

LE POLITICHE SOCIALI IN MOLISE

RAPPORTO 2014

Q
U
A
D
E
R
N
I

79



QUADERNI FORMEZ

Formez PA, Istituto in house al Dipartimento della Funzione Pubblica, opera a sostegno delle amministrazioni italiane e al servizio del cittadino nel rafforzamento e nella diffusione delle riforme. La produzione editoriale rappresenta un tradizionale strumento di diffusione della conoscenza cui oggi si affiancano i mezzi di comunicazione multimediali e sociali. Fin dai primissimi anni di attività dell'Istituto, negli anni Sessanta, intere generazioni di funzionari pubblici si sono formate sui testi Formez. D'altro canto, la formazione, le competenze e lo sviluppo delle risorse umane sono per le PA requisiti indispensabili per il successo dei processi di innovazione, soprattutto nella stagione in cui l'affermazione delle tecnologie favorisce la dematerializzazione e la velocizzazione delle procedure. Nelle collane editoriali attuali – Quaderni, Materiali e Azioni di Sistema per le Pubbliche Amministrazioni – sono contenuti volumi in forma di guide, manuali, indagini. L'intreccio tra sistemi interpretativi, ricerca, analisi e testimonianze “sul campo” li rende preziosi strumenti di lavoro o di progettazione per indirizzare e qualificare l'azione della PA. Tutte le pubblicazioni sono disponibili in formato pdf all'indirizzo web www.formez.it.

Harald Bonura

Commissario Straordinario Formez PA



79

LE POLITICHE SOCIALI IN MOLISE

RAPPORTO 2014

Il Rapporto è stato realizzato all'interno del progetto "L'Osservatorio dei fenomeni socio-sanitari e le politiche di welfare nella Regione Molise", affidato a Formez PA dalla Regione Molise.

Ricerca a cura di

Irene Savi, Domenico Guidi – responsabili del progetto per Formez PA

Antonio Petrone – responsabile scientifico della ricerca

Contributi di

Angela Battista, Mara Carnevale

Maria Ida Celeste, Iolanda De Caro

Sabrina Liberanome, Sandra Giuliano

Mariadomenica Lombardi, Ercole Rocca

Organizzazione editoriale

Vincenza D'Elia, Paola Pezzuto



L'andamento demografico regionale, l'accentuarsi dello spopolamento nelle aree interne e i tagli delle politiche nazionali al sistema di protezione sociale, rappresentano tre indicatori che fotografano un mutamento irreversibile delle nostre comunità locali con una presenza percentuale sempre più bassa di giovani e una preponderanza marcata della popolazione anziana.

I mutamenti del mercato del lavoro scontano la crisi del terziario pubblico, dell'edilizia e dell'agricoltura, con difficoltà evidenti a ricomporre la frammentazione occupazionale o le aspettative di lavoro. Decenni di egemonia culturale dell'impiego pubblico hanno orientato corsi di studi, scelte di vita e protezioni familiari, che si scontrano con un blocco delle assunzioni che si protrae da un decennio, né è una soluzione la precarizzazione elevata a sistema di giovani che invecchiano senza certezze in contratti di collaborazione che tendono a ridursi per gli ulteriori tagli alla spesa pubblica. In assenza di risposte locali ci si allontana dal territorio con una spoliazione di intere comunità che vengono private di ogni seria prospettiva di inversione demografica. Non sarà semplice restituire valore alla nostra economia manifatturiera, agricola, artigianale, turistica e del terziario privato. Le molteplici opportunità di costruire progetti imprenditoriali sulle vocazioni più autentiche del Molise vengono rallentate da una mentalità consolidatasi a partire dagli anni Settanta quando il notabilato locale spinse migliaia di giovani, e meno giovani, a entrare nella pubblica amministrazione con conseguenti trasferimenti nelle periferie delle principali città della regione. Un mutamento epocale che ridisegnò la mappa dell'emigrazione, favorì l'affievolirsi delle attività private e orientò i progetti di vita verso un salario certo.

Oggi quel mondo è andato in frantumi e in pochi hanno il coraggio di dire che il Re è nudo, che migliaia di laureati in giurisprudenza o in discipline equipolenti, difficilmente trovano lavoro a livello regionale. È urgente un diverso modello di sviluppo che trasformi la nostra presunta "arretratezza" in un volano per creare posti di lavoro in settori innovativi quali un'agricoltura di nicchia, valorizzando i nostri borghi, e formando competenze in attività imprenditoriali che sappiano restituire attrattività e valore ai 110 comuni che perdono popolazione. Tra i settori di riferimento di questa nuova stagione c'è quello dei servizi alla per-

sona e quindi delle politiche sociali, su cui fortunatamente si è investito nel corso del tempo con corsi universitari, con strutture qualificate e con un approccio sistemico. La Regione Molise ha inteso riordinare il comparto approvando la legge 13/2014 con cui si recepisce la legge quadro nazionale 328/2000, adottando il Regolamento attuativo 1/2015 e approntando il Piano Triennale Sociale 2015-2017. Con questa cornice normativa si sono delineate strategie di intervento e atti di programmazione capaci di restituire certezze ai cittadini, di innalzare gli standard qualitativi, di incentivare ogni buona pratica per gli enti locali e di sostenere l'integrazione della rete tra ordini professionali, operatori, strutture gestionali, familiari, pazienti e mondo della formazione, della scuola e dell'università. La fragilità delle nostre comunità locali può essere rovesciata in un'opportunità di erogazione di servizio alla persona con la creazione di posti di lavoro di qualità da finanziare attraverso una virtuosa cooperazione pubblico-privata esaltando le potenzialità della mutualità, del no-profit e del privato sociale. L'accoglienza dei migranti, le strutture per minori, la rete della salute mentale, le case famiglia, le comunità alloggio, le RSA, l'assistenza domiciliare, i servizi alla persona, le attività socio-assistenziali, riabilitative, socio-ricreative e/o di agricoltura sociale, già oggi occupano migliaia di addetti.

La sfida è quella di innalzare gli standard delle prestazioni, elevare le tutele salariali, contrattuali e previdenziali degli operatori, utilizzando al meglio le opportunità dei finanziamenti europei 2014-2020 sull'obiettivo tematico 9 che, per la prima volta, prevede fondi specifici per le politiche sociali. Non sarà semplice, ma ci sono tutte le premesse per consolidare le strutture tecniche degli Ambiti Territoriali di Zona, indurre le Conferenze dei Sindaci ad adottare Piani Sociali di Zona innovativi e di qualità. Occorre, perciò, avere una conoscenza analitica del settore e la pubblicazione di questo Rapporto, frutto di sinergie e professionalità locali, rappresenta uno strumento di lavoro basilare che agevolerà le scelte degli amministratori, consentirà al partenariato istituzionale di avere un quadro aggiornato sulla spesa sociale, supporterà gli operatori delle strutture gestionali e offrirà agli esperti del settore una comparazione scientifica tra il nostro fabbisogno sociale e quello di altri territori.

Michele Petrarola

Assessore Regionale alle Politiche Sociali

INDICE



INTRODUZIONE

di Irene Savi e Domenico Guidi 11

CAPITOLO 1

Le politiche sociali della Regione Molise

di Antonio Petrone 15

Il quadro normativo 20

Il riordino del sistema regionale 24

Il redigendo Piano Sociale Regionale 30

L'integrazione socio-sanitaria 34

Integrazione tra politiche e la sfida di Europa 2020 45

CAPITOLO 2

Le caratteristiche socio-demografiche

di Antonio Petrone 61

Il quadro socio-demografico del Molise 62

Famiglia e minori 79

Gli anziani 97

La disabilità 109

Gli immigrati 117

Il contesto economico ed occupazionale 123

Povertà ed esclusione sociale 141

CAPITOLO 3

Lo stato di salute

di Antonio Petrone 149

CAPITOLO 4

La spesa sociale dei comuni in forma singola e associata

di Antonio Petrone 165

La spesa sociale dei comuni 168

L'indagine sui servizi e gli interventi sociali 186

CAPITOLO 5

Il finanziamento del sistema di welfare regionale

di Mara Carnevali e Mariadomenica Lombardi	209
Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS)	209
Fondo per le politiche della famiglia	213
Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza	215
Fondo per le politiche giovanili	217
Fondo per la non autosufficienza (FNA)	222

CAPITOLO 6

L'offerta dei servizi alla prima infanzia

di Antonio Petrone	231
Aspetti statistici e quantitativi	231
I servizi per la prima infanzia	237

CAPITOLO 7

L'offerta di servizi socio-sanitari

di Sandra Giuliano e Iolanda De Caro	245
Definizione di "assistenza sociosanitaria"	245
L'organizzazione dei Distretti sanitari	252
L'assistenza domiciliare integrata (ADI)	255
Le politiche e i servizi socio-sanitari sul territorio	266
Il Consultorio Familiare	271
Medici di medicina generale	277
Il sistema informativo sociale e socio-sanitario	280

CAPITOLO 8

Le strutture residenziali e semi-residenziali

di Angela Battista e Maria Ida Celeste	289
Le strutture per disabili	290
Le strutture per minori	301
Le strutture per anziani	311

CONCLUSIONI

di Michele Colavita	325
---------------------	-----

BIBLIOGRAFIA

329

ALLEGATI

337

Questionari di rilevazione delle strutture

337

Questionario disabili

345



La conoscenza approfondita e sistematica del territorio costituisce lo strumento principale per programmare e attivare un sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari in grado di rispondere ai bisogni emergenti della comunità di riferimento.

Tale esigenza, richiamata in numerosi documenti programmatori a vari livelli, compreso quello comunitario, ha condotto le regioni a dotarsi di diversi strumenti per il monitoraggio e l'analisi delle politiche di welfare restituendo, peraltro, un quadro nazionale caratterizzato da un elevato grado di disomogeneità e di frammentarietà.

In tale prospettiva, in risposta alle istanze normative e programmatiche stabilite, la Regione Molise, con delibera della Giunta Regionale n. 1237 del 19.05.05, ha istituito l'Osservatorio dei fenomeni socio-sanitari con l'obiettivo di fornire un supporto in termini di conoscenza di bisogni sociali, di mappatura del territorio, di monitoraggio degli interventi.

Negli anni, le ricerche dell'Osservatorio, realizzate nel limite di un contingente di personale a tempo, non interno alla Regione e dunque non presente con continuità, hanno descritto le caratteristiche socio-demografiche del territorio, soffermandosi sulle dinamiche della popolazione residente attraverso l'analisi dei dati Istat (demografico regionale, demografico per comune, bilancio demografico residenti, bilancio demografico stranieri, demografico per ambito territoriale).

Sono state realizzate, inoltre, ricerche sulle tipologie delle strutture residenziali socio-assistenziali, al fine di rappresentare le dimensioni quantitative e qualitative dei presidi presenti, nonché indagini riguardanti le principali aree d'assistenza quali: famiglia, minori, immigrati, politiche giovanili, disabili, anziani, terzo settore.

All'Osservatorio è stato inoltre affidato il compito di diffondere le informazioni ottenute attraverso le ricerche, mediante la gestione diretta della banca dati del portale dell'Osservatorio e attraverso alcune pubblicazioni.

La decisione operata dalla Regione di affidare, per l'anno 2013, al Formez, il coordinamento tecnico dell'Osservatorio, attraverso il progetto "L'Osservatorio dei fenomeni socio-sanitari e le politiche di welfare nella Regione Molise" ha con-



sentito, per i profili che qui interessano, di realizzare un intervento di ricerca, raccolta e analisi dei dati più ampio, che ha preso in esame non solo le aree considerate di carattere strettamente sociale, ma anche quelle definite ad integrazione socio-sanitaria, quali la non autosufficienza e la salute mentale.

Una tappa fondamentale nel percorso per la costruzione del sistema di monitoraggio e valutazione delle politiche di welfare, avvenuta proprio nel corso della realizzazione del progetto, è stata l'approvazione il 6 maggio 2014, della Legge regionale 13/2014 in materia di sistema integrato di interventi e servizi sociali, che, disciplinando il funzionamento (all'art. 37) dell'Osservatorio regionale delle politiche sociali, sembra riconoscere all'Osservatorio un ruolo centrale nel nuovo sistema.

Il presente rapporto di monitoraggio si propone di costituire una più aggiornata edizione delle ricerche precedenti: a partire dal quadro della normativa di riferimento e tratteggiando l'impianto fondamentale del Piano Sociale Regionale 2015-2017, presenta, nelle diverse sezioni, la descrizione aggiornata delle caratteristiche socio demografiche della Regione e l'esame della domanda sociale (famiglia, anziani, minori, giovani, disabili, immigrati), prosegue illustrando l'analisi della spesa sociale per i comuni, in forma singola e associata; offre una rassegna ordinata e aggiornata dei fondi previsti per le prestazioni socio-sanitarie.

In chiusura, un apposito capitolo è dedicato alla sintesi degli esiti del lavoro di monitoraggio effettuato nell'ambito del progetto sull'offerta dei servizi della prima infanzia, e una mappatura aggiornata delle strutture residenziali e semiresidenziali che ospitano minori, anziani e disabili.

Irene Savi, Domenico Guidi

CAPITOLO 1



Le politiche sociali della Regione Molise

di Antonio Petrone*



Il presente rapporto, frutto del lavoro dal 2013 al 2014 dell'Osservatorio dei Fenomeni Sociali e socio-sanitari della Regione Molise, è la naturale prosecuzione dei rapporti precedenti¹ ma, soprattutto, una sorta di verifica dello stato del sistema di welfare regionale, rispetto a quello disegnato nell'ultimo Rapporto del 2010 (Cicchetti A. e Perrella A., 2011).

In questo senso si tenterà, nel presente capitolo, di descrivere l'evoluzione che il sistema regionale di welfare ha avuto negli ultimi 3 anni, descrivendone l'evoluzione proprio partendo dal citato rapporto.

Ciò precisato, occorre dire subito che la maggiore novità consiste nell'approvazione, anche da parte della Regione Molise, della legge di riordino del sistema dei servizi e degli interventi sociali, che recepisce la Legge 8 novembre 2000, n. 328.

Infatti, nonostante la Legge 328/2000 sia stata ben accolta in quanto tutte le Regioni l'hanno assunta come punto di riferimento, di fatto solo una parte di esse l'hanno però recepita nel proprio ordinamento. Le note negative, quindi, arrivano sul fronte dell'attuazione. Infatti, Pesaresi (2010) lamenta il fatto che dopo 10 anni dall'approvazione della legge, la metà delle Regioni non aveva nel 2010 ancora legiferato, recependo la Legge Quadro².

Da questo gruppo di regioni "ritardatarie" esce, finalmente, anche il Molise che con la Legge Regionale n. 13 del 6 maggio 2014 recepisce i principi, gli strumenti e il modello di welfare disegnato dalla Legge 328/2000.

* Sociologo e formatore. Dottore di Ricerca in Metodologia delle Scienze Sociali.

¹ Cicchetti A., Perrella A., 2001; Cicchetti A., Palmieri A., 2009; Osservatorio dei Fenomeni Sociali, 2004; Formez, 2006.

² "Il giudizio complessivo sull'attività delle regioni italiane in direzione della riorganizzazione e della modernizzazione dei servizi sociali, così come indicato nel Decreto del Commissario 328/00 non può essere positivo, visto che 10 anni non sono stati sufficienti per dare piena attuazione alla legge. Poco più della metà delle Regioni ha fatto un buon lavoro, mentre il resto arranca, registrando ritardi notevoli. Carenze importanti si registrano sul fronte dell'approvazione delle leggi di riordino, della trasformazione delle Ipab e ancora di più sul fronte del recepimento delle norme sull'integrazione relative ai servizi sociosanitari", Pesaresi F., 2010, pag. 3.

In realtà, le cause dei ritardi regionali sono da ricercare nel mancato ruolo del Governo nazionale (mancato sostegno della Legge 328/2000, mancata introduzione in tutto il territorio del reddito minimo di inserimento, mancata riforma delle indennità di invalidità/disabilità), nella modifica costituzionale del 2001, nella disponibilità di risorse economiche largamente inadeguate e, ultimo ma non per importanza, nell'impreparazione di una parte delle Regioni a far fronte tempestivamente alla riforma e al riordino di tutto il settore assistenziale.

In questo panorama non entusiasmante vale la pena di segnalare la positiva esperienza dei Piani di zona, l'unica che ha visto coinvolta la totalità delle Regioni e che, per la prima volta, ha visto i Comuni mettersi insieme e misurarsi per la pianificazione comune dei servizi sociali. Tenendo conto della tradizionale autonomia dei Comuni e della fragilità dei servizi sociali di quelli di piccole dimensioni, si tratta di un'esperienza da valorizzare. Non vanno, inoltre, sottaciuti, per i loro aspetti positivi, taluni interventi innovativi regolati o previsti da un numero comunque minoritario di regioni: fra questi segnaliamo che alcune di esse hanno regolato le professioni sociali, mentre altre hanno previsto la sperimentazione del reddito di ultima istanza.

Inoltre, la maggioranza delle regioni si è occupata, in qualche modo, dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (Leps), anche se questa è l'unica competenza esclusiva dello Stato, che deve provvedere a determinarli per poter garantire in tutto il territorio nazionale un livello uniforme e omogeneo di servizi assistenziali alla persona.

In questo scenario si colloca il Molise che, dopo quattordici anni, si dota di una legge regionale di recepimento della legge quadro nazionale e tenta, nell'attesa che si sciolgano i nodi nazionali appena descritti, una qualche individuazione dei Leps (Bosi P., 2010).

