

# COSTRUIAMO IL WELFARE DEI DIRITTI

**RIDEFINIRE LE POLITICHE SOCIALI SU CRITERI DI EQUITÀ ED EFFICACIA**

## **Report Territoriale**

### **AMBITO DI MERATE**

Politiche e interventi di contrasto alla povertà

Politiche e interventi in sostegno alla non autosufficienza

Politiche e interventi in favore delle persone con disabilità

## **Ringraziamenti**

L'Associazione per la ricerca sociale, ARS, ha svolto questa ricerca con il sostegno e il contributo economico di Fondazione Cariplo, Compagnia di San Paolo, Fondazione Cariparma, Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo, Fondazione Cassa di Risparmio della Spezia, e con la collaborazione dell'Istituto per la ricerca sociale, IRS. Esprimiamo la nostra gratitudine, per la fiducia così espressa, ai Presidenti delle Fondazioni e, per la loro cortese collaborazione, ai nostri referenti Davide Invernizzi e Monica Villa; Marco Demarie, Luigi Morello e Andrea Fabris; Donatella Aimi; Elena Bottasso; Giulia Micheloni.

Un doveroso ringraziamento va ai 7 territori coinvolti negli approfondimenti: i Comuni di Torino, Parma e La Spezia, e gli Ambiti sovracomunali di Crema, Garbagnate, Merate e Cuneo, che hanno partecipato al percorso, fornendo dati e preziosi spunti di riflessione. In particolare il nostro grazie va agli amministratori, dirigenti e operatori, che con noi hanno direttamente collaborato: Uberto Moreggia e Simona Sirugo del Comune di Torino; l'assessore Laura Rossi e Lucia Bonetti, Giovanna Marelli, Benedetta Squarcia, William Sgarbi del Comune di Parma; Stefania Branchini e Carlo Melani del Comune di La Spezia; Elena Meroni, Maria Vittoria Della Canonica, David Chinello dell'Ambito di Garbagnate; Flavio Donina e Simona Milani dell'Ambito di Merate; Maria Grazia Brignone, Barbara Re e Aurelio Galfre dell'Ambito di Cuneo; Angelo Stanghellini e Davide Vighi dell'Ambito di Crema. Il grazie va anche a quanti altri possiamo involontariamente non avere nominato.

Naturalmente la paternità e responsabilità di quanto esposto nella ricerca è dell'ARS, dei coordinatori e dell'equipe della ricerca, per i rispettivi ruoli e compiti.

## Premessa

L'analisi di seguito presentata si suddivide in due parti. Nella prima parte vengono descritte le principali caratteristiche socio-demografiche delle famiglie residenti nell'Ambito di Merate, i loro profili reddituali, comparati alla distribuzione dei redditi delle famiglie lombarde e nazionali, e la ripartizione dei trasferimenti monetari per la protezione sociale erogati a livello nazionale alle suddette famiglie. Nella seconda parte, più corposa, ci si focalizza invece sugli interventi di **contrasto alla povertà, di sostegno alla non autosufficienza e in favore delle persone con disabilità** erogati a livello territoriale, sia in termini di tipologie e caratteristiche delle misure, che di entità della spesa. Il sistema di offerta degli interventi viene poi analizzato, sulle tre policy, in termini regolativi e di *performance* organizzativa dei servizi, tenuto conto dell'integrazione con i soggetti territoriali a vario titolo coinvolti nell'erogazione di progetti ed interventi di contrasto alla povertà ed esclusione sociale. Paragrafi conclusivi di ogni sezione tematica evidenziano i principali punti di forza e le principali criticità riscontrate rispetto alle prestazioni ed ai servizi attualmente erogati nell'Ambito, nella direzione di margini di miglioramento possibili per il sistema territoriale, in linea con le proposte nazionali di riforma.

## PARTE I

### 1. Il quadro socio-demografico di riferimento e i redditi delle famiglie

L'Ambito di Merate comprende 26 comuni<sup>1</sup>, è composto da 52.425 famiglie (120.513 abitanti) e il nucleo familiare medio è di 2,3 individui. Come in Lombardia e in Italia, circa il 30% della popolazione dell'Ambito di Merate ha un'età inferiore ai 30 anni, con l'unica significativa differenza in una maggiore concentrazione di individui al di sotto dei 10 anni (11%). La distribuzione della popolazione nelle restanti classi di età ricalca quella regionale ed italiana, con la concentrazione maggiore nella classe di età tra i 41 e i 50 anni ed il 39% di soggetti di età superiore ai 51 anni.

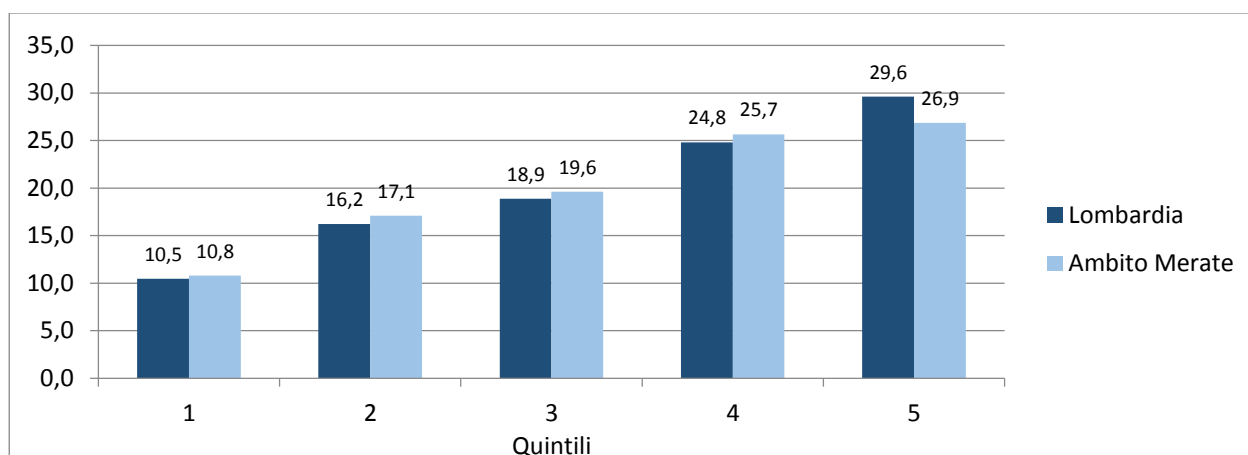
Passando all'analisi della situazione reddituale, la Figura 1.1 mostra la distribuzione delle famiglie residenti nell'Ambito di Merate e in Lombardia nei diversi quintili di reddito nazionali, pari al 20% di famiglie di ciascuno e ordinati in base al reddito. La divisione per quintili presentata in figura è stata effettuata sul campione delle famiglie italiane, da cui si individuano le soglie di reddito minime e massime al di sopra o al di sotto delle quali si appartiene ad un quintile piuttosto che ad un altro; rispetto alla suddetta ripartizione sulla popolazione italiana si è poi analizzata l'incidenza delle famiglie nell'Ambito di Merate e in Lombardia.

La situazione reddituale delle famiglie dell'Ambito di Merate risulta di relativo benessere. Oltre il 52% infatti appartiene al 40% più ricco della popolazione, mentre poco meno dell'11% si colloca nel 20% più povero. Rispetto alle analoghe famiglie lombarde, però, la quota di famiglie nell'ultimo quintile della distribuzione è significativamente inferiore (circa il 30% in Lombardia e poco meno del 27% nell'Ambito considerato), mentre le differenze negli altri quintili sono inferiori all'1%.

---

<sup>1</sup> Comuni di Airuno, Barzago, Barzanò, Brivio, Calco, Cassago Brianza, Casatenovo, Cremella, Cernusco Lombardone, Imbersago, Lomagna, Merate, Missaglia, Montevecchia, Monticello Brianza, Olgiate Molgora, Osnago, Paderno d'Adda, Perego, Robbiate, Rovagnate, Santa Maria Hoé, Sirtori, Verderio Inferiore, Verderio Superiore, Viganò

**Figura 1.1 - % famiglie residenti per quintili di popolazione italiana: confronto Merate, Lombardia**



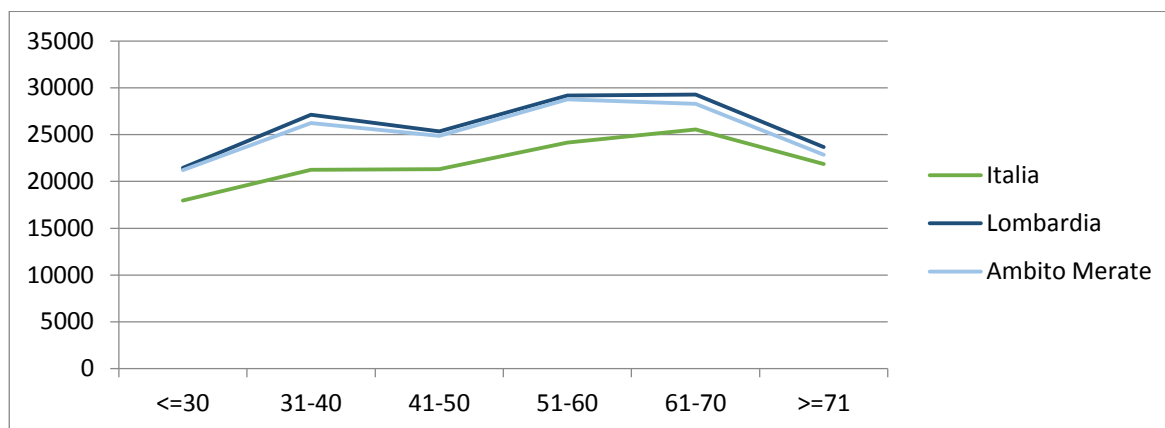
Confrontando però il reddito disponibile equivalente medio delle famiglie dell'Ambito di Merate con quello delle famiglie italiane (tabella 1.1), si può notare come le prime godano di un livello di benessere sensibilmente maggiore, in tutti i quintili della distribuzione. La differenza più significativa tra redditi medi nell'Ambito di Merate e in Italia è riscontrata nel primo quintile, dove tale gap supera il 31%, per poi ridursi gradualmente nei quintili superiori. Il reddito medio rilevato per il totale della popolazione risulta pari a 25.706 euro, quasi il 15% superiore rispetto alla media nazionale. Al contrario, se confrontati con la media lombarda, i livelli medi di reddito delle famiglie dell'Ambito considerato appaiono inferiori di 2-4 punti percentuali. E' interessante anche notare che le famiglie meno abbienti registrano un livello medio di reddito che non si discosta molto da quello delle analoghe famiglie lombarde, mentre la distanza aumenta se consideriamo il 40% più benestante.

