
CAPITOLO 3



Lo stato di salute

di Antonio Petrone



La popolazione molisana si caratterizza per una elevata speranza di vita alla nascita 79,2 anni per gli uomini e 84,9 anni per le donne facendo registrare il miglior dato del Sud, e del tutto in linea con la media nazionale che è di 79,6 anni per i maschi e di 84,4 anni per le donne.

Anche la piramide dell'età (cfr. figura 3 a pag. 66) mette in relazione la numerosità della popolazione nelle varie classi di età distinte per sesso, e mostra il tipico aspetto di una popolazione che tende al progressivo invecchiamento, con una base stretta ed un segmento mediano allargato. Nella parte superiore della piramide si evidenzia come il fenomeno dell'invecchiamento sia più marcato per la popolazione femminile rispetto a quella maschile.

Come si è detto più volte, la popolazione molisana sta progressivamente invecchiando con conseguente aumento del carico sociale e sanitario connesso alla disabilità ed alla non autosufficienza.

Ai fenomeni demografici è correlata in maniera forte e diretta la mortalità che, pur rappresentando un indicatore parziale dello stato di salute di una popolazione, ha, comunque, un ruolo preponderante nell'analisi delle condizioni di salute di una comunità.

Anche in questo capitolo si procederà analizzando i dati contenuti in Istat, "Il benessere equo e sostenibile in Italia" – rapporto 2014" (riportati nelle successive tabelle 1 e 2), al fine di descrivere le condizioni di salute della popolazione molisana in raffronto con quella media nazionale e, in molti casi, con quelle delle altre regioni.

L'Italia e il Molise con essa, presenta condizioni di salute in miglioramento e livelli di speranza di vita tra i più elevati a livello internazionale. Ciò rappresenta uno dei risultati più positivi dell'andamento del benessere della popolazione e un patrimonio fondamentale da salvaguardare. I miglioramenti sono visibili in particolare in alcuni indicatori di mortalità. La mortalità infantile e quella da tumori tra gli adulti fanno registrare un'ulteriore riduzione negli ultimi due anni. Nello stesso tempo, sembra attenuarsi il trend in crescita del tasso di mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso, nonostante l'aumento dell'invecchiamento della popolazione. Al contrario, si arresta il trend positivo della riduzione della mortalità per incidenti da mezzi di trasporto.

Nel 2012 si riduce il benessere psicologico soprattutto per la popolazione adulta e i giovani uomini. Inoltre, sono ancora molto diffusi comportamenti che costituiscono rischi per la salute: la diffusione dell'eccesso di peso tra la popolazione non accenna a diminuire, così come la sedentarietà che riguarda una consistente quota di adulti; non aumenta il consumo di frutta e verdura che resta inferiore alle quantità raccomandate. La quota di fumatori e la diffusione di comportamenti a rischio nel consumo di alcol confermano un trend in diminuzione negli ultimi anni. Permangono disuguaglianze territoriali e sociali. Nel Mezzogiorno, e il Molise non fa eccezione, oltre ad una vita media più breve, si vive per più anni in peggiori condizioni di salute o con limitazioni nelle attività quotidiane. Inoltre, tra le persone di bassa estrazione sociale, molti dei comportamenti a rischio sono più marcati.

Adesso passiamo ad analizzare gli indicatori contenuti nelle successive tabella 1 e tabella 2 per il Molise in confronto con il dato medio nazionale e comparando le performance con le altre regioni del Mezzogiorno.

Secondo il concetto di durata della vita media, declinato con l'indicatore speranza di vita alla nascita¹, nel 2012, tra i Paesi dell'Unione europea, l'Italia è il secondo paese nella graduatoria della speranza di vita per gli uomini (79,8 anni) a ridosso della Svezia (79,9 anni), mentre per le donne è al terzo posto (84,8 anni) dopo Spagna (85,5 anni) e Francia (85,4 anni). In Italia, come nel resto dell'Europa, le donne continuano ad essere più longeve degli uomini (84,4 anni contro 79,6 anni, stima Istat 2012), anche se le differenze di genere continuano a diminuire, a causa dell'aumento della vita media più marcato tra gli uomini. Il vantaggio femminile, che nel 2001 era di 5,8 anni, si è ridotto a 5,1 anni nel 2010 e continua a ridursi fino ad arrivare a 4,8 anni nel 2012. Nel Mezzogiorno la vita media è più breve, sia per gli uomini sia per le donne (rispettivamente 79 e 83,7 anni), sebbene anche in questa ripartizione geografica si sia registrato un incremento negli ultimi due anni. Infatti, il Molise nel 2012, insieme all'Abruzzo fa registrare i migliori valori del Mezzogiorno ormai prossimi a quelli medi italiani, ma ancora distanti da quelli della provincia di Trento che occupa la posizione più alta in graduatoria sia per gli uomini (80,8 anni) sia per le donne (85,9 anni); seguono Marche e Bolzano per gli uomini (80,6) e Marche (85,3), Veneto e Umbria (85,1) per le donne. Il Molise, seppur confinante geograficamente, fa registrare valori molto distanti da quelli della Campania che è la regione in cui mediamente si vive meno a lungo, con 78 anni per gli uomini e 82,8 anni per le donne, segue la Sicilia (78,8 anni per gli uomini e 83,2 per le donne).

¹ Speranza di vita alla nascita: la speranza di vita esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un certo anno di calendario può aspettarsi di vivere. Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana.



Il secondo indicatore preso in considerazione nella tabella 1 è la speranza di vita in buona salute² ed uno dei principali indicatori della condizione di salute della popolazione. È la speranza di vita in buona salute alla nascita che integra l'informazione riguardo la sopravvivenza con quella sulla salute percepita dai cittadini. Dalle stime riferite al 2012, un nuovo nato in Italia può contare su 59,8 anni di vita in buona salute se maschio e 57,3 se femmina. Sebbene dunque le donne siano più longeve, trascorrono più anni in peggiori condizioni di salute rispetto agli uomini. Colpite da malattie meno letali ma spesso più invalidanti, in media trascorrono circa un terzo della loro vita in condizioni di salute non buone (32,1%), contro un quarto degli uomini (24,9%). Il Molise fa registrare, su questo indicatore, un'ottima performance attestandosi per gli uomini ad un punto sopra la media nazionale (60,8 a fronte di 59,8) e per le donne a mezzo punto sopra la media nazionale (58,6 contro 57,3), ma, soprattutto, distaccandosi dal dato medio del Mezzogiorno (54,9 per gli uomini e 50,5 per le donne). Infatti il Mezzogiorno, oltre ad avere una vita media più breve, è svantaggiato anche per una più bassa speranza di vita in buona salute rispetto al Centro e al Nord: nel 2012 il numero di anni in buona salute è pari a 57,5 anni per gli uomini e 54,9 per le donne, rispetto a 60,9 per gli uomini e 58,4 per le donne del Nord, e a 60,5 per gli uomini e 58,6 per le donne del Centro.

Le stesse disuguaglianze di genere e territoriali si ripropongono se si considera un altro indicatore importante per misurare la qualità della sopravvivenza, la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni³ (tabella 2). A 65 anni, una donna può aspettarsi di vivere in media altri 21,8 anni, dei quali 9,4 senza limitazioni di autonomia nelle attività quotidiane, per gli uomini il numero di anni da vivere senza limitazioni è simile (9,9 anni), a fronte di un minor numero complessivo di anni ancora da vivere (18,3). In Molise, se per gli uomini il dato è simile a quello medio italiano (9,2), per le donne si fa registrare una marcata differenza positiva rispetto al trend nazionale e ovviamente a quello del Sud. Infatti nel Sud e nelle Isole anche la vita media senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni (8,6 e 7,7 anni rispettivamente per uomini e donne) è più breve di oltre due anni rispetto a quella del Centro (10,8 e 10,6 anni), che nel 2012 ha superato il Nord nella graduatoria per ripartizione geografica, a seguito di un in-

² Speranza di vita in buona salute alla nascita: esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un determinato anno di calendario può aspettarsi di vivere in buone condizioni di salute, utilizzando la prevalenza di individui che rispondono positivamente ("bene" o "molto bene") alla domanda sulla salute percepita. Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana.

³ Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni: esprime il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere senza subire limitazioni nelle attività quotidiane per problemi di salute, utilizzando la quota di persone che hanno risposto di avere delle limitazioni, da almeno 6 mesi, nelle normali attività della vita quotidiana a causa di problemi di salute. Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana.

cremento di 1,6 anni sia per i maschi sia per le femmine rispetto al 2008. Le donne molisane, a differenza delle loro coetanee residenti nel Sud, hanno maggiori speranza di vivere a lungo senza limitazioni dell'autonomia fisica.



Passiamo ora a descrivere le condizioni di salute.

È ormai ampiamente riconosciuta la multidimensionalità del concetto di salute che include la dimensione fisica e funzionale, quella mentale ed emotiva, nonché quella relazionale. La valutazione che l'individuo fa della propria salute riesce a sintetizzare le diverse dimensioni in gioco, dimostrandosi un buon predittore della sopravvivenza, come ampiamente dimostrato in letteratura. Tra gli strumenti di tipo psicometrico sviluppati in ambito internazionale per indagare con maggiore precisione la percezione delle condizioni psicofisiche degli individui, l'Istat ha selezionato fin dal 2000 il questionario Sf12 che fa riferimento a due indici di salute percepita: uno relativo allo stato fisico (*Physical Component Summary – Pcs*) e l'altro allo stato psicologico (*Mental Component Summary – Mcs*).

Gli indici di stato fisico (Pcs)⁴ e di stato psicologico (Mcs)⁵, riportati in tabella 1, presentano un andamento che decresce con l'età, in modo più accentuato per lo stato fisico. Nel 2012 migliorano complessivamente le condizioni di salute fisica rispetto ai dati raccolti nel 2005, mentre il benessere psichico peggiora. Infatti, il punteggio medio standardizzato dell'indice dello stato fisico passa da 50,4 nel 2005 a 51,2 (punteggi medi standardizzati con la popolazione censuaria del 2001). Di contro, il punteggio medio standardizzato dell'indice di stato psicologico si riduce di quasi un punto (dal 49,8 al 49). La diminuzione dell'indice Mcs è più evidente nelle fasce di età adulta, soprattutto tra i 45-54 anni, mentre non si rileva tra gli anziani. Emerge anche una tendenza alla diminuzione nelle fasce di età giovanili, soprattutto tra i maschi dai 18 ai 24 anni, per i quali il punteggio medio dell'indice Mcs passa da 53,4 a 51,7. Permane il divario di

⁴ Indice di stato fisico (Pcs): la sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di 14 anni e più rispondendo alle 12 domande del questionario SF12 (*Short Form Health Survey*), consente di costruire un indice di salute fisica (*Physical Component Summary-Pcs*). Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. A livelli molto bassi (orientativamente sotto i 20 punti) dell'indice Pcs corrisponde una condizione di "sostanziali limitazioni nella cura di sé e nell'attività fisica, sociale e personale; importante dolore fisico; frequente stanchezza; la salute è giudicata scadente".

⁵ Indice di stato psicologico (Mcs): la sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di 14 anni e più rispondendo alle 12 domande del questionario SF12 consente anche di costruire un indice di salute psicologica (*Mental Component Summary-Mcs*). Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Un basso indice Mcs evidenzia "frequente disagio psicologico; importante disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi; la salute è giudicata scadente". I punteggi medi di tali indici sono da confrontare in termini relativi: all'aumentare del punteggio medio migliora la valutazione delle condizioni di salute.



genere che vede penalizzate le donne sia in termini di salute fisica sia di benessere psicologico: nel 2012 il punteggio medio standardizzato dell'indice Pcs è pari al 50,5 per le donne e 51,9 per gli uomini e il punteggio medio standardizzato dell'indice Mcs è pari al 48 per le donne e 50 per gli uomini. Dal confronto nel tempo, lo stato fisico migliora in egual misura per entrambi i sessi, ma tra gli ultrasettantacinquenni il miglioramento della salute fisica riguarda soprattutto gli uomini, accentuando il divario di genere tra i molto anziani a svantaggio delle donne (tra gli anziani di 75 anni e più la differenza raggiunge i 4,8 punti, mentre nel 2005 era di 3,6 punti). Per il Molise, che fa registrare su questi indicatori valori del tutto simili alla media nazionale, si conferma il divario tra uomini e donne con una migliore posizione delle donne sullo stato psichico, con un punto superiore alla media nazionale, confermando il buono stato psicologico delle donne molisane⁶.

Sempre dalla tabella 1 si evidenzia una buona performance del Molise circa il tasso standardizzato di mortalità infantile. Infatti, con il suo 21,1 ogni 10.000 bambini nati vivi, il Molise fa registrare uno dei tassi di mortalità infantile più bassi d'Italia e dell'Europa. Grazie alle riforme politico-sanitarie attuate su tutto il territorio nazionale, al miglioramento delle condizioni ambientali e socioeconomiche, allo sviluppo di una cultura dei diritti dell'infanzia, ai progressi della scienza

⁶ L'indice di stato psicologico è sempre più basso tra le donne, sebbene si registri una tendenza a una progressiva riduzione delle differenze di genere tra gli adulti e, soprattutto, tra i giovani per il peggioramento dell'indice tra i maschi. Il valore dell'indice tra le donne molto anziane (75 anni e più) resta il più basso, pari a 43,8 contro 47,4 degli uomini. Rispetto al 2005 aumentano ulteriormente le disuguaglianze territoriali a svantaggio del Mezzogiorno. Il miglioramento delle condizioni di salute fisica è più evidente al Nord e al Centro: il punteggio medio standardizzato per età dell'indice Pcs aumenta di 0,9 al Nord e di 0,8 al Centro, mentre l'aumento del Mezzogiorno è di 0,6. Inoltre, il benessere psicologico peggiora di più proprio in questa parte del Paese: il punteggio medio standardizzato dell'indice Mcs scende di 1,1 punti al Mezzogiorno e rispettivamente di 0,8 e 0,7 al Nord e al Centro. Sono ancora le donne delle regioni meridionali a presentare i più bassi punteggi medi dello stato di salute, sia fisico che psicologico, permanendo simili le differenze di genere a loro svantaggio, mentre nel resto del Paese si riducono lievemente. Persistono le disuguaglianze sociali nella salute, crescenti all'aumentare dell'età, in particolare riguardo alla salute fisica: nel 2012, tra gli anziani con un titolo di studio superiore al diploma e quelli che hanno raggiunto solo la licenza di scuola media inferiore, la distanza dell'indice Pcs è di 5,7 punti e sono le donne anziane meno istruite del Mezzogiorno a registrare i valori minimi (Pci pari a 37,2). Le differenze di status sociale presentano una certa rilevanza anche per l'indice di stato psicologico, sebbene meno accentuate. È ancora una volta tra le donne anziane residenti nel Mezzogiorno (Mcs pari a 43,1) che si evidenziano le disuguaglianze più nette, sia rispetto al Nord sia rispetto agli uomini. Il benessere psicologico è particolarmente compromesso tra le persone in cerca di nuova occupazione, tra le quali si registra inoltre un ulteriore peggioramento: il punteggio medio dell'indice Mcs si riduce di 1,5 punti rispetto al 2005. Anche tra quanti sono in cerca di un primo lavoro si evidenzia un peggioramento del benessere psicologico: l'indice Mcs si riduce di 1,9 punti. È comunque tra le donne di 45-64 anni che cercano di entrare nel mondo del lavoro che si rileva il più basso punteggio medio dell'indice di stato psicologico, pari a 43.



Tabella 1

Indicatori di salute per regioni del Mezzogiorno e area geografica – Anni 2011 e 2012⁷

Regione / Area geografica	Speranza di vita alla nascita (a)		Speranza di vita in buona salute alla nascita (a)		Indice di stato fisico (Pcs) (b)	Indice di stato psicologico (Mcs) (b)	Tasso di mortalità infantile (c)	Tasso di mortalità per accidenti di trasporto (d)
	2012		2012		2012	2012	2011	2011
	M	F	M	F				
Abruzzo	79,6	84,6	58,8	56,7	51,3	49,0	30,9	1,0
Molise	79,5	84,5	60,8	58,6	51,3	50,3	21,1	1,0
Campania	78,0	82,8	58,7	56,7	50,8	48,2	37,0	0,6
Puglia	80,0	84,5	57,6	54,1	50,5	48,6	31,4	1,2
Basilicata	79,9	84,3	56,2	53,4	50,5	48,9	44,6	0,9
Calabria	79,2	84,0	52,9	49,9	49,2	48,6	47,0	0,9
Sicilia	78,8	83,2	58,4	55,1	50,4	48,4	42,6	1,0
Sardegna	79,1	84,8	55,3	54,3	50,2	49,4	28,4	1,2
Nord	79,9	84,8	60,9	58,4	51,7	49,3	27,4	0,9
Centro	79,7	84,4	60,5	58,6	51,3	49,0	27,7	1,1
Mezzogiorno	79,0	83,7	57,5	54,9	50,5	48,6	37,3	0,9
Italia	79,6	84,4	59,8	57,3	51,2	49,0	30,9	1,0

Fonte: Istat, "Il benessere equo e sostenibile in Italia" – rapporto 2014 – elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

e della medicina, il valore del tasso di mortalità infantile⁸ in Italia è da anni stabilmente tra i più bassi d'Europa e nel 2010 e 2011 ha ripreso a ridursi ulteriormente: nel 2011 si registra un valore pari a 30,9 morti ogni 10.000 nati vivi. I tassi di mortalità infantile sono più elevati in Francia, Germania, Stati Uniti, Canada, Regno Unito. Dopo un leggero incremento della mortalità infantile negli anni 2008 e 2009, i dati più recenti indicano una flessione dei tassi sia per i maschi (da 36,8 del 2009 a 33,1 del 2011, per 10.000 nati vivi), sia per le femmine (da 31,5 del 2009 a 28,7 del 2011). Tale diminuzione è da attribuirsi principalmente alla riduzione dei tassi di mortalità infantile dei nati in Italia da cittadini stranieri che mantengono, tuttavia, tassi di mortalità lievemente superiori a quelli di chi nasce da madri italiane. Tra i residenti in Italia, dal 2006 al 2011 il tasso di mortalità infan-

⁷ (a) Numero medio di anni; (b) Punteggi medi standardizzati settembre-dicembre 2012; (c) Per 10.000 nati vivi; (d) Per 10.000 persone di 15-34 anni; (e) Per 10.000 persone di 20-64 anni; (f) Per 10.000 persone di 65 anni e più; (g) Per 100 persone di 18 anni e più; (h) Per 100 persone di 14 anni e più; (i) Per 100 persone di 3 anni e più.

⁸ Tasso di mortalità infantile: decessi nel primo anno di vita per 10.000 nati vivi. Fonte: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte.



tile per 1.000 nati vivi residenti è passato da 32,3 a 29 per i cittadini italiani e da 49,9 a 42,5 per i cittadini che hanno entrambi i genitori di cittadinanza straniera. Per effetto della scarsa presenza percentuale di famiglie straniere in Molise il tasso riesce ad essere particolarmente contenuto⁹.

L'ultimo indicatore della tabella 1 è il tasso standardizzato di mortalità per accidenti di trasporto¹⁰. Tra i giovani di 15-34 anni, sono gli incidenti da mezzi di trasporto a rappresentare il maggiore rischio di morte: circa la metà dei decessi in questa fascia di età è determinata da questo tipo di causa e i ragazzi hanno rischi fino a quattro volte superiori a quelli delle ragazze. A queste età i tassi standardizzati di mortalità per incidenti da mezzi di trasporto, che hanno fatto registrare una notevole riduzione tra il 2001 e il 2009, sembrano invece essersi stabilizzati nel 2010 e 2011 sul valore di 1,6 per 10.000 residenti tra gli uomini e a 0,3 per 10.000 tra le donne.

A livello territoriale l'ultimo dato disponibile conferma la mortalità mediamente più elevata al Centro per entrambi i generi, in particolare a causa dei tassi più elevati registrati nelle Marche e nel Lazio. I livelli di mortalità per incidenti da mezzi di trasporto tra i giovani uomini sono più elevati in Valle d'Aosta, Bolzano, Marche, Lazio, Friuli-Venezia Giulia e Puglia con valori maggiori o uguali a 1,9 per 10.000 residenti. Per le giovani donne i valori più elevati vengono registrati in Abruzzo, Marche, Lazio e Sardegna con tassi tra 0,5 e 0,7 per 10.000 residenti. Come i decessi provocati dagli incidenti stradali tra i giovani, anche molti di quelli dovuti ai tumori che colpiscono in età adulta potrebbero essere evitati grazie a una migliore prevenzione primaria e secondaria.

