

## I 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 con progetti allegati
- 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).

## **a. Il Manifesto Pedagogico, Maggio '12\***

1. **I bambini come bene di tutti e responsabilità di tutti (All our children).** Questo potrebbe essere il punto di partenza più convincente per avviare nuovi percorsi di dialogo, di partecipazione e di inclusione. Alcuni temi possono costituire accessi prioritari: le regole del vivere insieme, autonomia e interdipendenza, la lingua, le lingue, i nuovi linguaggi e in particolare le tecnologie.

2. **La continuità ZEROSEI.** Si tratta di recuperare il tema della continuità dei Servizi Educativi per l'Infanzia nella loro accezione più squisitamente educativa.

3. **La dimensione pubblica e privata dei Servizi per l'Infanzia.** Il tema è legato alla necessità di immaginare nuove forme organizzative, nuovi modelli di formazione, reti e partenariato con nuovi soggetti.

4. **Il tema dell'ascolto e del coinvolgimento.** Gli attori che entrano in gioco nella quotidianità dei servizi per i bambini e le loro famiglie chiedono di essere ascoltati e coinvolti nelle scelte e nell'assunzione di responsabilità, consapevoli del fatto che i servizi per l'infanzia sono beni di tutti.

5. **Il bambino e la città che lo circonda.** Guardare la città dal punto di vista del bambino può aiutare a vedere quello che non funziona. Il bambino – si è detto – è un “buon investimento” e le città che più hanno investito su bambini hanno recuperato abbondantemente in qualità della vita per tutti i cittadini.

6. **Il bambino con disabilità.** Strettamente connesso al tema dell'organizzazione della città è quello dell'inclusione delle disabilità. Il tema pone l'esigenza di una “visione” unitaria che contenga il tutto. La “disabilità” è una parte del tutto. La città deve tenerne conto. Nell'organizzare gli spazi gioco, per esempio, gli stessi giochi devono poter essere usati anche da una parte dei bambini. L'immagine suggestiva di una città filmata da un punto di vista di un bambino con disabilità potrebbe essere un forte momento di coinvolgimento e di riflessione, insieme con un possibile “focus” di approfondimento con gli stessi bambini.

7. **I tempi dei bambini e quelli della città.** Il tempo rappresenta una variabile fondamentale nell'organizzazione dei servizi per l'infanzia all'interno dei nuovi e mutati contesti cittadini. La risposta tradizionale di un “tempo educativo” standard rappresentato dagli orari consolidati dei servizi non può essere l'unica risposta per una città che si “muove”, che svolge “nuovi lavori”, che ricerca “nuovi modelli” di risposta. Si devono immaginare, condividere e realizzare, insieme con la città, nuove scelte organizzative per i servizi, che tengano conto dei nuovi bisogni e delle nuove esigenze. L'appuntamento con il futuro è già fissato: la città cambia in continuazione, le famiglie presentano esigenze diverse e tempi diversificati, i bambini vivono contesti differenti e nuovi. I servizi per l'infanzia devono saper interpretare il nuovo superando anche – se necessario – i modelli e le pratiche sperimentate ed evitando di rimpiangere con nostalgia il passato idealizzato dei servizi educativi.

8. **La famiglia protagonista.** E' il tema della partecipazione e 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...).

9. **Bambini comunque.** I bambini non sono *in attesa di permesso di soggiorno*, non sono stranieri che non parlano l'italiano...I bambini sono bambini comunque ed il tema da affrontare è quello della difficile sfida *dell'inclusione e della partecipazione attiva ai servizi dei genitori immigrati e dei loro bambini*. Per questo è necessaria una cultura rinnovata, antropologica e pedagogica, nei servizi e una formazione specifica e non emergenziale degli educatori.

10. **La professionalità educativa e la formazione.** La questione prioritaria è posta dalla necessità di pensare a *nuovi modelli di formazione* che utilizzino le potenzialità di socializzazione, condivisione e documentazione rese disponibili dalle tecnologie, con particolare riferimento alla "medialità" possibile attraverso l'uso della rete.

\* documento a cura della Direzione Centrale Educazione e Istruzione

## b. **Gli interventi in Area Penale Minorile\***

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 si prevedeva, sin dalle prime fasi del procedimento penale, il coinvolgimento dell'Ente Locale nel trattamento degli adolescenti antisociali.

Come emerge da alcuni articoli della stessa legge infatti ( art. 6/9/12 DPR.448/88 ) la presa in carico e il trattamento dell'imputato minorenne richiesti dalla Magistratura, veniva demandato all'intervento dei servizi, non più solo ministeriali ma anche locali i quali, in collaborazione con la Magistratura, 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.

Le 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 in tal senso, la realizzazione di connessioni e collaborazioni tra servizi ministeriali e del territorio.

Per la definizione delle politiche in ambito penale ulteriori cornici di riferimento legislativo a livello nazionale sono, la L.328/00 e in particolare le "Linee guida in materia di inclusione sociale a favore delle persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria", emanate nel 2008 dalla Commissione Nazionale Consultiva e di Coordinamento per i Rapporti con le Regioni, gli Enti Locali ed il Volontariato.

Il Comune di Milano, successivamente all'emanazione del DPR 448/88 nel 1991 ha istituito il **Servizio Minori Sottoposti a Procedimento Penale** (S.M.S.P.P.) - Assessorato Politiche Sociali e Cultura della Salute - titolare del trattamento dei minori imputabili compresi nella fascia d'età 14/18 anni denunciati a "piede libero" i quali, colti in flagranza di reato o a seguito di denuncia, rimangono in attesa di giudizio nel proprio contesto familiare e ambientale.

Il Servizio ha competenza sovra-zonale, interviene nei confronti dei minori residenti nella città di Milano e quindi anche sui minori che delinquono al di fuori del contesto cittadino.

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, in merito alle richieste di **Indagine** finalizzate al trattamento psico-sociale dei minori indagati a "piede libero" anche attraverso la predisposizione di **progetti di Messa alla Prova** (artt. 28 e 29 DPR 448/88), progetti riabilitativi e di reinserimento sociale dei minori autori di reato.

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" dei minori autori di reato 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.

Le équipes psicosociali di cui è dotato il Servizio hanno inoltre predisposto e seguito **78** progetti di Messa alla Prova della durata media di un anno. Nel 2011 si sono conclusi **38**

progetti dei quali 31 con esito positivo e 47 ancora in corso, e nel 2012, sino ad oggi, sono stati attivati ulteriori 20 progetti.

Al fine di garantire la continuità del trattamento e preservare la relazione di fiducia costruita con l'adolescente nella fase di indagine dalle équipes del SMSPP, la Messa alla Prova di tali minori, pur essendo un istituto giuridico come previsto dal DPR 448/88, la cui titolarità è attribuibile preferibilmente ai servizi del Ministero, viene invece gestita dal Servizio Penale dell'Ente Locale che realizza progetti individualizzati anche attraverso la collaborazione di Educatori del SEAD o del Privato Sociale.

Nell'ambito dei progetti di Messa alla Prova sono state inoltre realizzate numerose Attività di Utilità Sociale (A.U.S.) e 35 inserimenti in Centro Diurno nonché 15 inserimenti lavorativi in collaborazione con il CeLav. Contemporaneamente circa 30 minori unitamente alle loro famiglie sono stati presi in carico da équipes integrate composte da Assistenti Sociali del S.S.d.F. presenti nelle 9 zone della città e Psicologi del S.M.P.P. trattandosi di adolescenti già in carico ai Servizi del territorio per provvedimenti in ambito civile e/o amministrativo.

Si è inoltre garantita la continuità del trattamento anche nei confronti di molti adolescenti in carico al S.M.S.P.P. per i quali è stata disposta una successiva misura cautelare.

La metodologia del Servizio, sperimentata nel corso degli anni prevede sempre, contemporaneamente alla presa in carico dell'adolescente, il coinvolgimento della famiglia, trattamento orientato prevalentemente al sostegno e recupero della funzione genitoriale fortemente messa in crisi con l'ingresso del figlio nel circuito penale.

La pressoché quasi totale adesione dei nuclei ai percorsi di presa in carico nonché i positivi risultati raggiunti, in particolare rispetto ad una significativa riduzione della recidività delle situazioni trattate, evidenzia l'importanza di fornire un ambito di ascolto e supporto alle difficoltà che l'intero nucleo sta attraversando. È infatti ormai condiviso che l'agito trasgressivo in adolescenza può essere inteso come una forma, seppur estrema, di richiesta di aiuto del minore al mondo adulto perché si prenda cura degli aspetti più fragili, immaturi e sofferenti del suo percorso evolutivo.

**L'indagine psicosociale**, intesa come percorso di riflessione e ricostruzione attiva e partecipata della storia familiare e del percorso di crescita del minore indagato, all'interno di un contesto orientato all'ascolto profondo e alla condivisione al di là dei pregiudizi anche nelle situazioni di reati che destano un certo allarme sociale come i reati a sfondo sessuale, si configura già **come un trattamento breve** e consente al nucleo di far emergere aspetti di disagio e fragilità ma anche i punti di forza sui quali è possibile lavorare. L'indagine psicosociale così intesa consente la costruzione di un rapporto di fiducia che permette di affrontare le difficoltà e gradualmente trasformare in senso evolutivo le dinamiche disfunzionali presenti nell'adolescente e nella sua famiglia e, contemporaneamente, diviene l'ambito dove è possibile contestualizzare il comportamento delinquenziale dell'adolescente restituendo significato ad un gesto che può apparire senza senso.

La possibilità successiva per il minore di sperimentarsi all'interno di un progetto riabilitativo di Messa alla Prova costruito dallo stesso con il supporto dell'équipe psicosociale permette di sperimentare concretamente nel mondo esterno le acquisizioni raggiunte nella propria realtà interna e poter, a conclusione del percorso di Messa alla Prova, presentarsi innanzi al Magistrato in sede di Udienza, evidenziando i cambiamenti raggiunti.

Il S.M.S.P.P. si inserisce infine nella rete più ampia dei Servizi e degli interventi presenti nel territorio nell'area penale minorile e collabora con i Servizi del sistema della Giustizia Minorile anche attraverso progetti tutt'ora attivi al fine di consolidare e implementare percorsi condivisi e contemporaneamente favorire analisi e interventi innovativi in grado di fronteggiare il fenomeno dell'antisocialità giovanile da diversi anni sempre più complesso e stratificato nelle diverse classi sociali.

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.

In particolare, sono più di **300** i ragazzi arrestati in flagranza di reato e transitati nel Centro di Prima Accoglienza di Milano, di questi quasi la metà (43%) è costituita da minorenni residenti a Milano o senza fissa dimora incorsi in procedimenti penali nel territorio cittadino. Oltre **200** minori sono stati ospitati nell'Istituto Penale per i Minorenni "Cesare Beccaria" (l'Istituto accoglie dal 2011 solo utenza maschile), poco meno di **180** i ragazzi collocati nelle comunità del Privato sociale o nei Centri Diurni (150 in Comunità e 30 nei Centri Diurni) e quasi **200** i minorenni presi in carico dall'Ufficio Servizio Sociale Minorenni di Milano.

Per quanto attiene i Servizi del Ministero, dall'entrata in vigore del DPR 448/88 e dalle successive circolari regionali, l'intervento di tali Servizi è rivolto a minori sottoposti a provvedimenti di misura cautelare 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.

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.

La commissione di un reato infatti non deve interrompere né impedire l'accesso del minore al contesto scolastico, considerata l'alta valenza educativa che esso ha nel processo evolutivo.

I progetti si avvalgono di risorse direttamente gestite quali i Laboratori di socializzazione al lavoro, artistici ed espressivi, i percorsi di alternanza scuola – laboratorio e di risorse del territorio quali la scuola e una cospicua rete di risorse del mondo del lavoro e del privato sociale anche attraverso l'uso di strumenti quali i tirocini e le borse-lavoro.

Particolare riguardo viene dato, nell'ambito della giustizia riparativa, alla costruzione di percorsi di Attività di Utilità Sociale.

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 .

Analizzando i motivi di uscita dal C.P.A. dei minorenni milanesi, residenti o senza fissa dimora, 50 minori sono rientrati nel proprio territorio di appartenenza, sottoposti alle misure delle prescrizioni, della permanenza in casa o rimessi in libertà in attesa di giudizio, 50 sono stati collocati in comunità, mentre per 32 minorenni (il 24% dei minorenni milanesi) l'Autorità Giudiziaria ha disposto la custodia cautelare in carcere.

Fondamentale appare l'intervento tempestivo dei Servizi dell'Ente Locale per i ragazzi entrati in C.P.A. e successivamente rimessi in libertà e in attesa del processo, che

necessitano di una veloce presa in carico psico-socio-educativa finalizzata ad un percorso di conoscenza e di trattamento orientato anche a contrastare la commissione di ulteriori reati.

Tale intervento, attuato dai servizi educativi interni ed esterni all'amministrazione, in collaborazione con il Servizio Minori Sottoposti a Procedimento Penale, consente inoltre al minore di arrivare alla data del processo avendo intrapreso un progetto di reinserimento sociale, scolastico e lavorativo, dando prova di aver operato nuove scelte nella direzione di una progettualità futura aderente ai principi di legalità.

L'utenza dell'Istituto Penale Minorile è rappresentata, invece, per circa il 40% dei casi, da minori italiani provenienti da contesti ambientali tipici delle periferie dell'hinterland milanese, con un livello di scolarizzazione più alto rispetto al passato, autori talvolta di reati connotati da violenza, esito spesso di una serie di percorsi fallimentari.

Tra i minori usciti nel 2011 dall'I.P.M., 33 ragazzi (18 residenti a Milano e 15 senza fissa dimora) soggetti a misure penali disposte dall'Autorità Giudiziaria, sono stati reinseriti nel territorio metropolitano, 28 sono stati collocati in comunità, sempre su disposizione dell'Autorità Giudiziaria.

In materia di misure alternative alla detenzione, invece, sono quasi 200 i ragazzi, residenti a Milano, seguiti annualmente dall'U.S.S.M. di Milano, in prevalenza italiani, e costituiscono il 36% del totale dei minorenni presi in carico dal Servizio ministeriale.

Come già evidenziato anche per tali minori sarebbe 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.

Tali interventi, realizzati nel contesto di vita del minore, possono favorire la costruzione di valide alternative alla detenzione ed al collocamento in comunità che, pur garantendo il contenimento per esigenze cautelari, non sempre riesce a produrre risultati continuativi, considerati i tempi delle misure penali. Ciò anche attraverso il potenziamento delle occasioni di "incontro educativo" sul territorio (Centri Diurni e luoghi di aggregazione giovanile) che possono favorire l'avvio di reali processi di cambiamento.

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

- 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", adolescenti che rimangono nel proprio contesto familiare e ambientale in attesa di giudizio. 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. La condivisione degli interventi tra il Comune di Milano ed i Servizi della Giustizia Minorile, infatti, è essenziale sia per i ragazzi per i quali si prevede un

accompagnamento all'uscita dal carcere, sia per quelli sottoposti a misure che si realizzano sul territorio. Per tali minori la presenza di educatori del Comune di Milano potrà facilitare la costruzione di tali percorsi, garantendo l'unitarietà e la continuità degli interventi, l'assunzione della funzione di accompagnamento del minore nel suo contesto di vita, l'accesso alle risorse presenti a livello di rete territoriale.

- 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 sarebbe 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 tal senso è però opportuno sottolineare che il lavoro in ambito minorile ha evidenziato come le esperienze riparative per essere integranti e funzionali ad un percorso di recupero dell'adolescente debbano delinearsi spesso quale obiettivo e meta finale di un percorso che deve preliminarmente andare a comprendere il significato del reato, iscrivendolo nel tessuto vivo delle relazioni attuali e pregresse, individuando quindi le sottostanti difficoltà evolutive di cui è espressione. In tal modo le esperienze riparative possono configurarsi quale occasione preziosa di sperimentazione nel mondo esterno delle recenti conquiste del proprio mondo interno. Diversamente potremmo osservare una formale adesione a richieste ambientali che avranno a che fare più con un acquiescente processo di adattamento che con una reale trasformazione ed evoluzione della personalità, così come auspicato dalla vigente legislazione minorile e d'altro canto necessaria per ridurre il rischio di recidività.

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.

*\* Il presente documento è stato redatto a cura dei settori Minori e Famiglia ed Educazione del Comune di Milano e del Centro di Giustizia Minorile per la Lombardia.*

### c. Contributo sul tema della Disabilità\*

#### ASPETTI TRASVERSALI

Il documento che i tavoli di lavoro del terzo e quarto settore consegnano oggi alla cittadinanza ha l'obiettivo di essere un contributo significativo all'elaborazione del piano di zona del Comune di Milano, e si riferisce al mondo della disabilità in tutte le sue molteplici sfaccettature.

Certamente, pur individuando elementi essenziali di criticità, ma anche priorità e soprattutto azioni di miglioramento, il documento non riuscirà a comprendere tutti gli aspetti e tutte le sfumature di un mondo così complesso; la presunzione è comunque di aver fatto un lavoro enorme dal punto di vista della partecipazione al processo redazionale, e contemporaneamente un tentativo di sintesi necessario per far sì che i sogni e le speranze di tutti coloro che, con ruoli e compiti diversi operano nel settore, possano infine tradursi in azioni possibili, ma soprattutto concrete e in gran parte realizzabili da subito.

Le aree esaminate dal lavoro dei tavoli tematici rappresentano a nostro parere ambiti di particolare attenzione ed interesse, pur nella consapevolezza che questo ricco mondo non possa essere frammentato o rinchiuso in schemi troppo rigidi, e che molte tematiche risultano trasversali a tutti i tavoli di elaborazione. Queste stesse tematiche troveranno quindi una loro particolare evidenza in questa premessa ma saranno poi recuperate all'interno di ogni singolo contributo.

Il primo di questi aspetti trasversali è sicuramente il punto di partenza della Convenzione ONU, ovvero quello che ci porta a ribaltare il concetto di persona con disabilità come soggetto beneficiario di servizi, **ponendo finalmente al centro la persona con disabilità stessa**, svincolandola così dall'essere un semplice utente e rendendola finalmente protagonista di un progetto di vita, così come esplicitato dalla legge 328/00. Il porre la persona al centro permette peraltro di strutturare un progetto di vita che tenga conto della **trasversalità del vivere umano non solo in un determinato momento ma attraverso il tempo e lo spazio**, come se il progetto stesso diventasse una mappa in continua evoluzione che possa indicare in ogni passaggio le risposte ai bisogni attuali e futuri.

Quindi 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. E 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.

In altre parole una vera e propria sussidiarietà orizzontale che sappia cogliere, partendo dal bisogno complesso della persona, le opportunità che il Welfare in senso lato può dare come risposte, attivando e mettendo in rete tutte le forze necessarie ed esistenti.

**Questa metodologia andrebbe ovviamente riportata anche a livelli più alti superando un'altra frammentazione, che è quella che spezzetta le persone all'interno dei vari assessorati comunali.** Sarà dunque compito del Comune reincanalare successivamente le richieste ricevute nei punti unici di accesso verso gli assessorati competenti in modo che **la persona sia una e le risposte plurime e non viceversa.**

Questo permetterà inoltre di superare i limiti e i vincoli imposti dall'età, i quali ancora oggi impediscono una presa in carico globale che accompagni la persona in tutte le fasi della sua vita.

Aspetto non secondario è che questo tipo di impostazione permetterà finalmente di dar voce alle fasce più deboli (minori), emergenti (migranti) o a nuovi tipi di disabilità/fragilità quali le disabilità acquisite o multiple, permettendo anche una migliore allocazione e utilizzo delle risorse, evitando inutili e costose duplicazioni.

Per attuare questo cambio di rotta è però necessario attivare da subito alcuni strumenti strategici:

primo tra tutti è avere un quadro completo del numero e delle tipologie di disabilità presenti, così da poter finalmente fare proiezioni sociali ed economiche di quello che ci si aspetta nel futuro del mondo della disabilità e poter programmare con razionalità. Un **osservatorio dinamico sulle disabilità** che diventi quindi un punto di riferimento per avere dati e situazioni sotto controllo nel tempo, sia in relazione alle domande sia alle possibili risposte in termini di servizi e progettualità.

Un altro strumento essenziale una volta definiti le quantità è quello legato alla **qualità dei servizi e il loro monitoraggio nel tempo**; questo strumento deve sviluppare 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, delle famiglie e della dignità di entrambi, 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 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 (PEI) e la messa a sistema di realtà sperimentali abbondantemente sperimentate.**

Nell'attuale situazione che presenta normative in tema di compartecipazione alla spesa,

nazionali e regionali, non ancora definitive, appare tuttavia necessario partire almeno dal rispetto dei principi generali della normativa statale in una logica di **un'equa compartecipazione alla spesa**.

Concludiamo evidenziando che molti sono gli aspetti e le domande che restano aperte, molte le contraddizioni tra esigenze legittime eppur contrastanti, che potrebbero probabilmente trovare risposte compiute solo all'interno di una progettazione di lungo periodo. È però necessario evidenziare da subito tali criticità e cominciare a lavorarci.

Tra gli esempi più significativi possiamo ricordare la **criticità legata al monitoraggio e all'analisi qualitativa dei servizi offerti**, in modo particolare in relazione alla definizione di chi ne è responsabile insieme al comune e con quali parametri tali valutazioni devono essere messe in atto.

Altra criticità emersa è la **contraddizione tra una sempre più forte esigenza di assistenza domiciliare indiretta come strumento di vita indipendente da un lato, e dall'altro l'esigenza di un controllo sulla qualità degli interventi** e questo per evitare derive pericolose di deregolamentazione. Problema questo che, guardando anche al di là dei confini nazionali, ha trovato una quasi coincidenza di strumenti di risposta ma che di certo necessita di uno studio dedicato che permetta la declinazione più calzante al territorio della città milanese.

Un ultimo contributo in relazione alla possibile strutturazione del documento finale del piano di zona relativo al settore disabili. Riteniamo importante che venga costruito in modo tale che, pur all'interno di una logica complessiva unitaria, vengano evidenziati i seguenti piani:

- un piano tematico (quali ambiti di intervento per quali bisogni);
- un piano di funzionamento (quali strumenti, servizi, dispositivi e risorse mettere a punto e quali modalità per creare o perfezionare "struttura" affinché sia possibile dare risposte alle problematiche individuate);
- un piano temporale (quale programmazione per razionalizzare il funzionamento delle risposte, per individuare con tempestività, già a partire dal 2012, le soluzioni e le risorse necessarie e per consentirne la verifica e la valutazione in itinere dell'efficacia).
- un piano di raccordo tra quanto contenuto nel documento del Piano di Zona e la sua attuazione operativa attraverso il mantenimento dei gruppi di lavoro tematici di progettazione sociale nello specifico della disabilità in cui Comune e i soggetti del terzo e quarto settore programmano/monitorano i processi.

## **1. Presa in carico: progetto individuale, accesso ai servizi e compartecipazione alla spesa**

## PROGETTO INDIVIDUALE<sup>1</sup>, PROGETTO DI VITA E ACCESSO AI SERVIZI

### Tema

È utile ricordare che la Legge 328/2000 venne salutata come l'avvento di una nuova concezione dell'assistenza sociale che ribaltava i concetti definiti dalla precedente legge. La 328 concepisce infatti l'intervento sociale non come intervento riparatore di un "danno", ma come strategia integrata, finalizzata al Ben Essere della Persona.

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. I vari progetti educativi che si susseguono nel corso della vita della persona, via via che usufruisce di scuola, servizi e supporti in genere, devono essere coerenti con gli obiettivi del Progetto individuale di vita.

### Stato dei lavori

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. L'attività si avvale della consulenza del professor Luigi Croce, psichiatra, presidente del Comitato

Scientifico Anffas Onlus e membro di numerose associazioni scientifiche internazionali, il quale ha proposto un protocollo basato su una checklist ICF dedicata<sup>2</sup> e su una scala ~~dei bisogni di sostegno~~ (schede CANDID-s). Tale protocollo, finalizzato alla raccolta di informazioni relative allo stato della persona con disabilità e alle sue necessità di sostegno per il miglioramento della qualità di vita, deve essere parte integrante di una cartella personale che comprende una sezione anagrafica, le certificazioni raccolte nel tempo e tutto ciò che può concorrere all'implementazione del progetto.

