeste fragilità, quindi che possono spostarsi ancora facilmente. In altri casi è invece ipotizzabile la condivisione di un care giver, ognuno per qualche ora al giorno, protetti da un meccanismo di telesoccorso o dalla vicinanza di quello che si trova presso il vicino, attraverso un meccanismo di messa in rete delle famiglie.

Può essere un significativo strumento di abbassamento del costo e di calibratura dell'intensità del servizio in funzione delle reali esigenze dell'anziano, pur all'interno di una cornice di protezione sostanziale. Questo avverrebbe se il care giver trattasse tre casi nello stesso palazzo/isolato e, oltre al telesoccorso, alla fine della giornata, ripassasse comunque a salutare ognuno dei suoi assistiti. Trattandosi di un servizio e non di un care giver individuale esso è in grado di offrire il back up in caso di assenza, cercando comunque di contenere il numero dei care giver che ruotano su ogni anziano. L'offerta

dovrebbe essere garantita da grandi imprenditori sociali, ognuno con 500 - 1000 badanti e con almeno il doppio di famiglie assistite.

Più è alto il tasso di concentrazione del servizio (un unico operatore per un intero quartiere), più è facile costruire sinergie tra le famiglie, perché lo stesso imprenditore si trova in carico tutti gli anziani di un isolato, logisticamente più gestibile. Lo sviluppo di un format di questo tipo rappresenta una grande opportunità di sviluppo per il terzo settore. Il Comune potrebbe agire da promotore e accreditatore del modello, aiutando a superare le diffidenze iniziali, che caratterizzano una società abituata da anni a soluzioni individuali e raramente condivise tra più famiglie.

Un processo di sviluppo del servizio di cura agli anziani come descritto favorisce il ripensamento dell'assistenza domiciliare garantita dal Comune. Essa viene erogata tramite soggetti accreditati e storicamente è offerta solo agli anziani al di sotto di certe soglie minime di reddito e quindi a titolo gratuito. Invece anche il Comune può iniziare a offrire il proprio servizio di cure domiciliari a pagamento totale e parziale, potendo utilizzare come driver di mercato l'integrazione con la filiera dei servizi, un posizionamento qualitativo importante, l'attivazione rapida di un numero a piacere di ore.

Per quanto riguarda il servizio pasti a domicilio si sta procedendo con un'indagine di soddisfazione dell'utenza, su alcune zone campione, anche al fine di individuare soluzioni alternative al modello tradizionale di servizio domiciliare giornaliero. Può darsi che alcuni anziani preferiscano avere un buono per andare alla trattoria sotto casa dove magari incontrare altre persone, oppure che il servizio possa essere mono o bisettimanale, potendosi scaldare i cibi e scegliendo quelli che si desiderano quel giorno.

In quest'ottica è necessario procedere alla rivisitazione del servizio di Custodia e Portierato Sociale, prevalentemente concentrati su caseggiati ALER. Attraverso i precisi rapporti dell'Istituto (IRS) cui è assegnato il monitoraggio e controllo del servizio si svilupperà un'analisi specifica del servizio stesso al fine di delineare gli sviluppi futuri. La sua missione è quella di promuovere connessioni di rete tra persone vicine, tra persona sole e luoghi di socialità, tra persone fragili e i servizi: si tratta quindi di una complessa e profonda azione di animazione e ricomposizione sociale, che richiede competenze, procedure di lavoro, meccanismi di verifica estremamente ricchi ed articolati. L'obiettivo del servizio non è il monitoraggio passivo delle fragilità sociali, ruolo che dovrebbe essere svolto dall'anagrafe delle fragilità da costituirsi tra Comune-ASL, ma la promozione di processi di ricomposizione sociale, processi che possono anche essere implementati coinvolgendo direttamente i comitati di quartiere dei cittadini e prevedendo che gli spazi già "liberati" attraverso il Piano per la socialità possano essere luoghi dove medici e infermieri volontari o supportati, assistenti e custodi sociali, cittadini, associazioni, sperimentano forme di presa in carico, assistenza, socialità direttamente nel cuore delle case popolari milanesi.

Infine è bene che ricordare che l'Assessorato Sicurezza, Coesione sociale, Polizia locale, Protezione civile e Volontariato ha attivato, riformandolo rispetto al passato, un sistema di offerta di una polizza assicurativa per over 70 per proteggerli e rimborsarli dai danni di eventi criminosi.

## **La rete dei servizi per le fragilità anziane**

La rete dei servizi per le fragilità anziane ha rappresentato una risposta importante e riconosciuta a molti bisogni della città, ma è chiamata ad un ulteriore sviluppo.

1. Innanzitutto va rafforzato il quadro informativo: oltre l'anagrafe della fragilità (che contiene i bisogni espressi e non) è necessaria una sistematica mappatura dei servizi comunali, della ASL, dei produttori, del mercato informale della cura. Verrà promosso un sistema di coinvolgimento degli stakeholder presenti in città con il fine di costituire prima e consolidare poi una "rete" di servizi capace di sviluppare un benefico effetto moltiplicatore sulle azioni di ciascun "nodo" della rete. Si promuoverà un'azione tesa ad una precisa conoscenza dei fenomeni presenti in città ed alla loro dimensione riallocando coerentemente, se necessario, le risorse in ragione degli esiti di questa mappatura che potrà essere ricondotta territorialmente a livello di "zona di decentramento". Ogni "zona", con le sue caratteristiche, potrà conoscere risposte ai reali bisogni, che potranno essere diversificati. In questa nuova ottica, che potremmo definire di governance diffusa, si focalizzerà l'attenzione su alcuni fenomeni di particolare interesse in città sotto il profilo dei numeri, come è il caso del "badantato". L'aumento delle informazioni disponibili sosterrà una stagione importante di riflessione sulle priorità di accesso e sugli attuali meccanismi di selezione e prioritarizzazione degli utenti.
2. E' necessario completare la filiera di offerta dei servizi per anziani fragili, oggi sbilanciati tra due polarità (assistenza domiciliari e centri diurni da un lato e RSA dall'altro). Mancano servizi a intensità intermedia, come gli alloggi protetti e residenze a bassa soglia. A questo proposito è necessario sviluppare progetti e sperimentazioni capaci di attivare nuove iniziative imprenditoriali, di favorire offerte economicamente sostenibili per gli utenti, capaci di valorizzare gli appartamenti di proprietà degli anziani, mettendoli a reddito in maniera garantita e reversibile. Pertanto si promuoverà la diffusione di servizi residenziali leggeri (alloggi protetti) in alternativa al ricovero in RSA, con il fine di offrire all'anziano una risposta più adeguata alle sue esigenze, riservando l'intervento in RSA ai soli casi per i quali è effettivamente necessario. In questo ambito si procederà inoltre all'avvio di due comunità protette (via Ebbro e via Rimembranze di Lambrate in aggiunta a via Jenner e via Appennini) destinate ad anziani fragili senza fissa dimora. Infine si sperimenteranno, anche attraverso il

coinvolgimento delle organizzazioni sindacali dei pensionati, forme di “osservatori” sulla qualità dei diversi soggetti (RSA ed ADI) al fine di rafforzare l’offerta a partire da uno sguardo esterno e “dialettico” rispetto ai servizi.

3. Occorre strutturare modelli di presa in carico più flessibili e fluidi dove l’anziano fragile possa muoversi dinamicamente tra diversi ambiti di cura, in funzione del cambiamento anche momentaneo dei suoi bisogni, del sollievo per il care giver, prevedendo sempre la possibilità di tornare in un ambito di cura più leggero e meno protetto. A titolo esemplificativo, al SAD deve essere abbinato un letto per la vacanza di sollievo per la famiglia, al ricovero in istituto post ospedalizzazione deve essere assegnata una missione prevalente di stabilizzazione e riabilitazione per il rientro a casa, l’alloggio protetto deve avere una modularità di servizio reversibile. In altri termini, nell’ambito dei servizi assistenziali per anziani occorre generare maggiore flessibilità alle risposte rispetto al bisogno. Questo è tanto più facilmente ottenibile quanto gli erogatori sono grandi e se dispongono al loro interno della filiera completa dei servizi o quanto più essi sono in rete tra di loro.
  
4. Per gli interventi in RSA, che coinvolgono parte consistente del Bilancio dei servizi per anziani, si individueranno degli standard che consentano il confronto tra strutture e quindi la coerenza tra rette/tariffe riconosciute e servizi erogati, anche a seguito del confronto con le parti sociali. Il programma di esternalizzazione delle RSA comunali iniziato nel mese di luglio 2009, tema da porre in una complessiva opera di ridiscussione in un prossimo futuro, è attualmente consolidato ed entro l’anno 2012 saranno cinque le RSA e i CDI in appalto presenti nelle zone 2, 4 e 6 del Decentramento cittadino. Il Servizio di monitoraggio e controllo appositamente istituito si è dimostrato valido anche perché si è avvalso della collaborazione e consultazione di più Settori comunali e della ASL, garantendo così un livello costante di efficienza e di qualità assistenziale delle Residenze. L’impegno costante del Gruppo di Controllo ha conferito maggior significato alla stessa esternalizzazione e ha mantenuto come sua priorità quella di dare uniformità d’indirizzo e di gestione alle diverse RSA pur rispettando l’autonomia contrattuale dei Gestori, propria del regime d’appalto. Si è dimostrato cruciale l’interessamento e l’attenzione posta sulle varie Iniziative e Progetti che i Gestori hanno presentato all’Amministrazione Comunale eseguendo in tal modo e a pieno titolo, il principio delle “RSA aperte al Territorio”. In tal senso, sin dall’inizio, si è ampliato sempre più il rapporto tra le Residenze e la zona d’appartenenza evitando quell’isolamento, prima concettuale e poi operativo, che il ricovero in Istituto può generare. Questa impostazione permette al Servizio RSA/CDI in appalto di dare piena adesione al Piano per la socialità del Settore Anziani, rendendo così le Residenze e i loro Gestori parte attiva e partecipe. Sarà implementata l’attenzione sia verso i

processi operativi di sinergia con associazioni e volontari di zona, sia nei confronti della popolazione anziana che frequenta RSA e CDI vivendo al domicilio. E inoltre come già affermato si procederà a ipotizzare il processo di fusione di PAT, Golgi Radaelli ed altri soggetti e si avvieranno gli osservatori degli utenti.

## **VISIONE E POLITICHE PER CONTRASTARE LA VIOLENZA E GLI ABUSI SULLE DONNE**

La violenza contro le donne è ormai riconosciuta come un problema sociale che coinvolge per le sue conseguenze tutta la cittadinanza, le istituzioni pubbliche e private, il mercato del lavoro, la sanità, etc. Questa violenza riguarda gli uomini che la perpetuano, convinti della loro impunità per il basso numero di denunce presentate e per la sostanziale mancanza di riprovazione tra chi osserva. Purtroppo non sono solo le donne vittime di violenza a subirla, ma anche gli eventuali figli, a loro volta vittime di violenza assistita. I problemi complessi da affrontare rimandano alla necessità di mettere in campo differenti e molteplici competenze, metodologie e professionalità. Per la risoluzione degli effetti del trauma della violenza sono necessari lunghi interventi di elaborazione anche attraverso percorsi di psicoterapia mirati e specifici.

Il lavoro sinergico e la collaborazione tra Centri Antiviolenza, Associazioni ed Enti che si occupano delle donne vittime di violenza, Servizi territoriali, Forze dell'Ordine e Magistratura si pone come snodo cruciale per far fronte non solo alle attività di prevenzione, cura, sostegno e di protezione delle donne, ma anche per favorire un cambiamento culturale e sociale che preveda attività di sensibilizzazione e d'informazione. Nella città di Milano operano da diverso tempo soggetti/associazioni/enti che nella loro autonomia e in relazione alla collaborazione con il comune di Milano hanno svolto interventi di prevenzione e contrasto al fenomeno della violenza sulle donne.

E' stato stipulato un protocollo quadro di intesa per la definizione dei principi comportamentali per una buona collaborazione tra il Comune di Milano e l'Associazione Casa di accoglienza delle Donne maltrattate Onlus; l'Associazione SVS Donna Aiuta Donna Onlus; l'Associazione Telefono Donna Onlus; la Cooperativa Sociale Cerchi d'Acqua Onlus; la Fondazione Caritas Ambrosiana, il Centro Ambrosiano di Solidarietà Onlus e il Soccorso Violenza Sessuale e Domestica della Fondazione IRCCS Ca' Granda Policlinico Ospedale Maggiore. Il Comune di Milano con il settore Servizi per Adulti in difficoltà, che fa capo attualmente all'Assessorato Politiche Sociali e Cultura della Salute, al fine di promuovere interventi in grado di coniugare sicurezza, prevenzione, sostegno e aiuto alle donne vittime di maltrattamento e violenza, realizza fin dal 2006 la convenzione denominata "Prevenire e contrastare la violenza e il maltrattamento contro le donne" con i soggetti della Rete.

Il protocollo riconosce alla Rete e ad ogni realtà che la compone, una competenza altamente specializzata nel rispondere in maniera integrata e diversificata alle necessità delle donne che vivono situazioni drammatiche e complesse con grandi difficoltà ad uscire da relazioni familiari e sentimentali di violenza, con conseguenti problematichità in ambito lavorativo, sanitario, psicologico e personale relazionale, scolastico e in generale di integrazione sociale; identifica nella Rete ed ogni realtà che la compone, la risposta

operativa al sostegno della donna nel percorso di uscita dalla violenza che va dai primi momenti di accoglienza fino alla sua totale autonomia; promuove iniziative volte ad accompagnare le donne nel percorso di uscita dalla violenza al fine di raggiungere il benessere e l'autorealizzazione che sono diritto di tutti i cittadini.

Il Comune di Milano ha messo in atto una collaborazione con i soggetti della Rete che ha rappresentato un'opportunità per la valorizzazione delle reciproche competenze, la conoscenza e approfondimento del fenomeno anche in termini culturali, nonché un reale contributo al sistema socio-assistenziale e sanitario sul territorio comunale, regionale e nazionale. Impegno del Comune è provvedere alla prevenzione del fenomeno della violenza e considerare parte fondamentale della propria strategia di intervento contro la violenza alle donne la condivisione, il confronto e il sostegno del lavoro dei partner della Rete. A tal fine assume il coordinamento della Rete che è volto anche a facilitare un costante dialogo tra i soggetti della Rete e i servizi del Comune nelle aree della Politiche per la Famiglia, Minori, Adulti in Difficoltà, Servizio Immigrazione. Al fine di dare la maggiore possibilità di offerta di sostegno alle donne vittime di violenza il Comune di Milano potrà, in accordo con la Rete già esistente, ampliare la Rete Antiviolenza ad altri enti/associazioni che siano disponibili a condividere e sottoscrivere i contenuti del protocollo. Il Comune di Milano e la Rete identificano che i loro comuni obiettivi sono:

- il sostegno alle donne in senso generale, la loro protezione sulla base della valutazione del rischio, e il loro diritto di vivere una vita lontane dalla violenza in piena autonomia e in situazione di ben-essere. Per raggiungere tale obiettivo è necessario offrire alle donne un percorso che, rispettando i loro desideri, consenta di uscire dallo stato di temporaneo disagio in cui si trovano a causa della violenza.
- lo sviluppo del percorso condiviso di uscita da situazioni di violenza, realizzato grazie al contributo che i diversi soggetti della Rete offrono in risposta ai molteplici bisogni che presentano le donne, affiancandole nel percorso di uscita dalla violenza e attivando tutte le risorse personali, esterne ed istituzionali;
- la disponibilità al sostegno tramite l'affiancamento, l'informazione, la cura, la protezione, e l'elaborazione del trauma, il costante monitoraggio del fenomeno e l'individuazione di nuove e più efficaci strategie d'intervento politico e sociale;
- l'attivazione di percorsi formativi rivolti a tutte le categorie di persone che incontrino donne che subiscono violenza;
- la promozione di attività di sensibilizzazione della cittadinanza sui temi della violenza di genere.

## **VISIONE E POLITICHE PER I MINORI E PER IL SUPPORTO ALLE FAMIGLIE E ALLA GENITORIALITA'**

In quest'ambito di intervento risiedono in via prioritaria le attività di programmazione, coordinamento e gestione dei servizi preventivi e di sostegno a carattere sociale per i minori e per le famiglie.