Passiamo adesso all'analisi dai dati riportati nella successiva tabella 2, dedicati alle cause di morte e agli stili di vita definibili a rischio.

Nel 2010 e 2011 prosegue il trend in diminuzione della mortalità per tumori maligni tra i 20 e i 64 anni¹¹ (tassi standardizzati). I valori si mantengono più elevati tra gli uomini (10,3 per 10.000 residenti, contro un tasso di 7,9 per le donne), con uno svantaggio rispetto alle donne che resta stabile negli ultimi anni: come nel

⁹ Nel 2010 e 2011 si riducono fortemente i differenziali territoriali di mortalità infantile. In particolare il Centro, che nel 2009 aveva un tasso di 33,3 per 10.000 nati vivi, più elevato di quello del Nord (28,8), fa registrare il calo maggiore e nel 2011 ha un tasso pari a 27,7 per 10.000 nati vivi.

¹⁰ Tasso standardizzato di mortalità per accidenti di trasporto: tassi di mortalità per accidenti di trasporto (causa iniziale) standardizzati all'interno della fascia di età 15-34 anni. Fonte: Per i decessi: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Istat, Rilevazione sulla Popolazione residente comunale.

¹¹ Tasso standardizzato di mortalità per tumore: tassi di mortalità per tumori (causa iniziale) standardizzati all'interno della fascia di età 20-64 anni. Fonte: Per i decessi: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Istat, Rilevazione sulla Popolazione residente comunale.

2009, la mortalità per tumore degli uomini è oggi mediamente del 30% superiore a quella delle donne e questo fenomeno si verifica in quasi tutte le regioni. Il cambiamento della geografia della mortalità per tumori che si era osservato nel periodo 2001-2009 con una progressiva riduzione dei differenziali territoriali dei livelli di mortalità, continua negli anni più recenti. Tuttavia, in un quadro di sostanziale riduzione dei tassi di mortalità, il Mezzogiorno sembra non riuscire a tenere il passo dei miglioramenti perdendo progressivamente il proprio vantaggio iniziale¹². Fa eccezione anche in questo caso il Molise che fa registrare un tasso pari all'8,2 per 10.000 persone tra 20 e 64 anni che è di un punto percentuale più basso della media nazionale e di quella del Mezzogiorno stesso, confermando un ambiente sano che aiuta la non proliferazione dei tumori tra la popolazione.

Sempre dalla tabella 2 leggiamo che il progressivo invecchiamento demografico continua a preoccupare rispetto al conseguente incremento del numero di persone colpite da demenza, una condizione che presenta, sia per quanti ne sono colpiti sia per le rispettive famiglie, importanti conseguenze negative sul benessere fisico, psicologico ed emotivo e ingenti costi sociali ed economici.

I tassi standardizzati di mortalità oltre i 65 anni per demenze e malattie del sistema nervoso¹³, sono in aumento: tra il 2006 e il 2011 il tasso cresce da 22,1 per 10.000 residenti a 27,4 negli uomini e da 19,6 a 25,1 nelle donne. Da un'analisi più dettagliata per età si osserva che tale incremento è dovuto principalmente ad un aumento della mortalità nei più anziani, oltre 90 anni, e che oggi uno su quattro di coloro che muoiono per queste cause appartengono a questa classe di età. Negli anni più recenti, tuttavia, la crescita si attenua per entrambi i sessi che presentano livelli di mortalità molto simili. Nel 2010 e 2011 si conferma il Nord quale area geografica con i tassi standardizzati di mortalità per demenze più elevati (nel 2011, rispettivamente 30,1 e 26,9 per 10.000 abitanti per uomini e donne), con picchi in Liguria (33,3 e 30,6 per 10.000 abitanti, rispettivamente), Valle d'Aosta (33,7 e 37,6) e Bolzano (32,9 e 30,9). Livelli più bassi della mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso si osservano – per entrambi i sessi – in Calabria, Campania e Molise e, solo per gli uomini, nella provincia di Trento.

¹² Nel 2011 si consolida ulteriormente questa tendenza portando il tasso di mortalità per tumori nel Mezzogiorno a livelli più alti sia di quelli del Nord sia di quelli del Centro: rispettivamente i valori sono pari a 9,2 per 10.000 residenti nel Mezzogiorno, 9 nel Nord e 8,9 nel Centro. L'analisi regionale permette di individuare la Sardegna, la Campania e la Sicilia come le regioni più colpite, con valori del tasso pari, rispettivamente, a 10,2, 10,1 e 9,2 per 10.000 residenti. Le restanti regioni del Mezzogiorno, invece, mantengono nel 2011 livelli di mortalità inferiori alla media nazionale.

¹³ Tasso standardizzato di mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso: tassi di mortalità per malattie del sistema nervoso e disturbi psichici e comportamentali (causa iniziale) standardizzati all'interno della fascia di età 65 anni e più. Fonte: Per i decessi: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Istat, Rilevazione sulla Popolazione residente comunale.



Tabella 2

Indicatori di salute per regioni del Mezzogiorno, area geografica e Italia¹⁴ – Anni 2011-2013

Regione / Area geografica	Tasso standard di mortalità per tumore (e)	Tasso standard di mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (f)	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni (a)		Eccesso di peso. Tasso standard per età (g)	Fumo. Tasso standard per età (h)	Alcol Decreto del Commissario Tasso standard per età (h)	Sedentarietà Tasso standard per età (h)	Alimentazione Tasso standard per età (i)
	2011	2011	2012	2013	2013	2013	2013	2013	2013
			M	F					
Abruzzo	8,3	27,8	10,0	8,1	45,7	21,9	13,3	44,5	13,4
Molise	8,2	20,0	9,2	10,7	49,3	19,7	16,3	49,6	11,9
Campania	10,1	21,0	7,5	7,0	51,9	22,8	11,1	61,1	16,0
Puglia	8,5	25,3	9,7	8,1	49,8	19,0	10,1	54,0	12,1
Basilicata	8,3	22,0	8,9	7,2	51,7	19,5	12,4	51,9	8,5
Calabria	8,4	18,9	8,8	7,9	47,2	18,5	11,6	52,7	11,3
Sicilia	9,2	24,6	8,3	7,3	49,3	22,6	8,4	60,8	16,4
Sardegna	10,2	28,7	8,8	8,8	41,3	21,5	17,6	37,7	16,0
Nord	9,0	28,4	10,3	10,1	40,7	20,5	16,0	31,4	20,0
Centro	8,9	24,7	10,8	10,6	43,3	23,2	13,5	39,8	20,1
Mezzogiorno	9,2	23,8	8,6	7,7	49,1	21,3	11,0	55,5	14,4
Italia	9,1	26,2	9,9	9,4	44,1	21,3	13,8	41,3	18,1

Fonte: Istat, "Il benessere equo e sostenibile in Italia" – rapporto 2014 – elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Passiamo adesso ad analizzare, sempre partendo dai dati della tabella 2, l'influenza degli stili di vita sulla salute. Gli stili di vita condizionano il rischio di contrarre numerose malattie e i loro effetti sono rilevanti anche se possono divenire evidenti solo a distanza di tempo. Sulla responsabilizzazione degli individui e sul ruolo positivo che i comportamenti possono avere sulle loro condizioni di salute si gioca un ruolo importante per la sostenibilità attuale e futura della società stessa. È noto come l'eccesso di peso rappresenti un importante fattore di rischio per la salute. Numerosi studi hanno indagato sui nessi tra eccesso di peso e aumento della mortalità e, sebbene questa associazione sia più marcata tra gli uomini e le donne sotto i 50 anni di età, l'Organizzazione Mondiale della

¹⁴ (a) Numero medio di anni; (b) Punteggi medi standardizzati settembre-dicembre 2012; (c) Per 10.000 nati vivi; (d) Per 10.000 persone di 15-34 anni; (e) Per 10.000 persone di 20-64 anni; (f) Per 10.000 persone di 65 anni e più; (g) Per 100 persone di 18 anni e più; (h) Per 100 persone di 14 anni e più; (i) Per 100 persone di 3 anni e più.

Sanità (Oms) sottolinea che “l’effetto del sovrappeso sulla mortalità persiste durante l’intera durata della vita”. La quota di persone di 18 anni e più obese o in sovrappeso¹⁵ non subisce variazioni significative nell’ultimo anno assestandosi al 44,1% nel 2013¹⁶. Sia le differenze di genere che quelle territoriali, valutate eliminando l’effetto della struttura per età, si mantengono marcate, con uno svantaggio per gli uomini di quasi 20 punti percentuali (54,1% contro il 34,6% tra le donne) e una percentuale di individui in eccesso di peso nel Mezzogiorno pari al 49,1%, contro il 40,7% nel Nord e il 43,3% nel Centro. Le graduatorie regionali mettono in luce una situazione particolarmente critica per Campania e Puglia tra gli uomini (rispettivamente 62,2% e 60,6% nel 2013) e per Basilicata e Campania tra le donne (43,8% e 42,2%).

In questo caso il Molise fa registrare, insieme alle altre regioni del Mezzogiorno, un tasso di persone in sovrappeso molto alto (49,3) ben distante dalla media nazionale, ma soprattutto quasi di un terzo maggiore rispetto alle regioni virtuose del Nord Italia.

Inoltre, la percentuale di persone in eccesso di peso aumenta al crescere dell’età, e la differenza tra uomini e donne è particolarmente marcata tra le persone con meno di 45 anni, tra le quali la quota di eccesso di peso per gli uomini è oltre il doppio rispetto a quella registrata per le donne.

Indipendentemente dalla fascia d’età e dal genere, l’eccesso di peso è più diffuso tra le persone meno istruite. In particolare, le disuguaglianze sociali sono accentuate nelle fasce d’età oltre i 35 anni per le donne: la percentuale di eccesso di peso tra le meno istruite è di circa 20 punti percentuali più alta rispetto alle più istruite. Le differenze per livello di istruzione tra gli uomini sono comunque marcate in tutte le classi d’età fino ai 64 anni (la distanza è di circa 15 punti percentuali). È noto che l’eccesso di peso dei genitori incide sul rischio di insorgenza di obesità e sovrappeso per i figli: infatti, considerando il dato medio degli anni 2011 e 2012, se entrambi i genitori sono in eccesso di peso la percentuale di bambini e adolescenti tra 6 e 17 anni obesi o in sovrappeso raggiunge il 38,1%, ma quasi si dimezza (20,4%) se entrambi i genitori non hanno problemi di sovrappeso. La percentuale è pari al 28,1% e al 26,5% a seconda che sia solo la madre o solo il padre in eccesso di peso.

¹⁵ Si definisce in eccesso di peso l’insieme di persone obese o in sovrappeso in base alla classificazione dell’Indice di Massa Corporea dell’Oms.

¹⁶ Eccesso di peso: Proporzione standardizzata di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese sul totale delle persone di 18 anni e più. L’indicatore fa riferimento alla classificazione dell’Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dell’Indice di Massa corporea (Imc: rapporto tra il peso, in kg, e il quadrato dell’altezza in metri). Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.



Un indicatore, sempre presente nella tabella 2, e correlato strettamente a quello dell'eccesso di peso, è il tasso di sedentarietà¹⁷. L'esercizio fisico regolare comporta effetti positivi sulla salute fisica, svolgendo un ruolo protettivo nei confronti delle malattie cardiovascolari, osteoarticolari, cerebrovascolari, delle patologie del metabolismo, e della salute mentale, con una ricaduta positiva sull'umore. Nonostante la lotta alla sedentarietà sia negli ultimi anni entrata a far parte dell'agenda europea tra le azioni da intraprendere per promuovere la prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari, in Italia uno stile di vita sedentario caratterizza nel 2013 ancora il 41,3% delle persone di 14 anni e più, percentuale che, dopo un andamento sostanzialmente stabile fino al 2012, cresce nell'ultimo anno (era del 39,6% nel 2012), aumento in linea con la flessione di altri indicatori sul tempo libero registrata nell'ultimo anno. Permangono anche marcate differenze territoriali, con una percentuale di sedentari che varia tra il 31,4% nel Nord, il 39,8% nel Centro e il 55,5% nel Mezzogiorno. In particolare, l'incremento della sedentarietà che si osserva rispetto al 2012 è concentrato nelle ripartizioni del Nord e del Mezzogiorno, con la Liguria, il Piemonte e la Calabria che registrano gli incrementi più marcati (dal 33,5% al 41,2% in Liguria, dal 29,6% al 34,9% in Piemonte e dal 47,5% al 52,7% in Calabria). Le regioni con la quota più alta di sedentari rimangono comunque la Campania e la Sicilia, con circa il 61% della popolazione di 14 anni e più che non pratica alcuna attività fisica nel 2013. Anche le differenze di genere a svantaggio delle donne sono stabili nel tempo; nel 2013 la percentuale di sedentari è pari al 45,3% tra le donne e al 37,1% tra gli uomini.

In maniera simile a quanto appena descritto per il sovrappeso anche in questo caso il Molise fa registrare, insieme alle altre regioni del Mezzogiorno, un tasso di persone sedentarie molto alto (49,6) ben distante dalla media nazionale (41,3), ma soprattutto più del doppio rispetto alle virtuose province del Trentino-Alto Adige (Trento 16,1, Bolzano 15,0) e a tutto il Nord in generale. Vista l'importanza di questo stile di vita per la conservazione di uno stato di buona salute è molto importante che si intervenga con politiche incisive di prevenzione e di modifica i detti stili di vita, con interventi a chiaro stampo socio-sanitario.

Seguendo ancora gli indicatori riportati nella tabella 2, possiamo affermare che una sana alimentazione¹⁸ rappresenta un importante fattore protettivo della salute,

¹⁷ Sedentarietà: proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica sul totale delle persone di 14 anni e più. Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

¹⁸ Alimentazione: proporzione standardizzata di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura sul totale delle persone di 3 anni e più. Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

più tangibile nel lungo periodo. Le linee guida di una sana alimentazione dell'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (Inran) raccomandano il consumo quotidiano di almeno cinque porzioni tra frutta, verdura e legumi freschi (cd. *five a day*), da variare il più possibile e secondo le stagioni. Tale indicatore consente di monitorare l'assunzione di elementi fondamentali della dieta, che aiutano a contrastare il processo di invecchiamento precoce delle cellule, spesso all'origine dei processi tumorali. In Italia, la percentuale di persone che consumano quotidianamente almeno quattro porzioni tra frutta, verdura e legumi freschi non registra alcun miglioramento nel 2013, rimanendo stabile al 18,1% tra la popolazione di 3 anni e più.

Le differenze di genere, a vantaggio delle donne (4,3 punti di differenza nel 2013 rispetto agli uomini), permangono nel tempo. È ancora nel Mezzogiorno la più bassa quota di consumatori e le regioni con le percentuali più basse sono Basilicata (8,5%), Calabria (11,3%) e Molise (11,9%). Anche per quanto riguarda il consumo di quantità adeguate di frutta e verdura si evidenziano differenze di status sociale in tutte le fasce d'età, con un vantaggio notevole per gli uomini e le donne più istruiti. Rilevante è anche il dato sul consumo di frutta e verdura tra i bambini, che ripropone la relazione virtuosa tra titolo di studio elevato dei genitori e comportamento alimentare più sano dei bambini e dei ragazzi. Nel 2013, il 18,8% dei bambini tra i 3 e i 13 anni con una mamma laureata consumano 4 o più porzioni di frutta o verdura al giorno, mentre la percentuale scende al 9,3% tra quelli con una mamma che ha conseguito al massimo la licenza media.

Altro notissimo fattore di rischio per la salute è rappresentato dal fumo (per il confronto tra Molise, Mezzogiorno e Italia si veda sempre la tabella 2). Il fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio di insorgenza di malattie, non solo di tipo oncologico. Nel 2013 si conferma un lieve trend in diminuzione della quota di fumatori¹⁹, iniziato nel 2009: la percentuale si riduce di 1 punto rispetto all'anno precedente e di oltre 2 punti rispetto al 2009. La quota di fumatori diminuisce in particolare tra gli uomini (26,6% nel 2013 contro il 27,9% nel 2012), attenuando ulteriormente le differenze di genere. L'abitudine al fumo rimane più diffusa nell'Italia centrale, dove non si registrano variazioni significative rispetto all'anno precedente, mentre la flessione nella quota di fumatori si

¹⁹ Fumo: proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente sul totale delle persone di 14 anni e più. Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.



evidenzia sia nel Nord che nel Mezzogiorno²⁰. Il Molise si attesta al 19,7 % tra le persone maggiori di 13 anni, facendo segnare un punteggio inferiore alla media nazionale e quindi anche alla media delle regioni del Mezzogiorno.

Ultimo indicatore preso in considerazione nella tabella 2 è quello relativo al consumo di alcool²¹. Nonostante il modello italiano di consumo per l'alcool sia tradizionalmente un consumo moderato durante i pasti, si sono diffusi nel tempo altri comportamenti che costituiscono un rischio per la salute. I prodotti alcolici sono sostanze psicoattive che, in caso di abuso, possono comportare dipendenza e produrre dannose conseguenze per la salute. In particolare, le situazioni di maggior rischio sono costituite da un consumo quotidiano che eccede le soglie, per sesso ed età, identificate dall'Inran²², e dal fenomeno del *binge drinking*, cioè l'assunzione di oltre sei Unità alcoliche (Ua) in un'unica occasione di consumo. Vengono così definiti come "consumatori a rischio" tutti quegli individui che praticano almeno uno di questi comportamenti a rischio.

Nel 2013 continua il trend decrescente dei consumatori di alcol a rischio; la quota infatti passa dal 15,8% del 2011 al 14,4% del 2012, fino al 13,8% del 2013. Tale riduzione è dovuta a una contrazione di entrambe le componenti di rischio: il consumo giornaliero non moderato passa dall'8,6% nel 2011 al 7,5% nel 2013, e l'abitudine al *binge drinking* passa dall'8,2% nel 2011 al 7,1% nel 2013. Le differenze di genere si riducono ma permane il rilevante svantaggio per gli uomini: nel 2013 la percentuale di consumatori a rischio è pari infatti al 22%, contro il 6,1% delle donne. Si conferma la maggiore diffusione di comportamenti a rischio

²⁰ Tra gli uomini disoccupati, la categoria sociale con la più alta quota di fumatori, si registra una importante riduzione: dal 45,3% del 2010 al 39% al 2013. L'abitudine al fumo è più diffusa tra i giovani e gli adulti. In particolare, tra gli uomini, nel 2013, la percentuale più elevata di fumatori si osserva tra i 25 e i 34 anni (36,2%) e tra i 20 e i 24 anni (34%), mentre tra le donne si registra tra i 45-54 anni (22,1%). La percentuale è ancora contenuta tra i ragazzi di 14-19 anni (14,5% per i maschi e 8% per le femmine). Per gli uomini fino a 64 anni di età, la quota più alta di fumatori si ha sempre tra coloro che hanno titoli di studio più bassi. Nella fascia d'età successiva, se tra gli uomini non si rilevano differenze per livello di istruzione, tra le donne la relazione è inversa; infatti nel 2013 tra le più istruite la percentuale di quelle che fumano è del 14,9%, mentre tra le anziane meno istruite la quota si riduce al 5,4%.

²¹ Alcol: proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol sul totale delle persone di 14 anni e più. Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

²² Sono da considerarsi a rischio consumi che eccedono i 20 grammi di alcol al giorno (1-2 Unità alcoliche, Ua) per le donne e i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 UA) per gli uomini. È anche da considerare a rischio il consumo di una qualsiasi quantità di bevande alcoliche per i giovani di età inferiore ai 16 anni; più di 1 Ua al giorno per i giovani tra i 16 ed i 18 anni e per le persone di oltre 65 anni di età.

nel consumo di alcol nel Nord (16%) rispetto alle altre aree del Paese (13,5% nel Centro e 11% nel Mezzogiorno). In questo caso il Molise si allinea, purtroppo, ai comportamenti del Nord Italia e con un 16,3% si distanzia dalla media italiana (13,8), ma soprattutto dal Sud che fa registrare un modesto 11,0%.