**Tab. 1.1 Confronto tra il reddito disponibile equivalente medio per quintili nell'Ambito di Merate, in Lombardia e in Italia**

Quintili	Italia	Lombardia	Ambito Merate	Differenza Merate- Italia	Differenza Merate-Lombardia
1	8.761,204	11.588,48	11.506,72	31,3%	-0,7%
2	15.225,16	18.505,93	18.197,51	19,5%	-1,7%
3	20.059,52	23.653,65	23.149,01	15,4%	-2,1%
4	25.598,51	29.625,73	28.572,88	11,6%	-3,6%
5	42.243,03	48.312,56	47.144,50	11,6%	-2,4%
<b>totale</b>	<b>22.375,83</b>	<b>26.332,08</b>	<b>25.706,15</b>	<b>14,9%</b>	<b>-2,4%</b>

La distribuzione dei redditi equivalenti per classe di età del capofamiglia è presentata in Figura 1.2, con un confronto tra Ambito di Merate, Lombardia e Italia. Il grafico mostra una sostanziale omogeneità nei profili reddituali delle famiglie lombarde e di Merate (scarto compreso tra 1% e 3%), mentre i redditi medi delle famiglie italiane si collocano decisamente al di sotto. In particolare, per le famiglie con capofamiglia giovane la differenza tra reddito medio nell'Ambito di Merate e in Italia arriva a superare il 23%, per poi ridursi progressivamente con l'età e raggiungere una distanza minima tra le famiglie più anziane. I trend nei livelli di reddito per le tre unità territoriali risultano al contrario molto simili: le famiglie giovani sono le meno abbienti, con un reddito medio compreso tra i 18.000 (Italia) e i 21.500 euro (Lombardia); il reddito poi aumenta significativamente per i nuclei con capofamiglia di età superiore ai 40 anni, per poi diminuire nuovamente in corrispondenza del superamento dell'età pensionabile.

**Figura 1.2- Reddito disponibile equivalente medio per età del capofamiglia**

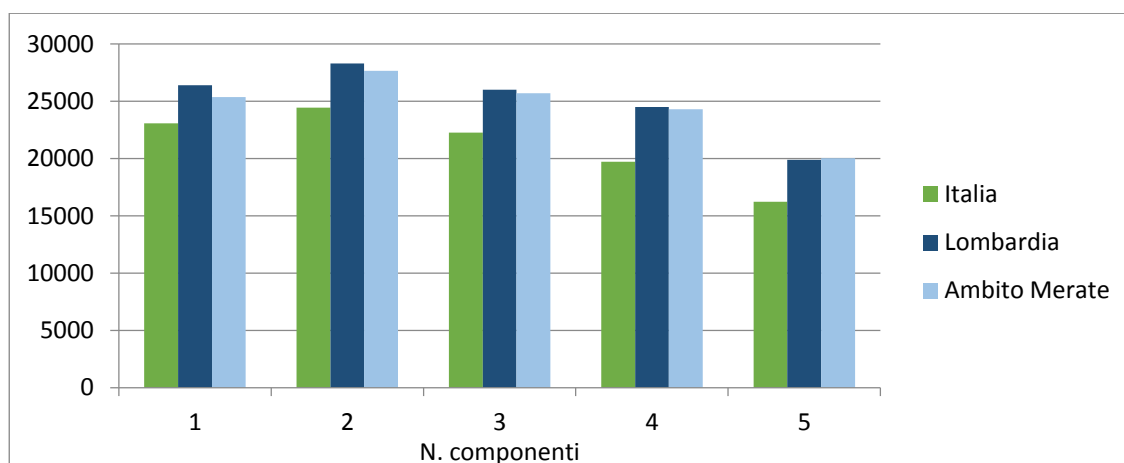


Per quanto riguarda i profili reddituali con riferimento al numero di componenti (Fig. 1.3), il grafico suggerisce che le famiglie dell’Ambito di Merate sono decisamente più ricche rispetto a quelle italiane, a prescindere dalla numerosità dei componenti. Le famiglie numerose, in particolare, registrano un reddito medio superiore del 23% rispetto a quello delle analoghe famiglie italiane. Al contrario, sia le famiglie mono-componente che quelle numerose, presentano un reddito inferiore nei 26 comuni dell’Ambito di Merate rispetto al contesto regionale, eccezion fatta per le famiglie con più di 5 membri che sono sostanzialmente in linea con quelle lombarde.

I dati presentati nelle figure 1.2 e 1.3, quindi, suggeriscono che le famiglie tipicamente più in difficoltà, come quelle con capofamiglia relativamente giovane e quelle molto numerose (più di 4 membri), sono comparativamente più benestanti nell’Ambito di Merate che in Italia.

In tutte e tre gli ambiti territoriali, comunque, risulta evidente come le famiglie con il livello di benessere maggiore siano quelle composte da due membri o con capofamiglia in età avanzata (51-60 anni), con un reddito medio significativamente più elevato rispetto agli altri gruppi.

**Figura 1.3 - Reddito disponibile equivalente medio per numero componenti**



La povertà relativa nell’Ambito di Merate, calcolata secondo l’Eurostat, risulta superiore a quella regionale e, ovviamente, inferiore all’indice nazionale. Costituiscono infatti il 8,17% del totale delle famiglie residenti che presentano un reddito inferiore al 60% del reddito mediano equivalente. Anche la povertà assoluta risulta superiore, sebbene la differenza sia più contenuta. Delle oltre 52mila famiglie residenti, dunque quelle stimabili come target per le misure di contrasto alla povertà sono pari a 4.283 unità.

Tab. 1.4 - Confronto incidenza delle famiglie in povertà relativa ed assoluta: Ambito di Merate, Lombardia e Italia

	Italia	Lombardia	Ambito Merate
<b>Povertà relativa</b>	15,62%	7,96%	8,17%
<b>Povertà assoluta</b>	7,33%	4,08%	4,24%

Per le analisi proposte nei successivi paragrafi risulta interessante ricostruire la stima del volume della popolazione target in riferimento alle diverse aree di policy, ovvero il volume di persone stimabili con problemi di autosufficienza e portatrici di disabilità.

Per la non autosufficienza si è applicata invece la stima come definita dall'Istat e riparametrata al contesto lombardo secondo quanto indicato dal "Primo rapporto Lavoro di cura in Lombardia". L'indice applicato è pari al 15,7% della popolazione residente ultrasessantacinquenne. Nell'ambito di Merate dunque le persone anziane non autosufficienti sono stimabili in 3.875 unità.

In riferimento alla disabilità tale stima è calcolata sui dati dell'indagine Istat Multiscopo 2013, considerando la prevalenza nella popolazione 0-64 anni di persone con gravi limitazioni funzionali. L'indice di limitazione funzionale è un indice complesso, calcolato secondo la filosofia ICF, elaborato a livello regionale e riparametrato sul livello territoriale, presupponendo una distribuzione omogenea. L'indice è pari all'1,08% della popolazione sotto i 65 anni, equivalente a 959 unità.

Tab. 1.5 –Confronto incidenza della stima di persone anziane in condizioni di non autosufficienza e delle persone con disabilità: Ambito di Merate, Lombardia e Italia

	Italia	Lombardia	Ambito Merate
<b>Non autosufficienza</b>	19,8 +65enni	15,7% +65enni	3.875 persone
<b>Disabilità</b>	1,4 0-64 anni	1,08% 0-64 anni	959 persone

## 2. La distribuzione delle prestazioni monetarie tra le famiglie

In questa sezione vengono analizzati i trasferimenti monetari erogati a livello nazionale per le politiche di contrasto della povertà, di sostegno della non autosufficienza e disabilità nell'Ambito di Merate. Si tratta di stime calcolate a partire dall'indagine IT-SILC del 2013.

Tab. 2.1 - Le prestazioni di sostegno al reddito delle famiglie in Ambito di Merate: ripartizione per n. beneficiari e spesa (anno 2012)

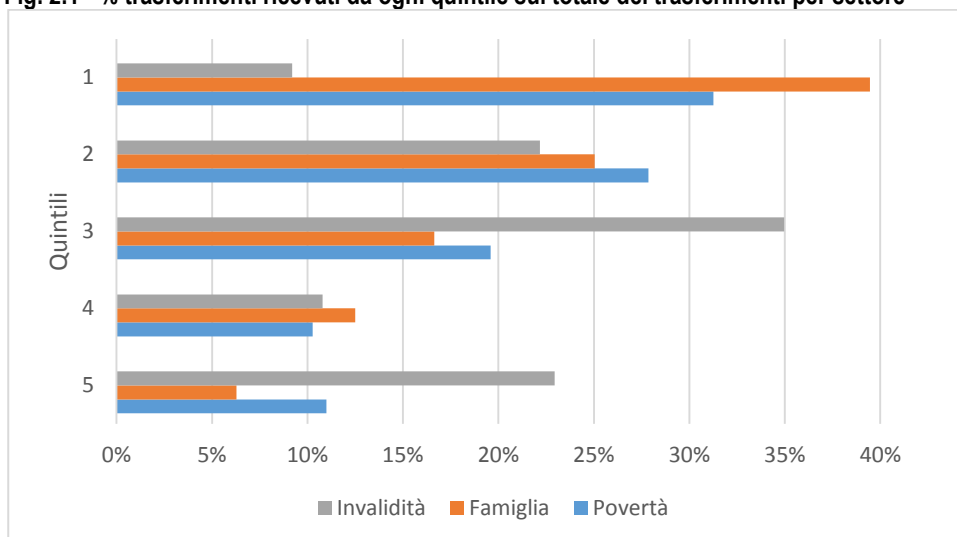
Provvidenze	% famiglie beneficiarie	spesa totale nell'Ambito	contributo medio per famiglia beneficiaria
<b>POVERTÀ</b>			
<b>Trasferimenti nazionali (fonte IT-SILC)</b>			
carta acquisti (ordinaria)	0,7	172.723	489,4
pensione sociale	1,9	5.152.249	5.147,10
integrazione al minimo	11,9	19.394.380	3.100,50
assegno famiglie 3+ figli	0,3	363.957	2.251,90
<b>FAMIGLIA</b>			
<b>Trasferimenti nazionali (fonte IT-SILC)</b>			
assegno maternità	0,7	356.914	976,7
detrazioni familiari	37,4	19.747.111	1008,0
assegni familiari	21,7	12.286.845	1.083,5
<b>INVALIDITA'</b>			
pensione invalidità civile	2,4	2.680.329	2.174,90
indennità di accompagnamento	4	12.273.566	5.875,70
pensione di guerra	0,1	212.656	6.878,70
<b>TOTALE</b>	<b>50,4</b>	<b>72.640.730</b>	<b>2.751,00</b>

La integrazione al minimo e detrazioni familiari costituiscono le voci di spesa più rilevanti per quanto riguarda le prestazioni di sostegno a povertà e famiglia, sia per volume di spesa che per copertura: oltre il 37% delle famiglie dell'Ambito beneficia delle detrazioni familiari (con un contributo medio di più di 1000 euro) e il 12% gode di un'integrazione al minimo vitale di importo medio pari a 3100 euro. Anche gli assegni familiari contribuiscono in maniera significativa alla spesa per le misure a sostegno della famiglia, con 12.286.845 euro rivolti al 22% delle famiglie residenti nei 26 comuni del meratese.

Le misure di sostegno all'invalidità, erogate a livello nazionale, sono rivolte ad una quota ristretta di famiglie (circa il 6,5%), ma la spesa totale è significativa, risultando in un contributo medio per famiglia beneficiaria molto elevato (specialmente per indennità di accompagnamento).

Facendo riferimento alle prestazioni di sostegno al reddito erogate a livello nazionale, la figura 2.1 e la tabella 2.2 mostrano la distribuzione dei trasferimenti, per ogni categoria, nei vari quintili di reddito disponibile e gli importi medi per ciascun quintile.

**Fig. 2.1 - % trasferimenti ricevuti da ogni quintile sul totale dei trasferimenti per settore**



Come si può notare in figura, le misure di sostegno alla povertà e alla famiglia sono prevalentemente dirette alle fasce meno abbienti: il 65% dei trasferimenti alla famiglia sono infatti assorbiti dal 40% più povero, così come oltre il 57% delle prestazioni di contrasto alla povertà. La distribuzione dei trasferimenti per povertà e famiglia nei quintili di reddito disponibile, inoltre, risulta decrescente nel reddito, suggerendo un'effettiva efficacia distributiva di tali politiche (ad eccezione delle famiglie appartenenti all'ultimo quintile, che percepiscono comunque l'11% delle risorse destinate al contrasto della povertà).