Il 2 febbraio 2012, il professor Croce ha tenuto una conferenza, organizzata dal Comune di Milano, nella quale ha presentato a un pubblico costituito da famigliari di persone con

---

<sup>1</sup> ex art. 14 Legge n. 328/00 1. Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili 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 aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale, secondo quanto stabilito al comma

<sup>2</sup> L'ICF (International Classification of Functioning, disability and health), a differenza di altre classificazioni, considera le interazioni tra i vari fattori che costituiscono la salute e la disabilità, in quanto attribuisce un peso anche agli elementi contestuali, sociali e culturali.

disabilità, operatori e rappresentanti di associazioni, il pensiero soggiacente alla sua proposta. Si tratta di passare da interventi spesso basati esclusivamente sul miglioramento del funzionamento individuale e sul tentativo di ottenere un buon adattamento del soggetto ad un ambiente poco modificabile – miglioramento al quale, nella migliore delle ipotesi, solo in parte è correlata la qualità di vita –, ad interventi tendenti a modificare per quanto possibile il contesto e che, integrando il punto di vista della persona, richiedono l'esplorazione dei suoi bisogni di sostegno, in una prospettiva *globale* di qualità di vita.

Se la competenza professionale aiuta a migliorare il funzionamento, sono i bisogni di sostegno corrispondenti alle aree in cui la persona non raggiunge una buona qualità di vita ad individuare le priorità degli interventi, delle risorse e dei supporti da fornire. E non è proprio detto che un approccio di questo genere risulti necessariamente incompatibile con le risorse economiche disponibili.

### La necessità di costruire pratiche e linguaggi comuni: PEI e progetto individuale, di vita

I singoli PEI redatti dai servizi sono strumenti molto complessi, che consentono di disciplinare la conoscenza dei bisogni (speciali o no) e delle potenzialità della persona e di orientare la prassi educativa; il tutto formalizzando questa stessa conoscenza e prassi attraverso una documentazione, che costituisce anche il materiale sulla base del quale poter effettuare una successiva valutazione.

Il PEI a scuola, sintesi di diverse fasi di conoscenza del soggetto ( diagnosi funzionale; profilo dinamico funzionale; orientamento delle attività, materiali, metodi di lavoro; valutazione) e nei servizi, un quadro sintetico delle diagnosi (funzionali, neuropsichiatriche, sociali) precedenti e indicazioni per il lavoro pedagogico (obiettivi, attività, materiali, tempi, strategie...) sono oggi il punto di partenza.

Ma i singoli PEI corrono il rischio di visualizzare una relazione “causale” tra momento conoscitivo e momento prognostico, come se dalla diagnosi - e per certi versi anche dal profilo funzionale – si potesse procedere una prognosi certa, o come se dalla conoscenza di elementi particolari si potesse derivare conoscenza certa di “chi” potrà essere o divenire quella particolare persona.

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.

Un bambino, un adolescente, ma anche un adulto appartengono a contesti diversi oltre a quello scolastico o del servizio in cui sono inseriti e avranno un loro futuro, delle loro possibilità nella scuola, nel servizio, ma anche e soprattutto oltre esse.

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.

Un buon piano educativo individualizzato deve sfociare in un progetto individuale e di vita (quando quest'ultimo non sia ancora stato redatto), ossia deve permettere di pensare alla persona come appartenente a contesti diversi, diversi da quello a cui ci riferiamo (scuola, servizio, e non per questo ristretti alla sola famiglia).

Il progetto individuale quindi non è soltanto il luogo della conoscenza e della programmazione di attività, ma è prima di tutto il luogo della possibilità,

dell'immaginazione, anche della "creatività".

Come tale riguarda tutti i contesti in cui ogni soggetto, disabile o meno, vive, a partire dalla famiglia ed è quindi necessaria un'integrazione dei singoli PEI.

### **Azioni di miglioramento**

- 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 l'implementazione e la formazione del personale dei Nuclei Distrettuali Disabili, punti di accesso e in rete con i servizi territoriali.
- 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, in vista sia di una costruzione della conoscenza della persona con disabilità, sia di una predisposizione di occasioni di esperienza che permettano alla persona in situazione di handicap di comprendere e di divenire chi può effettivamente divenire.
- 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): la protezione giuridica<sup>3</sup>, il lavoro, i servizi, la residenzialità protetta; i 60/65 anni e i servizi per le persone anziane con disabilità (il diritto ai servizi e alla residenzialità adeguata).
- Prevedere nella presa in carico il percorso con la famiglia alla certificazione della disabilità del bambino, non escludendo questi bambini/e dall'accesso ai servizi se ancora mancanti della certificazione ASL.

Parlare di Progetto individuale di vita non vuol dire "progettare la vita" del soggetto con disabilità, ma pensare al suo futuro, alla sua possibilità di uscire prima dalla scuola e poi nel divenire adulto, come adulto di vivere pienamente le aspirazioni e i desideri della vita.

Il progetto individuale di vita è quindi il luogo – simbolico ma anche materiale – in cui ogni soggetto entra in rapporto con le sue potenzialità, a partire da ciò che è.

L'accesso ai servizi sarà conseguente agli obiettivi del progetto individuale di vita;

---

<sup>3</sup> *Nell'ambito della tematica del Progetto di vita delle persone con disabilità particolare importanza riveste il ruolo dell'amministrazione di sostegno, in quanto supporta le persone con disabilità nella definizione del proprio specifico progetto di vita, ponendosi come garante della sua applicazione e qualità. L'amministratore di sostegno promuove e sostiene la persona con disabilità nell'esercizio dei propri diritti e nell'accesso appropriato ai servizi.*

obiettivi tutti finalizzati alla sua qualità di vita (e possibilmente anche a quella della famiglia).

Occorre quindi istituire una presa in carico individuale, globale e continuativa, comprendendo quei processi stabili e necessari di alleanza e dialogo tra i contesti e i soggetti che fanno parte, in maniera diversa, della vita della persona con disabilità, ponendo la questione relativa all'idea di progetto di vita di PEI per cui ogni parte in causa non solo ha elaborato, ma agisce attraverso il proprio linguaggio, la strumentazione di cui si dota per conoscere, lavorare, condividere momenti differenti con il soggetto con disabilità.

In questo modo si potranno attuare progetti che pongano al centro la persona con disabilità, il senso del progetto stesso e si impegnino in un costante monitoraggio delle pratiche educative, didattiche e di integrazione, istituite dal progetto di vita, a partire anche e soprattutto dalla stessa creazione di alleanze, di sinergie o anche di semplici collaborazioni educative tra attori sociali, pedagogici, territoriali, terapeutici, differenti.

#### Possibili strumenti effettivi per realizzare questo obiettivo:

- protocollo di intesa e di collaborazione con le UONPIA-ASL-Scuola e i diversi soggetti degli interventi;
- programmazione di percorsi di formazione congiunta e interistituzionale (pubblico e privato: operatori, familiari, 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;
- programmazione di percorsi di formazione congiunta e interistituzionale (pubblico e privato) per consentire un'alleanza progettuale tra i soggetti che gravitano, a livelli differenti, nel modo della vita della persona con disabilità;
- protocolli relativi al rispetto della legge sulla privacy per la comunicazione delle informazioni circa la persona con disabilità tra i diversi soggetti del progetto individuale di vita;
- semplificazione delle 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;

## **LA COMPARTECIPAZIONE DELLA SPESA**

### **Tema**

Vi è innanzitutto la necessità di tentare una sintesi, a partire dai problemi rilevati e rispetto ad una situazione un po' caotica, in cui si intrecciano:

- a livello nazionale, la ri-definizione dell' ISEE;
- a livello regionale, la sperimentazione delle modifiche dell'art. 8 della l.r. 3/2008;
- il Comune di Milano che si ritrova una propria discutibilissima normativa, che sembra convinto a superare.

Nell'attuale situazione che presenta normative in tema di compartecipazione alla spesa, nazionali e regionali, non ancora definitive, appare tuttavia necessario partire almeno dal

rispetto dei principi generali della normativa statale in materia di indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) e da quanto si è negli anni consolidato in giurisprudenza riguardo ai criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali (Decreto Legislativo 3 maggio 2000, n. 130). Anche il nuovo art. 8 della Legge Regionale 3/2008, dopo le modifiche apportate dalla Legge Regionale 2/2012, prevede la valutazione della situazione reddituale e patrimoniale solo della persona assistita, nel caso di accesso ad unità d'offerta residenziali o semiresidenziali per disabili gravi. Questa legge introduce tuttavia il computo delle prestazioni economiche previdenziali o assistenziali, a qualsiasi titolo percepite, ai fini della determinazione del reddito della persona assistita.

### **Azioni di miglioramento**

Partendo dalla consapevolezza che questo tema rappresenti per molti 'un problema', ma che è evidente a tutti la necessità di affrontarlo viste le condizioni economiche più generali; considerando l'occasione di partecipazione al Piano di Zona da parte del 3° e 4° settore e quindi di esprimere pareri e indicazioni da parte dei cittadini, sono emerse più che delle proposte concrete, alcune indicazioni a cui si chiede di tener conto nella formulazione di nuove prassi relative alla compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini nell'accesso ai servizi per le persone con disabilità:

- ~ considerare i costi 'reali' di una famiglia al cui interno ci sia una persona con disabilità es. la necessità di accompagnamenti, le terapie sanitarie, le forme di assistenza nel quotidiano come la baby sitter 'esperta', il sollievo, gli ausili, la necessità spesso che un componente della famiglia rinunci alla vita lavorativa per occuparsi della persona fragile, ecc.
- ~ considerare quello che 'già si paga' e solo per alcuni servizi, es. il pagamento 'pieno' nel passato di quei servizi che non avevano ancora un accreditamento, ma anche di oggi per quei servizi accreditati ma perché 'servizi nuovi' nascono già con una forma di compartecipazione, es. cse-sfa pagano una quota fissa mensile e la mensa, quest'ultima in forma più alta rispetto ai cdd, il cse non comprende il trasporto, lo sfa prevede una copertura orario di sole 20 ore massime, per cui la famiglia è spesso costretta ad una integrazione per le altre ore aggiuntive.
- ~ prevedere il mantenimento di detrazioni per le famiglie con un componente con disabilità anche su altre tasse (es. IMU)
- ~ aprire una riflessione sul sistema/parametri dell'isee, soprattutto in relazione alle situazioni dove, venendo a mancare i genitori, gli altri familiari che decidano di prendersi in carico la persona con disabilità, sono gravati nelle detrazioni-isee della propria famiglia
- ~ rivedere le fasce di reddito i cui parametri sono fermi da anni
- ~ definire i Livelli Essenziali di Assistenza, quindi i servizi essenziali, per poi ipotizzare le quote di compartecipazione, ma l'accesso ai servizi non può essere paragonato ad un ticket o a una tassa in progressione proporzionale alla gravità. Non dovrebbero quindi essere attribuiti valori assoluti o 'uguali per tutti', si dovrà considerare il reddito reale (e/o il patrimonio reale?) (i limiti

dell'ISEE)

~ garantire l'attenzione all'equità e alla reale spesa della famiglia, ma anche garantire l'accesso ai servizi da parte di quelle persone appartenenti a nuclei il cui reddito sia molto basso; una compartecipazione che evita l'abuso e che difende le fasce più deboli.

~ la compartecipazione deve essere coerente al progetto individuale, quindi non può prevedere per esempio nei servizi per la residenzialità un progetto privato perché solo a carico economico della persona e la presa in carico solo a 'prosciugamento del conto corrente', prima della presa in carico!

~ Il "triangolo" Famiglia/persona-Comune-Ente gestore deve essere "aperto", eliminando il lato che rappresenta il rapporto economico diretto Famiglia/persona-Ente erogatore, intendendo la compartecipazione alla spesa come compartecipazione alla spesa a carico del Comune, ossia l'ente che deve farsi carico della risposta sociale, ancorché delegata; la qual cosa comporta di conseguenza che l'ente gestore non venga utilizzato come una sorta di "sostituto di imposta".

## **2. ASSISTENZA DOMICILIARE**

### **Tema**

L'Assistenza Domiciliare è un intervento socio-assistenziale e socio-educativo personalizzato all'interno del

Progetto di Vita. Rappresenta un elemento di supporto per la persona con disabilità e il suo nucleo familiare, non è alternativo, bensì integrativo a quello di altre strutture socio educative .Può rappresentare un facilitatore all'accesso della persona ad ambienti collettivi (centri diurni, strutture per il tempo libero o per attività sportive ecc.), come anche sostenere la persona nel suo percorso verso una vita indipendente.

La natura dell'intervento domiciliare che, di norma, si realizza nell'ambito della quotidianità e della "consuetudine-normalità" (domicilio e territorio di appartenenza), necessita infine di un forte presidio progettuale in termini di chiarezza di obiettivi e di ruoli professionali.

### **Macro obiettivi**

#### **Bambini/ragazzi :**

1. favorire il pieno sviluppo delle risorse per un corretto rapporto con il proprio ambiente di vita, l'acquisizione di abilità ed autonomie adeguate all'età o alle capacità
2. promozione dell'inclusione sociale, favorire l'espressione delle autonomie, nel tempo libero, nella gestione della vita quotidiana e nella realizzazione del processo evolutivo di indipendenza
3. integrazione e supporto dell'esperienza scolastica
4. sostenere la famiglia attraverso l'ascolto, l'orientamento, il supporto e l'accompagnamento per affrontare i complessi e speciali bisogni posti dalla disabilità di un figlio

## Adulti :

- promozione dell'inclusione sociale, favorire l'espressione delle autonomie nel lavoro, nel tempo libero, nella gestione della vita quotidiana e nella realizzazione della massima indipendenza possibile
- intervenire nella gestione del quotidiano, nella cura dell'igiene personale, nel governo della casa, nel disbrigo di pratiche burocratiche/ visite mediche
- consentire il più possibile la permanenza all'interno del proprio contesto relazionale familiare e non solo
- sostenere e accompagnare processi di autonomia personale verso la vita indipendente

## Criticità

- perdita di senso: riducendo il servizio a pura prestazione, l'intervento richiesto spesso risponde a situazioni emergenziali e non consente l'attivazione della rete territoriale: progetti a tempo ( 1-3 mesi), tempistica per i rinnovi dei progetti che non consente una adeguata programmazione, esiguo numero di moduli assegnati ecc.
- l'aumento di richiesta di attivazione di interventi dedicati a persone con patologie particolari (es. autismo, malati terminali, patologie psichiatriche, disabilità acquisite ecc) richiede un costante presidio e aggiornamento professionale sia da parte dell'Ente Pubblico sia dell'Ente gestore
- la richiesta di somministrazione di farmaci o di utilizzo di ausili tecnici specialistici (es. PEG) pone la domanda su quali figure professionali debbano essere messe a disposizione in termini di competenze e responsabilità
- blocco da parte dell'Ente Pubblico dell'evasione delle nuove richieste di attivazione di servizi domiciliari, o di ampliamento di quelli già in essere
- attualmente il servizio domiciliare viene erogato solo a persone con percentuali di invalidità alta
- disomogeneità di approccio al servizio da parte degli NDD
- mancanza di monitoraggio: la formula sperimentale dell'Accreditamento adottata dal Comune per l'erogazione del servizio domiciliare da maggio 2009 non è stata verificata in termini di efficienza ed efficacia in modo condiviso tra i diversi attori (Comune/Enti gestori/soggetti e familiari)
- mancanza di riconoscimento istituzionale della rete come risorsa a sostegno del progetto
- al compimento dei 60 anni le persone passano di competenza al servizio anziani che prevede interventi e obiettivi differenti
- conciliare le esigenze della pcd e famiglia rispetto alla possibilità di avvalersi, laddove i servizi forniti dall'assistenza diretta non rispondano alle esigenze delle persone con disabilità e dei loro famigliari, di un'assistenza indiretta che consenta maggiore flessibilità degli interventi, con la necessità che gli stessi rispondano a tutti i requisiti soggettivi e oggettivi che vengono richiesti alle organizzazioni per accreditarsi alla gestione di questi servizi e la rispondenza al progetto di vita della persona con disabilità.

## **Priorità**

1. presa in carico del nucleo familiare partendo dal progetto individualizzato sulla persona
2. riavviare percorsi di confronto con i Servizi Sociali di zona (NDD), con i Referenti Comunali e Enti Gestori, per recuperare la dimensione progettuale degli interventi e la condivisione del senso del servizio
3. progettazione dell'intervento condivisa tra tutti gli attori: persona con disabilità e famiglia,
  - a. Comune, Ente Gestore
4. 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.)
5. superare la logica dell'intervento/prestazione per recuperare il senso di una progettualità sulla persona in funzione del miglioramento della qualità di vita
6. lavoro di rete: potenziare il ruolo del Servizio Sociale (NDD) sia in termini di risorse sia di ruoli professionali
7. definire parametri qualitativi di controllo e monitoraggio che non siano meramente legati alla valutazione in termini di quantità e misura ma, che tengano conto del senso e del valore dell'intervento
8. definire degli indicatori di qualità del servizio erogato: strumenti per continuità e qualità del servizio dal punto di vista della persona destinataria, della famiglia, dell'Ente Gestore del servizio, dell'operatore che svolge il servizio, dell'assistente sociale del Comune che ha in carico la persona e la famiglia
9. scorrimento lista d'attesa
10. restituire al servizio di assistenza domiciliare la funzione preventiva che nel tempo si è persa. Attivare servizi su bambini anche piccoli a sostegno del nucleo familiare e su preadolescenti e adolescenti
11. la libera scelta delle famiglie e/o delle persone deve essere consapevole e "accompagnata" dal Servizio Sociale
12. individuare risorse, anche in termini economici, e strategie per implementare attività di gruppo rivolte a tutte le fasce di età e alle diverse tipologie di bisogni in un'ottica preventiva e di inclusione sociale
13. continuità: condivisione di presa in carico tra servizi diversi sia per età sia per tipologia (filo conduttore), continuità nella relazione con l'assistente sociale che ha in carico la persona (può cambiare il referente ma deve essere garantito il passaggio di informazioni)

## **Azioni di miglioramento**

1. a sostegno della libera scelta e della possibilità di informare le famiglie sulle diverse organizzazioni accreditate che possono erogare il servizio nella zona di residenza, si potrebbe pensare di attivare sul Sito del Comune nella pagina dedicata ai servizi rivolti alle persone con disabilità una pagina web dedicata agli Enti Gestori accreditati con link che rimandino ai siti di competenza. Questo agevolerebbe le famiglie dando loro la possibilità e il TEMPO di approfondire la conoscenza degli Enti in termini di storia e competenze

2. rendere il servizio domiciliare più flessibile attraverso una progettazione che tenga conto di moduli/ore assegnati che non “scadano” nel mese, ma che siano a disposizione della persona per la durata del progetto
3. formazione congiunta tra operatori dell’Ente Pubblico e degli Enti Gestori, in un’ottica di co-progettazione e condivisione di terminologia, senso e approcci
4. valorizzazione del volontariato formato come risorsa integrativa e non sostitutiva dell’intervento professionale. Il volontariato è inserito nella rete e deve essere monitorato dal Referente Comunale del progetto .
5. istituire un presidio di controllo e monitoraggio della qualità del servizio, non solo in termini burocratici ma anche di contenuti e soddisfazione dell’utenza

### 3. Il sollievo, vacanze e tempo libero

#### Tema

Il Tempo Libero e le Vacanze rappresentano uno degli elementi caratterizzanti la **qualità della vita** delle persone in genere comprese le persone con disabilità. Rappresentano innanzitutto un “**diritto**”, sancito anche nella **Dichiarazione Universale dei Diritti delle Persone con Disabilità** che ne riconosce la valenza qualitativa, di inclusione nella società, di partecipazione sociale, ecc. Il Tempo Libero è però un “**valore**”, uno spazio di crescita e di valorizzazione della persona che consente l’uscita da uno spazio di tempo vuoto per accedere ad un tempo libero di vita che determina il concetto di “**tempo liberato**” per se e per i propri famigliari.

Affrontare il tema del tempo libero delle persone con disabilità significa dover considerare l’intero ciclo di vita delle persone con disabilità, oggi purtroppo segmentato in fascia evolutiva, età adulta e terza età dimenticando così l’unitarietà del progetto di vita. In questo modo i bambini con disabilità entrano a far parte del mondo dei servizi solo al diciottesimo anno di vita per uscirne poi al compimento del sessantesimo, passando da un settore all’altro, da una tipologia di servizi a tipologie lontane dai propri bisogni. La vita di tutti è invece un **continuum di esperienze formative** che determinano la nostra storia e nostra biografia e la pratica della presa in carico parcellizzata rischia di non valorizzare il bagaglio di ognuno e le esperienze di vita vissuta.

Non esiste un solo modo di realizzare le attività di tempo libero, ogni proposta presente nel territorio cittadino e non solo riflette le caratteristiche e opportunità che le organizzazioni hanno saputo sviluppare nel loro divenire. Esiste certamente un pensiero che ne valorizza la portata ed il **valore esperienziale e relazionale** che contribuisce a determinare la qualità della vita delle persone disabili.

Le attività di tempo libero devono essere rese possibili e devono poter interessare le persone disabili a **tutte le età** con la realizzazione di attività ed iniziative adatte alle diverse esigenze che l’età stessa determina.

I bambini disabili, ad esempio, dovrebbero poter trovare spazi idonei di gioco, all’interno delle Organizzazioni che si occupano dello specifico ma anche nell’integrazione scolastica, nell’accesso ai parchi cittadini, strutture pensate **PER TUTTI** in cui l’integrazione

e l'interazione siano rese possibili da progetti ad hoc che vadano nella direzione del superamento delle barriere in un'ottica di **coesione sociale**.

Nell'età adulta le attività di tempo libero trovano la loro espressione nelle uscite sul territorio, nell'accesso agli spettacoli, ai luoghi pubblici e storici. Una particolare attenzione si deve alle **barriere architettoniche** ma anche a specifiche politiche di costruzione degli eventi e dei luoghi per tutti permettendo di vivere questa realtà sociale pienamente e di soddisfare quel **diritto di cittadinanza** che a volte un gradino, una porta stretta e la mancanza di servizi igienici adeguati precludono.

La visione che le attività di tempo libero ci consentono ci portano a considerare i valori che a loro si associano: parole come **crescita, autonomia, emancipazione, normalità, interconnessione tra ambiti, diritto, tempo liberato**, propulsore di **capacità individuali**, adultità, ecc. ci restituiscono ciò che dietro ad una definizione semplicistica si nasconde.

Le attività di tempo libero possono diventare un **volano** importante **per la crescita**, non solo delle persone disabili, ma di **tutta la cittadinanza** coinvolta nell'accoglienza e direttamente impegnata in attività di **Volontariato**.

Le attività ci costringono a considerare la nostra città non solo un luogo di passaggio o da utilizzare ma come un **luogo che accoglie** e che per poter diventare una città veramente accogliente deve essere in grado di essere accessibile a tutti i cittadini. Il futuro **Expo** ci sollecita a ripensare la città e la sua accessibilità in vista dei visitatori disabili che vivranno la città come turisti.

Le **Vacanze** si configurano poi come un momento principe nelle attività di tempo libero, consentendo di vivere questa dimensione in tutta la sua intensità e pienezza. La vacanza come possibilità di viaggiare, di conoscere, di sperimentarsi e sperimentare il distacco dalla famiglia.

## **Macro obiettivi**

Quanto detto sinora realizza nel concreto un ritorno positivo anche per i famigliari delle persone con disabilità sotto forma di sollievo permettendo loro di "staccare la spina" e di rigenerarsi, di ri-scoprire i valori di coppia e lo spazio da dedicare agli altri figli che rischiano a volte di vedersi private della giusta attenzione concentrata sul bisogno del soggetto debole.