Una rottura paradigmatica dell'intervento in quest'area delle politiche sociali è costituita dalla volontà di un forte investimento in termini di energie istituzionali e di promozione sociale in prevenzione primaria e socializzazione per i bambini e per i giovani, oltre ai tradizionali interventi nelle aree della grande marginalità conclamata. In chiave preventiva si ritiene prioritario investire, attraverso la costante connessione con l'ambito dell'Educazione, nelle seguenti direzioni:

1. In considerazione dell'elevato numero di bambini (e quindi di famiglie) che giornalmente frequentano i nidi e le scuole dell'infanzia del circuito dei servizi comunali (circa 34.000, in media un bambino su 3 nella fascia 0 –5 anni) i servizi educativi costituiscono un importantissimo osservatorio delle condizioni di crescita dell'infanzia milanese. Ciò può permettere, attraverso un investimento formativo sul personale educativo e docente, di cogliere sul nascere gli eventuali segnali di difficoltà di sviluppo conseguenti a situazioni di disagio familiare e su questi intervenire prontamente. L'azione preventiva sul singolo caso può accompagnarsi anche ad incontri periodici dei genitori con professionisti esperti sui temi dello sviluppo per fornire chiarimenti ed indicazioni utili sulla crescita dei bambini.
2. Aumentare significativamente l'entità delle attività post scolastiche nelle scuole di ogni ordine e grado, sia nella fascia oraria pomeridiana (dopo le 16), sia nei week end, sia nei tre mesi di chiusura estiva, incrementando l'attuale tasso di copertura del bisogno. L'obiettivo deve essere quello di creare un'offerta formativa, sportiva, musicale, ricreativa, culturale ricca e variegata valorizzando le risorse che le famiglie oggi già spendono in questo ambito, seppur in modo molto disperso, socialmente parcellizzato, non integrato con la scuola, sprecando l'opportunità di valorizzare una risorsa cittadina costituita dagli edifici scolastici. L'erogazione dei servizi può essere delegata a soggetti privati, profit e non, attraverso un sistema di bandi, che metta a disposizione sistematicamente gli edifici scolastici nei loro orari di chiusura. L'offerta deve avere alcune caratteristiche fondamentali per essere sostenuta dal Comune:
  - servizi di alta qualità capaci di essere attraenti quanto quelli correntemente disponibili sul mercato
  - iniziative che permettano di accedere ai bambini di diverse estrazioni sociali, compresi gli stranieri, superando l'esclusione per motivi economici che di fatto oggi agisce in molti servizi formativi, come quelli musicali o sportivi, attraverso forme redistributive delle tariffe o dei meccanismi di partecipazione
  - promozione della socialità dei bambini e della messa in rete delle loro famiglie

- valorizzazione delle potenzialità degli edifici scolastici (Scuole aperte), per ridurre i costi dei servizi e ottenere possibili risparmi da utilizzare per favorire l'accesso alle classi sociali meno privilegiate
  - servizi coordinati con gli orari scolastici che evitano ai genitori il ritiro dei figli da scuola se non alla fine dell'attività integrativa.
3. Promuovere interventi sistematici di verifica nelle scuole dell'infanzia e primarie delle competenze linguistiche dei bambini stranieri e dei loro genitori. Promuovere interventi formativi aggiuntivi delle competenze linguistiche per i bambini che ne abbiano necessità, e per favorire il più rapidamente possibile la socializzazione nella comunità dei pari e l'inserimento armonioso nel processo di apprendimento didattico. Il divario di competenze linguistico-culturali è infatti la principale barriera all'ingresso al pieno inserimento nella comunità dei pari e può determinare l'accumularsi di un gap iniziale difficilmente colmabile in seguito. Una analoga proposta formativa deve essere fatta ai genitori stessi dei bambini , con modalità e fasce orarie compatibili con i loro tempi di vita. In particolare questa attenzione deve essere rivolta alle madri straniere non lavoratrici, che spesso sono coloro che hanno meno opportunità di apprendimento linguistico e che passano molto tempo con i propri figli, rischiando di generare un circolo vizioso che potenzialmente può portare all'isolamento sociale o alla chiusura all'interno della sola comunità d'origine. Il luogo fisico di organizzazione dei processi di recupero dei gap linguistici può essere la scuola stessa, altri spazi pubblici come la biblioteca di quartiere o spazi a disposizione del terzo settore o del volontariato. La scelta dello spazio in cui avviene il processo di crescita linguistica e chi sia il formatore non sono neutrali rispetto al potenziale di connessione sociale che ne può scaturire. Un gruppo di madri straniere che la mattina impara l'italiano in una aula della scuola dei figli, avendo come insegnante un volontario genitore o nonno di un altro bambino, o un ex insegnante in pensione, ha delle potenzialità di creare delle reti di connessioni sociali con l'ambiente di vita dei figli, degli amici italiani dei figli e dei loro genitori, maggiori rispetto ad una struttura formativa dedicata ai soli stranieri, con insegnanti specializzati, ma al di fuori dei luoghi di socializzazione scolastica dei bambini. In tempi di scarsità di risorse questa è un'area di intervento che può trovare più alta probabilità di successo attuativo promuovendo gruppi di mutuo-aiuto tra i genitori/nonni della stesse scuole, valorizzando il ruolo del volontariato e del III settore.
4. Prevedere che una quota congrua degli spazi pubblici messi in futuro a bando (cascine, spazi sottratti alle mafie, edifici pubblici) siano dedicati a giovani e adolescenti attraverso forme di loro auto-organizzazione o soggetti del terzo settore che hanno come mission la creazione di piattaforme sociali per i giovani e gli adolescenti. Particolarmente preziose sono le iniziative basate sull'auto-organizzazione giovanile, capaci di determinare forme

avanzate di autonomia, di imprenditorialità, di responsabilità sugli esiti e sulla sostenibilità economica.

In parallelo il Comune deve continuare a sviluppare i servizi per minori e famiglie con gravi problematicità. Rientrano in questa cornice la gestione dei rapporti con le famiglie degli utenti e con i diversi operatori di giustizia legati alla devianza minorile, la gestione dei servizi di emergenza per i minori non accompagnati (Pronto intervento), la predisposizione e la gestione di progetti di recupero rivolti ai minori, la gestione delle procedure di avvio di nuove unità di offerta residenziale per minori ed i successivi controlli sulle attività, nonché il coordinamento e potenziamento del servizio affidi e la programmazione e l'attuazione delle altre forme di sostegno alla genitorialità ed alle famiglie.

Tale ambito è articolato in un'Area specialistica di primo livello, che comprende il Segretariato sociale, l'ascolto, la decodifica, la progettazione condivisa attraverso l'attivazione di reti informali e territoriali ed in un'Area Specialistica di secondo livello, che comprende la progettazione complessa e l'attivazione di risorse socio-educative e specialistiche dirette e indirette, nonché l'attivazione di reti multiprofessionali.

Inoltre, verrà posta attenzione sull'attuazione di forme di educativa di strada e di servizi di counseling rivolti agli adolescenti.

Gli obiettivi maggiormente rilevanti che si intendono perseguire nel futuro triennio sono:

1. Analisi e riorganizzazione dei servizi offerti per sostenere la natalità, la genitorialità e le famiglie

Si intende aggiornare il sistema di offerta e renderlo più congruente all'evoluzione della domanda sociale espressa dai minori e dalle famiglie. Le attività previste sono:

- a) Bando Anticrisi 2012 in esecuzione della DG 142/2012.

INTERVENTO A, prevede un contributo una tantum destinato a sostenere le situazioni familiari che, causa perdita o riduzione del reddito da lavoro, vedono ridotta la loro capacità finanziaria.

INTERVENTO B, prevede un contributo una tantum per la locazione di un immobile di proprietà privata da destinare a prima abitazione, per le spese notarili per l'acquisto o per altre spese connesse all'acquisto di un immobile della stessa tipologia con la finalità di sostenere i progetti di vita in comune delle giovani coppie (di fatto e sposate).

- b) Revisione del sistema di interventi a sostegno della famiglia e della genitorialità. E' prevista la revisione delle modalità di accesso e di erogazione dei contributi socio-assistenziali a sostegno della famiglia con minori, nonché degli attuali interventi a sostegno della genitorialità rivelatisi scarsamente efficaci (ad es. Bonus Cicogna) in un'ottica di superamento dell'attuale frammentazione degli interventi.

- c) Riprogrammazione di ulteriori strumenti di sostegno al reddito anche a seguito del confronto con le parti sociali.

## 2. Ridefinire i criteri degli interventi per i minori e per le famiglie

Si ritiene di intervenire attraverso lo sviluppo qualitativo e la riorganizzazione dei servizi del Settore Servizi per i Minori e per le Famiglie con le seguenti attività:

- a) L'attuazione dei tre progetti finanziati con i fondi della legge 285/97 attraverso una procedura di coprogettazione specifica con gli attori coinvolti:  
Progetto di sviluppo delle risorse: Famiglie, servizi sociali, comunità, territori;  
Progetto "Residenzialità ed Emergenze gestibili"; Progetto "Reati minori per minori reati interventi multipli in area penale minorile".
- b) Riordino delle procedure e del sistema di risposte. Studio e messa a punto di metodologie operative con omogeneizzazione del sistema di risposta al cittadino in area minori e famiglia.
- c) Riordino del Sistema Affidato tramite la revisione delle quote di affidamento riconosciute alle famiglie e la stabilizzazione del sistema di collaborazioni con la rete del terzo settore in materia di accoglienze familiari di minori;
- d) Aggiornamento del sistema di accreditamento del sostegno socio educativo ai minori ed alle famiglie, con particolare attenzione ad una fondamentale azione di diversificazione e di sostegno generale alle famiglie.

## 3. Gestione del V Piano Infanzia e Adolescenza: Periodo 2011 – 2013

Stabilizzazione dell'impianto metodologico complessivo, monitoraggio contabile e tecnico di attuazione dei singoli progetti, valutazione in termini di impatto sulla città. Le attività previste sono:

- a. Gestione del V Piano Infanzia attraverso il monitoraggio in itinere delle iniziative avviate e rendicontazione contabile e tecnica al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e partecipazione ai tavoli tecnici;
- b. Stipula delle convenzioni con gli enti assegnatari di finanziamento e con i soggetti partner di coprogettazione;
- c. Coordinamento tra i 4 Assessorati (Politiche sociali, Educazione, Decentramento e Coesione sociale) coinvolti nella realizzazione del Piano.

4. Definizione delle linee guida per la stesura del VI° Piano Infanzia (2013 – 2015), in collaborazione con gli Assessorati coinvolti (Politiche sociali, Educazione, Decentramento e Coesione sociale), tenendo anche conto degli esiti delle progettazioni in atto e delle necessità emergenti nella città.

5. Revisione e sperimentazione di modalità di accoglienza per minori, madri con minori, famiglie con minori

Si intende realizzare la sperimentazione del sistema di accreditamento previsto dalla Regione nonché la sperimentazione di forme di accoglienza per fronteggiare i bisogni emergenti. Le attività previste sono:

- a. elaborazione delle linee operative di indirizzo;
- b. predisposizione pubblicazione dell'avviso pubblico di accreditamento;
- c. formalizzazione della sperimentazione dei servizi socio educativi diurni;
- d. revisione del sistema di definizione delle rette da riconoscere agli enti gestori dei servizi residenziali e dei servizi socio educativi diurni.

In questa cornice, oltre agli interventi già ampiamente citati di sostegno alle attività di Affidamento familiare, si ritiene necessario provvedere a ricollocare la funzione delle Comunità per i Minori, scommettendo, attraverso un dialogo con il Terzo Settore, su di una nuova logica di rete tra tutti gli attori presenti, immaginando l'ineludibile rivisitazione complessiva del sistema delle rette e promuovendo una maggiore interazione tra i diversi servizi esistenti e sulla realizzazione di Reti territoriali dei soggetti. Dando, così vita, come ampiamente richiesto dalle Zone del Decentramento, a coordinamenti territoriali che vedano anche le Comunità presenti nel tentativo di integrare le esperienze e di produrre una dinamica di lavoro che porti a condividere offerte, risorse ed energie.

Rimandando per ulteriori approfondimenti alla scheda prodotta dal Settore specifico si ribadisce inoltre la centralità del rilancio dei Centri di Aggregazione Giovanile nonché la necessaria realizzazione con Milano Sport di protocolli di lavoro per rendere l'offerta per il tempo libero accessibile e fruibile.

## **Gli interventi in area penale minorile<sup>25</sup>**

### *Il quadro di riferimento*

---

<sup>25</sup> Per un'analisi più ampia e dettagliata si veda il documento elaborato dal Comune e dal CGM.

Con l'emanazione del DPR 448/88 contenente le nuove norme sul processo penale a carico di imputati minorenni, il panorama dei servizi coinvolti nel trattamento dell'adolescente antisociale è cambiato profondamente in quanto prevedeva, sin dalle prime fasi del procedimento penale, il coinvolgimento dell'Ente Locale.

La presa in carico e il trattamento dell'imputato minorenne richiesti dalla Magistratura, infatti, veniva demandato all'intervento dei servizi non più solo ministeriali ma anche locali i quali avrebbero potuto contribuire alla veloce fuoriuscita dell'adolescente dal circuito penale o, comunque, alla predisposizione delle misure educative più adeguate con l'intento di non incidere negativamente sul processo evolutivo in atto.

Successive circolari regionali (n.58/99 e 37/2007) hanno ulteriormente chiarito le funzioni dei servizi coinvolti nella presa in carico di minori sottoposti a procedimento penale sottolineando, in particolare, l'importanza di garantire la continuità del progetto individuale dell'adolescente, ponendo al centro l'interesse del minore e sollecitando la realizzazione di connessioni e collaborazioni tra servizi ministeriali e del territorio.

Il Comune di Milano ha successivamente istituito il Servizio Minori Sottoposti a Procedimento Penale (S.M.S.P.P.) titolare del trattamento dei minori imputabili compresi nella fascia d'età 14/18 anni che, colti in flagranza di reato o a seguito di denuncia, rimangono in attesa di giudizio nel proprio contesto familiare e ambientale.

Nell'ambito delle sue attività, il Servizio è chiamato ad intervenire dalla Procura della Repubblica e dal Tribunale per i Minorenni di Milano nonché dalla Magistratura Minorile presente su tutto il territorio nazionale, per svolgere indagini finalizzate al trattamento psico-sociale dei minori anche attraverso la predisposizione di progetti di Messa alla Prova, riabilitativi e di reinserimento sociale.

Nell'anno 2011 il Comune di Milano ha ricevuto **429** segnalazioni e ordinanze dalla Magistratura Minorile per richieste di indagine inerenti gli "accertamenti di personalità" e per la predisposizione di progetti di Messa alla Prova e, nell'ambito delle sue attività, il S.M.S.P.P. ha preso in carico **369** adolescenti dei quali **310** con le rispettive famiglie.

Per quanto attiene i **Servizi del Ministero**, dall'entrata in vigore del DPR 448/88 e dalle successive circolari regionali, l'intervento è rivolto a minori sottoposti a provvedimenti cautelari quali prescrizioni, permanenza in casa, collocamento in comunità, custodia cautelare in carcere nonché di esecuzione di pena e di misure alternative o sostitutive alla detenzione e nei casi di predisposizione di progetti di Messa alla Prova per i minori in carico.

Nel 2011, nella Città di Milano, sono stati attivati, da parte dei Servizi della Giustizia Minorile, (C.P.A., I.P.M., U.S.S.M.) **900** percorsi educativi a favore di minorenni e giovani adulti, sottoposti a procedimenti penali, residenti a Milano o senza fissa dimora che hanno commesso reato nella nostra città.

Per quanto riguarda il **Servizio Educativo Adolescenti in difficoltà** del Comune di Milano - Assessorato Educazione e Istruzione – nel corso del 2011 i progetti che hanno comportato una presa in carico educativa di minori dell'area penale sono stati **89**. La

realizzazione di questi progetti ha sempre visto la collaborazione diretta con i Servizi Sociali della Giustizia Minorile e del territorio.

Il Servizio Educativo Adolescenti in Difficoltà progetta e realizza interventi a favore dei minori italiani, e stranieri con problematiche penali e amministrative in collaborazione con il Tribunale per i Minorenni, i Servizi della Giustizia Minorile, il Servizio Minori Sottoposti a Procedimento Penale per i minori denunciati a “piede libero” ed i Servizi Sociali della Famiglia presenti nelle 9 zone del territorio cittadino.

Il servizio predispone e gestisce progetti educativi favorendo la ripresa dei percorsi di crescita dei minori ed il loro inserimento scolastico, formativo e lavorativo.

Il Sead interviene anche con alcuni educatori all'interno dell'IPM Beccaria presidiando il momento detentivo come possibile avvio di un percorso ri-educativo e creando, in collaborazione con le altre agenzie presenti, interventi ed opportunità che a partire dal carcere possano favorire il reinserimento sociale.

### *Gli interventi proposti*

All'interno del quadro di riferimento sopra delineato è auspicabile:

- definire procedure efficaci, in grado di realizzare le connessioni necessarie tra i diversi Servizi coinvolti, capaci di favorire la realizzazione di un progetto unitario, in particolare laddove esista la presenza di più provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria (penali, civili e/o amministrativi), favorendo altresì l'integrazione fra interventi penali, sociali e sanitari.
- implementare gli interventi psico-sociali in atto ed in particolare gli interventi attivati dal S.M.S.P.P. nell'ambito della presa in carico dei minori denunciati a “piede libero”. Tale possibilità consentirebbe di raggiungere un maggior numero di minori nonché implementare ulteriormente l'azione preventiva a livello cittadino;
- implementare gli interventi psico-sociali rivolti ai nuclei familiari dei minori incorsi in procedimenti penali a “piede libero” già attivi nell'ambito della presa in carico del S.M.S.P.P. ma che necessiterebbero di ulteriore ampliamento in quanto intervento imprescindibile e strettamente connesso al trattamento dell'adolescente antisociale;
- integrare ed implementare l'intervento educativo del Comune di Milano in relazione agli adolescenti denunciati “a piede libero” in carico al S.M.S.P.P., in particolare nelle situazioni connesse alla realizzazione di percorsi di Messa alla Prova e ai servizi del territorio per quei minori per i quali sono presenti anche provvedimenti civili e/o amministrativi, nonché all'interno dell'Istituto Penale Minorile “Cesare Beccaria”. Per un intervento più incisivo da parte del Comune di Milano è indispensabile progettare in forma integrata l'azione educativa e individuare strategie di intervento condivise con tutte le Agenzie formative presenti in Istituto.
- Sostenere la prosecuzione delle attività formative (attualmente l'Amministrazione comunale sostiene parte dell'intervento del laboratorio di *falegnameria*), sportive ed espressive in Istituto.
- Favorire la costruzione di una rete di risorse residenziali diversificate disponibili all'accoglienza dei ragazzi sottoposti a procedimento penale, anche attraverso un confronto con il Centro Giustizia Minorile sul percorso di accreditamento avviato dal Comune di Milano.