La distribuzione delle provvidenze per sostegno all'invalidità risulta invece più dispersa, anche se la maggior parte delle risorse rimangono concentrate nei primi tre quintili di reddito. In particolare, è interessante notare che il 23% della spesa per misure di sostegno all'invalidità è destinata alle famiglie i cui redditi appartengono al limite superiore della distribuzione, mentre le famiglie meno abbienti ricevono solamente il 9% del totale dei trasferimenti di categoria.

**Tab. 2.2 - Importo medio dei trasferimenti monetari ricevuti dalle famiglie dell'Ambito di Merate, per quintili**

Quintili	Povertà	Famiglia	Invalidità
1	751,93	1.232,83	132,92
2	669,87	782,13	320,83
3	471,16	519,97	505,82
4	246,96	390,70	156,00
5	264,15	196,35	332,00
<b>totale</b>	<b>480,99</b>	<b>624,79</b>	<b>289,30</b>

Dalla tabella 2.2 è poi possibile notare come anche gli importi medi dei trasferimenti per quintile siano sostanzialmente decrescenti nel livello di reddito per misure di contrasto alla povertà e sostegno alla famiglia, mentre mostrino un andamento crescente nei primi tre quintili per invalidità. Per quanto riguarda i trasferimenti di sostegno alla famiglia, un dato rilevante è inoltre rappresentato dall'importo relativamente elevato percepito dalle famiglie più povere (1.233 euro), specialmente se comparato con l'importo medio ricevuto dalle famiglie appartenenti al 20% più benestante (196 euro). Inoltre, a livello aggregato, le misure a supporto della famiglia costituiscono gran parte della spesa per prestazioni di sostegno al reddito, con un importo medio per famiglia beneficiaria intorno ai 625 euro.



Le famiglie dell'Ambito di Merate risultano più benestanti rispetto alle famiglie italiane, in particolare quelle tipicamente più in difficoltà: appartenenti alle fasce meno abbienti, con capofamiglia giovane e composte da 4 o più membri.

Le prestazioni di sostegno al reddito erogate a livello nazionale si sostanziano prevalentemente in misure di supporto alla famiglia e alla povertà, e risultano ben indirizzate alla fascia meno abbiente della popolazione.

## II PARTE

### 2.1 Le politiche e gli interventi di contrasto alla povertà nell'Ambito di Merate

#### 2.1.1 La domanda e l'offerta di prestazioni e servizi erogati dal territorio: principali caratteristiche ed entità

##### Evoluzione della domanda

L'ambito di Merate si presenta in linea con i dati lombardi sulla povertà. Sono 2.222 le famiglie che vivono sotto la soglia di povertà assoluta e 4.238 quelle in povertà relativa.

Sono 618 gli utenti in carico ai comuni dell'ambito, beneficiari di interventi e prestazioni nell'area del contrasto all'esclusione sociale, pari ad un tasso di copertura della popolazione target del 14,4%. Si conferma dunque l'esiguità dei trasferimenti locali, già anticipato nella sezione precedente in riferimento al quadro nazionale.

Negli anni si evidenzia il crescere dell'impoverimento delle famiglie, soprattutto in relazione alla crisi occupazionale e alla perdita di posti di lavoro (pdz 2015-2017). Le domande registrate nel 2014 dal segretariato sociale evidenziano richieste crescenti relative al lavoro e ai contributi economici/esenzioni (22% del totale nel 2014) e sono in aumento anche le situazioni di emergenza abitativa, con il crescere delle morosità – anche incolpevoli – e degli sfratti esecutivi. E' cresciuta inoltre nei comuni l'insolvenza nel pagamento delle rette dei servizi, sia servizi scolastici che assistenziali (buoni mensa/scuolabus, interventi domiciliari/rette).

L'utenza tipica dei servizi sociali del territorio, rispetto al bisogno economico, risulta caratterizzata in prevalenza da persone che versano in condizioni di povertà giudicata "estrema" e di lunga durata, ovvero senza una fonte di un reddito mensile e stabile, comunque spesso al di sotto del minimo vitale.

Rimangono oggi escluse dall'intervento pubblico le vulnerabilità emergenti (tipicamente famiglie monoreddito, con redditi contenuti e livelli Isee appena sopra la soglia di accesso), che seppur riguardano una domanda in crescita, vengono di fatto escluse dal beneficio di qualsiasi prestazione di sostegno al reddito (contribuzioni economiche, agevolazioni/esenzioni per la fruizione di servizi). A conferma di ciò, nel 2014 si evidenzia che le risorse nazionali provenienti dal Fondo Intesa famiglie sono state utilizzate dai Comuni per saldare i disavanzi generati dai debiti dell'utenza sul pagamento dei servizi pubblici (mense, trasporti...).

AREA POVERTA'	n. utenti	% su famiglie residenti	% su popolazione target*
<b>contributi economici continuativi</b>	87	0,17%	2,05%
<i>passivi (minimo vitale)</i>	20	0,04%	0,47%
<i>borse lavoro (borse sociali lavoro/bandi anticrisi)</i>	67	0,13%	1,58%
<b>contributi economici straordinari</b>	514	0,98%	12,13%
<i>temporanea difficoltà</i>	189	0,36%	4,46%
<i>contributo affitto</i>	297	0,57%	7,01%
<i>buoni spesa/buoni pasto</i>	28	0,05%	0,66%
<b>altri servizi/interventi<sup>o</sup></b>	117	0,22%	2,76%
<i>housing sociale</i>	17	0,03%	0,40%
<b>TOTALE</b>	618	1,18%	14,58%

\*povertà relativa (8,17% famiglie residenti)

<sup>o</sup>Si aggiungono a quelli indicati un centinaio di utenti destinatari di recupero e distribuzione alimentare

## Sistema d'offerta

Il contrasto alla povertà è tendenzialmente governato dai singoli comuni, solo l'housing sociale è – e in parte – gestito a livello associato dall'Azienda speciale Retesalute.

La conformazione delle politiche locali di contrasto alla povertà è di conseguenza molto variabile. Dalle interviste qualitative è emersa inoltre una tendenza generalizzata a privilegiare la concessione di agevolazioni nella fruizione di servizi e utenze (pagamento diretto delle utenze e/o rette, esenzione dal pagamento dei servizi comunali) e solo in ultima istanza l'intervento con sostegni economici diretti, prevalentemente di tipo straordinario. Le misure presenti nei comuni dell'ambito:

**Sussidi** - La maggior parte dei comuni prevedono l'erogazione di contributi economici di tipo straordinario (19 comuni), si tratta di sussidi erogati una tantum (prevalentemente 1 volta all'anno), concessi per fronteggiare situazioni emergenziali, attraverso importi molto variabili (da oltre 1000 a 100 euro) e a discrezione dell'assistente sociale, in base al bisogno. In qualche caso l'assistenza economica straordinaria viene utilizzata per sostenere situazioni di disagio economico di lunga durata, dunque prorogata nel tempo (max 4 mesi).

L'assistenza ordinaria è invece erogata solo da 4 comuni (Merate, Casatenovo, Olgiate M., Viganò) e prevede generalmente contributi differenziali sino al raggiungimento del minimo vitale, concessi mediamente per 4 mensilità, solo eccezionalmente rinnovabili sino all'anno.

**Abitazione** - Diffuse appaiono le contribuzioni per il sostegno delle spese abitative (22 comuni), sia come sostegno al pagamento delle utenze domestiche che al canone di locazione, anche attraverso l'utilizzo del fondo regionale sostegno affitto (FSA).

Qualche comune (7) ha inoltre attivato interventi di housing sociale, di cui hanno fruito nel complesso 17 utenti. Si tratta di persone in condizione di emergenza abitativa, con sfratti esecutivi o mancanza di abitazione e generalmente già conosciuti e in carico ai servizi. Il tema dell'housing, dato il crescere dell'emergenza rilevato anche a seguito dell'impatto della crisi economica, ha portato l'ambito a fare un investimento specifico per l'elaborazione di un progetto sovra comunale, in collaborazione con il terzo settore, per la gestione integrata dell'offerta abitativa e delle funzioni di valutazione in accesso e monitoraggio dei casi seguiti. Il progetto sta proseguendo, estendendosi anche alla costituzione di un fondo di garanzia a sostegno dell'utenza.

**Lavoro** - Nel 70% (18) dei comuni risultano attive misure orientate all'inclusione lavorativa, prevalentemente attraverso l'erogazione di borse sociali lavoro, in raccordo con la Provincia, in alcuni casi anche voucher lavoro occasionale e specifiche misure (es. bando anti crisi rivolto alla popolazione giovanile). Si tratta di misure rivolte a popolazione residente disoccupata (con occupazione nei 24 mesi precedenti) ma con capacità produttiva, e in comprovato stato di bisogno, che possono fruire di collocamenti temporanei presso i comuni e le aziende del territorio. Il volume di utenza di queste misure è tuttavia piuttosto contenuta (67 utenti nel 2014) e pesa la difficoltà di ingaggio del mondo profit: i collocamenti ad oggi sono sostanzialmente realizzati presso enti pubblici, con borse del valore di 600 euro mensili per circa 6 mesi, raramente esteso a 12. Una misura, che vede parte del sostegno finanziario garantito dalla provincia, su cui pesa oggi l'incertezza del futuro assetto istituzionale e su cui sono già stati dati segnali di progressivo disinvestimento. I collocamenti tramite attivazione di Borse sociali lavoro con la Provincia sono stati n. 44 (le altre Borse lavoro sono attivate dai Comuni attraverso bandi anti-crisi).

**Alimentazione** - Residuali risultano esperienze di sostegno alimentare come i buoni spesa/buoni pasto (4 comuni), e il recupero delle eccedenze/distribuzione pacchi (7 comuni). Quest'ultima, dove presente, è realizzata generalmente in stretta collaborazione con gli enti caritativi del territorio, in particolare le Caritas cittadine.

## Spesa

La spesa ricostruita dai comuni dell'ambito, per il sostegno economico, è pari a poco più di 315mila euro, di cui più dell'80% è costituita da risorse proprie dei comuni. In sede di intervista è emersa la difficoltà, in tempi di contenimento complessivo della spesa pubblica dovuta a politiche di rigore e controllo, nel preservare i livelli di spesa di quest'area, poiché nella necessità di realizzare tagli ai bilanci comunali, il capitolo delle contribuzioni è quello che viene messo più rischio.

Detto ciò, risulta complessivamente limitato anche l'intervento di risorse altre, di cui la quota prevalente è riferita al Fondo sostegno affitto regionale, che copre un terzo dell'intera spesa della misura. Il concorso della spesa provinciale, in relazione alle borse lavoro, pesa poco più del 20% sulla misura e, come detto, è anche caratterizzato da grande incertezza rispetto al futuro. Si aggiunge infine una piccola quota del Fondo nazionale politiche sociali, per la parte gestita a livello integrato dell'housing sociale.

Rispetto alle aree di spesa, i dati raccolti illustrano come la quasi totalità delle risorse di quest'area di policy (93,8%) siano destinate a contribuzioni economiche, è invece molto residuale l'erogazione di servizi e interventi. I contributi sono in netta prevalenza di tipo straordinario (62% del totale dei contributi economici), con una spesa media annua intorno ai 350 euro, tra cui prevale il sostegno ai costi dell'abitazione. La spesa ordinaria e continuativa, con spesa media annua/utente di circa 1.300 euro, riguarda prevalentemente misure attive per l'inclusione lavorativa.