## **Criticità**

Tutti questi fattori considerati sino a questo punto evidenziano criticità che se affrontati permetteranno il realizzare pienamente l'inclusione sociale delle persone con disabilità:

1. il superamento della problematica legata alla **limitatezza temporale dei progetti**. È necessario che terminata la sperimentazione si individuino percorsi per determinare il permanere delle proposte legate al tempo libero e alle vacanze. Il diritto al tempo libero non può avere scadenza, è un processo continuativo che va percorso per tutta la vita, occorrono perciò politiche per la strutturazione permanente di servizi e opportunità di tempo libero in città e in vacanza;
2. la **formazione degli operatori**. Tutti gli operatori, da quelli strettamente legati al mondo della disabilità agli operatori delle strutture pubbliche di svago e cultura,

devono essere opportunamente formati per poter accogliere e accompagnare con competenza le persone disabili nei percorsi di tempo libero, in vacanza e nelle attività che realizzano l'integrazione e l'inclusione sociale;

3. differenze e diversi gradi di **gravità delle persone**. Le attività di tempo libero non possono prescindere da quelle che sono le diverse tipologie di disabilità e gravità, ma queste non devono diventare l'alibi che non permette alle persone di accedervi. Paradossalmente le persone con disabilità grave rischiano di non trovare accesso alle attività proprio per le difficoltà legate alla patologia, aggiungendo discriminazione a difficoltà, proprio alle famiglie di persone con disabilità grave che sono le più bisognose di attività che realizzano momenti di sollievo.
4. **barriere** architettoniche, **culturali** e di accesso ai luoghi pubblici. Le attività di tempo libero rendono evidenti queste limitazioni presenti nella città. È necessario un cambio nelle politiche che governano la cultura della città con il passaggio da una politica del solo abbattimento delle barriere ad una vera visione della città accessibile. Le persone con disabilità, tutti i tipi di disabilità anche transitoria per traumi risolvibili, hanno il diritto alla mobilità ed alla accoglienza.

Quanto detto sinora realizza nel concreto un ritorno positivo anche per i famigliari delle persone con disabilità sotto forma di sollievo permettendo loro di "staccare la spina" e di rigenerarsi, di ri-scoprire i valori di coppia e lo spazio da dedicare agli altri figli che rischiano a volte di vedersi private della giusta attenzione concentrata sul bisogno del soggetto debole.

### **Azioni di miglioramento**

Le proposte riportate di seguito non vogliono porsi con atteggiamento rivendicativo ma si propongono attraverso lo studio e modellizzazione di forme innovative e sperimentali di intervento, con la partecipazione delle forze attive del territorio:

1. Valorizzazione di ciò che esiste, delle buone prassi sperimentate e delle proposte presenti nel territorio;
2. Valorizzazione dei saperi relativi ad ambiti e territori altri (Manifesto Pedagogico, buone prassi sviluppate nelle diverse Regioni Italiane);
3. Interconnessione tra gli ambiti e non frazionamento della persona;
4. Valorizzazione delle strutture del comune di Milano per le vacanze al mare o in montagna;
5. Richiesta di valorizzazione dei Poli cittadini e delle Reti esistenti , sostegno delle eccellenze e delle piccole realtà e sostegno del fund raising;
6. Messa a sistema e creazione di una rete con la Provincia ed il Centro Servizi al Volontariato per la creazione di sinergie ed il coinvolgimento della cittadinanza.;
7. Oggi solo i disabili maggiorenni possono accedere alle vacanze, è importante che il percorso di vita consentito dalle vacanze sia accessibile sin da piccoli per permettere il sorgere delle abilità e delle abitudini;
8. Impegno da parte del Comune nell'erogazione costante e sicura ogni anno dell'offerta delle vacanze per i cittadini disabili di Milano;
9. Attenzione ai bambini disabili stranieri e migranti;

10. Maggiore attenzione ai tempi di vita delle famiglie con apertura prolungata nel pomeriggio e utilizzo economico delle strutture comunali (CSE, CDD) con organizzazione di attività di tempo libero pomeridiano;
11. Inserimento di esperienze di vacanze all'interno della normale programmazione dei servizi diurni;
12. Vi sono grossi limiti legati ai trasporti, attivazione della risorsa volontariato per permettere la mobilità;
13. Studio di un modello di utilizzo degli spazi pubblici in maniera sicura per la disabilità;
14. Valorizzazione delle strutture aperte in estate a Milano e censimento dei genitori in città durante l'estate per la realizzazione di una sorta di "Vacanza a Milano";
15. Recupero dei fondi regionali;
16. Studio di forme di affidamento per i bambini con disabilità per sviluppare forme di sollievo sia da parte delle famiglie che degli enti;
17. Recupero del ruolo delle zone come punto di prossimità per le attività di TL , e attivazione di un consiglio di zona disabili nell'ambito dei consigli di zona ovvero partecipazione dei consiglieri di zona alle reti esistenti;
18. Valorizzare le esperienze già operanti evitando duplicazioni di tavoli di coordinamento e reti di organizzazioni;
19. Figura di riferimento interna al Comune per il tempo libero e vacanze;
20. Messa a sistema dei servizi CAD con recupero dello scopo e valore del progetto iniziale di servizio per il tempo libero di aggregazione a porte aperte.

#### 4. Lavoro

##### Tema

Il lavoro è uno di quei temi trasversali della politica sociali, e non solo, che oggi qui affrontiamo nell'accezione del particolare focalizzando la nostra attenzione sull'esercizio del diritto della persona con disabilità

Ad oggi i punti di riferimento sul tema lavoro per la persona con disabilità fanno riferimento a leggi attualmente in vigore partendo dalla **Costituzione Italiana Art.1** (L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro), **Convenzione universale dei diritti delle persone con disabilità Art. 27,**( Gli Stati Parti riconoscono il diritto delle persone con disabilità al lavoro, su base di parità con gli altri; ciò include il diritto all'opportunità di mantenersi attraverso il lavoro che esse scelgono o accettano liberamente in un mercato del lavoro e in un ambiente lavorativo aperto, che favorisca l'inclusione e l'accessibilità alle persone con disabilità) **Legge 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili"** (. La presente legge ha come finalità la promozione dell'inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato.)

##### Esistente

Delibera comunale Primo interessante passaggio anche molto atteso è stata la delibera della Giunta 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".

Delibera della Provincia di Milano ed una più recente delibera della Regione Lombardia che stabiliscono percentuali di affidamento servizi sempre in quota del 3% e 5% inoltre la regione apre anche l'opportunità alle partecipate (tra cui ferrovie nord ed aziende ospedaliere).

Possibilità per un'azienda di derogare attraverso la cooperazione sociale l'inserimento nel mondo del lavoro di persone con disabilità nella percentuale del 20% di ottemperanza dell'obbligo trasferendo commesse di lavoro e con l'impegno da parte della cooperazione sociale dell'assunzione della persona come previsto dalla normativa vigente.

### Criticità

- 21.000, circa, le persone con disabilità iscritte alla lista di collocamento della provincia di Milano di cui circa il 50% residenti nel comune di Milano.
- 7.500/8.000 disponibili al lavoro
- 11.000 le aziende nella Provincia di Milano con almeno 8.500 scoperture (*Assunzioni obbligatorie. Quote di riserva*).

Manca il dato rilevato dal servizio SOD della Provincia di Milano delle persone con disabilità occupate.

### Azioni di miglioramento

Esistono già strumenti ed opportunità legislative (vedi documento presentato al forum delle politiche sociali 5 maggio) riteniamo opportuno attivare tavolo di lavoro che vada a verificare:

- **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" - **Rivisitazione criteri per accreditamento albo cooperativa-verifica dell'applicazione nello scorso biennio dell'impegnativa di spesa dei servizi e percentuale di affidamento alla cooperazione di inserimento lavorativo**
- **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).
- **Azioni a sostegno dell'assunzione di responsabilità delle aziende municipalizzate per adempimento obbligo 68/99** ad oggi esistono delle

scoperture.

- **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 il pezzo di intervento sulla formazione e l'occupazione.
- **Progetti sperimentali di poli formativi** per traghettare le esperienze di lavoro delle persone con forti fragilità dal non profit al profit e liberare o far scivolare le liste di attesa nei servizi.
- **Favorire l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità all'interno dell'istituzione del Comune di Milano** attraverso una funzione di tutor che, interloquendo con le direzioni del Comune permettano una migliore collocazione delle persone con disabilità.

Per meglio orientare la domanda/offerta di lavoro per tutte quelle persone in uscita dai "percorsi" (SFA, tirocini lavorativi, borse lavoro ecc) occorrerebbe:

- 1) fare una mappatura dei bisogni di occupabilità/occupazione
- 2) costruire processo di presa in carico in grado di accompagnare la persona con disabilità sulla realizzazione del progetto di vita
- 3) strutturare prassi di accompagnamento dal percorso di formazione al lavoro al percorso di inserimento lavorativo ( ingresso, monitoraggio, verifica) – percorsi integrati che riconducano alla presa in carico ed al progetto di vita
- 4) fare verifica risultati dei percorsi attivati
- 5) individuare nuove strade di occupazione non solo riconducibili allo stare sul mercato ma anche quale opportunità di ruolo sociale attivo ( esempio supporto alle biblioteche di zona)

## 5. BAMBINI E ADOLESCENTI

### Tema

Le politiche sociali in favore dei bambini/adolescenti con disabilità del Comune di Milano sono state negli ultimi anni divise tra Assessorati e Direzioni diverse, con interventi frammentati, con una scarsa programmazione e, soprattutto, una **carenza di visione** che mettesse in relazione significativa i diritti dei bambini e degli adolescenti con disabilità e le politiche sociali come strumento di attuazione e di promozione sul territorio di quei diritti.

Le **logiche di intervento settoriali** hanno teso a rispondere a situazioni emergenziali, in una logica assistenziale e di scarsa promozione dell'identità del bambino e dell'adolescente con disabilità visto più come soggetto debole da assistere che come soggetto in evoluzione, da promuovere e da tutelare con specifiche politiche di educazione, prevenzione e sostegno.

La logica di intervento settoriale è stata inefficiente e penalizzante soprattutto perché il supplemento di garanzie che necessita il bambino e l'adolescente con disabilità nella comunità perché siano esercitati il suo diritto all'inclusione e alle pari opportunità

dipendono invece da una politica sociale ispirata ad una **visione più allargata** che non tenga in considerazione solo la disabilità ma che tenga conto del contesto familiare, sanitario, scolastico ecc. in cui il bambino e l'adolescente vive quotidianamente, come ormai consolidato da ICF, in altre parole di un **progetto di vita**.

## Criticità

### a) **Logiche di intervento settoriali e scarsa programmazione**

Le politiche sociali in favore dei bambini/adolescenti con disabilità del Comune di Milano sono state negli ultimi anni divise tra Assessorati e Direzioni diverse, con interventi frammentati, con una scarsa programmazione e, soprattutto, una **carezza di visione** che mettesse in relazione significativa i diritti dei bambini e degli adolescenti con disabilità e le politiche sociali come strumento di attuazione e di promozione sul territorio di quei diritti. La logica di intervento settoriale è stata inefficiente e penalizzante

### b) **Logica assistenziale**

Le politiche sociali hanno teso a rispondere a situazioni emergenziali, in una e di scarsa promozione dell'identità del bambino e dell'adolescente con disabilità visto più come soggetto debole da assistere che come soggetto in evoluzione, da promuovere e da tutelare con specifiche politiche di educazione, prevenzione e sostegno.

### c) **Scarsa attenzione alla famiglia**, al contesto familiare (genitori e fratelli) come luogo da sostenere e da promuovere, da informare e sollevare, se necessario.

### d) **Scarso coordinamento con il contesto** sanitario e scolastico e culturale in genere

### e) **Totale assenza** di una presa in carico del **progetto di vita sin dall'infanzia** costruito tenendo conto di una valutazione multidimensionale basata su ICF-CY. La regia di questo progetto va affidata a figure professionalmente preparate a gestire un case-management.

### f) **Inaccettabile** disegno di servizi dedicati alla disabilità (NDD) che subordinano il proprio intervento alla certificazione di invalidità civile o di handicap ignorando ICF e Convenzione Onu ha accettato un modello biopsicosociale di disabilità che ha superato il modello sanitario (legato solo alla patologia)

e che supera quindi un modello di certificazione della disabilità solo basato su valutazioni medico-legali come quello del riconoscimento di invalidità civile. Erogazione di prestazioni solo ai bambini o agli adolescenti con disabilità che abbiano un verbale di invalidità è assolutamente contro la

Convenzione, una scorciatoia inaccettabile che limita l'accesso alle prestazioni di livello essenziale a chi ne ha diritto, come ad esempio i bambini molto piccoli oppure quelli per cui il genitore ha scelto di non percorrere la strada dell'accertamento dell'invalidità civile, percorso che non è del resto obbligatorio.

### g) **Lacune** nella presa in carico della famiglia multiproblematica del bambino con disabilità o in conclamato disagio familiare (decreto tribunale)

## Azioni di miglioramento

### Famiglia

Informazioni chiare e coordinate sui servizi, le risorse disponibili, le associazioni, gli enti gestori, le istituzioni, specificando chiaramente chi fa cosa, quando, dove e come, contatti (ad oggi, la fonte più efficace di informazione fra le famiglie è il passaparola).

Il finanziamento di progetti anche molto qualificati del terzo settore (associazioni, cooperative ecc.) dovuta a leggi di settore (l. 285, l.reg. 23, l. 162) è stato spesso caratterizzato da uno scarso coordinamento dell'Amministrazione e da una lacunosa informazione alle famiglie. scarsa omogeneità di accessi ai servizi e alle opportunità del territorio, soprattutto per le famiglie socialmente più deboli, a volte migranti.

Mettere la famiglia nelle condizioni di poter scegliere i servizi - centri estivi, attività ricreative sportive, estate vacanza: di stimolo per tutti quelli che lavorano nel settore.

Dare spazio alla famiglia come 'esperta di disabilità' (ricordiamo lo slogan della Convenzione ONU - *Nulla su di noi senza di noi*).

Per le famiglie migranti prevedere la figura del mediatore culturale.

#### Informazioni

- Portale<sup>4</sup>
- Vademecum da distribuire alle famiglie e agli operatori che vengono in contatto con la famiglia (tradotto nelle lingue più diffuse)
- Unico ACCESSO-filtro per i genitori e gli operatori del sistema sanitario, sociale e scolastico.

#### Automutuoaiuto e Counselling

- Sostenere gruppi di automutuoaiuto di genitori per l'elaborazione delle problematiche genitoriali e il sostegno di processi di empowerment
- Sostenere azioni di counselling ai genitori

#### Sollievo

- Stabilizzazione di proposte di attività di sollievo durante il week-end<sup>5</sup>
- Creazioni 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 competente).

#### Progetto di vita e diario di vita

Per adempiere a questo importante strumento occorre individuare un ufficio referente del Comune di Milano con persone dedicate e formate che seguano la persona con disabilità sin dalla tenera età facendo un lavoro di supporto, sostegno, verifica continua dei bisogni e delle risposte offerte.

- Implementare uno strumento (diario di vita) per monitorare il percorso a cui si indirizza la persona con disabilità e la sua famiglia, uno strumento informatico

<sup>4</sup> Modello di zona 5? Esiste una guida e un sito internet. Invito a visitare il sito <http://www.inrete5.it/>. Spiega l'andamento del progetto replicabile in tutte le zone. Valorizzare l'esistente in questo momento di ristrettezze è più facile che creare da zero.

<sup>5</sup> Ad esempio, *Week-end care* L'abilità/Diapason e *sabato di sollievo* L'abilità

messo a disposizione dei servizi (contente i dati identificativi del disabile con C.F., documenti di diagnosi, prestazioni sanitarie, progetto individualizzato). Ogni servizio verrà autorizzato ad aggiornare le parti di sua competenza, mentre il Comune di Milano avrà la visione di tutto il percorso effettuato dalla persona

- Formazione del personale

### Livelli essenziali di assistenza e filiera di servizi

#### ***Età 0-5 anni***

Gli interventi educativi sui minori con disabilità, soprattutto nella prima infanzia, si concentrano spesso esclusivamente nella scuola (nidi, scuola dell'infanzia, scuola primaria) nella quale i bambini trascorrono gran parte della loro giornata. Inoltre, in questa fascia di età l'aspetto riabilitativo assume giustamente una notevole importanza. Spesso viene tuttavia tralasciato uno dei temi fondamentali per l'infanzia di ogni bambino: il diritto al gioco.

- Sostenere spazi gioco dedicati dove sia possibile costruire percorsi ludici specifici
- Sostenere i genitori nella relazione con il bambino dopo la prima comunicazione e nel percorso di adattamento di coppia e familiare
- Sostenere i fratelli

Per quanto riguarda il sostegno alla famiglia, emergono aree di criticità che spesso non trovano risposta o la trovano parzialmente nei servizi:

- il supporto alla natalità e genitorialità e alla scoperta della disabilità fatto egregiamente solo da alcuni servizi sociali delle maternità della città. Servirebbe la costruzione di una rete con tutti servizi sociali degli ospedali con maternità, i consultori familiari integrati, i pediatri, le neuropsichiatrie pubbliche e accreditate e per i minori certificati i Ndd.
- Orientamento e accompagnamento alla prima diagnosi, soprattutto se la disabilità non emerge al momento della nascita.
- La riabilitazione (Milano ha liste d'attesa infinite).
- L'accompagnamento all'invalidità civile e alla certificazione per il sostegno
  
- (le famiglie sono spesso lasciate sole).
- Mancano completamente interventi di sostegno alla genitorialità e di sollievo ed è quasi impossibile attivare un adh.

#### ***Età 6-10 anni***

Nella fascia di età coincidente con la scuola primaria, il tema del gioco rimane prioritario. Emerge in particolare il bisogno di "gioco in gruppo" che per la maggior parte dei bambini diviene situazioni quotidiana (attività sportivo-ricreative, feste di compleanno, inviti a casa degli amici) mentre molto spesso manca completamente come opportunità per i bambino con disabilità.

- Sostenere spazi gioco dedicati dove sia possibile costruire percorsi ludici specifici

- Sostenere i genitori nella relazione con il bambino
- Sostenere i fratelli
- Sostenere esperienze di inclusione nel gioco
- Implementare proposte sportive del territorio e delle risorse per il tempo libero (ludoteche, giardini etc.)
- Costruzione di percorsi facilitati e particolareggiati nelle biblioteche comunali e nelle ludoteche.

Al tema del gioco e del tempo libero si aggiunge l'importante tema dell'educazione, la risposta al bisogno educativo (diverso da quello della didattica/istruzione) all'indipendenza. Diventa prioritario quindi un lavoro educativo parallelo alla scuola che lavori sulle capacità relazionali, comunicative, emotive e cognitive del bambino.

- Programmare la creazione di centri semidiurni dedicati al bambino con disabilità dove salvaguardare il diritto all'autonomia e all'indipendenza

Sono scarse le risposte per i bambini con una disabilità grave, in particolare sulle psicosi gravi.

### ***Età 11-15 anni***

Durante l'età della preadolescenza gli impegni riabilitativi diminuiscono così come il tempo trascorso a scuola. Si acquisiscono le problematiche legate alla socialità e percorsi di inserimento in contesti di tempo libero (centri di aggregazione, strutture sportive etc.).

Emerge la difficoltà della scuola superiore a gestire con poche ore di sostegno i minori con disabilità. Emergono forti le problematiche legate alla gestione della sessualità

I ragazzi della fascia d'età della scuola media inferiore trascorrono spesso le ore pomeridiane in casa, con i nonni o con uno dei genitori. Diventa così necessario, per evitare l'isolamento e la perdita di capacità relazionali e socializzanti, ricorrere a contesti/strutture organizzate e attrezzate. Per questi adolescenti, le ore di qualità che un centro a loro dedicato può offrire, significano: momenti di aggregazione utili per il mantenimento e/o la crescita delle proprie capacità di socializzazione oltre che delle autonomie, sviluppo di capacità di stare in un gruppo rispettando tempi e spazi dei compagni, apprendimento attraverso il divertimento, opportunità di interazione/integrazione con coetanei non disabili.

- Implementare centri educativi pomeridiani e diurni
- Implementare protocolli con le UONPIA/ASL per azioni specifiche su sessualità, ecc.
- Implementare iniziative di tempo libero e socializzazione e inclusione

### ***Età 16-18 anni***

Assolto l'obbligo scolastico, quando non possibile l'inserimento in percorsi di formazione professionale e successivamente nel mondo del lavoro, si presenta il problema dell'occupazione durante il mattino oltre al permanere di quello del tempo libero al pomeriggio. Alcuni di questi ragazzi vengono inseriti in servizi diurni per gli adulti.

Per i ragazzi con disabilità grave, l'accoglienza presso servizi diurni diventa più complicata: soprattutto nella pre-adolescenza la mancanza di strutture diventa un problema per le famiglie che devono spesso farsi carico totalmente del tempo di vita (educativo e "libero") dei propri figli.

Importante sottolineare come l'opportunità per un bambino/ragazzo di avere come punto di riferimento un

"Centro" con valenze educative e di formazione significa anche (o forse innanzitutto) la creazione di una rete di supporto alla famiglia, particolarmente utile per quelle famiglie straniere o con disagio sociale e scarsa acculturazione che necessitano esse stesse supporti informativo-educativi oltre che accompagnamento nel destreggiarsi tra norme, procedure e uffici loro preposti.

Si comincia a delineare l'orientamento per il lavoro o verso strutture protette (sfa, cse e cdd) dove però i tempi e le liste di attesa non permettono un inserimento efficace.

*Bambini e adolescenti con disabilità in situazione di disagio familiare e con decreto del tribunale*

Sono casi estremamente complessi dove si richiede una proposta residenziale e una stretta collaborazione con i servizi sociali per un progetto di vita globale e di sostegno familiare di un nucleo in difficoltà.

#### Coordinamento tra dipartimenti e servizi del comune e stesura di Protocolli di coordinamento con gli altri enti

I servizi che operano nell'ambito della disabilità nell'età dell'infanzia e dell'adolescenza sono frammentati tra dipartimenti e assessorati diversi con competenze settoriali e poco integrate.

Per quanto riguarda i **Nuclei Distrettuali Disabili (NDD)** nei fatti ad oggi, si osserva che riescono solo in parte a soddisfare le richieste delle famiglie e a coordinarsi con gli altri soggetti del territorio.

Si segnalano le seguenti criticità:

- emerge una non uniformità dell'offerta e della metodologia di lavoro;
- alcuni nuclei sono attivi, presenti nel lavoro di rete ed è più facile la segnalazione per la presa in carico, in altri è difficoltoso accedere anche solo telefonicamente. Si può ipotizzare una mancanza di coordinamento forte;
- gli operatori dei nuclei non hanno ultimamente risorse economiche da impiegare; costruito un progetto anche in rete, questo si ferma per carenza di fondi.
- i nuclei seguono invalidi superiori al 47%, anche i minori che trovano una presa in carico frammentata. Il bambino o l'adolescente con disabilità, certificato per il sostegno, ma non per l'invalidità afferisce al servizio sociale della famiglia, così come il minore disabile segnalato al
  - Tribunale che perde la possibilità di essere seguito dal nucleo disabile, interrompendo spesso percorsi educativi e di presa in carico, per passare di competenza al servizio sociale della famiglia, dove il più delle volte viene messo in lista d'attesa e viene vanificato il lavoro intrapreso fino a quel momento.
- I Nuclei non hanno una percezione globale del numero dei minori disabili della

città mancando un raccordo con gli altri servizi e non svolgono attività di front office per le famiglie che più che di un intervento erogativo hanno bisogno di counselling

- Mancano una formazione specifica sulle tematiche della disabilità infantile e sulle nuove emergenze come, per esempio, il minore straniero con disabilità.
- Nei Nuclei è difficile trovare una guida con la mappa dei servizi cittadini che orienti e aiuti la famiglia nella ricerca delle risposte per il suo bambino.

### **Azioni di miglioramento**

La normativa riguardante la disabilità è frammentata tra varie fonti, di diverso livello, rendendo spesso difficile una ricognizione complessiva. D'altro canto le varie fonti attribuiscono a soggetti diversi vari compiti o fasi, anche di uno stesso processo, in termini generali ed astratti. Spetta, dunque ai vari soggetti coinvolti creare momenti di coordinamento e protocolli che definiscano operativamente come nel concreto quanto stabilito dalla legge si possa compiere.

È necessario dunque creare momenti di coordinamento che su ogni singolo processo raccolgano tutti i soggetti coinvolti in modo da stilare protocolli operativi chiari, che evitando sovrapposizioni, chiariscano a tutti percorsi univoci, che possano essere universalmente noti e, quindi, anche rendere possibile una valutazione.