CAPITOLO 4



La spesa sociale dei comuni in forma singola e associata

di Antonio Petrone¹



165

Il presente capitolo nasce dal lavoro svolto dall'Osservatorio dei Fenomeni Sociali della Regione Molise nel periodo settembre 2013 – marzo 2014, durante il quale, si è deciso di supportare i 136 comuni della Regione Molise nella rilevazione dell'“Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati – Anno 2013”², riferita ai dati 2012, che ogni anno l'ISTAT e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con la collaborazione della Conferenza delle Regioni e della Ragioneria Generale dello Stato, realizzano presso tutti i comuni italiani.

L'indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati raccoglie informazioni con cadenza annuale sulle politiche di welfare gestite a livello locale, garantendo così il monitoraggio delle risorse impiegate e delle attività realizzate nell'ambito della rete integrata di servizi sociali territoriali.

I comuni, come previsto dalla legge quadro di riforma dell'assistenza, Legge 328/2000, sono titolari della gestione di interventi e servizi socio-assistenziali a favore dei cittadini, gestione che viene esercitata singolarmente o in forma associata fra comuni limitrofi, in attuazione dei piani sociali di zona e regionali, definiti da ciascuna regione nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione.

L'unità di rilevazione dell'indagine è costituita dai comuni singoli, dalle loro associazioni e da tutti gli enti che contribuiscono all'offerta di servizi per delega da parte dei comuni: consorzi, comprensori, comunità montane, unioni di comuni, ambiti e distretti sociali, Asl e altre forme associative. Poiché l'avvio della rilevazione è condizionato dalla chiusura dei bilanci dei comuni e degli altri enti di rilevazione, le informazioni possono essere raccolte ogni anno a partire dal 30 giugno, con riferimento ai servizi erogati e alle spese impegnate per l'anno precedente. Il periodo compreso fra l'inizio di luglio e la fine di dicembre, pertanto, è dedicato alla compilazione del questionario da parte dei referenti di ciascun ente di

¹ Hanno collaborato alla redazione del capitolo Sabrina Libieranome ed Ercole Rocca.

² <http://comunispesasociale.tesoro.it/spesasociale/public/home>

rilevazione. Il questionario viene compilato via web ed è articolato in sette aree di intervento o categorie di utenti dei servizi: “famiglia e minori”, “disabili”, “dipendenze”, “anziani”, “immigrati e nomadi”, “povertà, disagio adulti e senza dimora”, “multiutenza”. Oltre ai dati relativi ai singoli interventi e servizi sociali offerti a livello locale (numerosità degli utenti, spese sostenute e compartecipazioni pagate dagli utenti e dal Sistema Sanitario Nazionale), due moduli aggiuntivi del questionario acquisiscono informazioni sui trasferimenti fra enti limitrofi e sulle fonti di finanziamento della spesa sociale rilevata.

Data la complessità del questionario e delle informazioni in esso contenute, le fasi di controllo, correzione e validazione di tutti i dati raccolti comportano tempi piuttosto lunghi; spesso è necessario ricontattare i rispondenti per chiedere chiarimenti in merito alle informazioni che, nonostante i controlli eseguiti on-line in fase di immissione, risultano incongruenti³.

Alla rilevazione partecipano direttamente la Ragioneria Generale dello Stato, quindi il Ministero dell’Economia e delle Finanze, il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, la maggior parte delle Regioni (Piemonte, Liguria, Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata, Puglia, Sicilia, Sardegna) e la Provincia autonoma di Trento⁴.

Nella considerazione che per l’anno 2011 il tasso di non risposta all’indagine da parte dei Comuni italiani è stato in media del 12,8% e per il Molise del 31,8%, l’Osservatorio, in accordo con il Servizio Politiche Sociali della Regione Molise ha deciso di affiancare i comuni nella compilazione del questionario, al fine di ottenere risposte da un maggior numero di comuni, ricevere tempestivamente dati con un buon grado di fedeltà, nonché poter disporre del dato a livello comunale, che risulta indisponibile dall’indagine Istat.

Quindi, in questo capitolo si analizzeranno i dati della spesa sociale comunale. Con il termine “*Spesa Sociale*” si intendono tutte quelle risorse di natura pubblica e privata riservate e destinate ai cittadini di un dato territorio per garantire ed assicurare condizioni di vita meritevoli di uno stato di benessere (Istat, 2013).

Quando si parla di welfare state si fa riferimento a tutti i molteplici settori in cui è presente un servizio di assistenza alla collettività per garantire la tutela dei diritti cosiddetti fondamentali. Bisogna precisare che, in riferimento alla spesa so-

³ Una parte delle informazioni raccolte con l’indagine, ovvero quelle relative agli asili nido e agli altri servizi socio-educativi per la prima infanzia, sono elaborate in maniera prioritaria rispetto all’insieme dei dati raccolti, perché oggetto di una rilevazione rapida, inserita nell’ambito della più generale rilevazione con l’obiettivo di fornire un quadro aggiornato dell’offerta pubblica di servizi per la prima infanzia (per bambini fra 0 e 36 mesi).

⁴ Dall’anno 2010 alle tavole pubblicate annualmente per regione si affianca la diffusione di alcune tavole disaggregate a livello di provincia, con relativa ricostruzione della serie storica a partire dal 2003. Le tavole sono consultabili e scaricabili sul sito dell’Istat, accedendo al *datawarehouse* I.stat.

ziale, i servizi sono rivolti soprattutto alle categorie maggiormente svantaggiate, in quanto la spesa sociale è impiegata per assicurare reddito minimo, alloggio, assistenza sanitaria e sociale, ecc.

Difatti, tutte queste operazioni nonché interventi e servizi sociali vanno a gravare sui bilanci dei singoli comuni, che nell'ambito della propria economia hanno dovuto rivedere e modificare le proprie programmazioni economiche e improntarle in modo da distribuire al meglio e soddisfare il bacino di utenti che fanno richiesta dei servizi sociali.

Detto ciò, la prima cosa che viene naturale verificare è se l'impiego delle risorse economiche appare adeguato a garantire gli interventi e servizi socio-assistenziali di un dato luogo, affinché sia presente il cosiddetto benessere sociale.

Le ragioni che spingono a porre l'attenzione sulla spesa sociale, in una piccola realtà come il Molise, sono proprio legate a riscontrare la quantità e la qualità delle risorse impiegate in modo da riuscire ad esprimere un giudizio sulla loro efficacia ed efficienza.

Prima di passare ad analizzare più in particolare la spesa sociale dei comuni è necessario accennare al contesto normativo, e soprattutto, alla Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" emanata per ridefinire il profilo complessivo delle politiche sociali nel nostro Paese, con l'obiettivo di rendere l'intera rete di interventi e servizi sociali più idonea a favorire equità e sostenere standard di prestazioni omogenee su tutto il territorio nazionale.

Quando parliamo di spesa sociale dei comuni singoli e associati bisogna tenere presente che la Legge quadro (art. 6) prevede che i "I Comuni sono titolari della gestione di interventi e servizi socio-assistenziali a favore dei cittadini, gestione che viene esercitata singolarmente o in forma associata fra i Comuni limitrofi, in attuazione dei piani sociali di zona e regionali, definiti da ciascuna Regione nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione" (Istat, 2010).

Difatti ogni comune in base alle proprie capacità finanziarie si trova a fronteggiare molteplici interventi e servizi in base alle esigenze che emergono dalla domanda da parte dei cittadini e dall'offerta proposta dallo stesso. Quindi dalle somme erogate da tutti i comuni italiani singoli o associati si possono conoscere le differenze territoriali e le differenze nelle prestazioni riguardanti le diverse aree di utenza.

"L'indagine sugli interventi e i servizi dei comuni singoli o associati raccoglie informazioni con cadenza annuale sulle citate politiche di welfare gestite a livello locale, garantendo così il monitoraggio delle risorse impiegate e delle attività realizzate nell'ambito della rete integrata di servizi sociali territoriali.

L'unità di rilevazione dell'indagine è costituita dai Comuni singoli, dalle loro associazioni e da tutti gli enti che contribuiscono all'offerta di servizi per delega da parte dei Comuni: unioni di Comuni, ambiti territoriali, distretti sociali" (Istat, 2010).



L'analisi che sarà proposta nei successivi paragrafi riguarderà, nel dettaglio, l'andamento della spesa sociale⁵ dei Comuni molisani singoli e associati nell'anno 2012, nonché un'analisi aggregata e comparata della spesa sociale riferita al 2011, ultimo dato certificato dall'Istat.

Prima di entrare nello specifico della spesa dei comuni molisani, si ritiene opportuno considerare, sotto il profilo generale la spesa sociale dei comuni italiani nello scenario del 2010 e del 2011, nel quale inserire la regione Molise con le sue peculiarità e il suo ormai noto ruolo di regione "cerniera" nella classica dicotomia Nord-Sud.

La spesa sociale dei comuni

In questo paragrafo si intende analizzare la spesa sociale dei comuni del Molise in raffronto con quella delle altre regioni d'Italia, soprattutto del Mezzogiorno cui il Molise geograficamente appartiene e con quella media italiana, al fine di meglio comprendere la "collocazione" del welfare molisano. Per far ciò è stato necessario, come già detto, far riferimento agli ultimi dati pubblicati dall'Istat dell'"Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati" i quali, al momento della redazione del presente rapporto, sono riferiti all'anno 2011.

Nel 2011 i Comuni italiani, singoli o associati, hanno speso per interventi e servizi sociali sui territori poco più di 7 miliardi di euro (7.027.039.614 euro). Un dato che, per la prima volta dall'inizio della rilevazione dell'Istat, nel 2003, risulta in calo rispetto all'anno precedente (7.126.891.416 euro nel 2010).

Va ricordato che, nel passaggio dal 2009 al 2010, pur verificandosi un aumento della spesa sociale comunale dello 0,7%, si era comunque già registrata una discontinuità rispetto alla precedente dinamica di crescita. Nel periodo compreso fra il 2003 e il 2009 l'incremento medio annuo era stato, infatti, pari al 6%. Inoltre, va anche evidenziato che la variazione avvenuta tra il 2009 e il 2010 era risultata di segno negativo se calcolata a prezzi costanti (-1,5%), ossia tenendo conto dell'inflazione registrata nel periodo.

Nel passaggio dal 2010 al 2011, l'andamento negativo trova conferma, registrandosi addirittura una contrazione della spesa sociale comunale dell'1,4%, calcolata a prezzi correnti, ossia senza considerare l'inflazione.

⁵ Per spesa si intendono gli impegni di spesa in conto corrente di competenza relativi al 2010 e rilevati nel 2011 e 2012 dall'Osservatorio dei Fenomeni Sociali a settembre-novembre 2013, di Comuni e associazioni di Comuni per l'erogazione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali. Sono incluse le spese per il personale, per l'affitto di immobili o attrezzature e per l'acquisto di beni e servizi (spesa gestita direttamente). Nel caso in cui il servizio venga gestito da altre organizzazioni (ad esempio: cooperative sociali) la spesa è data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio (spesa gestita indirettamente). La spesa è indicata in euro, al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio sanitario nazionale.



Ai 7.027.039.614 euro della spesa sociale comunale, finanziata per il 62,5% dai comuni stessi con risorse proprie, si deve poi aggiungere la compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni (pari a 965.170.740 di euro) e la compartecipazione del Servizio Sanitario Nazionale per le prestazioni sociosanitarie erogate dai comuni o dagli enti associativi (pari a 1.179.962.175).

La spesa comunale media per abitante è passata da 90,2 euro nel 2003 a 117,8 euro nel 2010, per scendere a 115,7 euro nel 2011. Notevoli permangono le differenze territoriali: dai 282,5 euro per abitante della Provincia Autonoma di Trento ai 25,6 euro della Calabria (nel 2010 erano rispettivamente 304,4 e 25,8 euro). Al di sopra della media nazionale si collocano gran parte delle Regioni del Centro-Nord e la Sardegna, mentre il Sud presenta i livelli più bassi di spesa media procapite (50,3 euro), meno di un terzo rispetto a quella del Nord-Est (159,4 euro).

La spesa sociale dei comuni singoli e associati viene impiegata per il 38,9% in interventi e servizi, per il 34,4% in strutture e per il 26,7% in trasferimenti in denaro⁶.

Nello scenario nazionale appena descritto, posizione poco lusinghiera è ricoperta dal Molise che, sulla spesa procapite, si posiziona penultimo a pochi euro di distanza dalla Calabria (tabella 1).

Tabella 1

Trend spesa sociale procapite per interventi e servizi sociali – valori in euro per regioni del Sud, area geografica e Italia – Anni 2003-2011

Territorio		Spesa procapite per anno (valori in euro)								
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nord-ovest		104	112	113	118	125	129	134	134	129
Nord-est		137	135	146	146	149	155	161	162	159
Centro		102	104	111	114	122	126	134	135	136
Sud		39	38	40	44	52	52	55	53	50
Abruzzo		53	52	56	60	63	65	65	68	62
Molise		42	43	42	41	43	41	44	38	43
Campania		39	37	39	44	53	54	56	52	46
Puglia		39	39	42	47	56	55	61	63	64
Basilicata		43	45	41	49	73	58	63	63	63
Calabria		27	27	27	25	26	30	31	26	26
Isole		72	73	84	86	90	95	107	110	111
Italia		90	92	98	101	108	111	118	118	116

Fonte: Istat, Spesa per interventi e servizi sociali 2011 – elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

⁶ Si legga Bosi P., 2007.

Dalla tabella si comprende bene che si interrompe il lieve, ma continuo incremento registrato fino al 2009.

Rispetto al 2009 la spesa sociale dei Comuni nel 2010 è aumentata dello 0,7%, facendo registrare una battuta d'arresto nell'andamento osservato dal 2003: il tasso di incremento è stato del 6% medio annuo nel periodo compreso fra il 2003 e il 2009, con variazioni annuali sempre in linea con tale tendenza fino al 2009, quando l'andamento registrato sull'anno precedente è stato del 6,3%, mentre nel 2010 si rileva per la prima volta un incremento prossimo allo zero, con valori negativi in diverse regioni, principalmente nel Centro e nel Sud Italia.

Nel 2011, come mostra il grafico successivo, si è registrata a livello medio italiano la prima diminuzione in termini sia assoluti che di spesa procapite: infatti nel 2011 la spesa procapite media italiana è stata di 116 euro a fronte dei 118 euro del 2009 e del 2010.

Per il Molise la situazione è "speciale" in quanto si registra un aumento nel 2011 della spesa procapite (43 euro) rispetto a quella molto bassa del 2010 (38 euro) che aveva fatto registrare un record negativo rispetto alla serie storica del Molise, il quale si attesta, da sempre, su una spesa media procapite tra i 41 e i 43 euro. La spiegazione di tale anomalia è dovuta, in parte, alle elevate mancate risposte che i comuni fanno registrare e alla loro rilevanza considerato il numero contenuto sia di municipalità che di popolazione. In parte la spiegazione risiede nel fatto che la Regione Molise nel 2009, per la prima volta dal 2003, non ha trasferito ai comuni parte del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) determinando una previsione di spesa per il 2010 più bassa in quanto tale mancata erogazione, in Molise in maniera difforme rispetto al resto delle regioni, non viene compensata da risorse proprie regionali.

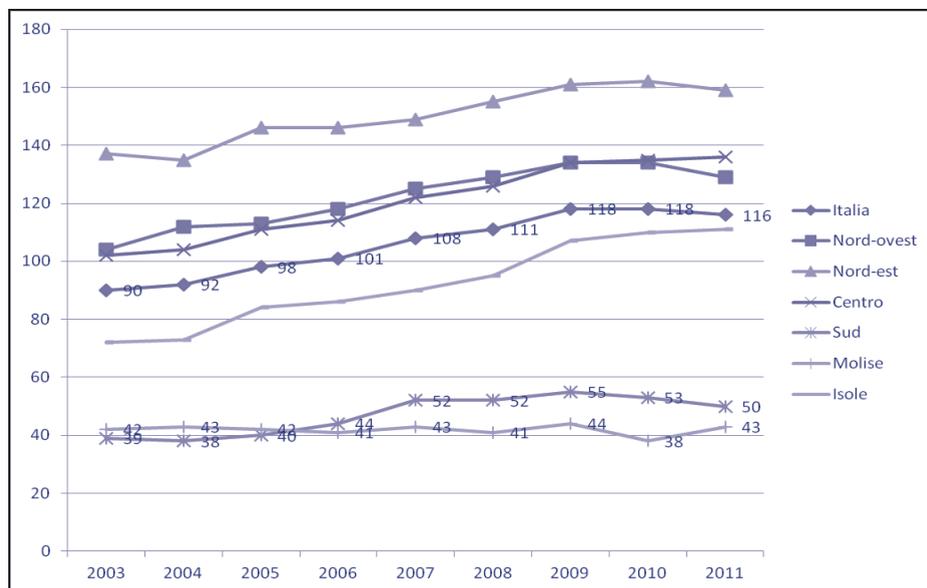
A questo si sommi il fatto che nel 2010 i comuni hanno contabilizzato, in generale, trasferimenti nazionali e regionali minori e quindi hanno impegnato minori risorse per la spesa sociale. Come si dirà più avanti, in Molise, il FNPS, non venendo cofinanziato in maniera significativa dalla Regione, determina in quota non irrilevante il livello di spesa sociale dei comuni, in quanto anche i comuni stessi non riescono a compensare le riduzioni del fondo con risorse proprie.

Il grafico mostra bene come diversi fattori, del resto, influiscono negativamente sulle capacità di spesa dei Comuni: la crisi economica e le ridotte disponibilità di risorse che interessano tutti gli attori della finanza pubblica italiana, ma in particolar modo gli enti locali.

Inoltre, i trasferimenti verso i Comuni volti a finanziare la spesa sociale hanno subito drastiche riduzioni a partire dal 2009, principalmente con i tagli al FNPS, ma anche agli altri fondi destinati ad apportare risorse a questo settore (Fondo per le politiche della Famiglia, Fondo per l'infanzia e l'adolescenza, Fondo per l'in-

Figura 1

Andamento della spesa sociale procapite per interventi e servizi sociali – valori in euro – per Molise, area geografica e Italia – Anni 2003-2011



Fonte: Istat, Spesa per interventi e servizi sociali 2011 – elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

clusione sociale degli immigrati e, dal 2010, Fondo per la non autosufficienza). I tagli introdotti, unitamente alle riduzioni dei trasferimenti erariali nei confronti dei Comuni e ai vincoli definiti dal Patto di Stabilità Interno, rappresentano dunque fattori di freno all'ampliamento dell'offerta di servizi e in molti casi sembrano determinare un arretramento nei livelli di spesa.