La discussione sui LIVEAS e sui Leps non è una disquisizione meramente tecnica, bensì coinvolge l'idea stessa di dotarsi di un sistema di protezione per la popolazione di un determinato territorio. Da questo punto di vista il modello di welfare molisano, come si vedrà in seguito, assolutamente in linea dal punto di vista statistico e della spesa sociale con quello italiano e in particolare con quello del Sud Italia, appare ben piantato nel cosiddetto modello "mediterraneo" (Ranci C., 2004). Alla base di tale modello (Ponzini, G., Pugliese E., 2008), anche per il piccolo Molise, c'è la funzione centrale della famiglia come primo e più importante sistema di protezione individuale e collettivo (Donati P., 2006). In particolare la donna molisana, come e più di quella "italiana" in generale, è il fulcro di tale sistema con il proprio ruolo, il lavoro domestico e, soprattutto, il "prendersi cura" degli altri (Alesina A., Ichino A., 2009).

Come si leggerà più avanti, tentare una trasformazione di questo modello che includa, ad esempio, oltre al Terzo settore anche il mondo dell'impresa non è age-



vole. In primo luogo per la mancanza di cultura sociale di impresa (Perrini F., Tencati A., 2008), in secondo luogo per la strutturale debolezza del settore profit della regione. Tale debolezza, resa critica dalla perdurante crisi economica, giustifica l'assenza del profit e del no-profit nei processi di programmazione, governo e valutazione del sistema di welfare.

Il “corporate welfare”, come lo definisce Ugo Ascoli (2011) è del tutto assente a causa della dimensione ridottissima delle aziende che nel Sud del Paese è particolarmente pronunciata e comporta, per il Molise, l'impossibilità di interventi del privato nel finanziamento del sistema di welfare. Il quale, quindi, risulta essere tutto a carico dei Comuni e, per la parte sanitaria e socio-sanitaria, grava sulla Regione come titolare delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale (FSN).

Pertanto, come interpretare in Molise la questione posta dai Leps?

La strada percorsa, *oborto collo*, finora è stata quella dell'“universalismo selettivo” (Casarico A., 2011) per così dire inconsapevole, mascherato da “universalismo universale” (Cipolla C., 2005) secondo quanto indicato dalla Legge 328/2000.

I piani sociali regionali, ma anche molte iniziative regionali riconducibili alla tutela sociale come, ad esempio, il piano regionale per la non autosufficienza, non hanno dotazioni economiche capaci di finanziare i servizi in favore di tutti i cittadini in condizioni di bisogno.

Del resto anche nella parte socio-sanitaria si osserva un fenomeno simile: il moltiplicarsi delle liste d'attesa e l'allungarsi dei tempi per l'accesso a prestazioni sanitarie non in regime di ricovero, l'introduzione, causata dal perdurare del Piano di rientro dal debito sanitario, di ticket sanitari tra i più alti d'Italia, spinge il Molise verso sistemi di protezione sociale sempre più, *de facto*, selettivi in base al reddito.

Come alcuni studi dimostrano (Irs, 2010), quando il processo non è governato si ottiene il paradosso che, in carenza di risorse, le poche disponibili, in termini monetari ma anche di servizi, vengono intercettate, in larga misura, da fasce della popolazione non povere³.

³ Come se non bastasse, le prestazioni a carico del SSN negli ultimi anni si sono ridotte col risultato che l'accesso alle cure sanitarie si è rivelato più difficoltoso per chi vive in condizioni di deprivazione socio-economica (Guarino C., 2015). Tale circostanza è testimoniata da un importante indicatore di equità e accessibilità al SSN rappresentato dalle rinunce alle cure. Come sottolineato dall'Istat, l'analisi di questo indicatore rivela sacche di iniquità testimoniate dalla percentuale di persone che, pur in presenza di un problema di salute, hanno dovuto rinunciare alla prestazione sanitaria. Infatti, nel 2012, la quota di cittadini che ha rinunciato a cure, accertamenti specialistici, interventi chirurgici o acquisto di farmaci si attesta all'11,1% con un'incidenza più elevata nel Mezzogiorno, rappresentata al Sud dal 14,4% e nelle Isole dal 15,4%. Nel 50,4% dei casi le motivazioni erano eminentemente legate a questioni economiche (che superano l'85% nel caso specifico delle cure odontoiatriche) e nel 32,4% alle liste di attese o agli orari scomodi o alla difficoltà a raggiungere la struttura (Istat, 2014, “Rapporto annuale 2014. La situazione del Paese”, Roma, Istat).

La filosofia della Legge 328/2000, basata sull'universalismo e sull'idea che il welfare non fosse riservato a fasce di popolazione disagiate, non ha mai rappresentato per il Molise, nei fatti, una strada percorribile.

Ad onor del vero, la Legge 328/2000 ha trovato in questi dieci anni di applicazione moltissime difficoltà nel vedersi recepita e applicata non soltanto in Molise, bensì nella quasi totalità delle regioni italiane. Con rarissime eccezioni (Emilia Romagna, Toscana, Marche e Umbria), il suo cammino è stato costellato di ostacoli come ben descritto da Franco Pesaresi (2010).

Tali difficoltà, con il sopraggiungere della crisi economica nel 2007, si sono particolarmente acuite. La grande crisi, che ha colpito soprattutto i capitalismi maturi occidentali, ha messo sotto processo pressoché ovunque i sistemi di welfare: previdenza, sanità, lavoro pubblico, servizi sociali sono subito entrati nel mirino della politica dei tagli. In Italia, dove l'uscita dalla crisi economica sembra ancora problematica, non solo non si è proceduto nella realizzazione del quadro costituzionale, uscito dalla riforma del 2001, ma sono stati progressivamente azzerati pressoché tutti i canali di finanziamento degli interventi sociali, previsti dal legislatore nella prima parte del decennio⁴. Come si leggerà più in dettaglio nel capitolo dedicato al finanziamento del sistema di welfare molisano, sono stati ridotti drasticamente i finanziamenti per i dieci fondi statali di carattere sociale, alcuni addirittura azzerati, come quello per gli asili nido e per la non autosufficienza, ripristinato poi *in extremis* solo dopo molte manifestazioni di piazza anche eclatanti come quella dei malati di SLA.

Per fare un esempio circa la portata di questi tagli, il principale fondo, il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali è sceso dai 929,3 milioni di euro del 2008 a 297,4 milioni di euro nel 2014 di cui 258,25 destinati alle regioni (di cui 2,1 milioni assegnati al piccolo Molise)⁵. Ma è nel 2012 che si raggiunge il livello minimo con soltanto 42 milioni di euro, somma poi risalita a circa 343 nel 2013, di cui 295 destinati alle regioni.

A questo si aggiunge l'arcinoto problema del patto di stabilità dei Comuni e i vincoli nella gestione del personale che definiscono, quindi, un quadro a tinte fosche per il welfare locale, che, come si leggerà nel capitolo dedicato all'analisi della spesa sociale, è sostenuto ancora per la grandissima parte da risorse proprie dei comuni.

Il progressivo ridimensionamento statale a favore del decentramento verso gli enti locali, principio contenuto nella Legge 328/2000 in termini di sussidiarietà verticale, in presenza di "disallineamenti" dei flussi di finanzia-

⁴ Si legga Ferrera M., Madama I., 2006.

⁵ Decreto Interministeriale n. 3697 del 3 marzo 2014 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministero delle Finanze.

mento ha comportato una complicazione tale del quadro complessivo di governance che ha accentuato, a sua volta, le già forti disparità Nord/Sud e tra aree centrali e aree periferiche, che la stessa Legge si prefiggeva di superare (Pirone F., 2013).

Tentare un'altra strada è impresa assai ardua. In primo luogo per mancanza di cultura sociale di impresa (Perrini F., Tencati A., 2008)⁶, in secondo luogo per la strutturale debolezza del tessuto economico ed imprenditoriale molisano. Tale debolezza, acuita dalla crisi economica in essere, approfondisce ancor di più il sempre verde dualismo tra Nord e Sud del Paese che, anche nelle politiche di welfare, trova perfetta applicazione. “La distanza tra ‘welfare del Nord’ e ‘welfare del Sud’ rischia di approfondirsi in modo assai rilevante: nella gran parte del Mezzogiorno i moderni servizi socio-assistenziali non sono mai nati, la cultura amministrativa e la capacità operativa degli Enti locali lasciano alquanto a desiderare, il Terzo settore vede una presenza minima di Fondazioni, ovvero del soggetto maggiormente in grado di indirizzare risorse ingenti verso il welfare, il mondo delle imprese appare sicuramente più debole e meno rappresentato. Tutto ciò a fronte di una domanda sociale in preoccupante crescita...” (Ascoli U., 2011, p. 40).

Più in generale, l'impianto ereditato dalla Legge 328/2000 che molte regioni e comuni, soprattutto nel Centro-Nord, avevano cominciato a sperimentare rischia ormai di girare a vuoto: ci si dovrà concentrare sulle emergenze più gravi, annullando di fatto la principale innovazione di quella riforma e cioè quella di prevedere finalmente un sistema di interventi e prestazioni in grado di fornire una risposta a tutte le forme di disagio. Il disagio degli “adulti normali” non verrà più tenuto in considerazione, non avrà cittadinanza e, nell'ambito delle forme conclamate di disagio, alcune verranno di fatto trascurate. I servizi e le prestazioni sociali verranno rimodulate drasticamente sulle fasce più vulnerabili, ritorneranno ed essere interventi per marginalità sociale e saranno il frutto di scelte discrezionali da parte degli Enti locali⁷.

“Gli operatori saranno schiacciati dalle emergenze quotidiane, verrà annullata ogni velleità di condurre sperimentazioni e tentare innovazioni; verrà ridotto al minimo lo spazio per l'integrazione delle politiche e degli interventi. Rischia di scomparire ogni diritto, si tornerà a dipendere dall'iniziativa del singolo Assessore comunale; verrà rispolverato e tirato a lucido il termine assistenza al posto di servizi sociali alla persona” (Ascoli U., 2011, p. 41).

⁶ Sul ruolo del pubblico e del privato nella costruzione dell'identità sociale e del sistema di welfare si legga Donati P., 1998.

⁷ Sui rapporti tra crisi economica e crisi del servizio sociale all'interno della crisi del welfare si legga Pugliese E., 2013.



Queste non felici previsioni sono tutte riscontrabili nel welfare molisano, come questo stesso rapporto metterà in evidenza.



Il quadro normativo

La normativa relativa alle politiche sociali attuate nella regione Molise riguardano diverse aree di intervento, quali: disabilità e situazioni di disagio, anziani, famiglia, minori e giovani, immigrazione e Terzo Settore. Si riporta, nella tabella successiva, un elenco, in ordine cronologico, delle principali norme nazionali a rilevanza regionale e di norme regionali afferenti all'area delle politiche sociali e socio-sanitarie.

Questo elenco svolge una importante funzione di ricognizione, soprattutto delle norme locali e rappresenta un utile strumento per l'orientamento e la comprensione del welfare molisano.

Tabella 1

Principali provvedimenti regionali e norme nazionali a rilievo regionale in campo sociale e socio-sanitario

Anno	Norma	Descrizione
1978	Legge n. 833/1978	"Istituzione del servizio sanitario nazionale"
1978	Legge Regionale n. 28/1978	"Istituzione dei consultori familiari nel Molise"
1980	Legge Regionale n. 10/1980	"Disciplina delle funzioni per la tutela della salute mentale"
1980	Legge Regionale n. 21/1980	"Istituzione della consulta regionale giovanile"
1990	DPR n. 309/1990	"Fondo nazionale per la lotta alle tossicodipendenze"
1990	Legge n. 241/1990	"Norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"
1990	Legge Regionale n. 24/1990	"Assistenza – Invalidi – Associazioni – Contributi - Procedure"
1990	Legge Regionale n. 21/1990	"Interventi in favore delle persone anziane"
1992	Legge n. 104/1992	"Legge Quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate" e ss. modifiche ed integrazioni (Legge 284/97 – Legge 162/98 – Legge 17/99)
1992	D.Lgs. n. 502/1992	"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 421/92"
1993	Legge n. 29/1993	"Razionalizzazione delle organizzazioni delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'art. 2 della Legge 421/92"
1995	Legge Regionale n. 3/1995	"Disciplina del volontariato"
1996	Legge n. 675/1996	"Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati sensibili"



Anno	Norma	Descrizione
1997	Legge n. 59/1997	"Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle Regioni ed Enti Locali, per la riforma della Pubblica amministrazione e per la semplificazione amministrativa"
1997	Legge Regionale n. 5/1997	"Volontariato – Disciplina - Modifiche"
1997	Legge n. 285/1997	"Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza"
1998	Legge n. 40/1998	"Fondo Nazionale per le politiche migratorie"
1998	D.Lgs. n. 112/1998	"Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti Locali, in attuazione del capo I della Legge n. 59/1997 e ss. modificazioni"
1998	Legge n. 162/1998	"Modifiche alla Legge 5 febbraio 1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave"
1998	Legge Regionale n. 19/1998	"Trasporto dei disabili: interventi della Regione per la facilitazione delle tariffe"
1999	Legge n. 68/1999	"Norme per l'inserimento lavorativo dei disabili"
1999	D.Lgs. n. 229/1999	"Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della Legge n. 419/1998"
1999	Delibera di Giunta Regionale 12 aprile 1999, n.453	D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni. Art. 8: requisiti e procedure per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private e procedure per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria
1999	Legge Regionale n. 34/1999	"Norme sulla ripartizione delle funzioni e dei compiti amministrativi tra la Regione e gli Enti Locali"
1999	Delibera del Consiglio Regionale del 14 settembre 1999 n. 329	"Linee guida per l'assistenza alla popolazione anziana in Molise"
2000	D.Lgs. n. 267/2000	"Testo unico della Legge sull'ordinamento degli Enti Locali"
2000	Legge n. 328/2000	"Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
2000	Legge Regionale n. 1/2000 (Abrogata dalla Legge regionale n. 13/2014)	"Riordino delle attività socio-assistenziali e istituzione di un sistema di protezione e dei diritti di cittadinanza"
2000	Legge Regionale n. 3/2000	"Interventi a favore della maternità e delle donne non occupate"
2000	Legge Regionale n. 18/2000	"Riconoscimento e promozione delle società operaie di mutuo soccorso"
2000	Legge Regionale n. 29/2000	"Diritto al gioco – Tutela e promozione"
2001	Legge Cost. n. 3/2001	"Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione"
2001	D.P.C.M. 14 febbraio 2001	"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"
2001	D.P.C.M. 29 novembre 2001	"Definizione dei livelli essenziali di assistenza"
2002	Legge Regionale n. 26/2002	"Disabili – Programmi regionali di inserimento lavorativo e di sostegno – Istituzione del Fondo Regionale Disciplina"
2002	Delibera di Giunta Regionale 29 luglio 2002, n.1187	D.P.C.M. 29 novembre 2001 recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza". Provvedimenti
2002	Legge Regionale 18 ottobre 2002, n. 25	Eliminazione delle barriere architettoniche
2002	Legge Regionale 6 novembre 2002, n. 30	Tutela della salute mentale
2003	Legge Regionale n. 15/2003	"Interventi per la tutela, lo sviluppo e la valorizzazione dei territori montani"
2003	Legge Regionale n. 12/03	"Istituzione della giornata regionale del disabile"
2003	Legge Regionale n. 26/03	"Modifiche ed integrazioni alla Legge Regionale n. 19/1984, recante ad oggetto: norme in materia di trasporti di competenza regionale - Deleghe"
2004	Legge Regionale n. 9/2004	"Adozione dei minori da parte delle coppie residenti nella Regione Molise - Provvedimenti"
2004	Legge Regionale n. 31/2004	"Associazioni di promozione sociale – Norme in materia di promozione – Disciplina del riconoscimento – Interventi per il sostegno"
2004	Legge Regionale n. 36/2004	"LR 14/04/2000 n. 29 – Modifiche ed integrazioni"
2004	Deliberazione del Consiglio Regionale n. 251/04	"Piano Socio-Assistenziale Regionale 2004/2006"
2004	Regolamento Regionale 26 gennaio 2004, n. 1	Regolamento applicativo della Legge Regionale n. 30/2002, ai sensi dell'art. 13, comma 1.
2004	Deliberazione di Giunta Regionale n. 346/04	"Programma di intervento a favore degli immigrati"