<b>SPESA PER CONTRIBUTI ED INTERVENTI NELL'AREA DELLA POVERTA' EROGATI DAL TERRITORIO (2014)</b>	<b>spesa annua totale</b>	<i>di cui sostenuta da Comuni/Ambito</i>	<i>di cui sostenuta da altri soggetti – Regione e Provincia</i>	<b>spesa media annua/utente</b>
<b>contributi economici continuativi</b>	€ 110.033,40	€ 90.718,00	€ 19.315,40	
<i>passivi (minimo vitale)</i>	€ 28.998,00	€ 28.998,00		€ 1.449,90
<i>borse lavoro (borse sociali lavoro/bandi anticrisi/voucher inps)</i>	€ 81.035,40	€ 61.720,00	€ 19.315,40	€ 1.209,48
<b>contributi economici straordinari</b>	€ 185.642,37	€ 153.016,48	€ 32.625,89	
<i>temporanea difficoltà</i>	€ 72.273,07	€ 72.273,07		€ 382,40
<i>contributo affitto</i>	€ 107.619,30	€ 74.993,41	€ 32.625,89	€ 362,35
<i>buoni spesa/buoni pasto</i>	€ 5.750,00	€ 5.750,00		€ 205,36
<b>altri servizi/interventi</b>	€ 19.548,00	€ 19.548,00	€ 0,00	
<i>housing sociale</i>	€ 19.548,00	€ 19.548,00		€ 1.149,88
<b>TOTALE</b>	<b>€ 315.223,77</b>	<b>€ 263.282,48</b>	<b>€ 51.941,29</b>	<b>€ 793,23</b>

## 2.1.2. Regolazione e performance organizzativa dei servizi e prestazioni in contrasto alla povertà

### Regolazione

Le prestazioni erogate per il contrasto alla povertà nell'ambito di Merate sono sostanzialmente governate a livello di singolo comune, con una significativa eterogeneità intra-ambito ed anche tra le diverse misure.

Rimandando alla tabella seguente per un dettaglio ulteriore, è possibile osservare come l'accesso alle prestazioni sia regolato di norma dalla residenza, dall'assenza di proprietà e dalla comprovata situazione di disagio economico, valutata - nella maggior parte dei casi - discrezionalmente dall'assistente sociale (borsa lavoro, contributi straordinari...), e solo in rari casi anche attraverso la definizione di specifiche soglie economiche (assistenza ordinaria, FSA).

In caso di misure attive di inclusione lavorativa (come le borse sociali lavoro), la capacità produttiva e lo stato di disoccupazione sono gli ulteriori criteri di accesso, ma anche in questo caso la valutazione avviene attraverso l'utilizzo degli strumenti propri della professione, non attraverso la codifica di criteri e soglie specifici.

Le misure che prevedono una regolazione dell'accesso sulla base di requisiti economici, prevedono soglie anch'esse diversificate. Tendenzialmente i contributi ordinari e continuativi (che abbiamo visto essere una minoranza) assumono la soglia del minimo vitale (pari ad un ISEE di poco più di 6.000 euro ) e il valore della contribuzione è pari al differenziale tra questa soglia e il reddito della persona. Altre misure, come il sostegno all'affitto regionale, si basano su una soglia ISEE di 7.000 euro, mentre alcuni comuni hanno regolato in base a soglie ancora inferiori al minimo vitale (es. poco pi di 4.000 euro).

Anche in merito all'importo erogato e alla durata della prestazione si evidenziano analoghe differenze. Mediamente le contribuzioni continuative sono erogate per 4 mensilità (come detto in qualche caso prorogabili sino all'anno) e con importi medi molto variabili – da 1.000 a 250 euro; quelle straordinarie, come visto più diffuse, sono erogate una tantum e per importi che si assestano mediamente sui 400 euro, ma anche qui all'interno di un'ampia forbice.

Le misure che prevedono il ricorso a fonti di finanziamento altre (provinciali/regionali) presentano evidentemente maggior omogeneità: le borse lavoro prevedono secondo quanto stabilito da un protocollo operativo, 600 euro mensili di retribuzione in caso di collocamenti presso enti pubblici e 750 presso imprese profit, della durata di 6 mesi, prorogabile sino all'anno.

Il contributo dell'FSA invece è variabile, in base al canone di locazione, ma prevede la copertura per massimo due mensilità.

E' utile richiamare che, in concomitanza con la riforma dell'ISEE, è in corso la revisione delle soglie per le esenzioni/agevolazioni dei servizi, anch'esse sino ad ora regolate a livello di singolo comune e con grande eterogeneità. Un percorso comune a tutta la provincia di Lecco e che si sta assestando sulla definizione di una soglia ISEE di 15.500 euro.

### Organizzazione dei servizi

L'accesso alle prestazioni è direttamente gestito dai servizi sociali comunali, mediante il segretariato sociale. La valutazione delle situazioni avviene di norma da parte dell'assistente sociale, mediante gli strumenti della professione, non codificati formalmente e, come detto, non omogenei a livello territoriale.

In alcuni regolamenti si esplicita la possibilità di realizzare anche visite al domicilio per la verifica della condizione di vita della persona che richiede l'intervento di sostegno.

Di norma le misure sono concesse dopo l'avvallo di specifiche commissioni e vincolate alla definizione di un progetto assistenziale e, per i contributi, alla presentazione dei giustificativi delle spese sostenute. Interessante notare come in alcuni comuni l'erogazione del contributo sia condizionata alla prestazione di ore di volontariato a beneficio della comunità, anche se si tratta di situazioni piuttosto rare.

AREA POVERTA'	Accesso Criteri			Importo erogato	Durata
	Regolazione	Criteri economici	Criteri non economici		
<b>contributi economici continuativi</b>					
<i>passivi (minimo vitale)</i>	<i>comunale</i>	ISEE < = 6.517,94	1. residenti 2. senza proprietà immobiliari 3. senza parenti tenuti agli alimenti 4. disoccupati 5. senza richieste ripetute ed abitudinarie	differenziale al raggiungimento del minimo vitale Importo medio MAX 1.000 euro - MIN 250 euro	variabile - mediamente 4 mesi, in alcuni casi rinnovabile sino all'anno
<i>borse lavoro (borse sociali lavoro/bandi anticrisi/voucher inps)</i>	<i>provinciale/comunale</i>	nessuno	1. residenti 2. disoccupati 3. comprovato stato di bisogno 4. presenza rapporto di lavoro nei precedenti 24 mesi	variabile - 1. borse sociali lavoro 600 euro mensili se collocati in comune; 750 se in azienda 2. mediamente 400 euro mensili per misure comunali 3. 10 euro orari per voucher inps	variabile - 1. borse sociali lavoro mediamente 6 mesi, max 1 anno 2. un tantum misure comunali 3. variabili voucher inps
<b>contributi economici straordinari</b>					
<i>temporanea difficoltà</i>	<i>comunale</i>	discrezionale e variabile - insufficienza di reddito, anche superiore al minimo vitale	1. residenti 2. senza proprietà immobiliari 3. senza parenti tenuti agli alimenti 4. disoccupati 5. senza richieste ripetute ed abitudinarie 6. in condizione di emergenza economica	a discrezione dell'A.S e molto variabile: MAX 1.188euro MIN 100 euro. Valore medio 493 euro	Variabile - prevalentemente una tantum, MAX 1 volta all'anno, in pochi casi rinnovabile (MAX tre mesi)

<i>contributo affitto/utenze</i>	<i>comunale e regionale</i>	1. ISEE <=7.000 per FSA Regionale 2. per misure comunali variabile - Isee FSA; Isee <= 4.131,66 eur; criteri generici (ISEE basso); nessun criterio	variabili - prevalentemente 1. residenti 2. intestatari di contratto affitto/utenze 3. in difficoltà economica	1. FSA MAX 1.200 euro 2. misure comunali variabili a discrezione dell'A.S. Importo medio 599 euro	1. FSA MAX per 2 mensilità di canone 2. misure comunali prevalentemente una tantum, raramente sino a 1 anno
<i>Buoni spesa/buoni pasto</i>	<i>comunale</i>	n.d.	variabili - 1. situazione conosciuta al servizio 2. grave disagio 3. valutazione discrezionale dell'A.S.	Variabile MAX 60 euro MIN 10 euro	variabili - MAX erogazione ogni 20 gg MIN 1 volta all'anno
<b>altri servizi/interventi</b>					
<i>housing sociale</i>	<i>comunale</i>	nessuno	variabili - 1. comprovato stato di bisogno 2. assenza di abitazione 3. situazione conosciuta dai servizi 4. sfratto esecutivo	variabile- Importo medio MAX 2.617 euro - MIN 350 euro	variabili - MAX 12 mesi, min 1 volta all'anno

### 2.1.3. L'integrazione con i soggetti territoriali

Rispetto all'integrazione tra comuni, l'evidenza della gestione autonoma di gran parte delle misure mostra il livello di integrazione oggi presente. L'unica progettualità gestita, per una parte, a livello integrato è di recente realizzazione (fine 2014) – l'housing sociale - e nell'approfondimento qualitativo è emerso chiaramente come vi siano resistenze da parte dei comuni a lasciare il diretto controllo del sostegno economico.

Gli interventi sull'inclusione lavorativa mettono in evidenza poi una difficile interlocuzione con il mondo delle imprese, attore fondamentale ma molto difficile da ingaggiare. Con l'avvento della crisi si segnala però una maggior sensibilità degli amministratori sul tema e una maggior attivazione della politica nell'avvicinare le imprese del territorio e metterle in connessione con i servizi e gli interventi di inclusione sociale.

In relazione all'integrazione con il terzo settore, abbiamo visto come le relazioni, soprattutto sul tema del sostegno alimentare, siano puntuali, riferite a collaborazioni specifiche in alcuni contesti tra comune e caritas, non generalizzate a livello d'ambito.

In passato la programmazione zonale veniva realizzata mediante la costituzione di tavoli d'area, che riunivano attori territoriali in vario modo interessati al tema. Sul tavolo povertà si sono aggregati soggetti differenti che, oltre a condividere una analisi dei problemi e dei fenomeni sull'impovertimento, hanno dato vita ad una serie di progettualità: il progetto orti sociali in collaborazione con la Provincia; il laboratorio di cucito rivolto a donne straniere promosso dall'ass. Over40; la gestione di derrate ed eccedenze alimentari con la collaborazione tra alcuni comuni e le Caritas locali. Il limite che si intravede tuttavia, è che sono state esperienze progettuali positive ma molto puntuali, legate spesso all'intervento su specifici territori, dunque lontane – anch'esse - da una visione e una politica integrata a livello d'ambito.

L'esperienza realizzata invece all'interno della progettualità sull'housing sociale ha avuto una connotazione differente. Sullo specifico obiettivo di costruire un sistema integrato in sostegno all'abitare, si sono innescate collaborazioni tra alcuni soggetti del terzo e quarto settore (cooperative sociali, associazioni e caritas), con cui si è costruito un tavolo di lavoro operativo, attualmente ancora attivo e che lavora per dare ulteriore seguito alla progettualità (implementazione del fondo di garanzia nominato).

### 2.1.4. Punti di forza e debolezza delle prestazioni e servizi erogati e possibili margini di miglioramento in linea con le proposte nazionali di riforma

Dall'analisi risultano dunque alcuni punti di convergenza con le ipotesi di riforma presentate e alcune aree di debolezza da affrontare

Partendo da queste seconde, si riscontra su quest'area di policy una elevata frammentarietà tra le misure e una significativa disomogeneità nella regolazione. Come si vedrà più avanti, l'Ambito di Merate su altre policy ha realizzato in questi anni importanti passi in avanti nella direzione di garantire una maggior equità (es. sulla disabilità), che ancora non si è applicata alle misure di contrasto alla povertà. Come illustrato sono misure ancora regolate e governate in modo differenziato dai singoli comuni che, soprattutto quelli di piccole dimensioni, mostrano significative resistenze ad aprirsi all'idea di una regolazione omogenea.