Nell'arco di pochi anni si nota come le politiche nazionali e degli enti locali vedano restringere le loro capacità di scelta nel settore sociale, ne è un esempio concreto in termini finanziari il basso incremento della spesa media per abitante, dal 2003 al 2010; esattamente è aumentata di circa 28 euro in valore assoluto, passando da 90 euro procapite a 118 circa, aumento che corrisponde a circa 10 euro procapite per le spese calcolate a prezzi costanti. Fra il 2009 e il 2010 è rimasta pressoché invariata in termini assoluti, ma diminuisce di 2 euro per abitante se calcolata a prezzi costanti. Il trend di crescita 2003-2009, in parte dovuto all'introduzione della Legge 328/2000, è spiegabile come la risposta comunale ad un sempre crescente bisogno di aiuto e sostegno da parte di persone e famiglie. Nel 2010 comincia a sentirsi la contrazione in termini assoluti della spesa sociale, già storicamente drammaticamente bassa, che si con-

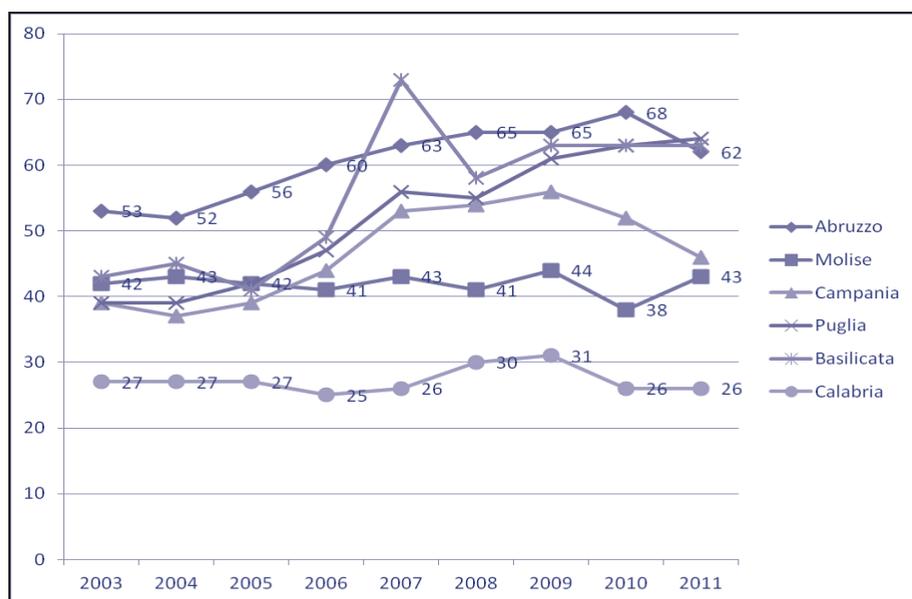


cretizza nel 2011 con una riduzione della spesa procapite media italiana dell'1,7% in un solo anno.

Passando ad una analisi interna al gruppo delle regioni del Sud (grafico successivo), si nota come l'Abruzzo guida in senso virtuoso il gruppo con la spesa procapite più alta e, al contrario, in fondo alla graduatoria, di molto staccata dalle altre regioni si colloca la Calabria che investe veramente poco per il sociale.

Figura 2

Andamento della spesa sociale procapite per interventi e servizi sociali – valori in euro per Molise e regioni del Sud – Anni 2003-2011



Fonte: Istat, Spesa per interventi e servizi sociali 2011 – elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Come il grafico mostra chiaramente, anche nella ripartizione Sud, l'aumento di spesa sociale a partire dal 2005 è rimasto costante praticamente fino al 2011, nonostante i tagli dei governi di centro-destra al fondo nazionale per le politiche sociali, mentre per la Calabria e, purtroppo, anche per il Molise la spesa è rimasta molto bassa.

Infatti, queste due regioni sono, praticamente le sole in Italia che non hanno aumentato il proprio impegno finanziario per la protezione sociale, sia a livello regionale che comunale.

Passando all'analisi dei dati Istat della spesa sociale 2011, che sono gli ultimi

disponibili ufficialmente, articolati per area di intervento si nota come il Molise, anche dal punto di vista della qualità della spesa, è pienamente appartenente alla categoria Sud (tabella 2).



Tabella 2

Spesa sociale lorda per interventi e servizi sociali - Valori percentuali sul totale di spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per regioni del Sud, area geografica e Italia - Anno 2011

Territorio	famiglia e minori	disabili	dipendenze	anziani	immigrati e nomadi	povertà e disagio adulto	multiutenza	totale
Nord-ovest	39,60%	23,79%	0,30%	21,15%	2,20%	6,96%	6,01%	100,00%
Nord-est	38,23%	23,39%	0,69%	20,98%	2,95%	6,66%	7,10%	100,00%
Centro	43,15%	19,54%	0,78%	18,18%	3,89%	9,41%	5,05%	100,00%
Sud	45,20%	19,17%	0,70%	18,57%	2,22%	8,11%	6,03%	100,00%
Isole	34,67%	32,90%	0,39%	17,35%	1,25%	10,10%	3,34%	100,00%
Abruzzo	41,56%	28,44%	0,30%	19,85%	0,65%	4,84%	4,34%	100,00%
Molise	46,05%	18,07%	1,06%	22,50%	2,15%	3,79%	6,37%	100,00%
Campania	49,65%	17,64%	0,42%	17,69%	1,88%	7,11%	5,61%	100,00%
Puglia	43,96%	16,06%	1,01%	18,56%	2,59%	10,01%	7,81%	100,00%
Basilicata	38,60%	26,53%	0,97%	18,49%	1,78%	9,48%	4,14%	100,00%
Calabria	38,94%	22,89%	0,88%	20,14%	4,88%	9,09%	3,19%	100,00%
Italia	40,10%	23,20%	0,57%	19,75%	2,69%	7,90%	5,80%	100,00%

Fonte: Istat, Spesa per interventi e servizi sociali 2011 – elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Al Centro e al Sud si spende di più per politiche contro la povertà; infatti dal punto di vista del tipo di bisogno su cui si concentrano le risorse, si evidenziano differenze regionali significative. I comuni del Centro e del Sud (cfr. tabella 2) concentrano maggiormente le risorse sugli interventi a favore della famiglia e per i minori (46,5% rispettivamente, contro il 40,10% della media nazionale) e destinano quote di spesa relativamente più ampie alle politiche di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale (9,4% al Centro, 10,10% nelle Isole e 8,1% al Sud, contro il 6,96% del Nord-Ovest e il 6,6% del Nord-Est), mentre nelle regioni del Nord c'è una maggiore concentrazione di risorse verso gli anziani (oltre il 20%) e verso i disabili (sempre oltre il 20%).

Il Molise si allinea, da questo punto di vista, alle regioni del Sud, spendendo di più per famiglia e minori con un 46% molto vicino al 45,2% di media del Sud, mentre molto bassa è la spesa per il contrasto al disagio adulto pari al 3,8% a fronte di una media nazionale del 7,9% e del Sud pari all'8,1%.

Alla disabilità viene destinato il 23,2% della spesa sociale comunale, pari a 1.630.043.404 euro, per un valore di 2.886 euro per abitante con disabilità (erano 2.834 euro nel 2010). L'andamento della spesa per quest'area, nonostante una crescita del 2,2% rispetto al 2010, mostra un rallentamento se consideriamo che dal 2003 al 2010 l'incremento medio annuo è stato pari all'8%. Inoltre, se già dal 2011 si riscontrano variazioni di segno negativo in diverse Regioni, nel 2012 secondo alcune anticipazioni fornite dall'Istat si registra addirittura una prima diminuzione della spesa per l'area disabili a livello nazionale (-0,1%). Tra le diverse ripartizioni geografiche, sono il Centro e il Sud a evidenziare la più bassa percentuale di spesa rivolta alle persone con disabilità sul totale della spesa sociale della ripartizione (con un valore rispettivamente del 19,5% e del 19,2%). E sono le Regioni del Sud a dichiarare la più bassa spesa per persona con disabilità (777 euro), evidenziando una significativa distanza rispetto alle altre ripartizioni geografiche (dai 5.370 euro del Nord-Est ai 3.045 euro del Centro).

Per il Molise la spesa per disabilità (18%) è in linea con quella del Sud (19,1%) ed è abbastanza distante da quella nazionale (23,2%), ma è da sottolineare come soltanto in Puglia e Molise la spesa per anziani è superiore a quella per i disabili. Per il Molise questa particolarità è evidente, perché a fronte del 18% di spesa per disabili, nel 2011 si è registrata una spesa per anziani pari al 22,5% del totale. Ovviamente, per il Molise che ha un indice di vecchiaia e un'aspettativa di vita tra i più alti d'Europa, il dato non stupisce più di tanto.

Fra i principali interventi e servizi erogati per quest'area di utenza, si rileva il sostegno socio-educativo scolastico, che assorbe il 19% della spesa per disabilità, i centri diurni e le altre strutture di supporto a ciclo diurno, quali i laboratori protetti (20%), le strutture residenziali (16%) e l'assistenza domiciliare (14%).

Concentrandoci su alcune tipologie di prestazioni, possiamo constatare che a livello nazionale la spesa comunale per l'assistenza domiciliare rivolta alle persone con disabilità (233.579.636 euro) continua a essere inferiore a quella destinata alle strutture residenziali (264.224.520 euro), a cui si deve aggiungere la compartecipazione degli utenti (51.629.262 euro, per una compartecipazione media per utente pari a 2.326 euro) e quella del SSN (86.702.108 euro). Tuttavia, osservando i dati disaggregati per ripartizione geografica, emergono modelli di intervento significativamente diversi: al Nord la spesa comunale in residenzialità risulta molto più elevata di quella per gli interventi domiciliari; al Centro, al Sud e nelle Isole si registra una distribuzione diametralmente opposta, a vantaggio della domiciliarità.

Questa tendenza è confermata anche per il Molise che spende la maggior parte delle risorse comunali per la disabilità in assistenza domiciliare e scolastica.

Guardando inoltre dentro i singoli interventi e servizi, la spesa media per

utente con disabilità varia notevolmente: per esempio si registrano 3.478 euro annue per utente in assistenza domiciliare socio-assistenziale contro gli 11.903 euro in struttura residenziale (a cui va aggiunta la compartecipazione degli utenti e del SSN).

Differenze territoriali si riscontrano, infine, anche in termini di livelli di presa in carico delle persone con disabilità. Con riferimento all'assistenza domiciliare socio-assistenziale, mediamente in Italia usufruiscono del servizio 7 persone con disabilità su 100. In questo caso, tuttavia, le variazioni riflettono principalmente le politiche regionali, piuttosto che il tradizionale divario Nord-Sud. La Sardegna, per esempio, mostra un indicatore di presa in carico decisamente superiore alla media nazionale (40 disabili su 100 beneficiano del servizio), mentre il Molise si colloca in buona posizione con il 12,5%. Per quanto riguarda invece le strutture residenziali, gli utenti a livello di ripartizione variano dallo 0,3% del Sud al 9,6% del Nord-Est.

In riferimento alle strutture residenziali per le persone con disabilità, queste contano 312 mila posti letto, dei quali 269 mila destinati agli anziani. Tali strutture ospitano ogni anno oltre 307 mila persone con disabilità, delle quali oltre l'85% anziani, circa il 15% adulti e meno dell'1% minori (sulle strutture per minori si veda il capitolo 8).

La spesa procapite nell'area degli anziani in Molise nel 2011 è pari a 44 euro ed è tra le più basse d'Italia e del Sud, in quanto la media italiana è pari a 112 euro e quella del Sud è 51 euro. Anche in un settore chiave come quello dei servizi agli anziani per una regione come il Molise che ha i tassi di vecchiaia più alti d'Italia, la spesa sociale rimane molto bassa, troppo rispetto anche alle altre regioni con un welfare "leggero" come le regioni del Sud.

Se la spesa media per strutture e rette per gli anziani in Molise, nel 2011, è stata pari a 4.417 per utente preso in carico, e questa risulta molto vicina alla media italiana che è pari a 4.046 euro, è sui servizi domiciliari che la spesa media per utente crolla: 1.235 euro in Molise a fronte di una spesa media italiana pari a 2.037 euro l'anno.

Ancora, la copertura comunale del servizio domiciliare socio-assistenziale nei confronti degli anziani (il c.d. SAD anziani) in Molise è pari al 73,5% dei comuni, siamo ancora distanti dal dato medio nazionale che è pari all'87,1%. Migliore risulta invece la presa in carico degli anziani che è pari al 2,2% degli anziani nel 2011 per il Molise, a fronte di un modesto 1,14% del dato medio italiano.

In sintesi, i servizi per gli anziani in Molise, basandosi sui dati della spesa sociale Istat riferiti al 2011 (rilevazione 2012), che risultano confermati, in larga parte, dai dati 2012 non ancora ufficialmente disponibili, ma rilevati dall'Osservatorio dei Fenomeni Sociali della Regione Molise, appaiono molto diffusi



e molto utilizzati dagli anziani e dai comuni singoli o associati in ATS, ma fortemente sottodimensionati rispetto al bisogno in termini di ore e, quindi, di spesa, confermando la scarsità delle risorse economiche investite nel welfare regionale.

Passiamo ora alla quarta ed ultima area di intervento, quella riferita al disagio adulto e alla povertà, con la quale termina l'analisi per target d'utenza, della spesa sociale dei comuni molisani con il dato nazionale e delle altre regioni del Sud. Si è deciso di non proseguire il confronto con le altre aree d'intervento (dipendenze, immigrazione e multiutenza) a causa dello scarso peso economico e statistico che rivestono nel welfare molisano.

La spesa sociale procapite riferita sempre al 2011, per utenti adulti con disagio sociale ed economico è pari a soli 3 euro, a fronte del doppio, 6 euro, del dato medio del Sud e ben 5 volte meno rispetto al dato medio italiano che è pari a 15 euro procapite. Il Molise è una delle regioni più povere d'Italia e, nonostante ciò, i comuni investono in questo tipo di assistenza pochissimo, quasi nulla. Del resto i comuni molisani spendono per questo tipo di utenza soltanto il 3,8% del proprio budget per il sociale a fronte del 7,9% dell'Italia nel complesso e dell'8,1% del Sud.

Lo strumento principe dell'intervento per questo tipo di utenza è il trasferimento monetario sia *una tantum* che in forma di sussidio. Infatti, dai dati si osserva che i comuni molisani spendono in "voucher" cioè in trasferimenti di denaro il 33,2% per questo tipo di utenza, a fronte di un 3,4% delle regioni del Sud e 1,4% della media italiana.

Un dato definibile "anomalo" sta ad indicare che solo nelle regioni del Sud e in particolare in Calabria e Molise, il problema del disagio adulto e della povertà viene affrontato attraverso voucher e trasferimenti monetari di varia natura. Nelle altre regioni il voucher è legato alla disabilità e alla non autosufficienza, mentre il disagio adulto e la povertà vengono affrontati in termini di servizi mirati, alloggi e inserimenti lavorativi. Questo dato è indice dell'"arretratezza" del modello di welfare molisano, almeno in questo settore.

L'analisi fin qui svolta ci porta ad una riflessione. I servizi sociali e le politiche sociali rivolti al cittadino basano il loro funzionamento su specifiche risorse. Queste derivano, in buona misura, dai trasferimenti economici dello Stato agli enti locali e provengono dalla redistribuzione dei proventi della fiscalità ordinaria o da Fondi specifici istituiti dal legislatore per supportare alcune esigenze sociali (anziani, famiglia, povertà ecc.). Come si diceva, ambedue i trasferimenti negli ultimi anni sono stati oggetto di una profonda retrazione, mettendo in crisi l'erogazione di interventi, servizi, prestazioni, sostegni. Contestualmente, strumenti di contenimento della spesa pubblica, quale il Patto di Stabilità, hanno ridotto le complessive disponibilità finan-

ziarie di Regioni ed Enti locali, incidendo direttamente anche sui servizi resi impiegando fondi propri.

Peraltro, nel Mezzogiorno, le risorse proprie dei comuni arrivano a coprire meno della metà delle spese per il welfare locale. In quest'area del Paese, infatti, è maggiore l'incidenza del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali sul totale delle spese per interventi e servizi sociali, a differenza del Nord e del Centro dove i Comuni integrano maggiormente con risorse proprie i fondi nazionali ripartiti a livello locale. Ciò significa che nel Mezzogiorno, dove il welfare locale risulta finanziato in misura maggiore dai trasferimenti statali, i tagli introdotti rischiano di tradursi più direttamente in un contenimento delle risorse impiegate in questo settore, accentuando ulteriormente i già rilevanti differenziali territoriali.

Da questo ultimo dato nasce il paradosso che i servizi sociali sono meglio articolati e finanziati nelle regioni più ricche, dove, per definizione, dovrebbe esserci minor bisogno di protezione sociale in senso stretto (Madama I., 2010).

Sempre al Sud, il ruolo del non profit non è sufficientemente forte a colmare la carenza di risorse pubbliche, anche nella consapevolezza che l'intervento del privato nel sociale è anch'esso una funzione del livello di benessere economico di un determinato territorio.

Nel 2011 si contano 15.644 strutture che offrono prevalentemente servizi di assistenza sociale residenziale e non residenziale in favore di anziani e disabili. Di queste, il 71,7% è composto da istituzioni non profit, il 22,2% da imprese e il 6,1% da istituzioni pubbliche. Anche in termini di addetti, il non profit assorbe la quota maggiore di personale impiegato in questa tipologia di strutture: su un totale di 233.100 addetti, il 76,2% è impiegato nel non profit, contro il 16,5% nelle imprese e il 7,3% nelle istituzioni pubbliche. La predominanza del non profit sale a oltre l'85% se si considerano anche i lavoratori esterni, i lavoratori temporanei e i volontari che complessivamente sono impiegati all'interno di queste strutture.

Quindi, si può affermare che in larghissima parte la spesa per servizi e interventi sociali è sostenuta dai comuni con risorse proprie. Infatti, nei dati Istat 2011 si nota che la spesa è finanziata per il 62,5% da risorse dei comuni. Nella tabella 3 viene riportato il quadro delle fonti di finanziamento della spesa sociale complessivamente erogata sul territorio, al netto delle compartecipazioni del SSN e degli utenti, dal quale si evince che la spesa complessiva è finanziata dal fondo indistinto per le politiche sociali per il 12,4%, dei fondi regionali vincolati il 17,1% e per il rimanente 6,6% 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 so-



ciali e diminuiscono di un punto le “altre fonti”, mentre rimane praticamente costante la quota di risorse proprie dei Comuni.



178

Tabella 3

Spesa sociale dei comuni singoli e associati per fonte di finanziamento, regioni del Sud e ripartizione geografica – Anno 2011 (valori %)

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Fondo indistinto per le politiche sociali (a)	Fondi regionali vincolati per le politiche sociali (b)	Fondi vincolati per le politiche sociali dallo Stato o da Unione europea (c)	Altri trasferimenti da Enti pubblici	Trasferimento fondi da privati	Risorse proprie dei Comuni	Risorse proprie degli Enti associativi	Totale
Abruzzo	23,6	10,8	4,5	3,6	2,0	51,8	3,7	100,0
Molise	11,9	16,0	2,0	2,2	0,5	66,5	0,9	100,0
Campania	21,7	4,5	7,0	11,8	0,2	54,4	0,4	100,0
Puglia	14,9	9,8	2,3	1,9	0,1	67,3	3,7	100,0
Basilicata	29,1	24,3	1,8	3,0	0,8	36,7	4,3	100,0
Calabria	22,5	35,7	2,5	3,4	0,2	34,3	1,4	100,0
Sicilia	18,2	18,9	3,9	0,8	0,4	57,4	0,4	100,0
Sardegna	31,1	50,8	2,8	0,8	0,9	13,6	-0	100,0
Nord-ovest	9,5	11,9	2,7	2,9	1,3	70,0	1,7	100,0
Nord-est	13,1	18,4	1,6	1,4	1,6	62,0	1,9	100,0
Centro	7,5	17,1	3,8	1,6	0,9	67,1	2,0	100,0
Sud	20,4	10,1	4,6	6,6	0,5	55,7	2,1	100,0
Isole	24,5	34,5	3,3	0,8	0,6	36,1	0,2	100,0
ITALIA	12,4	17,1	2,9	2,2	1,2	62,5	1,7	100,0

(a) Quota nazionale e quota regionale o provinciale nel caso di province autonome.
 (b) Fondi regionali (o provinciali nel caso di province autonome) vincolati per le politiche sociali (esclusa la quota regionale o provinciale del fondo indistinto).
 (c) Esclusa la quota nazionale del fondo indistinto.

Fonte: Istat, Spesa per interventi e servizi sociali 2011 – elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

La tabella mostra come nell'Italia meridionale, in controtendenza rispetto alle altre ripartizioni, diminuisce il peso relativo dei fondi regionali vincolati: dal 20,9% della spesa nel 2008 al 10,1% nel 2011, mentre – dopo un importante aumento del contributo delle risorse proprie dei Comuni, che passa dal 47,7% del 2008 al 62,0% del 2010 – questo torna a scendere per effetto dei tagli dei trasferimenti di cui si diceva prima, fino a toccare il 55,7% nel 2011.