Anno	Norma	Descrizione
2005	Legge Regionale n. 16/2005	"Adozione dei minori da parte delle coppie residenti nella Regione Molise - Modifiche"
2005	Delibera di Giunta Regionale n. 408/2005	"Deliberazione Consiglio Regionale n. 251/04 – PSR triennale 2004/2006 – Linee guida per la stesura dei Piani Sociali di Zona in Molise"
2005	Legge Regionale 1° aprile 2005, n. 9	Riordino del servizio sanitario regionale
2005	Deliberazione di Giunta Regionale n. 1423/05	"Linee guida per l'erogazione del servizio dell'assistenza domiciliare in favore dei pazienti affetti dalla malattia di Alzheimer"
2005	Legge Regionale n. 31/05	"Interventi per il diritto allo studio nelle scuole dell'infanzia non statali nelle scuole primarie non statali e paritarie"
2005	Deliberazione di Giunta Regionale n. 1846/05	"Programma regionale di iniziative a favore degli immigrati extracomunitari"
2006	Legge Regionale n. 32/2006	"Ufficio del Tutore Pubblico dei Minori – Istituzione - Disciplina"
2006	Legge Regionale n. 29/06	"Istituti di Patronato e di assistenza sociale – Contributi - Disciplina"
2006	Delibera di Giunta Regionale 6 marzo 2006, n. 203	Delibera C.R. 12 novembre 2004, n. 251 "Piano sociale regionale triennale 2004/2006". Direttiva in materia di autorizzazione e accreditamento dei servizi e delle strutture, compartecipazione degli utenti al costo dei servizi, rapporto tra enti pubblici ed enti gestori. Provvedimenti
2006	Delibera di Giunta Regionale 16 ottobre 2006, n. 1722	Linee guida per l'autorizzazione alla realizzazione, all'esercizio delle attività e per l'accreditamento delle strutture socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali
2006	Legge Regionale n. 54/06	"Disposizione in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli"
2007	Legge Regionale n. 10/2007	"Il volontariato nella Regione Molise – Promozione e incentivazione – Nuove norme"
2007	Legge Regionale n. 23/2007	"Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza operanti nel Molise - Disciplina"
2007	Delibera di Giunta Regionale 30 marzo 2007, n.362	Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e il Presidente della Regione Molise per l'approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 180 della Legge 30 dicembre 2005, n. 311. Approvazione
2007	Regolamento Regionale n. 4/2007	Regolamento di attuazione della Legge Regionale n. 9/2004 "Provvedimenti per l'adozione di minori da parte delle coppie residenti nella Regione Molise"
2007	Delibera di Giunta Regionale del 30 maggio 2007 n. 556	"Piano Regionale e Linee Guida per il Sistema delle Cure Domiciliari"
2008	Decreto Ministeriale del 17.12.2008	"Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare";
2008	Legge Regionale n. 4/2008	"Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza operanti nel Molise – Disciplina regolamentare"
2008	Deliberazione del Consiglio Regionale n. 190/08	"Piano Sanitario Regionale Triennio 2008/2010"
2008	Deliberazione del Consiglio Regionale 11 marzo 2008, n. 84	Requisiti in materia di autorizzazione e di accreditamento per le strutture residenziali, semiresidenziali ed aggregative destinate a minori, disabili ed anziani. Modifiche ed integrazioni alla delibera C.R. n. 251 del 12 novembre 2004, ad oggetto «"Piano socio-assistenziale regionale (triennio 2004-2006)". Legge 8 novembre 2000, n. 328 e LeggeR. 7 gennaio 2000, n. 1»
2008	Legge Regionale 24 giugno 2008, n. 18	Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private
2008	Delibera di Giunta Regionale 1° agosto 2008, n. 893	Programma operativo di rientro 2007-2009 (obiettivo specifico n. 11; obiettivo operativo IV.11.3). Delibera G.R. n. 102 del 9 febbraio 2008 e LeggeR. n. 18 del 24 giugno 2008: "Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale ed accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private". Provvedimenti di organizzazione
2008	Legge Regionale 26 novembre 2008, n. 34	Modifiche alla LeggeR. 1° aprile 2005, n. 9, ad oggetto: "Riordino del servizio sanitario regionale"
2008	Delibera di Giunta Regionale 15 dicembre 2008, n. 1359	Piano regionale delle strutture socio-sanitarie residenziali
2008	Delibera di Giunta Regionale n. 20/2008	"Linee guida regionali in materia di adozione nazionale e internazionale"
2008	Delibera di Giunta Regionale n. 851/08	"Approvazione Programma regionale di azioni ed iniziative a favore della famiglia – Anno 2008"
2008	Delibera di Giunta Regionale n. 101 del 4 febbraio 2008	P.O. di Rientro - Triennio2007-2009- Obiettivi 8.2 e 9.1 – Adozione di uno strumento di valutazione multidimensionale per l'ammissione delle prestazioni assistenziali per pazienti non autosufficienti



Anno	Norma	Descrizione
2009	Legge Regionale n. 3/2009	"Riconoscimento e promozione delle società di mutuo soccorso – LR n. 18/2000 - Modifiche"
2009	Deliberazione del Consiglio Regionale n. 148/09	"Piano Sociale Regionale 2009/2011"
2009	Delibera di Giunta Regionale n. 710/09	"Approvazione linee guida per la stesura dei Piani Sociali di Zona"
2009	Delibera di Giunta Regionale n. 1277/09	"Approvazione Piani Sociali di Zona"
2009	Delibera di Giunta Regionale 10 marzo 2009, n. 219	Legge R. n. 18 del 24 giugno 2008: "Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie. Accredittamento istituzionale ed accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private". Art. 15 e seguenti. Avviso pubblico per il rilascio dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie private. Provvedimenti
2009	Delibera di Giunta Regionale 15 giugno 2009, n. 600	LeggeR. n. 18/2008 - "Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private". Convenzione tra Assr, Regione Emilia Romagna e Regione Molise. Provvedimenti
2009	Delibera di Giunta Regionale 13 luglio 2009, n. 738	Piano operativo di rientro - triennio 2007-2009 - obiettivo operativo n. 11.3. Disciplina requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sociosanitarie. Provvedimenti
2009	Delibera di Giunta Regionale n. 256/09	"Programma regionale di interventi per la non autosufficienza Anni 2009-2010"
2009	Delibera di Giunta Regionale n. 1092/2009	"Direttiva sull'affidamento familiare"
2009	Delibera di Giunta Regionale n. 1276/2009	"Direttiva sui requisiti strutturali ed organizzativi dei servizi educativi per la prima infanzia"
2010	Delibera di Giunta Regionale n. 103/10	"Liquidazione Ambiti Sociali Territoriali – I anticipo – Anno 2010"
2010	Delibera di Giunta Regionale n. 239/10	"Approvazione Piano Sociale di Zona AT di Campobasso"
2010	Delibera di Giunta Regionale n. 539/10	"Approvazione Piano Attuativo Annuale – Ambito Territoriale di Campobasso"
2010	Delibera di Giunta Regionale n. 417/10	"Procedure informatiche di gestione dell'Assistenza Domiciliare integrata, dell'Assistenza Sanitaria Residenziale e Semiresidenziale Integrata con la Porta Unica di Accesso"
2010	Delibera di Giunta Regionale n. 751/10	"Programma regionale di interventi per la non autosufficienza Anno 2010"
2010	Delibera di Giunta Regionale n. 896/10	"Piano operativo di interventi per la non autosufficienza – Fondo 2010 - Approvazione"
2010	Delibera di Giunta Regionale n. 924/10	"Piano Sociale Regionale 2009/2011 – Fondo Sociale Regionale Anno 2010 - Provvedimenti"
2010	Decreto del Commissario ad acta 10 maggio 2010, n. 17	Patto per la Salute del 3 dicembre 2009, art. 13 comma 14 e art. 2 comma 88 della Legge 23 dicembre 2009, n. 191. Approvazione del Programma Operativo per l'anno 2010
2010	Decreto del Commissario ad acta 2 luglio 2010, n. 40	Delibera del Consiglio dei Ministri in data 28 luglio 2009, punto 9) conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori. LeggeR. 24 giugno 2008, n. 18 e smi recante "Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private" e smi. Indirizzi
2010	Decreto del Commissario ad acta 3 agosto 2010, n. 56	Determinazione degli oneri di spesa delle prestazioni previste dall'allegato 1.C "Area integrazione socio-sanitaria" al D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"
2010	Decreto del Commissario ad acta 17 novembre 2010, n. 78	Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità- adozione della scheda SVAMD1 per l'accesso ai servizi sanitari e sociali
2010	Legge Regionale n. 18/2010	"Interventi regionali per la vita indipendente"
2011	Decreto del Commissario ad acta 21 marzo 2011, n. 5	Determinazione degli oneri di spesa delle prestazioni previste dall'allegato 1.C "Area integrazione socio-sanitaria" al D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"
2011	Decreto del Commissario ad acta 26 settembre 2011, n. 80	Adozione programma operativo 2011-2012 (ex art. 13, comma 14, Patto per la Salute 3 dicembre 2009)
2012	Decreto del Commissario ad acta 31 maggio 2012, n. 26	Revoca dei DCA n. 11 e 86 del 2011. Nuova approvazione delle tariffe per fascia di assistenza, delle linee guida e regolamentari di ammissione degli assistiti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali pubbliche e private della Regione Molise
2012	Decreto del Commissario ad acta 10 dicembre 2012, n. 54	Tavolo adempimenti e Comitato permanente per la verifica dei Lea. Patto per la salute 2010-2012. Livelli ulteriori di assistenza. Provvedimenti

Anno	Norma	Descrizione
2013	Decreto del Commissario ad acta 27 giugno 2013, n. 18	DCA n. 54 del 10 dicembre 2012 "Tavolo adempimenti e Comitato permanente per la verifica dei Lea. Patto per la salute 2010-2012. Livelli ulteriori di assistenza. Provvedimenti". Rettifica ed integrazioni
2014	Delibera Giunta Regionale 14 gennaio 2014, n. 8	Accordo, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e delle Province autonome" (Rep. Atti n. 255/CSR del 20 dicembre 2012). Recepimento
2014	Delibera Giunta Regionale 18 marzo 2014, n. 109	Accordo, ai sensi dell'art. 9, comma 2, lett. c) del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche". Rep. Atti n. 116/CU del 17 ottobre 2013. Recepimento
2014	Legge Regionale 6 maggio 2014, n. 13	Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali
2014	Decreto del Commissario ad acta 4 giugno 2014, n. 21	Adozione Programmi Operativi 2013-2015 (ex art. 15, comma 20, del Decreto del Commissario 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni in Decreto del Commissario 7 agosto 2012, n. 135)
2014	Decreto del Commissario ad acta 3 Novembre 2014, n. 37	Approvazione del Piano Regionale della Riabilitazione 2014-2016
2014	Delibera di Giunta Regionale n. 634 del 24 novembre 2014	Regolamento di attuazione della Legge regionale 6 maggio 2014, n. 13: "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali".
2014	D.P.C.M. 5 dicembre 2014 n. 159	"Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)."
2015	Delibera Giunta Regionale 10 febbraio 2015, n. 59-Regolamento regionale 1/2015	Regolamento di attuazione della Legge regionale 6 maggio 2014, n.13 "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e Servizi sociali". Approvazione.

Il riordino del sistema regionale

La maggiore innovazione rispetto al Rapporto 2010 (Cicchetti A., Perrella A., 2011) dal punto di vista normativo è l'adozione della Legge regionale 6 maggio 2014, n. 13, "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali".

La presente legge regionale ha lo scopo di ridefinire l'assetto e le regole che governano il sistema integrato dei servizi sociali nella Regione Molise, in armonia con i principi della Legge Costituzionale 3/01 "Modifiche al Titolo V della parte II della Costituzione" e del D.Lgs. 267 del 18 agosto 2000 (Testo Unico degli Enti Locali) e della Legge 328/2000, che ha affidato il ruolo di regia alle Regioni e agli enti locali e che ha delineato una nuova strategia assistenziale, con il passaggio dall'idea di interventi per categorie a quella di interventi rivolti alla famiglia e alle diverse esigenze della persona.

La Regione Molise, che aveva iniziato il proprio percorso di riordino del sistema dei servizi socio-assistenziali con la Legge regionale 1/2000, avverte oggi la necessità di dotarsi di una nuova legge di revisione dell'assetto organizzativo e funzionale del sistema dei servizi e degli interventi socio-assistenziali e sociosanitari, e di porre in essere un'operazione di razionalizzazione del sistema dei servizi sociali che, consentendo una più puntuale ed efficace utilizzazione delle risorse, produca la creazione di un assetto organizzativo in grado di utilizzare al meglio le op-

portunità disponibili. La legge fornisce un'adeguata risposta al continuo decremento dei trasferimenti statali per il finanziamento dei servizi sociali e sociosanitari, che si è registrato in questi ultimi anni, prevedendo uno stanziamento annuale a valere sul bilancio regionale.

Dall'esperienza maturata nel corso degli ultimi anni a seguito dell'attivazione di un sistema integrato sociale, creato in attuazione del quadro normativo istituzionale della Legge regionale 1/2000 e dei Piani Sociali 2004-2006 e 2009-2011, sono emerse alcune criticità che hanno evidenziato in particolare:

- tendenziale e costante riduzione dei trasferimenti statali a partire dal Fondo Nazionale Politiche Sociali non compensata da risorse regionali dedicate;
- difficoltà dei Comuni ad assicurare le quote di cofinanziamento per effetto dei tagli verificatisi;
- assenza di personalità giuridica dell'Ambito sociale, con attribuzione al comune capofila di tutte le incombenze di natura gestionale, contrattuale e in tema di contenzioso;
- mancata applicazione dei percorsi di collaborazione tra Regione, ASReM ed Ambito territoriale sociale per la concreta attuazione di un sistema di integrazione socio-sanitaria;
- mancata individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni a livello statale e regionale con conseguente difficoltà per l'effettiva esigibilità degli stessi;
- insufficiente definizione della governance del sistema integrato.

Nella consapevolezza che le prestazioni e i livelli essenziali e omogenei rappresentano uno degli aspetti prioritari del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e nelle more della definizione dei livelli essenziali delle prestazioni da parte dello Stato, con la Legge regionale 13/2014 la Regione li definisce e ne garantisce l'esigibilità e, al fine di renderle esplicite, prevede la presa in carico integrata complessiva della persona, nonché la formalizzazione, nel caso di presenza di bisogni complessi, di piani di assistenza individuali.

Inoltre, la legge ha reso omogenee le modalità collegate alle procedure per l'autorizzazione/accreditamento e dell'affidamento dei servizi e delle strutture sociali, individuando i criteri e i principi regolatori e demandando ad un successivo regolamento l'attuazione degli stessi.

È stata definita la *governance* del sistema integrato attraverso l'individuazione dei soggetti istituzionali coinvolti e attraverso l'individuazione di compiti e funzioni relativi all'organizzazione ed alla programmazione degli interventi e dei servizi, nonché le procedure per la definizione dei piani di zona.

La Legge regionale 13/2014 promuove la gestione associata dei Comuni per l'esercizio degli interventi e servizi sociali e individua l'ambito territoriale ottimale per la gestione del sistema, anche al fine di agevolare la migliore integrazione con



i servizi sanitari. Sempre in questa legge è stata valorizzata l'operatività dei differenti organismi non lucrativi di utilità sociale (cooperative sociali, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti del privato-sociale), non tralasciando di valorizzare il ruolo della famiglia che viene posta al centro del sistema stesso, assegnandole un ruolo attivo e coinvolgendola direttamente nell'elaborazione di proposte e progetti e nell'organizzazione dei servizi e degli interventi, al fine di migliorarne la qualità e l'efficienza.

Sul piano dei finanziamenti, la presenza di risorse ordinarie certe conferisce stabilità all'intero sistema di welfare regionale. Il rinnovamento apportato dalla legge è profondo e pertanto la sua realizzazione richiede una presenza e un controllo regionale attento e costante. In particolare, al fine di uniformare il modello, si rende necessaria l'adozione da parte della Regione di un Regolamento attuativo che contenga principalmente, la definizione di strutture, servizi e modalità di erogazione degli stessi uniche per tutto il territorio regionale. Inoltre la Regione ha approvato, con Delibera Giunta Regionale 10 febbraio 2015, n. 59, il Regolamento di attuazione della Legge regionale 6 maggio 2014, n.13 "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e Servizi sociali".

La Costituzione Italiana, affermando il principio di eguaglianza formale e sostanziale, ha posto i diritti sociali come "antecedente non discutibile", principio costitutivo del nostro ordinamento, impegnando i pubblici poteri, quindi il legislatore nazionale e quelli regionali, a realizzarne i contenuti.

La riforma del 2001 ha "costituzionalizzato" la nozione di "livelli essenziali delle prestazioni", inserendola proprio nella disposizione relativa al riparto delle competenze legislative tra Stato e Regioni, l'art. 117 (laddove, per la prima volta, si parla espressamente di diritti sociali) attribuendo alle Regioni la potestà legislativa in materia di servizi sociali con l'esclusivo limite del rispetto della Costituzione, dell'ordinamento comunitario e degli obblighi internazionali.

Altresì, nell'art. 119, comma 5, della Cost., nell'affermare l'autonomia finanziaria e tributaria delle Regioni (e degli enti locali) si dispone che lo Stato possa stanziare finanziamenti particolari affinché lo richieda la garanzia dei predetti livelli. La novella costituzionale, dunque, affida alle Regioni il compito di disciplinare la materia dei servizi sociali, attribuendo allo Stato la legislazione esclusiva nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantire su tutto il territorio nazionale. Il legislatore di revisione costituzionale si è mosso, quindi, con l'evidente intento di consegnare alle Regioni un importante spazio di normazione, tant'è che la stessa giurisprudenza costituzionale ha riconosciuto che la disciplina statale dei diritti sociali possa essere integrata *in melius* attraverso l'intervento regionale.

Inoltre, è bene precisare che, anche alla luce della giurisprudenza costituzionale,



la materia dell'assistenza sociale "identifica tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti e a pagamento o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario" (sentenza n. 10/2010, sentenze n. 168 e n. 124 del 2009; sentenze n. 168 e n. 50 del 2008, ed altre).

La Regione Molise con la Legge regionale n. 13 del 6 maggio 2014, concernente il "Riordino del sistema integrato degli interventi e servizi sociali", in linea con i dettami della normativa nazionale, ha inteso costruire un moderno sistema di servizi e prestazioni rivolto alle persone e alle famiglie, in particolare a coloro che vivono in condizioni di fragilità, con l'intento di mettere in campo risposte efficaci e di qualità alle molteplici condizioni di disagio, offrendo certezze a tutti gli interlocutori che operano nel settore.