- Favorire l'accesso a percorsi di formazione e di inserimento lavorativo come dimensione soggettiva necessaria alla convivenza civile, promuovendo la costruzione di reti del mondo profit e no profit, tenuto conto degli interventi integrati che vengono già realizzati dal SEAD e dal Ce.Lav.
- Favorire la creazione di nuove strategie di intervento a favore dei minori stranieri, accompagnati e non, tenendo conto dell'evoluzione dei flussi migratori e in particolare per gli interventi rivolti ai minori provenienti dai Paesi dell'America Latina, considerate anche le azioni progettuali realizzate nel 2011.
- Valutare la realizzabilità di forme di affidamento omoculturale anche per gli adolescenti sottoposti a procedimento penale, valorizzando un'azione sinergica con le risorse territoriali e con le comunità culturali di appartenenza per garantire una maggiore tutela ai minori immigrati.
- Come per l'anno in corso è importante implementare la collaborazione con il Centro Giustizia Minorile e il terzo Settore per la costruzione di progettualità comuni anche avvalendosi dei fondi dell'Unione Europea e/o di altre fonti di finanziamento, pubbliche e private;
- Favorire la diffusione di una cultura della giustizia riparativa attraverso la prosecuzione dell'attività svolta dal Centro di Mediazione Penale di Milano e l'impegno dei minori in attività di utilità sociale, nella prospettiva di sviluppare, anche attraverso la strutturazione di una rete di risorse a ciò preposte, una dimensione di solidarietà, modello peraltro già sperimentato attraverso collaborazioni tra USSM, SEAD, Centro per la Mediazione Penale e realtà del privato sociale.

In questo quadro di riferimento, i Servizi del Comune di Milano, in collaborazione con i Servizi della Giustizia Minorile, sono chiamati ad una molteplicità di azioni che muovono dall'analisi e comprensione delle problematiche dei giovani che commettono reati, al trattamento di tale disagio attraverso la realizzazione di interventi psico-socio-educativi diversificati e individualizzati sia nei confronti degli adolescenti che delle loro famiglie.

La creazione di sinergie efficaci fra Servizi della Giustizia Minorile e del Comune di Milano è, dunque, necessaria e rimanda all'assunzione di reciproche responsabilità per programmare investimenti di risorse da parte di tutti gli attori del sistema sociale e individuare strumenti di governance condivisi che contribuiscano alla costruzione di politiche sociali volte alla realizzazione di risposte capaci di favorire processi trasformativi negli adolescenti autori di reato e nelle loro famiglie.

## **VISIONE E POLITICHE PER GLI ADULTI NEI PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE**

Nell'ambito di tale area di intervento, come già affermato in occasione della Relazione Previsionale Programmatica, rientrano:

- la programmazione, il coordinamento e la gestione degli interventi a sostegno del disagio sociale, delle persone in difficoltà, dell'emarginazione e delle dipendenze
- l'implementazione di interventi relativi al sostegno al reddito in tempi di crisi, anche attraverso la riorganizzazione dei servizi di erogazione dei sussidi precedentemente svolti nell'ambito del Decentramento
- la gestione, in via sperimentale, del servizio sociale congiunto adulti italiani e stranieri
- le azioni di sostegno all'inserimento della popolazione immigrata regolare
- la gestione e sviluppo delle attività di mediazione al lavoro (CELAV) con riferimento all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità o in situazioni di svantaggio, di concerto con la direzione Politiche del Lavoro, Sviluppo Economico e Università
- la gestione di progetti di accoglienza in favore di soggetti senza fissa dimora
- la sperimentazione e l'avvio di nuovi interventi contro le dipendenze in collaborazione con le realtà territoriali
- la gestione degli interventi riguardanti la popolazione Rom e Sinti.

Gli obiettivi maggiormente rilevanti che si intendono perseguire nel futuro triennio sono i seguenti.

### **Riorganizzazione del Servizio Sociale per adulti**

La trasformazione demografica della popolazione residente, che vede una incidenza degli stranieri residenti pari al 18% della totalità dei residenti, rende necessario ripensare alle strategie delle politiche sociali per adulti. Va tenuto conto infatti che:

1. i fattori determinanti lo stato di impoverimento sono comuni a tutti i cittadini presenti nella nostra città
2. deve essere implementata la capacità della Pubblica Amministrazione di comunicare in relazione alle caratteristiche della popolazione, sia come soggetti singoli che come corpi sociali
3. il Sistema dei Servizi Pubblici deve garantire forme di accesso che sostengano i processi di integrazione dei cittadini provenienti da paesi terzi
4. l'attività del Settore/Servizio, deve saper leggere con anticipo le trasformazioni culturali e le relative criticità presenti nel tessuto sociale affinché gli interventi non siano di natura puramente emergenziale.

La riorganizzazione dei Servizi deve articolarsi intorno a tre direttrici:

- I. Riorganizzazione strutturale: i quattro poli attualmente aperti ai cittadini immigrati saranno di riferimento anche per la popolazione residente nelle rispettive zone: viale Ortles 73, via Barabino, 8, via Colleoni 8, via Tarvisio/via S. Erlembardo
- II. Riorganizzazione attività del personale: sarà prevista un'attività di Segretariato Sociale in ogni sede e contestualmente saranno previste equipe specialistiche di secondo livello che svilupperanno attività specifiche per i vari target di bisogno (accoglienza, ricongiungimento familiare, housing sociale, sostegno al reddito)
- III. Predisposizione di dispositivi culturali e strumentali: garantire una lettura attenta dei bisogni e assicurare, dove necessario, la costruzione di risposte etnoculturali, anche nell'ottica della costruzione dell'Immigration Center (affrontato in seguito).

Avvicinare quanto più possibile la rete dei servizi ai bisogni della popolazione residente per coniugare la pertinenza dei servizi della Amministrazione con i bisogni reali dei cittadini attraverso gli obiettivi di:

- semplificazione
- unitarietà di accesso
- interventi di inclusione sociale

### **Riorganizzazione del servizio Celav**

Il Centro Mediazione Lavoro da anni opera a favore di giovani ed adulti, promuovendo azioni di formazione, orientamento e inserimento lavorativo finalizzate alla piena occupazione di soggetti che, diversamente, avrebbero grosse difficoltà ad inserirsi nel mercato del lavoro. A partire dal 2012 il servizio si riorganizzerà per la presa in carico di soggetti segnalati dal servizio sociale e si proseguirà il lavoro teso a potenziare le azioni di sostegno in stretto collegamento con tutti i servizi che hanno in carico giovani e adulti in difficoltà operando con criteri moderni, estranei a politiche puramente assistenziali ormai inadeguate a risolvere i problemi posti dall'odierna realtà lavorativa: attenzione alla persona ma anche promozione della stessa. Le attività previste sono:

1. Il raccordo con tutti i servizi dell'Amministrazione Comunale e degli altri enti per la segnalazione dei soggetti in carico sarà definito da apposite procedure. Sarà importante concordare con i servizi gli obiettivi e i prerequisiti per l'inserimento lavorativo. La segnalazione dovrà prevedere un progetto condiviso attraverso:

- incontri per la presentazione dei segnalati
- una nuova scheda di segnalazione che registrerà i dati, lo start up della persona e le ipotesi di percorso formativo/lavorativo
- costruzione del portfolio dell'utente attraverso la certificazione dei percorsi fatti e delle competenze acquisite

- il Celav restituirà al servizio inviante breve relazione sull'andamento del percorso e sulla sua conclusione.

2. Per creare un approccio integrato alle emergenze sociali, con effetti positivi per la soluzione delle problematiche che si rilevano, il servizio per l'inclusione sociale-mediazione lavoro continuerà a promuovere con le realtà associative del privato sociale, il volontariato, gli enti pubblici e privati del territorio milanese e gli stessi cittadini-utenti, la partecipazione diffusa, attraverso azioni condivise e co-progettate. La ricerca di queste collaborazioni è finalizzata ad ampliare e potenziare la risposta ai bisogni sociali coinvolgendo attivamente le realtà del territorio, sviluppando sinergie al fine di ottimizzare le risorse e aumentare il livello qualitativo dei servizi offerti.

### **Sostegno alla grave deprivazione materiale**

Il terzo rapporto dell'Osservatorio Regionale sull'Esclusione Sociale calcola che in Lombardia il 3,4% delle famiglie vive sotto la soglia della povertà con un incremento nell'anno 2010, rispetto al 2009, di circa 10.000 famiglie, incremento numerico che è stato continuo dal 2008. Anche la tipologia del povero è fortemente cambiata: il clochard in senso classico viene stimato nel 5,6% di tutti coloro che si rivolgono ai centri di assistenza privati. Nell'ultimo anno le persone che, a Milano, hanno fatto richiesta di interventi assistenziali a enti del privato sociale sono state 134.000.

Ai servizi comunali che si occupano della grave emarginazione sempre più si rivolgono soggetti stranieri, con permessi di soggiorno che ricadono nella protezione internazionale (richiedenti asilo), persone escluse dal mercato del lavoro o che non vi sono mai entrate, che lavorano ma con una paga insufficiente, precari che non arrivano alla fine del mese, persone indebitate, sfrattate, che rischiano di dormire in strada. Secondo il rapporto ORES 2010 i licenziati e disoccupati sono aumentati di circa il 20% in un anno. Oltre alla mancanza di lavoro e al reddito insufficiente vi sono molte altre concause che portano a rischio di povertà: la malattia, la separazione dal coniuge, la perdita della casa, l'abuso di sostanze stupefacenti, l'alcolismo, la solitudine ecc..

Il Centro Aiuto è il servizio comunale che costituisce il punto di riferimento informativo e di orientamento per tutti i cittadini che si trovano in una situazione di bisogno di tal genere ed è il punto di raccolta delle domande e di invio delle persone durante il "Piano Freddo". L'ottica di intervento è quella, già sperimentata in fase embrionale, relativa al passaggio da una visione emergenziale del fenomeno, "Piano Freddo", ad una programmazione di un "Piano d'intervento continuativo" rivolto a contrastare le forme più estreme di povertà. Le attività previste sono:

1. revisione delle procedure per l'iscrizione anagrafica dei soggetti Senza Stabile Dimora. Ad oggi il diritto all'iscrizione anagrafica per tali soggetti è stato garantito mediante il coinvolgimento di Enti del Privato Sociale che si sono resi disponibili a

riconoscere presso la propria sede la residenza dei Senza Dimora. Sono tali Enti che verificano la permanenza del soggetto sul territorio cittadino e svolgono le funzioni derivanti dall'iscrizione anagrafica. Si vuole ora ampliare tale possibilità inserendo tra i luoghi presso cui chiedere la residenza, oltre alle sedi del Privato Sociale, anche sedi pubbliche dell'Amministrazione Comunale. Si opererà inoltre per creare uno stretto raccordo tra tali sedi e i Servizi Sociali così da garantire che l'iscrizione anagrafica divenga effettivamente il momento iniziale per l'acquisizione dei diritti di cittadinanza. L'iscrizione nei registri anagrafici è infatti il presupposto irrinunciabile per beneficiare dell'assistenza sanitaria nazionale, per esercitare il diritto di voto, per iscriversi alle liste di collocamento, per aprire la partita IVA e, in generale, per godere dei diritti riconosciuti dallo stato sociale.

2. approfondimento e "presa in carico" delle situazioni di bisogno dei Senza Dimora da parte di assistenti sociali dedicati che si occuperanno di "accompagnare" i soggetti verso l'acquisizione di quei diritti di cittadinanza che consentano loro l'avvio di un percorso di riacquisizione di autonomia sociale, economica e lavorativa;
3. monitoraggio costante del territorio cittadino da parte di unità mobili diurne e notturne che raggiungano il bisogno laddove si manifesta per accompagnare proattivamente quelle persone che da sole non si rivolgerebbero ai servizi assistenziali;
4. consolidamento dei progetti di accompagnamento da parte di "educatori di strada" e contestuale inserimento nell'attività di soggetti che abbiano avuto, nella loro vita, l'esperienza del "vivere sulla strada", quali "operatori pari" con funzione di raccordo tra la persona "senza dimora" e il servizio sociale;
5. attivazione di posti di prima accoglienza abitativa, sia diurna che notturna non più solo nel periodo invernale, arrivando nella dimensione dell'emergenza ad offrire 2500 posti di prima accoglienza (1248, anno 2010-11; 2020, anno 2011-12)
6. distribuzione di sacchi a pelo, coperte di lana, indumenti e biancheria intima (e raccolta di essi attraverso il ricorso al contributo volontario dei cittadini);
7. distribuzione di derrate alimentari agli Enti che accolgono persone in stato di grave emarginazione e alle mense dei poveri presenti sul territorio milanese (valorizzando la collaborazione, in relazione ai diversi interventi specifici, con Milano Ristorazioni, Banco Alimentare, Pane Quotidiano);

8.distribuzione di medicinali agli Enti che accolgono persone in stato di grave emarginazione.

9.Beneficiari degli interventi saranno sia i cittadini italiani che stranieri, anche a prescindere dal loro "status". Nell'ambito dell'area relativa alla grave emarginazione e quindi anche per gli interventi riferiti al "Piano Freddo" emerge la necessità di garantire che gli stessi vengano inseriti in un progetto organico e possano essere fruibili in maniera stabile e meno frammentata al fine di creare reali percorsi di uscita dalla marginalità in tempi commisurati alle necessità delle singole persone. Tale esigenza sarà perseguita attraverso il conseguimento dei seguenti obiettivi:

- collegamento e integrazione tra i diversi servizi pubblici e privati così da creare un continuum di interventi che abbiano come obiettivo ultimo favorire ad ogni soggetto il conseguimento della massima autonomia a lui possibile sulla base delle proprie caratteristiche e l'incremento numerico dei soggetti che partecipano alla rete
- avvio di un percorso integrato tra i servizi di bassa soglia, di segretariato sociale e di sviluppo di interventi riconducibili al welfare attivo: formazione linguistica, formazione professionale, inserimento lavorativo "protetto", microcredito, avvio d'impresa, ecc., per aumentare il numero di persone che migliorano la propria autonomia esistenziale
- valorizzazione e coinvolgimento operativo delle Associazioni di ex clochard presenti sul territorio cittadino
- incremento numerico ulteriore, a seguito dell'importante azione svolta nel 2011-2012 dei posti di accoglienza notturna messi a disposizione nell'ambito del cosiddetto "Piano Freddo"
- incremento del monitoraggio del territorio da parte delle unità mobili.

### **Modifica modello organizzativo della Casa dell' Accoglienza Ortles e nuove soluzioni d'accoglienza**

Nell'ambito della Casa dell'Accoglienza Ortles è in corso una profonda trasformazione della struttura che progressivamente la sta portando ad abbandonare il modello di dormitorio pubblico per acquisire caratteristiche e contenuti propri di un Centro Polifunzionale per la popolazione adulta. Oltre ad offrire accoglienza residenziale per persone dai 18 ai 65 anni indigenti, obiettivo primario sarà sempre più sviluppare, per ogni persona ospitata, un progetto personalizzato di supporto al recupero di una autonomia individuale, sociale e lavorativa.

La realizzazione di tale obiettivo determina il concretizzarsi di una accoglienza temporanea che permetta alle persone di trovare, durante l'ospitalità in Ortles,

informazioni, orientamento e supporto alle proprie esigenze dando inizio a un processo virtuoso di “rientro al lavoro”.

La struttura già si è arricchita di servizi interni, il centro diurno, la lavanderia per gli ospiti, che vanno ad aggiungersi a quelli “storici” come l’assistenza sanitaria, sociale, psicologica. Di recente sono stati inseriti un centro di orientamento alla Casa e una sede del “centro mediazione lavoro” aperti non solo agli ospiti della Casa ma a tutti i cittadini.

La struttura è, inoltre, una delle sedi del Centro Polifunzionale per Richiedenti Asilo e ospita profughi rientranti nell’emergenza nord Africa.

All’inizio dell’anno 2011 si sono approvate le nuove norme di funzionamento interno e, all’inizio del 2012, hanno avuto termine i lavori di ristrutturazione edile dei diversi padiglioni, portando la capienza complessiva a 474 posti/letto.

E’ quindi in atto una profonda trasformazione che deve essere proseguita e consolidata. Per raggiungere l’obiettivo di una effettiva proficua permanenza da parte di ciascun ospite si procederà al potenziamento di alcune figure professionali come l’assistente sociale e l’educatore e all’inserimento di uno psicologo, figura attualmente mancante. I più importanti obiettivi da perseguire sono:

- incremento del turn-over degli ospiti della casa con riduzione del periodo medio di permanenza
- incremento numerico delle situazioni di miglioramento della vita personale al momento dell’uscita dalla Casa rispetto all’ingresso, calcolato sui criteri di autonomia relazionale, sociale, economica, lavorativa, sanitaria, psicologica
- maggiore apertura delle iniziative e dei servizi interni rivolti anche alla popolazione del territorio cittadino
- incremento della rete di collaborazioni tra la Casa Ortles e gli altri servizi pubblici e privati che si occupano di tematiche riferite allo sviluppo di percorsi di autonomia.

Inoltre l’Amministrazione Comunale intende sviluppare nuove forme di accoglienza, rivolte alle fasce della popolazione presente in condizioni di estrema povertà nonché orientate a quella “zona grigia” in rapidissima espansione costituita dalle vittime della crisi.