Come si vede dalla tabella, per il Molise la situazione è persino estremizzata. Nel 2011 la principale fonte di finanziamento della spesa sociale comunale è stata rappresentata da fondi propri dei comuni per il 66,5% ben al di sopra del 62,5% della media italiana e di quella del Sud (55,7%); questo in virtù della molto contenuta quota del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali che, tra l'altro, negli anni successivi non verrà trasferito dalla regione ai comuni, se non per la quota dedicata agli ATS. A questo si aggiunga che parte del Fondo nazionale viene registrato, pro-



prio a causa del suo passaggio tramite gli ATS, come fondo regionale aumentando artificiosamente la quota dichiarata di fondi regionali vincolati per le politiche sociali che invece, sono molto contenuti.

Altro punto evidente dalla lettura della precedente tabella è che per il Molise la già residuale parte di finanziamento privato che a livello nazionale fa segnare il 2% è praticamente assente in Molise (0,5%). Questo dato è a riprova di quanto più volte sostenuto circa la fragilità del tessuto economico e produttivo molisano che impedisce l'azione delle fondazioni private nel finanziare il sistema di welfare locale.

In maniera non dissimile e sempre a conferma di quanto detto nel primo capitolo di questo rapporto, il contributo del Sistema Sanitario Regionale al welfare locale è marginale.

Decisamente ridotta è anche la compartecipazione al costo dei servizi da parte degli utenti che fa registrare una percentuale pari a 7,8 nel 2011 per il Molise a fronte di una media nazionale pari a 10,5 e questo a riprova sia della diffusa povertà della popolazione molisana, sia anche delle resistenze culturali legate alla visione di un welfare state totalmente gratuito e illimitato che ha formato il modo di pensare dei cittadini molisani dal secondo dopoguerra fino a qualche anno fa.

A questo punto dell'analisi, si propone un cambiamento di punto di vista, passando dall'analisi delle politiche per target, ovvero per aree di intervento (anziani, minori, disabili, adulti in difficoltà...) ad uno per analisi dei costi dei servizi erogati in una determinata regione. Questa ri-classificazione degli interventi secondo i c.d. "Obiettivi di Servizio" nasce da un approccio sviluppato in Conferenza Stato-Regioni ed è legato allo studio e alla definizione dei c.d. Livelli Essenziali di Assistenza (LIVEAS), che, come si è più volte detto nei capitoli precedenti, nascono dalle previsioni della Legge 328/2000.

Le Regioni si sono misurate con il problema della definizione dei livelli essenziali, proponendo i cosiddetti "obiettivi di servizio", ovvero l'individuazione di tassi di copertura specifici in rapporto alla popolazione e relativi a determinati interventi, come il tasso di copertura dei servizi alla prima infanzia o dell'assistenza domiciliare per gli anziani.

A seguito dell'approvazione della Legge 42/2009 sul federalismo fiscale⁷ si è posto subito il problema della definizione di livelli minimi di prestazione che potessero rappresentare un minimo comune denominatore in tutte le regioni e che portassero anche a definire i "famigerati" costi standard, sui quali poi calcolare la distribuzione delle risorse all'interno dello schema federalista.

⁷ Baldi B., 2006.



Sul piano dell'attuazione della Legge delega 42/2009, manca ancora una definizione operativa dei livelli essenziali delle prestazioni e i decreti attuativi hanno finora rimandato tale questione, come pure i rapporti tra i livelli di governo e la gestione dei fondi perequativi. Visto il modo con cui si sta procedendo all'attuazione della legge, "il rischio è che, alla luce della situazione economica e finanziaria generale del Paese, si veda una morte per asfissia del federalismo fiscale".

Nella tabella 4, elaborata dal gruppo tecnico della Commissione Politiche Sociali della Conferenza delle Regioni, si mette a confronto la spesa sociale delle regioni del 2011 per macro Obiettivo di Servizio, riaggregando gli interventi e le prestazioni previsti dal nomenclatore interregionale, al quale si ispira l'indagine Istat.

Dall'analisi si evince che il Molise, come tra l'altro dice il dato di trend riportato nei grafici delle figure 1 e 2, si posiziona molto vicino alle regioni del Sud e in particolare alla Calabria, più che al vicino, geograficamente, Abruzzo e alle regioni del Centro. Infatti, riaggregando il dato per Obiettivi di Servizio, cioè per politiche più che per aree di intervento, si nota che una buona parte della spesa sociale è impegnata per la "presa in carico" degli utenti, quindi per i servizi domiciliari agli anziani e per i trasferimenti monetari alle persone a vario titolo elargiti.

Si conferma lo scarso investimento in strutture residenziali e semi-residenziali, di cui si è già accennato nel capitolo 1, mentre il fatto che si investa proporzionalmente di più delle altre regioni in trasferimenti monetari è in linea con la forte incidenza della povertà assoluta e relativa in Molise, cui i comuni rispondono con le poche risorse a loro disposizione, evitando le politiche definibili "pesanti" dal punto di vista degli investimenti.

Tabella 4

Spesa sociale lorda per interventi e servizi sociali – Anno 2011 – Valori percentuali sul totale di spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per regione, Obiettivi di Servizio e voci del Nomenclatore Interventi e Servizi sociali⁸

	Piemonte	VdA	Lombardia	Liguria	Trento	Bolzano	Veneto	FVG	ER	Toscana	Lazio	Marche	Umbria	Abruzzo	Campania	Molise	Basilicata	Puglia	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia
OB500 – Nessuno	7,0	3,0	6,5	6,3	6,5	4,3	3,9	6,0	7,1	6,4	2,5	10,8	7,8	5,0	4,3	4,9	4,2	7,8	3,9	3,0	7,5	5,6
Centri diurni estivi	0,7	1,4	1,2	0,9	0,2	0,0	0,4	0,8	0,7	0,2	0,6	0,5	0,5	0,5	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,2	0,6
Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,4	0,6	0,1	0,1	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,5	0,1	0,1	0,5	0,3	0,4	0,3	0,3	0,2	0,0	0,1	0,2
Contributi per favorire interventi del Terzo Settore	0,8	0,2	1,7	0,4	0,7	4,0	0,4	0,3	0,4	0,5	0,2	0,5	1,1	0,1	0,4	1,5	0,3	0,4	2,2	0,4	0,4	0,8
Servizio di mediazione sociale	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3
Spontellati sociali tematici	0,2	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,2	0,2	0,4	0,3	0,0	0,0	0,5	0,3	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	0,0	0,5	0,2
Altro + Spese di organizzazione + Attività di prevenzione e sensibilizzazione	4,8	0,5	3,2	4,6	5,4	0,0	2,8	4,5	5,4	4,8	1,5	9,6	5,6	3,3	3,4	2,7	2,8	6,7	1,1	2,5	6,0	3,8
OB501 – Accesso	1,0	0,1	2,5	1,7	0,5	0,0	0,6	0,8	1,1	1,0	0,6	2,0	1,3	1,6	2,6	4,1	0,6	2,2	4,0	0,8	1,2	1,3
Centri di ascolto tematici	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Interventi di supporto per il reperimento di alloggi	0,4	0,1	0,8	0,3	0,0	0,0	0,2	0,2	0,4	0,5	0,0	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,1	0,5	1,9	0,0	0,0	0,3
Segretariato sociale/porta unitaria per l'accesso ai servizi	0,5	0,0	1,6	1,2	0,5	0,0	0,5	0,6	0,6	0,4	0,6	1,9	1,1	1,5	2,3	4,0	0,6	1,8	2,0	0,7	1,2	0,9
Telefonia sociale	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
OB502 - Presa in carico	9,5	0,0	7,1	8,8	5,2	3,3	4,6	5,1	5,3	4,6	2,5	3,1	6,7	4,7	8,5	8,7	6,6	8,5	10,8	4,0	5,1	5,6
Contributi economici per l'affidamento familiare di minori	1,2	0,0	0,7	1,2	0,4	0,0	0,3	0,4	0,8	0,5	0,5	0,5	0,7	0,1	1,1	0,5	0,8	0,8	4,1	0,6	0,5	0,6
Interventi di sostegno alla genitorialità	0,3	0,0	0,3	0,6	0,1	0,7	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,3	0,1	0,1	0,6	0,5	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
Servizio di mediazione familiare	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
Servizio per l'adozione nazionale e internazionale di minori	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Servizio per l'affidamento dei minori	0,3	0,0	0,3	0,3	0,0	0,6	0,2	0,0	0,2	0,2	0,1	0,3	0,5	0,4	0,8	0,4	0,4	0,8	1,4	0,2	0,2	0,3
Servizio sociale professionale	7,5	0,0	5,7	6,6	4,5	2,0	3,5	4,7	4,0	3,7	1,6	2,0	5,1	3,7	5,8	6,8	5,1	6,6	4,9	2,9	4,1	4,3
OB503 - Pronto intervento sociale	0,2	0,0	0,1	0,6	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,3	0,6	0,1	0,9	0,6	0,6	0,7	0,1	0,4	0,3	0,1	0,2	0,3
Distribuzione beni di prima necessità (pasti, medicinali, vestiario ecc.)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mensa sociale	0,2	0,0	0,1	0,4	0,2	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,3	0,1	0,6	0,2	0,1	0,5	0,1	0,2	0,3	0,0	0,1	0,2
Pronto intervento sociale	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,3	0,4	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
Servizi per l'igiene personale	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
OB504 - Assistenza domiciliare	20,6	22,7	20,3	17,3	21,1	7,4	15,7	16,7	15,7	12,5	17,7	17,0	15,6	35,3	25,1	26,6	35,1	18,7	22,4	21,9	24,1	18,1
Assegnazioni economiche per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale	5,5	3,6	1,8	3,8	2,7	0,0	4,6	2,6	0,7	0,9	0,1	1,0	0,1	1,0	1,0	0,8	3,5	1,6	0,4	6,5	1,5	2,3

⁸ I valori evidenziati sono relativi alla voce con la maggiore percentuale di spesa all'interno dell'Obiettivo di Servizio.

(segue)



	Piemonte	VDA	Lombardia	Liguria	Trento	Bolzano	Veneto	FVG	ER	Toscana	Lazio	Marche	Umbria	Abruzzo	Campania	Molise	Basilicata	Puglia	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia
Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	1,9	2,0	0,3	0,1	1,0	0,0	3,9	0,6	1,5	2,5	1,3	0,6	4,2	2,5	4,7	0,1	1,2	2,3	1,1	0,3	0,6	1,7
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	3,6	14,8	7,0	5,4	12,8	5,6	2,2	5,3	4,9	4,2	9,2	4,7	4,7	16,3	10,4	21,7	21,9	8,3	12,7	11,1	15,0	6,6
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,4	0,5	1,3	0,3	4,3	1,4	0,6	1,4	0,8	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,8	1,5	0,7	0,5	0,1	0,2	0,7
Servizi di prossimità/buon vicinato/gruppi di auto-aiuto	0,0	0,0	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Sostegno socio-educativo domiciliare	0,5	0,1	0,7	0,1	0,4	0,6	0,5	0,6	0,3	0,4	0,8	0,9	0,3	0,2	0,2	0,0	2,2	0,9	0,4	0,6	0,3	0,5
Sostegno socio-educativo scolastico	3,6	0,0	6,3	1,9	0,0	0,0	2,6	3,6	5,5	2,5	4,4	6,0	4,6	12,3	4,5	1,2	2,3	3,7	5,0	2,3	2,1	3,9
Sostegno socio-educativo territoriale	4,9	1,5	2,2	4,6	0,1	0,0	1,1	2,6	1,5	1,7	1,8	3,7	0,7	2,3	3,5	1,7	2,2	1,0	2,0	1,0	4,3	2,1
Telesoccorso e teleassistenza	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,5	0,0	0,2	0,6	0,6	0,1	0,3	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1
OBS505 - Servizi di prossimità	2,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8							
Contributi economici per l'accoglienza di adulti e anziani	1,8	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Servizio di accoglienza di adulti e anziani	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
OBS506 - Asili nido e altri servizi per la prima infanzia	16,4	17,2	17,8	20,8	20,7	4,7	7,5	8,8	25,9	19,9	33,6	18,9	32,9	19,5	11,5	19,2	13,2	9,7	8,1	17,8	6,8	17,4
Asilo Nido	15,7	15,2	15,0	19,5	19,8	2,3	7,0	6,9	23,5	16,8	28,3	17,0	27,8	18,7	10,5	16,6	12,7	8,8	7,2	17,6	5,5	15,3
Retta per asili nido	0,5	0,3	1,9	0,5	0,0	0,0	0,3	1,7	1,7	2,1	4,7	1,3	3,1	0,2	0,0	2,6	0,4	0,8	0,7	0,0	0,7	1,4
Retta per servizi integrativi per la prima infanzia	0,1	0,0	0,0	0,3	0,7	2,4	0,1	0,0	0,1	0,2	0,4	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2
Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	0,2	1,7	0,9	0,5	0,1	0,0	0,1	0,2	0,7	0,9	0,2	0,5	1,8	0,5	1,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,4	0,5
OBS507 - Centri diurni e altri servizi territoriali comunitari	4,5	2,7	6,5	3,3	6,5	3,1	7,5	4,8	3,5	3,7	3,0	5,8	4,1	7,5	10,5	7,0	7,1	7,7	10,6	5,7	4,6	5,3
Attività ricreative di socializzazione	0,5	1,6	1,0	0,6	0,9	0,0	0,7	0,7	0,8	0,9	1,0	2,4	0,9	3,0	2,7	3,7	2,0	2,3	5,2	1,3	2,3	1,1
Centri di aggregazione sociali	0,2	0,1	1,0	1,7	1,2	0,0	0,3	2,3	0,6	0,4	0,5	0,8	1,0	2,2	0,9	0,9	0,5	0,8	1,9	1,0	1,0	0,7
Centri diurni di protezione sociale	0,3	0,0	0,4	0,3	4,0	2,6	0,8	0,1	0,5	0,9	0,6	0,2	0,5	0,6	5,4	0,0	2,4	2,4	2,8	2,5	0,1	0,9
Centri per le famiglie	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,1	0,1	0,1
Ludoteche	1,5	0,3	0,1	0,3	0,2	0,0	0,1	0,1	0,5	0,2	0,2	1,1	0,3	0,7	0,3	1,2	0,8	0,3	0,5	0,1	0,8	0,4
Retta per centri diurni di protezione sociale	1,6	0,0	3,3	0,3	0,0	0,0	4,8	1,5	0,3	0,9	0,1	0,6	0,9	0,1	0,2	0,7	0,9	0,8	0,2	0,4	0,1	1,6
Retta per centri diurni semiresidenziali socio-sanitari e socio-riabilitativi	0,1	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,2	0,1	0,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2
Altro	0,2	0,3	0,1	0,0	0,2	0,2	0,5	0,0	0,3	0,2	0,2	0,4	0,4	0,6	0,7	0,6	0,6	0,4	0,0	0,1	0,2	0,3
OBS508 - Comunità/residenze a favore dei minori e persone con fragilità	28,3	52,7	28,0	26,2	35,6	70,1	52,9	40,6	30,4	40,0	27,1	32,2	18,4	15,6	20,4	11,9	16,0	24,3	18,2	31,5	14,7	33,9
Centri diurni semiresidenziali socio-sanitari e socio-riabilitativi	4,8	3,4	4,3	1,0	15,5	3,0	4,4	7,0	5,0	5,7	3,0	6,0	1,8	2,9	1,7	4,3	3,8	2,5	2,4	1,5	0,4	4,2
Laboratori protetti, centri occupazionali	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	4,3	0,0	0,0	0,6	0,1	0,1	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,3
Presidi residenziali socio-assistenziali e ad integrazione socio-sanitaria	11,0	49,3	7,2	19,5	14,3	62,7	12,2	22,0	20,2	24,2	17,0	18,5	4,2	6,4	11,3	2,0	7,2	12,3	8,4	19,9	7,4	16,1

(segue)



	Piemonte	Vda	Lombardia	Liguria	Trento	Bolzano	Veneto	FVG	ER	Toscana	Lazio	Marche	Umbria	Abruzzo	Campania	Molise	Basilicata	Puglia	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia
Retta per altre prestazioni in centri di aggregazione	12,4	0,1	16,4	5,7	1,6	0,0	36,2	11,5	4,5	9,7	7,0	7,7	11,0	6,3	7,5	5,7	4,9	9,1	7,3	10,0	6,7	13,2
Altro	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,1	0,1
OB509 - Interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia	3,6	0,7	3,8	4,8	1,0	1,9	2,9	2,2	4,5	3,2	4,9	4,6	4,5	6,9	6,4	7,6	3,9	6,2	8,2	7,5	6,0	4,1
Area attrezzata per nomadi	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,4	0,0	0,2	0,6	0,0	0,6	0,2	0,6	0,4	0,3	0,2	0,8	0,5	0,1	0,1	0,3	0,6	0,2	0,3	0,5	0,6	0,3
Contributi economici per servizio trasporto e mobilità	1,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,3	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,4	0,1	0,2	0,5	0,2	1,0	0,4	0,3
Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	0,9	0,6	0,9	0,8	0,4	0,0	1,1	0,8	2,0	1,0	1,2	1,6	1,4	3,0	3,0	4,9	1,2	1,9	2,9	2,3	2,7	1,3
Servizi di mediazione culturale	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,4	0,1	0,0	0,1
Trasporto sociale	1,0	0,1	2,3	3,1	0,5	1,0	1,2	0,6	1,3	1,5	2,1	1,9	1,8	3,1	2,5	1,9	1,8	3,2	4,4	3,0	0,9	1,7
Altro	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,4	0,5	0,2	0,3	0,0	0,2	0,0	0,6	1,3	0,2
OB510 - Misure di sostegno al reddito	6,9	0,8	7,3	10,3	2,7	4,8	4,3	14,7	6,2	8,4	7,5	5,5	7,8	3,4	10,1	9,2	13,2	14,6	13,5	7,5	29,1	8,2
Buoni spesa o buoni pasto	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	1,0	0,1	0,1	0,1
Contributi economici a integrazione del reddito familiare	2,8	0,1	3,3	2,8	1,8	1,8	1,4	6,1	2,6	2,2	2,6	2,8	2,9	1,9	6,3	3,6	3,7	6,3	3,4	3,4	9,4	3,2
Contributi economici erogati a titolo di prestito/prestiti d'onore	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contributi economici per alloggio	2,4	0,0	2,6	3,0	0,0	2,3	1,5	2,3	1,4	3,1	2,7	0,5	2,2	0,4	1,0	3,2	1,5	5,2	6,7	2,5	1,6	2,2
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,1	0,0	0,1	2,7	0,3	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,8	0,1	0,1	0,1	0,2	4,7	0,5	0,6	0,3	3,0	0,4
Contributi economici per i servizi scolastici	0,4	0,1	0,4	0,9	0,0	0,0	0,4	0,2	0,7	0,6	0,2	0,3	1,2	0,4	0,9	1,0	0,7	0,5	0,9	0,3	0,2	0,4
Contributi per servizi alla persona	0,1	0,0	0,7	0,4	0,0	0,0	0,4	5,4	0,2	1,8	1,6	0,2	0,5	0,1	0,2	0,4	0,4	0,2	0,3	0,2	10,5	1,2
Pronto intervento sociale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Altro	0,9	0,5	0,1	0,2	0,6	0,8	0,6	0,4	0,9	0,5	0,2	0,7	0,8	0,3	1,4	0,6	2,1	1,7	0,5	0,7	4,3	0,7
Totale complessivo	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Istat, Spesa per interventi e servizi sociali 2011 – elaborazione gruppo tecnico Conferenza delle Regioni.

L'analisi risente, ovviamente, anche degli assetti istituzionali e di governance che i sistemi di welfare regionali hanno in questi anni sviluppato. Del resto la variabilità è talmente alta che ha fatto dichiarare:



184

“La portata di questi processi è tale da far assumere maggior valore all'ipotesi del passaggio dal *welfare state* alle *welfare regions* e quindi alla scomposizione del sistema nazionale di politiche sociali, con il progressivo affievolirsi dei tratti tipici del modello di welfare nazionale.

...Il processo di *rescaling* ha ridefinito l'articolazione territoriale dei livelli di governance, accrescendo il potere delle istituzioni regionali che hanno avuto l'autonomia di imporsi sugli altri livelli istituzionali di azione, anche per effetto dell'assenza o della debolezza di meccanismi su scala sovra-regionale sia di coordinamento nazionale, sia di indirizzo delle modalità di territorializzazione su scala sub-regionale. L'effetto è una progressiva indeterminatezza dei caratteri del sistema di protezione sociale, il quale risulta sempre meno intellegibile su scala nazionale, mantenendo i suoi caratteri di rilevante differenziazione territoriale” (Pirone F., 2013, pag. 144).