I protocolli dovrebbero avere durata triennale, come il piano di zona, salvo interventi legislativi che modifichino prima gli assetti attuali, e prevedere, sei mesi prima della scadenza una valutazione congiunta di tutti i soggetti firmatari, volta alla verifica dei protocolli stessi ed alle eventuali modifiche in senso migliorativo.

### ***Diritto all'istruzione***

#### **Scuola d'infanzia: Nidi e materne**

*Educatori ed educatrici: standardizzazione della formazione e continuità educativa e tempestività nella loro nomina*

*Ore scuola ore sostegno: orario completo per tutti*

*Numero bambini per classe e segnalazione scuole con progetti speciali*

*Anno di Saldatura: semplificazione delle procedure*

#### **Scuola primaria / secondaria di I grado**

Attivazione della rete fra i diversi enti/agenzie che erogano finanziamenti/contributi per il diritto allo studio, per attivare le risorse e il servizio di assistenza educativa con le cooperative sul territorio, e/o altre risorse necessarie.

*Educatori ed educatrici: standardizzazione della formazione e continuità educativa*

*Uscite didattiche: parte integrante del diritto allo studio (riconoscimento economico figura educatore)*

*Scuola a domicilio per i bambini impossibilitati a frequentare luoghi pubblici, garantendo anche un numero minimo di ore scuola a casa con insegnante/educatore,*

*Attività sportiva: progetti per persone con disabilità (sport paraolimpico)*

#### **Ausili**

*Tempi di fornitura inadeguati*

*Nessuna garanzia di manutenzione in caso di rottura (costituzione fondo apposito)*

*Nessuna garanzia per adeguamento per crescita (senza pezzi di ricambio)*

*Informatizzazione degli ausili già presenti nel comune*

*Formazione degli operatori all'utilizzo degli ausili*

#### 1 Attività ricreative/sportive

- Biblioteche: creazione di nuove aree multimediali ad hoc*
- Attività ludico ricreative: aperte anche ai bambini con disabilità*
- Attività sportiva per tutti e sviluppo Sport paraolimpici*

#### 5) Attività estive

Miglioramento azioni informative dedicate alle famiglie di bambini con disabilità e garanzia di poter avere risposte adeguate alle loro caratteristiche (scelta destinazione, costituzione gruppo con amici/fratelli, garanzia di continuità educativa, accessibilità luoghi ecc.) senza perdere il loro carattere inclusivo

#### 4) Accessibilità scuola

- 1 *favorire accessibilità all'intera struttura, con particolare attenzione ai percorsi di accesso ai locali interni (classi laboratori ecc.)*
- 2 *Bagni attrezzati rispondenti alle caratteristiche delle persone con disabilità iscritte*

#### 5) Mobilità

Trasporto pubblico: al di là della richiesta di superamento delle barriere a favore delle pcd in particolare rispetto ai minori disabili si sottolinea:

- 6) *I passeggini per il trasporto dei bambini con disabilità vengono molto spesso scambiati per passeggini normali, con la conseguenza di avere difficoltà nell'ottenere l'apertura delle pedane sugli autobus e la mancata attivazione delle pulsantiere di chiamata.*

- 7) *Incremento del numero dei taxi in grado di trasportare persone in carrozzina*

Trasporto privato:

- pass auto rigidi aspetti burocratici rischiano di lasciare i bambini con disabilità senza possibilità di poterne fruire.*
- posto auto: a causa di rigide procedure burocratiche i bambini con disabilità rischiano di non poterne richiedere la concessione.*

## **6. Servizi Diurni**

### **Tema**

La filiera dei Servizi Diurni è costituita oggi da 4 tipologie di unità d'offerta, CDD, CSE, SFA e CAD (vd doc allegato) dedicate a persone con disabilità e vuole rispondere ai bisogni concreti di:

- *Mantenere le competenze della persona e promuoverne l'autonomia*
- *Permettere spazi di crescita e socializzazione prevenendo forme di disagio "più grave"*

- Restituire spazi e tempi alle famiglie migliorando, complessivamente, la qualità di vita di tutti i soggetti coinvolti
- Offrire risorse specifiche e diversificate alle persone con disabilità
- Porre al centro la persona
- Realizzare una presa in carico definita e monitorata dal Progetto individuale della persona

## **Criticità**

**L'accesso ai servizi** è oggi problematico a causa di:

- Carenza di risorse economiche
- Mancanza di programmazione nella gestione delle risorse in relazione allo scorrimento delle liste di attesa e avvio o mantenimento dei PEI
- Impossibilità per gli operatori e i servizi territoriali (NDD) di poter valutare in ambito multidisciplinare le persone da inserire nei servizi e di conoscere approfonditamente i servizi stessi; pertanto: difficoltà nell'accompagnare le persone disabili/famiglie nella scelta dei servizi più idonei.
- Presa in carico della persona con disabilità non garantita

### **Percorso di accreditamento CSE, SFA e CAD :**

- mancato scorrimento rispetto al precedente piano di zona delle liste d'attesa di CSE e SFA
- mancata contrattualizzazione di 4 dei 10 CAD accreditati in seguito al Bando emanato da Comune di Milano nel 2010
- Nei CSE i posti oggi disponibili nei servizi accreditati non sono sufficienti per soddisfare il bisogno sempre crescente delle persone in lista d'attesa
- Negli SFA non è chiaro il meccanismo di definizione della capienza delle singole unità d'offerta e va approfondito il tema relativo al Modulo di Monitoraggio
- Nei CAD mancanza di definizione di un rapporto equilibrato tra la "libertà d'accesso" ai servizi e la loro reale capacità di accoglienza;

### **Il sistema di controllo della qualità nei servizi**

Mancanza di un sistema di monitoraggio e controllo della qualità che rilevi, oltre agli aspetti formali, anche aspetti qualitativi del funzionamento del servizio.

### **I nodi critici della filiera in risposta ai bisogni**

- La presenza di inserimenti non adeguati nell'ottica della valorizzazione della persona con disabilità e del suo progetto di vita
  - L'assenza/carenza di servizi leggeri dedicati a persone che escono dagli SFA e che non riescono ad inserirsi nel mondo del lavoro ma allo stesso tempo non necessitano di servizi ad alto profilo socio-assistenziale
  - La mancanza di un filo conduttore che colleghi gli Sfa con enti che si occupano della Formazione Professionale di ragazzi con disabilità e con il Mondo del

Lavoro

- La mancanza di possibilità di diversificare la modulazione degli interventi dei CSE
- La grave carenza di risorse per adolescenti disabili con patologie complesse (relazionali e/o motorie)

### **Co-partecipazione alla spesa**

Attualmente le **quote di partecipazione** ai costi dei servizi da parte **delle famiglie** sono differenti nei diversi servizi

### **Azioni di miglioramento**

a) Rispetto al problema dell'**accesso ai servizi** si propone:

- Lo stanziamento di risorse economiche sufficienti ad azzerare le liste d'attesa
- La definizione di un **Meccanismo di programmazione** a gestione comunale che meglio definisca regole, procedure e tempistiche per gli inserimenti nei servizi e gestisca questi in maniera trasparente, aggiornando periodicamente gli attori di un sistema composto dagli operatori degli NDD, i Coordinamenti genitori e gli Enti gestori
- Un migliore funzionamento dei Nuclei Distrettuali Disabili attraverso:
  - L'ampliamento dell'organico dei Nuclei Distrettuali Disabili
  - La creazione di un raccordo tra gli operatori NDD e un'equipe di valutazione multidimensionale e multi professionale (includente i colleghi di Asl e Pubblica Istruzione)

che individui bisogni e sostegni della persona con disabilità.

○ Il miglioramento da parte degli operatori degli NDD, della conoscenza dei servizi diurni presenti sul territorio (si suggerisce come possibile modalità quella di realizzare una serie di incontri con Coordinamenti genitori ed Enti gestori finalizzati sia a presentare i servizi, sia a raccogliere le criticità individuate nel lavoro di front-office, sia a condividere e migliorare le prassi di collaborazione)

- L'utilizzo in ciascun NDD delle stesse modulistiche di domanda di inserimento nei servizi
- La definizione di una procedura condivisa per l'accompagnamento delle famiglie nella scelta dei servizi
- La definizione di una procedura di valutazione periodica del percorso intrapreso dalla persona con disabilità nel servizio, con la possibilità in caso se ne verificasse l'esigenza di progettare e realizzare dei cambiamenti di servizio

Si ritiene che l'introduzione dei miglioramenti appena elencati possa rappresentare un passo fondamentale nel garantire la Presa in carico della persona con disabilità.

b) Si propone di **riattivare il percorso di accreditamento di CSE, SFA e CAD**, oltre che con l'azzeramento delle liste d'attesa prima espresso, attraverso:

- Budgetizzazione dei 4 CAD accreditati ma non ancora contrattualizzati

- Migliore definizione di alcuni aspetti tecnico-amministrativi e quindi:
  - Mantenimento in continuità nel tempo dell'apertura dei termini per l'accreditamento e la contrattualizzazione di nuovi CSE (azione necessaria per azzerare le liste d'attesa)
  - Definizione della capienza delle singole unità d'offerta SFA sulla base delle caratteristiche strutturali ed organizzative del servizio e creazione di un gruppo di lavoro incaricato di proporre una migliore definizione del Modulo Monitoraggio
  - proporre studio di un migliore equilibrio tra bisogni presenti nella città, "liberta d'accesso" ai servizi e capacità di accoglienza dei CAD;

**c) Si propone la creazione di un Sistema di controllo della qualità nei servizi**

Ciò partendo dalla definizione di indicatori di qualità tra i quali si propone in prima istanza:

- La presenza e l'aggiornamento dei Progetti Educativi Individualizzati
- La programmazione diversificata delle attività
- La formazione continua e la specializzazione delle figure professionali presenti,
- Le iniziative di inclusione nel territorio e di "contaminazione" con i suoi abitanti
- La capacità di offrire risorse migliorative quali apporto di volontari, presenza di attrezzature specifiche ...
- Le iniziative di sensibilizzazione delle famiglie alla partecipazione attiva e alla "spinta" verso l'autonomia

Il Sistema di controllo proposto, oltre che fondato su procedure tecnico-scientifiche, dovrà avvalersi anche della collaborazione tra i diversi "attori" (persone/famiglie, ente Pubblico ed Enti Gestori) affinché "concorrano" ad un continuo miglioramento della qualità degli interventi.

Si propone inoltre il consolidamento del sistema di partecipazione e rappresentanza delle famiglie a livello di singoli servizi e a livello cittadino.

**d) Per sciogliere i nodi critici della filiera in risposta ai bisogni si propone:**

- L'utilizzo sistematico del **Modulo Monitoraggio** per progettare ed accompagnare in maniera continuativa sia la fuoriuscita dagli SFA (anche attivando situazioni/iniziativa sperimentali), sia eventuali cambiamenti di servizio resisi necessari durante il percorso
- Creazione di un **raccordo** con gli Enti di Formazione Professionale e con gli Enti pubblici competenti in materia di formazione e lavoro sia dal punto di vista operativo (Provincia di Milano) , sia da quello normativo (Regione Lombardia). Tra gli obiettivi quello di "accreditare" gli SFA per l'assolvimento dell'obbligo scolastico.
- La definizione di una **modulazione più "leggera" del CSE** rispetto all'attuale full-time
- La programmazione ed **avvio di interventi su adolescenti con patologie complesse che si configurino come percorsi sperimentali** di orientamento e

accompagnamento personalizzato dei ragazzi e delle relative famiglie ai servizi diurni per persone adulte e più in generale a situazioni che ne tutelino la qualità della vita

- e) In tema di **co-partecipazione alla spesa** si propone che le **quote di partecipazione** ai costi dei servizi da parte **delle famiglie** siano da subito rese eque per tutti i servizi, con la sola eccezione degli interventi su persone disabili minorenni, intendendo quei servizi che operano in tale fascia di età rientranti nel novero del diritto/obbligo formativo e quindi da riconoscere come gratuiti alle famiglie.

## 7. RESIDENZIALITA'

### Tema

E' elemento portante del progetto di vita della persona con disabilità e quindi deve avere adeguato risalto nel piano di zona, perché la "casa" è lo spazio relazionale su cui si centra la vita di ciascuno.

### Macro obiettivi

- E' necessario che l'Amministrazione Comunale sostenga questo tema adeguatamente, non in via residuale come fino ad oggi accaduto, in misura rispondente alla richiesta di qualità del servizio a partire dall'aumento delle rette ferme da troppo tempo, attraverso una rivalutazione delle stesse come base di partenza e riconoscendo un supplemento congruo con il progetto di vita della singola persona con disabilità.
- Tenere presente che l'offerta residenziale va ampliata partendo dal consolidamento dell'esistente che dà risposta alla maggior parte delle persone con disabilità attualmente in residenza, confermando esperienze fino ad ora considerate sperimentali (esempio ProgettaMI, condominio solidale, residenze per minori ecc.), garantendo l'attenzione a soluzioni innovative e favorendo la nascita di altre risposte a bisogni ad oggi rimasti largamente insoddisfatti (es. disabilità motoria anche attraverso la destinazione di risorse ad hoc).
- Ampliare la visione al territorio metropolitano attraverso opera di coordinamento tra Comune di Milano, Aler e comuni limitrofi.
- Salvaguardare la centralità della persona come protagonista che non deve vedere o subire frammentazioni di sorta (documentale, di offerta o di risposta) e tenendo il progetto individuale come unico riferimento per superare ad esempio qualsiasi questione inerente l'età anagrafica (a differenza di quanto avviene attualmente nella fascia post adolescenziale e per le età prossime ai 65 anni in cui si fatica a individuare quale struttura residenziale debba farsene carico).
- Agire in un'ottica di welfare comunitario in cui i differenti stakeholders (amministratori di sostegno, persone con disabilità, enti e famiglie) possano partecipare alla realizzazione e al sostegno dei progetti residenziali.
- L'accesso alla residenzialità è un processo e **non** un evento, si costruisce con

l'esperienza e avendo modo e tempo di sperimentare. Questo tipo di approccio (processo) consentirebbe alla Amministrazione Comunale di programmare sia le risposte sia le risorse necessarie con possibile risparmio, a patto che sia possibile aggiornare progressivamente nel tempo l'elenco delle strutture accreditate.

- La compartecipazione alla spesa riveste ruolo dirimente per la famiglia nel voler attivare progetti residenziali per il proprio figlio. E' necessaria quindi una definizione chiara dei criteri e degli strumenti adottati che ne consentano la sostenibilità da parte degli interessati.

## **Azioni di miglioramento**

### **Disabilità grave/gravissima**

- aprire residenze: occorre completare i lavori dell' area "ex Faravelli" destinata a servizio dedicato per gravi gravissimi (Rsd) riparametrando il progetto ai nostri giorni;
- creare la possibilità di abitare in soluzioni differenti da Rsd e Css (es. appartamento) in quanto caratterizzate da standard strutturali e da modelli gestionali spesso non adeguati ai bisogni degli abitanti;
- rispettare i bisogni molto differenziati delle persone con disabilità tenendo conto che alcune di esse possono trovare risposta adeguata ai propri bisogni in strutture ad alta protezione (Rsd) mentre altre , per la realizzazione del loro progetto di vita, necessitano, come ad esempio per la disabilità motoria, di investimenti adeguati per avere la possibilità di scegliere soluzione differente da Rsd (oggi unica risposta esistente);
- occorre che amministrazione comunale investa sulle residenze per gravi gravissimi in quanto sono pochissime le famiglie che possono sostenere rette di 2.000 – 3.000 euro al mese ;
- investimenti per servizi residenziali strutturati e progetti sperimentali anche temporanei dedicati a persone con disabilità motorie e minori con disabilità.

### **Regia collocazione territoriale**

- avviare la costituzione Osservatorio cittadino disabilità;
- definire dimensionamento del bisogno attraverso la ricerca sulle necessità di residenzialità e mappatura dei servizi alla persona;
- istituire uno strumento che permetta l'incrocio tra domanda di residenzialità e l'offerta dei posti disponibili con la conseguente possibilità di informare le famiglie della risorsa disponibile;
- promuovere la zonalità delle residenze sul modello di recenti esperienze ispirate al principio della territorialità delle persone con disabilità che permetta di continuare a vivere nella loro zona mantenendo relazioni nel loro tessuto sociale;
- è fondamentale che il Piano di Zona riconosca la necessità di una relazione con la Direzione Generale Casa e la Direzione Generale Sviluppo del Territorio: sono queste due aree del Comune che, di concerto con la Direzione Generale Politiche Sociali, possono costruire le condizioni perché aree, immobili o meglio

ancora porzioni di immobili, vengano destinate dall'Amministrazione Comunale o da altri soggetti a questo scopo;

- favorire le relazioni tra associazioni, tra enti gestori e tra associazioni ed enti e sostenerne le progettualità anche con una attività di sistema mirata sia all'abbattimento dei costi sia alla adeguata distribuzione territoriale (sguardo metropolitano e non solo cittadino).

### Coinvolgimento famiglie

- sensibilizzazione: favorire percorsi di sensibilizzazione delle famiglie affinché il bisogno, certamente presente, si tramuti in domanda in quanto la famiglia è il primo nucleo in cui deve affermarsi il diritto all'emancipazione della persona con disabilità;
- coinvolgimento delle famiglie sia in fase di sensibilizzazione sia nella fase di costruzione della residenza. E' un elemento necessario affinché le stesse siano propense a mettere a disposizione risorse complementari a quelle dell'amministrazione;
- prevedere accompagnamento delle famiglie ad usare strumenti finanziari/assicurativi in previsione del sostegno della residenzialità del proprio figlio con disabilità.
- stimolare l'utilizzo solidale volontario del risparmio delle famiglie a beneficio dei progetti

### Persone al centro

- costruzione di risposte residenziali a misura di "quelle" persone (2-4-5) non in base alla tipologia di disabilità ma in base al desiderio espresso di vivere insieme ed in "quell" modo, consolidando relazioni già avviate in altri contesti (es. servizi diurni) ;
- progetto individualizzato: documento di riferimento redatto da unità multidisciplinare che coinvolge i riferimenti attivi (servizi associazioni ecc) che gravitano attorno alla persona con disabilità partendo dal coinvolgimento della famiglia per trasmettere la storia della persona con disabilità quale elemento progettuale fondamentale;
- prevedere, in base alla disabilità, la valutazione dell'opportunità di individuare figure che possano assumersi la responsabilità giuridica di effettuare scelte necessarie per la qualità della vita della persona con disabilità. In caso di valutazione positiva (da parte del servizio sociale del comune di Milano) attivare percorso con la famiglia per la nomina dell'amministratore di sostegno e in sua assenza attivarsi automaticamente.
- prevedere per alloggi ALER, non solo il diritto della persona con disabilità al subentro nel contratto di affitto alla morte dei genitori, compatibilmente con il suo progetto di vita, ma anche la destinazione di appartamenti ampi all'avvio di soluzioni residenziali che possano accogliere prioritariamente più persone con disabilità che non siano nelle condizioni di permanere nel proprio alloggio .

### Ruolo amministrazione comunale

- completamento del processo di accreditamento e contrattualizzazione dei servizi

residenziali con particolare riferimento ai servizi sperimentali già in esso inseriti

- creazione di una unità multidisciplinare competente che stenda e tenga la regia del progetto individuale
- garantire a livello cittadino omogeneità di formazione e di intervento degli operatori degli NDD attraverso la condivisione di metodo e di procedure ad esempio per quanto riguarda il passaggio di informazioni inerenti alla persona con disabilità utilizzando anche strumenti avanzati di tipo informatico (applicativo ProgettaMI)
- innovazioni: attivazione di ente giuridico (es. fondazione partecipazione) paritetico tra pubblica amministrazione (Comune, Asl, Regione ecc.), enti (loro rappresentanze), associazioni, persone fisiche e singole famiglie, alimentato da risorse private e da fondi pubblici costanti che garantiscano la copertura dei costi in questo ambito in rispondenza ad un principio di mutualità tra pubblico e privato nel fornire risposta con la certezza che risorse destinate siano impiegate per la persona con disabilità.
- Applicazione concreta del principio di sussidiarietà.

### Risposte residenziali

- prevedere possibilità di dialogo e confronto tra realtà ospitanti che possano consentire anche una sorta di passaggio interno delle persone con disabilità al fine della collocazione più appropriata rispetto ai bisogni di quella persona. Questa “regia” potrebbe validare eventuali proposte in tal senso;
- compatibilità tra Rsd e frequenza a servizio diurno (Cdd);
- in una logica di sistema, prevedere retta “base” con possibilità di integrazioni a seconda di diversi bisogni e conseguentemente dei diversi interventi che garantiscano rispondenza tra progetto individuale e qualità della vita;
- favorire percorsi di sperimentazione diversificate e coerenti con gli obiettivi e progettualità di vita indipendente delle persone con disabilità, quindi non dedicate solo ai più “lievi” considerando come risorsa anche i posti disponibili nelle residenze;
- favorire nelle Rsd aggregazioni per moduli numericamente contenuti, basati su una maggiore compatibilità tra le persone con disabilità, prevedendo “apertura” verso l'esterno e modelli gestionali più flessibili che permettano una migliore integrazione delle diverse componenti (sanitaria ed educativa);
- monitoraggio: importanza di uno sguardo esterno alla famiglia e all'ente gestore (terzietà) e all'Istituzione per osservare, nel tempo, la qualità della vita della persona con disabilità all'interno della residenza e la sua rispondenza con il progetto;
- Rsd: definire parametri attraverso i quali stabilire eventuali differenze di quota sociale che sia centrata sul progetto individuale della persona con disabilità e che sia condivisa con amministrazioni locali e gli stakeholders.

### Pronto Intervento

- Potenziare nell'immediato l'offerta oggi largamente insufficiente;
- considerare il pronto intervento, applicato nelle emergenze, come primo necessario passo di emancipazione della famiglia e di avvio di un percorso

sperimentale di residenzialità;

- deve essere utilizzabile per attivare prese in carico differenti ovvero oltre all'emergenza, ad esempio come momenti programmati di sollievo e inserimenti di orientamento ad altre forme di residenzialità.
- salvo i momenti programmati le accoglienze devono essere temporanee e orientate all'inserimento nei tempi più brevi possibili in residenze stabili.

## **8. Dalla 162 alla Vita Indipendente**

### **Tema**

Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità' Art. 19 (Vivere in maniera indipendente ed essere inclusi nella comunità *Gli Stati Parte di questa Convenzione riconoscono l'eguale diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella comunità, in pari condizioni di scelta rispetto agli altri, e prenderanno misure efficaci e appropriate al fine di facilitare il pieno godimento da parte delle persone con disabilità di tale diritto e della piena inclusione e partecipazione all'interno della comunità...*)

Come per tutte le persone, anche per le persone con disabilità la Vita è un percorso spirituale, emotivo ed esperienziale composto dalla relazione con se stessi e dall'evoluzione personale, dalla relazione con le persone con cui si interagisce nelle diverse forme di rapporti che si possono instaurare, dalle attività di formazione e/o di lavoro che si compiono, dalle attività derivanti dalle passioni personali o dall'impegno sociale, dall'imperscrutabilità del futuro.

La loro condizione fisica e/o cognitiva spesso conferisce a queste persone ruoli di dipendenza da altri anche in età nelle quali le persone senza disabilità sono generalmente indipendenti e considerate "adulte".

La Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità descrive una rete in cui i punti nodali, articoli da cui è composta, sono interdipendenti l'uno dall'altro.

Alcuni di questi articoli però attraversano trasversalmente tutti gli altri e rappresentano i pilastri su cui si tiene tutto l'insieme.

L'art. 19 sulla Vita Indipendente e sull'inclusione nella comunità è uno di questi pilastri perché, di fatto, include ed interagisce con ogni altro aspetto della vita dei cittadini con disabilità.

### **Macro obiettivo**

Il Piano di zona del Comune di Milano, per le ragioni esposte sopra, deve porsi l'obiettivo di far sì che la cultura della vita indipendente contaminino l'insieme dei servizi e delle azioni sulla disabilità attraverso percorsi formativi/informativi rivolti a cittadini con disabilità, agli operatori dei servizi sociali, al mondo della scuola e dell'università e a quello del lavoro.

Si dovrà costituire una cabina di regia affinché tutti i progetti sperimentali finanziati rispondano ai principi della Convenzione ONU e della vita indipendente.