L'obiettivo della Regione, pertanto, è di ribadire la propria visione strategica in ordine alla necessità della presenza di un ruolo delle forme pubbliche di gestione dei servizi alla persona, unitamente alle indefettibili funzioni di programmazione, committenza e verifica spettanti agli Enti locali; al contempo si vuole affermare il superamento della frammentazione esistente delle varie forme di gestione dei Servizi con l'obiettivo di garantire maggiore adeguatezza gestionale, qualità ed integrazione dei servizi, nonché di assicurare percorsi di razionalizzazione amministrativa rispetto alle diverse competenze ora operanti.

La Regione assume i propri impegni di programmazione e accompagna il rafforzamento dei livelli istituzionali di governo a livello decentrato. Ciò significa confronto costante tra enti che condividono responsabilità, dal livello nazionale al livello territoriale, con i Comuni erogatori dei servizi, sia in forma associata attraverso gli Ambiti Territoriali Sociali (d'ora in poi ATS), sia attraverso i Distretti sanitari.

Accanto alla razionalizzazione e al ridisegno del welfare deve convivere un obiettivo determinante: lo sviluppo del capitale sociale che attraverso la sussidiarietà orizzontale, assume un ruolo centrale nelle comunità locali, per risolvere i problemi della quotidianità, soprattutto a favore dei cittadini meno abbienti ed emarginati, lasciando al sistema pubblico la competenza esclusiva sui livelli essenziali di assistenza, sulle politiche educative, formative, occupazionali e abitative⁸.

La cura dei beni comuni e la coesione sociale sono obiettivi percorribili grazie all'impegno del Terzo Settore, delle forze sociali e delle organizzazioni rappresentative dei cittadini.

⁸ Si legga Esping Andersen G., 2000.



Molti fattori, non ultimo quello della separatezza della spesa e della mancanza di un reale obiettivo di salute a fronte di un più ristretto obiettivo di cura, hanno reso difficile la pratica dell'integrazione tra sanità e sociale con l'enorme divario nelle risorse disponibili, la frammentazione delle competenze, le difficoltà legate al reciproco riconoscimento delle professionalità, la scarsa considerazione di un lavoro di cura anche familiare che non consiste nella somministrazione di farmaci o di azioni mediche, ma nella tutela della persona.

Ricordando la raccomandazione dell'Unione Europea rivolta agli Stati membri, i quali, nella predisposizione dei nuovi programmi operativi 2014-2020 del Fondo Sociale Europeo, sono invitati a destinare a tale settore il 20% delle risorse complessive, si nota che la scelta europea 2014-2020 individua come obiettivo mirato dei Governi nazionali insieme alle Politiche attive del Lavoro – orientamento, formazione e occupazione – una lotta serrata all'esclusione sociale affinché siano sviluppate politiche di inclusione, che non si limitino ad agevolare l'accesso al lavoro anche dei più fragili, ma invitano i Paesi a creare opportunità e misure che migliorino le condizioni di vita: dalla casa, ai trasporti, alla salute e al benessere personale e familiare.

La Legge regionale 13/2014 si inserisce in questo contesto. Per rendere effettivi i livelli minimi di assistenza indicati e, come già detto, garantirli almeno ai cittadini molisani in condizioni di maggiori fragilità, è necessario che la legge venga finanziata in maniera adeguata.

È chiaro che va superata la facile controdeduzione che a queste risorse si deve aggiungere il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) in quanto, negli ultimi anni, tale fondo ha subito una riduzione da parte dello Stato del 70% rispetto a quello del 2008. Inoltre, sono diversi anni che in fase di redazione della legge di stabilità nazionale il Ministero delle Finanze propone un azzeramento del fondo, poi ripristinato, *in extremis*, dal Parlamento; del resto la stessa cosa accade, praticamente tutti gli anni, con il complementare fondo per la non autosufficienza.

Infatti, questo *modus operandi* ha spinto le Regioni ed esprimere tutto il loro disappunto:

“le Regioni in sede di Conferenza Unificata del 20 febbraio 2014 hanno espresso l'intesa sullo schema di decreto che ha ripartito per l'anno 2014 alle Regioni ed alle Province autonome 258.258.541,20 euro del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali. La Conferenza, inoltre ha sottoposto al Governo, in relazione all'espressione delle intese sia su tale provvedimento che su quello inerente il riparto del Fondo per le non autosufficienze anno 2014, un documento approvato quale Intesa Quadro per le Politiche Sociali, nel quale sono state evidenziate alcune questioni fondamentali. In particolare: l'esigenza di avere una stabilità finanziaria almeno triennale e incrementale a partire dal 2014; un'organizzazione meno frazionata delle politiche sociali nei Dipartimenti di settore che porti altresì ad una confluenza delle risorse; la valorizzazione concreta

di politiche integrate, anche con l'apporto di altri Ministeri ed il rafforzamento, nel rispetto dei modelli di governance delle Regioni, del confronto e del coinvolgimento delle Autonomie Locali”.

In questo scenario di incertezza delle risorse finanziarie la Regione dovrà finanziare il proprio sistema di protezione dei cittadini in difficoltà, attraverso sufficienti risorse derivanti da entrate proprie e non da trasferimenti statali.

Si pensi, ad esempio, che nel 2010 (sempre dati MLPS) il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e il Fondo per la Non Autosufficienza nella piccola Valle d'Aosta incidevano soltanto per il 6,4% del totale delle risorse a fronte di un finanziamento regionale pari a più di 29 milioni euro in un solo anno.

In questa speciale classifica, che vede, ad esempio, tra le regioni a statuto ordinario la Basilicata cofinanziare con più di 21 milioni di euro il proprio sistema di protezione sociale a fronte di soli 8 milioni di trasferimento statale, si collocano in fondo la Campania con un'incidenza dei fondi regionali pari solo al 7,4% e il Molise quale unica regione d'Italia a non finanziare, con risorse proprie, il sistema di protezione sociale regionale.

Ed è questo il momento di fare un'ulteriore considerazione. Passando dal finanziamento alla spesa sociale, dal rapporto Istat “Gli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati” del 2010 (ultimo dato consolidato disponibile), si legge che la spesa è finanziata per il 63% con risorse proprie dei Comuni:

“...Le risorse proprie dei Comuni finanziano il 62,7% della spesa complessiva, il fondo indistinto per le politiche sociali il 13,9%, i fondi regionali vincolati il 16,8% e il rimanente 6,6% è rappresentato da altre fonti. Fra il 2008 e il 2010 diminuisce di circa un punto percentuale il peso del fondo indistinto per le politiche sociali, probabilmente per effetto dei primi tagli introdotti su tali finanziamenti statali per il welfare locale, aumenta parallelamente di due punti percentuali l'incidenza dei fondi regionali vincolati per le politiche sociali e diminuiscono di un punto le “altre fonti”, mentre rimane praticamente costante la quota di risorse proprie dei Comuni. Nell'Italia meridionale, in controtendenza rispetto alle altre ripartizioni, diminuisce il peso relativo dei fondi regionali vincolati: dal 20,9% della spesa nel 2008 all'11,5% nel 2010, mentre aumenta il contributo delle risorse proprie dei Comuni, che passa dal 47,7% del 2008 al 62,0% del 2010”.

Se la Legge regionale 13/2014 intende garantire i livelli essenziali delle prestazioni sociali a tutti i cittadini, questa, nella sua applicazione operativa, dovrà dotarsi di una propria autonomia finanziaria che metta al riparo i cittadini più deboli dalle altalenanti scelte del Governo in materia di spesa per interventi sociali.

In conclusione, nella consapevolezza che l'investimento nel sociale, attraverso gli strumenti previsti da questa legge e del conseguente Piano Sociale Regionale,



rappresentano un forte stimolo allo sviluppo locale, all'occupazione e al reddito complessivo della regione, il Piano, in attuazione della Legge regionale 13/2014, dovrà reperire maggiori risorse nella misura di almeno il 50% del finanziamento nazionale, determinato dalla somma del Fondo Nazionale delle Politiche Sociali e di quello per la Non Autosufficienza, che nel 2014 ammonta a 4.446.944,00 euro. In tal modo si potranno garantire i livelli di assistenza prendendo a riferimento, ad esempio, i parametri finanziari del 2008.

L'obiettivo regionale è quello di produrre un sistema di servizi orientato all'efficacia e all'efficienza capace di attivare tutte le risorse, orientare il cittadino a servizi conformi ai propri bisogni, ascoltare le problematiche provenienti dal territorio, offrire consulenza professionale specifica alle famiglie e alla persona in funzione della qualità professionale dell'operatore, puntare al coordinamento tra i diversi livelli istituzionali, il volontariato e il Terzo Settore, tutelare le diversità culturali, ambientali, sociali e strutturali. Inoltre si intende realizzare un circuito della programmazione locale dove la Regione Molise svolga un ruolo di finanziatore e programmatore⁹, nonché di verifica e valutazione delle politiche di welfare, lasciando agli ATS il ruolo di sede permanente di raccordo e concertazione tra la Regione ed i Comuni per la programmazione degli interventi sociali.

Gli ATS, che coincidono con i Distretti sanitari, sono chiamati ad elaborare i Piani di Zona cercando di rafforzare l'integrazione tra istituzioni diverse.

I Comuni, in forma associata attraverso gli ATS, rappresentano i soggetti in grado di rilevare le risorse e dare indicazioni sugli obiettivi della rete e degli interventi e dei servizi, e sono quindi chiamati a svolgere un ruolo centrale di valutazione del bisogno, progettazione dei servizi, coordinamento delle attività, realizzazione dei collegamenti operativi tra i vari servizi della comunità.

Il redigendo Piano Sociale Regionale

La programmazione sociale regionale è ancora ferma a quella del Piano Sociale Regionale 2009-2011, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale numero 148 del 2009, in quanto la Regione sta procedendo alla redazione e all'approvazione degli atti attuativi della Legge regionale 13/2014. In particolare il Regolamento attuativo della Legge, previsto dall'art. 25¹⁰, rende operativi molti tratti salienti della legge stessa.

⁹ Sull'importanza del ciclo della programmazione sociale si legga Mari A., 2012.

¹⁰ Art. 25 (Regolamento di attuazione) 1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge è approvato il relativo regolamento di attuazione, previa consultazione con le organizzazioni sindacali, con le principali rappresentanze del volontariato e della cooperazione sociale, gli ordini e le associazioni professionali e le associazioni di categoria.



Il Regolamento, tra l'altro, andrà ad incidere sulla definizione delle strutture e dei servizi che potranno operare sul territorio della regione, definendone caratteristiche e modalità di erogazione dei servizi stessi, sia sul piano socio-assistenziale che su quello socio-sanitario.

Infatti, altro compito essenziale del Regolamento sarà quello di tentare, per la prima volta, una definizione del campo d'azione comune a strutture e servizi sia socio-assistenziali che socio-sanitari, al fine di evitare duplicazioni, inappropriatezze e sciogliere una serie di dubbi circa le competenze in tema di assistenza residenziale, semi-residenziale e domiciliare per diverse categorie di utenti.

Questo compito non risulta affatto agevole in quanto, come si dirà nel paragrafo successivo, la Regione Molise è sottoposta al piano di rientro dal debito sanitario e, di conseguenza, ha grandi difficoltà ad operare sul piano normativo in campo socio-sanitario.

Ciò premesso è chiaro che, allo stato attuale il Piano Sociale Regionale è in proroga fino a tutto giugno 2015, anche allo scopo di consentire al gruppo di lavoro¹¹ di procedere alla stesura del nuovo Piano Sociale Regionale.

Nel Rapporto 2010 (Cicchetti A., Perrella A., 2011) si asseriva che la Programmazione 2009-2011, in ottica di sussidiarietà, puntasse molto sul ruolo della programmazione locale, con il riconoscimento del ruolo delle comunità locali nella guida dello sviluppo del proprio territorio, questa anche e soprattutto nella prospettiva di procedere, seppur a piccoli passi, nella direzione della definizione dei LIVEAS regionali attraverso modalità definibili "dal basso".

Infatti, così scrivevano Cicchetti e Perrella: "Il tema della definizione dei LIVEAS viene affrontato con la consapevolezza di dover operare delle scelte prioritarie unitamente a quello delle risorse finanziarie necessarie a garantirle; il legame tra determinazione delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali da garantire su tutto il territorio regionale e risorse economiche per finanziarle, fanno sì che si debba, necessariamente, pensare ad un sistema di definizione dei livelli graduale e progressivo in cui le priorità indicate guidino sia il lavoro di programmazione che la realizzazione delle prestazioni stesse. La pianificazione legislativa ha definito azioni finalizzate a migliorare l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza sociale investendo, soprattutto, sulle modalità di funzionamento dei servizi e degli interventi per l'esigibilità dei diritti sociali" (2011, pag. 15).

Dopo quasi cinque anni di vigenza del Piano Sociale Regionale (d'ora in poi PSR), si deve registrare la quasi completa non realizzazione degli auspici e delle intenzioni dell'allora legislatore regionale.

¹¹ Costituito ai sensi della determinazione del Direttore Generale della Regione Molise n. 187 del 13 maggio 2014.

Infatti, nel territorio molisano si sono andati strutturando sette ATS con diverse visioni del diritto alla prestazione sociale. Questa non è certo una eccezione rispetto al panorama nazionale in quanto “Nel quadro delle leggi regionali, gli aspetti problematici riguardano, in primo luogo, l’assenza di chiari riferimenti ai diritti esigibili da cui deriva notevole incertezza sui contenuti possibili della programmazione negoziata, la cui principale fonte rimane – in negativo – la disponibilità finanziaria contingente verso cui gli attori esercitano un limitato controllo” (Villa M., 2013, pag. 52). Le Regioni nel loro complesso, in questi anni, in assenza di pronunciamenti statali hanno preferito rimanere nel vago, tutt’al più declinando in modo articolato quanto stabilito all’art. 22 della Legge 328/2000 (Gualdani A., 2009) e il Molise non fa eccezione.

Nella consapevolezza che tale frammentazione è superabile soltanto con un intervento normativo regionale, la Regione Molise ha deciso di intervenire con la Legge regionale 13/2014 proprio nel senso di definire, come si è detto, nel miglior modo, i “Livelli minimi”, che il redigendo PSR dovrà declinare in azioni, interventi e servizi specifici, certi ed esigibili.

La sfida è superare la programmazione finanziaria ormai divenuta annuale attraverso i Piani Attuativi Annuali dei Piani Sociali di Zona (d’ora in poi PdZ), che aggiungono incertezza ad incertezza e non consentono investimenti sufficienti da parte di famiglie e imprese operanti sul territorio. Neanche a dirlo: anche in periodo di crisi si deve abbracciare la sfida di programmare e progettare il sistema di protezione sociale secondo un arco temporale sufficiente a indurre modiche nei comportamenti delle famiglie e delle imprese (Montella M., Mostacci F., Roberti P., 2012)

Nel Rapporto 2010 (Cicchetti A., Perrella A., 2011) si evidenziava l’innovatività della programmazione sociale regionale 2009-2011 rispetto a quella precedente. Infatti, il nuovo strumento programmatico si poneva come evoluzione rispetto al passato introducendo numerosi aspetti innovativi, in particolar modo la definizione di obiettivi di efficacia oltre che strumenti di continuo miglioramento del sistema di offerta dei servizi, fino alla trasformazione dello stesso strumento del Piano Sociale di Zona, che, da mero “dispositivo” di gestione locale dei servizi, avrebbe dovuto assurgere a vero strumento di programmazione generale dei servizi alla persona.

In particolare, oltre che garantire il livello raggiunto di servizi, si puntava su:

1. “...definizione di metodologie operative, regolamentazioni d’accesso e partecipazione, tecniche di verifica e monitoraggio, per l’affermazione della qualità dei servizi;
2. ...centrale è l’aspetto gestionale delle attività e del rapporto con i soggetti attuatori, società e Terzo settore, ai quali va riconosciuto il forte apporto di impegno operativo e concertativo;



3. ...rilevanti sono gli orientamenti verso ogni forma di integrazione nella realizzazione dei servizi, in particolare di quelli di integrazione sanitaria con metodologia di valutazione multidimensionale e presa in carico con piani personalizzati dei soggetti destinatari dei servizi” (Cicchetti A., Perrella A., 2011, pag. 28).

Purtroppo ad una verifica *de visu* a cinque anni dall’approvazione dei Piani di Zona, si deve constatare che tali obiettivi non sono stati raggiunti. Questa verifica, per inciso, avviene senza particolari basi empiriche, a causa di due fenomeni che si affronteranno anche nei capitoli successivi. Il primo è l’assenza di un sistema di monitoraggio, controllo e verifica della spesa. La Regione non ha ancora messo a punto un simile sistema e questo impedisce una verifica puntuale della qualità della spesa sociale dei Comuni e, soprattutto, una verifica dell’attuazione amministrativa e contabile del Piani Sociali di Zona gestiti dai sette ATS.

Ciò comporta che in questo rapporto si tenterà una ricostruzione della spesa sociale senza poter fare esplicito riferimento alle singole programmazioni di zona, riferite, cioè, a interventi e servizi definiti e finanziati nei Piani Sociali di Zona e nei singoli Piani attuativi annuali.

Altro punto riguarda l’assenza di una formale valutazione¹² *ex post* del PSR e dei PdZ, nonché una valutazione *ex ante* del nuovo PSR. L’assenza di tale valutazione non ci consente di esprimere in maniera “scientificamente corretta” un giudizio di efficacia della programmazione regionale 2009-2011 e, di conseguenza, lascia il programmatore regionale alle prese con l’ennesima “scommessa” per la redigenda programmazione 2015-2017.

Tornando alla verifica dei punti citati nel Rapporto 2010, molti degli obiettivi fissati risultano largamente non raggiunti. Uno è la limitazione della fase di concertazione e di coinvolgimento del Terzo Settore che si è limitata alla fase iniziale e, ad eccezione di singoli casi legati a progetti specifici, nessun PdZ risulta co-finanziato da soggetti del Terzo Settore¹³.