Come in parte già affermato attraverso:

- la raccolta di forme di ospitalità diffuse presenti in città attraverso la diretta disponibilità dei cittadini
- l’utilizzo di luoghi come quelli sperimentati in via Barzaghi, attraverso Protezione civile, per l’accoglienza in stato d’emergenza
- la realizzazione di pensionati sociali per famiglie presenti nel territorio cittadino per accogliere nuclei famigliari in stato di necessità emergente
- la realizzazione, anche attraverso la sinergia con Fondazione Cariplo, Fondazione Housing sociale e ALER di programmi di riqualificazione di appartamenti sotto soglia per l’utilizzo temporaneo
- l’implementazione di soluzioni di “case ponte” frutto della sinergia tra pubblico e privato

## **AZIONI INNOVATIVE PER L'ACCOGLIENZA DEGLI IMMIGRATI E LA RELAZIONE TRA LE CULTURE**

Milano è consapevolmente una metropoli internazionale, sia per il pluralismo culturale, religioso, etnico dei suoi residenti, sia per la ricchezza e per l'eterogeneità delle persone che la visitano o attraversano per lavoro, studio, accesso alle cure mediche, eventi culturali o sportivi o vacanza. Milano è una città che costituisce un nodo portante della rete della globalizzazione: molte sono le sedi consolari e di multinazionali presenti in città, il mondo della ricerca ha una stabile proiezione internazionale, l'attività culturale e giornalistica guarda al mondo, molti abitanti di Milano si sentono cittadini globali.

Il sistema delle pubbliche amministrazioni ha accumulato un ritardo nel sostenere esplicitamente il processo di globalizzazione in cui la metropoli è inserita, cercando inutilmente dapprima di negarlo e poi di minimizzarlo.

Processo che invece è ovviamente in corso e Milano deve misurarsi, a partire dall'appuntamento dell'EXPO, con esso.

In questa cornice si è svolta la già citata azione di accoglienza rivolta ai richiedenti asilo, si è attivato il percorso di dialogo con le famiglie per il riconoscimento della piena cittadinanza delle ragazze e dei ragazzi, si è annunciato l'avvio di un percorso capace di sostenere i ricongiungimenti familiari, si è aderito a programmi nazionali volti a favorire la piena integrazione dei migranti nella legalità.

Tutto ciò costituirà la prima tappa verso l'obiettivo riguardante la costruzione di un Immigration Center, convinti che il pluralismo culturale ed etnico non sia una dolorosa necessità ma una ricchezza, spesso anche problematica, con cui fare i conti nel mondo "globalizzato" e a fronte della necessità di rafforzare la cooperazione e l'internazionalizzazione della città. L'Immigration Center dovrà avere come vocazione quella di offrire in modo visibile e proattivo servizi specifici e distintivi per le persone migranti a cui, auspicabilmente nell'ambito di innovazioni legislativi capaci di investire sul ruolo degli Enti Locali, offrirsi come porta di accesso per l'orientamento alla città, al complesso di servizi sociali presenti, alle opportunità messe a disposizione dalle istituzioni e dalle forze sociali ed economiche, al sistema di regole vigenti, nel quadro del rafforzamento della cultura della condivisione delle responsabilità comuni.

Inoltre diventa importante promuovere percorsi riguardanti il rapporto con le strutture socio-sanitarie nella convinzione che in particolare in relazione al tema del rispetto della donna e della tutela della salute della donna si debba dare vita ad azioni straordinarie che sappiano sfidare abitudini consolidate nell'ambito di alcune comunità che non favoriscono il pieno accesso alla galassia dei servizi socio-sanitari.

Infine si ricorda il rilievo riposto nel sostegno alle forme di partecipazione diretta dei migranti alla vita attiva (attraverso Forum, coordinamenti etc. ed anche tramite la riforma dello Statuto del Comune per promuovere la partecipazione ai referendum cittadini, anche nel quadro di innovazioni legislative auspicate) nonché in interventi che favoriscano la promozione dell'educazione civica e della cultura del rispetto delle regole (ad esempio in

relazione alla tutela dell'ambiente) nel quadro di politiche capaci di favorire la piena e positiva convivenza tra le culture.

(La rilevanza riguardante l'armonizzazione linguistica e la prima socializzazione dei bambini figli di stranieri e dei loro genitori è stata già discusso ai paragrafi precedenti ai quali rimandiamo.)

### **Promozione del Progetto rivolto alle popolazioni Rom, Sinti e Caminanti**

Il Progetto Rom, Sinti e Caminanti, proposto alla discussione delle rappresentanze delle popolazioni Rom, Sinti e Caminanti e dei soggetti del Terzo settore, elaborato in collaborazione con l'Assessorato Sicurezza, Coesione sociale, Polizia Locale, Protezione civile e Volontariato, intende inserirsi nel quadro tracciato a livello nazionale dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri con il documento "Strategia nazionale d'inclusione dei Rom, dei Sinti e dei Caminanti" in attuazione della comunicazione della Commissione Europea n. 173/2011".

Il Progetto proposto si sviluppa secondo i seguenti obiettivi:

- promuovere la piena inclusione e integrazione delle popolazioni Rom, Sinti e Caminanti
- contrastare e superare le forme di discriminazione delle popolazioni Rom, Sinti e Caminanti e di negazione della dignità della persona umana
- contrastare e superare le forme di degrado e di illegalità diffuse in città sia nelle aree destinate a campi regolari sia in quelle degli insediamenti abusivi e irregolari
- contrastare e superare gli insediamenti abusivi e irregolari, già presenti o di recente costituzione, attraverso un costante controllo del territorio.

### **VISIONE E POLITICHE PER LA SALUTE MENTALE<sup>26</sup>**

L'ambito delle politiche riguardanti la salute mentale è, probabilmente, l'ambito maggiormente rimosso dall'opinione pubblica in relazione alla centralità delle politiche sociali.

Il persistere del peso dello "stigma", l'ambigua galassia delle competenze istituzionali, la necessità di operare attraverso la costante integrazione tra il sociale e il sanitario, l'incrocio inevitabile tra le diverse fragilità sociali e il loro "precipitare" nella condizione del malato psichico rendono innanzitutto necessaria al Comune di Milano un'opera di riscrittura delle sue priorità. L'elaborazione che segue si offre come base di partenza di un

---

<sup>26</sup> Per un'analisi più ampia e dettagliata si veda il documento redatto dal Terzo Settore.

lavoro complessivo – istituzionale, sociale, culturale – da svolgersi nel tempo attraverso, innanzitutto, il rapporto con i DSM, l'ASL e il Terzo Settore.

### **La domanda di prestazioni in ambito psichiatrico**

I pazienti seguiti dal sistema dei Servizi Pubblici sono circa 25.300. Gli indicatori LEA disponibili per la psichiatria catturano solo alcuni ambiti relativi all'assistenza dei cittadini del territorio ASL, come il ricorso alle strutture territoriali (CPS), semiresidenziali (CD) e residenziali (SR).

I pazienti ricoverati in strutture residenziali (SR) sono circa 1.600 e, per questo motivo, si trovano in sedi che spesso insistono sul territorio di altre ASL lombarde o addirittura fuori Regione, anche se i DSM di Milano utilizzano la residenzialità in misura non superiore a quella di altre ASL lombarde e, in alcuni casi, in misura decisamente inferiore. Le maggiori difficoltà riguardano di accompagnamento e presa in carico nel territorio milanese e lombardo riguardano in particolare:

- ultra 65enni per i quali il Piano regionale salute mentale, ponendo il limite dei 65 anni per l'inserimento in SR, prefigura un percorso, ove possibile assimilabile a quello dell'anziano non psichiatrico
- affetti da patologia psichiatrica complicata da situazioni organiche di varia natura
- affetti da quadri comportamentali caratterizzati da agiti auto ed etero aggressivi
- pazienti in dimissione da ospedale psichiatrico giudiziario
- pazienti inviati in SR su ordinanza della Magistratura
- affetti da Disturbo del Comportamento Alimentare ( DCA).

Nel corso del 2011 è stata completata una ricerca sulle caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti inseriti fuori regione al fine di individuarne i bisogni specifici ed avanzare nuove proposte relative alle possibilità di offerta in Regione Lombardia. Questa analisi servirà da supporto all'attività di programmazione relativa a nuove risorse residenziali nel territorio della ASL, vicino quindi a luoghi di residenza originari dei pazienti.

### **L'offerta di prestazioni in ambito psichiatrico**

L'organizzazione dei servizi psichiatrici di ASL di Milano vede il coinvolgimento di 6 Aziende Ospedaliere (Fatebenefratelli Oftalmico, Niguarda Cà Granda, Sacco, San Carlo, San Paolo, ICP), 1 Fondazione IRCSS pubblica Ospedale Maggiore Ca' Granda Policlinico e 1 Fondazione IRCCS privata Centro San Raffaele del Monte Tabor.

I 7 Dipartimenti di Salute Mentale pubblici si articolano nelle Unità Operative di Psichiatria (UOP) a loro volta declinate nei diversi servizi previsti nel Piano regionale salute mentale: complessivamente 13 SPDC (reparti ospedalieri di ricovero), 6 day hospital, 22 CPS

(strutture territoriali diurne), 29 centri specialistici, 13 centri semiresidenziali, 7 Comunità Riabilitative ad Alta assistenza (CRA), 3 Comunità Riabilitative a Media Assistenza (CRM), 4 Comunità Protette ad Alta Assistenza (CPA), 4 Comunità Protette a Media Assistenza (CPM), 2 Comunità a Bassa Protezione (CPB), 17 unità abitative di Residenzialità Leggera (RL).

Il Dipartimento privato accreditato di Neuroscienze Cliniche della Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor comprende un Centro Diurno contrattato.

Vanno annoverati al quadro generale dell'offerta anche i centri specialistici dipartimentali, alcuni dei quali attivati grazie all'avvio dei Programmi innovativi in Salute mentale. Vengono di seguito elencati per sottolineare il livello di innovatività e di aggiornamento ai bisogni emergenti del sistema:

#### A.O. SAN PAOLO

- cura della depressione nell'anziano
- depressione in gravidanza e post-partum
- DCA (disturbo comportamento alimentare)

#### A.O. NIGUARDA

- consulenza su disturbi depressivi e disturbi comuni (progetto d'integrazione tra psichiatria e Medici di medicina generale del distretto 2 dell'ASL Milano)
- prevenzione della depressione in gravidanza e nel post-partum nelle donne straniere
- ambulatorio Spazio Giovani
- centro consultazione di etno – psichiatria
- DCA (disturbo comportamento alimentare).

#### FONDAZIONE POLICLINICO IRCCS

- disturbi affettivi
- DCA (disturbo comportamento alimentare)

#### AO FBF

- depressione donna
- Centro ansia-depressione
- sviluppo di attività di coordinamento con la medicina generale per la diagnosi precoce e la cura nel campo dei disturbi bipolari in soggetti giovani e dei disturbi depressivi e d'ansia nel genere femminile con sensibilizzazione contro la violenza domestica (Centro Depressione/Disturbi Bipolari/ Centro Prevenzione Cura depressione donna)
- Disturbi Psicici in Adolescenza (ADHD; bullismo- impulsività aggressività).

#### AO SACCO

- centro per la diagnosi ed il trattamento dei disturbi depressivi
- ALA Sacco
- Messa in campo e diffusione nella città di Milano di modelli operativi per l'inserimento lavorativo di soggetti affetti da gravi disturbi psichici
- DCA
- Centro per disturbi Psicosomatici
- NOTEC per disturbi da attacchi di panico

#### AO SAN CARLO

- Programma per l'individuazione e il trattamento della depressione in gravidanza e nel post-partum
- Programma trattamento integrato della depressione
- Riconoscere la depressione nell'anziano: la diagnosi differenziale e l'intervento
- Disturbi di Personalità
- Ambulatorio trattamento integrato multidisciplinare dei DCA e obesità morbigena.

#### ICP

- disturbi affettivi;
- trattamento precoce dei primi casi di disturbo psicotico in soggetti giovani, individuazione precoce dei soggetti con esordio psicotico- Valutazione dei soggetti a rischio (centro per esordi psicotici)
- Centro Patologie della Nutrizione ed Alimentazione.

La rete dei Servizi Pubblici è quindi capillarmente diffusa in città, per molti aspetti anche molto innovativa, ma presenta notevoli problemi di ordine strutturale legati agli organici di tali servizi che non sono correlati al bisogno, e alla obsolescenza delle strutture. Vi è pertanto un'intensità e una qualità dell'assistenza spesso insufficiente rispetto alle necessità per mancanza di personale e di mezzi e questo, purtroppo, è coerente con il quadro medio dell'assistenza per la salute mentale in Italia e nella Regione Lombardia.

Oltre agli erogatori pubblici il sistema cittadino vede la presenza di 9 erogatori privati accreditati e contrattati (Filo d'Arianna, Ceas, Eos, Redancia, Teseo, Aiutiamoli, Crea, Colce, Fondazione San Raffaele Monte Tabor) che forniscono prestazioni residenziali e semiresidenziali nelle seguenti strutture: 2 CPA, 11 CPM, 16 unità abitative di RL, 3 CD. L'offerta complessiva in termini di residenzialità è rappresentata da 323 posti letto (PL) contrattati di cui 10 sottoposti a condizione (utenti che provengano non contrattate extraregione o sottoposti a provvedimenti giudiziari compresi i pazienti provenienti da OPG).

Tale offerta è insufficiente a coprire il fabbisogno del territorio ASL. L'offerta in termini di posti letto per tipologia di struttura può contare su 55 PL in CPA, 122 PL in CPM, 23 PL in CRM, 104 PL in CRA, 7 PL in CPB, 75 PL in RL per un totale di n. 323 PL contrattati. Il territorio dell'ASL di Milano offre una distribuzione dei posti letti nelle SR pari a: l'14% circa

in CPA, il 32% circa in CPM, il 27% in CRA, l'6% in CRM, 2% circa in CPB. Viene privilegiato un livello assistenziale medio mantenendo il livello di intensità riabilitativa medio (CPM) e alto (CRA e CRM), viene offerto uno "sbocco", termine ideale del percorso, o anche ingresso ideale, con i posti di residenzialità leggera, ma dai numeri purtroppo largamente insufficienti, essendoci disponibili 7 unità abitative (per 26 PL).

Nella struttura dell'offerta vanno considerate le attività aggiuntive svolte grazie all'approvazione dei Programmi Innovativi territoriali 2009-2011 che proseguiranno nel Triennio 2012-2014. Tali programmi sono stati finanziati dalla Regione Lombardia a supporto delle seguenti tematiche strategiche: intervento precoce nelle psicosi, inserimento lavorativo, modelli di intervento integrato nei disturbi psichici gravi, lavoro di rete, disturbi emergenti (disturbi psichici comuni, disturbi dell'alimentazione e della personalità, quadri complessi con rilievo comportamentale e sociale).

### **Neuropsichiatria infantile**

I Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, pubblici e privati accreditati, effettuano attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito neurologico, psichiatrico e neuropsicologico ed identificano i loro potenziali utenti nei soggetti di età compresa tra 0 e 18 anni. Il contesto territoriale ha caratteristiche di elevata complessità per l'alto tasso di immigrazione e marcate differenze tra zone in termini sia di popolazione sia di servizi e di supporto sociale. La mancanza a tutt'oggi di uno specifico flusso informativo è un freno sulle potenzialità, in ambito di ricerca epidemiologica e di analisi dei bisogni.

La popolazione di riferimento per l'area milanese è rappresentata da circa 255.000 abitanti di età compresa tra 0 e 18 anni. Nel 2011 sono entrati in contatto con i servizi di NPIA circa 12.000 ragazzi. La popolazione assistita, si distribuisce mediamente tra minori affetti da:

- disturbi di rilevanza psichiatrica
- disabilità e/o disturbi psichici
- disabilità stabilizzata certificata per la scuola
- disabilità con necessità di supporti massicci e continuativi per tutto l'arco della vita.

La Psicopatologia grave in adolescenza costituisce un'utenza gravosa e numericamente rilevante che include soggetti di età compresa tra i 12 e 18 anni che presentano disturbi di personalità, della condotta, psicosi, sindromi affettive, nevrosi gravi al punto da rendere difficile la normale vita di relazione; essa richiede, per la corretta presa in carico, la costituzione di un "sistema di cura" completo e flessibile sul territorio. Dai dati di letteratura disponibili, la prevalenza complessiva dei disturbi psicopatologici gravi in adolescenza può variare da 150 a 400 soggetti ogni 10.000/anno.