Le linee programmatiche del Comune devono avere uno sguardo attento alle diverse modalità di realizzazione della vita delle persone con disabilità e prevedere di

conseguenza opportune e diversificate risposte, partendo dalla **presa in carico globale** e dal **progetto individualizzato**. In Regione Lombardia lo strumento attraverso cui si finanziano i progetti di vita indipendente è la L. 162/98.

### **Criticità**

La problematica fondamentale è legata al fatto che alcune situazioni, soprattutto nella disabilità motoria, necessitano di un tipo di assistenza che difficilmente è vincolabile nella schematizzazione di un'assistenza domiciliare diretta in quanto verrebbe meno l'idea di seguire un percorso di vita legato al progetto individuale. Nel passato lo strumento utilizzato a livello normativo per rispondere a questo tipo di esigenza era la legge 162/98 la quale attraverso bandi comunali permetteva questo tipo di approccio. La criticità di vincolare una richiesta in aumento ad un bando con finestra annuale e risorse limitate poneva, e pone

ancora oggi, la persona all'interno di una finestra di incertezza sulla propria possibilità di costruire un percorso di vita.

Inoltre la problematica è ribaltabile sul lato dell'assistente personale e sulle forme di controllo e monitoraggio qualitativo che nelle altre forme di risposta al bisogno più convenzionale sono più facilmente costruibili e percorribili.

Un'ulteriore criticità è legata all'aspetto di protagonismo della persona con disabilità la quale, fino ad oggi, anche in ambito formale non presentava direttamente il proprio progetto e ne era quindi in parte privata nel livello di responsabilizzazione e paternità dello stesso.

Altro nodo è quello legato alla compartecipazione alla spesa e alla copertura finanziaria economica dei costi da parte del soggetto o della famiglia che si fanno carico di anticipare tali spese.

È chiaro che sia necessario ripensare gli strumenti di risposta al tipo di domanda legata alla vita indipendente coordinandoli con i ragionamenti legati all'assistenza domiciliare ma anche al superamento del vincolo legislativo sperimentale della legge 162/98 costruendo uno strumento che abbia sia la capacità di stimolare la domanda ma che permetta anche una responsabilizzazione e un maggiore protagonismo della persona con disabilità al di fuori del tipo di patologia e più strettamente connesso al tipo di bisogno, di percorso e quindi al progetto di vita.

Tutto questo senza perdere il percorso fin'ora sviluppato dai soggetti che hanno iniziato un percorso di vita indipendente e che quindi, per varie ragioni, non possono fare un percorso di ritorno alla famiglia o agli istituti. È dunque criticità molto forte la necessità di garantire continuità ai progetti in essere.

Ulteriore problematica è lo sviluppo di partnership e collaborazioni con realtà territoriali e regionali ( ad esempio Aler) per l'attivazione di tutti quelli strumenti necessari per la realizzazione di un percorso di vita indipendente

### **Azioni di miglioramento**

È necessario ripartire dal bisogno della persona e dal progetto individuale definendo lo strumento da utilizzare preferibilmente sotto forma di finestra di accesso al finanziamento

per i progetti di vita indipendente andando al di là della legge 162/98 che potrà così riappropriarsi della propria forma innovativa. Sarà necessario sottolineare il protagonismo e la titolarità del progetto da parte del soggetto proponente lasciando al terzo settore la parte di accompagnamento e sostegno alle persone che vogliono intraprendere questo percorso prevedendo anche collaborazioni con attori regionali deputati.

I progetti dovranno essere aderenti al progetto di vita e sarà necessario un controllo e una supervisione costante permettendo alla persona una vera presa in carico e la garanzia di un percorso pluriennale che permetta una progettazione nel tempo senza il rischio di collassi e ritorni al passato legati a cause politiche o economiche.

È auspicabile la definizione del ruolo di assistente personale e una formazione specifica, nonché una analisi e definizione di parametri contrattuali che permettano il rispetto di tutte le parti in gioco.

La definizione di un capitolo di spesa dedicato sarebbe sicuramente il passo iniziale per affrontare una problematica crescente ma assolutamente fondamentale per la qualità della vita delle persone con disabilità e dei propri familiari e che attraversa il “durante noi” fino ad arrivare “dopo di noi”.

## **9. Disabilità acquisite**

### **Tema**

Per Disabilità Acquisita si intende una disabilità acquisita in età giovane o adulta, in seguito o ad un evento traumatico, sia di tipo incidentale (es. trauma frontale da incidente stradale) che sanitario (es. esiti da ictus), o ad una malattia neurodegenerativa (es. corea di huntington, sclerosi multipla ecc.).

La sua caratterizzazione è data dal fatto che esiste un prima in cui la persona ha vissuto una vita normale, e da un dopo in cui la persona deve ripartire nella vita in condizioni fisiche, ma spesso anche intellettuale relazionali, molto compromesse.

La famiglia della persona con disabilità acquisita, a differenza della famiglie delle cosiddette disabilità congenite o contestuali ai primi anni di vita, sono famiglie composte quasi sempre da mogli, mariti, spesso figli, e dove la persona colpita è nel pieno delle proprie capacità economiche e sociali. Quasi sempre la famiglia non ha alcuna esperienza specifica di servizi di sostegno e cura.

### **Macro obiettivi**

- Favorire il fatto che la domanda di sostegno e cura per le persone con disabilità acquisita e le loro famiglie sia riconosciuta pienamente, legittimata e che si possano di conseguenza ipotizzare risposte conseguenti.
- Ipotizzare la creazione di una filiera di risposte specifiche per le persone con disabilità acquisita, sia nei termini di servizi ad hoc che di moduli specifici in servizi già esistenti per la disabilità.

### **Criticita'**

1. Quasi sempre le persone con disabilità acquisita sono inserite in strutture non adeguate, ma soprattutto non specifiche, e questo per l'assenza di risposte ad hoc.
2. Ad oggi non esiste una conoscenza della dimensione quanti-qualitativa del problema e una mappatura delle risposte ad oggi erogate.
3. Come per altre disabilità non esiste uno sportello unificato dove porre il problema e trovare un'accoglienza unitaria, sia in relazione agli aspetti sanitari che a quelli sociali, ed una presa in carico globale.
4. Molto spesso la disabilità acquisita è correlata con rilevanti problemi sanitari molto invalidanti e da monitorare con continuità.
5. Il bisogno della persona con disabilità acquisita muta molto velocemente, e questo richiede ai servizi una enorme capacità di ripensamento continuo delle risposte erogate.
6. Va evitata in modo particolare l'infantilizzazione delle persone; la persona con disabilità acquisita è una persona adulta che si trova all'improvviso in un nuovo stadio della vita, e così va considerata e rispettata; da questo punto di vista risulta fondamentale l'attenzione alle storie e alle biografie delle persone.
7. Il lavorare con persone con disabilità acquisita molto spesso suscita significativi contraccolpi emotivi determinati da fenomeni di immedesimazione e vicinanza che richiedono capacità non comuni di empatia da un lato ma distanza emotiva dall'altro.
8. Proprio a causa dell'insorgere di fenomeni di abbandono e quindi progressivamente di solitudine, per le persone con disabilità acquisita sembra molto importante condividere la propria esperienza specifica con altri che vivono un'esperienza simile, all'interno di un processo di sostegno reciproco.
9. E' indubbiamente da segnalare la forte criticità vissuta dai nuclei familiari (mogli, mariti, figli ...), che si trovano improvvisamente ad affrontare una situazione fortemente traumatica da dove molto spesso non c'è ritorno.
10. Frequentemente la domanda delle persone con disabilità acquisita viene celata, un po' per pudore e un po' per evitare lo stigma della disabilità, considerato più invalidante dello stigma della malattia.
11. Dopo l'eccellenza sanitaria-riabilitativa dei primi mesi non c'è quasi mai una storia di riabilitazione sociale, in tutti i suoi possibili gradi.

## **Priorità**

1. Presa in carico della persona con disabilità acquisita e del suo nucleo familiare a partire da una progettualità globale, non frammentata, che metta al centro la persona ed il suo percorso di vita.
2. Promozione di un'indagine quantitativa ma anche qualitativa del fenomeno per valutarne l'incidenza e conseguente mappatura delle offerte ad oggi erogate in modo specifico.
3. Possibilità di avere risposte congruenti alle necessità della persona con disabilità acquisita, necessità che quasi sempre mutano con molta rapidità e richiedono quindi interventi specifici, flessibili e molto spesso a forte integrazione socio-sanitaria. Di conseguenza richiesta di un forte raccordo tra gli interventi sanitari di competenza ASL e quelli socio-educativi, a partire comunque da una presa in

carico globale.

4. Costruzione di conseguenza di un articolata gamma di risposte, denominabili come filiera, capaci di rispondere in modo efficace alle diverse fasi della vita delle persone con disabilità acquisita. Quindi risposte che vadano dall'assistenza domiciliare al servizio diurno, più o meno protetto, al sollievo, alle vacanze, alla dimensione residenziale, anch'essa a diversi gradi di protezione e integrazione socio-sanitaria: una variegata offerta caratterizzata però dalla sua Specificità, in un 'ottica di reinterpretazione dei servizi stessi, e questo proprio in relazione al tipo di disabilità, caratterizzata da evidente problematicità nella convivenza con la cosiddetta disabilità congenita, vista quasi sempre come dimensione stigmatizzante. Va in altre parole riaffermato che c'è effettivamente la possibilità di prendersi cura di una persona con disabilità acquisita affinché si possa migliorare la Qualità della sua Vita.
5. Intervento centrato sulla persona ma particolarmente attento anche al supporto attivo al nucleo familiare, improvvisamente colpito dall'evento, non abituato al ricorrere ai servizi di sostegno, e molto spesso caratterizzato da una negazione dell'evento stesso o da meccanismi espulsivi di difesa.
6. Parallelo ed inteso lavoro con il Personale Multiprofessionale che va ad occuparsi delle persone con dis acq, personale che ha bisogno di un supporto continuativo ed ampi spazi formativi e di rielaborazione, anche alla luce dei rilevanti processi di tipo proiettivo, ed il conseguente coinvolgimento a forte impatto emotivo.

### **Azioni di miglioramento**

1. Avvio di alcune esperienze sperimentali di presa in carico a partire dalla valorizzazione di quanto già esistente, nell'ottica di creare da subito tre/quattro poli nella città che si occupino a vario livello delle persone con disabilità acquisita.
2. Costituzione di un tavolo permanente sulle disabilità acquisita coordinato dal comune di Milano che permetta da un lato la continuazione del processo di confronto appena avviato, dall'altro lo scambio di buone prassi tra i servizi sperimentali, dall'altro ancora l'elaborazione di strategie complessive da mettere a sistema.
3. Avvio di una ricerca quanti-qualitativa sul fenomeno e sulle risposte specifiche ad oggi erogate.

**\* documento a cura delle realtà del Terzo e Quarto Settore di seguito elencate, coordinate da Marco Rasconi, Roberto Morali e Maurizio Cavalli:**

Cooperativa Soc. Coesa – Milano, Cooperativa Soc. Fabula, Fraternità e Amicizia Coop. Soc., Coop. Soc. Spazio Aperto Servizi, Azione Solidale Soc. Coop. Soc., Coop. Soc. Cascina Bianca, Coop. Soc. Il Fontanile, Coop. Soc. Nuovi Orizzonti, Consorzio SIS, Consorzio SiR, Coop. Soc. Gabbiano Servizi, Coop. Soc. Terre Nuove, Coop.Soc. Diapason, Coop. Soc. Coesa, Coop. Soc. A Piccoli Passi, Coop. soc. Cura Riabilitazione, Coop. Soc. La Cordata, Coop. Stella polare, Coop. Soc. Eta beta, Coop. Soc. Comunità Giambellino, Coop. Soc. Case Pionieri, Coop.Soc. Il Grafo, Coop. Soc. Graffiti, Coop. Soc. I Percorsi, Coop. Soc. Fabula, Coop. soc. Collage, Coop. Soc. Cogess, Coop. Soc. Paxme, Coop. Soc. Ancora, Coop. Soc. Palma, Coop. soc. Comin, Coop. soc. Martinengo, Coop. Soc. Lo Specchio, Ass. Ass. Genitori Persone Down Onlus,

Associazione "La nostra comunità", Ass. Aias di Milano, Ass. willy down Onlus, Ass. Impronta, Ass. L'Abilità, Ass. Zucche Ribelli, Ass. Handicap su la Testa, Ass. Gaetano Negri, Ass. Casa Fam. Gerico, Istituto San Vincenzo, Fond. Don Gnocchi, Istituto Don Orione, Fondaz. Aquilone, AFGP Pia Marta, Istituto Don Calabria, Ass. Oltre Noi la Vita, Movimento Vita Indipendente, Cpv, UILDM, Ass. Familiari AICH, ANGSA Lombardia, Ledha, Coord. Genitori CSE-SFA-CAD, Coord. Genitori CDD, Ass. Famil. L'Ortica, Ass. Paolo Pini, Familiari singoli, Anffas Milano, Ass. genitori Don Gnocchi, Ass. Presente e Futuro, Fond. Idea Vita, Lab. Per l'abitare, Il Laboratorio, La Comune, Personale Comune MI, ProgettaMI, Federsolidarietà, IRS, Università degli Studi di Milano -Servizi Disabili e DSA.

SALUTE MENTALE

# Fuori dai Luoghi Comuni Dentro la Realtà

Contributo del Terzo Settore al Piano di Zona 2012-2014



COORDINAMENTO MILANESE SALUTE MENTALE

**Associazione La Tartavela, Associazione AieM, Associazione Diversamente, Cooperativa A&I, Cooperativa Amenano, Caritas Ambrosiana, Progetto Itaca, Associazione Contatto, Fondazione Bertini Malgarini, Associazione Fareassieme, Associazione OpLA, Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione, Associazione Aiutiamoli, Associazione Territori, Associazione Psiche Lombardia**

---

**URASaM – Unione Regionale delle Associazioni per la Salute Mentale**

**Campagna Salute Mentale**

**Cooperativa Filo di Arianna**

**Fondazione Casa della Carità**

**CeAS – Centro Ambrosiano di Solidarietà**

**Cooperativa La Fabbrica di Olinda**

CAMPAGNA COMUNICATIVA SULLA SALUTE MENTALE REALIZZATA DALLO **IED** – ISTITUTO EUROPEO DEL DESIGN

## TAVOLO DEL PIANO DI ZONA DI MILANO ED INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

### RIFERIMENTI

“Progettare e realizzare sistemi destinati alla salute mentale completi, integrati ed efficienti, che includano la promozione, la prevenzione, il trattamento, la riabilitazione, l’assistenza ed il recupero”.

Piano d’azione sulla salute mentale per l’Europa – Helsinki, Finlandia, 2005

“Una vera psichiatria che davvero pretenda di curare, deve considerare la dimensione della libertà e della cittadinanza come parte integrante di qualunque processo di cura. Non c’è un punto dove finisce il sanitario e inizia il sociale, ma il sociale è sanitario, il sociale è cura e al contrario, là dove manchino queste dimensioni si avrà semplicemente una cattiva cura, una terapia inadeguata”.

Benedetto Saraceno, ex direttore DSM – OMS)

### PREMESSA

Quanto sopra dà la misura di quanto sia importante poter contare su luoghi ordinari, semi-protetti, protetti e su un’offerta di opportunità dove realizzare e consolidare la *guarigione sociale* come condizione di vita accettabile, per il soggetto e i familiari, in cui riconoscersi e sia riconosciuto un proprio posto. Un assunto ben sintetizzato dal concetto di **funzionamento sociale**, quale indicatore del modello di salute mentale proposto dall’OMS, che lo definisce nella *correlazione tra condizioni di salute e fattori di contesto ambientali e personali*.

L’integrazione socio sanitaria, prerequisito ad un sistema di welfare rispondente ai bisogni, si realizza attraverso azioni rivolte:

- alle **single persone**, nonché alle rispettive famiglie, attraverso il sostegno, casa, lavoro, accompagnamento ecc. ;
- **al territorio**, attraverso la sensibilizzazione della comunità locale, il coinvolgimento dei luoghi di lavoro, dei servizi sociali comunali in interazione con i DSM, la sperimentazione di forme innovative di utilità sociale, ecc.

È fondamentale, quindi, intervenire sugli individui, soggetti e famiglie, sostenendoli nella progettualità nei vari passaggi e contingenze di vita, nonché sulla rete sociale, per facilitare la costruzione/ricostruzione di legami sul territorio, dalla rete dei Servizi, a quella inter familiare, a quella di quartiere, etc.

Il consolidamento negli ultimi anni della funzione dell'OCSM come luogo di articolazione e approfondimento di temi quali la residenzialità, il TSO, la contenzione, le dimissioni dall'OPG, ecc. costituisce uno spazio di integrazione e condivisione di linee progettuali ed operative. Sempre più devono avvicinarsi le diverse rappresentazioni tra ambito specialistico e lavoro sociale per una migliore relazione tra servizi sociali e DSM a vantaggio dell'unitarietà dell'intervento sulla persona. In questo senso va alimentato il flusso delle relazioni e interazioni tra l'offerta specialistica e la rete dei servizi socio-assistenziali per garantire che la presa in carico delle persone avvenga in una prospettiva sistemica che tenga conto della dimensione familiare e del contesto in cui la persona vive e con cui interagisce quotidianamente.

Un rilievo ha assunto in questi anni l'associazionismo ed il privato sociale anche attraverso la costituzione di un Coordinamento Milanese sulla Salute Mentale in interazione con le altre realtà, promuovendo un intenso lavoro di formazione, di confronto, di approfondimento di temi specifici, di lavoro sullo stigma, di sostegno e accompagnamento di persone con disturbo psichico e loro familiari, orientato, in un'ottica di psichiatria di comunità, a creare intorno al tema della salute mentale una sensibilità diffusa ed un impulso per una lettura culturale, più sociale e inclusiva, anche rispetto ai percorsi di cura. Superando così l'ottica soggettiva di approccio ai problemi e di relazione con i Servizi.

Richiamiamo in questo senso l'importanza del ruolo che dovrebbe avere l'assistenza domiciliare (AD) e l'accompagnamento quale luogo d'attuazione del governo delle reti di cura e assistenza e d'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali anche per il soggetto psichiatrico. La sofferenza psichica deprime la persona delle proprie funzioni per le incombenze della quotidianità, ( spesa, bollette, riordino della casa, ecc.) e della sua capacità di gestire le relazioni utili al vivere quotidiano. Le Associazioni possono in questa direzione dare un loro contributo dentro un progetto di rete con responsabilità istituzionale e con garanzia di durata nel tempo e non solo come intervento a spot.

Nello specifico evidenziamo alcuni elementi che devono caratterizzare un processo integrativo tra più soggetti:

- Il potenziamento della cultura della collaborazione interistituzionale e del privato sociale definendone ruoli e funzioni;
- La valorizzazione della storia, dell'esperienza e del patrimonio culturale maturato negli anni;
- La promozione della programmazione partecipata, la trasparenza nei processi decisionali e la comunicazione sociale, anche attraverso il ricorso alle nuove tecnologie dell'informazione;
- Un'attenta lettura del bisogno del soggetto e della famiglia nella quotidianità individuando sinergie possibili tra sanitario, sociale ed associazionismo da declinare al caso per caso.

## CRITICITÀ

E' opportuno tuttavia evidenziare alcune criticità generali che rendono difficoltosa la necessaria integrazione socio-sanitaria tra le differenti realtà che si occupano di Salute Mentale:

- Scarsa integrazione con il Terzo Settore ai differenti livelli interistituzionali;
- Poca trasparenza e partecipazione nei processi decisionali;
- Mancata presenza al tavolo salute mentale del piano di zona dei rappresentanti delle “persone con esperienza di disagio psichico”;
- Scarso collegamento con i servizi di Neuropsichiatria Infantile (UONPIA) e i medici di medicina generale (MMG);
- Difficoltà nel coinvolgimento dei MMG nei percorsi terapeutici e riabilitativi e scarsa informazione sui servizi e risorse territoriali;
- Scarso sostegno quantitativo e qualitativo alla quotidianità della persona sofferente e della famiglia.

## AZIONI

Ne consegue la necessità di mettere in atto alcuni correttivi quali:

- Utilizzare il Tavolo salute mentale del Piano di Zona, quale ambito di informazione, confronto e integrazione tra OCSM, Servizi territoriali (Comuni) e Terzo Settore per favorire la partecipazione ai processi, la promozione della progettazione e coprogettazione dei soggetti coinvolti, tra i quali le persone con esperienza di disagio psichico, per dare risposte ai variegati bisogni, individuando le modalità per salvaguardare la storia, l'esperienza e il patrimonio culturale maturato in questi anni. In questo senso il *setting* del Tavolo può essere ridefinito integrandolo di eventuali altri soggetti, quali per esempio l'ASL;
- Prevedere modalità di collaborazione con i Comuni dell'Area Metropolitana;
- Realizzare e sottoscrivere in integrazione/collaborazione con l'OCSM il Patto Cittadino per la Salute Mentale individuando le modalità di monitoraggio e valutazione dei contenuti e obiettivi ivi condivisi. Tale patto deve caratterizzarsi sempre più come momento d'incontro e approfondimento finale, preceduto da una serie di avvenimenti preparatori, su temi prioritari da porre all'attenzione della collettività;
- Costruire una mappa delle risorse territoriali che riporti tutti i servizi e progetti presenti sul territorio *web-based*, capace allo stesso tempo di diventare un riferimento per le informazioni provenienti dal territorio, non solo in termini di progetti e servizi, ma anche di eventi, corsi di formazione, bandi, convegni, pubblicazioni, ecc.;
- Creare un servizio d'informazione all'interno dei quartieri rivolto ai cittadini, agli operatori, famiglie e utenti per orientare sui servizi del territorio, nonché una mappa dei servizi su carta;
- Offrire luoghi gratuiti o a bassi costi per abitazioni dignitose, attività creative, laboratori di apprendimento, punti d'incontro, d'ascolto e d'espressione, nonché percorsi lavorativi.

È fondamentale che il sistema socio-sanitario esca da una logica di programmazione di prestazioni per compartimenti stagni, per trasformare i soggetti coinvolti, erogatori e non, in costruttori di relazioni e legami nella Comunità Locale, concordando la programmazione dei bisogni e le modalità di risposte all'interno di politiche sociali ed economiche dove il Piano di Zona si assuma il proprio ruolo di governo territoriale.

Parallelamente agli aspetti più generali sopra descritti riteniamo particolarmente meritevoli d'attenzione i temi della **lotta allo stigma, dell'inclusione sociale e lavorativa, dell'abitare, del sostegno alla famiglia**, degli **adolescenti** e dei **diritti**, di seguito sviluppati per capitoli.

## **CAP 1**

### **LOTTA ALLO STIGMA E AL PREGIUDIZIO**

#### RIFERIMENTI

“Lottare collettivamente contro lo stigma, la discriminazione e l'ineguaglianza e responsabilizzare e sostenere le persone con problemi di salute mentale e le loro famiglie, in modo che possano partecipare attivamente”

Piano d'azione sulla salute mentale per l'Europa – Helsinki, Finlandia, 2005

Lo stigma ed i pregiudizi nei confronti delle persone con disagio mentale sono del tutto ingiustificati e risultano essere un grave ostacolo nella realizzazione dei progetti riabilitativi e di inclusione sociale delle persone.

“Il Coordinamento Milanese salute Mentale opera perché si realizzi un'azione integrata per il benessere e la salute mentale che coinvolga anche gli altri operatori della salute, dell'istruzione, dell'assistenza sociale, della giustizia, i politici, le parti sociali, le organizzazioni della società civile e gli organi di informazione”.

Dal volantino del coordinamento milanese Salute Mentale realizzato con il patrocinio dell'Assessorato alla Salute del Comune di Milano.

#### PREMESSA

Lo stigma coinvolge i pazienti e loro familiari ma anche i luoghi di cura, gli operatori sanitari e i trattamenti stessi. Ad alimentarlo contribuiscono sia la non conoscenza del disturbo psichico e il pregiudizio di malattia no guaribile, sia anche le cattive pratiche come la contenzione, gli ospedali a porte chiuse, luoghi di cura fatiscenti, la ritardata o non appropriata presa in carico delle situazioni difficili.