Nella nuova programmazione si dovrà necessariamente superare questa logica e aprire ad una “partecipazione vera” non soltanto del Terzo Settore, ma anche ai soggetti del mercato e alle imprese in generale (Villa M., 2013).

Come dice Ugo Ascoli “Il futuro del welfare locale è tutto da scrivere: dalla nostra ricostruzione emerge tuttavia come trovi ulteriore esaltazione il carattere “familista” del sistema di protezione sociale... Non v’è dubbio che andrà ripensato

¹² Leggasi Braga M., 2014.

¹³ Sull’importanza della concertazione nella programmazione sociale si legga Serio M., Novara C., Milo A., 2007.



un sistema locale di protezione sociale, in cui occorrerà costruire un network in grado di coinvolgere oltre il Terzo settore, anche il mondo delle imprese e altri soggetti del privato sociale, facendo leva sulla responsabilità sociale e sul radicamento territoriale” (op. cit., pag. 39-40).

Collegato a ciò c'è la constatazione che l'ATS è riuscito, in questi anni, soltanto in sporadici casi, a diventare punto attrattivo di gestione associata. Questo fenomeno certo non è stato agevolato dalle altalenanti decisioni delle amministrazioni regionali che si sono succedute. Spesso si è riposta poca fiducia negli ATS che si è concretizzata nell'attivazione di diverse misure che hanno poi visti chiamati in causa direttamente i 136 comuni molisani nella gestione delle stesse; va anche detto, però, che sono stati rarissimi i casi in cui, in questi anni, i Comuni associati in ATS abbiano deciso di gestire in maniera unica servizi non obbligatori; si riporta il caso della gestione associata dell'Asilo Nido dell'ATS di Agnone, che forse rimane un caso unico.

Infine l'ATS con la sua gestione del PdZ, è sopravvissuto anche a tentativi di ricondurre la materia sociale ad una gestione centralizzata a livello regionale, attraverso, ad esempio, una delega all'Azienda Sanitaria Regionale (d'ora in poi ASReM). Ipotesi che, studiata nelle Direzioni Generali della Regione e dell'ASReM non ha poi visto alcuna concretizzazione.

Sul terzo ed essenziale obiettivo, riferito all'integrazione socio-sanitaria, non si può far altro che constatare che la maggior parte dei Protocolli d'Intesa sottoscritti tra gli ATS e l'ASReM sono inattuati, per i motivi che vengono spiegati nel prossimo paragrafo.

L'integrazione socio-sanitaria

Il Piano Sanitario Regionale e il susseguirsi di diversi piani operativi ha generato un percorso molto accidentato. La conseguenza è stata l'interruzione del difficile processo di integrazione socio-sanitaria già dal livello istituzionale (Bissolo G., Fazzi L., 2010).

Con il Decreto del Commissario *ad acta*¹⁴ è stato approvato il Programma Operativo 2013-2015 per il rientro dal debito sanitario, stante che la Regione Molise è sottoposta a procedura di Piano di Rientro dal debito sanitario dal 2007. Avendo i Ministeri affiancanti osservato tali piani, il Commissario *ad acta* con proprio decreto n. 21 del 4 giugno 2014, approva e invia ai Ministeri una ulteriore versione dei Piani Operativi che fanno riferimento al biennio 2014 e 2015. Nel frattempo

¹⁴ Decreto del Commissario *ad acta* 4 giugno 2014, n. 21.



l'ASReM aveva, su indicazione del Commissario *ad acta*, varato un proprio piano di riorganizzazione interna¹⁵, che immaginava e riorganizzava la macroarea territoriale in maniera profonda, incidendo anche e soprattutto sull'integrazione tra sanità e sociale. Anche questo piano, inviato ai Ministeri affiancanti, è stato fortemente annotato e, sostanzialmente, congelato dalla Regione e dall'ASReM in attesa dell'approvazione dei Piani operativi.

Questa breve ricostruzione serve a contestualizzare le difficoltà che il programmatore regionale si trova ad affrontare sia sul piano normativo che su quello gestionale.

Tema che qui non si può, comunque, eludere è quello del coordinamento territoriale delle politiche di welfare. In particolare la raccomandazione contenuta nella Legge 328/2000 di far coincidere ambiti sociali e distretti sanitari, che aveva trovato applicazione, seppur soltanto sul piano formale, viene di nuovo messa in discussione.

Infatti tutti gli atti di programmazione sanitaria fanno esplicito riferimento alla necessità, per il Molise, di dotarsi di un Distretto sanitario ogni 80.000 abitanti, così come raccomandato da AGENAS, con la conseguente riduzione dei distretti dagli attuali sette, coincidenti con gli ATS, a 4 (Campobasso, Termoli, Isernia, Agnone). Questa riduzione, che organizzativamente è già in essere, in quanto i Distretti Sanitari di Larino, Bojano e Venafro sono retti dai Direttori dei Distretti, rispettivamente, di Termoli, Campobasso e Isernia, di fatto disallinea di nuovo la coincidenza con gli ATS che, invece, rimangono sette.

Il Gruppo di Lavoro per la redazione del Piano Sociale Regionale 2015-2017, costituito presso l'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Molise, dovrà affrontare anche questa difficoltà e tentare un'articolazione organizzativo-gestionale che tenga insieme le necessità di programmazione territoriale unica tra sociale e sanitario e quella, gestionale, di predisporre servizi ed interventi socio-assistenziali su territori vasti e afferenti alle c.d. "aree interne".

Rispetto al Rapporto 2010, lo stato dell'integrazione socio-sanitaria in Molise pare non aver subito grandi modificazioni. Gli strumenti di integrazione, sostanzialmente operanti a livello dell'integrazione istituzionale e confinati nel classico modello Accordo di Programma/Protocollo d'Intesa, non hanno dato gli effetti sperati. Il tasso di servizi e i casi in gestione integrata sono bassissimi come si leggerà nei capitoli successivi.

Altro esempio può riguardare l'assenza di programmazione distrettuale: infatti nessun Distretto dell'ASReM ha approvato il Programma delle Attività Territoriali, né lo ha sottoposto al Comitato dei Sindaci del relativo ATS.

¹⁵ Approvato con Provvedimento del Direttore Generale n. 1455 del 23 dicembre 2013.



Quasi nessuno degli elementi contenuti nella raccomandazione SQUAS 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”, del 16 marzo 2012, alla cui elaborazione ha partecipato anche AGENAS¹⁶, è stato ripreso e formalizzato dalla Regione Molise in questi ultimi anni e, di conseguenza, nessuno degli ATS ne ha potuto sperimentare l’efficacia.

Anche sul piano dell’integrazione gestionale e professionale non si sono avuti risultati di rilievo. Come nel 2010, la collaborazione tra ATS e Distretti sanitari si continua a basare sulla buona volontà dei singoli operatori.

Questo livello di bassa performance dell’integrazione socio-sanitaria in Molise è riportato in un lavoro di Pavolini (2011) che posiziona il Molise nella parte bassa della graduatoria redatta in base ad un indice sintetico, elaborato con tecnica fattoriale, la quale vede ai primi posti, con punteggi alti, neanche a dirlo, il Friuli Venezia-Giulia e l’Emilia-Romagna, mentre vede agli ultimi due posti la Campania e la Calabria.

L’unica, ma non secondaria, novità consiste nell’approvazione, come si è detto, dalla Legge regionale di recepimento della Legge 328/2000. Infatti, la Legge regionale n. 13 del 6 maggio 2014, all’art. 43¹⁷, impegna la Regione a rendere stabile e strutturale il processo di integrazione socio-sanitaria.

Purtroppo, anche con questo grande passo in avanti, la soluzione non è a por-

¹⁶ Si veda <http://www.agenas.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari/programmazione-sanitaria-e-psr/integrazione-socio-sanitaria>.

¹⁷ Art. 43 - Integrazione sociosanitaria:

1. Le attività ad integrazione sociosanitaria sono volte a soddisfare le esigenze di tutela della salute, di recupero e mantenimento delle autonomie personali, d’inserimento sociale e miglioramento delle condizioni di vita, anche mediante prestazioni a carattere prolungato.
2. Secondo quanto disposto dall’articolo 3-*septies* del D.Lgs. 502/1992 e dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie), le prestazioni sociosanitarie sono assicurate, mediante il concorso dell’ASReM e dei Comuni, dall’erogazione integrata delle prestazioni sanitarie e sociali necessarie a garantire una risposta unitaria e globale ai bisogni di salute, che richiedono interventi sanitari e azioni di protezione sociale.
3. Il Consiglio regionale, nei provvedimenti di programmazione sociale e sanitaria, su proposta della Giunta regionale, individua i servizi inerenti alle aree di integrazione sociosanitaria, di cui al comma 2, e definisce i criteri per il concorso delle risorse sanitarie e sociali in attuazione del D.P.C.M. 14 febbraio 2001.
4. I Comuni e l’ASReM, individuano modalità organizzative di raccordo per la gestione dei servizi, fondate sull’integrazione istituzionale, gestionale e professionale delle rispettive competenze e disciplinano i relativi rapporti finanziari, mediante accordi o convenzioni ai sensi della normativa vigente.
5. Il coordinamento e l’integrazione degli interventi sociosanitari, si attua, ai fini della appropriatezza e dell’efficacia delle prestazioni, in coerenza con le indicazioni di cui all’articolo 7, sulla base della valutazione multiprofessionale e multidimensionale del bisogno, della definizione del percorso assistenziale.
6. Gli accordi e le convenzioni di cui al comma 4 definiscono le modalità di coordinamento fra le attività di integrazione sociosanitaria ed il complesso degli interventi sanitari.



tata di mano. Infatti, la Legge rimanda ad atti esecutivi per definire nel dettaglio e rendere operativa l'integrazione socio-sanitaria. In particolare al Piano Sociale Regionale, ma, soprattutto, al Piano Sanitario Regionale. Così facendo, si rimanda al Consiglio regionale il compito di operare su questa tematica con gli strumenti della programmazione regionale, ma non fa migliorare la situazione sul piano sostanziale.

Appare anche poco utile il rimando, sul piano operativo alla stipula di singole intese tra ATS ed ASReM, previste al comma 4, per l'individuazione delle modalità operative per l'integrazione. Anche questo richiamo sembra debole, in larga parte inutile in quanto in Molise, da diversi anni, esistono questo tipo di protocolli che, però, in assenza di strumenti unici regionali, chiari, operativi e finanziati, restano per lo più lettera morta.

A questo si aggiunga la mancata previsione, sia nel testo di legge, che negli atti allo stato attuale in vigore, di un qualche "luogo" di coordinamento regionale che possa costantemente, presidiare, stimolare e verificare il processo di integrazione, luogo che la quasi totalità delle regioni ha posto a livello regionale attraverso l'attivazione di centri per il coordinamento delle politiche ad integrazione socio-sanitaria.

A questa mancanza non possono sopperire singoli "protocolli d'intesa" tra ATS e Distretti sanitari che, come si è appena detto, sono rimasti, privi di effetti. Anche se dal punto di vista professionale non mancano le occasioni di collaborazione tra professionisti del sociale e del sanitario, ma mancano "abitudini" e *modus operandi* comuni, oltre che, ovviamente, protocolli di cura ed assistenza operativi formalizzati, anche e soprattutto nei casi a più alta complessità assistenziale, oppure nei casi urgenti come nelle così dette "dimissioni protette".

Nell'attuale fase di programmazione operativa, sia sul piano sociale, con il redigendo Piano Sociale Regionale, sia su quello sanitario con l'ennesima rimodulazione dei Programmi Operativi 2013-2015 per il rientro dal debito sanitario, la Regione Molise dovrà, anche se con tutte le difficoltà espresse, affrontare il problema delle competenze socio-sanitarie e dell'applicazione concreta dei D.P.C.M. 14 febbraio 2001 e soprattutto del D.P.C.M. 29 novembre 2001.

Alla luce della forte contrazione del finanziamento statale del FNPS e stante la difficilissima situazione finanziaria dei comuni molisani, una riflessione sulle competenze socio-sanitarie risulta foriera di problematiche finanziariamente impattanti per il sistema di protezione sociale regionale.

Infatti, la struttura Commissariale, affiancata dai Ministeri della Salute e delle Finanze, sta procedendo, seppur tra mille incertezze, ad una "rivisitazione" dei costi sociali sostenuti storicamente dalla sanità regionale. Prima "vittima" di tale riorganizzazione è stata l'Assistenza Domiciliare ai malati di

Alzheimer¹⁸ che al 31 dicembre 2014 è stata sospesa nell'attesa di transitare, almeno per le fasi iniziali della malattia, nel comparto sociale. Altro esempio è l'intervento socio-educativo a carattere riabilitativo nei confronti di persone con difficoltà cognitiva, siano esse minori che adulte. Il finanziamento di centri diurni dedicati, che storicamente è stato sempre garantito dall'ASReM, sta progressivamente riducendosi¹⁹, spostando l'onere a carico del comparto sociale.

Altri esempi sono l'interruzione di tutte le prestazioni definibili extra LEA, tra cui, solo per citarne alcune, la mancata erogazione dei farmaci di fascia C per le persone indigenti e l'interruzione dell'erogazione gratuita o semigratuita di prodotti alimentari speciali (aproteici, senza glutine, ecc.) per le persone indigenti o a basso reddito.

Nel frattempo nell'ambito degli atti adottati dalla Struttura Commissariale della Regione Molise per il Piano di Rientro²⁰, è stato rettificato il Decreto Commissariale del 3 agosto 2011 n. 56 e la tabella ad esso allegata, concernente le prestazioni socio-sanitarie di cui all'allegato 1.C "Area Integrazione Socio-Sanitaria" al D.P.C.M. 29 novembre 2001, nella quale sono individuate le singole tipologie erogaive di carattere socio-sanitario, con l'indicazione della percentuale degli oneri di spesa a carico del Servizio Sanitario Regionale, dell'utente o del Comune.

Dall'analisi del provvedimento appare chiaro che il Commissario ha "interpretato" la norma nazionale in senso restrittivo, delimitando il perimetro delle prestazioni sanitarie a quelle letteralmente riconducibili al campo sanitario.

Un esempio in tal senso è rappresentato dalle "dimissioni" d'ufficio di persone disabili da un istituto di riabilitazione regionale che risultavano ricoverate in maniera "inappropriata" in quanto ormai stabilizzate e non più bisognose di prestazioni riabilitative. Le dimissioni, operative dal 31 dicembre scorso, hanno suscitato grande preoccupazione nelle famiglie dei disabili che si sono viste proporre

¹⁸ La Regione ha garantito progetti sperimentali innovativi, quali l'Assistenza Domiciliare dei malati di Alzheimer, che ha coinvolto un campione di cento pazienti distribuiti sul territorio molisano. Con Delibere di Giunta Regionale del 9 maggio 2005 n. 543 "Sperimentazione, attivazione Servizio Assistenza Domiciliare, malattie neurodegenerative e centri Alzheimer sul territorio regionale" e del 17 ottobre 2005 n. 1423 "Linee guida per l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare in favore dei pazienti affetti da malattia di Alzheimer" viene istituito, in via sperimentale, il servizio di ADA, finalizzato alla creazione di una rete integrata di servizi mirati al sostegno dei pazienti affetti da demenze e delle loro famiglie. Il servizio fornisce attività di assistenza integrata e sostegno ai pazienti e alle loro famiglie attraverso l'assistenza domestica, infermieristica, sociale e psicologica e si caratterizza per gli alti livelli di integrazione sociale e sanitaria e per la forte integrazione tra le attività istituzionali e il privato sociale (le prestazioni sono assicurate da una cooperativa sociale mentre l'AIMA Molise è l'associazione di volontariato promotrice del progetto).

¹⁹ Ad esempio si veda il progetto di Centro Socio Educativo "Giorgio Palmieri" giusta DGR n. 193 del 13.05.2014.

²⁰ Di cui all'Accordo Stato Regioni 2007/2009, con Decreto Commissariale del 21 marzo 2011 n. 5.



ricoveri in strutture esclusivamente sociali (ad esempio case di riposo) per pazienti con elevati gradi di disabilità, principalmente di tipo intellettivo.

In altri termini, la sanità regionale, per effetto del Piano di rientro, sta abbandonando il suo impegno nel campo sociale e socio-sanitario, nella malintesa idea che i costi sociali delle attività sanitarie siano a carico dei cittadini e dei Comuni, come se si potesse ricondurre l'attività sanitaria al solo momento dell'acuzie e del post acuzie, delegando ad altri l'assistenza di lungo termine (AGENAS, 2013).

Sul versante opposto la Regione ha enormi difficoltà a far partire la componente socio-assistenziale e tutelare dell'ADI, la quale, in Molise, si riduce, essenzialmente, alle prestazioni di tipo infermieristico e fisioterapico. Questa attività, di competenza degli ATS, non viene attivata se non in rarissimi casi e su specifici progetti. La mancanza di risorse economiche, che nel frattempo ha spinto i comuni a ridurre di molto, negli ultimi anni, il numero medio di ore di assistenza domiciliare sociale nei confronti delle persone anziane e non solo, non consente, d'èblée, un intervento autonomo degli ATS e men che meno dei comuni singoli, se non su specifica previsione del finanziamento regionale.

La mancanza di linee guida nazionali, recepite a livello regionale²¹, e di indicazioni chiare e vincolanti in tema di integrazione sociosanitaria penalizza, sull'altro versante, anche il comparto sociale. Infatti, gli ATS sono costretti a dotarsi di équipes multidisciplinari per far fronte alle carenze dell'ASReM, in particolare nei settori del sostegno alle famiglie a causa della scarsità di personale dei Consultori familiari, nonché dalla quasi completa assenza di personale educativo nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) per le attività di riabilitazione territoriale e di inserimento socio-lavorativo delle persone affette da patologie psichiatriche, ma anche per coloro che soffrono di forte disagio psichico.