Il ricovero in acuto può rendersi necessario, soprattutto per la popolazione 12-18 anni, con quadri di grave agitazione psicomotoria, comportamenti dirompenti e aggressivi non altrimenti gestibili, esordio psicotico acuto, gravi sindromi depressive o da stress post traumatico, tentati suicidi, disturbi comportamentali acuti e gravi nella disabilità, ecc.. Deve avvenire in ambienti idonei, essere per quanto possibile di breve durata e fortemente integrato con interventi successivi, in particolare semiresidenziali. La maggior parte degli utenti giungono in Pronto Soccorso senza avere avuto nessun contatto precedente con un Servizio Territoriale di neuropsichiatria infantile (NPIA). Il ricovero in strutture non adeguate rende più difficoltoso l'aggancio successivo alle unità operative di NPIA, e aumenta il rischio di cronicizzazione e di successivi ricoveri ripetuti. L'ASL di Milano, dal 2009, svolge un'azione di monitoraggio sui ricoveri dei minori e sulla scorta dei dati rilevati ha segnalato puntualmente alla Regione la necessità dell'attivazione di un reparto di NPIA infantile cittadino. Per quanto riguarda la domanda in termini di ricoveri, il quadro specifico per il territorio di Milano nel 2010 è il seguente:

- vi sono stati complessivamente 328 ricoveri di minori con diagnosi psichiatrica tra i residenti nel territorio di ASL Milano, ben il 30% dei quali è avvenuto in urgenza
- dei 109 ricoveri urgenti per diagnosi psichiatrica di residenti a Milano minori di 18 anni avvenuti nel 2010, solo 19 sono avvenuti in reparti di NPIA, ben 16 sono avvenuti in SPDC e 50 in pediatria
- dei 22 ricoveri in SPDC di minori con diagnosi psichiatrica, il 72% è avvenuto in urgenza
- dei 81 ricoveri in pediatria di minori con diagnosi psichiatrica, il 71% è avvenuto in urgenza
- solo il 12 % dei ricoveri psichiatrici urgenti di minori riesce ad accedere ad un reparto NPIA, mentre l'88% viene ricoverato in reparti non appropriati
- dei 163 ricoveri in NPIA per diagnosi psichiatrica, solo il 11% ha potuto avvenire in urgenza
- dei 109 ricoveri urgenti, 23 sono stati ricoverati in astanteria.

Complessivamente quindi nel 2010 vi sono stati almeno 165 ricoveri per diagnosi psichiatrica di minori che sono avvenuti in reparti non appropriati. Il dato sulla numerosità di ricoveri è in progressivo aumento e non tiene conto di tutti coloro che sono stati rimandati a casa o in comunità educativa o terapeutica senza ricevere l'assistenza necessaria. Inoltre, la durata dei ricoveri è spesso troppo breve, legata solo al tamponamento dell'acuzie e alla necessità di liberare il più rapidamente possibile un letto stante la continua pressione di coloro che non riescono ad accedere al ricovero che è loro necessario, e non all'impostazione di un piano di trattamento vero e proprio.

La Salute Mentale monitora costantemente la domanda di residenzialità e, a tutt'oggi, sono 46 i bambini inseriti in strutture residenziali extraregionali, quindi lontani dai propri genitori. La collocazione dei minori in SR è pari all' 81% fuori regione e al 19% in comunità lombarde. Il profilo diagnostico prevalente è rappresentato dal disturbo di personalità

emotivamente instabile e dal disturbo della condotta, rari i disturbi dello spettro ansioso. I casi di psicosi sono praticamente assenti, se si escludono alcuni pazienti con tratti schizoidi o ritardo mentale con sintomi psicotici nella maggioranza dei casi l'inserimento in Comunità è stato disposto dal Tribunale per i minorenni.

## **L'offerta di prestazioni in ambito neuropsichiatrico**

L'organizzazione dei servizi neuropsichiatrici del territorio di ASL di Milano vede il coinvolgimento di 6 Aziende Ospedaliere (Fatebenefratelli e Oftalmico, Niguarda Ca' Granda, Sacco, San Carlo, San Paolo e ICP) e 1 Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Cà Granda Policlinico le cui articolazioni organizzative (unità operative di NPIA) non hanno nell'attualità reparti di ricovero, ma solo servizi ambulatoriali e, in un unico caso, una struttura residenziale. Lo standard di posti letto necessari è di 20 per 100.000 abitanti di età compresa tra 12 e 18 anni: i posti effettivi a Parigi sono 16,7; a Londra 12,9; in tutta la Lombardia sono meno di 3, a Milano non ve ne sono, mentre, secondo lo standard, dovrebbero essere 17. La rete dei servizi ambulatoriali è diffusa in città, ma presenta notevoli problemi di ordine strutturale e legati agli organici. E' inoltre contrattato per le prestazioni specialistiche l'Istituto Besta. Oltre agli erogatori pubblici, il sistema cittadino vede la presenza di un solo erogatore privato accreditato e contrattato che fornisce esclusivamente prestazioni di tipo ambulatoriale la Fondazione S. Maria Nascente Don Gnocchi. Inoltre dal 2010 risulta accreditato il Centro Diurno di Fondazione Aliante.

Nel complesso i principali problemi del sistema psichiatrico e di neuropsichiatria infantile sono:

- un sistema di offerta molto frammentato e non in rete tra gli attori che vi operano, incapace quindi di determinare percorsi integrati
- un sistema che ha difficoltà a gestire le comorbilità, soprattutto con le dipendenze
- l'assenza di connessione con gli attori che potrebbe intercettare il bisogno in fase non ancora acuta (medici di medicina generale o pediatri di libera scelta, insegnanti, assistenti sociali, ecc.) per poter intervenire precocemente
- le strutture d'offerta solo talvolta obsolescenti e insufficienti in molti ambiti
- è dolorosa la constatazione che molti pazienti, compresi i bambini, vengono ricoverati fuori regione, lontano dai parenti e dal contesto di vita
- la governance del sistema è basata sulla centralità delle aziende ospedaliere, a cui sono stati trasferiti i servizi di salute mentale, compresi quelli a vocazione territoriale. Purtroppo l'orientamento culturale e professionale degli ospedali non è, in genere, quello tesi ad investire sulla priorità attribuita ai servizi territoriali e alla messa in rete degli attori sociali
- la contraddittorietà dell'assetto istituzionale è confermato dal fatto che invece i servizi contro le dipendenze sono gestiti direttamente dalla ASL, determinando una difficile frattura nella geografia giuridica dei servizi.

## **Alcune linee operative.**

La salute mentale è prima di tutto un'area che ha bisogno di una nuova centralità politica, ovvero la presa d'atto che il livello di crescita e di civiltà di una comunità si misura anche con la forza che riesce ad esprimere nel sostenere riflessioni e politiche esplicite su un ambito di policy così difficile e doloroso, che interroga e inquieta tutti.

In quest'area è pertanto fondamentale il lavoro congiunto tra ASL e Comune, che progressivamente dovranno contribuire alla costruzione di reti di servizi, che ricompongano le risorse esistenti, che promuovano lo sviluppo di servizi locali (invece dell'invio fuori Regione), che attivino meccanismi di alert e segnalazione precoci nella scuola, tra i MMG/PLS e gli altri servizi.

L'azione congiunta di tutti i soggetti interessati dovrà essere indirizzata ai seguenti temi/obiettivi:

1. promozione di azioni che favoriscano la integrazione socio sanitaria per la cura e l'assistenza a persone affette da disturbi psichici , a partire dalle specifiche competenze socio assistenziali del Comune di Milano ; valorizzazione del ruolo attivo del Comune nell'ambito degli Organismi di Coordinamento della Salute Mentale ( OCSM ) e della Neuropsichiatria Infantile (OCNPI ) promossi dalla ASL di Milano
2. promozione di azioni di informazione e di educazione a valenza preventiva contro lo stigma sia più generali dirette alla cittadinanza che più capillari e specifiche delle competenze comunali (facilitazione alla accessibilità ai servizi comunali degli utenti della psichiatria relativamente a sostegni economici , abitazioni e lavoro nell'ambito dei diritti di cittadinanza ); stesura partecipata di un manifesto cittadino dei diritti di cittadinanza delle persone affette da disturbi psichici
3. promozione di azioni (ripensando il ruolo di Koinè e del suo centralino) tese a favorire l'empowerment di utenti , famigliari e volontari
4. attenzione a fasce di pazienti con rilevanti e particolari bisogni sociali:
  - a) ex carcerati ed ex ricoverati in OPG (garantire i servizi per il lavoro e la casa con un approccio non difensivo e che superi la logica della pericolosità sociale)
  - b) senza fissa dimora e popolazione migrante (sviluppare specifici progetti di assistenza)
  - c) anziani (favorire l'accesso ai servizi e l' assistenza al domicilio)
  - d) adolescenti (interventi di prevenzione nelle scuole ed in famiglia)
  - e) pazienti con doppia diagnosi, che presentino un problema di abuso/dipendenza associato a una patologia psichiatrica

5. favorire inserimenti abitativi in contesti di quartiere non ghettizzanti; programmare congiuntamente con la ASL la Residenzialità Leggera al fine di garantire una adeguata quota sociale abbinata alla quota sanitaria; ampliare i posti di Residenzialità Leggera (anche con la finalità di abbassare i costi della residenzialità psichiatrica ed ampliare il numero delle persone assistite); favorire sperimentazioni di housing sociale
6. favorire inserimenti lavorativi applicando ed estendendo l'articolo 14 della legge 68 alle aziende pubbliche; partecipare attivamente alle iniziative in corso e gestite dai DSM della Città di Milano relative alla integrazione e all'inserimento lavorativo di soggetti affetti da patologia psichica; integrare l'attività dei DSM con i servizi comunali (Celav) e provinciali (Sod e Afol) esistenti
7. Favorire, nell'ambito delle progettazioni regionali integrative, la sperimentazione di "budget di salute" personalizzati, attraverso la integrazione tra cura, abitazione e inserimento lavorativo
8. conferma ed eventuale implementazione degli attuali progetti sperimentali a valenza sociale, gestiti dai DSM e radicati da anni nella operatività dei servizi, attinenti i temi del lavoro e della casa, a favore di persone svantaggiate socialmente e di giovani
9. monitoraggio delle sedi territoriali dei servizi psichiatrici (CPS) sia di proprietà comunale che non e riqualificazione delle stesse attualmente inadeguate (almeno la metà sono strutture vecchie e fatiscenti che non favoriscono l'accesso alle cure da parte di tutte le fasce sociali della popolazione);

## **Fondo Sociale**

Il Comune di Milano si è impegnato entro l'anno 2013 a superare la delega all'ASL della gestione del Fondo Sociale, recuperando le competenze e le responsabilità gestionali attraverso un processo condiviso con ASL e operando in stretto raccordo con i responsabili dei Dipartimenti di Salute Mentale e con il personale dei CPS per definire modalità di passaggio e criteri di erogazione che siano condivisi innovativi e omogenei. In questo quadro si intende procedere a una informatizzazione dell'intero sistema, per renderlo più efficace, trasparente e tempestivo.

## **VISIONE E POLITICHE PER LA LOTTA ALLE DIPENDENZE**

Il quadro delle dipendenze patologiche e dei fenomeni di consumo correlabili è velocemente mutato nel corso degli ultimi anni ed è, tuttora, in rapida mutazione. Di conseguenza non è analizzabile attraverso le esperienze "storiche" di riferimento che

rischiano di costruire una visione stereotipata dei fenomeni e delle azioni in campo, riferendole a quadri interpretativi ormai passati ed a fenomeni sociali conclusi.

Oggi è possibile pensare che, sebbene ciascun periodo storico abbia lasciato traccia nelle diverse generazioni, le determinanti delle dipendenze patologiche e dei fenomeni di consumo correlabili siano oggetti di competizione di mercati diversi, leciti e illeciti, e riferiti a target di persone che, di volta in volta, cercano di usufruirne in modo apparentemente disincantato, informato e strumentale.

Non esiste più un tipico “consumatore” di questi mercati rivolti indifferentemente ad ogni categoria socioeconomica o fascia di età. In questo quadro la dipendenza patologica è diventata uno dei problemi possibili connessi a questo tipo di consumi additivi che rimangono competitivi commercialmente e culturalmente tra loro ma possono anche essere associati all'interno di atteggiamenti che possono diventare distruttivi di equilibri e progetti individuali e collettivi.

E' possibile che, pur in presenza di una parziale riduzione dei consumatori occasionali di droghe, un maggior numero di persone “scivolino” gradualmente da atteggiamenti di consumo apparentemente controllato a situazioni di dipendenza. Già adesso, quindi, sembra chiaro come la sola attenzione alla dipendenza conclamata e non all'intervento precoce su situazioni a rischio sia potenzialmente perdente.

Particolari energie e risorse vanno indirizzate alla popolazione giovanile, più suscettibile di un'evoluzione positiva della situazione di dipendenza, con l'obiettivo di accorciare quella che viene definita la DUI (Duration of Untreated Illness) che oggi si attesta su una media di 7/8 anni.

### **Gli Interventi del Comune di Milano**

Il lavoro compiuto ad oggi dal Comune di Milano in forma diretta e attraverso i soggetti convenzionati che hanno fornito il servizio di ascolto telefonico, le attività di accompagnamento al reinserimento sociale di ex tossico-alcoldipendenti, di accoglienza in unità abitative verso una autonomia dei soggetti presi in carico, ha permesso di evidenziare i punti di maggiore criticità del sistema cittadino richiesti agli uffici del Comune.

Una lettura del fenomeno della dipendenza proveniente dal fronte dei servizi messi in campo dalla Amministrazione comunale conferma la tendenza dei comportamenti di tossicodipendenza in atto nella nostra città:

- una sempre meno definita caratterizzazione socio-economica e culturale dei soggetti coinvolti
- la trasversalità del fenomeno per quanto riguarda la fascia d'età
- la diffusione di un uso multiplo di sostanze, che sfuma i confini fra alcoldipendenza, tossicodipendenza e farmacodipendenza

- l'emergere di altre nuove forme di dipendenza, quali gioco d'azzardo patologico, spese compulsive, internet
- una soglia bassa di consapevolezza dei soggetti circa le conseguenze a cui espongono le condizioni di dipendenza e di abuso.

Sono confermati nella nostra città anche i costi collettivi collegati alla salute delle persone interessate (cura e trattamento) e i costi sociali legati alla dipendenza, ma anche agli abusi occasionali che sempre più frequentemente entrano a far parte dello stile di vita e di consumo.

Il Comune di Milano intende sviluppare le attività nelle quali l'Amministrazione è impegnata non solo in termini di prevenzione ma anche in termini di recupero di integrazione sociale, lavorativa, abitativa e relazionale delle persone dipendenti. L'aspetto che caratterizza gli interventi in materia di dipendenza è la stretta coesistenza di due componenti, sanitaria e sociale, che devono essere ricomprese in un quadro unitario di risposta ai bisogni della persona.

L'obiettivo che Comune e ASL<sup>27</sup> si pongono è focalizzare al meglio ciascuna componente e strutturare azioni capaci di integrare gli interventi sociali e sanitari di rispettiva competenza, per costruire un percorso comune, che affronti, con adeguate misure e strumenti, entrambi i versanti della problematica relativa alle dipendenze, siano esse derivate dall'uso di sostanze, di alcool o, quelle più recenti, da gioco, da shopping, da lavoro, da internet.

In questa ottica, l'Amministrazione intende rimodulare la rete dei servizi e degli interventi esistenti (prevenzione, integrazione sociale e lavorativa), individuando modalità di integrazione e condividendo metodi e risorse, in stretto rapporto con la ASL di Milano (assistenza e cura), sviluppando una progettazione con il Terzo Settore e il Volontariato, secondo principi e linee strategiche condivise, tenendo conto dei bisogni cittadini e delle nuove articolazioni del fenomeno delle dipendenze e delle linee regionali recentemente indirizzate al sistema e finalizzate ad attuare interventi innovativi e sperimentali.

E' prioritaria l'integrazione tra le attività oggi in campo e una più intensa collaborazione interistituzionale, finalizzata alla creazione di una rete di servizi sociali e sanitari tali da utilizzare appieno le modalità e gli strumenti di programmazione, gestione e erogazione degli interventi. Per questo si intende proseguire l'impegno nel tavolo istituzionale ASL/Comune sui temi delle dipendenze e la partecipazione costante del Comune ai tavoli del Dipartimento con gli Enti accreditati e a quelli con le alte istituzioni interessate agli interventi per la prevenzione.

E' importante continuare il processo avviato di coinvolgimento di tutte le realtà/risorse presenti sul territorio, al fine di:

---

<sup>27</sup> Come meglio descritto nel documento sulle dipendenze elaborato in collaborazione tra Comune e ASL con il contributo del Coordinamento milanese del Privato Sociale per le dipendenze, al quale si rimanda per un'analisi più ampia e dettagliata.

- dettagliare una pianificazione territoriale – ASL e Comune di Milano - sulla base di “rischi di zona” e dei fattori socio-culturali agenti di rischio per la popolazione generale, per riorientare gli interventi di prevenzione e prossimità
- rafforzare l'efficacia e l'efficienza degli interventi di sostegno e di cura, in relazione anche alla capacità del sistema di promuovere una responsabilizzazione progressiva, da parte di persone che in ingresso non sono in grado di formulare domande di cura congrue alla loro reale condizione sia sanitaria che sociale
- favorire una maggiore integrazione tra gli interventi di cura, prossimità, prevenzione e reinserimento al fine di superare la frammentazione in termini progettuali, anche nella sinergia tra le differenti competenze della Pubblica Amministrazione e del Privato Sociale.

Questo processo garantisce un sistema maggiormente orientato ai bisogni emergenti della popolazione (efficacia), senza gravare sui costi (efficienza) attraverso la ricerca di una maggiore congruità tra risorse e obiettivi individuali e di sistema.

La DGR n.9/3239 del 04/04/2012 “Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare” è occasione per il ripensamento dell'offerta del sistema cittadino dei servizi nella direzione di “sperimentare forme innovative di servizi, unità d'offerta e interventi che siano in grado di rispondere ai nuovi bisogni che stanno emergendo e che oggi non trovano ancora risposta all'interno dell'attuale rete di offerta”.