Le regioni, infatti, hanno sviluppato un decentramento territoriale che ha seguito tempi e modi profondamente diversi, con ripercussione nella definizione territoriale dei diritti sociali, sia sul piano formale che su quello sostanziale legato alla loro esigibilità. I fattori di disparità riguardano elementi economici, di vincoli di bilancio, di orientamento politico e istituzionale. In quasi tutte le Regioni ci si è impegnati anche per disciplinare aspetti organizzativi del sistema di welfare, per esempio in tema di autorizzazione delle strutture residenziali e semiresidenziali, di definizione di procedure per l'accreditamento dei servizi o dei profili professionali sociali, con un'estrema eterogeneità territoriale degli assetti normativi e degli strumenti regolativi prescelti. Un esempio “idealtipico” riguarda gli interventi di contrasto alla povertà, che rappresenta il settore di intervento nel quale si manifestano le maggiori disuguaglianze territoriali e, allo stesso tempo, si registrano gli effetti della “giungla categoriale” ma, anche, di una situazione paradossale in cui la spesa sociale cresce dove il contesto è più ricco e non dove il bisogno è più grave.

È quindi dimostrato che il dato della spesa sociale, con tutti i limiti di cui si parlerà tra poco, sintetizza principalmente un modo di intendere il welfare in un determinato territorio, ben oltre gli intenti della Legge 328/2000. Anche l'occasione del federalismo fiscale potrebbe non sortire gli effetti tanto agognati dal punto di vista delle definizioni dei livelli minimi delle prestazioni sociali, come dichiara sempre Pirone:

“L'approvazione della legge 42/2009 sul federalismo fiscale, oltre i contenuti finanziari, è stata interpretata come una nuova occasione per recuperare un maggiore coordina-

mento nazionale delle politiche socio-assistenziali, su cui si sono focalizzate le aspettative anche di chi auspicava un recupero indiretto di orientamenti nazionali-universalistici attraverso la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali a cui è legata, infatti, la ridefinizione dei criteri per la determinazione della spesa, sulla base di fabbisogni, costi standard e stabilità di risorse nel tempo. Non ci sono finora sufficienti elementi empirici per poter interpretare la direzione di implementazione di questo provvedimento. Le prime analisi, tuttavia, evidenziano un rischio, imposto da vincoli fiscali e da necessità contingenti di intervenire secondo una “logica d’urgenza”, di assumere come livelli essenziali quelli in essere, importando e istituzionalizzando i tradizionali limiti d’impostazione dell’area socio-assistenziale, segnata tipicamente da interventi frammentati e categoriali con basso livello di integrazione tra erogazioni monetarie e servizi” (Pirone F., 2013, pag. 145).



A conferma dell’interpretazione appena illustrata della spesa sociale dei comuni molisani viene il lavoro di Madama (2008) che, partendo da diversi indicatori, tenta una classificazione, attraverso una *cluster analysis*, delle regioni italiane. In questa classificazione, con un taglio a 4 cluster⁹, il Molise precipita, quasi subito, nel primo cluster, in compagnia di tutte le regioni del Sud: il gruppo è composto da Molise, Basilicata, Calabria, Campania, Puglia, Sardegna e Sicilia. Questo gruppo si differenzia per bassa spesa sociale, preferenza per trasferimenti monetari, una netta preferenza per la gestione singola dei comuni, a scapito della gestione associata in ATS, dato del resto confermato, come si vedrà nel prossimo paragrafo, anche dai microdati 2012, nonché da un scarso ruolo della Regione. Anche su questo punto, come si leggerà meglio nel capitolo sul finanziamento del sistema di welfare molisano, si dimostrerà come, quasi in solitudine rispetto alle altre regioni, il Molise, per anni, non ha investito risorse proprie nei servizi e negli interventi sociali, limitandosi a distribuire ai comuni quasi esclusivamente le risorse provenienti dallo Stato.

⁹ Il primo gruppo è composto da sette regioni del sud, Puglia, Calabria, Basilicata, Campania, Sicilia, Sardegna e Molise. Nel secondo compaiono invece tre regioni del nord: Veneto, Lombardia, e Friuli Venezia Giulia. Emilia Romagna, Toscana, Piemonte e Liguria ricadono invece in un terzo gruppo. Infine, quattro regioni del centro, Umbria, Abruzzo, Lazio e Marche, si concentrano nel quarto e ultimo gruppo. In sintesi, fra i quattro modelli individuati, il primo si caratterizza per il forte stato di arretratezza in termini sia di spesa che di offerta. Il secondo e il terzo rappresentano invece sistemi di welfare avanzati, ma portatori di stili di policy differenti, che si distinguono non tanto rispetto alla dimensione del quanto ma con riferimento a quella del come. Infine, il quarto gruppo presenta un’impostazione simile a quella del cluster 3, ma a fare la differenza sono i livelli di spesa e offerta sensibilmente inferiori (Madama I., 2008, pag. 13).

L'indagine sui servizi e gli interventi sociali



Entriamo ora più nel dettaglio dell'analisi della spesa sociale del Molise attraverso la descrizione per sub aree territoriali, per aree di utenza e nel confronto tra la qualità e quantità di spesa gestita dai singoli comuni e da quella gestita dai soggetti aggregatori. In realtà, nel 2012, rilevazione 2013, i soggetti aggregatori che hanno risposto all'indagine, per effetto delle riforme legislative intervenute, sono molto pochi. Infatti, disciolte le comunità montane, ridotti all'osso gli interventi delle province in campo sociale, rimangono i consorzi di comuni e i Piani Sociali di Zona. In Molise, la gestione dei servizi sociali è affidata quasi esclusivamente ai singoli comuni e agli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) che rappresentano i 7 Piani Sociali di Zona, ai sensi della Legge 328/2000.

Prima di descrivere le modalità di raccolta delle informazioni da parte dell'Osservatorio dei Fenomeni Sociali, è necessaria una breve digressione sull'indagine Istat "Gli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati" e sui limiti dell'indagine stessa.

L'indagine mira ad ottenere informazioni sulla spesa sociale sostenuta dai comuni, singoli o associati in consorzi, comunità montane o unioni. L'unità di rilevazione è quindi costituita dai comuni singoli e dalle loro associazioni. Le informazioni raccolte per ogni servizio riguardano, oltre alla presenza o meno del servizio stesso, il numero di utenti, con limiti di attendibilità non trascurabili, la spesa in conto corrente di competenza impegnata nell'anno di riferimento (spesa lorda) e la compartecipazione alla suddetta da parte degli utenti (entrate accertate in bilancio nell'anno di riferimento) e del Servizio sanitario nazionale. La spesa lorda al netto dei trasferimenti, che i comuni hanno ottenuto dalle Aziende sanitarie locali e al netto della quota di partecipazione al pagamento dei servizi da parte degli utenti, rappresenta il peso finanziario sostenuto dagli stessi comuni o associazioni per il finanziamento del servizio stesso (spesa netta). L'indagine fornisce quindi due nozioni di spesa: la spesa lorda e la spesa netta.

Il modello di raccolta dati dell'Istat suddivide i servizi in tre articolazioni: l'area di utenza, la tipologia d'intervento e la titolarità della gestione. Le aree d'interesse sono sette e identificano le categorie di utenza cui sono rivolti i servizi offerti (famiglie e minori, disabili, soggetti con problemi di dipendenza, anziani, immigrati, ecc). Per ogni area sono identificate tre tipologie di intervento: interventi e servizi (servizio socio professionale, integrazione sociale, servizi di supporto, assistenza domiciliare, ecc), trasferimenti monetari e servizi offerti in strutture (a ciclo diurno, come gli asili nido, di tipo residenziale, come le strutture protette, ecc). I gruppi sono articolati a loro volta in dodici sezioni e le sezioni in elementi, che rappresentano l'unità più fine di definizione della tipologia del

servizio. Infine, la gestione può avvenire da parte del comune o dell'ente associato.

Le informazioni censite dall'indagine Istat, seppur di notevole interesse, forniscono però solo una parte di un quadro più completo e complesso della spesa sostenuta per la fornitura di servizi. L'immagine della distribuzione del costo del servizio tra gli attori che operano all'interno del mercato dei servizi sociali risulta incompleta per più di un aspetto. In particolare essa non riesce a fotografare correttamente e distintamente l'attività di produzione e quella di finanziamento della spesa pubblica per servizi sociali, poiché parte dell'offerta non viene direttamente considerata dall'indagine, che si limita ad assumere come unità di rilevazione i comuni o le loro associazioni senza considerare esplicitamente il privato a qualsiasi titolo convenzionato o accreditato, nonché il cosiddetto "privato privato". Un'analisi compiuta dovrebbe essere in grado di mettere in luce sia chi produce il servizio, sia chi ne sostiene il costo, tenendo conto delle interrelazioni finanziarie che intercorrono tra tutti gli attori rilevanti.

L'indagine risulta poi carente in modo particolare nella rilevazione del ruolo di un altro fondamentale attore nell'offerta di servizi, l'Azienda sanitaria, che trasferisce risorse finanziarie, definite come oneri a rilievo sanitario (o, nell'indagine Istat, compartecipazione del sistema sanitario nazionale) ai comuni e/o alle unioni (oggetto appunto della rilevazione Istat), ma anche alle strutture private per i posti convenzionati, gestite da cooperative sociali o da privati. Gli oneri a rilievo sanitario sono quindi trasferimenti in denaro che il servizio sanitario eroga agli enti gestori del servizio stesso contribuendo a sostenerne il costo.

Inoltre, il servizio sanitario sostiene direttamente i costi delle prestazioni mediche, paramediche ed infermieristiche a favore degli anziani ospiti di strutture residenziali, semi-residenziali o assistiti a domicilio. Si tratta di spese sanitarie che, proprio perché sostenute all'interno di strutture residenziali o nell'ambito dell'assistenza domiciliare, appare del tutto ragionevole imputare al costo dei servizi socio-sanitari, dal momento che senza di esse il servizio non potrebbe realizzarsi. La spesa che l'Asl eroga per il finanziamento e la produzione dei servizi socio-sanitari può pertanto essere scissa in due componenti, che di seguito si definiscono oneri a rilievo sanitario e spesa sanitaria.

Quanto detto per l'azienda sanitaria può essere esteso anche a tutte le imprese, siano esse cooperative, organismi non profit o privati, coinvolte nel processo di produzione di servizi tipico del sistema di welfare mix italiano. Questi soggetti producono servizi la cui remunerazione è, per una parte non trascurabile, rappresentata da trasferimenti da enti appartenenti alle amministrazioni pubbliche in senso tecnico (ad esempio il comune o l'Asl), ma anche da risorse ricevute direttamente dagli utenti dei servizi stessi, analoghe alle compartecipazioni degli utenti percepite dai comuni e rilevate dall'Istat.



In sintesi, i percorsi dei flussi finanziari che intercorrono tra gli attori che operano sul mercato dei servizi sociali assistenziali, sono i seguenti:

- il comune (singolo o associato) riceve trasferimenti dall'Asl e le compartecipazioni degli utenti dei servizi. Secondo la logica che presiede la costruzione dell'indagine Istat, i trasferimenti che i comuni fanno agli altri enti convenzionati (cooperative private e privati) vengono già ricompresi nella spesa netta;
- le Asl fanno trasferimenti non solo ai Comuni, ma anche direttamente agli altri enti che operano in regime di convenzione per i posti convenzionati;
- i beneficiari contribuiscono al costo dei servizi con compartecipazioni che affluiscono non solo ai comuni, ma anche agli altri enti che operano in regime di convenzione per i posti convenzionati;
- le cooperative private e gli altri enti, che operano in regime di convenzione per i posti convenzionati, svolgono la propria attività di produzione di servizi ricevendo mezzi finanziari dai Comuni, dall'Asl e dalla Regione, dagli utenti e da altre fonti, tra cui le donazioni di privati. Tali enti che operano in regime di convenzione sono istituzioni che – con riferimento ai posti in convenzione – non sopportano direttamente alcun costo proprio dei servizi, dato che a fronte delle spese si hanno sempre trasferimenti da parte degli altri attori.

Tra i produttori del servizio troviamo il Comune, l'Azienda sanitaria, le strutture residenziali o semi-residenziali (centri diurni per anziani o disabili) e gli enti privati convenzionati. Il costo è invece sostenuto dal Comune, per la parte di spesa netta (secondo la terminologia dell'indagine Istat, al netto della compartecipazione utenti e del servizio sanitario), dall'Asl (attraverso oneri a rilievo sanitario e spesa sanitaria), dagli utenti e dai soggetti che effettuano donazioni direttamente ai produttori di servizi privati, che operano in regime di convenzionamento. L'insieme degli attori sopra menzionati può ritenersi completo, in quanto considera tutti gli enti (comuni, Asl) che appartengono all'aggregato delle Amministrazioni pubbliche.

Come già sottolineato nei capitoli precedenti, il modello di welfare regionale da tempo coinvolge, per la produzione dei servizi, anche soggetti che appartengono al settore privato (cooperative sociali, enti del terzo settore o imprese private vere e proprie) per la fornitura, ad esempio, dei servizi educativi ai minori o dei servizi per la non autosufficienza. È bene soffermarci, prima di proseguire, sul caso della prestazione di servizi da parte di un ente privato convenzionato. Come abbiamo detto, l'indagine dell'Istat rileva i flussi che dai bilanci dei comuni vanno agli enti privati operanti in regime di convenzione; la stessa rilevazione non è invece in grado di individuare le spese che, in seguito a convezioni con soggetti pri-

vati, l'Asl eroga direttamente a tali soggetti o per prestazioni di tipo sociosanitario o per oneri a rilievo sanitario.

Un'ulteriore precisazione necessaria riguarda la definizione della compartecipazione degli utenti al costo di servizi erogati da cooperative o privati per posti convenzionati. Questi enti, in taluni casi, si pensi ad esempio all'assistenza domiciliare socio-assistenziale o al trasporto sociale per disabili, percepiscono le tariffe direttamente dai cittadini per i servizi resi, senza che queste transitino per il bilancio del comune, e pertanto questa parte di spesa non viene rilevata dall'Istat. In questo lavoro, non disponendo di fonti informative dirette, tale componente non può essere stimata. Riteniamo che la mancata rilevazione completa di questi flussi non influisca significativamente sui risultati della ricerca. Siamo tuttavia pienamente consapevoli che il completamento di questi aspetti merita di essere posto all'attenzione dei gestori dei servizi sociali e di essere oggetto di eventuali futuri approfondimenti.

Lo schema proposto – ribadiamo – non prende in considerazione la spesa privata che viene sostenuta nell'erogazione di servizi da parte di soggetti privati autorizzati, ma non inseriti attraverso il convenzionamento nel processo di regolamentazione gestito dal pubblico (il c.d. “privato”), né la spesa privata erogata a soggetti che offrono servizi di *care* ad anziani e minori (assistenti familiari, *baby sitting*, ecc.), che pure rappresentano una parte importante del costo delle spese di cura che le famiglie devono sostenere. In quest'ottica la ricerca non permette, inoltre, di tenere conto del valore dei servizi di cura che vengono offerti gratuitamente nell'ambito della famiglia, il lavoro non pagato sostenuto dalla parte femminile delle famiglie. Queste componenti sono tuttavia di rilevanza cruciale per fornire un quadro completo di questi “mercati” e per valutare l'efficacia delle politiche pubbliche. Su di essi meriterà di concentrare l'attenzione in futuro.

Questa digressione tecnico-metodologica, oltre a fare chiarezza circa il percorso di costruzione dei dati che si sta qui analizzando e proveniente dall'indagine Istat, apre anche una riflessione, che verrà ripresa più avanti, circa la necessità di dotare la Regione Molise di un Sistema informativo e di un Osservatorio delle politiche sociali, che con le loro attività integrino la base informativa fornita da Istat proprio nella direzione dell'inserimento di flussi informativi provenienti dai produttori privati di servizi (strutture e cooperative), dall'ASReM per la componente del costo socio-sanitario e, infine, dalla Regione stessa. Inoltre, è solo il caso di accennare all'importanza di aprire una finestra informativa circa il costo sostenuto dalle famiglie molisane per servizi socio-sanitari e socio-assistenziali che dovrebbe essere inserito, certamente, in un più ampio progetto di Osservatorio regionale della povertà (Bertoni e altri, 2009).



Adesso torniamo all'analisi della spesa sociale dei comuni molisani riferita al 2012.

La raccolta delle informazioni è avvenuta attraverso una apposita applicazione web: l'utenza comunale, infatti, disponeva della facoltà di accedere al questionario elettronico, con una password e un nome utente per l'identificazione¹⁰. Il modello di questionario online preposto all'indagine appena citato è adottato per svolgere l'attività di studio in argomento, ed è strutturato in sette macro-aree di utenza: "famiglia e minori", "disabili", "dipendenza", "anziani", "immigrati e nomadi", "povertà, disagio adulti e senza dimora", "multiutenza" ed è suddiviso per ogni area in tre sezioni quali "interventi e servizi", "contributi economici" e "strutture". Oltre ai dati relativi ai singoli interventi e servizi sociali offerti a livello locale (numero di utenti, spese sostenute e compartecipazioni pagate dagli utenti e dal SSN), due moduli aggiuntivi del questionario acquisiscono informazioni sui trasferimenti fra Enti limitrofi e sulle fonti di finanziamento della spesa sociale rilevata (Istat, 2010)¹¹.

L'attività di assistenza e supporto alla rilevazione, svolta dall'Osservatorio dei Fenomeni Sociali in favore dei comuni e degli ATS, ha seguito le modalità utilizzate per l'indagine in questione e si è svolta nel periodo settembre 2013 – marzo 2014. Data la complessità del questionario e delle informazioni in esso contenute, le fasi di controllo, correzione e validazione di tutti i dati raccolti hanno comportato tempi piuttosto lunghi.

Infatti l'Osservatorio dei Fenomeni Sociali della Regione Molise, in merito alla rilevazione in questione, si è impegnato a supportare i 136 Comuni della Regione Molise ed i 7 ATS. Nel dettaglio l'attività di assistenza per diversi Comuni si è svolta attraverso un supporto tecnico telefonico, e in alcuni casi supporto *in loco*; nella compilazione del questionario, inoltre, si è reso necessario ricontattare i rispondenti per chiedere chiarimenti in merito alle informazioni inserite.

Un primo risultato si è ottenuto abbattendo del 50% il tasso di mancate risposte dal 31,8 % dell'indagine 2012, riferita a dati 2011, all'11,03% dell'indagine 2013, riferita a dati 2012. Inoltre, per avere un quadro completo in modo che l'Osservatorio dei Fenomeni Sociali e di conseguenza la Regione Molise, venisse a conoscenza dei dati inseriti nello strumento di rilevazione, sono stati contattati i re-

¹⁰ Le credenziali di accesso all'indirizzo web – <http://comunispesasociale.tesoro.it/spesasociale/public/home> – per il caricamento dati sono stati forniti via mail dal Ministero della economia e delle finanze.

¹¹ Il questionario utilizzato per la rilevazione dei dati è scaricabile al seguente indirizzo web: <http://siquaDecreto del CommissarioIstat.it/SIQual/files/Questionario2012.pdf?ind=7779916&cod=4928&progr=1&tipo=4>



ferenti comunali preposti alla compilazione, allo scopo di ricevere una copia del questionario ISTAT 2013 con riferimento all'anno 2012. Questa procedura ha avuto il merito di svolgere una funzione indotta di "controllo" sulla qualità del dato inserito via web con un innegabile aumento della qualità e della fedeltà del dato stesso.

A livello nazionale per l'anno 2011 il tasso di mancata risposta all'indagine da parte dei Comuni singoli o associati è stato pari al 12,8% mentre per l'anno 2012 in base ai file/copia dei questionari pervenuti presso la sede dell'Osservatorio dei Fenomeni Sociali l'11,03% risulta non rispondente all'indagine.

L'alta percentuale dei Comuni rispondenti consente un'analisi per territorio che altrimenti, con i soli dati Istat, non sarebbe, almeno in prima battuta, possibile in quanto questi vengono forniti con dettaglio provinciale¹².