Ultimo e forse più importante esempio di insufficienza dei servizi socio-sanitari che impatta sul comparto sociale è rappresentato dai servizi per la riabilitazione neuropsichiatrica infantile e dell'età evolutiva.

Questa scarsità di risorse impedisce un pieno sviluppo dei servizi integrati anche in ambito scolastico, specialmente riferiti ai Disturbi Speciali dell'Apprendimento (DSA) e ai Bisogni Educativi Speciali (BES).

²¹ Un primo tentativo la Regione Molise lo compie nel settore dell'assistenza domiciliare con la Delibera del Consiglio Regionale del 14 settembre 1999 n. 329 "Linee guida per l'assistenza alla popolazione anziana in Molise", emana l'atto di regolamentazione del servizio di Assistenza Domiciliare, delineando azioni in merito alla costituzione e composizione delle UVG (Unità di Valutazione Geriatrica), alla valutazione multidimensionale e alla redazione di Piani individuali di assistenza, individuando i criteri di ammissione e gli strumenti per il monitoraggio. Il merito della Delibera n. 329/99 è stato quello di consentire il concreto avvio dei Servizi di Assistenza Domiciliare ma con un grosso limite: la mancata individuazione delle prestazioni da erogare e delle diverse tipologie di assistenza domiciliare.

Ulteriore servizio che presto verrà, su indicazione del Tavolo tecnico interministeriale per la verifica del Piano di rientro dal debito sanitario, dal comparto sanitario sottoposto a rivalutazione è quello erogato dalle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Dopo molti anni di mancata definizione della ripartizione dei costi, a scapito del sistema sanitario regionale, con l’emanazione del decreto del Commissario *ad acta* 21 marzo 2011, n. 5, recante ad oggetto “Determinazione degli oneri di spesa delle prestazioni previste dall’allegato 1.C ‘Area integrazione socio-sanitaria’ al D.P.C.M. 29 novembre 2001 ‘Definizione dei livelli essenziali di assistenza’”, la Regione ha tentato di mettere ordine in questa materia, ma il tentativo si è infranto sull’evidente mancanza di organizzazione strutturata dei servizi residenziali socio-sanitari in Molise, carenza più volte sottolineata dallo stesso tavolo tecnico interministeriale. Questa operazione dovrà necessariamente vedere un lavoro di coinvolgimento dei Comuni che sono enti autonomi in base all’articolo 114 della Costituzione e che quindi dovranno adeguare, su richiesta della Regione stessa, le proprie regole di settore.

Diversamente, il risultato sarebbe una sostanziale impossibilità per le RSA molisane a recuperare i crediti nei confronti dei Comuni, nei casi in cui gli utenti non possano far fronte in parte o completamente ai costi sociali della retta di ricovero. Senza entrare nel merito della disputa giuridica circa le rette di ricovero (Gioncada M., Trebeschi F., Mirri A. P., 2011) si deve registrare il fatto che, la Regione, e in particolare il Commissario *ad acta* dovrà adoperarsi, per mettere ordine in questa materia con atti normativi sufficientemente vincolanti anche per i Comuni, che, a quel punto si troveranno nelle condizioni di dover trovare ulteriori risorse economiche per integrare le rette di ricovero in RSA per i loro cittadini.

In maniera simile a quanto appena detto per le RSA, resiste una certa tendenza alla “sostituzione” del sanitario con il “sociale”, anche nei servizi residenziali, come nel caso delle c.d. Residenze Protette²². Questo tipo di strutture dedicate alla lungo degenza di pazienti con limitate necessità di riabilitazione psico-fisica, sono in definitiva, delle comunità alloggio per anziani o “dopo di noi” per disabili privi di sostegno familiare. In entrambi i casi la retta di ricovero dovrebbe esser totalmente o in larga parte a carico degli ospiti o a carico dei comuni di residenza, invece viene totalmente pagata dal sistema sanitario regionale. Questa chiara attività di sostituzione dell’azione di assistenza sociale residenziale con una a carattere formalmente sanitaria è oggetto di attenta analisi da parte della struttura Commissariale, la quale, sollecitata dal Tavolo tecnico ministeriale, sta effet-

²² Le residenze protette (RP) erano definite ai sensi della deliberazione di Giunta regionale n. 203 del 6 marzo 2006, recante ad oggetto “Direttiva in materia di autorizzazione e accreditamento dei servizi e delle strutture, compartecipazione degli utenti al costo dei servizi, rapporto tra enti pubblici e enti privati – Piano sociale Regionale Triennale 2004-2006”.



tuando, per il tramite delle UVM dei Distretti sanitari dell'ASReM una rivalutazione complessiva dei pazienti ricoverati in tali strutture, nonché dei pazienti ricoverati nelle suddette Residenze Protette. Tali controlli porteranno, nel medio periodo, alla dimissione dei "pazienti storici" con l'effetto che questi verranno ricoverati in strutture socio-assistenziali con evidente aggravio per le casse dei Comuni.

In conclusione, quali sono le soluzioni per rilanciare il processo di integrazione socio-sanitaria in Molise? In termini di programmazione, a costo di sembrare ripetitivi, appare indispensabile una puntuale applicazione della nuova legge regionale sui servizi sociali, la Legge regionale 13/2014 e del citato Regolamento di applicazione, che disciplina le strutture, i servizi, i costi e la compartecipazione ai servizi da parte degli utenti dei servizi sociali e socio-sanitari. Il redigendo PSR, nel dare concreta applicazione alla Legge, dovrà, inoltre, tentare una soluzione dei problemi fin qui elencati. La Legge, mettendo al centro del sistema di welfare regionale gli ATS, traccia in maniera inequivocabile la complessa strada dell'integrazione socio-sanitaria in termini di governance, ma anche in termini operativi di gestione quotidiana della domanda di servizi sociali e socio-sanitari.

In concreto occorre:

1. Coordinare la normativa regionale in materia sociale e socio-sanitaria adottando il Piano Sociale Regionale e, in attesa di uscire dal piano di rientro, dei provvedimenti commissariali, nonché dei piani operativi che siano coerenti tra loro e che definiscano, in maniera chiara, un modello di integrazione adatto alla realtà molisana, soprattutto che sia sostenibile finanziariamente.
2. Definire in maniera chiara LEA e LEP sociali.
3. Dotarsi di un centro di coordinamento regionale che sviluppi la cultura dell'integrazione e crei un *locus* in cui il sociale e il sanitario possano trovare costante e qualificato confronto e coordinamento.
4. La condivisione programmatica di PdZ e PAT da parte degli stessi territori.
5. Il rilancio del lavoro di équipe multidisciplinari, la definizione delle PUA, delle UVM, degli strumenti di valutazione multidimensionale, nonché l'adozione di PAI condivisi attraverso l'utilizzo del concetto di "budget di salute".
6. Sviluppare un piano di formazione costante per il personale sociale e sanitario impegnato nelle équipe multidisciplinari.

Le conclusioni tratte da Pirone (2013, pag. 156) sono perfettamente calzanti alla situazione del welfare molisano; infatti la complessiva riduzione del ruolo statale ha comportato una spinta alla regionalizzazione delle politiche sociali, con il conseguente aumento della disparità territoriale. Similmente, in Molise, l'effetto scarsamente regolatorio del Piano Sociale Regionale 2009-2011 ha comportato una

marcata disparità all'interno della regione tra diversi ATS, così come dimostrano i dati riportati nei capitoli successivi, in particolare nel capitolo sull'analisi della spesa sociale.

In direzione opposta pare andare la redigenda programmazione che intende, secondo il disposto della Legge regionale 13/2014, quantificare e garantire, in maniera omogenea nei sette ATS, i livelli minimi delle prestazioni sociali.

La mappa territoriale della "cittadinanza sociale e sanitaria", come la definisce Pavolini (2011, pag. 71), che rimanda all'idea dell'esigibilità sostanziale dei diritti, viene messa spesso in discussione dalle diverse capacità gestionali e amministrative degli ATS e dal ruolo che il Terzo settore svolge in diverse parti della regione, determinando livelli non omogenei di accesso ai servizi e alle prestazioni sociali.

Nonostante l'auspicio espresso nel rapporto del 2010 (Cicchetti A., Perrella A., 2011, pag. 31) in Molise non si registrano piani sociali di zona (PdZ) approvati nella conferenza dei sindaci dell'ASReM, né, viceversa, programmi attuativi territoriali (PAT) elaborati dai Distretti sanitari e approvati o condivisi nei comitati dei sindaci degli ATS; quest'ultimo strumento della programmazione unitaria integrata socio-sanitaria in Molise, nonostante i molti sforzi dei singoli, non è mai diventato operativo. La principale causa è dovuta all'ancora non ben definito ruolo del Distretto sanitario in Molise.

Punto nevralgico del nuovo modello di assistenza sanitaria territoriale, disegnato con le riforme intervenute negli anni Novanta, è il Distretto, che costituisce il tassello fondamentale nell'architettura della gestione delle cure primarie, al fine di offrire anche una efficace alternativa all'ospedalizzazione. È a questo livello organizzativo, di maggiore prossimità al cittadino, che si garantisce il diritto di cittadinanza e si attua il principio della sussidiarietà verticale nella gestione dei servizi sanitari e sociosanitari. Qui si realizza concretamente la complessa rete delle cure ai cittadini, e si definisce il *setting* assistenziale più idoneo a garantire cure ed assistenza appropriati.

Le Regioni italiane sono da tempo impegnate nella definizione e nello sviluppo di modelli distrettuali capaci di riequilibrare le risorse tra attività ospedaliera e territoriale, orientando il sistema sempre più verso il miglioramento delle attività di assistenza primaria (AGENAS, 2013, pag. 109-110)²³.

L'alternarsi, come si è già detto, di leggi regionali, Piani sanitari, Piani opera-

²³ Proprio per queste ragioni, si è stabilito di considerare il Distretto come il cuore del progetto di indagine empirica sui sistemi e modelli delle cure primarie al livello locale e per l'analisi dei processi di governance delle cure primarie, i cui risultati sono reperibili in "Cure primarie: esperienze regionali a confronto" di Giovanni Bertin, Elena Menegazzi, Giovanni Caracci, Angela Angelastro in *Quaderni Monitor di AGENAS*, n. 33, 2013, pag. 109 e successive.



tivi e atti aziendali, spesso in contrasto tra loro, hanno determinato la non adozione del c. d. “distretto forte”²⁴, così come delineato dal D.Lgs. 509/92 e integrato dal D.Lgs. 229/99, cioè negoziatore di budget, produttore di prestazioni e sede di integrazione operativa. In un sistema caratterizzato da finanziamenti limitati, sono diventati prioritari per il Distretto l’analisi della domanda, il monitoraggio dei consumi, la valutazione dell’appropriatezza²⁵ delle prestazioni, l’integrazione socio-sanitaria, le attività di prevenzione e promozione della salute, soddisfatte dalla formulazione di strumenti operativi quali lo Sportello unico, l’Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e il Piano Assistenziale Individuale (PAI) integrato.

Certo che come riporta AGENAS in una recente indagine sul tema “Il Distretto risulta nell’86% dei casi struttura complessa ed è spesso formato da più unità operative semplici e complesse. L’autonomia economico-finanziaria risulta presente in un numero limitato di Distretti (32%). Il 73% dei Direttori di Distretto dichiarano di negoziare annualmente il budget...” (AGENAS, 2011, pag. 182), quindi il Molise non è particolarmente isolato in questo tipo di “ritardo di applicazione” della normativa nazionale.

Resta, però, questo il maggior limite alla possibilità da parte del Distretto sanitario di adottare atti di programmazione territoriale che possano integrarsi, realmente, con le politiche di welfare dell’ATS.

Stante gli elementi di cui si è appena detto, sembra possibile sostenere che quello dell’integrazione rimanga il problema principale del rapporto tra sociale e sanitario rispetto al complessivo obiettivo della tutela della persona e della sua salute. Muovendo dall’assunto che la salute globale di una persona (e quindi della collettività ai sensi dell’art. 32 della Costituzione) costituisca l’elemento delle relazioni tra sistemi diversi, si rende necessario superare quelle forme di discontinuità che rischiano di “dividere” la persona tra competenze sociali e competenze sanitarie.

Una specifica attenzione va poi riservata alle implicazioni legate alla continuità, all’appropriatezza, ai costi, all’integrazione nella programmazione e nella gestione dei servizi e degli interventi, in una logica che assicuri la congruenza delle azioni dei diversi attori istituzionali.

È bene tuttavia far presente come, secondo quanto sottolineato da Ciaschini U. e Mammoli M. (2011), l’integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale risenta di una forte asimmetria che si può cogliere su diversi piani.

²⁴ Sul ruolo del “distretto forte” si legga Longo F., Salvatore D., Tasselli S., 2010; Camboa P., 2004.

²⁵ Su cosa fare in sanità per aumentare l’appropriatezza si legga, tra la sterminata letteratura, Alfieri R., 2007 e 2013.

Sul piano amministrativo, le criticità sono collegate a scelte istituzionali che mantengono a livello dei Comuni le competenze sociali e assegnano alle Aziende sanitarie locali quelle sanitarie. I problemi che da ciò derivano sono da ascrivere, oltre che alla diversa natura di Comuni e Aziende sanitarie, ad aspetti propri della gestione delle politiche regionali in questi due settori; viene in rilievo, in particolare, l'asimmetrico rapporto con la Regione, riflesso della responsabilità autonoma dei Comuni per il sociale e della dipendenza strutturale dei servizi sanitari dalla Regione.

Altro terreno di asimmetria è quello finanziario, le cui radici affondano nel consolidato sbilanciato rapporto che vede la spesa sanitaria essere, nel nostro Paese, di gran lunga superiore a quella sociale (per ogni euro speso nel sociale se ne spendono quaranta in sanità).

A livello organizzativo, entra in gioco l'articolazione dei servizi: in particolare, a fronte della maggiore strutturazione e stabilità che presenta quella della sanità, quella del sociale si connota come più leggera, flessibile, polifunzionale e precaria.

Va infine richiamata la dimensione professionale, nella quale le crepe recano il segno dello squilibrio fra la presenza dei profili delle professioni sanitarie e la mancanza di quelle delle professioni sociali; da non sottovalutare sono, inoltre, le difficoltà a collaborare fra le professionalità all'interno e tra i due sistemi dei servizi.

Se le asimmetrie appena citate, rese ormai celebri da molti rapporti e pubblicazioni in questo campo (si veda Bissolo G., Fazzi L., 2010), permangono a "macchie di leopardo" un po' in tutte le regioni italiane, certamente valgono, come si è cercato di argomentare sin qui, anche per il sistema Molise.

La programmazione regionale, pur rappresentando un indispensabile elemento di certezza per indirizzi e prassi operative non si rivela, infatti, sufficiente da sola, a garantire l'attuazione di un sistema integrato di servizi sociali e sanitari alla persona. Si è osservato come la sua declinazione debba articolarsi in due precisi momenti: il primo verte sull'analisi dei bisogni e delle domande sociali e sanitarie, nonché sulla ricognizione delle risorse a disposizione per soddisfarle; il successivo prevede il passaggio all'applicazione concreta delle indicazioni in un processo coerente e congruo che va monitorato in modo permanente.

Nel considerare la situazione in cui pare trovarsi il modello molisano, si evince come sia stata definita una cornice che, seppur ancora per traiettorie troppo distanti, sta dando indirizzi di unitarietà d'approccio e indicando percorsi per il raggiungimento di obiettivi comuni.

Occorre, peraltro, affrontare una ulteriore riflessione che prenda in esame la parabola con cui si articola la realizzazione degli atti di programmazione regionale; entro il disegno di questo tracciato, sarà possibile non solo scorgere gli effetti di

fattori endogeni o esterni ai sistemi dei servizi, ma anche verificare come diversi livelli di integrazione, territoriale, istituzionale, organizzativo e professionale, richiedano di essere messi in condizione di dialogare e di elaborare strategie comuni.



Integrazione tra politiche e la sfida di Europa 2020

Oltre all'integrazione socio-sanitaria, la Legge regionale 13/2014 definisce l'integrazione tra le politiche sociali e le politiche per il lavoro, l'istruzione e la formazione e la prima infanzia.

Il Molise mostra una situazione di relativo vantaggio rispetto ai target della Strategia Europa 2020 per gli indicatori dell'istruzione: gli abbandoni scolastici prematuri ma anche il numero dei laureati tra 30-34 anni, hanno registrato un miglioramento tendenziale che ha permesso già il raggiungimento e l'avvicinamento agli obiettivi fissati. Al contrario, il tasso di occupazione in età 20-64 anni, in flessione rispetto al 2003, è inferiore alla media nazionale e ancora distante dall'obiettivo. La spesa pubblica in ricerca e sviluppo (R&S), stazionaria rispetto al 2003, è anche essa molto al di sotto dell'obiettivo. La popolazione (persone) a rischio di povertà e di esclusione è in aumento rispetto al 2005, in linea con la tendenza nazionale e in controtendenza con l'obiettivo della riduzione (DPS, 2014, pag. 105).

Nello scenario appena descritto appare rilevante anche la considerazione che la Regione Molise ha appena terminato il negoziato con la Commissione Europea al fine dell'approvazione definitiva della nuova programmazione dei fondi strutturali per il settennato 2014-2020. La proposta di Piano Operativo Regionale (POR) 2014-2020²⁶, in particolare per la parte riferita al Fondo Sociale Europeo, annovera tre Obiettivi Tematici²⁷ riferibili alle così dette politiche sociali in senso ampio del termine.