Lo stigma alimenta atteggiamenti discriminatori che causano reazioni negative nei cittadini, nelle persone con sofferenza psichica, nei familiari. Ne conseguono ritardi nel chiedere aiuto e nella conseguente presa in cura, isolamento delle famiglie che tentano di nascondere il problema, la riduzione di opportunità di guarigione, la difficoltà di entrare nel mercato del lavoro e di inserimento sociale.

## CRITICITÀ

- La discontinuità tra psichiatria e territorio ed il carattere spesso autoreferenziale dei progetti nel campo della salute mentale;
- La difficoltà nel raggiungere le persone fragili che vivono al di fuori dei circuiti psichiatrici e assistenziali;
- La condizione di degrado in cui versano molti spazi adibiti alla cura e l'inclusione sociale delle persone affette da disagio mentale, con particolare riferimento ad alcuni centri psicosociali milanesi.

È importante quindi operare sulle situazioni oggettive che alimentano lo stigma sopra elencate e nello stesso tempo operare culturalmente per contrastare l'immaginario diffuso, anche all'interno dei servizi e delle istituzioni, tendente a vedere chi soffre di disagio mentale come persona al di fuori della comunità attiva o come pericolosa.

## AZIONI

- Sviluppare linee guida e criteri di finanziamento in grado di promuovere ampie reti e progetti di sensibilizzazione partecipati anche da realtà che non operano specificatamente nell'ambito della salute mentale;
- Dotarsi di strumenti di comunicazione sociale in grado di avere una ricaduta significativa sia sull'attività delle associazioni, sia sulle comunità locali di riferimento delle stesse, anche utilizzando nuove tecnologie dell'informazione;
- Dare vita a una campagna di lotta allo stigma strutturata come un'unica piattaforma in grado di generare molteplici momenti e modalità di "uscita pubblica" al cui interno i diversi attori della salute mentale potranno essere protagonisti, portando la loro esperienza, diffondendo una cultura della solidarietà, coinvolgendo la comunità locale e riallacciando ancora di più i fili del tessuto che li lega al territorio della nostra città (vedi allegato);
- Investire energie e risorse per garantire spazi dove svolgere le attività di cura e d'inserimento sociale, non solo decorosi, ma aperti e usufruibili anche per la cittadinanza;
- Coinvolgere la realtà scolastica (scuola pubblica primaria e secondaria) nella costruzione di un dispositivo di lavoro condiviso che prenda in considerazione delle situazioni di disagio giovanile-familiare, nonché un lavoro con gli insegnanti.

## CAP 2

### **INCLUSIONE SOCIALE E PERCORSI PER L'INSERIMENTO LAVORATIVO**

#### RIFERIMENTI

Il perdurare della malattia mentale è un fallimento non delle persone ma della società... per non aver fatto nulla!

Ron Coleman e Mike Smith

La presa in cura e il diritto alla speranza di guarigione: Partendo dalla qualificazione dei servizi per la salute mentale e dagli stili operativi, con la partecipazione degli utenti e dei *carers*. Si può e si deve curare senza abbandonare né mortificare.

Da: “Ogni persona per ciò che è, nel rispetto della propria dignità e nella libertà”. ANPIS, Associazione Persona e Danno, ARCI, CGIL, CGIL Funzione Pubblica, Cittadinanzattiva, CNCA, Coordinamento Ligure Utenti, FISH, Fondazione Luigi Di Liegro, Fondazione Franco Basaglia, Forum Nazionale Salute Mentale, Le Parole Ritrovate, Medicina Democratica, Rete Toscana degli Utenti, UNASAM

## PREMESSA

Porre la centralità della persona nel disturbo mentale e nei relativi percorsi di cura e d'inclusione sociale significa riportare la centralità sulla dimensione territoriale e comunitaria degli interventi sulla Salute Mentale. Ampio spazio va quindi riservato per promuovere opportunità per le persone svantaggiate e nello specifico le politiche del lavoro che, in ambito salute mentale, soffrono di endemica trascuratezza, sia per la scarsa disponibilità delle aziende ad assumere disabili psichici, sia per la scarsa assunzione della questione da parte delle istituzioni preposte e dalle politiche di welfare. Il lavoro è elemento qualificante in un percorso di *recovery* e d'inclusione sociale, elevando il disabile psichico in grado di lavorare a soggetto attivo, anche produttore di reddito, facendolo sentire più cittadino e più integrato all'interno del Comunità sociale. In questo senso, oltre all'assunzione di disabili psichici all'interno della P.A., vanno attuate politiche di sviluppo per inserimenti lavorativi presso aziende esterne, (L.68/99) e le cooperative sociali, tipo B, che si occupano di inserimento lavorativo, favorendo la fornitura di commesse, provenienti da aziende private che non assumono disabili psichici e dalla P.A., secondo la convenzione ex art. 14, DLgs 276/03.

Va sviluppato quindi il lavoro di rete promovendo processi di partecipazione e di mediazione sociale e territoriale, superando la frammentazione e la standardizzazione degli interventi in cui è l'utente a doversi “adattare” ai servizi o alla proposta progettuale o riabilitativa, in favore della realizzazione di singoli progetti personalizzati costruiti e condivisi insieme all'utente stesso (centralità della persona).

Vanno sviluppare anche azioni progettuali basate sulla logica “*For All*” che non divide tra sani e malati ma opera per il benessere e l'inclusività di tutti.

Occorre, inoltre, garantire le risorse per i percorsi di reintegrazione lavorativa a favore delle persone con fragilità, nell'ambito dei Servizi per il reinserimento lavorativo del Comune di Milano (CeLAV), mantenendo una quota dedicata a percorsi propedeutici al lavoro.

## AZIONI

## Inclusione Sociale

- Intervenire sull'ambiente e sui contesti relazionali per migliorare il benessere e la qualità della vita a vantaggio di tutti gli individui di una collettività, siano essi sani o malati, marginali o inclusi, abili o disabili, sviluppando interventi che favoriscano l'empowerment ed i percorsi di recovery prendendo in considerazione la persona nella sua complessità<sup>1</sup>;
- Incrementare e valorizzare progetti di quartiere per favorire la conoscenza ed il riconoscimento reciproco delle persone, facilitando i soggetti con disturbi psichici ad utilizzare le risorse presenti anche nei legami di microarea;
- Attivare le reti sociali naturali, immaginando un diverso utilizzo del fondo sociale, al fine di migliorare la qualità della vita e il livello di inclusione sociale dei cittadini affetti da disagio psichico e promuovere un processo di recovery, inteso come processo di autodeterminazione del proprio benessere nella realtà esistenziale;
- Attivare percorsi di confronto e monitoraggio sull'utilizzo del Fondo Sociale del comune di Milano a favore delle persone con disagio psichico.

## Inserimento Lavorativo

- Rispettare, da parte del Comune e delle società controllate, gli obblighi d'inserimento lavorativo di persone con invalidità (legge 68/99) prevedendo un quota di persone con disagio mentale;
- Reperire commesse, da parte del Comune e sue controllate, (anche in via sperimentale) da assegnare direttamente a cooperative B che prevedano l'inserimento, come soci lavoratori, di persone con disagio mentale (convenzione ex art. 14, DLgs 276/03);
- Sviluppare e supportare tutte le iniziative d'impresa a favore dell'inserimento lavorativo delle persone con disagio psichico (Vedi allegato);
- Realizzare, all'interno del piano di zona, un osservatorio sull'inclusione sociale e sui percorsi per l'occupazione.

## **CAP 3**

### **ABITARE E RESIDENZIALITÀ**

#### RIFERIMENTI

“Riconoscere il diritto di scegliere, su basi di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere e non vi sia l'obbligo di vivere in una particolare sistemazione”.

Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità

---

<sup>1</sup> Ad esempio che supportino la persona nella gestione: della propria salute mentale, della salute fisica e cura di sé, delle abilità della vita quotidiana, nelle reti sociali, nel lavoro, nelle relazioni personali, negli eventuali comportamenti legati alle dipendenze e all'uso di sostanze, nella responsabilità, nell'identità ed autostima, nella fiducia e aspettative positive (da Mental Health recovery Star – guida per gli utenti e gli operatori dei servizi.)

## PREMESSA

Avere un'abitazione è un bisogno/diritto fondamentale di tutti i cittadini.

Abitare significa possedere o essere comunque titolari del posto in cui si abita, non dover sottostare a regole particolari, avere la possibilità di scelta, ad esempio se stare da soli o convivere con altri e comunque di scegliere con chi convivere.

L'inserimento in strutture residenziali in ambito psichiatrico ha molte caratteristiche dell'abitare, ma non tutte, in quanto è un progetto clinico-terapeutico, riabilitativo, socio-assistenziale. Il progetto viene posto in essere quando la persona, per problemi legati alla patologia psichiatrica, non è più in grado di stare a casa propria.

La residenzialità si propone quindi di sostituire, per il periodo di tempo più breve possibile, altre soluzioni non più accessibili.

L'abitare e la residenzialità richiedono una complessità di interventi, tra loro coerenti, strettamente connessi con la dimensione territoriale, lavorativa, economica e con la partecipazione a momenti ludico ricreativi e socializzanti.

Diventa per questo necessario costruire una cultura dell'abitare e della residenzialità, fondate su linguaggi comuni e buone prassi operative condivise dai differenti Enti e attori coinvolti e sviluppare sinergie progettuali, tra gli enti del territorio, Pubblici e del Privato Sociale volte alla costruzione di percorsi integrati riguardanti singoli soggetti e ad incrementare l'offerta degli strumenti e delle soluzioni alloggiative a disposizione della rete.

## CRITICITÀ

- Scarsa informazione nei quartieri e a livello territoriale sul disagio psichico;
- Rischio di ghettizzazione e di rifiuto da parte dei cittadini nei quartieri e nei singoli condomini nei quali sono stati inseriti molteplici casi complessi, spesso senza l'adeguato supporto;
- Presenza sempre minore di operatori che si occupino del supporto domiciliare e territoriale della realizzazione dei percorsi riabilitativi.

## AZIONI

- Mantenere e potenziare quanto fatto sin ora per l'attivazione degli appartamenti di Residenzialità Leggera;
- Sviluppare strategie condivise con soggetti istituzionali e del privato sociale per il graduale inserimento di persone con problemi di salute mentale in appartamenti messi a disposizione del Comune e dell'ALER.

## CAP 4

## **ASCOLTO, SUPPORTO ALLE FAMIGLIE E AI GRUPPI DI UTENTI**

### **RIFERIMENTI**

Nel campo della Salute Mentale, è solo negli ultimi anni che l'idea di "guarigione" (da un disturbo mentale grave) è diventata centrale: è accaduto nella pratica e nella ricerca di alcune esperienze innovative per il ruolo determinante, o trainante, degli "utenti" o ex utenti dei servizi psichiatrici...

Ron Coleman

Rafforzamento del potere contrattuale degli utenti, considerato sia una componente, sia un obiettivo della riabilitazione psicosociale.

Dichiarazione di consenso sulla riabilitazione psicosociale. OMS

### **PREMESSA**

L'ascolto è costituente per l'essere umano. È la base della relazione e d'ogni forma di bisogno di riconoscimento dell'essere umano, di collaborazione e di progettazione. Nel campo della salute mentale l'ascolto diventa centrale nella misura in cui spesso i malati e i loro familiari non sono ascoltati da nessuno o faticano a far sentire la loro voce a causa della solitudine, dello stigma e dell'esclusione, dell'impreparazione degli operatori non sufficientemente formati o privi del tempo necessario a causa della scarsità di risorse. La famiglia ha bisogno d'essere ascoltata e sostenuta per accompagnare e sostenere il proprio congiunto, oltre che per preservare la propria "salute mentale". Saper ascoltare la persona assistita e il suo familiare è perciò di fondamentale necessità, valorizzandone il loro punto di vista, il loro "sapere", la partecipazione, il riconoscimento della capacità contrattuale, favorendo così l'incremento dell'autostima e della dignità personale.

A fronte delle necessità espresse sopra poche sono le occasioni di incontro informale per le persone che vivono un problema di salute mentale, spesso sono isolate e le uniche persone che dedicano loro del tempo sono i familiari o gli operatori.

Pochi o occasionali sono altresì gli investimenti economici e di personale rispetto all'aspetto sociale e relazionale da parte dei servizi pubblici che tendono a delegare tutti gli aspetti della salute mentale alle competenze sanitarie.

La mancanza di comunicazione, integrazione e di collaborazione tra i servizi di salute mentale e gli altri enti pubblici comportano così una frammentazione dell'offerta socio-sanitaria e una dispersione di energie sia da parte degli operatori sia da parte delle

persone che non sanno “dove andare a chiedere che cosa” o sono continuamente rinviate ad altri servizi-sportelli.

## BISOGNI

- non delegare le attività che riguardano la salute mentale solo ai tecnici perché il bisogno di relazione si estende a tutti, evitare che l’offerta d’ascolto provenga dal solo ambito psichiatrico;
- aumentare l’offerta di spazi informali di ascolto, di incontro e riflessione del vissuto e delle esperienze delle persone che soffrono un disagio psichico per dare loro un supporto e risposta alle loro esigenze di relazione, di confronto con le storie di altri e di inclusione sociale.

Ugualmente indispensabile è offrire spazi di ascolto e di riflessione per i familiari non solo per il confronto sulle tematiche riguardanti la salute mentale ma anche come occasione di incontro e attivazione rispetto alle loro sapere, alle loro capacità e possibilità. La famiglia possiede un sapere che va ascoltato ed integrato e a cui va dato il necessario accompagnamento per evitare che da risorsa quale è e riferimento imprescindibile per il congiunto possa trasformarsi in problema che va a intralciare il percorso di cura. Occorre una maggiore integrazione tra servizi e associazioni affinché questo sapere delle famiglie, ma anche quello degli utenti, possa essere messo a disposizione anche in interazione con i Servizi Sanitari e Sociali, non solo come offerta a latere del percorso di cura svolto dai servizi, ma innestandosi nel piano riabilitativo e di cura complessivo, in dialettica con l’intervento sanitario in una logica d’integrazione e di sussidiarietà.

Incrementare il protagonismo dei familiari e degli utenti, significa anche concordare strumenti affinché sia garantito il diritto alla costruzione del proprio progetto di vita, dalla presa in carico, al progetto terapeutico riabilitativo, a quello materiale ed esistenziale; a partire dal sollievo del familiare da compiti di cura, per favorire quella distanza necessaria che permetta di rivedere modalità relazionali che intralciano l’evolversi della cura.

La formazione dei professionisti, nonché di volontari all’ascolto del familiare è fondamentale per offrire la possibilità di recuperare la speranza al recupero e la restituzione alla dignità a persone che diversamente subirebbero la malattia come un destino ed una sofferenza irrimediabili.

## AZIONI

- Promuovere una maggior connessione tra la rete delle iniziative e delle esperienze presenti sul territorio rivolte all’ascolto e al sostegno del disagio psichico, anche attraverso un ruolo attivo del Comune;

- Valorizzare il punto di vista e il “sapere” dei famigliari e delle persone “con esperienza di disagio psichico” attraverso: la partecipazione, il riconoscimento della dignità contrattuale ed aumentandone il potere decisionale;
- Promuovere il ruolo di Koinè come luogo culturale di connessione tra tutti gli attori coinvolti sul tema della salute mentale a Milano con la finalità di mettere in rete le risorse offerte dal territorio e favorire lo scambio tra le diverse realtà;
- Valorizzare il Progetto Innovativo Regionale “Forum milanese degli utenti della Salute Mentale” promosso dal Coordinamento Milanese Salute Mentale;
- Promuovere le linee telefoniche e altri mezzi di comunicazione che si occupano di ascolto e orientamento rispetto ai temi del disagio psichico intesi come strumenti che amplificano l’offerta sociale per la salute mentale;
- Investire risorse nella logica dell’*empowerment* e utilizzare lo strumento dell’auto mutuo aiuto come occasione non solo di ascolto ma anche di promozione dei propri interessi, sviluppo del proprio sapere e rivendicazione dei propri diritti.

## **CAP 5**

### **CASI COMPLESSI, CARCERE, EX OPG**

#### PREMESSA

Va garantita la continuità di cura con percorsi graduali di reinserimento sociale tra carcere e territorio per detenuti affetti da patologia psichiatrica in dimissione dagli Istituti Penali e dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

E’ fondamentale creare un sistema integrato che intercetti strumenti e servizi appartenenti a diverse aree di politiche di welfare (area sanitaria, l’area psico-sociale e promozionale, l’area inclusione-reinserimento sociale). Lo sforzo deve essere dunque di lavorare sulla qualità di vita delle persone, sulla qualità dei rapporti tra i servizi territoriali e i servizi penitenziari, tra operatori e famiglie, e quindi tra e con i cittadini della nostra città. Occorre dare un volto e un nome alle singole persone interessate e per ciascuna prevedere percorsi di ricupero e di inclusione sociale nel loro territorio.

I CPS territoriali hanno difficoltà a progettare percorsi per pazienti che presentano aspetti di multiproblematicità (psichiatria/dipendenze e detenzione), quindi vanno supportati con progetti di reinserimento mirati e condivisi.

#### CRITICITÀ

- Mancanza di collegamento tra i Servizi di Cura intra ed extramurari (nonostante il DPCM del 1 aprile 2008 che segna il passaggio della sanità penitenziaria alla ASL);
- Mancanza di protocolli di intervento tra Servizi di Cura intra ed extramurari per le azioni di supporto al detenuto con fragilità psichica che rientra sul territorio cittadino dopo aver scontato la pena.

A seguito dell'approvazione della legge 9/2012 che stabilisce la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari entro il 31 marzo 2013, è necessario accelerare il piano di reintegrazione sul territorio per persone dimesse da queste strutture, potenziando le opportunità attualmente presenti, evitando di creare strutture con caratteristiche di tipo manicomiale o simili a "mini OPG".

Vi è la necessità, quindi, di potenziare il livello di collaborazione e di integrazione tra i soggetti sostenendo la cultura della collaborazione interistituzionale (servizi Sociali e Sanitari) e privato sociale.

## AZIONI

- Avvio di un tavolo operativo di confronto tra ASL, Aziende Ospedaliere, Amministrazione Penitenziaria, Comune di Milano e Regione Lombardia per creare le condizioni di maggior tutela possibile per cittadini con disagio psichico dimessi dagli Istituti di pena e dagli OPG;
- Potenziamento delle opportunità riabilitative e di risocializzazione all'interno degli Istituti Penali, in ottica di riattivazione di competenze di base necessarie ad intraprendere un percorso di reinserimento sociale;
- Utilizzare le buone prassi attuate in questi anni, anche attraverso iniziative sostenute dal Comune di Milano in collaborazione con il privato sociale e le Aziende Ospedaliere e Regione Lombardia, come modello di intervento per la presa in carico di soggetti multiproblematici provenienti dal circuito penale (Servizio sulla Soglia);
- Sulla Soglia ha reso possibile capire e valutare il valore della dimensione territoriale e il ruolo che la comunità locale e la relazione possono avere nel processo terapeutico, a partire dal livello primario (famiglia, parenti) fino al livello di contesto, dalle reti locali ai servizi del territorio spesso frammentati e non integrati;
- Costruzione di protocolli di intervento con i Servizi Territoriali, sociali e sanitari, per la presa in carico di detenuti con patologia psichiatrica in dimissione dagli Istituti Penali milanesi e in fase di rientro sul territorio dopo la detenzione negli OPG;
- Costruire per ciascuna persona un progetto di recupero individuale coinvolgendo il massimo dei soggetti possibile, l'interessato, la famiglia dove c'è, il Comune, il terzo settore, le associazioni.

## CAP 6

### IL DISAGIO DEGLI ADOLESCENTI

#### PREMESSA

La necessità di intervenire precocemente e di realizzare la presa in cura e gli interventi, il più possibile nei reali contesti di vita delle persone (scuola, lavoro, luoghi della socializzazione e del divertimento) sono ormai ampiamente riconosciute. Su questo tema

si sta molto dibattendo a livello regionale e dell'organismo di coordinamento salute mentale e sono state attivate in ambito sanitario varie sperimentazioni nella città di Milano.

Riteniamo necessario che, anche per quanto riguarda il tavolo del piano di zona di Milano, questo diventi uno degli argomenti prioritari.

## BISOGNI

- Migliorare il coordinamento e la programmazione partecipata tra i servizi sanitari e socio sanitari che si occupano di disagio psichico negli adolescenti (Comune di Milano, OCSM, servizi di neuropsichiatria, servizi psichiatrici, Servizi per le dipendenze, giustizia minorile, privato sociale);
- Invitare i rappresentanti dei servizi di neuropsichiatria infantile al tavolo salute mentale del Piano di Zona.

## AZIONI

- Promuovere un ruolo attivo del Comune di Milano nella realizzazione di iniziative specifiche rivolte ai temi della prevenzione al disagio giovanile, mettendo in rete le esperienze già in essere (*chat* giovani Koinè);
- Promuovere interventi informativi e formativi nelle scuole e rivolti agli insegnanti.

## CAP 7

### I DIRITTI

#### PREMESSA

Partendo dalla Carta dei Diritti del Malato realizzata di recente dal Comune di Milano, ci sembra opportuno realizzare un percorso comune con l'obiettivo di esplicitare e riconoscere pienamente i diritti di cittadinanza alle persone con disagio psichico anche quale elemento fondamentale del percorso riabilitativo e di cura.

#### RIFERIMENTI

Alle persone con disagio o con disturbo mentale che utilizzano i Servizi del DSM di Trieste devono essere garantiti tutti i diritti costituzionali ed in particolare:

- diritto di libera espressione;
- diritto al rispetto delle proprie convinzioni morali, religiose e politiche;
- diritto al rispetto delle proprie scelte sessuali;
- diritto a comunicare con chiunque in qualsiasi momento;
- diritto di vedere riconosciute e rafforzate le proprie abilità e non solo di vedere evidenziate le proprie incapacità;

- diritto di essere informati su qualsiasi trattamento e di essere coinvolti nelle decisioni terapeutiche;
  - diritto a non subire azioni (in particolare qualsiasi mezzo di contenzione fisica) che ledano l'integrità fisica e la dignità personale;
  - diritto di scelta dell'equipe curante;
  - diritto di associarsi;
  - diritto di decidere che ogni atto di cura del corpo sia fatto da operatori oppure da operatrici dello stesso sesso.
- Diritti degli utenti (da art. 16 regolamento DSM /ASS n. 1 Triestina, dicembre 1995)

**DIRITTO AD ESSERE INFORMATO** sul disturbo mentale, sulle prospettive, sui trattamenti, sulle eventuali alternative e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate. L'informazione deve essere espressa in modo semplice e chiaro, adeguato alla situazione, tale da essere facilmente comprensibile, al fine di promuovere la massima adesione al trattamento. L'informazione a terzi è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dall'utente e i dati personali devono essere tutelati in relazione alla disciplina della privacy introdotta con la legge 675 del 1996.

**DIRITTO AL CONSENSO PERSONALE** al trattamento che deve essere dato in modo libero, spontaneo, consapevole e attuale. Si può prescindere dal consenso solo quando previsto dalla legge, ed in particolare nel caso di trattamento sanitario obbligatorio e di stato di necessità.

**DIRITTO ALLA CARTA DEI SERVIZI** Ogni Dipartimento di Salute Mentale deve adottare la carta dei servizi con l'impegno di attuare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate e sulle modalità di accesso, e con l'indicazione per la raccolta e l'analisi dei segnali di disservizio e per il monitoraggio della soddisfazione degli utenti.

**DIRITTO AL TRATTAMENTO MIGLIORE POSSIBILE** in relazione alle conoscenze scientifiche ed ai servizi previsti dal progetto obiettivo tutela della salute mentale. L'approccio alla persona con disagio mentale deve essere globale e, ove necessario, con interventi integrati di carattere psicologico, sociale e biologico.

**DIRITTO A NON ESSERE CONTENUTO** e a non subire azioni lesive della propria integrità fisica e della propria dignità.

**DIRITTO A NON ESSERE ISTITUZIONALIZZATO** La logica manicomiale deve essere superata in tutte le strutture psichiatriche pubbliche e private e a tal fine devono essere adottati strumenti di monitoraggio, idonei indicatori di qualità e progetti individualizzati. Il Dipartimento di Salute Mentale deve realizzare l'integrazione tra il territorio e l'ospedale, con il centro di salute mentale nel ruolo di regia e limitazione dei posti letto ospedalieri.