Absolutamente cruciale è stata la possibilità, grazie all'invio dei questionari all'Osservatorio, della ricostruzione analitica del dato degli ATS che adesso è paragonabile a quello dei comuni in generale e a quello dei comuni ricadenti nel territorio di competenza del singolo ATS.

Infatti nel report del 2010 il quadro complessivo dell'offerta di servizi ed interventi sociali locali non includeva, a differenza del presente rapporto, l'analisi della spesa sociale locale dei comuni in forma non associata, ma si riferiva alle sole attività di competenza degli ATS (Venafro, Isernia, Agnone, Campobasso, Larino, Termoli, Riccia-Bojano).

Se della contrazione a livello regionale della spesa sociale procapite dal 2003 al 2011 si è già detto nel paragrafo precedente (cfr. tabella 1), è utile approfondire, in un quadro di consolidato sotto-finanziamento delle politiche sociali in Molise, che, in termini assoluti, risulta essere l'ultima regione d'Italia e, in termini di spesa procapite, la penultima, davanti soltanto alla Calabria, quali sono i settori sociali scelti come prioritari dai comuni molisani.

Passando ad un'analisi approfondita della spesa per area di utenza, dalla tabella

¹² Nonostante il buon risultato ottenuto, si è deciso, in questo rapporto, di non analizzare il dato sull'utenza riportato nel questionario Istat. La ragione risiede nell'eccessiva variabilità del dato stesso che fa propendere per una valutazione circa la sua scarsa fedeltà. La causa di ciò risiede nel basso livello di competenza in campo sociale dei compilatori del questionario che sono, per la maggior parte, dipendenti degli uffici ragioneria dei Comuni o degli ATS, i quali poco o nulla sanno circa l'utenza dei vari servizi. Nonostante quindi l'affiancamento del personale dell'Osservatorio dei Fenomeni Sociali, non si è riusciti ad ottenere un dato "credibile", quindi si è deciso di non tenerlo in considerazione nell'analisi. Inoltre il dato contabile, essendo registrato e pubblicato nei bilanci è, teoricamente, controllabile da chiunque, e risulta molto più stabile e fedele rispetto al dato sull'utenza che, invece, viene registrato in diverse e incerte banche dati, del tutto inaccessibili al controllo scientifico e sociale.

successiva si legge che la tendenza storica in Molise è verso¹³ un investimento per l'area di utenza "famiglia e minori", seguita da quella degli anziani e poi della disabilità.



Tabella 5

Spesa sociale dei comuni singoli e associati del Molise per area di intervento (utenti) – Anno 2008, 2010 e 2011 – (valori in euro)

Area di intervento	ANNO 2008	ANNO 2010	ANNO 2011
Famiglia e minori	5.147.892,00	4.653.342,00	6.296.807,00
Disabili	2.120.754,00	3.110.260,00	2.471.313,00
Dipendenze	276.053,00	166.027,00	145.389,00
Anziani	3.063.155,00	3.171.948,00	3.076.841,00
Immigrati e nomadi	525.909,00	80.846,00	294.380,00
Povert� disagio adulto e senza dimora	1.548.240,00	491.446,00	517.828,00
Multiutenza	573.433,00	513.082,00	871.358,00
Totale	13.255.436,00	12.186.951,00	13.673.916,00

Fonte: Istat, Spesa per interventi e servizi sociali 2008, 2010 e 2011 – elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

¹³ Si riporta la composizione in termini di servizi e interventi di ciascuna area indicata nel questionario Istat:

- Famiglia e minori: attivit  di servizio sociale professionale, integrazione sociale, interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo dei minori, assistenza domiciliare, contributi economici, centri e strutture semi-residenziali (a ciclo diurno), strutture comunitarie e residenziali;
- Disabili: attivit  di servizio sociale professionale, integrazione sociale, interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo dei disabili, assistenza domiciliare, servizi di supporto, contributi economici, centri e strutture semi-residenziali (a ciclo diurno), strutture comunitarie e residenziali;
- Anziani: attivit  di servizio sociale professionale, integrazione sociale, assistenza domiciliare, servizi di supporto, contributi economici, centri e strutture semi-residenziali (a ciclo diurno), strutture comunitarie e residenziali.
- Dipendenze: integrazione sociale, interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo, assistenza domiciliare, contributi economici, centri e strutture semi-residenziali (a ciclo diurno).
- Immigrati e nomadi: attivit  di servizio sociale professionale, integrazione sociale, assistenza domiciliare, contributi economici, strutture comunitarie e residenziali.
- Povert , disagio adulto e senza dimora: attivit  di servizio sociale professionale, integrazione sociale, interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo, assistenza domiciliare, servizi di supporto, pronto intervento sociale (unit  di strada, ecc.), contributi economici, centri e strutture semi-residenziali (a ciclo diurno), strutture comunitarie e residenziali.
- Multiutenza: integrazione sociale, segretariato sociale, informazione e consulenza per l'accesso alla rete dei servizi.



Il dato del 2012, prodotto dall'Indagine dell'Osservatorio è in linea con la tendenza degli ultimi anni, ma non è, in termini assoluti, confrontabile con quello ufficiale Istat a causa della stima delle mancate risposte che, tra l'altro, negli anni scorsi sono state mediamente pari al 30%. Quindi si è scelto di utilizzare il dato 2012 non paragonandolo agli anni precedenti, bensì utilizzando il dato reale dei soli rispondenti (comunque pari a circa l'89% tra comuni e enti aggregatori) in un confronto interno tra comuni e Ambiti Territoriali Sociali (ATS), che, ai fini del presente rapporto, è il principale obiettivo conoscitivo da conseguire.

Fatta questa precisazione, passiamo subito a confrontare la spesa sociale sostenuta nel 2012 (rilevazione 2013) in Molise dai comuni singoli e dagli ATS in base alla definizione decisa dal Piano Sociale Regionale 2009-2011 (approvato con deliberazione del Consiglio Regionale del Molise n. 148 del 28 aprile 2009)¹⁴.

Nel 2012, rilevazione 2013, la spesa sociale complessiva lorda è stata pari a 12.810.652,52, cui andrebbe aggiunta la spesa dei comuni per finanziare gli ATS, che è pari 1.007.246, il che, a questo punto, renderebbe la spesa complessiva lorda del 2012 del tutto in linea con quella del 2011 certificata dall'Istat, che è pari a euro 13.673.916.

- ¹⁴ Ai sensi della citata deliberazione gli Ambiti Territoriali Sociali del Molise sono così composti:
- ATS CAMPOBASSO: Baranello, Busso, Campobasso, Casalciprano, Castelbottaccio, Castellino del Biferno, Castropignano, Duronia, Ferrazzano, Fossalto, Limosano, Lucito, Mirabello Sannitico, Montagano, Oratino, Petrella Tifernina, Pietracupa, Ripalimosani, Roccavivara, Salcito, San Biase, Sant'Angelo Limosano, Torella del Sannio, Trivento, Vinchiaturò.
 - ATS AGNONE: Agnone, Belmonte del Sannio, Capracotta, Carovilli, Castel del Giudice, Castelverrino, Pescopennataro, Pietrabbondante, Poggio Sannita, San Pietro Avellana, Sant'Angelo del Pesco, Vastogirardi.
 - ATS RICCIA-BOJANO: Bojano, Campochiaro, Campodipietra, Campolieto, Cercemaggiore, Cercepiccola, Colle d'Anchise, Gambatesa, Gildone, Guardiaregia, Jelsi, Macchia Valfortore, Matrice, Monacilioni, Pietracatella, Riccia, San Giovanni in Galdo, San Giuliano del Sannio, San Massimo, San Polo Matese, Sant'Elia a Pianisi, Sepino, Spinete, Toro, Tufara.
 - ATS ISERNIA: Bagnoli del Trigno, Cantalupo nel Sannio, Carpinone, Castelpetroso, Castelpizzuto, Chiauci, Civitanova del Sannio, Forli del Sannio, Frosolone, Isernia, Longano, Macchia di Isernia, Macchiagodena, Miranda, Monderuduni, Pesche, Pescolanciano, Pettoranello del Molise, Roccamandolfi, Roccasicura, Santa Maria del Molise, Sant'Agapito, Sant'Elena Sannita, Sessano del Molise.
 - ATS LARINO: Bonefro, Casacalenda, Colletorto, Larino, Montelongo, Montorio nei Frentani, Morone del Sannio, Provvidenti, Ripabottoni, Rotello, San Giuliano di Puglia, San Martino in Pensilis, Santa Croce di Magliano, Ururi.
 - ATS TERMOLI: Acquaviva Collecroce, Campomarino, Castelmauro, Civitacampomarano, Guardialfiera, Guglionesi, Lupara, Mafalda, Mafalda, Montecilfone, Montefalcone nel Sannio, Montemitro, Montenero di Bisaccia, Palata, Petacciato, Portocannone, San Felice del Molise, San Giovanni degli Schiavoni, Tavenna, Termoli.
 - ATS VENAFRO: Acquaviva d'Isernia, Castel San Vincenzo, Cerro al Volturno, Colli a Volturno, Conca Casale, Filignano, Fornelli, Montaquila, Montenero Val Cocchiara, Pizzone, Pozzilli, Rionero Sannitico, Rocchetta a Volturno, Scapoli, Sesto Campano, Venafro.

Tabella 6

Spesa sociale sostenuta dai comuni molisani raggruppati per aree territoriali dei relativi Piani Sociali di Zona e dagli ATS del Molise nell'anno 2012¹⁵ (valori in euro)

Comuni ricadenti nel territorio del Piano di Zona	Spesa in euro	Ambito Territoriale Sociale	Spesa in euro
Comuni zona di Campobasso	2.833.296,00	Ambito di Campobasso	939.013,00
Comuni zona di Termoli	2.168.278,00	Ambito di Termoli	1.089.715,00
Comuni zona di Isernia	1.095.646,00	Ambito di Isernia	532.184,00
Comuni zona di Larino	874.001,00	Ambito di Larino	736.698,00
Comuni zona di Riccia-Bojano	782.934,52	Ambito di Riccia-Bojano	464.218,00
Comuni zona di Venafro	581.284,00	Ambito di Venafro	217.159,00
Comuni zona di Agnone	329.109,00	Ambito di Agnone	167.117,00
Totale spesa dei comuni	8.664.548,52	Totale spesa degli ATS	4.146.104,00

Fonte: rilevazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali su dati dei comuni per l'indagine Istat, Spesa per interventi e servizi sociali 2013.

Dalla tabella si deduce che circa il 68% della spesa totale sociale in Molise è ancora, dopo molte riforme e interventi normativi e programmatici, sostenuta dai comuni in forma singola e, ovviamente, soltanto per il restante 32% circa dai comuni in forma associata negli ATS.

Questo dato la dice lunga sulla necessità, persino l'urgenza, di incentivare in maniera forte la gestione associata dei servizi, soprattutto in una regione, come il Molise, che vede piccoli e piccolissimi comuni dispersi su un territorio per la maggior parte montuoso e poco accessibile (si veda il capitolo 2). Ma è chiaro che se dopo circa 10 anni di programmazione sociale associata le percentuali sono ancora queste c'è da interrogarsi. Una spiegazione la si può certamente rintracciare nell'assenza di finanziamenti regionali del sistema di welfare che possano "bilanciare" la spesa comunale attraverso la gestione associata cui si somma un "atteggiamento ondivago" delle amministrazioni regionali che si sono susseguite circa la centralità dei piani di zona e la chiara volontà di dare pieno corso alla Legge 328/2000 in Molise, di cui si è già discusso nel primo capitolo.

Anche il grafico successivo mostra, con un impatto visivo forte, che l'impegno dei comuni nel sociale è nettamente superiore a quello degli ATS, anche se in al-

¹⁵ Il dato 2012 è desunto dall'attività di indagine dell'Osservatorio dei Fenomeni Sociali descritta in questo capitolo.

cuni territori il ruolo dell'Ambito sociale è particolarmente forte in quanto i comuni di quell'area affidano all'ATS stesso la gestione di molti servizi. Ad esempio, gli ATS di Larino e Riccia-Bojano sono quelli che hanno spinto per una forte gestione associata degli interventi e dei servizi sociali.



Figura 3

Spesa sociale per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e degli ATS per appartenenza alle aree territoriali dei relativi Piani Sociali di Zona – dati 2012 (valori in euro)



Fonte: rilevazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali su dati dei comuni per l'indagine Istat, Spesa per interventi e servizi sociali 2013.

Altra riflessione che ispira il dato riportato nel grafico riguarda la propensione dei comuni a gestire in forma associata i servizi. Nonostante quanto appena detto circa le politiche regionali, i comuni molisani finanziano gli ATS per una cifra che rappresenta poco meno del 50% del fondo che la Regione trasferisce agli ATS annualmente. Ai sensi del Piano Sociale Regionale i comuni aderenti ai piani di zona devono cofinanziare il Piano Sociale di Zona per almeno il 20% del fondo regionale assegnato a ciascun ATS annualmente. Questo fondo, da diversi anni, ammonta a poco più di due milioni di euro che è coincidente con l'assegnazione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali al Molise (cfr. il capitolo 5). È chiaro che la soglia minima di cofinanziamento a questo punto si aggira intorno al 20%

di due milioni di euro che equivale a circa 400.000 euro. Il ragionamento si chiude con la dimostrazione che i comuni, cofinanziando gli ATS con più di 1 milione di euro nel 2012, si pongono ben oltre la prescrizione regionale lanciando la sfida alla Regione stessa e dichiarando di credere nella gestione associata dei servizi sociali tramite gli ATS.

Altro punto sul quale è necessaria una rapidissima riflessione è la compartecipazione al costo degli utenti che è stata pari, nel 2012, a 825.853¹⁶ euro, cioè circa il 6% della spesa complessiva lorda a conferma della residualità di tale fonte di finanziamento, anche e, soprattutto, in una regione come il Molise che ha alti tassi di povertà relativa (si veda il capitolo 1). L'altra fonte di compartecipazione al costo dei servizi prevista dal questionario Istat è rappresentata da quella finanziata dal servizio sanitario nazionale, che, nel 2012, è praticamente assente.

Passando all'analisi territoriale, leggendo il grafico precedente (figura 3), le risorse impegnate nel 2012 dai comuni per il welfare locale, dettagliate dal punto di vista territoriale delle aree riferite ai piani sociali di zona, risultano concentrate nelle aree più popolate, prima tra tutte quella di Campobasso dove i comuni singoli spendono in assoluto di più rispetto a tutte le altre aree del Molise. La seconda area più popolosa, quella di Termoli invece si distingue per la spesa più alta gestita in forma associata tramite l'ATS. L'area di Larino è quella che mostra un maggiore bilanciamento tra la spesa dei comuni singoli e quella dell'ATS che quasi si equivalgono, facendo eleggere il Piano Sociale di Zona di Larino il più virtuoso da questo punto di vista. All'estremo opposto si posiziona l'area di Venafro che fa registrare il massimo sbilanciamento tra la spesa sociale gestita dai singoli comuni e quella gestita dall'ATS. Questo a riprova che il Piano Sociale di Venafro è affetto da problemi sia a livello di governance che gestionali e che questi vengono puntualmente registrati dai dati.

Rispetto alle aree di intervento delle politiche sociali, il profilo regionale di concentrazione di oltre tre quarti delle risorse tra politiche familiari, per la disabilità e per gli anziani è confermato in tutte le aree dei piani di zona.

Leggendo dalla tabella successiva, i comuni spendono molto, il 55,3% nell'area di intervento di famiglie minori, molto di più dei loro rispettivi ATS che si fermano al 30,6%. Su questo dato incide, in maniera particolare, la responsabilità diretta dal punto di vista legale dei comuni verso i minori bisognosi di tutela (si veda il capitolo 1), ma anche la scarsa propensione degli ATS ad impegnarsi in questo campo e nella gestione associata dei servizi per la prima infanzia (si veda il capitolo 6).

¹⁶ Nel 2011 è stata pari a 1.158.013 euro, mentre la quota del SSN è stata soltanto di 10.600 euro, confermandone l'assoluta irrilevanza statistica.



Il secondo settore di intervento in termini di utenza è quello della disabilità che è, in questo caso, principalmente presidiato dall'intervento dei comuni associati in ATS. Il fenomeno è spiegabile in larga parte dalla necessità di dotarsi di personale specializzato e di elaborare progetti personali complessi cosa che, per i piccolissimi comuni molisani, risulta molto difficile da realizzare, anche in ottica di sostenibilità dei costi di gestione.

La terza, in ordine di spesa in termini assoluti, è l'area degli anziani. Gli interventi in questa area di intervento si dividono equamente, in media, tra comuni singoli e ATS con differenze tra le aree che giustificano le riflessioni che si faranno più avanti circa le disparità territoriali. Si pensi, ad esempio, che l'ATS di Riccia-Bojano spende soltanto 17.123 euro per gli anziani e i comuni dell'area di riferimento 154.255 euro, ben 9 volte in più.

In questa area di intervento la scarsa "presa" della gestione associata tramite ATS è giustificabile dal fatto che l'intervento sociale nei confronti degli anziani è, per i comuni molisani, simbolicamente decisivo in termini di autonomia dell'intervento nel welfare, poiché, per anni, ha rappresentato l'unico servizio sociale erogato nei piccoli comuni molisani. Si comprende, quindi, che ci sia ancora una "resistenza culturale" a far gestire all'ATS questi servizi.

Proseguendo l'analisi per area di utenza, sempre leggendo la tabella 7, l'area delle dipendenze è assolutamente residuale in Molise, anche in virtù della quasi assenza del tema nella programmazione regionale e della mancata integrazione socio-sanitaria su questa tematica. Gli unici interventi, tutti a carattere sperimentale, sono stati negli anni gestiti quasi esclusivamente dalla Regione e da partner pubblici (SERT) o privati (Cooperative sociali e Comunità di recupero).

Discorso simile si può fare per l'area dell'immigrazione: la scarsa presenza di immigrati in Molise (si veda il capitolo 2), storicamente dovuta alla mancanza di occasioni di lavoro, ha determinato uno scarsissimo peso della spesa sociale dei comuni in questo settore. Anche in questo caso la Regione ha investito sempre molto poco in termini di risorse nel settore, affidando al solo servizio di welfare d'accesso (sportelli immigrati) l'intera programmazione di settore.

Per concludere, l'area del disagio adulto e della povertà appare ancora "territorio di caccia" privilegiato dei comuni singoli se si paragona il 7% conseguito da questi a fronte dell'1% degli ATS. I comuni utilizzano, seppur in forma residuale, gli interventi economici e di sostegno alla persona adulta in momentanea difficoltà come strumento di welfare locale, in virtù del fatto che questi strumenti non trovano spazio né nella programmazione regionale (PSR), né nei Piani Sociali di Zona, i quali, seguendo l'indicazione regionale, mal si adattano ad intervenire nel campo della povertà e del disagio adulto.



Tabella 7

Spesa sociale sostenuta dai comuni molisani raggruppati per aree territoriali dei relativi Piani Sociali di Zona e dagli ATS del Molise per area di intervento (utenza)¹⁷ – Anno 2012 (valori in euro)

Area territoriale del PdZ/ATS	FAMIGLIA E MINORI		DISABILI		DIPENDENZE		ANZIANI		IMMIGRATI E NOMADI		POVERTA' DISAGIO ADULTO		MULTIUTENZA	
	Spesa dei comuni singoli della zona	Spesa ATS	Spesa dei comuni singoli della zona	Spesa ATS	Spesa dei comuni singoli della zona	Spesa ATS	Spesa dei comuni singoli della zona	Spesa ATS	Spesa dei comuni singoli della zona	Spesa ATS	Spesa dei comuni singoli della zona	Spesa ATS	Spesa dei comuni singoli della zona	Spesa ATS
Campobasso	1.585.400	170.500	345.173	350.746	1.800	18.900	622.680	303.760	900	22.000	260.843	21.000	16.500	52.107
Termoli	926.647	710.648	208.460	178.928	3.653	0	759.745	101.339	8.631	0	83.482	0	177.660	98.800
Isernia	795.755	89.387	53.892	206.228	0	4.000	86.886	168.246	0	0	128.136	0	30.977	64.323
Larino	364.017	186.239	171.914	206.795	3.350	4.390	234.702	296.380	0	1.829	60.831	1.829	39.187	39.236
Riccia-Bojano	467.651	61.271	36.939	287.332	6.000	17.123	154.255,52	17.123	1.000	17.123	70.605	17.123	46.484	47.123
Venafro	458.252	45.699	13.400	79.158	0	461	101.632	34.067	0	615	8.000	0	0	57.159
Agnone	194.924	5.000	49.606	32.168	0	0	80.315	109.449	4.264	20.500	0	0	0	0
Totale	4.792.646	1.268.744	879.384	1.341.355	14.803	44.874	2.040.215	1.030.364	14.795	62.067	611.897	39.952	310.808	358.748
% del target sulla spesa	55,31%	30,60%	10,15%	32,35%	0,17%	1,08%	23,55%	24,85%	0,17%	1,50%	7,06%	0,96%	3,59%	8,65%

Fonte: rilevazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali su dati dei comuni per l'indagine Istat, Spesa per interventi e servizi sociali 2013.