Si riportano le sintesi della proposta regionale per i seguenti obiettivi:

- *Obiettivo Tematico 8* - Promuovere un'occupazione sostenibile e di qualità e sostenere la mobilità dei lavoratori.
- *Obiettivo Tematico 9* - Promuovere l'inclusione sociale, combattere la povertà e ogni forma di discriminazione.

²⁶ Approvata con deliberazione di Giunta Regionale n. 324 del 8 luglio 2014.

²⁷ Vedansi Accordo di Partenariato 2014-2020 tra l'Italia e la Commissione Europea approvato a settembre 2014 in attuazione del Regolamento (UE) n. 1304/2013 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 relativo al Fondo Sociale Europeo e che abroga il Regolamento (CE) n. 1081/2006 del Consiglio).



Tabella 2

Posizione della regione rispetto ai benchmark di Europa 2020²⁸

Indicatore	2003*				Ultimo valore disponibile				Obiettivi NAZIONALI "UE2020"	Obiettivi UE2020
	Molise		Italia		Molise		Italia			
	Mezzogiorno	UE(27)	Mezzogiorno	UE(27)	Mezzogiorno	UE(27)	Mezzogiorno	UE(27)		
Giovani che abbandonano prematuramente gli studi (giovani tra 18-24 anni con al più la licenza media, %) ^{***} 2004*, 2013	15,2	27,7	22,9	16,1	15,4	21,4	17,0	12,0	10	
Laureati tra 30-34 anni (valori %) ^{***} 2004, 2013	17,3	12,9	15,6	27,9	23,4	18,2	22,4	36,8	40	
Tasso di occupazione in età 20-64 anni (valori %) 2013	56,1	50,5	61,4	67	51,0	45,6	59,8	68,5	75	
Spesa totale per R&S (spesa totale sostenuta sul Pil %) 2011	0,4	0,8	1,11	1,86	0,4	0,9	1,25	2,05	3	
Popolazione a rischio povertà (valori assoluti in migliaia) ^{****} 2005, 2012	91,4	8.844	15.358	123.893	116,2	10.033	18.194	123.104	riduzione di 2.200.000 milioni	

Fonte: dati DPS - elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

- *Obiettivo Tematico 10* - Investire nell'istruzione, formazione e formazione professionale, per le competenze e l'apprendimento permanente.

Obiettivo 8. Occupazione

L'Obiettivo specifico è finalizzato a contrastare il fenomeno della disoccupazione di lunga durata in Molise e favorire il reinserimento occupazionale. La disoccupazione di lunga durata in Molise ha raggiunto nel 2013 un'incidenza pari al 9,5% (tre punti percentuali in meno rispetto alla media del Mezzogiorno e ben tre punti in più rispetto alla media nazionale), e rappresenta una criticità in termini di crescita economica e sociale. L'intervento regionale assume un carattere attivo mediante la promozione di misure che tendano ad anticipare le occasioni di reingresso sul mercato del lavoro e a evitare che la disoccupazione assuma i caratteri della lunga durata. Il risultato atteso del presente Obiettivo è legato prioritariamente a contrastare il fenomeno della disoccupazione di lunga durata favorendo l'ingresso e reingresso sul mercato del lavoro dei soggetti target, attraverso incentivi all'assunzione nonché attraverso percorsi di sostegno alla creazione d'impresa. I settori su cui punta la strategia del presente obiettivo per conseguire i risultati attesi sono quelli che offrono maggiori prospettive di crescita quali: green economy; blue economy; servizi alla persona; servizi socio-sanitari/assistenziali (sanità territoriale ed alla persona); valorizzazione patrimonio culturale e turistico; tecnologie dell'informazione e comunicazione (ICT); supporto alla internazionalizzazione delle imprese molisane; sviluppo tipicità locali (specie apprendistato).

Il risultato atteso è quindi complessivamente quello di migliorare le condizioni nel mercato del lavoro dei disoccupati di lunga durata, contenendo i termini per l'ingresso ed il reingresso sul mercato del lavoro (in particolare dei partecipanti che beneficiano di interventi cofinanziati dal FSE) secondo una logica di contrasto della disoccupazione di lunga durata; inoltre si intende ridurre il numero dei disoccupati di lunga durata attraverso la promozione di misure di politica attiva e di stimolo della domanda di lavoro anche attraverso l'inserimento in percorsi di sostegno alla creazione d'impresa.



²⁸ * Per tutti gli indicatori considerati viene indicato tra parentesi: l'annualità iniziale quando diversa dal 2003 e l'anno per l'ultimo valore disponibile. ** In ambito comunitario l'indicatore dei giovani che lasciano prematuramente la scuola corrisponde all'indicatore "Early leavers from education and training". ***Per i laureati tra 30-34 anni il corrispondente calcolato da Eurostat è "Population aged 30-34 years having completed tertiary education". Il valore 2013 per il Centro-Nord è stimato, in quanto l'Eurostat pubblica separatamente le ripartizioni Nord-Ovest, Nord-Est e Centro. ****Dati Eurostat: i valori assoluti per l'Italia e l'UE27 sono quelli pubblicati mentre i valori regionali sono stati stimati attraverso i dati percentuali del rischio di povertà e la popolazione al 1 gennaio. Fonte: Istat e Eurostat.

Obiettivo 9. Inclusione sociale

La regione Molise presenta, stando agli ultimi dati forniti da Eurostat e riferiti all'anno 2012, un indice di povertà regionale del 20,5%. Il dato, considerato anche alla luce dei risultati degli altri indicatori della povertà e dell'esclusione sociale (percentuale di deprivazione materiale al 11,2%, tasso di esclusione sociale al 36,4% e percentuale di soggetti che vivono in nuclei familiari a bassa concentrazione di lavoro al 10,7%, dati questi tutti riferiti al 2012), sottolinea la necessità di intervenire in modo sostanziale sulla problematica delle fasce di popolazione più a rischio povertà, in particolare predisponendo interventi mirati a sostegno delle famiglie.

Il numero di persone a rischio di povertà o in situazione di grave deprivazione materiale o che vivono in famiglie a intensità lavorativa molto bassa è cresciuto nel corso degli anni, raggiungendo nel 2012 le 116mila unità. Il preoccupante fenomeno deriva in larga parte dalla perdurante e profonda crisi economica ed occupazionale registrata negli ultimi anni, registrata da tutti gli indicatori relativi al mercato del lavoro, alla produzione industriale e all'aumento delle crisi aziendali.

In tale contesto, con il sostegno del POR ed in forte sinergia ed integrazione con il PON Inclusione Sociale a titolarità del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, l'Obiettivo specifico di riferimento è rivolto prioritariamente a sostenere i nuclei familiari in condizione di difficoltà economica nella prospettiva di contrasto e riduzione della povertà e del rischio di esclusione sociale ad essa connesso.

La situazione di difficoltà economica e lavorativa di molte famiglie molisane causa ulteriori problematiche quali, ad esempio, quella del disagio abitativo legate alla morosità incolpevole, che in Regione Molise ha raggiunto livelli allarmanti. Le cause che generano morosità sono individuate infatti nella perdita di lavoro per licenziamento, nella cassa integrazione ordinaria o straordinaria, nel mancato rinnovo di contratti a termine o atipici, nella cessazione di attività libero-professionali e in presenza di malattie gravi di uno dei componenti del nucleo familiare che determinano la necessità di destinare una parte notevole del reddito per spese mediche o assistenziali.

La presenza, sul territorio di nuclei familiari a bassa intensità lavorativa e che versano in situazioni di deprivazione (seppur contenuta nella Regione rispetto all'incidenza nel Mezzogiorno, è comunque importante se paragonata alla media nazionale) fa sì che la scelta di questo obiettivo sia funzionale anche al raggiungimento di una maggiore equità sociale che permetta di ridurre le difficoltà di accesso all'istruzione superiore dei soggetti che vivono situazioni di svantaggio connesse alla disegualianza nei redditi.

Il risultato atteso che la Regione Molise intende perseguire, in linea con l'indicazione di Europa 2020, è pertanto quello di ridurre il numero delle persone a rischio povertà ed esclusione sociale, promuovendo l'adozione di "strategie inte-

grate e globali per l'inclusione attiva" e strumenti concreti di sviluppo sociale e di lotta alla povertà con particolare riferimento alle persone in condizione di disagio socio economico e lavorativo.

Analizzando alcune variabili del mercato del lavoro si registra come il tasso di disoccupazione giovanile (15-24 anni) nel periodo 2011-12 è passato dal 28,6% al 41,9% ed è ulteriormente peggiorato nel 2013, raggiungendo quasi il 49%. Rispetto al fenomeno dei NEET che riguarda la fascia 15-29 anni, i dati mostrano come a partire dal 2011 sia in forte aumento, passando dal 22,8% al 29,2% nel 2013. Per la fascia tra i 15-34 anni, il tasso di occupazione è diminuito dal 2007 di oltre 13%, attestandosi al 30% nel 2013. Il peggioramento delle condizioni di inserimento dei giovani molisani ha riguardato tutti i livelli di istruzione.

Dal punto di vista dell'offerta, le modalità formative che vengono promosse, in particolare, attraverso i tirocini e l'apprendistato, sono finalizzate a sostenere le scelte professionali, a favorire l'acquisizione di competenze mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro, a supportare l'inserimento lavorativo delle persone, in particolare dei giovani, e a sostenere le loro scelte professionali. La formazione mirata e i percorsi di accompagnamento sono strumenti che vengono previsti anche ai fini del ricambio generazionale. Il passaggio generazionale rappresenta, infatti, una fase critica in un ambiente competitivo ed in continua evoluzione.

Dal punto di vista della domanda, le misure di accompagnamento all'inserimento lavorativo, in particolare, contribuiscono alla riduzione del divario tra le competenze richieste dalle imprese e le competenze possedute dalle persone. Il conseguimento di questo obiettivo specifico è volto, in linea con le indicazioni della strategia EU 2020 ed in considerazione delle criticità del mercato del lavoro regionale e degli orientamenti strategici assunti, a favorire l'ingresso dei giovani nel mondo del lavoro potenziando le opportunità di occupabilità.

Il risultato atteso perseguito è legato pertanto prioritariamente all'aumento dell'occupazione dei giovani nella fascia (15-24 e 25-35 anni).

Obiettivo 10. Istruzione e formazione

In relazione al tasso di abbandono prematuro degli studi alla fine del primo biennio delle scuole secondarie superiori, emerge per la regione Molise un quadro positivo del fenomeno che risulta in diminuzione a partire dal 2007, attestandosi su un valore al 2011 (ultimo dato disponibile fonte: Istat) pari al 4,8% a fronte del 8,3% del Mezzogiorno e del 7,3% dell'Italia.

La strategia della Regione Molise, che in questo Obiettivo specifico è fortemente integrata e complementare con l'azione svolta a livello regionale dal Ministero dell'Istruzione nel quadro del PON FSE FESR di cui il Ministero è direttamente titolare, è volta a migliorare i livelli di istruzione della popolazione giovanile (fa-





scia 15-17 anni), riducendo da un lato il fenomeno dell'abbandono scolastico, migliorando la performance se possibile, e dall'altro in particolare agendo sul fronte dell'offerta formativa, proponendo percorsi di istruzione e formazione professionale (IEFP) che si adattino alle esigenze del sistema produttivo regionale e nazionale, adeguando l'offerta formativa in coerenza con le direttrici di sviluppo economico e imprenditoriale del territorio.

Altro settore di integrazione tra politiche, espressamente indicato dalla Legge regionale 13/2014, è quello delle politiche per la prima infanzia. Su questo settore specifico di policy regionale si veda il capitolo "L'offerta dei servizi alla prima infanzia".

Prime conclusioni

Dall'analisi fin qui svolta è necessario far nascere qualche suggerimento o, più semplicemente qualche spunto di riflessione per il futuro del welfare in Molise. Senza pretendere di dettare facili ricette e mutuando dalla letteratura di settore, è possibile avanzare proposte di sviluppo del sistema di welfare che sono suggerite da esperienze di altre regioni, ma anche dalla normativa stessa.

Il punto da cui partire, ribadito più volte è la Legge regionale 6 maggio 2014, n. 13, recante ad oggetto "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali". La Legge per la prima volta, prevede una definizione dei livelli minimi di assistenza sociale anche per il Molise e quindi consente, attraverso la redigenda programmazione sociale, di marcare un netto confine con il passato. Attraverso il regolamento attuativo della Legge sarà adesso possibile porre ordine nella normativa sulle strutture e dei servizi sociali e socio-assistenziali. Ciò nonostante è necessario che la Regione, riappropriandosi del proprio ruolo di regolatore e programmatore, affronti anche il tema delle strutture e dei servizi socio-sanitari in maniera organica e definitiva²⁹.

Per quanto concerne l'integrazione socio-sanitaria, il Patto per la Salute 2014-2016, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 10 luglio 2014, riconosce, tra gli obiettivi prioritari, il potenziamento e la qualificazione delle varie forme di assistenza domiciliare, richiamando la necessità di un modello integrato socio-sanitario. Il Piano affronta le principali criticità del Sistema Sanitario Nazionale e in particolare due grandi problematiche assistenziali: quelle legate all'invecchiamento della popolazione, alla disabilità e alla non autosufficienza e quelle relative all'incremento dei costi dovuti all'innovazione tecnologica. Affronta, inol-

²⁹ Si veda il Decreto del Commissario *ad acta* n. 37 del 3 novembre 2014.



tre, criticità riguardanti il differente sviluppo dei sistemi sanitari regionali che si presentano disomogenei e con forti disuguaglianze, sia dal lato della domanda, che da quello dell'offerta, con conseguente rischio di iniquità nell'attuale copertura dei bisogni e di mancata erogazione dei LEA.

Altre criticità rilevate sono conseguenza dell'inappropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri per eccesso di offerta e ritardi nello sviluppo organizzativo dell'assistenza territoriale, di inefficienza nelle procedure di acquisizione di beni e servizi, di scarsa qualità percepita dai cittadini prevalentemente per difficoltà nell'accesso (liste d'attesa) e per carente efficacia e chiarezza nei percorsi assistenziali.

In generale permane, nel nostro sistema sanitario "regionalizzato", un certo sbilanciamento dell'offerta assistenziale a favore di quella ospedaliera non più in grado, però, di rispondere in modo efficace ed appropriato al mutato quadro epidemiologico e demografico per cui è necessario un modello che integri l'assistenza sociale e quella sanitaria per un efficiente utilizzo delle risorse.

Anche per il Molise è necessario attivare politiche forti e decise per la realizzazione dell'art. 6 del Patto che parla molto bene dell'integrazione dell'assistenza territoriale³⁰.

Principalmente sul piano dell'organizzazione forte spinta va data allo sviluppo dell'assistenza territoriale, con particolare riguardo alle cure primarie attraverso la realizzazione di percorsi condivisi tra gli operatori e tra questi e gli utenti, considerati soggetti attivi nelle scelte e nella produzione della propria salute, trasformando il paradigma della medicina di attesa in medicina di iniziativa orientata alla "promozione attiva" della salute, alla responsabilizzazione del cittadino verso la propria salute, al coinvolgimento delle proprie risorse personali e sociali, alla gestione di percorsi assistenziali e alla continuità delle cure.

In questo ambito, il medico di medicina generale (MMG) vede rafforzato il suo ruolo attraverso la realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie e l'integrazione con le altre professionalità del territorio, in relazione anche al ricovero dei pazienti, alla dimissione protetta, all'attivazione e attuazione di percorsi diagnostici terapeutici condivisi; alla continuità delle cure e all'integrazione ospedale-territorio garantendo la continuità tra i diversi professionisti intra ed extraospedalieri, integrati in un quadro unitario (lavoro in team, elaborazione e

³⁰ Per il superamento delle criticità rilevate, le scelte strategiche della politica sanitaria devono essere orientate fortemente verso azioni di sistema finalizzate al miglioramento e potenziamento della prevenzione, alla riorganizzazione delle cure primarie, al potenziamento dei sistemi di rete nazionali e sovra regionali, alla diffusione e consolidamento dell'integrazione sociosanitaria, alla promozione del ruolo del cittadino e delle associazioni nella gestione e nel controllo delle prestazioni del servizio sanitario e al miglioramento e qualificazione del personale dei servizi sanitari.

implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, ecc.), la continuità tra i diversi livelli di assistenza soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio (post dimissione) spesso non strutturato ed organizzato³¹.

Alla luce della necessità di uniformare il servizio ADI a livello regionale la Regione sta elaborando e definendo strumenti capaci di misurare l'efficacia dei servizi domiciliari privilegiando un approccio in cui quello che conta sono i risultati delle prestazioni. Già l'ultimo Piano Sanitario Regionale 2008-2010³², mirava non solo a razionalizzare, ma anche a riorganizzare attività e sviluppare servizi che risultano carenti, soprattutto nell'area territoriale e della prevenzione, si pone il problema della sostenibilità economica. La situazione finanziaria regionale risulta particolarmente critica e richiede una profonda ristrutturazione del sistema sanitario. La difficoltà di rendere operativo il riequilibrio delle aree assistenziali del servizio sanitario molisano consiste, sostanzialmente, nel contrarre la rete ospedaliera e nello sviluppare, contestualmente, i servizi territoriali. Le due azioni sono strettamente interconnesse, ma occorre perseguirle non solo in assenza di risorse aggiuntive, ma addirittura in presenza di una riduzione complessiva delle risorse disponibili. Ciò vuol dire che il sistema deve recuperare risorse utili al potenziamento dei servizi territoriali attraverso il contenimento dei costi per le attività ospedaliere. Il percorso delineato non è affatto semplice né può produrre esiti immediati. Il Piano sanitario ne delinea obiettivi e strumenti, coerenti con le prescrizioni del Piano di rientro, con la consapevolezza che solo un attento monitoraggio delle azioni poste realmente in essere, sia in ambito ospedaliero che territoriale, potrà consentire di accorciare i tempi di realizzazione, senza diminuire il livello di tutela della salute della popolazione.