Un ulteriore elemento di debolezza è poi l'attuale residualità delle misure di sostegno attivo e una prevalenza di interventi di erogazione passiva ed un tantum.

Il punto di forza principale è invece rappresentato dall'investimento recente sul fronte abitativo, affrontato in una logica sovra comunale, mediante l'impiego di funzioni centralizzate di segnalazione, progettazione e monitoraggio.

A questo si aggiungono alcune aree di miglioramento già in cantiere, come ad esempio

- l'approvazione di un regolamento Isee omogeneo a livello provinciale che si propone di far convergere tutti i comuni del lecchese su soglie minime, lasciando spazi di possibile innalzamento ai singoli comuni.
- L'investimento in atto per l'introduzione della cartella sociale informatizzata
- La valorizzazione e il potenziamento della relazione con il terzo settore, a partire da quanto realizzato con alcune recenti progettualità (es. housing sociale).



## 2.2. Le politiche e gli interventi in sostegno alla non autosufficienza nell'Ambito di Merate

### 2.2.1 La domanda e l'offerta di prestazioni e servizi erogati dal territorio: principali caratteristiche ed entità

#### Evoluzione della domanda

Gli anziani ultra 65enni nel distretto di Merate sono 24.568 di cui si stimano 3.875 non autosufficienti. I servizi comunali hanno in carico 302 persone, raggiungendo dunque il 7% del livello di copertura sulla popolazione target.

L'utenza prevalente è quella assistita a domicilio, attraverso il servizio di assistenza domiciliare (SAD) e mediante le misure regionali sulla non autosufficienza (misura B2 ex DGR 740/2013). Solo una minima parte degli interventi riguardano la contribuzione per le rette in strutture residenziali (RSA) e alloggi protetti, che complessivamente coprono l'11,9% del totale.

L'utenza in carico è in flessione negativa, in particolare i fruitori del SAD. Un trend in calo che ha preso avvio dall'introduzione della compartecipazione al costo e che sembra persistere tutt'oggi. Non esistono liste d'attesa e l'analisi, riportata anche nel documento di programmazione zonale 2015-2017, riferisce di motivazioni dipendenti da vari fattori: maggior disponibilità familiare alla cura in concomitanza con la crisi economica; la diminuzione delle risorse pubbliche a disposizione e alla presenza di agenzie competitive che offrono servizi a minor costo. Oggi il SAD viene indicato come un servizio che, nella sostanza, serve gli anziani più soli e più poveri. Le interviste qualitative hanno evidenziato come il SAD venga tipicamente attivato in situazioni di emergenza, a seguito delle quali la famiglia si organizza autonomamente privilegiando soluzioni che garantiscano interventi continuativi nell'arco della giornata. Sebbene dunque il SAD abbia sviluppato nel corso degli anni forme di flessibilità e articolazione della propria offerta (si veda punto successivo), non sembra riuscire a rispondere pienamente alla domanda prevalente, di assistenza continuativa e custodia, delle famiglie con anziani non autosufficienti.

Il tasso di copertura della domanda potenziale è dunque oggi molto limitato e i margini di sviluppo sono ampi, poiché l'assistenza è generalmente erogata dal care privato. Tra le aree di maggior scopertura vengono indicate le persone con demenza e i malati di Alzheimer, ovvero un'utenza che richiede competenze specifiche nella presa in carico domiciliare, e che attualmente il SAD non riesce a coprire pienamente.

<b>CONTRIBUTI ED INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLA NON AUTOSUFFICIENZA EROGATI DAL TERRITORIO – 2014</b>	<b>n. utenti</b>	<b>% su residenti</b>	<b>% su popolazione target*</b>
<b>servizi domiciliari</b>	266	0,22%	6,90%
SAD	220	0,18%	5,70%
buoni sociali (B2)	45	0,04%	1,17%
voucher sociali (B2)	1	0,00%	0,03%
<b>servizi residenziali</b>	36	0,03%	0,93%
RSA	28	0,02%	0,73%
APA (alloggi protetti)	8	0,01%	0,21%
<b>TOTALE</b>	302	0,25%	7,83%

\*stima degli ultra 65 non autosufficienti

## Sistema d'offerta

L'intervento dei comuni del meratese sulla non autosufficienza si compone, come indicato, prevalentemente di servizi a sostegno della persona al proprio domicilio. Il principale servizio è il SAD, gestito a livello associato da quasi tutti i Comuni (tranne 1) mediante conferimento all'Azienda speciale "Retesalute". Con il conferimento sono stati introdotti livelli uniformi di prestazioni e una compartecipazione uguale per tutti i Comuni, mentre prima l'offerta e la compartecipazione erano difformi. Le difficoltà richiamate, rispetto alla competitività del servizio e al calo della domanda, hanno orientato l'Ambito ad una valutazione del SAD mediante interviste in profondità agli utenti/familiari e alla previsione di una riorganizzazione dell'offerta, prevedendo pacchetti di interventi, per abbattere i costi e aumentare la concorrenzialità sul mercato privato. Attualmente il servizio ha un costo che va dall'esenzione a una tariffa oraria di 16,20 euro, anche se come detto, la prevalenza dell'utenza è esente o nelle fasce di contribuzione più basse.

Al SAD si è aggiunta dal 2013 anche la misura regionale B2, ovvero erogazione di buoni e voucher, di un valore sino a 800 euro al mese articolati su tre fasce. L'intervento prevalente, a differenza dell'area disabilità su cui interviene la stessa misura, è stato quello dell'erogazione di buoni, dunque contribuzioni economiche a riconoscimento dell'assistenza familiare, a conferma di un *care* privato molto diffuso. Diversamente dal SAD, per questo tipo di misura si è registrata anche la formazione di liste d'attesa e parte di utenza è stata esclusa dall'erogazione, per il limite delle risorse.

Concorrono a comporre l'offerta i servizi residenziali sebbene, come visto nel paragrafo precedente, assorbano un utenza limitata. In tutto sono 7 le RSA presenti a livello provinciale che servono la popolazione anziana del meratese. Si tratta di realtà residenziali molto diverse tra loro, soprattutto per il livello di radicamento territoriale e il legame con il comune di ubicazione. La gestione della residenzialità è autonoma da parte dalle singole amministrazioni comunali, che adottano comportamenti molto eterogenei rispetto alle regole di accesso e alla compartecipazione al costo (si veda paragrafo sulla regolazione). Meno della metà dei comuni ha in carico utenza collocata in struttura (11 su 24), sembra dunque che la residenzialità sia una opzione residuale nel sistema dei servizi del meratese e che tendenzialmente il collocamento in struttura avvenga prevalentemente mediante un rapporto diretto tra famiglie e soggetti gestori, senza il coinvolgimento del servizio sociale. L'offerta residenziale però pare essere poco sviluppata in generale, un dato correlato è anche la scarsa incidenza che hanno avuto altre misure regionali sperimentali avviate negli anni 2013-2014, come le Rsa aperte, che hanno visto aderire solo 3 realtà su 7 e con un numero di beneficiari veramente limitato (2).

Si aggiungono alla panoramica gli appartamenti protetti (APA), ovvero realtà residenziali di tipo socio-assistenziale finanziate con per una parte con la dotazione proveniente dal fondo sociale regionale. Anch'essa un'offerta "di nicchia" che intercetta oggi un numero limitato di persone.

Il territorio risulta carente di servizi di tipo semiresidenziale. Dalla ricognizione effettuata emerge la presenza del solo Centro diurno "Lomagna" a cui accedono utenti anche del territorio limitrofo (Monza Brianza).

## *Spesa*

La spesa complessiva sulla non autosufficienza è pari a 1,2 milioni di euro – pari a 10 euro procapite – che per quasi due terzi è destinata agli interventi di tipo domiciliare e per il restante terzo alla residenzialità.

La spesa media per utente per la domiciliarità è di 2.730 euro, con una compartecipazione media del 36%, che sale al 41% considerando solo il SAD quale l'unico servizio con costi parzialmente a carico dell'utenza, per un valore medio annuo della compartecipazione di 728 euro.

La spesa per la residenzialità è mediamente di oltre 13 mila euro annui a utente, di cui il 60% a carico dell'utente (circa 10 mila euro annui).

SPESA PER I CONTRIBUTI ED INTERVENTI IN SOSTEGNO ALLA NON AUTOSUFFICIENZA EROGATI DAL TERRITORIO - 2014	servizi domiciliari		servizi residenziali		totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
	<b>spesa annua totale</b>	<b>728.406</b>	<b>60,3</b>	<b>479.480</b>	<b>39,7</b>	<b>1.207.886</b>
<i>di cui sostenuta da Comuni/Ambito</i>	568.096	74,0	199.430	26,0	767.526	100,0
<i>di cui compartecipazione</i>	160.310	36,4	280.050	63,6	440.360	100,0
<b>spesa media annua/utente</b>	2.738	-	13.319	-	3.346	-

SPESA PER I CONTRIBUTI ED INTERVENTI IN SOSTEGNO ALLA NON AUTOSUFFICIENZA EROGATI DAL TERRITORIO - 2014	spesa annua totale	di cui sostenuta da Comuni/Ambito	di cui da compartecipazione	compartecipazione e media annua/utente
<b>servizi domiciliari</b>	€ 728.406,01	€ 568.096,01	€ 160.310,00	
SAD	€ 551.554,00	€ 391.244,00	€ 160.310,00	728,7
<i>buoni sociali (B2)</i>	€ 176.110,34	€ 176.110,34		
<i>voucher sociali (B2)</i>	€ 741,67	€ 741,67		
<b>servizi residenziali</b>	€ 479.480,00	€ 199.430,00	€ 280.050,00	
RSA	€ 472.667,00	€ 192.617,00	€ 280.050,00	€ 10.001,79
<i>APA (alloggi protetti)</i>	€ 6.813,00	€ 6.813,00		
<b>TOTALE</b>	<b>€ 1.207.886,01</b>	<b>€ 767.526,01</b>	<b>€ 440.360,00</b>	

## 2.2.2 Regolazione e performance organizzativa dei servizi e prestazioni per la disabilità

### Regolazione

La regolazione dei servizi è molto diversificata. L'area della domiciliarità, governata a livello d'ambito e gestita in modo associato, prevede l'applicazione di regolamenti omogenei per l'accesso e, per il SAD, anche per la compartecipazione al costo.

Per il SAD i parametri di accesso sono l'età (+65) e il grado di non autosufficienza, mentre il parametro economico, l'Isee, è richiesto unicamente per la compartecipazione al costo.

La misura B2, basata su un regolamento unico a livello provinciale, prevede per l'accesso, oltre al parametro anagrafico, la presenza dell'indennità di accompagnamento, il livello di gravità valutato mediante uno strumento omogeneo (si veda più avanti) ed il passaggio all'interno della unità di valutazione multidimensionale per la determinazione della quota di contribuzione da destinare (400-600-800 euro mensili per un massimo di 10 mesi). L'ISEE non è richiesto per l'accesso alla misura B1. Per accedere alla misura B2 è richiesto un ISEE: se compreso tra da € 7.500 a € 16.500 il valore del titolo sociale è parametrato adottando la formula lineare. Oltre un ISEE di € 16.500 l'utenza non accede al titolo.