In tal senso si intendono declinare per la Città di Milano i seguenti temi che risultano prioritari all'interno della programmazione del Piano di Zona:

- Adolescenti: adolescenti in difficoltà anche con problemi di consumo/abuso/dipendenza
- Nuove forme di abuso/dipendenza: persone con dipendenza da farmaci, comportamenti compulsivi o da sostanze che richiedano particolari modalità di intervento
- Prevenzione selettiva e riduzione del Rischio: aggancio precoce di adolescenti in contesti di incontro, aggregazione, divertimento, connotati da situazioni di “rischio” e di riduzione del rischio in soggetti tossicodipendenti o consumatori problematici ( in particolari situazione di grave marginalità) che non si rivolgono ai servizi

Per quanto attiene l'area degli adolescenti si segnala, come priorità la creazione di un sistema di azioni innovative che sappia andare incontro ai differenti bisogni rilevati relativamente ai comportamento di consumo/abuso/dipendenza e che offra percorsi di semi-residenzialità e residenzialità leggera per giovani con esperienze carcerarie, giovani con esordi patologici di tipo psichiatrico.

Si interverrà anche a favore di famiglie con adolescenti in difficoltà a causa del policonsumo e abuso di sostanze legali e illegali, che rischiano di sviluppare vere e proprie forme di dipendenza.

L'esperienza maturata in questi anni nella città di Milano ha rilevato la necessità di lavorare sempre più in un'ottica di sistema, dove accanto alla specificità degli interventi è necessario realizzare collaborazioni tra i servizi attuando trasversalità operative che possano valorizzare e amplificare l'accesso ai servizi. Elemento di qualità è la valutazione multidimensionale del bisogno della persona, attraverso la quale viene costruita una risposta che integra forme di servizi oggi esistenti o eventualmente servizi innovativi.

In quest'ottica il Comune di Milano anche nella logica di "promozione e qualificazione delle collaborazioni tra enti e risorse", può agire innanzitutto promuovendo un'azione di regia degli interventi e nella messa a disposizione delle risorse locali già accessibili quali:

- piano dei senza fissa dimora
- mense pubbliche e offerta del privato sociale
- servizi di orientamento adulti in difficoltà fortemente integrati nella filiera dei servizi pubblici e del privato sociale
- iniziative in atto per le problematiche legate al Gambling
- raccordo con il sistema dei servizi preposti per minori/famiglie in difficoltà, relativamente alle problematiche legate al consumo di sostanze
- servizi docce

In questi termini si risponderebbe all'esigenza di accedere ad una gamma di offerte che armonizza sociale e socio-sanitario in una valutazione del bisogno della persona che tiene conto della complessità della domanda.

Si pensa, inoltre, a integrazioni e investimenti di tipo economico in una scala pluriennale, mirati e specifici sulle singole azioni se sostenute in ragione di ulteriori risorse provenienti da sperimentazioni anche regionali.

I seguenti ulteriori punti risultano prioritari all'interno del Piano:

- progettazione nell'area degli interventi di prossimità: Prevenzione Selettiva e Riduzione del Rischio. Distribuzione del kit di riduzione del danno e del rischio per le persone dipendenti in uscita dal carcere; sostegno finalizzato all'acquisto di generi di conforto; sostegno per gli interventi per la cura della persona e la tutela della salute quali lavatrici e docce, che rientrano nelle azioni più di natura socio-assistenziale
- sostegno integrativo, nei termini di un intervento sociale se sostenuto da sperimentazioni regionali per l'intervento sui minori nelle forme previste di semi-residenzialità e residenzialità leggera
- specifici progetti elaborati dal Dipartimento dipendenze dell' ASL e condivisi nel protocollo di intesa interistituzionale con il Comune (ad es. Polo Diagnostico di 2° livello Centro di ascolto integrato sui temi delle dipendenze)
- messa a disposizione da parte del Comune di appartamenti e spazi per l'autonomia e il reinserimento sociale finalizzati al servizio di accoglienza e tutoring anche per soggetti affetti da HIV/AIDS

- scambio di dati sui fenomeni delle dipendenze e sostegno alle attività di Osservatorio riferito alla Città di Milano
- interventi di prevenzione nelle scuole di intesa e compresi nel piano annuale della Prevenzione e migliore coordinamento territoriale con le Forze dell'ordine, la PL e i Consigli di Zona
- interventi innovativi in residenzialità protetta per persone in condizioni di cronicità rispetto alle dipendenze

## **VISIONE E POLITICHE PER LA POPOLAZIONE DETENUTA O EX DETENUTA**

Le politiche per le persone detenute, o comunque sottoposte a misura penale, sono innanzitutto politiche di cittadinanza rivolte a chi non smette di essere cittadino per il solo fatto di essere sottoposto a una misura restrittiva della libertà personale.

Partendo da questa premessa, il Comune intende, nell'ambito delle proprie competenze, garantire alla popolazione detenuta le condizioni per una piena esigibilità dei diritti civili, politici e sociali, al pari di tutti i cittadini, fatte salve le eventuali limitazioni imposte dalla sentenza di condanna.

E' necessario partire da un monitoraggio costante delle condizioni di vita e di salute della popolazione carceraria milanese e dello stato delle strutture, anche attraverso la costituzione di una commissione congiunta ASL – Comune di Milano.

La priorità non è rappresentata solo dall'intervento specialistico in ambito penitenziario o penale ma dalla volontà di realizzare una programmazione territoriale e una struttura dei servizi che consideri con parità di dignità la presenza nel territorio delle persone detenute avendo come obiettivo ultimo la rimozione degli ostacoli posti dalla condizione di restrizione della libertà, anche nell'accesso ai servizi territoriali.

Del resto non può ignorarsi la condizione di disagio nella quale si trovano le famiglie delle persone reclusi: la carcerazione, infatti, influisce sull'intero nucleo familiare della persona arrestata, sia dal punto di vista affettivo/relazionale che da quello più prettamente economico e materiale. Spesso, infatti, la carcerazione interessa il capofamiglia che non raramente rappresenta l'unica o principale fonte di reddito per l'interno nucleo familiare.

Così come per le altre "categorie" della fragilità sociale – es. povertà, homelessness, disagio mentale, dipendenze, ecc. – anche il tema del carcere deve essere trattato sempre meno entro i confini di strumenti specifici ma deve essere assunto nelle politiche territoriali 'ordinarie': il lavoro per le persone con problemi penali non può che essere un tema delle politiche per il lavoro, così come il tema della casa, della salute, della salute mentale, ecc.

Oltre che verso politiche attente al momento della fuoriuscita dal carcere, di cui si dirà tra poco, appare determinante favorire la creazioni di condizioni che evitino, quando consentito dalla legislazione, lo stesso ingresso in carcere.

Si tratta anche di favorire l'avvio di percorsi di fuoriuscita dal circuito penale che concorrano a limitare sempre più il rischio di recidiva.

Su questo presupposto si fonda l'attività che l'Amministrazione comunale ha predisposto e attua in sinergia con tutti gli attori che a diverso titolo sono chiamati ad operare in tale ambito (Regione, ASL, istituti penitenziari, privato sociale, volontariato) non dimenticando però di sottolineare come gli sforzi degli Enti Locali risulteranno inadeguati sino a quando il legislatore non interverrà per modificare una legislazione che talvolta rischia di intendere il carcere quale sostituto delle Politiche Sociali.

A tal fine si ritiene necessario procedere in un'ottica di sistema tra i diversi assessorati interessati (Politiche Sociali, Casa, Lavoro, ecc.) e con le istituzioni preposte: Enti Locali, uffici penali territoriali, amministrazione carceraria, i diversi settori comunali che ne hanno competenza.

Di questo sistema fanno pienamente parte anche gli enti del Terzo Settore, a cominciare dall'Osservatorio Carcere per la Città di Milano il cui contributo di competenza ed esperienza è ben rappresentato dal documento pienamente condiviso allegato al presente Piano.

Il Servizio potrà svolgere un'attività di sintesi e raccordo per il monitoraggio degli accordi istituzionali stabiliti (convenzioni, protocolli d'intesa ecc) sviluppando un cruscotto di indicatori di efficacia ed efficienza degli esiti. Le attività previste sono:

- sviluppo della collaborazione con ASL per la destinazione dei fondi regionali per l'area penale e per la ridefinizione della figura degli agenti di rete
- progetto PUNTOACAPO: intervento di accompagnamento dei detenuti in dimissione dal carcere per la realizzazione di azioni volte all'integrazione sociale attraverso il lavoro, l'housing ed il sostegno per la ricostruzione delle relazioni sociali, azioni queste che avranno importanti ricadute sulla diminuzione della recidiva
- prosecuzione Sportello "Presidio Sociale" presso il Tribunale, avviato in seguito alla sottoscrizione del Protocollo d'Intesa con la Presidenza del Tribunale Ordinario di Milano. Il "Presidio Sociale" sostiene le persone sottoposte a giudizio direttissimo monocratico. In questi anni ha rappresentato una sperimentazione importante per consentire di affrontare il disagio al suo esordio, garantendo così una maggiore probabilità di diminuzione delle recidive, obiettivo principale di questa collaborazione
- gestione della convenzione con il Tribunale di Milano per i "Lavori socialmente utili" come misura alternativa alla pena conseguente alla guida in stato di ebbrezza. Il lavoro richiederà un efficace coordinamento per la gestione delle disponibilità delle posizioni individuate all'interno dei servizi degli assessorati Politiche Sociali e Cultura della Salute, Volontariato e Coesione Sociale, Educazione e Istruzione, nonché la stretta collaborazione con il Tribunale di sorveglianza e con gli uffici penali territoriali per il monitoraggio degli esiti

- progetto ARIA - Accoglienza, relazioni, inserimento lavorativo e Abitazione. Il progetto, che ha come capofila la Cooperativa Sociale A&I Onlus ed è finanziato dalla Fondazione Cariplo, intende fare riferimento agli ambiti territoriali relativi ai piani di intervento, includendo in gran parte le realtà presenti sul territorio che operano in ambito penale. L'obiettivo è quello di favorire l'intervento precoce su un target giovane ( 18 – 35) al fine di limitare il più possibile l'ingresso nel circuito penale.

## **VISIONE E POLITICHE PER L'INTEGRAZIONE TRA SANITA' E SOCIALE**

La sezione del Piano di sviluppo del welfare sulla sanità e l'integrazione tra sociale e sanitario si articola in tre componenti fondamentali: la valorizzazione di una carta dei diritti del malato, il processo di integrazione in corso tra ASL e Comune, le necessità di ridefinire la governance sul sistema sanitario metropolitano.

### **La Carta dei diritti per la salute**

La Carta dei diritti per la salute è un documento attualmente in via di definizione, elaborato da un gruppo di esponenti della comunità scientifica milanese, che intendiamo promuovere come assolutamente aperto, ancora in fase di scrittura (e dunque oggetto di futuri atti al fine della sua effettiva assunzione) con l'obiettivo di ottenere dal dibattito non solo consenso, ma anche critiche e contributi, immaginando che la sua stesura definitiva sia l'esito di un confronto reale che in questa occasione non si intende assolutamente dare per "concluso". Si tratta dunque di un atto simbolico, tenuto conto della non responsabilità gestionale diretta nella articolazione dei servizi sanitari da parte del Comune. È però un atto pieno di significato, che rilancia il ruolo di garanzia che il Comune ha nei confronti dei propri cittadini. La Carta, quindi, intesa come assunzione di responsabilità e di coscienza di come debbano essere trattati e tutelati i diritti dei cittadini rispetto alla salute in generale e ai servizi deputati a garantirla. ASL e Aziende ospedaliere hanno la titolarità di queste funzioni. E' necessario che anche il Comune, "Ente locale che rappresenta la propria comunità, ne cura gli interessi e ne promuove lo sviluppo" (cfr. Dlgs 267/2000, art. 3, comma 2), si ponga sempre più come interlocutore dei soggetti erogatori, per garantire che la qualità dei servizi sia adeguata, che la modalità degli accessi risponda a criteri di equità, che le prestazioni siano appropriate ed efficaci, che non vi siano discriminazioni o disuguaglianze.

Anche se la qualità media dei servizi sanitari e sociali che si erogano nella nostra città è buona, sacche ed esempi di inadeguatezze e di insufficienze esistono.

Proprio per questo, il ruolo di sorveglianza e di attenzione deve essere tenuto alto e il Comune deve sviluppare l'esercizio del proprio ruolo di garante. La Carta dei diritti per la salute fa riferimento innanzitutto alla 'Carta dei diritti fondamentali di Nizza' e alle numerose dichiarazioni e raccomandazioni internazionali, emanate sia dalla Organizzazione Mondiale della Sanità sia dal Consiglio d'Europa. Si parte dal diritto alla prevenzione, intesa sia come prevenzione primaria, che richiama direttamente la responsabilità del Comune nel garantire la qualità dell'aria che respiriamo, dell'acqua che beviamo, e nella promozione di corretti stili di vita, sia come prevenzione secondaria, ossia come accesso a screening che consentano un riconoscimento precoce delle malattie e quindi cure più efficaci. Milano ha, in questo campo, tradizioni alte di sperimentazione e di concreta realizzazione, sin dall'epoca dei consorzi sanitari, degli SMAL, dei consultori, fino alla azione messa oggi in atto quotidianamente dalla ASL e dalla rete dei servizi socio-sanitari. Un altro diritto fondamentale è quello dell'accesso che implica sia che ogni cittadino abbia il diritto di accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede, sia che i servizi debbano garantire eguale accesso a ognuno, senza discriminazioni sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del momento di accesso al servizio.

E' importante che questo diritto vada tutelato, sia evitando qualsiasi pratica discriminatoria nei confronti di ogni cittadino, anche non in possesso di permesso di soggiorno, sia lavorando e collaborando perché le liste di attesa siano sempre meno condizionanti la qualità e i tempi dell'accesso, e non determinino disuguaglianze sul piano delle disponibilità economiche. Un terzo diritto riguarda il tema dell'informazione, ossia la conoscenza non solo del proprio stato di salute, ma anche dell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali: sotto questo aspetto è cruciale lo sviluppo delle carte dei servizi, già in atto in tutte le realtà accreditate, cui il Comune potrà aggiungere e implementare una carta dei servizi della città, per garantire più conoscenza e quindi responsabilità, e per far crescere il concetto di "rete" cui dobbiamo ancorare il funzionamento dei servizi.

Viene poi un complesso di diritti che attengono al pieno riconoscimento della "persona", in termini di consenso, di libertà di scelta, di diritto alla privacy e alla confidenzialità: diritti su cui già operano attivamente i comitati etici delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricerca a carattere scientifico, e di altri enti accreditati, e che sempre più devono far parte della "normalità" nel funzionamento dei servizi. Vi è poi il diritto al rispetto del tempo dei pazienti. Non si tratta solo del diritto alla "tempestività" dell'intervento sanitario rispetto alla malattia. Si tratta, più in generale, del diritto a non "perdere tempo". Ossia a una organizzazione più efficiente dei servizi per cui il cittadino non debba essere sottoposto a code estenuanti, o alla contrapposizione tra tempi di lavoro e tempi degli accessi. Su questo c'è molto lavoro da fare anche in una città come la nostra, perché ci sono molti servizi che non funzionano a dovere, molte burocrazie inutili, molte sciatterie da superare. Diritto alla qualità, alla sicurezza e alla innovazione: sono diritti che chiamano in causa le modalità operative dei servizi.

Sappiamo che a Milano esistono punte significative di eccellenza, anche sul piano della ricerca clinica. Le eccellenze vanno stimolate e tutelate, ma devono essere trasferite

anche in una qualità diffusa dei servizi e delle prestazioni e in standard il più possibile omogenei, per evitare gap e approssimazioni inaccettabili. C'è poi il diritto del malato ad evitare le sofferenze e il dolore non necessari. Il tema delle cure senza dolore, degli ospedali senza dolore, del parto senza dolore, fa parte di una crescente sensibilità e acquisizione di coscienza da parte di tutti i cittadini. Milano rappresenta una punta avanzata su questi temi per tutto il paese. Ricordiamo al proposito la costruzione di una rete efficace di terapie palliative, anche attraverso la realizzazione di molteplici hospice. Il diritto a un trattamento personalizzato allude al fatto che ogni cittadino abbia diritto a vedere riconosciuta la sua specificità derivante dall'età, dal sesso, dalla nazionalità, dalla condizione di salute, dalla cultura e dalla religione, e a ricevere di conseguenza trattamenti differenziati a seconda delle diverse esigenze. Le discriminazioni di genere sono un tema su cui va tenuto un alto livello di attenzione, oltre a quelle legate a convinzioni etiche e culturali del tutto personali.

La presenza a Milano di numerose etnie e religioni rende questo tema particolarmente complesso da rispettare, e chiama tutti i servizi e gli operatori a una assunzione di responsabilità, di cui anche la prossima sfida di Expo sarà elemento di confronto e di misura. Vi sono poi i diritti al reclamo e al risarcimento, per i quali esiste una organizzazione che li promuove e li tutela e un sistema di procedure attive nel SSN. Infine vi è il diritto alla manifestazione di dichiarazioni anticipate di trattamento sul fine vita. Il riferimento dovrà essere l'art. 32 della Costituzione Italiana dove si afferma che "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."

In attuazione di tale principio riteniamo che una Carta dei diritti per la salute non possa esimersi dal riconoscimento del diritto di ogni individuo ad esprimere le proprie volontà rispetto al rifiuto dell'"accanimento terapeutico" e del prolungamento forzato della "vita" intesi come l'utilizzo di procedure sanitarie sproporzionate e senza ragionevole speranza di esito positivo. E che ogni individuo abbia diritto alla richiesta/rifiuto alla assistenza religiosa, nonché alla scelta/rifiuto alla donazione degli organi, e alla scelta sulle modalità della cremazione/inumazione.