**DIRITTO ALLA CITTADINANZA** Le persone con disagio mentale devono avere accesso a tutti i servizi sociali essenziali ed in primo luogo ad uno spazio abitativo e ad un inserimento lavorativo, utilizzando anche la cooperazione sociale.

**DIRITTO ALLA PARTECIPAZIONE** Le Regioni devono garantire la partecipazione – secondo precise e specifiche modalità – delle associazioni dei familiari, degli utenti, dei cittadini, del volontariato e delle altre forme associative impegnate nella tutela del diritto alla salute mentale, nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi psichiatrici sia a livello regionale che aziendale.

## CGIL

Si sottolinea l'urgenza di procedere all'abrogazione della legge sull'Interdizione e l'Inabilitazione e al rafforzamento dell'amministrazione di sostegno che deve mantenere un carattere temporaneo.

Da "Ogni persona per ciò che è, nel rispetto della propria dignità e nella libertà". ANPIS, Associazione Persona e Danno, ARCI, CGIL, CGIL Funzione Pubblica, Cittadinanzattiva, CNCA, Coordinamento Ligure Utenti, FISH, Fondazione Luigi Di Liegro, Fondazione Franco Basaglia, Forum Nazionale Salute Mentale, Le Parole Ritrovate, Medicina Democratica, Rete Toscana degli Utenti, UNASAM.

## CRITICITÀ

- Scarsa informazione e coinvolgimento dei pazienti nei propri percorsi di cura e del diritto ad esprimere il proprio consenso informato;
- Scarsa conoscenza della legge n. 6 del gennaio 2005 sull'Amministrazione di Sostegno e del progetto "Insieme a Sostegno" attivo sul territorio dell'ASL Milano.

## AZIONI

- Realizzazione di un "Manifesto cittadino dei diritti delle persone con disagio psichico" e sua diffusione;
- Realizzazione di un percorso di confronto con i rappresentanti degli utenti e dei *carers* finalizzato ad esplicitare i diritti delle persone con disagio psichico che utilizzano i servizi cittadini sulla salute mentale (realizzazione e sottoscrizione di una carta dei principi);
- Realizzazione di un percorso di informazione, formazione e confronto sul tema della protezione giuridica e sul ruolo dell'amministrazione di sostegno in salute mentale, che coinvolga i servizi psichiatrici e i vari soggetti sociali coinvolti.

#### d. **Contributo sul tema delle carceri\***

### **PREMESSA**

#### **Politiche sociali ed esecuzione penale**

Le politiche sociali e le politiche penali sono strettamente intrecciate. Gli istituti penitenziari milanesi sono affollati, in misura intollerabile, da persone che vivono situazioni di difficoltà per molti versi affini a quelle di chi ogni giorno si rivolge ai servizi sociali sul territorio. Si tratta di quella che viene chiamata “detenzione sociale”, che si caratterizza per una forte precarietà lavorativa e abitativa, per uno scarso livello di istruzione e per la ricorrente manifestazione di forme di disagio o sofferenza mentale, di consumo incontrollato di stupefacenti o alcol, e di povertà economica, sociale, culturale. Spesso queste forme di fragilità sociale si sovrappongono tra loro e quasi sempre la carcerazione finisce per acuirle e riprodurle.

Il Comune deve svolgere un ruolo fondamentale nei confronti delle persone sottoposte a una misura penale; un ruolo che non può esaurirsi in quello dell'assistenza post-penitenziaria, che gli è attribuito istituzionalmente, ma che chiama in causa a un livello più generale le politiche di cittadinanza, le politiche sociali, le politiche di prevenzione e di sicurezza sociale. Occorre prendere sul serio il fatto che le persone sottoposte a una misura di privazione della libertà sono cittadini a tutti gli effetti che, fatto salvo per le sole limitazioni imposte dalla sentenza, devono poter partecipare e usufruire pienamente degli interventi socio-sanitari, di inserimento lavorativo e abitativo, di promozione sociale e culturale offerti dalle politiche sociali territoriali. Si tratta di garantire alle persone private della libertà o comunque sottoposte a misure penali le condizioni per una piena esigibilità dei diritti civili, politici e sociali, al pari di tutti i cittadini. La priorità, in questo senso, non è rappresentata dall'intervento specialistico in ambito penitenziario o penale ma dalla capacità di realizzare una programmazione territoriale e una struttura dei servizi che consideri appieno la presenza nel territorio amministrato dall'Ente locale di persone detenute o ristrette nella libertà personale. Gli interventi specifici a supporto delle persone detenute o comunque sottoposte a misure penali devono sempre avere come obiettivo ultimo la rimozione degli ostacoli posti dalla condizione di restrizione della libertà, anche nell'accesso ai servizi territoriali.

C'è inoltre la questione, spesso sottovalutata, delle famiglie delle persone recluse: la carcerazione influisce sulla vita di tutto il nucleo familiare della persona arrestata, sia dal punto di vista affettivo/relazionale che da quello più prettamente economico e materiale. Spesso la carcerazione interessa il capofamiglia di un nucleo familiare sovente con figli minori, e spesso la persona arrestata era l'unica o principale fonte di reddito per l'interno nucleo familiare; appaiono quindi evidenti le ricadute del carcere su chi resta fuori in termini di reddito familiare, di rischio di perdita dell'abitazione, e ovviamente di rischio di cadere in situazioni di disagio sociale per i minori interessati alla carcerazione di uno (o entrambi) i genitori.

Le difficoltà sociali ed economiche–non avere un lavoro regolare o un alloggio dignitoso, manifestare forme di disagio sociale o sofferenza mentale, non poter contare su una rete

affettivo/relazionale di sostegno– finiscono spesso per impedire l'accesso a una misura alternativa alla detenzione, costituendo di fatto una forma di discriminazione. Il Comune può avere un ruolo fondamentale per favorire l'accesso alle misure alternative alla detenzione anche promuovendo azioni di *diversion* che evitino, quando possibile, l'ingresso in carcere. Tanto più che gli interventi mirati a ridurre l'uso e gli effetti della carcerazione costituiscono anche politiche rivolte alla tutela dell'intera comunità e alla promozione dei suoi interessi, poiché contribuiscono anche ad aumentare la sicurezza locale; è ad esempio provato che gli interventi sociali alternativi al carcere producono effetti positivi anche per quel che riguarda il fenomeno della recidiva.<sup>1</sup>

Occorre che il Comune avvii un Tavolo di confronto permanente per affrontare, d'intesa con le diramazioni locali delle istituzioni interessate (*in primis* Giustizia penale e Amministrazione penitenziaria) e in collaborazione con le realtà associative, del volontariato e del privato sociale, le problematiche che attengono (direttamente ma anche indirettamente) alle persone sottoposte a misura penale e delle loro famiglie.

## **OBIETTIVI GENERALI**

### **1 - Politiche integrate**

~~Come per tutte le categorie~~ 'specifiche' della fragilità sociale – es. povertà, *homelessness*, disagio mentale, dipendenze, ... – il tema del carcere andrebbe il più possibile slegato dalla specificità delle politiche indirizzate alle singole categorie di disagio o fragilità sociale per essere assunto nelle politiche territoriali 'ordinarie': il lavoro per le persone con problemi penali deve diventare un tema delle politiche per il lavoro, idem per la questione dell'*housing*, della salute, della psichiatria, eccetera. Come già detto in premessa, chiediamo che siano garantite alle persone private della libertà o comunque sottoposte a procedimenti o misure penali le condizioni per un'effettiva esigibilità dei propri diritti civili, politici e sociali, al pari di tutti i cittadini. È una filosofia di fondo che chiediamo di adottare perché la riteniamo giusta (il detenuto è e resta un cittadino del nostro corpo sociale e deve avere poter avere pieno accesso alle politiche rivolte alla cittadinanza) e perché consente di ottimizzare e incrementare le risorse (si evita il rischio di duplicare gli interventi sociali, ipotizzando un unico percorso di presa in carico e di accompagnamento ai Servizi territoriali, e si sfrutta l'opportunità di accedere a risorse esterne a quelle normalmente riservate alle politiche sociali).

Occorre quindi promuovere l'integrazione delle politiche e il lavoro di rete tra i Servizi territoriali, attraverso un coordinamento tra le azioni dei diversi enti e dei diversi

---

<sup>1</sup> Alcune ricerche mostrano come, a fronte di una tasso di recidiva che sfiora il 70% per chi sconta tutta la propria condanna in carcere, la possibilità di usufruire di una misura alternativa riduce il tasso di recidiva al 15-20%. È un dato che va letto certamente con molte cautele, ma che è confermato anche da quello che riguarda l'indulto del 2006: dopo cinque anni il tasso di recidiva registrato per i beneficiari di quel provvedimento è risultato inferiore al 34%, comunque la metà di quello di chi sta in carcere fino al termine della condanna.

assessorati coinvolti. Si chiede al Comune di Milano di farsi carico di questo ruolo di coordinamento e regia tra gli interventi promossi sul territorio. Occorre inoltre che tutti i Servizi comunali (civici, sociali, assistenziali e sanitari) entrino con loro sportelli all'interno degli istituti penitenziari e che nell'organizzazione e nelle prassi dei Servizi territoriali si diffonda in maniera capillare e puntuale la conoscenza e la presa in carico delle peculiarità dell'esperienza penale e dei vincoli che essa impone. In sostanza, bisogna formare gli operatori dei Servizi territoriali ai meccanismi di funzionamento del sistema penale e/o trovare il modo perché tali operatori tali operatori possano adeguare la loro offerta di interventi a questa specificità.

## **2 – Produrre servizi**

Basta finte sperimentazioni! Alcuni 'progetti sperimentali' – *housing*, accompagnamento in uscita dalla detenzione, Agenti di rete,... – debbono fingere di essere sperimentazioni da anni (in qualche caso da decenni) poiché il meccanismo di finanziamento su bandi per progetti sperimentali continua a imporre loro questa logica. Ciò comporta un dispendio inutile di tempo e di risorse: ogni volta occorre infatti reinventarsi la progettazione per adattarla alla differente stesura del bando, oltre a produrre documentazione (analisi dei bisogni, documentazione sulla *partnership*, valutazione) ormai consolidata nei contenuti ma ogni volta da riscrivere nella forma. Ma soprattutto comporta precarietà degli interventi, insicurezza sulla loro durata e rischio – come è successo quest'anno con il ritardo nella pubblicazione del bando ex L.R. 8/2005 – di interruzione provvisoria o definitiva dei servizi erogati. A ciò si aggiunge il continuo taglio delle risorse disponibili, a cui spesso fa fronte un progressivo aumento delle richieste di prestazioni da erogare.

I primi a pagare gli effetti perversi di questa incapacità strategica e delle conseguenti interruzioni degli interventi sono innanzitutto le persone detenute o sottoposte a una misura penale. Una popolazione che, per di più, ha scarsi mezzi per far ascoltare la propria voce.

È indispensabile dunque superare la fase di progettazione sperimentale per quei servizi che, attivi da molti anni, hanno pienamente dimostrato di essere strumenti utili ed efficaci e di rappresentare presidi imprescindibili per un positivo reinserimento sociale alla fine della pena (lavoro, *housing*, accompagnamento post -detenzione, interventi educativi e culturali all'interno degli istituti, sostegno alle relazioni familiari e affettive,...). Occorre uscire dalla logica dei progetti per passare finalmente a quella del servizio; i bandi progettuali dovrebbero infatti limitarsi a promuovere effettive sperimentazioni di interventi innovativi. Gli interventi devono diventare oggetto di una programmazione costante e condivisa tra le agenzie pubbliche e del privato sociale che intervengono in ambito penale nel territorio milanese, attraverso cui vengano definite insieme le priorità, gli obiettivi e le risorse da attivare.

## **PRIORITÀ E LINEE DI INTERVENTO**

## **L'articolazione degli interventi**

Come già sottolineato, la finalità di qualsiasi intervento in materia di carcere e penali deve essere quella di garantire il pieno accesso ai Servizi territoriali alle persone sottoposte a misure penali. Perché ciò sia possibile è necessario attivare interventi specifici a supporto di chi è detenuto o comunque sottoposto a una misura domiciliare o territoriale di restrizione della libertà e dei loro familiari, per rimuovere gli ostacoli posti dalla condizione di restrizione della libertà. In particolare:

- garantendo la presenza più capillare possibile degli stessi servizi comunali (civici, sociali, assistenziali e sanitari) all'interno degli istituti penitenziari;
- promuovendo la collaborazione tra i servizi dell'ente locale e le amministrazioni e agenzie territoriali che operano in ambito penale e penitenziario;
- realizzando specifici servizi e interventi di informazione, orientamento e accompagnamento rivolti alle persone che subiscono una restrizione della libertà;
- sostenendo i servizi con risorse e competenze utili per affrontare le peculiarità della situazione giudiziaria e penale.
- Per pura semplicità espositiva, articoliamo le nostre proposte di intervento del Comune in materia penale e carceraria in base a una sorta di scansione temporale:

1 – “intervenire prima”: prevenzione e politiche sociali

2 – l'arresto e le possibilità di accesso a percorsi alternativi alla detenzione

3 – l'ingresso in carcere

4 – la permanenza negli istituti

5 – benefici di legge, accesso alle misure alternative alla detenzione e penali esterne

6 – dopo la fine della pena

### **1 – “Intervenire prima”: prevenzione e politiche sociali**

L'attuale detenzione è soprattutto detenzione sociale. Questo accade perché la risposta penale sostituisce la risposta sociale alle necessità e al disagio espressi da una (sempre più ampia) fetta della nostra collettività. È evidente quindi che, in attesa delle necessarie inversioni di tendenza a livello legislativo (p.es. in materia di immigrazione, di stupefacenti e di recidiva), solo un rinnovato investimento sulle politiche sociali anche a livello locale

può contrastare l'eccessivo ricorso alla carcerazione che caratterizza la nostra società<sup>2</sup>. Discorso analogo vale per la salute mentale, e per tutta la fascia di popolazione che commette reati a partire da una pregressa condizione di disagio materiale, psicologico o sociale. Senza voler cedere a tentazioni deterministiche, appare ovvio che talune condizioni personali o sociali aumentano enormemente le probabilità di incappare in percorsi penali. I dati mostrano che molto raramente queste persone avevano avuto un contatto con un qualsiasi tipo di servizio sociale prima dell'ingresso in carcere.

- ovvio quindi che le politiche sociali territoriali, così come le politiche educative o culturali sul territorio ripensate in un'ottica di prevenzione della devianza, pur essendo esterne all'argomento carcere, possono avere ricadute enormi sul sistema penale e penitenziario in termini di prevenzione della carcerazione. E la prevenzione della carcerazione in tutte le sue forme costituisce la prima, essenziale urgenza nelle politiche dirette al carcere.
- necessario anche potenziare il lavoro culturale, soprattutto tra i giovani e nelle scuole ma anche in tutti i contesti associativi sul territorio, per aumentare la consapevolezza e la conoscenza del mondo del carcere. Interventi di questo genere appaiono importanti sia in un'ottica preventiva che per ridurre i pregiudizi nei confronti delle persone provenienti dal carcere; pregiudizi che si trasformano in pesanti ostacoli nei percorsi di reinserimento sociale alla fine della pena.

## **2 – L'arresto e le possibilità di accesso a percorsi alternativi alla detenzione**

La nostra legislazione prevede (almeno sulla carta) di limitare la carcerazione preventiva ai casi di effettiva necessità, per evitare il pericolo di fuga o la reiterazione del reato. L'assenza alcune di condizioni oggettive, in particolare la disponibilità di un alloggio idoneo per gli arresti domiciliari, e alcune associazioni troppo spesso assunte come fattuali dalla Magistratura (ad es. tra mancanza di permesso di soggiorno e il pericolo di fuga per i cittadini stranieri) limitano drasticamente l'attuazione di questo principio aprendo le porte del carcere a una quantità ingente di persone in attesa di giudizio, anche senza precedenti di rilievo. Si tratta spesso di persone non ancora condannate su cui la carcerazione, nelle condizioni drammatiche in cui versano le case circondariali (San Vittore su tutte), provoca un impatto sociale e psicologico devastante. È importante quindi investire su interventi che

---

<sup>2</sup> *Un esempio viene dai dati sugli ingressi nel carcere minorile "Beccaria". La maggior parte dei giovani autori di reato presenti in Ipm, siano essi di cittadinanza italiana o stranieri di seconda generazione, provengono da alcuni quartieri ben circoscritti della periferia milanese; un reinvestimento su politiche territoriali mirate alla prevenzione della devianza, al contrasto alla dispersione scolastica, all'educativa di strada, o anche soltanto al coinvolgimento di giovani e giovanissimi in attività culturali, sportive o ricreative in questi quartieri più a rischio può determinare risultati visibili e tangibili sulla quantità di ingressi in carcere di minori o giovani adulti anche in un arco temporale limitato.*

limitino la carcerazione preventiva, anche creando le condizioni per aumentare il ricorso agli arresti domiciliari in alternativa al carcere e di conseguenza abbassare il livello di sovraffollamento degli istituti.

Anche al momento del processo, la normativa vigente prevede già in alcuni casi la possibilità di accesso a misure sostitutive del carcere (ad es. misure introdotte dal Codice della Strada) o all'istituto della messa alla prova, che per ora è riservato ad alcune categorie specifiche (minori, alcool e tossicodipendenti) ma che in tempi brevi potrebbe diventare uno strumento penale di largo utilizzo anche nel sistema penale per adulti<sup>3</sup>. Ricordiamo che queste misure sostitutive del carcere costituiscono una forma di prevenzione secondaria della recidiva e di riduzione del danno derivante dallo stato di detenzione; esse però sono spesso poco utilizzate e potrebbero esserlo anche in futuro se non si prevedono azioni finalizzate ad eliminare le carenze organizzative dei vari enti istituzionali coinvolti e la loro incapacità di comunicazione. Interessante sarebbe attivare una serie di azioni finalizzate al potenziamento e al rafforzamento di queste opportunità attraverso la sottoscrizione di protocolli operativi e intese interistituzionali (ad es. sottoscrizione di convenzioni tra il Comune e il Tribunale per i lavori di pubblica utilità).

Evitare l'ingresso in carcere è quindi possibile già oggi sia al momento dell'arresto (arresti domiciliari o remissione in libertà in attesa del processo) che in fase processuale (messa alla prova o misure penali non detentive) e lo sarà presumibilmente sempre più nei prossimi anni. Ma questa possibilità viene ridotta in parte dall'assenza di una corretta informazione (soprattutto per le fasce più deboli che non hanno la possibilità di una difesa legale qualificata) e dalla frequente indisponibilità dei requisiti necessari (casa e lavoro) per poter accedere a tali misure. Un intervento tempestivo delle politiche sociali, attuato in rete con le realtà del privato sociale, della Magistratura e dell'Avvocatura potrebbe portare a evitare l'ingresso in carcere per una notevole quantità di persone, riducendo il sovraffollamento degli istituti ed evitando i danni personali e sociali generati dall'esperienza della carcerazione.

È già stato ricordato come un'attenzione particolare da parte dell'Amministrazione comunale alle misure alternative alla detenzione e sulle forme di controllo in attesa del processo e di esecuzione della pena diverse da quelle intramurarie rappresenti un notevole investimento sulla sicurezza tramite azioni preventive e non solo repressive, poiché consentirebbe un notevole abbassamento della recidiva. Come ormai sottolineato da diversi studi, le misure alternative rappresentano di fatto un notevole risparmio economico per la comunità, se si considerano gli alti costi per ogni detenuto tenuto in carcere anche nel momento in cui potrebbe accedere a misure diverse di pena o

---

<sup>3</sup> Al momento della stesura di questo documento è infatti in discussione in Parlamento la conversione del cosiddetto "Pacchetto Giustizia" della Ministra Severino contenente, tra l'altro, norme per estendere la possibilità della messa alla prova per tutti i reati che comportino pene inferiori ai quattro anni.

addirittura scontare la pena in un progetto di reintegrazione socio-lavorativa e abitativa senza entrare in carcere.

### **3 – L'ingresso in carcere**

Il momento dell'arrivo in carcere è estremamente critico e necessita di adeguati interventi di orientamento/informazione e di sostegno sia psicologico che materiale; interventi che devono essere indirizzati sia alle persone che fanno ingresso in carcere che ai loro familiari.

È necessario che i servizi sociali sul territorio sviluppino una nuova capacità di agire con tempestività (oltre che con efficacia) a sostegno delle famiglie delle persone arrestate, per aiutarle ad affrontare la drammaticità del momento, per favorire la conoscenza delle informazioni su come interagire con il sistema penitenziario e per garantire (laddove necessario) un primo sostegno economico alla famiglia e il sostegno psicologico e sociale a eventuali figli minori. Tale intervento deve tenere conto dei vincoli e delle difficoltà che derivano dal fatto che una cospicua quota di nuovi ingressi in carcere è costituita da persone straniere, spesso prive di permesso di soggiorno.

### **4 – La permanenza negli istituti**

Per quanto riguarda la permanenza negli istituti penitenziari, si possono individuare alcune aree prioritarie di azione a favore della popolazione detenuta, la cui importanza e urgenza varia in base alle caratteristiche peculiari delle carceri milanesi: le CONDIZIONI DETENTIVE all'interno degli istituti; le possibilità di LAVORO in carcere e di accesso a percorsi di ISTRUZIONE e FORMAZIONE PROFESSIONALE; la tutela della SALUTE PSICO-FISICA in carcere; il rispetto dell'AFFETTIVITÀ delle persone recluse; l'incremento delle proposte di ATTIVITÀ CULTURALI, RICREATIVE E SPORTIVE e lo SCAMBIO COL TERRITORIO.

Per quanto riguarda le CONDIZIONI DETENTIVE negli istituti, è urgente l'intervento del Comune per promuovere il rispetto di canoni minimi di igiene e di vivibilità soprattutto all'interno della casa circondariale di San Vittore, anche facendo riferimento ai poteri che il Sindaco di Milano detiene in materia di tutela della salute pubblica sul territorio cittadino. Questo può avvenire: a) con interventi di pressione nei confronti dell'amministrazione penitenziaria affinché realizzi i necessari interventi di ristrutturazione e ammodernamento delle strutture e affinché renda possibile una quotidianità detentiva maggiormente rispettosa dei diritti e della dignità delle persone recluse (es. maggiore apertura delle celle); b) con interventi diretti dell'amministrazione comunale per garantire la fornitura di generi di prima necessità e di conforto; c) con la promozione di attività di prevenzione sanitaria e di sostegno psicologico e sociale nonché di attività culturali, sportive e ricreative per la popolazione detenuta.

Per quanto riguarda il LAVORO, si chiede al Comune di promuovere e incentivare le attività lavorative all'interno degli istituti penitenziari, con forme di sostegno diretto (p.es. credito e microcredito) o indiretto (destinazione di commesse da parte del Comune e delle aziende partecipate; percorsi agevolati per l'accesso a sedi, strutture e occasioni di promozione e commercializzazione) alle imprese e cooperative che assumono persone detenute e con attività di promozione dei prodotti "made in carcere". Si chiede inoltre al Comune di intervenire per una migliore programmazione e concertazione con gli altri enti interessati delle attività di ISTRUZIONE e FORMAZIONE PROFESSIONALE in carcere, con particolare attenzione ai minori reclusi all'Ipm Beccaria, ai giovani adulti e ad altre particolari categorie di popolazione detenuta (stranieri, persone con problemi di salute mentale,...). È necessario favorire e incrementare i percorsi di accesso al lavoro, anche garantendo le dotazioni necessarie all'erogazione di borse lavoro e le azioni di orientamento, accompagnamento e inserimento lavorativo.

Per quanto riguarda il tema della SALUTE PSICO-FISICA, oltre ai sopracitati interventi per il ripristino di condizioni minime igieniche e di vivibilità all'interno degli istituti, si richiede al Comune di interagire con Regione Lombardia, con le Asl e le Aziende ospedaliere competenti per la realizzazione di interventi di tutela della salute all'interno delle carceri milanesi, nonché di promuovere interventi specifici diretti a particolari categorie della popolazione detenuta (alcol e tossicodipendenti, donne, stranieri, persone con problemi di salute o di disagio mentale).