La regolazione della residenzialità, come detto, è invece estremamente eterogenea. Dalla ricognizione effettuata solo 11 su 26 comuni risultano avere utenti per cui l'amministrazione contribuisce all'abbattimento della retta e di questi solo 5 hanno indicato quote di compartecipazione al costo derivanti dagli utenti. I requisiti di accesso sono

vari, alcuni indicano la sola valutazione dell'assistente sociale, altri l'utilizzo di criteri integrativi, alcuni solo di tipo assistenziale (livello di compromissione dell'autonomia), altri anche economici (reddito e situazione patrimoniale) altri ancora anche di tipo sociale (situazione familiare e reti di sostegno).

### Organizzazione dei servizi

Come indicato per l'area della disabilità l'accesso è territoriale, ovvero per il tramite dei segretariati sociali dei comuni, e non esiste per ora un punto unico di accesso. Il SUW (Sportello unico del welfare), pur essendo in fase di sperimentazione da parte dell'Asl di questo territorio, non rappresenta ad oggi una porta d'accesso unificata per i servizi di carattere socio-assistenziale.

Il percorso di presa in carico, a seguito della presentazione della domanda e dell'analisi del caso da parte del servizio sociale comunale, segue poi canali diversificati.

Per il SAD la valutazione avviene, sulla base dei requisiti indicati nelle Linee guida del servizio e scheda di attivazione omogenea, ma senza la condivisione di uno strumento di valutazione omogeneo, né di una scala codificata per la misurazione del livello di gravità della persona. E' la valutazione discrezionale dell'operatore sociale a determinare la rispondenza ai requisiti o meno. Quello che appare talvolta determinante nella possibilità di concedere o meno il servizio è la disponibilità di risorse, ovvero quanto del budget assegnato annualmente per il servizio SAD è già stato speso e quanto margine rimane per concedere accessi per l'assistenza al domicilio<sup>2</sup>. Pare dunque una valutazione che rischia di essere fortemente orientata dalla disponibilità economica.

Diverso è il caso della misura B2 per la quale l'accesso avviene mediante una segnalazione da parte dei medici di medicina generale, sulla base di uno strumento codificato e omogeneo basato sulla scala di valutazione ADL IADL, che determina un punteggio sul quale è prevista una soglia al di sopra della quale il caso viene classificato come complesso e passa alla valutazione multidimensionale realizzata da parte di una équipe integrata con la Asl per la determinazione dell'intervento e l'erogazione della misura (buoni o voucher e di quale entità). All'équipe partecipa un'unica assistente sociale per tutti i comuni dell'ambito. In questo caso dunque il processo di presa in carico è più codificato, come abbiamo visto però le risorse a disposizione rimangono un tema dirimente per l'accesso, poiché su questa misura si sono registrate liste d'attesa e utenza che pur avendone diritto è stata esclusa per mancanza di risorse.

Sulla residenzialità vale l'eterogeneità descritta precedentemente anche per la presa in carico.

I dati e le informazioni di riferimento delle prese in carico e dei progetti realizzati sono tendenzialmente governati dai singoli operatori o, per le misure d'ambito, dall'ufficio di piano e dall'azienda. Non esistono ad oggi sistemi informativi integrati, su cui il nuovo piano di zona ha invece posto per il prossimo futuro uno dei suoi obiettivi strategici (cartella sociale informatizzata).

---

<sup>2</sup> Si evidenziano differenti comportamenti da parte delle amministrazioni comunali dell'ambito: alcune orientate ad accogliere sempre la domanda espressa e soddisfare la richiesta di sostegno al domicilio, altri che assegnano un budget annuo per il servizio e che chiedono il suo rigoroso rispetto.

**AREA NON AUTOSUFFICIENZA - 2014**

**Accesso**

**Compartecipazione**

	<i>Regolazione</i>	<i>Criteria</i>		<i>Regolazione</i>	<i>Criteria</i>
		Criteria economici	Criteria non economici		
<b>servizi domiciliari</b>					
	SAD ambito	Assenti	>65 anni; Isee; Totale o parziale non autosufficienza Isee, indennità di accompagnamento, livello di gravità su punteggio ADL	ambito	da esenzione a 16,20 euro orari
	B2 - buoni e voucher sovra-ambito	Assenti	IADL		nessuna compartecipazione
<b>servizi residenziali</b>					
	RSA comunale	variabili: reddito insufficiente, nessun patrimonio, Isee	variabili: valutazione dell'assistente sociale; livello di autonomia e grado di non autosufficienza; reti familiari e di supporto		

### 2.2.3. L'integrazione con i soggetti territoriali

Si è detto dell'integrazione tra comuni per quanto riguarda la gestione del servizio SAD, erogato dall'Azienda Speciale Retesalute mediante convenzione con una cooperativa. Cooperativa che ha assorbito in anni passati personale proveniente dalle amministrazioni, garantendo dunque continuità di servizio per l'utenza già in carico. Seppur l'accesso e la valutazione viene gestita dal singolo comune, il coordinamento del servizio è poi realizzato in modo unitario da parte dall'Azienda.

In riferimento al SAD abbiamo già accennato come sul territorio operino altri soggetti, anche di tipo privato, che erogano servizi analoghi, per alcuni aspetti anche ad elevata specializzazione (es. demenze ed Alzheimer), ed altamente concorrenziali, con cui non si sono sviluppate ad oggi relazioni organiche.

In riferimento all'integrazione sociosanitaria l'esperienza più recente e significativa è quella riferita all'erogazione della misura B2 ed alla costituzione di una équipe integrata composta da infermiere, medico e assistente sociale (più altri specialisti se necessario) per la valutazione e la progettazione dell'intervento in supporto alla domiciliarità in situazioni complesse. Si è però evidenziato come questa integrazione stia attraversando un momento di incertezza, poiché, seppur indicato come obiettivo strategico nella programmazione zonale 2015-2017, non ha visto confermato l'impegno economico dell'Asl per l'anno in corso. L'ASL infatti non ha confermato la copertura economica per l'attività dell'assistente sociale dell'Ambito per il 2015 e ha poi optato per costituire una Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) formata da personale interno (medico – infermiere) .

### 2.2.4 Punti di forza e debolezza delle prestazioni e servizi erogati e possibili margini di miglioramento in linea con le proposte nazionali di riforma

Possiamo richiamare, tra i "punti di forza" di questa esperienza, la presenza di una regolazione omogenea del SAD, anche se nella gestione presenta ancora livello di discrezionalità elevata, nonché il progetto Living Land: sperimentazione in cinque comuni dell'ambito di forme innovative di integrazione dei servizi domiciliari, punti di ascolto per le famiglie, la custodia e la telefonia sociale, la domotica.

Alcuni punti di debolezza e di potenziale sviluppo riguardano una copertura relativamente limitata dei servizi nei confronti della domanda potenziale e una eterogeneità nella gestione dei ricoveri in residenza, in termini di accesso e compartecipazione ai costi.

La rete dei servizi presenta margini di sviluppo in particolare verso alcune direzioni, oggetto di concrete attenzioni:

- a. Crescita di un sistema informativo coerente e integrato, con l'adozione di una cartella sociale informatizzata,
- b. revisione dell'ISEE, verso un regolamento d'ambito e che potrebbe aiutare a rendere più omogenea l'area della residenzialità, ma anche la compartecipazione sul SAD, con possibile eliminazione della fascia di esenzione, applicazione delle fasce ed introduzione della formula progressiva;
- c. formazione degli operatori del SAD sulla gestione al domicilio delle persone affette da demenze, prevista dal Piano di Zona;
- d. revisione delle Linee Guida del SAD a livello d'ambito, finalizzata a rivedere l'offerta specifica del servizio, a partire dalla valutazione del servizio e dall'analisi del contesto.

## 2.3 Le politiche e gli interventi in favore delle persone con disabilità nell'Ambito di Merate

### 2.3.1. La domanda e l'offerta di prestazioni e servizi erogati dal territorio: principali caratteristiche ed entità

#### Evoluzione della domanda

Le persone con disabilità prese in carico dai servizi socio-assistenziali dell'ambito di Merate, a livello comunale o associato, sono 413. A questi si aggiungono 279 utenti seguiti mediante l'Assistenza Educativa Scolastica (231 fino alla secondaria di 1° grado; 23 secondaria di 2° grado; 25 disabili sensoriali) che non vengono contemplate nelle analisi per omogeneità con gli altri territori.

La stima proxy (da indagine Istat 2013) delle persone residenti nell'ambito territoriale con deficit funzionale e con meno di 65 anni d'età è di 959 persone, attestando l'indice di copertura della popolazione target al 43% ovvero quasi una persona su due con qualche deficit funzionale viene seguita dai servizi socio-assistenziali dei comuni. Considerando anche l'utenza dell'assistenza educativa scolastica, l'indice di copertura sale ad oltre il 72%.

La prevalenza degli utenti fruisce di servizi di tipo semiresidenziale o a ciclo diurno (cse, sfa, cdd, cfpp); un terzo di interventi di sostegno al domicilio (sadh o misura B2 legata al Fondo Non Autosufficienza ministeriale) e una minima parte è inserita all'interno di servizi di tipo residenziale per cui i comuni integrano le rette (css – rsd – comunità alloggio).

In riferimento alla copertura dei servizi dalle interviste qualitative e dai documenti del piano di zona emerge l'evidenza di una piena saturazione dei servizi diurni presenti sul territorio, per cui sono in previsione imminenti potenziamenti<sup>3</sup> e in qualche caso la presenza di liste d'attesa (es. CSE piccoli). L'unico dato che si presenta in controtendenza è riferito al servizio domiciliare disabili (sadh), che segna nel tempo una diminuzione delle persone in carico<sup>4</sup>, in parte giustificata dal sopraggiungere delle misure legate ai finanziamenti nazionali (B2) ma anche, come si legge nel piano di zona 2015-2017, ad altri fenomeni contingenti come la nuova disponibilità dei caregiver indotta dalla crisi, il contemporaneo calo delle disponibilità economiche dei comuni, l'introduzione della compartecipazione al costo e la presenza di più agenzie competitive sul territorio.

Nonostante la saturazione, la percezione degli operatori è quella di un presidio pieno delle situazioni di disabilità di minori e di persone adulte con medio-gravi compromissioni, che richiedono quindi l'inserimento in servizi strutturati. Talvolta, proprio per la saturazione, si rendono necessarie soluzioni alternative che, anche se non pienamente appropriate, consentono tuttavia di mantenere il presidio della presa in carico (sono state definite "soluzioni ponte").

Diversa è invece la percezione circa le disabilità adulte medio-lievi, che non richiedono l'inserimento in servizi-struttura ma interventi più "leggeri" di tipo territoriale e che possono richiamare al tema dei percorsi di vita indipendente. Queste situazioni oggi solo in parte sono incluse nei percorsi di formazione professionale, la maggior parte sembra invece riguardare persone difficilmente collocabili al lavoro e che necessiterebbero di tirocini socio-occupazionali o tirocini formativi di lunga durata, che tuttavia la normativa lombarda non consente. Si tratta di persone che normalmente percepiscono qualche forma di contribuzione economica da parte del proprio comune di residenza e su cui dunque esiste già un intervento di assistenza

<sup>3</sup> es. ampliamento CDD di Merate da 15 a 30 posti nel 2016 concomitante al potenziamento di alcuni CSE della zona con il passaggio da 15 a 18 posti.

<sup>4</sup> Gli utenti sono passati da n. 50 nel 2012 a n. 40 nel 2014 (FSR 2015)

sociale, sebbene di altro tipo. Un dato *proxy* riferito a questo “target scoperto” sono le circa 20 persone nell’anno 2014 con questo profilo segnalate ai servizi al lavoro.