Come rendere disponibile questo diritto? Alcuni Comuni hanno aperto la strada, a cominciare da Modena e da Torino, solo per fare due esempi. Questi Comuni si sono fatti garanti della accoglienza e della conservazione della manifestazione delle volontà scritte dei cittadini. Documenti che, a prescindere dal loro valore legale, vogliono sancire il diritto alla espressione di una volontà e testimoniata nei confronti delle decisioni che dovranno essere assunte, in particolari situazioni, dai sanitari o dagli stessi familiari. Il presente Piano non vuole e non deve certamente entrare nel merito di quali siano gli strumenti più efficaci individuati, tuttavia anche in questa sede si intende ribadire il rilievo di detta questione.

## **Integrazione tra sanità, socio-sanitario e sociale (tra ASL e Comune e la rete dei produttori)**

ASL Città di Milano e Comune di Milano hanno approfondito le tematiche della integrazione socio-sanitaria rilevanti al fine della predisposizione del presente Piano di sviluppo del welfare e concordano le seguenti valutazioni/azioni su specifiche questioni.

### **1. Integrazione e semplificazione degli accessi**

Il tema della semplificazione degli accessi è un tema che attiene alla integrazione socio-sanitaria e chiama in causa la necessità di una forte concertazione tra Comune e ASL su vari punti strategici:

- a) La coincidenza tra distretti e zone del decentramento. Il permanere di una discrepanza tra i 5 distretti dell'ASL e le 9 zone del decentramento è causa di alcune difficoltà amministrative e funzionali. Appare necessario un riassetto, anche a geometrie variabili, che possa configurare con chiarezza la corrispondenza tra sedi dei servizi (sia sanitari che sociali) e aree territoriali. Gli obiettivi comuni sono: un censimento puntuale di tutto l'esistente; la determinazione dei servizi minimi necessari per ciascuna zona/distretto; la disponibilità a rivedere alcuni aspetti della organizzazione territoriale.
- b) Sportelli socio sanitari integrati: l'obiettivo deve essere quello di averne uno per ogni zona del decentramento. Partendo dalle sperimentazioni già avviate, si procederà a definire un cronogramma per l'individuazione delle sedi idonee, la preparazione del personale, l'attivazione degli sportelli.
- c) Individuazione di nuovi spazi idonei per l'erogazione integrata o perlomeno logisticamente attigua di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.

### **2. Sviluppo delle cure primarie**

La città di Milano, come è tipico delle metropoli caratterizzate da una forte presenza di strutture specialistiche ospedaliere, registra una difficoltà storica allo sviluppo dei servizi di cure primarie. L'ASL e il Comune hanno interessi condivisi di un loro incremento e intendono procedere nelle seguenti direzioni.

- a) **Medicine di gruppo.** Si ritiene un obiettivo condiviso quello di favorire le esperienze di medicina di gruppo, attivando la ricerca di spazi idonei per la creazione di ambulatori condivisi (con spese a carico degli stessi MMG), cercando di raggiungere percentuali simili ad altre regioni nella diffusione di queste soluzioni. L'obiettivo è quello di garantire un'apertura degli ambulatori dalle 6 alle 8 ore, con l'utilizzo di personale aggiuntivo di contatto e infermieristico e maggiore dotazione tecnologiche, a vantaggio della facilità di

accesso ai servizi sanitari di base per i cittadini e dell'arricchimento delle competenze professionali per i medici di medicina generale.

- b) Case della salute. Si condivide la possibilità di sperimentare una o più case della salute (ossia strutture integrate sanitarie e sociali) in base sia a un modello mono-strutturale, che di struttura a rete, coinvolgendo altre figure professionali come i medici specialistici ambulatoriali, i riabilitatori, le infermiere, ecc.
- c) Si condivide l'esigenza di monitorare e valutare congiuntamente l'innovativa esperienza del CREG, partita sperimentalmente in un numero ristretto di distretti e coinvolgendo ancora pochi medici, con l'obiettivo di estenderla se si manifesterà utile ad affrontare positivamente i problemi della cronicità e della fragilità.

### 3. Salute mentale e neuropsichiatria infantile

Nei settori della salute mentale e della neuropsichiatria infantile è stata condivisa tra ASL e Comune l'utilità di attivare tavoli tecnici di supporto all'organizzazione per affrontare le attuali criticità e tematiche specifiche nei diversi ambiti - sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale- coinvolgendo tutti gli interlocutori interessati (per l'analisi si rimanda al par. 10.7).

### 4. Consultori familiari e loro integrazione con i servizi comunali per minori e famiglie

I Consultori familiari costituiscono l'unità di offerta sociosanitaria che garantisce l'erogazione delle attività previste a favore della famiglia in quanto Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) previsti dal DPCM 14/2/2001. La rete dei consultori familiari dell'ASL si basa su 18 CFI pubblici in Milano oltre a 15 accreditati (di cui 13 totalmente obiettori di coscienza). Le prestazioni del sistema dei CFI pubblici sono circa 114.000 mentre nei CFI privati circa 88.000, le attività sono circa per il 50 % sanitarie e per il 50 % socio-sanitarie ovvero psico-sociali o sanitarie ad elevata integrazione sociale (35%psicologiche, 15% psicosociali). Nell'area della protezione dei minori e dell'abuso e maltrattamento contano circa 32.000 prestazioni annue, svolte prevalentemente nel sistema dei CFI pubblici. In relazione all'utenza sono circa 1.000 i minori in carico ai CFI con provvedimenti dell'Autorità giudiziaria.

Le prestazioni socio-sanitarie proprie ed esenti da ticket sono: mediazione familiare, consulenza familiare, visita colloquio, incontri di gruppo e visita domiciliare, oltre alle psicodiagnosi, terapie, valutazione della genitorialità e altre prestazioni specialistiche. L'ASL per rispondere alle proprie competenze in area abuso/maltrattamento ha attivato 4 convenzioni con centri specialistici in città (CAF, CTIF, CBM e Ti Ama/La Strada). Sono in via di definizione innovazioni a livello regionale che renderebbero difficile o impossibile l'accesso diretto dell'utenza priva di prescrizione del medico/impegnativa per l'area specialistica. Tali linee di tendenza regionali sono contenute anche nella nuova interpretazione del Consultorio come erogatore di prestazioni più psico-pedagogiche che psicoterapeutiche e specialistiche. L'ASL ha attivato 40 sportelli psicologici di ascolto e orientamento per adolescenti presso le scuole medie superiori (1 o 2 presenze settimanali

con compartecipazione economica delle scuole) che riscuotono un buon livello di gradimento ma che ASL non sa per quanto potrà ancora sostenere economicamente.

Il Comune ha una propria rete di Servizi Sociali per la Famiglia distribuita in 17 sedi nelle 9 zone del decentramento oltre a 6 Servizi sovra zonali di Pronto Intervento Minori, Spazio Neutro, Genitori Ancora GeA, Coordinamento Affidi, Sostegno Educativo, Servizio Minori Sottoposti a Procedimento penale. In generale sono in carico al Comune 16.000 minori all'anno con una proporzione del 50% circa di minori stranieri seppur scolarizzati o nati in Italia. Circa 5.000 minori sono in carico su mandato dell'Autorità Giudiziaria, gli altri 11.000 accedono su richiesta spontanea. Gli interventi vanno dal segretariato sociale professionale all'affido, alla comunità o ai sostegni alla famiglia sia economici che educativi domiciliari o presso centri diurni. Sia nei servizi dell'ASL sia in quelli del Comune si presenta una esigenza crescente di mediazione linguistica e culturale per lavorare con le nuove famiglie e in materia si è ricorsi a gara d'appalto per l'affidamento di tale attività. I due sistemi sono molto ricchi e articolati, ma storicamente scarsamente coordinati.

Pertanto ASL e Comune intendono:

- a) individuare modalità e tempi/luoghi per garantire lo studio/gestione di percorsi condivisi sulla casistica con mandato dell'Autorità Giudiziaria coinvolgendo ove necessario anche la Neuro Psichiatria Infantile e dell'Adolescenza (UONPIA) ovvero costituzione di unità sperimentali di valutazione (già attive in area anziani e persone con disabilità) per una gestione coordinata e sinergica che consenta una presa in carico e chiusura della situazioni in tempi brevi senza sprechi di risorse nel re-invio reciproco e scoordinato degli utenti
- b) attivare gruppi di sostegno alla genitorialità fragile in contesti anche multiproblematici
- c) sviluppare di interventi e iniziative specifiche sul tema dei ricongiungimenti familiari
- d) operare per la definizione di protocolli operativi unitari e integrati tra ASL e Comune per la valutazione delle famiglie e dei minori nonché delle competenze genitoriali, situazioni multiproblematiche con supporti socio-sanitari e socio-educativi e per percorsi di affido e di adozione
- e) operare per l'individuazione dei servizi minimi di riferimento per l'area minori/famiglie tra zone Comunali e distretti dell'ASL così da far corrispondere sedi e servizi
- f) potenziare le funzioni di mediazione linguistica e culturale con individuazione di eventuali soluzioni condivise e lavoro congiunto ASL/Comune per l'accompagnamento/educazione dei nuclei stranieri regolari all'utilizzo informato degli appropriati servizi del Sistema Sanitario Regionale (es. pediatra di libera scelta invece del Pronto soccorso) evitando il ricorso a soluzioni di emergenza

- g) garantire l'impegno dei due enti per la prevenzione e l'intervento congiunto in situazioni di violenza familiare e di particolari pratiche (es. lotta alla circonscisione casalinga o all'infibulazione).

## 5. Salute dei migranti

Gli immigrati regolari (con permesso di soggiorno) hanno diritto alla tessera sanitaria, pertanto presentano tutti i diritti, i doveri e le eventuali difficoltà dei cittadini italiani in tema di salute. Esiste tuttavia il problema di un loro minor accesso ai servizi in genere, oltre che alla prevenzione e diagnosi precoce in particolare (pap test, mammografia, contraccettione, terapia dell'ipertensione, tra i principali) per motivi culturali e carenza di informazione. In questa direzione vanno svolte delle campagne informative specifiche.

Gli immigrati irregolari, cioè privi di permesso di soggiorno, spaziano dal lavoratore in nero in Italia da 10 anni o più, che non è mai riuscito a regolarizzare la sua situazione, fino alla mano d'opera della malavita. I dati ISMU e delle associazioni di volontariato documentano che la maggior parte dei "clandestini" lo sono formalmente, ma nei fatti sono pienamente inseriti nel tessuto socio-economico italiano, ovvero lavorano "regolarmente" in nero. Nel 2011 si è stimato che gli irregolari presenti a Milano città siano circa 30.000. Per loro l'accesso ai servizi di cura è ancora più difficile, con pericoli evidenti per la loro salute e per quella della comunità in cui vivono. Per gli adulti la legge 286/98 prevede che qualora il soggetto sia affetto da una patologia "essenziale" ha diritto ad un codice "STP" (straniero temporaneamente presente) valido per 6 mesi poi rinnovabile, che ha tutte le funzioni della tessera sanitaria del cittadino italiano. La Regione Lombardia non ne ha ancora deliberato i regolamenti attuativi. Il risultato è che in tutta la Regione questi pazienti hanno accesso solo al Pronto soccorso e non alla medicina di base, negli ambulatori ospedalieri o alle ASL, con conseguenze anche gravi, principalmente correlate alla gestione di patologie croniche quali ipertensione, diabete, patologie endocrine, etc. Inoltre non hanno accesso alla prescrizione gratuita di farmaci, come prevede il codice STP. Attualmente per questi pazienti la funzione di medicina di base e di fornitura di farmaci viene svolta dalle associazioni di volontariato, con limiti qualitativi e territoriali. Per le donne in gravidanza la legge 286/98 prevede che siano assistite gratuitamente presso i consultori. Per i minori la stessa legge prevede piena assistenza sanitaria ai minori, senza discriminazione alcuna. In realtà a Milano (e in tutta la Regione) hanno accesso solo al Pronto soccorso, con evidenti limitazioni al diritto alla salute ed evidenti problemi gestionali in pronto soccorso, per i numerosissimi accessi impropri.

Rispetto alla salute dei migranti ASL e Comune di Milano hanno concordato l'impegno, da parte dell'ASL, di rendere disponibile a tutte le Associazioni che ne faranno richiesta la compilazione del codice STP e l'uso del ricettario regionale e, da parte del Comune, di rendere effettivamente operante una "rete" nei confronti dei migranti capace di migliorare l'informazione per quanto riguarda l'accesso ai servizi e di supportarli nell'orientarsi in modo appropriato nella complessa geografia degli erogatori sanitari.

Il Comune di Milano, inoltre, sottolinea la necessità di individuare strumenti legislativi a livello regionale e nazionale che riconoscano il diritto-dovere degli stranieri ad accedere alle cure, ed in particolare a quelle garantite dal medico di base, a prescindere dalla condizione amministrativa dello straniero.

## 6. Prevenzione

L'ASL detiene istituzionalmente la regia delle iniziative di prevenzione e pertanto il Comune di Milano deve coordinarsi con ASL per ogni azione/campagna che abbia attinenza con questo tema. Dovranno essere concordate, in particolare, le iniziative rivolte alla popolazione scolastica, sugli stili di vita corretti e sulle malattie sessualmente trasmissibili. In questo campo verrà sviluppata un'azione comune sui temi della alimentazione, della vaccinazione anti HPV e della prevenzione della infezione HIV. Analoghe iniziative saranno concordate per la prevenzione delle malattie e la promozione di corretti stili di vita nell'ambito degli ambienti di lavoro, a cominciare dallo stesso Comune di Milano e dai suoi lavoratori. Nei confronti dell'intera popolazione e, in particolare, della popolazione anziana, il Comune si impegna ad agevolare l'ASL in campagne tematiche sugli stili di vita (alimentazione e moto), sul corretto uso dei farmaci (anche mediante la distribuzione degli opuscoli informativi "pillole di buona salute") e sulla appropriatezza nell'uso degli esami e dei test diagnostici. Il comune di Milano articolerà propri tavoli di supporto alle iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria in particolare sul tema della donazione di sangue, delle malattie infettive.

## 7. AIDS e malattie sessualmente trasmissibili

Nel 2010, in Lombardia, erano presenti tra i 23 e i 27 mila sieropositivi e almeno 600 persone si

pensa si siano infettate (stime ISS). Se si considerano i casi di Aids, la provincia più colpita è Milano che conta 8.378 casi (dati ISS). I dati di Regione Lombardia (MAINF) sulle nuove diagnosi di HIV, nel 2010 indicano che l'infezione risulta più frequente negli uomini e nei soggetti in età riproduttiva, con un picco nella fascia d'età dai 30 ai 39 anni. La distribuzione dei fattori di rischio evidenzia che le donne hanno acquisito l'infezione per via sessuale nell' 86% dei casi, gli uomini per via sessuale nell'87% delle infezioni (nel 47% per via omosessuale e nel 40% per via eterosessuale). I motivi principali che hanno portato i soggetti, con nuove diagnosi, ad eseguire il test per l'HIV sono in ordine di frequenza: controllo nell'ambito di accertamenti per una altra patologia (46%), comportamenti a rischio (34%), controllo di routine (9%), riscontro di sieropositività del partner (6%) e ragioni associate alla gravidanza (4%). Le persone che si sono sottoposte al test almeno una volta nel periodo 2000-2009, sono in maggioranza donne, circa il doppio rispetto agli uomini; in entrambi i sessi la maggior concentrazione è tra i 20 e i 49 anni.

Per il potenziamento delle attività di screening per HIV e diagnosi precoce in Regione Lombardia, nell'ambito della Commissione Regionale per la Prevenzione e Controllo dell'infezione da HIV e delle malattie sessualmente trasmesse, è stato messo a punto un protocollo che costituisce linea guida per le Aziende Sanitarie Locali.

Il Decreto Regionale n. 11572 del 16/11/2010, "Sorveglianza e controllo dell'infezione da HIV: determinazioni per il potenziamento delle attività di screening e diagnosi precoce" e l'atto d'intesa Stato-Regioni del 27/07/2011 "Documento di consenso sulle politiche di

offerta e le modalità di esecuzione dei test per HIV in Italia” ribadiscono la necessità di percorsi finalizzati:

- alla formazione per l’inclusione del test HIV nei percorsi diagnostico- terapeutici;
- riorganizzazione e razionalizzazione dei presidi territoriali di offerta del test;
- alla promozione dello stesso, anche in collaborazione con associazioni e gruppi di interesse.

L’altissima incidenza della malattia, la sua generalizzata diffusione a diversi segmenti sociali poco consapevoli dei rischi potenziali (dato che l’HIV è stata storicamente associata esclusivamente alle dipendenze e all’omosessualità), l’alto costo sociale e finanziario che induce, impongono ad ASL e Comune un’azione attiva, coordinata e mirata di prevenzione, sui target sociali oggi più esposti.

L’impegno di aziende ospedaliere, azienda sanitaria locale, ente locale, privato sociale e volontariato mette a disposizione un insieme significativo di servizi e di opportunità per la prevenzione, la diagnosi, la cura e l’assistenza sanitaria e sociale delle persone con HIV/AIDS, questione che si può estendere ad un arco ben più ampio di malattie sessualmente trasmissibili, che deve operare in modo sinergico e pronto ad affrontare i cambiamenti per rispondere adeguatamente ai bisogni sanitari e sociali. Del resto le indicazioni dell’OMS in tema di promozione della salute e di prevenzione nella comunità locale indicano come necessaria l’elaborazione di una politica pubblica che coinvolga tutti i soggetti in grado di esercitare un controllo sui determinanti di salute.