Per quanto riguarda il tema dell'AFFETTIVITÀ, si chiede al Comune di mantenere gli interventi già esistenti (p.es. quelli a sostegno della genitorialità in carcere e di accompagnamento ai minori in occasione dei colloqui con i parenti reclusi), di incentivare e migliorare la presa in carico delle famiglie delle persone detenute da parte dei servizi territoriali e di promuovere momenti di riflessione su temi anche difficili come quello della sessualità per le persone recluse.

Tutti gli ambiti fin qui citati si intrecciano col tema dello SCAMBIO COL TERRITORIO, cioè dell'importanza di incentivare tutte quelle attività (dalla prevenzione sanitaria o dal sostegno psicologico e sociale alle attività culturali, sportive e ricreative per la popolazione detenuta) che, tramite l'ingresso di singoli individui, associazioni di volontariato o altri soggetti del terzo settore, rappresentano importanti occasioni di scambio tra le persone detenute e la comunità esterna. In questo modo alla valenza specifica delle singole attività si somma una valenza indiretta, rappresentata dall'esigenza di attenuare l'isolamento e l'autoreferenzialità del penitenziario, di restituire alle persone detenute un senso di appartenenza alla comunità esterna, di sensibilizzare e responsabilizzare i cittadini rispetto all'esecuzione penale, di garantire indirettamente il rispetto dei diritti delle persone detenute e migliorare la qualità della vita all'interno degli istituti.

## **5 – Benefici di legge, accesso alle misure alternative alla detenzione e penalità esterna**

Come già evidenziato a proposito delle possibilità di accedere a percorsi non detentivi al momento dell'arresto, anche relativamente all'accesso ai benefici di legge e alle misure alternative alla detenzione per le persone condannate<sup>4</sup>, l'assenza alcune di condizioni oggettive come la disponibilità di un alloggio idoneo o l'inserimento in un'attività lavorativa stabile pregiudica la concessione di tali misure.

Per questo si chiede al Comune di intervenire per rimuovere gli ostacoli che impediscono a molte persone detenute l'accesso a benefici e misure alternative, attraverso interventi di segretariato sociale, accompagnamento all'esterno, *housing* e sostegno all'inserimento lavorativo delle persone recluse. Si tenga conto anche del fatto che un accesso più diffuso alle misure alternative al carcere garantirebbe effetti immediati anche sul problema del sovraffollamento, poiché una cospicua quota delle persone condannate attualmente recluse nelle carceri milanesi ha un residuo pena tale da rientrare nei termini per la concessione di tali misure; inoltre potrebbe avere anche un ritorno anche in termini di riduzione del carico di lavoro per i Servizi territoriali che hanno in carico le famiglie delle persone recluse.

## **6 – Dopo la fine della pena**

Come già ricordato, alcune ricerche indicano che il tasso di recidiva delle persone che escono dal carcere si attesta attorno al 70/80%, mentre scenderebbe attorno al 15/20% tra le persone ex detenute che hanno usufruito di percorsi trattamentali e misure alternative alla detenzione. Pur nell'incertezza che caratterizza questi dati, è evidente come un buon intervento durante la detenzione e sull'esecuzione penale esterna crea effetti notevoli sulla riuscita dei percorsi di reinserimento e quindi, indirettamente, sulla sicurezza della popolazione complessiva.

Purtroppo i percorsi di reinserimento garantiti dall'amministrazione penitenziaria coinvolgono una quota estremamente ridotta della popolazione detenuta. Molte persone scontano interamente la pena in custodia cautelare o hanno permanenze in carcere relativamente brevi da non garantire l'avvio di percorsi trattamentali in carcere.

Per questo è opportuno che il Comune avvii, oltre ai già citati interventi per evitare l'ingresso in carcere, azioni rivolte alla popolazione in uscita dagli istituti penali, cercando di intercettare soprattutto coloro che non sono normalmente coinvolti nei percorsi trattamentali in carcere.

Gli interventi dovrebbero mirare soprattutto a risolvere le problematiche che spesso affliggono le persone già prima della detenzione e della commissione dei reati (mancanza

---

<sup>4</sup> *Permessi premio, detenzione domiciliare, liberazione anticipata, affidamento in prova e semilibertà.*

di prospettive lavorative, precarietà abitativa, reti familiari e relazionali instabili, disagio sociale e mentale,...) e/o che si creano o aggravano nel corso della detenzione.

È importante inoltre che il Comune di Milano si adoperi per garantire la continuità assistenziale al momento delle dimissioni dal carcere, sia dal punto di vista sanitario che dell'intervento sociale, poiché per molte persone il carcere costituisce la prima occasione di incontro con i servizi, con un rapporto che frequentemente si interrompe proprio al momento della scarcerazione.

**\* documento a cura dell' Osservatorio Carcere e Territorio di Milano**

## e. HIV-AIDS NEL PIANO DI ZONA 2012-2014\*

Milano, da sempre, è la città italiana con il maggior numero di persone con AIDS, a cui si sommano le persone con HIV asintomatiche o con sintomi di grado inferiore all'AIDS. Di queste si stima che 1 su 4 non sappia di aver contratto il virus. Dunque per Milano l'HIV/AIDS non costituisce un fenomeno marginale, autolimitantesi, che al più riguarda alcune "categorie" a rischio, ma interessa uomini e donne, giovani e adulti, italiani e stranieri che contraggono il virus attraverso comportamenti a rischio, in primo luogo rapporti sessuali non protetti.

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, che deve operare in modo sinergico e pronto ad affrontare i cambiamenti per rispondere adeguatamente ai bisogni sanitari e sociali.

### PROMOZIONE DELLA SALUTE

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.

### 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 (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. Sono da promuovere i processi di

coesione sociale e di partecipazione dei diversi soggetti alla costruzione di azioni preventive cittadini.

#### 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 altre 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 anche multilingue che comprendano HIV e MTS.

#### 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 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.

**\* Documento a cura di "Milano contro l'Aids"**

## **Analisi, proposte e priorità riguardanti i servizi delle dipendenze nella città di Milano\***

### **Elementi di contesto**

La situazione delle dipendenze patologiche e dei fenomeni di consumo correlabili è velocemente mutata 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.

Fino all’inizio degli anni '90, infatti, al concetto di dipendenza veniva associato quello di tossicodipendenza a sua volta automaticamente associato a quello di droga (illecita). La sostanza di riferimento era l’eroina. L’eroinomane si caratterizzava come persona prossima alla devianza, alla emarginazione ed alla microcriminalità. L’azione era indirizzata al recupero sociale, non raramente definito come azione di “salvezza”, ma anche al contenimento dei problemi che i tossicodipendenti creavano alla popolazione generale. Altre dipendenze come l’alcolismo o il tabagismo venivano considerate “a parte” perché non “illecite”, ma l’attenzione generale era orientata soprattutto sul consumo di droga, anche per i legami che l’utilizzo endovenoso dell’eroina veniva a costituire con patologie infettive potenzialmente mortali e trasmissibili. Scelte politiche, trattamenti ed interventi di “riduzione del danno” furono intensamente caratterizzati dalla polarizzazione sul tema dipendenza da eroina e patologie correlate, trascurando, almeno in parte, altre forme di dipendenza, forse anche più diffuse e non meno pericolose dal punto di vista della salute fisica e psichica. La tendenza del sistema era quella di occuparsi solo di situazioni già gravi e conclamate, forse minimizzando segnali che avrebbero permesso diagnosi precoci e interventi tempestivi.

Negli anni '90 i mercati della droga sono cambiati, puntando alla trasformazione di alcune sostanze in “beni di consumo di massa”. Le droghe diventano additivi in grado di essere venduti come fossero sostanze dopanti per rinforzare comportamenti connessi con le normali attività degli individui (lavoro, divertimento, sessualità). Il mercato è assolutamente coerente con un consumo integrato ed occasionale: la distribuzione, il dosaggio, il confezionamento ed il prezzo, rispecchiano questo orientamento. La sostanza di riferimento per il concetto di droga è la cocaina.

I fenomeni migratori di questi anni contribuiscono a modificare ulteriormente , rendendolo più complesso, il contesto milanese, sia per quanto riguarda le sostanze utilizzate, sia per quanto riguarda le modalità di consumo.

Il sistema erogativo cittadino è costretto a modularsi diversamente e rapidamente per affrontare anche i problemi di una popolazione socialmente integrata, con necessità essenzialmente differenti da quelle affrontate sino a quel momento, come evidenziato dai dati sulla popolazione in cura.

Alla fine del primo decennio del nuovo secolo il concetto di droga come doping in accelerazione e bene di consumo viene ad incrinarsi decisamente. La crisi economica riduce le disponibilità di prodotti non indispensabili, mentre si crea un'offerta sempre più ampia, anche attraverso la Rete, di nuove possibilità di "alterazione" e di "alienazione". Nascono nuove forme di aggregazione, socializzazione ed informazione, assieme a possibilità alternative di espressione, di spesa, di occupazione di spazio/tempo anche mentale e dell'espressione di dipendenze. Cambia il modo di utilizzare sostanze lecite ed illecite per modulare momentanee occasioni di alterazione profonda, solitaria o in gruppo.

Oggi è possibile pensare che, sebbene ciascun periodo storico citato 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.

Preoccupante, in questo senso, è l'atteggiamento di chi, anche a livello preventivo, individua solo nella dipendenza un problema reale, all'interno di una situazione generale in cui già il solo consumo occasionale di droghe illecite, l'uso improprio di farmaci, l'abuso di alcol e tabacco, il gioco d'azzardo ecc. finiscono per creare costi e danni superiori a quelli correlabili alle dipendenze conclamate.

Su questo sfondo la posizione dei servizi erogativi del Dipartimento Dipendenze ha implementato, non senza difficoltà, un atteggiamento di continua trasformazione e riorganizzazione, correlato alle mutazioni avvenute negli anni '90 e sino ad oggi.

Pur mantenendo l'approccio più adeguato alla gestione di situazioni particolarmente complesse e riferibili ad ambiti di cronicità, i Servizi per le Dipendenze Pubblici e Privati sono oggi fortemente impegnati a ri-programmare parte dei loro interventi nella direzione dell'early detection e della valutazione del rischio anche di situazioni molto iniziali, offrendo consulenza e presa in carico ai familiari, ai pazienti più giovani (compresi i minori) e alle nuove forme di dipendenza e rafforzando l'integrazione tra clinica e prevenzione.

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.

Purtroppo la posizione generale culturale ed istituzionale nei confronti della dipendenza e dei Servizi che se ne occupano rimane troppo ancorata a stereotipi che non solo tendono ad aumentare lo stigma<sup>1</sup> e ad assorbire inutilmente risorse ma anche a rallentare l'accesso agli interventi di cura appropriati per chi ne ha bisogno.

## **Il Sistema di intervento del Dipartimento Dipendenze**

Il Dipartimento Dipendenze è una struttura organizzativa con il compito di governare un complesso sistema di intervento sulle dipendenze patologiche. E' formato da strutture ambulatoriali pubbliche e private e da strutture semiresidenziali e residenziali accreditate.

Sul territorio della ASL di Milano sono allocate 19 sedi ambulatoriali erogative di cui:

- 12 pubbliche di cui 10 in Milano Città e 2 nei comuni di Cinisello e Sesto San Giovanni
- 5 dedicate all'intervento negli Istituti Penitenziari
- 2 SMI (Servizi Multidisciplinari Integrati) sul territorio di Milano

Sono inoltre presenti 9 Strutture residenziali (Comunità) e 4 Strutture semiresidenziali (2 Centri di prima accoglienza notturna e 2 Centri diurni di cui 1 nel Comune di Cologno Monzese) per un totale di 204 posti letto accreditati e contrattualizzati.

Le sedi ambulatoriali della ASL di Milano sono organizzate in 3 strutture complesse (SC) SerT che hanno compiti di governo dell'offerta erogativa specifica. Una quarta SC centrale ha compiti di supporto, programmazione, rilevazione dati, gestione amministrativa e monitoraggio dei flussi informativi e dei macro indicatori di attività. All'interno di tale SC sono collocati anche l'Osservatorio, l'Ufficio Prevenzione e l'Ufficio Prossimità che programma e realizza interventi di riduzione dei rischi e dei danni.

I tre SERT (in cui lavorano oltre 200 professionisti – medici, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri) garantiscono trattamenti terapeutici alle persone con dipendenze patologiche o comportamentali ivi inclusi i soggetti detenuti. I programmi vengono svolti secondo il criterio multimodale integrato e prevedono precisi protocolli diagnostico-terapeutici rispetto ai quali vengono condotti.

---

<sup>1</sup> *Marchio che anticamente veniva impresso sul corpo degli schiavi e dei malfattori, Piaga (Grande Dizionario Italiano Hoepli - Gabrielli)*

All'interno del sistema di intervento esistono sedi polispecialistiche e altre specificamente dedicate a particolari tipologie di dipendenza (da alcol, da cocaina, da gioco d'azzardo).

Il sistema di intervento dipartimentale ha seguito nel 2011, 8179 pazienti di cui circa 200 familiari.

L'utenza dei servizi è rappresentata da:

- a. 60% consumatori di sostanze illegali (eroina/cocaina);
- b. 24% consumatori di alcol;
- c. 16% consumatori di altre sostanze, gioco d'azzardo e consulenza alle famiglie.

Di particolare rilievo la presa in carico(anno 2011) di soggetti giovani e giovanissimi: 800 persone sotto i 30 anni di cui 100 tra i 15 e i 19 anni.

Inoltre è da rilevare un significativo incremento delle prese in carico: nei primi 5 mesi del 2012 sono stati già presi in carico circa 400 nuovi utenti rispetto all'intero 2011.

Una tale complessità organizzativa e operativa richiede strumenti di governo che permettano di monitorare le macro-attività, l'utilizzo delle risorse e i flussi dei pazienti.

In questo senso il Dipartimento si è dotato, da tempo, di uno strumento di monitoraggio dei livelli di saturazione delle prese in carico e dei trattamenti attivi presso le varie sedi ambulatoriali.

Ciò ha permesso di ottimizzare l'utilizzo delle risorse esistenti come capacità di presa in carico rispetto al volume di domanda dell'utenza e, coerentemente con l'organizzazione per sedi specializzate, il superamento dei vincoli territoriali legati alla residenza.

Tale sistema, perfezionato nel tempo, si è dimostrato efficace per gli obiettivi definiti. Attualmente il tempo di attesa per la presa in carico oscilla tra i 7 e i 15 giorni.

### Prevenzione specifica

Le attività di Prevenzione specifica puntano a sviluppare una "Rete dei moltiplicatori dell'azione preventiva" nei diversi ambiti di intervento (Scuola, Luoghi di lavoro, Luoghi di aggregazione giovanile e sociale, Guida ecc.) e nel 2011 hanno coinvolto direttamente oltre 15.000 cittadini milanesi (docenti, operatori, opinion leader, rappresentanti sindacali, RLS, insegnanti, istruttori di scuola guida, sacerdoti, educatori, animatori, allenatori sportivi, capi scout ecc.) all'interno di oltre 270 programmi realizzati in partnership con oltre 110 agenzie, enti e organizzazioni del territorio.

Oltre a questo, in questi anni si sono consolidate le attività per l'aggancio e il trattamento delle persone sotto i 26 anni segnalate ai sensi degli artt. 75 e 121 del TU delle leggi in materia di tossicodipendenza (Sperimentazione Prefettura). Dal 2002 sono state convocate 4495 persone (di queste, 3055 – pari al 68% del totale - sono state incontrate

da personale sociale ASL e 753 – pari al 24% delle persone viste - hanno aderito e partecipato a programmi educativo-trattamentali presso l'Attività di Prevenzione specifica e 49 presso i SerT).

Specie i numeri relativi all'accesso ai trattamenti ha registrato un progressivo, generalizzato, incremento, se si pensa che nel solo 2011 hanno aderito ai programmi 148 persone, pari al 53% dei 275 cittadini che nello stesso anno hanno effettivamente avuto accesso al colloquio sociale

## Prossimità

Il sistema di prossimità, coordinato a livello Dipartimentale dalla metà degli anni '90, è costituito, attualmente da una Unità di Strada Tossicodipendenti, da due Unità Mobili Giovani e da due Centri "Drop-in". Per la Unità di Strada Tossicodipendenti e per i Drop-in (circa dodicimila contatti nel 2011) il target prevalente è costituito da consumatori attivi di sostanze, spesso per via iniettiva, e da persone con forti problemi di abuso alcolico o di alcolismo ed in condizione di forte marginalità; tra queste vi è una cospicua quota di persone di origine straniera. Per le Unità Mobili giovani (oltre ottomila contatti nel 2011) il target prevalente è costituito soprattutto da giovani con consumo problematico di sostanze incontrati spesso presso luoghi di aggregazione.

## **Nella programmazione prevista nel Piano di Zona risulta prioritario:**

1) una intensa azione di de-stigmatizzazione (Lotta allo stigma) : tutti i programmi effettuati in questo ambito, in particolare nel mondo anglosassone, segnalano come sia fondamentale combattere il pregiudizio che spesso accompagna le situazioni di consumo, di dipendenza o, comunque, di atteggiamenti additivi, offrendo un'idea più realistica e ottimistica della situazione rispetto alla sua possibile soluzione positiva. Anche quando la condizione è ormai manifestamente patologica è curabile in una consistente percentuale di casi e può, comunque e sempre, migliorare e stabilizzarsi. Azioni di informazione e sensibilizzazione possono fortemente contribuire ad un cambiamento culturale che è il presupposto affinché le persone affrontino il problema con maggior fiducia e serenità e, soprattutto, più precocemente possibile.

2) I Servizi erogativi accreditati vanno considerati e fatti considerare come Servizi all'intera popolazione e non ad parte, appunto, particolarmente stigmatizzata. E' necessario informare rispetto alle possibilità consulenziali, diagnostiche e terapeutiche offerte dai Servizi Accreditati in modo corretto e puntuale: anche in questo ambito ci sono forti pregiudizi che ritardano la presa in carico ed è necessaria la collaborazione di tutti per aiutare la popolazione a instaurare con i servizi preposti un rapporto fiduciario e positivo.

3) E' fondamentale che Comune di Milano e ASL operino per adeguare le unità d'offerta sociali e socio-sanitarie al fine di accelerare la reale presa in carico delle persone coinvolte e delle famiglie, e privilegino percorsi chiari e rapidi. Anche a livello di risorse risulta opportuno che l'intervento di sostegno dei Privati (es. Fondazioni Bancarie ecc.) venga orientato secondo priorità condivise all'interno di una strategia di intervento univoca che precisiamo qui di seguito e nelle pagine seguenti riferite agli interventi sociali del Comune di Milano.

4) A livello preventivo appare urgente definire la scelta di interventi mirati di prevenzione selettiva. Si terrà inoltre conto che i fenomeni di dipendenza e di abuso nonché i comportamenti additivi sono, ormai, trasversali alla popolazione generale ed ai suoi punti di incontro. E' quindi strategico allargare il campo degli attori coinvolti in azioni che non possono essere vissute solo passivamente, in modo da superare il tradizionale atteggiamento di delega ai soli specialisti.

5) Nell'ambito della riduzione dei danni e dei rischi, connessi all'uso di sostanze ed ai comportamenti additivi va posta una particolare attenzione agli interventi di prossimità che siano in grado di interfacciarsi correttamente sia col sistema dei Servizi di cura che con il sistema socio assistenziale, per le condizioni di grave marginalità o di particolare crisi. Ciò tenendo conto dell'allargamento del target dei potenziali destinatari dalle persone con consumo di droghe iniettivo e con dipendenza strutturata sino ai soggetti integrati (per stile di vita, lavoro, ruolo sociale etc.) con consumi più occasionali, circoscritti a specifici momenti e contesti.

### **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 (criminalità, incidenti per guida e sul lavoro, ore di lavoro perdute, dispersione scolastica, detenzione, morbilità e mortalità delle vittime di incidenti/azioni criminose, separazioni, violenze, abbandono minori), ma anche agli abusi occasionali che sempre più frequentemente entrano a far parte dello stile di vita e di consumo.

Il Piano di Zona del Comune di Milano, in sintonia con il Piano Generale di Sviluppo del Comune di Milano 2011 – 2016, 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 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.

Tra le priorità del Piano di zona annoveriamo quella dell'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. Tali interventi, nel rispetto delle

limitazioni di budget che interessano l'intero sistema di welfare, dovranno essere in grado di rispondere a un fenomeno in continua evoluzione con modelli organizzativi di intervento adeguati alle peculiarità di una grande metropoli e delle sue complessità.

Si ipotizza da subito la prosecuzione di un 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.

A fronte dei cambiamenti del fenomeno delle dipendenze, la pianificazione locale può realmente innescare un progressivo processo innovativo, laddove le realtà di una comunità territoriale siano chiamate a interrogarsi e a collaborare con la propria specificità di esperienza al miglioramento del sistema d'intervento. I finanziamenti sulle sperimentazioni previsti dalla DGR n.9/3239 del 04/04/2012 "Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare" sono sicuramente occasione per il ripensamento dell'offerta del sistema cittadino dei servizi nella direzione di "sperimentare di 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".

E' importante continuare il processo avviato di coinvolgimento di tutte le realtà/risorse presenti sul territorio, al fine di:

- 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 (a causa di complicità psicopatologiche, assenza di reti familiari di supporto e di riferimento etc.). "Partendo da una visione d'insieme del bisogno della persona e della famiglia si possono coordinare gli interventi sanitari, sociosanitari e sociali a suo favore, evitando duplicazioni superflue e assicurando pertanto una presa in carico efficace e integrata alle necessità di ciascuno".
- 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 già citata Delibera Regionale orienta il sistema degli interventi nell'ambito delle Dipendenze secondo priorità di intervento che tengano conto da un lato dell'evoluzione del fenomeno dei consumi e dei comportamenti di rischio ad esso correlati, dall'altro individuando alcune specificità territoriali, che il Piano di zona declinerà con una

attenzione specifica in funzione dei bisogni individuati per la Città di Milano, tenendo comunque in evidenza le priorità di sperimentazione regionale in merito a nuove unità d'offerta accreditabili o accreditate in particolare sui seguenti temi che risultano prioritari anche 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.

Rispetto alla Prevenzione Selettiva e Riduzione del Rischio si ipotizza un sistema di intervento che parta dall'esperienza delle attività di riduzione del danno sulla città di Milano - nelle diverse articolazioni Unità di Strada, Drop In e Unità Mobili Giovani per giungere, con l'approccio definito dalla Delibera Regionale, ad una gamma di attività innovative, integrative e migliorative di tipo socio-sanitario aderenti ai bisogni rilevati nella relazione con l'utenza.

Riguardo alle Nuove forme di abuso/dipendenza - Gambling si ipotizza una proposta di interventi sulle dipendenze comportamentali che risultano sempre più diffuse e sulle quali non sono stati attivati prioritariamente interventi di prevenzione, cura e riabilitazione. Sono interventi mirati su soggetti affetti da Gap (gioco d'azzardo patologico) che attualmente non viene riconosciuta all'interno dei Livelli essenziale di assistenza (LEA); il sistema di intervento si presenta piuttosto sfilacciato, con un' offerta spesso caratterizzata da prestazioni correlate ad azioni di ascolto e sostegno, ma non di tipo specialistico nel trattamento specifico, entro un modello integrato di offerta pubblica e privata (SerD, sportelli e centri di ascolto, centri psicoterapici, gioco responsabile con spazi on-line, gamblers anonymous, associazionismo).

**Per quanto attiene l'area degli adolescenti si segnalano le seguenti priorità:**

creazione di un sistema di azioni innovative che sappia andare incontro ai differenti bisogni rilevati relativamente al 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:

- le 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", possa agire innanzitutto con una azione di regia sociale degli interventi e nella messa a disposizione delle risorse locali già accessibili quali:

- Piano dei senza fissa dimora sviluppato su dimensione annuale e non solo per "emergenza" freddo
- 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.

E' inoltre possibile pensare 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 prossimo Piano di Zona:**

- progettazione nell'area degli interventi di prossimità: Prevenzione Selettiva e Riduzione del Rischio. Il 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;

- Un 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

*\* Documento redatto da ASL Milano e Comune di Milano, con il contributo del coordinamento milanese del Privato Sociale per le dipendenze.*