Sul territorio provinciale esiste un servizio socio-occupazionale (CESEA – centro sociale adulti) che copre l’area intermedia tra i servizi diurni disabili (CSE e SFA) e i servizi al lavoro e che propone percorsi socio occupazionali di lunga durata. Un servizio ancora molto di nicchia, con numeri molto limitati di presa in carico e che attualmente viene finanziato interamente dai comuni, in parte singolarmente e in parte in modo associato grazie alle quote di solidarietà disponibili a livello d’ambito.

<b>CONTRIBUTI ED INTERVENTI RIVOLTI ALLE PERSONE CON DISABILITA' - 2014</b>	<b>n. utenti</b>	<b>% su residenti</b>	<b>% su popolazione target*</b>
<b>servizi domiciliari</b>	<b>133</b>	<b>0,11%</b>	<b>13,87%</b>
<i>SADH</i>	43	0,04%	4,48%
<i>buoni sociali (B2)</i>	52	0,04%	0,83%
<i>voucher sociali (B2)</i>	38	0,03%	3,96%
<b>servizi semiresidenziali</b>	<b>227</b>	<b>0,19%</b>	<b>23,67%</b>
<i>CDD</i>	67	0,06%	1,07%
<i>SFA</i>	8	0,01%	0,13%
<i>CSE</i>	69	0,06%	1,10%
<i>CSE piccoli</i>	7	0,01%	0,11%
<i>Cfpp</i>	76	0,06%	1,21%
<b>servizi residenziali</b>	<b>53</b>	<b>0,04%</b>	<b>5,53%</b>
<i>RSD</i>	14	0,01%	1,46%
<i>CSS</i>	29	0,02%	3,02%
<i>CA</i>	10	0,01%	1,04%
<b>TOTALE</b>	<b>413°</b>	<b>0,34%</b>	<b>43,07%</b>

\* persone con limitazioni funzionali <65 anni

° al totale si aggiungono i 279 utenti dell’Assistenza educativa scolastica, non conteggiati per omogeneità di analisi con gli altri approfondimenti territoriali

### Sistema d’offerta

L’intervento sulla disabilità dei comuni del Meratese si compone prevalentemente di prestazione di servizi. Solo una parte della misura B2 prevede l’erogazione di buoni per il riconoscimento di prestazioni svolte al domicilio dal caregiver (52 utenti su 413), , mentre tutte le altre tipologie di intervento comportano la fruizione di un servizio, anche attraverso l’erogazione di voucher per l’acquisto di prestazioni.

La gestione è in grande prevalenza di tipo associato tra i comuni dell’ambito (*sadh*, *B2*, *Cse piccoli*, *Cdd*,) in qualche caso con un estensione a livello provinciale (*Cse*, *Sfa* e *Cfpp*). L’unica eccezione riguarda i servizi residenziali per cui l’eventuale integrazione della retta, è governata autonomamente dai singoli comuni.

In area semiresidenziale è da segnalare la presenza peculiare di un servizio dedicato ai minori – *CSE Piccoli* – nato in anni passati da una sperimentazione promossa dall’ASL di Lecco, quando sul territorio non esistevano ancora le scuole potenziate. Il servizio accoglie minori che non frequentano percorsi scolastici perché portatori di disabilità significative. Dunque un servizio ad alta intensità assistenziale, oggi quasi totalmente a carico dei comuni in quanto classificato come unità d’offerta socio-assistenziale. E’ in corso di studio la possibilità di trasformazione del servizio in *CDD*, dunque offerta socio-sanitaria, in considerazione delle caratteristiche dell’utenza attuale (codificabile come *SIDI 1*). E’ un servizio che rivela grande apprezzamento da parte delle famiglie, perché specializzato e dedicato alla fascia d’età scolare, e che,



data la capienza limitata (6 posti), presenta oggi una domanda inevasa significativa (4 persone in lista d'attesa).

Sempre in riferimento all'area dei minori disabili è da segnalare il servizio CFPP – Centro di formazione professionale polivalente – di rilievo provinciale - che prevede, tra gli altri, percorsi integrati con le scuole secondarie di primo grado a sostegno dell'osservazione e orientamento scolastico di minori con disabilità al fine di sostenere il loro successo scolastico (30 utenti dell'Ambito di Merate nel 2013) e percorsi educativi per persone con disabilità medio gravi che accompagnano il transito verso servizi semiresidenziali strutturati (cdd e cse – 13 utenti)<sup>5</sup>.

All'offerta mappata sin qui si aggiunge il servizio di Assistenza Educativa Scolastica, gestito in modo associato a livello d'ambito dall'azienda speciale Retesalute e rivolto ad alunni certificati, anche dell'area della prima infanzia e delle scuole secondarie di secondo grado. Un servizio che integra il sostegno scolastico e che offre la presenza di educatori che realizzano interventi, anche di gruppo, in supporto del minore con disabilità. La gestione associata ha consentito una regolazione omogenea di questo servizio e importanti percorsi migliorativi, come la garanzia di una maggior regia sull'intervento, la predisposizione di progetti individualizzati e il loro monitoraggio nel tempo, una miglior connessione con il servizio sociale dei comuni, azioni educative di gruppo e non solo sul singolo nonché la possibilità di effettuare screening nelle classi al fine di evidenziare eventuali DSA.

### Spesa

La spesa complessiva dei comuni dell'ambito di Merate sull'area disabilità è pari a quasi 2,3 milioni di euro annui (dato 2014). Di questi, poco meno di due milioni provengono da risorse comunali o d'ambito, mentre solo il 13,8% deriva dalla compartecipazione diretta degli utenti.

Tre quarti della spesa comunale è prevalentemente distribuita sui servizi semi-residenziali e a ciclo diurno, su cui gravita la maggior parte dell'utenza. Analizzando i valori medi annui per utente, si evidenzia una spesa media totale sulla disabilità di 6.282 euro, di cui mediamente 760 a carico dell'utenza. Una spesa che vede però considerevoli differenziazioni a seconda della tipologia di intervento prestato, anche all'interno della medesima area. Certamente il dato riflette livelli differenti di intensità assistenziale: ad esempio il CSE piccoli, dedicato a minori con gravi disabilità che sono al di fuori dai circuiti scolastici tradizionali, copre una spesa tre volte superiore a quella dei CSE tradizionali.

<b>SPESA PER CONTRIBUTI ED INTERVENTI RIVOLTI ALLE PERSONE CON DISABILITA' EROGATI DAL TERRITORIO - 2014</b>	<b>servizi domiciliari</b>		<b>servizi semiresidenziali</b>		<b>servizi residenziali</b>		<b>Totale</b>	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
<b>spesa annua totale</b>	<b>278.100</b>	<b>12,3</b>	<b>1.715.948</b>	<b>75,7</b>	<b>273.691</b>	<b>12,1</b>	<b>2.267.740</b>	<b>100,0</b>
<i>di cui sostenuta da Comuni/Ambito</i>	255.585	13,1	1.546.858	79,2	151.364	7,7	1.953.807	100,0
<i>di cui compartecipazione</i>	22.515	7,2	169.090	53,9	122.328	39,0	313.932	100,0
<b>spesa media annua/utente</b>	2.091	-	7.559	-	5.164	-	6.282	-

<sup>5</sup> A questi si aggiungono corsi di formazione per soggetti con disabilità lieve (anche non certificata), che nel 2013 hanno riguardato 22 utenti e percorsi di avviamento al lavoro per 11 utenti. Complessivamente i percorsi offerti dal CFPP sono: Area Formazione (disagio sociale e disabilità lieve-media; Area educativa formativa (disabilità medio-grave); Progetti integrati con la scuola; Avviamento al lavoro; Riorientamento e integrazione.

<b>SPESA PER CONTRIBUTI ED INTERVENTI RIVOLTI ALLE PERSONE CON DISABILITA' EROGATI DAL TERRITORIO - 2014</b>	<b>spesa annua totale</b>	<i>di cui sostenuta da Comuni/Ambito</i>	<i>di cui da compartecipazione</i>	<b>spesa media annua/utente</b>
<b>servizi domiciliari</b>	€ 278.100,21	€ 255.585,46	€ 22.514,75	
<i>SADH</i>	€ 102.201,67	€ 79.686,92	€ 22.514,75	523,6
<i>buoni sociali (B2)</i>	€ 101.146,11	€ 101.146,11		
<i>voucher sociali (B2)</i>	€ 74.752,43	€ 74.752,43		
<b>servizi semiresidenziali</b>	€ 1.715.948,00	€ 1.546.858,00	€ 169.090,00	
<i>CDD</i>	€ 749.010,00	639.070	109.940	1.640,9
<i>SFA e CSE</i>	€ 643.187,00	587.887	55.300	718,2
<i>CSE piccoli</i>	€ 165.335,00	161.485	3.850	550,0
<i>Cfpp</i>	€ 158.416,00	€ 158.416,00		
<b>servizi residenziali</b>	€ 273.691,34	€ 151.363,82	€ 122.327,52	
<i>RSD</i>	€ 106.546,14	€ 58.349,14	€ 48.197,00	€ 3.442,64
<i>CSS</i>	€ 71.927,00	€ 42.042,48	€ 29.884,52	
<i>CA</i>	€ 95.218,20	€ 50.972,20	€ 44.246,00	€ 4.424,60
<b>TOTALE</b>	<b>€ 2.267.739,55</b>	<b>€ 1.953.807,28</b>	<b>€ 313.932,27</b>	

### 2.3.2. Regolazione e performance organizzativa dei servizi e prestazioni per la disabilità

#### Regolazione

La regolazione dei servizi per la disabilità, ad eccezione della residenzialità, si presenta oggi omogenea a livello d'ambito per gran parte dei servizi erogati (5 degli 8 servizi indicati nella rilevazione). In anni recenti questa è stata un'area di investimento privilegiata a livello provinciale (comune ai tre ambiti della provincia di Lecco), al fine di pervenire a garantire un elevato livello di omogeneità ed equità.

Tutti i servizi domiciliari e a ciclo diurno vedono un regolamento comune per l'accesso ai servizi, basato generalmente sull'età e sulla condizione di gravità della persona. La condizione economica viene considerata unicamente per i servizi domiciliari, ma non è vincolante per l'accesso al servizio quanto funzionale, per il *sadh*, alla definizione delle diverse fasce di compartecipazione al costo.

Alla regolazione omogenea dei requisiti di accesso e della tariffazione per i servizi a ciclo diurno si è aggiunta, a livello provinciale, una definizione comune dei costi dei servizi, così da fissare quote uniche di integrazione da parte dei comuni, attraverso le rette dei comuni per i residenti e le quote di solidarietà degli stessi (quote distrettuali per i CDD e quote provinciali per CSE e SFA), oltre alla quota coperta a livello d'ambito (CSE SFA e CDD<sup>6</sup>).

Differente è la situazione per l'area della residenzialità, rimasta in capo ai singoli comuni, che applicano politiche molto diverse tra loro. Viene segnalato tra l'altro come risultati molto difficile ricostruire puntualmente la situazione, poiché le stesse modalità di considerazione della voci di spesa sono differenti tra i singoli comuni.