³¹ In particolare, l'Assistenza Domiciliare dovrà, sul piano del governo clinico, soddisfare le seguenti condizioni: presa in carico fondata su criteri di eleggibilità dei pazienti da assistere, continuità assistenziale, gestendo in maniera coordinata nei piani di cura le diverse prestazioni incluse nelle cure primarie e nell'assistenza specialistica e ospedaliera (dimissioni programmate, assistenza infermieristica, riabilitativa, prestazioni farmaceutiche e protesiche adeguate), gestione integrata con le prestazioni di aiuto domiciliare da parte delle amministrazioni locali, collaborazione professionale tra diverse figure professionali, valutazione degli interventi realizzati e della relativa spesa.

³² Il Piano Sanitario, approvato con Delibera del Consiglio Regionale del 9 Luglio 2008 n.190, è stato predisposto tenendo in considerazione la storia e l'esperienza dei servizi regionali, le recenti normative in materia sanitaria e sociale, la necessaria integrazione tra i servizi sanitari e sociali e la politica di gestione delle risorse. Come strumento per facilitare il processo di rinnovamento, il Piano prevede un'articolazione del territorio in due livelli: la ex zona territoriale e il Distretto, individuando, quale prioritaria, la necessità di rafforzare la programmazione e gestione dei servizi ad un livello locale, ed in particolare il livello distrettuale come unico livello di governo dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali. I processi di integrazione socio-sanitaria assumono una rilevanza sempre maggiore alla luce del nuovo assetto territoriale definito non solo dalla programmazione sanitaria, ma anche da quella sociale, che punta alla coincidenza dei Distretti Sanitari con gli Ambiti Territoriali sociali, nell'ottica della realizzazione di un Distretto "forte" che ponga gli enti locali nelle condizioni di essere parte attiva delle scelte di programmazione, attuazione e valutazione degli interventi che coinvolgono i servizi socio-sanitari.



In questa direzione dovrà andare anche, ovviamente, il redigendo Piano Sociale Regionale 2015-2017, puntando sull'ulteriore sviluppo delle cure domiciliari e della integrazione sociosanitaria in favore delle persone "fragili". Un'ulteriore difficoltà, che va certamente superata in via preordinata rispetto all'implementazione del sistema integrato di servizi ed interventi sociali, è l'assenza di un sistema informativo sociale completo ed articolato.

In particolare tale sistema dovrebbe, in prima battuta, consentire alla Regione di aderire in maniera coerente ai sistemi informativi nazionali come il S.In.Ba. (Sistema Informativo sulla cura e la protezione dei bambini e della loro famiglia), il SINSE (un sistema informativo nazionale sui servizi socio-educativi per la prima infanzia), il SINA (Sistema Informativo sui servizi sociali per le Non Autosufficienze)³³ e il SIP (Sistema Informativo nazionale su interventi e servizi sociali finalizzati al contrasto della povertà e dell'esclusione sociale). Ma per far ciò è necessario costruire un sistema regionale di monitoraggio dei servizi e degli interventi sociali che sia integrato con il sistema informativo sanitario nazionale per la parte socio-sanitaria, al fine di consentire una lettura e trasmissione cogente e fedele dei dati. Alla base di questo lavoro sta comunque la necessità di mettere a regime la c.d. cartella sociale e socio-sanitaria informatizzata che, già operante a livello di software, trova scarsa applicazione per la parte sociale e una parziale applicazione per la parte socio-sanitaria.

L'ambito di rilevazione riguarda tutti gli interventi di assistenza domiciliare rivolti agli utenti in carico presso i Distretti Sanitari per i quali sia stata effettuata una valutazione multidimensionale dell'assistito e sia stato steso un piano di assistenza individuale. Nel contesto di profonda evoluzione del Servizio Sanitario territoriale la Regione Molise ha promosso un processo di riorganizzazione e di innovazione tecnologica concretizzato nella progettazione e implementazione di un Sistema Informativo per l'Assistenza Domiciliare (SIAD)³⁴. L'obiettivo è quello

³³ Per un punto sulla sperimentazione del SINA si legga Gregori E., Paterniti G., 2011.

³⁴ Un esempio in tal senso virtuoso è quello riferito al Sistema Informativo integrato per l'Assistenza Domiciliare (SIAD). L'Assistenza Domiciliare costituisce un elemento chiave della rete dei servizi sanitari territoriali ai quali negli ultimi anni è stato attribuito un ruolo sempre più rilevante in termini di programmazione sanitaria e di risposta ai bisogni di salute della popolazione. Nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), che ha l'obiettivo di costruire una base di dati a livello nazionale, dalla quale rilevare informazioni in merito agli interventi sanitari e sociosanitari erogati, si colloca il Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), istituito con il Decreto Ministeriale del 17 dicembre 2008 che prevede l'invio, da parte delle Regioni al Ministero della Salute, di informazioni relative all'attività erogata in regime di assistenza domiciliare. L'ASReM, ha ritenuto indispensabile porsi l'obiettivo di condividere uno strumento strategico atto a potenziare i servizi ai cittadini attraverso la creazione di un database unico che permetta, a ciascun cittadino, l'intestazione di una cartella socio-sanitaria territoriale alimentata, dagli operatori professionali coinvolti nelle cure domiciliari, realizzabile attraverso un processo di

di definire una soluzione informatico/organizzativa finalizzata alla raccolta di informazioni per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (AD). L'interesse della Regione ad effettuare la rilevazione dell'Assistenza Domiciliare, oltre che a rappresentare un obbligo informativo, è legata alla soddisfazione delle esigenze qualitative e all'efficacia e alla omogeneità delle prestazioni erogate sul proprio territorio e di monitorare il corretto utilizzo delle risorse, anche mediante confronti con benchmark nazionali, ai fini di una corretta programmazione sanitaria e socio-sanitaria. Inoltre, la Regione, attraverso il SIAD, aspira a modernizzare gli strumenti di gestione, di comunicazione e di semplificazione delle modalità di accesso nell'assistenza socio-sanitaria al fine di favorire il miglioramento dei servizi ed il rapporto con i cittadini fruitori e migliorare la comunicazione tra i diversi livelli del Sistema. Il sistema attualmente è in linea con le richieste ministeriali di invio di flussi informativi³⁵.

Sempre sul piano informativo, assolutamente necessario al governo della spesa sia sociale che socio-sanitaria, è importante che il redigendo Piano Sociale Regionale preveda la messa in opera di un sistema di monitoraggio qualitativo e quantitativo dell'avanzamento amministrativo e contabile della spesa sociale degli ATS, che consenta anche di determinare il grado di attuazione della programmazione di zona, al fine di valutare l'efficacia e l'efficienza di tali programmazioni.

Infatti, rimanendo in tema, proprio mentre si sta redigendo il nuovo Piano Sociale Regionale si avverte tutta la mancanza di un programma di valutazione *ex post* del piano scorso e di valutazione *ex ante* di quello in fase di redazione. La scarsità delle risorse ha storicamente impedito l'adozione di procedure definite di valutazione dei programmi e dei progetti, con l'evidente effetto della scarsa evoluzione del sistema di welfare regionale.

Ultimo spunto di riflessione riguarda la necessità di dare seguito alle indicazioni della Legge 328/2000, nonché della Legge regionale 13/2014, in materia di inte-

informatizzazione della rete sanitaria territoriale che si interfacci con la creazione del Fascicolo Sanitario Elettronico previsto dalla vigente normativa. A tale scopo con Provvedimento del Direttore Generale del 26 dicembre 2012 n. 84 ha istituito la cartella sanitaria territoriale informatizzata, intesa come insieme di dati di tipo sanitario e socio-sanitario, generati dalle diverse strutture territoriali aziendali, al fine di agevolare l'assistenza al paziente, fornire una base informativa consistente, contribuendo al miglioramento di tutte le attività assistenziali e di cura, nel rispetto delle normative per la protezione dei dati personali.

³⁵ I servizi che il SIAD garantisce al sistema sanitario e socio-sanitario sono la raccolta dei dati, la creazione ed aggiornamento della Banca Dati, il controllo formale e di coerenza dei dati raccolti, la sistematica verifica della completezza, la correttezza formale e la congruenza dei dati, dando comunicazione delle eventuali anomalie a chi ne detiene la responsabilità (Regioni/P.A.). Inoltre, consente la consultazione dei dati in quanto il sistema fornisce l'accesso ai dati raccolti, anche sotto forma di reportistica, sulla base dei diversi profili di accesso.

grazione tra politiche, di cui l'integrazione sociosanitaria è, certamente, la più importante. Infatti, la Legge regionale punta all'integrazione tra le politiche sociali e socio-sanitarie con le politiche per la prima infanzia e quelle per l'istruzione e le politiche del lavoro.

Il primo punto riguarda l'integrazione delle politiche sociali con il mondo del lavoro e della produzione.

La condizione di esclusione sociale non è riferibile solo a una situazione di esclusione dal mondo del lavoro, ma anche a cause familiari, relazionali e sociali, a carenze culturali e formative, allo stato di salute fisica e psichica, alla precarietà della condizione abitativa, alle difficoltà di accesso alle opportunità e ai servizi, alla marginalità sociale. Seguendo Donolo (2002) possiamo affermare che: "Solo la promozione delle capacità esige integrazione delle politiche, mentre solo pratiche di empowerment producono come effetto secondario la coesione sociale", talché le politiche sociali rinviano a una nozione consistente di coesione sociale e quindi, pro-attivamente – di promozione delle *capability* che al contempo evocano politiche attive".

Da qui la necessità di azioni integrate con il mondo del lavoro e della produzione, finalizzate a ridurre l'esclusione dall'attività produttiva di un numero crescente di soggetti ascrivibili genericamente alle fasce svantaggiate.

All'interno di questa realtà coesistono soggetti in stato di disagio conclamato (disabili fisici, psichici sensoriali, minori e giovani segnalati "a rischio", tossicodipendenti e alcoolisti, detenuti) e una larga fascia di persone non facilmente "censibili", che esprimono bisogni talvolta indeterminati, ma che confluiscono nell'area dell'emergenza sociale. In particolare si tratta di immigrati extracomunitari e della cosiddetta componente della "nuova povertà" che è a sua volta composta da diverse tipologie (i "senza fissa dimora", le ragazze madri, ecc.). Il lavoro, dunque, si configura come uno strumento di riabilitazione e promozione umana. Attraverso il collocamento all'interno di un'organizzazione lavorativa, il soggetto apprende comportamenti, sviluppa una propria identità, dà risposta alle proprie responsabilità familiari.

La competitività nel mercato del lavoro non è mai stata così accentuata, le competenze richieste per l'accesso aumentano di giorno in giorno, così come sempre maggiori sono gli ostacoli per un reingresso nel mondo del lavoro per soggetti che per varie ragioni, compresa l'attuale crisi economica, ne sono usciti. L'Ente preposto alla cura delle politiche attive del lavoro attraverso la gestione dei Servizi per l'Impiego è la Provincia.

I Centri per l'Impiego, che offrono alle persone la possibilità di iscriversi in una banca dati, attraverso la compilazione di una scheda anagrafico professionale durante un primo colloquio approfondito di accoglienza, e cioè l'operatore attraverso l'analisi della domanda e la focalizzazione dei bisogni, cerca di definire con l'in-



interessato un Piano d'Azione Individuale che si configura come un vero e proprio patto tra cittadino e servizio in cui ciascuno assume impegni specifici finalizzati al raggiungimento dell'obiettivo individuato.

I Centri per la formazione professionale offrono percorsi formativi professionalizzanti indirizzati a giovani che hanno terminato l'obbligo scolastico ma anche a particolari categorie di svantaggio come i disabili o i disoccupati di lunga durata o particolari fasce di età.

È quindi necessario che le policy riferite all'intervento sociale propriamente detto e quelli in favore delle così dette politiche attive del lavoro trovino una integrazione a livello istituzionale e programmatico, attraverso l'istituzione di una cabina di co-programmazione e co-progettazione regionale, del resto già sperimentata in fase di programmazione del POR Molise 2014-2020.

Dal punto di vista gestionale ed organizzativo, è necessario prevedere integrazioni stabili e funzionali tra Centri per l'Impiego, Agenzie formative accreditate, con i loro centri di orientamento, e gli sportelli sociali (oltre che i Servizi sociali professionali dei vari ATS)³⁶.

Dal punto di vista professionale è indispensabile che le competenze sociali siano finalmente inserite nei servizi per l'impiego e che, al contempo, gli ATS si dotino di esperienze e capacità collegate al sostegno alla ricerca attiva di lavoro e/o all'autoimpegno, utilizzando anche figure professionali non tipiche dei servizi sociali (animatori sociali territoriali, psicologi con esperienza nell'inserimento lavorativo, educatori per l'inserimento lavorativo dei disabili, ecc.).

Il secondo ed ultimo punto riguarda l'integrazione delle politiche sociali con i sistemi dell'istruzione e della formazione.

L'introduzione dell'obbligo formativo (Legge 144/99) prevede che fino all'età di 18 anni i giovani debbano proseguire la formazione all'interno della scuola secondaria superiore, oppure nella formazione professionale o ancora nell'apprendistato. La finalità del provvedimento è il buon esito formativo, da ottenere attraverso il conseguimento di un diploma di scuola secondaria o di una qualifica professionale.

Fenomeno precursore dell'evasione scolastica è la dispersione scolastica. Con il termine dispersione scolastica si intende di solito una serie di eventi che determinano interruzioni e rallentamenti nell'*iter* scolastico. È un fenomeno complesso, i cui elementi principali sono la mancata iscrizione, la ripetenza, il ritardo, l'abbandono, l'insuccesso scolastico. La dispersione scolastica non si manifesta e identifica unicamente con l'abbandono. Le cause della dispersione scolastica non sono solo quelle attribuibili all'ambiente socio economico e al disagio personale;

³⁶ Per una proposta di modello integrato si legga Lisetto M., 2014.



in moltissimi casi il distacco dalla scuola, infatti, non avviene con l'abbandono, ma con la disaffezione, il disinteresse, la demotivazione, la noia, la mancanza di esperienze positive. Tali manifestazioni si basano spesso su difficoltà d'apprendimento e su una carriera scolastica vissuta più come obbligo esterno (familiare, sociale), che come una motivazione interna (bisogno di affermazione, crescita, acquisizione di conoscenze, capacità per realizzarsi come persona). Per questo motivo è importante considerare l'alunno nella sua globalità, tenendo conto del livello di maturità raggiunto, della relazione fra dimensione emotiva e cognitiva, delle risorse e dei limiti personali, del contesto relazionale in cui è inserito. Ogni studente può diventare uno studente a rischio se si creano alcune circostanze che turbano la intrinseca fragilità dei processi di crescita e di sviluppo. Per la rilevazione e la diagnosi della condizione di rischio Frymier (1992) ha individuato le correlazioni tra cinque aree di rischio e ha trovato che l'esposizione anche ad una sola di queste aree aumenta gravemente il rischio nelle altre. Le cinque aree identificate sono:

1. sofferenza personale
2. insuccesso scolastico
3. situazione socio economica familiare
4. instabilità familiare
5. tragedie familiari.

Quanto sin qui detto rende evidente come l'integrazione fra le politiche scolastiche e le politiche sociali, sanitarie, culturali e giovanili è elemento strategico per sostenere l'innalzamento generalizzato dei livelli di istruzione, favorire il successo formativo, contrastare l'abbandono scolastico e prevenire il disagio giovanile.

Sarebbe opportuno che la Regione si facesse promotore dell'attivazione di un Tavolo sul successo formativo a cui chiamare tutte le scuole di ogni ordine e grado presenti sul territorio municipale, i centri di formazione professionale, i servizi sociali, il terzo settore che realizza nelle scuole interventi di prevenzione del bullismo e della tossicodipendenza, i servizi dei Distretti sanitari che si interessano di educazione alla salute, il servizio per l'impiego, per riavviare quel lavoro di analisi del fenomeno e individuazione di percorsi di recupero, magari anche attraverso i percorsi individualizzati, che possano prevedere anche la frequenza a progetti sociali e/o ad attività di formazione-lavoro e che possano consentire ai ragazzi di essere sostenuti nella ricerca del loro personale e specifico percorso formativo e lavorativo.

Per concludere, per tutto quanto detto fin qui è necessario affiancare, alle innovazioni normative e, più in generale, regolatorie, il tema delle risorse, per dare effettiva applicazione alle norme stesse. Nei prossimi capitoli si parlerà con do-

vizia di particolari del sistema di finanziamento delle politiche sociali in Molise, sia dal punto di vista delle risorse immesse nel sistema (Il finanziamento del sistema di welfare regionale), che da quello della spesa sociale (La spesa sociale dei comuni in forma singola e associata).



Subito, però, possiamo asserire che, come più volte detto nel presente capitolo, siamo di fronte ad un momento di “chiarezza” regolatoria e di definizione delle competenze circa i ruoli del sociale, del socio-sanitario, della Regione, dei Comuni (ATS), dell’ASReM e del terzo settore in generale. Questo processo non è privo di costi: riorganizzare il sistema di welfare nel particolare periodo congiunturale che stiamo vivendo comporta scelte “politiche” coraggiose.