Una strategia di prevenzione efficace implica, a livello locale, l’esistenza, il riconoscimento e il funzionamento di una complessa rete che metta in comunicazione tutti i soggetti che a diverso titolo possono giocare un ruolo utile nel contrasto della diffusione delle MTS e dell’infezione da HIV: il settore sanitario, il Comune di Milano, le organizzazioni che operano nella comunità<sup>28</sup>.

## **Prevenzione**

L’infezione da HIV si può prevenire. Vanno coordinate e attuate attività di informazione e sensibilizzazione che basino l’approccio preventivo su evidenze scientifiche con messaggi chiari, comprensibili e diversificati a seconda del target a cui sono rivolti, popolazione generale, giovani, persone maggiormente vulnerabili all’HIV: MSM, IDU, sexworkers e migranti. Va avviato un processo di definizione e condivisione partecipata degli obiettivi preventivi che si vogliono raggiungere nella città, attraverso la realizzazione di un programma che definisca chiaramente gli obiettivi e i risultati, riconoscendo che l’investimento di risorse adeguate nella prevenzione tutela la salute dei cittadini e evita maggiori costi sanitari e sociali futuri. Vanno valorizzati gli aspetti informativo-educativi come dimensioni centrali dell’intervento, sia attraverso le istituzioni ufficialmente preposte (scuola, famiglia, altre agenzie educative) sia all’interno degli altri contesti di vita

---

<sup>28</sup> In tal senso, l’elaborazione della presente parte del Piano è già il frutto del confronto con ASL e con “Milano Contro l’AIDS”, il gruppo costituito dalle Associazioni milanesi impegnate sul fronte della sensibilizzazione, sostegno, orientamento e prevenzione della infezione da HIV.

(aggregazioni informali, luoghi di lavoro). Sono da coinvolgere attivamente tutti i soggetti del territorio per il loro ruolo e per la loro capacità, in quanto risorse indispensabili.

### **Accesso al test e diagnosi precoce**

Nel 2010, 2011 e 2012 il Comune ha patrocinato l'iniziativa Easy Test a cui hanno partecipato AO L.Sacco, Ospedale san Raffaele, ASL Milano, Anlaids Lombardia e le associazioni di Milanocontrolaids. Questi eventi contribuiscono alla destigmatizzazione del test HIV e all'emersione del sommerso. Iniziative di questo tipo sono da promuovere e potenziare.

### **Verso expo 2015**

EXPO2015 porterà milioni di visitatori nella nostra metropoli. Nella definizione delle strategie di informazione e comunicazione nell'ambito della salute, così come dei protocolli operativi con i Centri clinici per le emergenze del caso, si opererà per pianificare e predisporre gli strumenti comunicativi necessari.

### **Promozione della cittadinanza**

Milano si impegna a promuovere l'inclusione sociale delle persone affette da HIV/AIDS con diversi gradi di autonomia, compresi nuclei mamma-bambino, persone in uscita da percorsi comunitari, per le quali si aprono prospettive per un rientro sociale autonomo e per la riappropriazione di competenze che mirino all'autosufficienza; inoltre, si impegna a potenziare il raccordo tra le risorse esistenti sul territorio (in primo luogo quelle promosse dall'amministrazione comunale stessa) per superare le difficoltà di reinserimento abitativo e lavorativo. Avvalendosi delle competenze diffuse sul territorio in ambito scientifico e psico-sociale espressi da altri soggetti istituzionali e dalle organizzazioni del terzo settore, l'Amministrazione comunale si impegna a promuovere corsi di formazione e informazione basati sulle nuove evidenze scientifiche, mirati ai dipendenti dei propri uffici a diretto contatto con l'utenza e di conseguenza con le persone con HIV/AIDS e i loro cari, al fine di contrastare lo stigma ancora esistente ed aumentare le competenze tecniche e relazionali degli operatori, così da rispondere in modo sempre più competente ad un numero di cittadini italiani e stranieri al momento destinato ad aumentare.

### **Accoglienza**

Nel triennio 2009-2011, il progetto "Nuovi bisogni per le persone affette da HIV/AIDS: sperimentazione dell'autonomia e del reinserimento sociale nella città di Milano" ha avuto un proseguimento con il "Servizio di accoglienza in piccole unità abitative" e con il "Servizio di accompagnamento e tutoring".

Nel 2012 tali servizi stanno garantendo sostegno a 22 persone (di cui 2 minori), 12 negli appartamenti, 10 in tutoring.

Nel nuovo triennio il Comune passerà da una fase di sperimentazione alla gestione di un servizio, nell'ottica della programmazione pluriennale e di migliore integrazione tra interventi sociali e rete socio-sanitaria.

Il Comune si impegna inoltre a sostenere questa esperienza di accoglienza ed integrazione anche attraverso la promozione di collaborazioni operative con ALER e CELAV (o altri soggetti similari) allo scopo di individuare possibili percorsi, strumenti e risposte efficaci alle tematiche della casa e dell'inserimento lavorativo, se pur protetto.

L'Amministrazione Comunale partecipa al pagamento della retta dei cittadini milanesi con HIV/AIDS inseriti in Casa Alloggio a bassa intensità assistenziale non in grado di provvedervi con risorse autonome. Nel passato triennio 165 cittadini milanesi sono stati complessivamente accolti nelle Case Alloggio e Centri diurni della Regione Lombardia, di questi 80 hanno avuto periodi di accoglienza in Case Alloggio a bassa intensità assistenziale.

### **Infine: la governance della sanità di Milano**

L'offerta sanitaria pubblica e privata presente nell'area metropolitana di Milano costituisce un punto di forza dell'attuale assetto sanitario regionale e nazionale. Tuttavia la modifica del quadro anagrafico ed epidemiologico, dei modelli di cura (più ambulatoriali e meno basati su ricoveri), del contesto finanziario e competitivo, mettono in luce alcune criticità:

- l'esiguità dimensionale delle aziende sanitarie milanesi;
- la mancanza di meccanismi di coordinamento e di messa in rete
- una imprecisa definizione della vocazione del sistema sanitario metropolitano: nazionale, regionale o internazionale?
- la debole regia a livello di area metropolitana
- l'incerta definizione del mix desiderato tra ricerca, didattica e assistenza
- la sproporzione tra posti letto per acuti e per low care/riabilitazione
- l'insufficiente sviluppo dei servizi territoriali e delle cure intermedie

Storicamente il Comune di Milano è stato poco presente nel contribuire al disegno e al monitoraggio dell'evoluzione del sistema sanitario cittadino e metropolitano e questo è reso evidente dall'assenza di un piano ospedaliero metropolitano o di uno specifico assetto di governante di questo territorio, che non può essere concepito e organizzato in maniera istituzionalmente analoga ad ambiti a minor concentrazione di abitanti e di strutture di offerta specialistica. Questo impone l'attivazione, ovviamente d'intesa con ASL e di concerto con Regione Lombardia, di un processo capace di connettere gli attori istituzionali del sistema (Regione, area metropolitana, Comuni) per creare una governance che disegni e sviluppi un sistema metropolitano e ne coordini l'attuazione.

In particolare vanno perseguiti i seguenti obiettivi:

- determinare una proposta di assetto istituzionale e organizzativo, da condividere con Regione Lombardia e ASL, capace di aumentare i servizi ambulatoriali e specialistici in connessione con i CREG e le cure primarie
- rivedere d'intesa con ASL (anche alla luce dei recenti provvedimenti governativi di "spending review") la dotazione dei posti letto per acuti, implementando l'offerta di posti letto di low-care e di riabilitazione
- sviluppare una proposta di finalizzata a mettere in rete e specializzare le strutture esistenti su quattro ambiti prevalenti: - Rete della ricerca (per collegare tra loro gli IRCCS) - Rete dei grandi ospedali generali - Rete delle cure post-acute e intermedie - Rete della riabilitazione e della lungodegenza
- enucleare le diverse tipologie di vocazioni presenti nell'area metropolitana (ricerca, alte specialità, strutture generaliste, ecc.) delineando per ognuna di esse uno specifico percorso di sviluppo
- facilitare l'accesso unitario e l'orientamento nella rete ai cittadini
- promuovere una programmazione ad area vasta metropolitana
- ottenere economie di scala e di specializzazione per contenere i costi

E' auspicabile e necessario il coinvolgimento del Comune di Milano nei Tavoli ASL – Enti erogatori accreditati del sistema sanitario e socio-sanitario (in particolare la Conferenza degli erogatori ospedalieri e ambulatoriali) o in uno specifico "Tavolo Milano" creato dalla Regione Lombardia, con riferimento all'intera Area Metropolitana.

Si dovrà valutare, in questo contesto, l'opportunità di utilizzare uno strumento come la "sperimentazione Milano", a suo tempo introdotto e troppo presto abbandonato, da commisurare all'area vasta metropolitana, con l'intento di facilitare lo sviluppo delle reti e delle sinergie necessarie, con funzioni di integrazione, programmazione e controllo.

## NOTE A MARGINE: E ORA?

La stesura del Piano è stata dunque il frutto di un lavoro articolato ed ampio. Va intesa come l'avvio di un confronto pubblico da trasferire in fase "processuale".

L'Amministrazione Comunale scommettendo, nel campo della politica sociale, su "tutta la Milano possibile", non ritiene assolutamente di potersi esercitare autonomamente, in solitudine, nell'azione di ricostruzione del welfare ambrosiano.

Non solo.

Le scelte di Regione Lombardia, l'azione del governo centrale e delle diverse istituzioni nazionali, le dinamiche sociali "reali" e il loro tasso di naturale imprevedibilità, e forse come mai prima d'ora, la "qualità" dei processi di globalizzazione e l'impatto delle scelte effettuate su scala continentale, tutto ciò (in modi ovviamente ed evidentemente diversi), precipiterà nella traiettoria futura dello stato sociale nostrano.

Il compito di chi interviene nella Città di Milano non è quindi quello di "resistere" quanto quello di provare a riprogettare in tempo di crisi.

E questo documento vuole essere ciò che contiene innanzitutto alcuni principi rispetto a cui misurarsi.

Ecco dunque che quanto realizzato, che risulterà sempre inevitabilmente – e consapevolmente – parziale, va inteso come la base di un lavoro tra tanti da condurre nel nome del mix tra pubblico e privato, del valore della cittadinanza attiva, della rilevanza delle pratiche di concertazione, dell'idea di accompagnare i processi di autorganizzazione dal basso presenti nella società.

Per farla breve: le parole possono smettere di rimanere tali (finendo in quel caso per "svuotarsi") se il peso della loro trasformazione in "fatti" è assunto dalla pluralità dei soggetti.

In questa cornice si è sviluppato il lavoro di scrittura corale del Piano e in questa cornice si intende sviluppare il lavoro costante di verifica dei risultati raggiunti nel rispetto degli obiettivi.

## CONTRIBUTI AL PIANO DI ZONA

Vengono elencati di seguito i contributi delle tante “voci” che hanno ispirato e guidato la stesura del presente Piano.

Nell'ordine:

- a. Il Manifesto Pedagogico Maggio '12, a cura della Direzione Centrale Educazione e Istruzione
- b. Gli interventi in area penale minorile, a cura dei Servizi Sociali della Famiglia, DC Educazione, CGM.
- c. Contributo sul tema della Disabilità, a cura del terzo e quarto settore
- d. “Fuori dai Luoghi Comuni, Dentro la Realtà”, contributo sul tema della Salute Mentale a cura del terzo settore
- e. Contributo sul tema delle carceri a cura dell' Osservatorio Carcere e Territorio di Milano.
- f. HIV – AIDS nel Piano di Zona, contributo di Milano contro l'AIDS.
- g. Analisi, proposte e priorità riguardanti i servizi delle dipendenze nella città di Milano, contributo a cura di ASL Milano, Comune di Milano, Coordinamento milanese del Privato Sociale per le dipendenze.
- h. Dati epidemiologici ASL Milano
- i. Delibere dei Consigli di Zona 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 (la delibera del consiglio di zona 2 è in fase di elaborazione e discussione).

**LE RISORSE COLLOCATE A BILANCIO PER IL PIANO DI ZONA (Direzione Centrale Politiche sociali e cultura della salute)**

Bilancio 2012 approvato
----------------------------

**DIREZIONE CENTRALE centro di responsabilità 189**

CENTRO DI COSTO 351 SERVIZI DI PREVENZIONE E RIABILITAZIONE FUNZ. 10 SERV. 2	600.000,00
CENTRO DI COSTO 370 DIREZIONE CENTRALE SERVIZI SOCIO-SANITARI - FUNZ. 10 SERV. 4	710.000,00
CENTRO DI COSTO 371 RISORSE FINALIZZATE A RILEVANZA GENERALE FUNZ. 10 SERV. 4	2.718.600,00
CENTRO DI COSTO 384 INTERVENTI SOCIO SANITARI FUNZ. 10 SERV. 4	7.500,00

TOTALE DIREZIONE CENTRALE	4.036.100,00
** Spese finanziate	3.074.600,00
spese comune	961.500,00

**SETTORE POLITICHE DELLA FAMIGLIA Centro di responsabilità 55**

CENTRO DI COSTO 342 SERVIZI PREVENZIONE E SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA FUNZ. 10 SERV. 1	15.070.000,00
CENTRO DI COSTO 344 SERVIZI SOSTITUTIVI DELLA FAMIGLIA FUNZ. 10 SERV. 1	27.548.000,00

TOTALE SETTORE POLITICHE DELLA FAMIGLIA	42.618.000,00
** Spese finanziate	6.098.000,00
spese comune	36.520.000,00

**SETTORE SERVIZI PER ANZIANI Centro di responsabilità 54**

CENTRO DI COSTO 361 SERV.SOSTITUTIVI ASS.ZA ANZIANI FUNZ. 10 SERV. 3	63.865.500,00
CENTRO DI COSTO 373 SERVIZI DI SOSTEGNO AGLI ANZIANI FUNZ. 10 SERV. 4	28.198.937,00
CENTRO DI COSTO 378 SERVIZI PREVENTIVI PER ANZIANI FUNZ. 10 SERV. 4	9.400.000,00

TOTALE SETTORE PER ANZIANI	101.464.437,00
** Spese finanziate	3.405.084,00
spese comune	98.059.353,00

**SETTORE SERVIZI PER ADULTI IN DIFFICOLTA' centro di responsabilità 51**

CENTRO DI COSTO 375 IMMIGRAZIONE FUNZ. 10 SERV. 4	12.528.850,00
CENTRO DI COSTO 376 INTERVENTI PER ADULTI FUNZ. 10 SERV. 4	8.097.150,00
CENTRO DI COSTO 383 DOCCE PUBBLICHE FUNZ. 10 SERV. 4	215.000,00
CENTRO DI COSTO 384 INTERVENTI SOCIO-SANITARI FUNZ. 10 SERV. 4	1.610.000,00

TOTALE SETTORE SERVIZI PER ADULTI IN DIFFICOLTA'	22.451.000,00
** Spese finanziate	12.176.650,00
spese comune	10.274.350,00

**SETTORE HANDICAP E SALUTE MENTALE Centro di responsabilità 187**

CENTRO DI COSTO 374 SERVIZI DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE CON DISABILI FUNZ. 10 SERV. 4	23.321.427,00
CENTRO DI COSTO 382 SERVIZI SOSTITUTIVI ALLE FAMIGLIE CON DISABILI FUNZ. 10 SERV. 4	14.000.000,00
CENTRO DI COSTO 384 INTERVENTI SOCIO SANITARI FUNZ. 10 SERV. 4	4.300.670,00

TOTALE SETTORE HANDICAP E SALUTE MENTALE	41.622.097,00
** Spese finanziate	1.163.427,00
spese comune	40.458.670,00

Totale GENERALE DIREZIONE CENTRALE	212.191.634,00
** Spese finanziate	25.917.761,00
Bilancio comunale	186.273.873,00

*Nell'ambito del totale delle spese destinate all'area politiche sociali occorre puntualizzare che 7.248.190,20 euro sono di provenienza Regionale mediante FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI e FONDO SOCIALE REGIONALE così ripartiti:*

**Bilancio 2012 approvato**

**FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI:**

FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI MINORI RETTE RICOVERO	798.000,00
FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI MINORI TITOLI	500.000,00
FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI ANZIANI TITOLI e PASTI DOMICILIO	762.164,00
FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI ADULTI	150.000,00
FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI CONTRIBUTI FUNZIONAMENTO UFFICI DI PIANO	74.600,00
FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI DISABILI	663.426,20
Totale	<b>2.948.190,20</b>

**FONDO SOCIALE REGIONALE:**

CONTRIBUTI REGIONALI COMUNITA' ALLOGGIO MINORI	600.000,00
CONTRIBUTI REGIONALI COMUNITA'.ALLOGGIO DISABILI	100.000,00
CONTRIBUTI REGIONALI AFFIDO	100.000,00
CONTRIBUTI REGIONALI DOMIC. ANZIANI	900.000,00
CONTRIBUTI REGIONALI DOMIC. MINORI	300.000,00
CONTRIBUTI REGIONALI DOMIC. DISABILI	200.000,00
CONTRIBUTI REGIONALI INSERIM. LAVORO DISABILI	600.000,00
CONTRIBUTI REGIONALI ENTI GESTORI	1.500.000,00
Totale	<b>4.300.000,00</b>

*Inoltre il Fondo sociale Regionale finanzia l'attività educativa (asili nido) e dei CENTRI AGGREGATIVI PER GIOVANI per i seguenti importi:*

CONTRIBUTI REGIONALI ASILI NIDO **7.300.000,00**

CONTRIBUTI REGIONALI C.A.G. **300.000,00**

*Per un totale di Fondi Regionali (FNPS e FSR) che finanziano direttamente il  
PIANO DI ZONA di:*

**14.848.190,20**