<sup>6</sup> 516 euro utente/mese per CSE piccoli; 515 euro utente/mese per CSE e SFA; 516 euro utente/mese per CDD

AREA DISABILITÀ	Accesso			Compartecipazione	
	Regolazione	economici	non economici	Regolazione	Criteria
<b>servizi domiciliari</b>					
SADH	ambito	Assenti	Invalidità >46% Valutazione discrezionale grado di multiproblematicita'	ambito	n.d.
B2 - buoni e voucher	sovra-ambito	Assenti	Indennità di accompagnamento Punteggio ADL IADL	nessuna compartecipazione	
<b>servizi semiresidenziali</b>					
CDD	sovra-ambito	Assenti	Età scolare Entro 5 classi SIDI	sovra-ambito	tariffa unica 115euro/mese
SFA	sovra-ambito	Assenti		sovra-ambito	
CSE	sovra-ambito	Assenti	> 18 anni Valutazione discrezionale media disabilità	sovra-ambito	tariffa unica 60-70euro/mese
CSE piccoli	ambito	Assenti	Età scolare Valutazione discrezionale grave disabilità	ambito	tariffa unica 50euro/mese
<b>servizi residenziali</b>					
RSD	comunale	Variabili molti indicano requisiti economici, valutazione isee	Variabili: esempio valutazione sociale della fragilità della persona, valutazioni condizione al domicilio, valutazione della rete familiare	comunale	Variabili molti indicano requisiti economici, valutazione isee

## Organizzazione dei servizi

L'accesso ai servizi domiciliari e semiresidenziali è governato a livello d'ambito mediante la segnalazione all'Ufficio di piano da parte dei singoli servizi sociali di base dei comuni<sup>7</sup> che raccolgono la domanda dei familiari la domanda e formulano la proposta inviando la documentazione sul caso. I servizi specialistici e la scuola segnalano per l'assistenza educativa scolastica, mentre il sadh viene attivato dal servizio sociale comunale mediante l'azienda. E' a livello d'ambito che successivamente viene valutata la richiesta di inserimento e la definizione del servizio più adeguato.

L'accesso dell'utenza è dunque territoriale, non esistono porte uniche a livello sovra comunale che accolgono la domanda delle persone con disabilità, vi è però un governo d'ambito delle domande accolte dai comuni (a livello di Azienda per la scolastica e il sadh e di ufficio di piano per i servizi diurni), per orientare verso il servizio più adeguato. Le pedagogiste dell'Azienda seguono la valutazione dei casi segnalati per l'assistenza scolastica; Come in altri territori lombardi (si veda Garbagnate) è in sperimentazione il SUW - sportello unico per il welfare – ma ancora in fase iniziale e oggi non rappresenta un punto di accesso riconosciuto da utenza e servizi.

E' da segnalare invece la presenza di un supporto molto rilevante alla fase di accesso e di progettazione sul caso: il servizio SAI – servizio di aiuto all'integrazione. Un servizio che i tre ambiti della provincia hanno sviluppato insieme, coordinato dall'ambito di Lecco, che supporta i servizi sociali dei comuni e anche direttamente le famiglie in diversi aspetti:

- nella valutazione del bisogno mediante osservazioni dirette, ascolto e accompagnamento
- nella costruzione di progetti personalizzati, nella logica del progetto di vita integrato nella propria comunità di appartenenza
- nella scelta del servizio più adeguato
- e nel monitoraggio nel tempo del percorso progettuale della persona.

Nel tempo il servizio si è consolidato, vedendo crescere notevolmente i numeri dei casi analizzati arrivati nel 2014 a 110 a livello provinciale, presentandosi oggi come un punto di riferimento importante, dotato di persone qualificate, e percorsi di funzionamento e strumenti utilizzati ormai codificati. Attraverso il SAI si segnala per l'altro l'emersione di utenza che non ha mai fatto esperienza di servizi per la disabilità, soprattutto in riferimento a quell'area adulta con disabilità medio lieve a cui si faceva riferimento poc'anzi (cfr Relazione di accompagnamento alla programmazione economica area comune Piano di zona 2015-2017).

Per quanto riguarda la codifica omogenea degli strumenti di valutazione, la situazione è piuttosto variegata. Per il sadh, sebbene i requisiti di accesso siano omogenei, la valutazione è discrezionale, lasciata al singolo operatore senza l'utilizzo di griglie o scale codificate. Diversamente invece la misura B2 ha visto la realizzazione di un percorso comune con la ASL che ha portato alla definizione di diversi step di valutazione, a partire dalla segnalazione del MMG, con schede e strumenti definiti e la costituzione di un'équipe multidisciplinare integrata tra sociale e sanitario. E' stato cioè individuato un punteggio soglia, costruito in base a una scheda sociosanitaria compilata dal MMG, grazie al quale distinguere i casi da valutare in UVM. In generale, per i progetti individualizzati assistenziali si utilizza una combinazione tra scale ADL e IADL a cui viene accostata la valutazione sociale compilata dagli assistenti sociali comunali.

Per i servizi struttura non esistono strumenti di valutazione codificati a livello comunale e omogenei a livello d'ambito ad eccezione, come detto, dei casi che transitano per il progetto SAI, che invece utilizza strumenti di valutazione omogenei, elaborati dal progetto. Sulla residenzialità valgono le considerazioni riportate in precedenza, dato che l'eterogeneità ovviamente riguarda anche questo specifico aspetto.

In riferimento agli strumenti, infine, è da segnalare la condivisione a livello di segretariato sociale di un sistema omogeneo di registrazione degli accessi e delle domande, definito *Diario di bordo*. Strumento di codificazione della domanda che arriva al segretariato sociale, non informatizzato, che ad oggi consente unicamente di fare analisi rispetto alla domanda espressa, ma non prevede la registrazione dell'utenza in carico né degli interventi

<sup>7</sup> Gestito a livello associato per 17 dei 24 comuni.

erogati, non connotandosi di fatto come uno strumento informativo articolato. Questo è però un tema di investimento per l'ambito nel corso del piano di zona vigente.

### **2.3.3 L'integrazione con i soggetti territoriali**

Dell'integrazione intercomunale si è in gran parte scritto nel corso dell'analisi, in riferimento al livello di governo omogeneo tra comuni nella regolazione dei servizi e alla gestione associata, sia mediante l'azienda speciale Retesalute (Sadh) che alle convenzioni d'ambito/provinciali con i diversi soggetti gestori (es. per cse piccoli, cse/sfa e cdd). Questo è peraltro un livello di integrazione che, come emerso, travalica i confini dell'ambito, prevedendo modalità di integrazione, regolativa e gestionale, a livello provinciale.

L'integrazione con l'Asl ha visto un'importante percorso di condivisione grazie all'introduzione di valutazioni congiunte per i casi complessi, che hanno riguardato anche persone con disabilità, riferiti all'erogazione degli interventi previsti dalla misura B2. Tali percorsi purtroppo ad oggi non sono però riusciti a "contaminare" altre aree di intervento (es. CDD), né nella condivisione di strumenti né nella declinazione di équipe multidisciplinari, e in generale mantengono ancora elevati gradi di incertezza (per il 2015 l'Asl non ha ancora fatto sapere se continuerà a sostenere finanziariamente l'équipe multidisciplinare).

Forme di collaborazione positiva sono state rilevate nel corso dell'intervista con la rete dei servizi specialistici, soprattutto dell'area minori. Abbiamo già segnalato come l'accesso ai servizi sociali del comune avvenga abitualmente, oltre che dalla singola famiglia, anche tramite i pediatri e gli operatori della neuropsichiatria infantile.

E' emersa inoltre una buona connessione con il mondo della scuola, in particolare in riferimento al servizio di Assistenza Educativa Scolastica.

Positiva anche l'integrazione con i diversi soggetti del terzo e quarto settore che operano sul territorio per la gestione dei servizi, con i quali si condivide abitualmente il percorso programmatico e riflessioni sull'evoluzione servizi, come ad esempio quanto già nominato in relazione al cse piccoli e alla necessità di trasformazione in unità d'offerta sociosanitaria; o ancora alle sperimentazioni di servizi sull'area lavoro come il Cesea. In particolare sull'area minori c'è stato nel recente passato un investimento specifico rispetto alla conoscenza dei bisogni delle famiglie, realizzato all'interno dello scorso piano di zona, da cui sono nate nuove esperienze progettuali come ad esempio "La casa di Sofia" per la promozione di percorsi di accompagnamento delle famiglie nella relazione con i figli e nell'accettazione della grave diagnosi e "Scompiti", un progetto che sta promuovendo percorsi di osservazione del minore per l'agevolazione del trattamento di alunni diagnosticati con DSA e la valutazione l'accompagnamento alla diagnosi.

### **2.3.4 Punti di forza e debolezza delle prestazioni e servizi erogati e possibili margini di miglioramento in linea con le proposte nazionali di riforma**

Tra i principali punti di forza del territorio in riferimento agli interventi per le persone con disabilità si evidenziano:

- la presenza di un sistema di governo omogeneo, ad eccezione dell'area della residenzialità, che è stato investimento specifico degli ultimi anni, toccando non solo la regolazione dell'accesso ai servizi e dell'eventuale compartecipazione, ma anche il tema del costo complessivo arrivando alla determinazione di tariffe omogenee anche per i comuni. Questo rappresenta certamente un punto di forza in termini di equità territoriale garantita.

- l'area della semiresidenzialità mostra discreti/interessanti livelli di copertura della domanda potenziale, peraltro in prospettiva ampliabili grazie ad investimenti già programmati sul sistema dei servizi (ampliamento offerta CDD e CSE).
- E' inoltre positiva esperienza SAI, che rappresenta un modello interessante di presa in carico e accompagnamento alla persona disabile e alla sua famiglia verso il servizio più adeguato, garantendo osservazione, orientamento, progettazione personalizzata, affiancamento in una prima fase di tempo. Certamente questo rappresenta un investimento importante sia nella direzione di garantire appropriatezza dell'intervento che, di conseguenza, una sua maggior efficacia. Il limite presente oggi è che questo non è un dispositivo "a sistema", fruibile da tutte le persone prese in carico, ma riguarda solamente una ventina di utenti. Attualmente è attivo per l'accesso a servizi-struttura a ciclo diurno, ma il modello è applicabile anche a progetti di vita indipendente. In questa direzione si sta realizzando un progetto sulla Vita Indipendente finanziato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali.
- Un ultimo punto di forza risiede nel pensiero progettuale sui servizi per la disabilità, che su questo territorio è molto attivo. E' alta l'attenzione sulle evoluzioni necessarie per garantire sempre maggior adeguatezza e appropriatezza nelle risposte erogate e sono attivi gruppi di studio e progettazione (es. cesea, ad es. cse piccoli, ad es. assistenza educativa scolastica).

I punti di debolezza che invece si riscontrano riguardano:

- la significativa eterogeneità ancora presente sul fronte della residenzialità
- Le importanti scoperture sull'area adulta, in particolare sulle disabilità medio lievi con cui lavorare sul tema dell'inclusione sociale, al di fuori dell'inserimento i servizi strutturati. Abbiamo osservato come il tema sia oggi ancora debolmente presidiato, sia in termini di conoscenza e contatto delle persone (rappresentano il "target scoperto") che di interventi attivabili strutturati. L'area lavoro stessa è ancora fragile, si registra un'elevata frammentazione e mancanza di progetti di vita che ogni servizio comunale sarebbe chiamato a fare. A differenza di altre aree di intervento, su questo fronte non si è ancora arrivati a un "modello" a livello d'ambito.
- Si rileva una incidenza ancora piuttosto limitata sul piano dell'assistenza domiciliare, che per altro risulta in flessione negativa.
- Ad oggi non esiste un sistema informativo che supporti la conoscenza integrata delle persone disabili in carico ai servizi (sociali e non solo) e la programmazione del sistema di risposte. Questa rappresenta però un'ipotesi di sviluppo futuro poiché il tema è assunto come obiettivo del piano di zona vigente.