¹⁷ Il dato 2012 è desunto dall'attività di indagine dell'Osservatorio dei Fenomeni Sociali descritta in questo capitolo.



Anche in questo caso va ricordato che l'assenza di politiche generali di contrasto alla povertà è uno dei maggiori limiti del welfare italiano. È necessario che anche la Regione Molise si interroghi circa la necessità di impegnarsi in questa area di welfare e di implementare una misura regionale di "reddito minimo", resasi ormai, secondo i maggiori esperti di politiche sociali (Irs, 2013), nonché dall'Unione Europea¹⁸, non più rinviabile.

Passando dai dati assoluti (spesa in euro) a quelli relativi (spesa procapite), per svolgere un'analisi comparata della spesa procapite è necessario tornare ai dati 2011 (Istat, 2014) riportati nella tabella successiva. Da questi si nota come in Molise i comuni singoli e associati spendono mediamente per il sociale circa 43 euro all'anno ad abitante, quasi un terzo della media nazionale (116 euro) e cinque euro in meno del Sud (50 euro) che fa registrare un valore già molto basso, se si considera che in alcune regioni del Nord, ad esempio Val d'Aosta e Trentino, la spesa procapite si aggira rispettivamente intorno ai 276 e 270 euro, e tra le regioni a statuto ordinario l'Emilia e Romagna spende ben 168 euro.

Anche il confronto per utenza è implacabile: i comuni molisani spendono 3 volte meno della media italiana per le famiglie, più di tre volte meno per i disabili, circa tre volte meno per gli anziani e addirittura cinque volte meno per il disagio adulto e la povertà adulta.

La lettura che scaturisce dalla tabella 8 anche in termini di spesa procapite colloca il Molise molto vicino alla Regione Calabria.

Tabella 8

Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza e per regione e ripartizione geografica – Anno 2011 (valori procapite¹⁹)

	Famiglie e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati	Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora	Multiutenza	Totale
Molise	46	905	1	44	31	3	3	43
Sud	47	777	-	51	34	6	3	50
ITALIA	117	2886	1	112	40	15	7	116

Fonte: Istat, *Spesa per interventi e servizi sociali 2011* – elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

¹⁸ Leggasi Barberio M., 2014.

¹⁹ I valori procapite sono il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento per ogni area di utenza: la popolazione di riferimento per l'area "famiglia e minori" è costituita dal numero di componenti delle famiglie con almeno un minore calcolati sulla base del Censimento della popolazione.



In questo scenario di de-finanziamento complessivo del sistema di protezione sociale, cerchiamo adesso di capire se esistono ulteriori differenze territoriali interne al Molise e come i comuni e gli ATS si differenziano anche in termini di spesa procapite, fermo restando quanto evidenziato per la spesa assoluta (cfr. tabella 6 e tabella 7).

La spesa procapite è un indice che normalizza l'effetto popolosità di un determinato territorio, in questo caso quello riferito a ciascun Ambito sociale e, a parità di popolazione, ne descrive l'impegno in termini di spesa sociale. Nella tabella successiva si mettono a confronto la spesa sociale procapite del 2012 sostenuta dai comuni e dagli ATS raggruppati per territorio di appartenenza a ciascun Piano Sociale di Zona.

Analizzando la spesa gestita dai sette ATS nel 2012 e comparandola con quella dei loro comuni singoli è possibile descrivere, come si vede nel grafico successivo, la differenza tra le varie aree della regione. In assoluto, sommando la spesa sociale dell'ATS a quella dei comuni singoli afferenti allo stesso territorio, è l'ATS di Larino che affronta una spesa media procapite di circa 55,49 euro, somma superiore a quella degli altri ambiti. La differenza è notevole con tutte le altre aree della regione che seguono piuttosto staccate. Infatti, con poco più di 40 euro procapite seguono le aree di Campobasso e Termoli, dove, tra comuni singoli e ATS, si spende di più per il sociale per cittadino. Ultima in classifica per spesa sociale procapite è l'area di Venafro dove la spesa procapite per il sociale si ferma a 22,57 euro.

Se passiamo all'analisi della differenza tra spesa dei comuni singoli e associati in ATS si conferma che l'ATS di Larino è quello che investe di più nella gestione associata, mentre quello di Venafro gestisce meno risorse attraverso l'ATS. Molto forte è il ruolo dei singoli comuni negli ATS di Campobasso e Termoli dove ci si

La popolazione di riferimento per l'area disabili, stimata sulla base dell'ultimo anno disponibile, rappresenta le persone disabili con età inferiore a 65 anni ed è ottenuta dalla proiezione del numero di disabili che vivono in famiglia, quali risultano dall'indagine Multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, anni 2004-2005" e del numero di disabili ospiti nelle strutture residenziali, quali risultano dalla "Rilevazione sui presidi residenziali socio-assistenziali, anno 2006".

La popolazione di riferimento per l'area "dipendenze" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 15 anni - Anno 2011.

La popolazione di riferimento per l'area "anziani" è costituita dalla popolazione con età maggiore di 65 anni - Anno 2011.

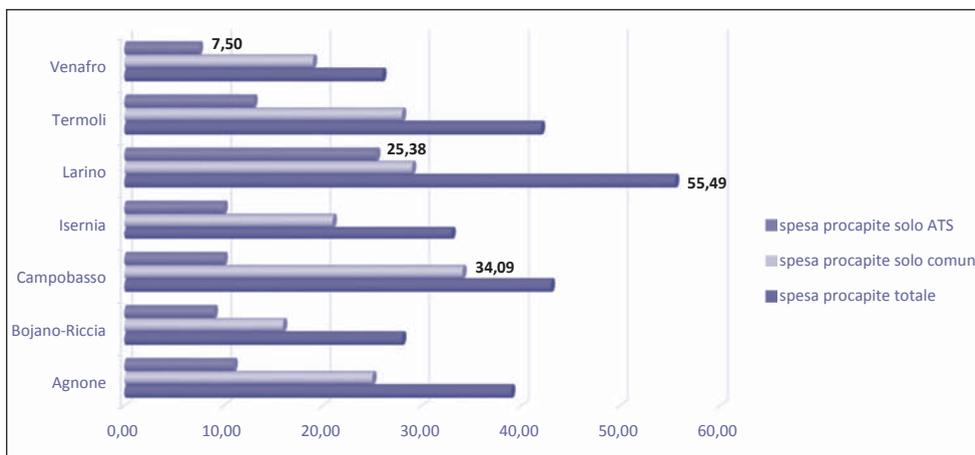
Come popolazione di riferimento per l'area "immigrati e nomadi" si considera il numero di stranieri residenti - Anno 2011.

La popolazione di riferimento per l'area "povertà e disagio adulti" è costituita dalla popolazione con età compresa tra i 18 e i 65 anni - Anno 2011.

La popolazione di riferimento per l'area "multiutenza" è costituita dalla popolazione residente - Anno 2011.

Figura 4

Spesa media procapite per interventi e servizi sociali dei comuni singoli, degli ATS e totale per area territoriale di appartenenza (Piano Sociale di Zona) – Anno 2012



Fonte: rilevazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali su dati dei comuni per l'indagine Istat, Spesa per interventi e servizi sociali 2013.

aspetterebbe un loro minore ruolo ma dove, per motivi diversi questo ancora non accade. Per Termoli il motivo è semplice. La seconda città del Molise non è capofila del suo Ambito Territoriale Sociale che è affidato al piccolo comune di Portocannone: da ciò deriva uno scarso attaccamento da parte del Comune di Termoli al suo Piano Sociale di Zona e il suo blando impegno nella gestione associata dei servizi. Nel caso di Campobasso, soprattutto negli anni scorsi, ci sono state forti resistenze – anche dovute alla presenza di un servizio sociale comunale poco incline alle novità – nel mettersi in gioco nella gestione associata e spingere fino in fondo su una gestione condivisa e territoriale di tutti i servizi sociali.

In conclusione, dal grafico si nota che le forti differenze tra le regioni in termini di spesa sociale in rapporto agli abitanti, di cui si è detto prima, si riflettono all'interno delle regioni stesse e anche in una piccola regione come il Molise. Non si sta qui lamentando il fatto che ciascun territorio, secondo la filosofia della Legge 328/2000, possa e debba “tarare” i propri investimenti nel sociale secondo il bisogno che il proprio territorio esprime, bensì l'eccessiva difformità nell'individuare un livello accettabile di investimento economico e finanziario, che possa garantire a tutti i cittadini molisani l'accesso ai c.d. “livelli minimi di assistenza”.

I due concetti, lungi dall'essere in contrapposizione, devono essere oggetto di riflessione da parte del programmatore regionale, anche alla luce dell'approvazione della Legge regionale 6 maggio 2014, n. 13 di cui si è detto nel capitolo 1.



Osservazioni di sintesi

Pur nelle diversità dei modelli di governance, e al “netto” del tipo di gestione finanziaria delle risorse, dal confronto delle Regioni emerge un dato di estrema similarità: la notevole debolezza della spesa sociale regionale. Ciò significa che le Regioni difficilmente riescono a svolgere una funzione anticiclica rispetto agli andamenti e ai tagli operati a livello centrale. Pur se la nostra analisi – in base alle fonti a disposizione – è ferma al 2012, si può senz'altro ipotizzare un peggioramento nel corso degli ultimi due anni. In questo quadro, uno degli elementi che più indebolisce il ruolo delle Regioni è sicuramente la fragilità del meccanismo del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) e, in particolare, l'attuale composizione della spesa assistenziale, che vede ancor oggi concentrare – sotto forma di trasferimento monetario – a livello statale, più dell'80% delle risorse complessive. Un assetto che, peraltro, mostra evidenti criticità sia sotto il profilo dell'efficacia re-distributiva che delle modalità d'intervento²⁰.

Stando al dibattito più recente (Irs, 2011), una possibile linea di riforma per far fronte a tali criticità e favorire un migliore coordinamento e appropriatezza nell'impiego delle risorse, rinverrebbe nel decentramento alle Regioni dei principali programmi d'assistenza gestiti dallo Stato, comunque riformati su aspetti rilevanti come i criteri d'accesso e la categorialità.

Tale linea, pur condivisibile, richiede ad ogni modo due puntualizzazioni. La prima riguarda la necessaria e concomitante definizione dei livelli essenziali (di parte sociale) come diritto soggettivo esigibile. Nel caso in cui i programmi nazionali vengano devoluti senza tale passaggio il rischio, infatti, è quello di configurare una situazione insostenibile sotto il profilo della cittadinanza sociale. La proposta recente (anche avanzata dalle Regioni) di definire i livelli essenziali in termini di “Obiettivi di Servizio”, pur comprensibile come processo pragmatico alla luce delle ristrettezze finanziarie, rischia di determinare forti contraddizioni, perché non introduce alcun diritto soggettivo esigibile (cfr. AA.VV., 2011).

La seconda puntualizzazione riguarda, invece, la necessaria garanzia dei diritti

²⁰ Leggasi Arlotti M., 2012.



sociali già oggi esigibili. Su questo punto riteniamo fondamentale, per la rilevanza che il tema assume, agganciarci all'attuale dibattito sulla riforma dell'indennità di accompagnamento (Irs, 2011). Premesso che nel campo delle non autosufficienze, l'indennità costituisce solo una parte del sistema complessivo di cura, che si aggiunge al sistema principale delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie esigibili e a carico della sanità, il decentramento della gestione di questo programma – supportato da un'apposita riforma degli elementi di maggiore criticità nell'impostazione della misura – può sicuramente incidere positivamente su vari aspetti, fra cui (Pasquinelli, 2012): una maggiore appropriatezza nell'impiego delle risorse; il coordinamento e l'integrazione con la rete dei servizi; il depotenziamento del sommerso e un controllo più stringente sull'utilizzo delle risorse.

Nel caso in cui, tuttavia, l'assegnazione dell'indennità alle Regioni avvenisse senza alcuna previsione specifica, relativamente, per esempio, al vincolo d'impiego delle risorse nel settore specifico delle non autosufficienze (e al carattere non sostitutivo delle stesse risorse rispetto a quelle già impiegate dalle Regioni) oppure – e in particolare come ipotizzato – attraverso una modifica dei criteri d'accesso e l'applicazione di un sistema del tipo ISEE, il rischio che si profila è quello di una grave involuzione del welfare.

Gli interventi a tutela delle non autosufficienze (malati cronici, affetti da demenze e disabili gravi) non verrebbero, infatti, più riconosciuti nel nostro Paese come diritti di cittadinanza, bensì come assistenza, ovvero rivolti esclusivamente alle famiglie con ridotte disponibilità economiche (Chiatti e Di Rosa, 2011). Inoltre si potrebbe aprire la breccia per ulteriori interventi peggiorativi: su tutti una potenziale revisione al ribasso dei LEA sociosanitari.

Le necessarie azioni di riforma da operare in questo campo vanno, dunque, inserite all'interno della cornice normativa vigente che riconosce il diritto universalistico alla cura nel caso di non autosufficienza.

Ciò significa che una priorità fondamentale è anche quella di forte investimento finanziario sul welfare, che deve riguardare non solo l'assistenza, ma anche la sanità, in particolare per quanto riguarda il processo di aggiornamento dei LEA sociosanitari attualmente in discussione tra il Governo e le Regioni.

Ciò permetterebbe di evitare quella catena di scarichi dalla sanità all'assistenza che colpisce innanzitutto il sistema e i servizi socio-assistenziali – cui spetta molto spesso la presa in carico e la copertura di costi di competenza sanitaria – ma che ricade concretamente, e in maniera illegittima, sulle famiglie, costrette a prendersi carico interamente della cura di persone non autosufficienti a cui, invece, il nostro ordinamento riconosce pienamente dei diritti esigibili in termini di prestazioni e interventi.

Come evidenziato, la situazione a livello territoriale è oggi estremamente differenziata, non solo in relazione al “quanto” ma anche rispetto al “come”. Le diverse

caratteristiche che la cittadinanza sociale ha assunto nelle varie aree del Paese sono certamente connesse alla capacità delle periferie di farsi carico, sin dagli anni Settanta, delle competenze trasferite dallo Stato, nonostante il disimpegno del centro per quanto riguarda le attività di indirizzo, programmazione e coordinamento.

Appare chiaro che solo alcune regioni italiane siano state in grado di cogliere le opportunità apertesi grazie al processo di decentramento, raccogliendo la sfida e proponendosi in veste di cabina di regia per lo sviluppo del proprio sistema socio-assistenziale.

Il Molise è certamente tra quelle regioni che, negli anni, ha faticato di più a rendere efficace la “rivoluzione” immaginata della Legge 328/2000, condividendo il peso con molte regioni italiane (Gori C., Madama I., 2007). Questo quadro ci deve però spingere ad evidenziare alcuni segnali di cambiamento.

Si ritiene di poter affermare che si siano create oggi le condizioni normative, operative e finanziarie per impostare un discorso serio di pianificazione sul medio periodo, per offrire risposte concrete e adeguate alle esigenze delle famiglie, dei minori, delle persone esposte a rischio di emarginazione; è, però, indispensabile che si realizzi uno sforzo unitario tra tutti gli attori presenti sul territorio: la Regione, gli Enti locali, gli organi periferici dello Stato, il privato sociale, i privati stessi e si potenzino processi di inclusione per le famiglie in difficoltà, realizzando forme di coordinamento, di controllo, di valutazione della qualità dei servizi offerti, di verifica dei risultati conseguiti.

Il principale elemento di criticità che però rappresenta anche uno stimolo per una progettazione strategica futura è chiaramente rappresentato dalla necessaria integrazione delle politiche, in particolare delle politiche socio-sanitarie.

Emerge con chiarezza dalla presente ricerca come il tema dell'integrazione sia connesso con quello dell'emergere di bisogni complessi, che necessitano di risposte articolate. Sappiamo bene che la complessità porta con sé la segmentazione/differenziazione: “La complessità sociale cresce nel corso dello sviluppo umano, ossia crescono le quantità e le specie dell'agire e dell'esperire vivente possibile. Questa crescita della complessità non si trova in ogni sistema singolo, bensì nella società nel suo intero, e di qui parte una pressione di adattamento a tutti i sistemi parziali, i quali devono vivere in una società avente maggiore complessità e perciò anche in un mondo più complesso” (Luhmann N., Habermas J., 1973).

Riconducendo il discorso generale alle politiche e ai servizi socio-sanitari, è evidente che a fronte di bisogni sempre più numerosi, nuovi, emergenti, nascono sistemi di risposte a questi bisogni, creando in questo modo un sistema complesso. Se però tali sottosistemi restano slegati gli uni dagli altri, le risposte saranno ai singoli bisogni, e non alle persone che ne sono portatrici: ecco la necessità di trovare strumenti che consentano di integrare i sistemi di risposta.

Dall'analisi della normativa emerge con grande evidenza la scelta di porre al cen-



tro delle politiche e dei servizi la persona nella sua interezza: tuttavia, il rischio che tale affermazione rimanga chiusa nella retorica è reale, soprattutto se si ipotizza l'integrazione socio-sanitaria (e più in generale l'interazione delle politiche), rendendo essa un fine e non, invece, uno strumento per offrire risposte secondo una logica dell'azione condivisa.

Dunque, una prima osservazione prospettica può riguardare la dimensione culturale: le politiche integrate non possono essere il fine dell'intervento istituzionale, ma devono invece essere considerate la strada maestra (e dunque un mezzo, uno strumento) che consenta di rispondere ai bisogni complessi delle persone.

Una seconda dimensione evidente nell'analisi dei dati della spesa sociale riguarda gli attori del sistema di welfare: si rileva una netta predominanza di attori istituzionali (la Regione, i Comuni, l'ASReM). Se talune leggi rilevano come l'integrazione delle politiche debba tenere presenti tutti gli attori coinvolti nella costruzione del benessere comunitario (in un'ottica, quindi, di *community welfare*), nella prassi non compaiono quali attori significativi né il Terzo settore, né le famiglie, né la società civile organizzata, né la cittadinanza. Si tratta allora di dare le gambe a leggi spesso innovative, ma che non sono supportate da adeguati investimenti affinché diventino prassi: si tratta, in sostanza, di prendere sul serio l'idea di una sussidiarietà che si colloca sulle due dimensioni, verticale ed orizzontale.

Inoltre, "l'integrazione prevede poi complessi sistemi di coordinamento fra le tre dimensioni in cui essa si articola: quello istituzionale, quello gestionale e quello professionale. Occorre creare flussi comunicativi efficaci sia nella dimensione intra che in quella intra. È evidente ad esempio la necessità di coordinamento a livello istituzionale regionale; ma è anche indispensabile trovare modalità di coordinamento efficaci ad esempio fra le scelte strategiche e quelle tecniche" (Bertin G., 2013).

Per concludere, aderendo alla proposta fatta dal gruppo di lavoro guidato da Ranci Ortigosa e dall'IRS (Irs, 2013) è possibile, anche in Molise, immaginare un nuovo corso per il sistema di welfare.

Il via a tale processo, come illustrato nel primo capitolo, è stato dato con l'introduzione di importanti elementi normativi regionali. Adesso si tratta di impegnare il giusto livello di risorse economiche, finanziarie, umane e gestionali per realizzare i seguenti obiettivi:

1. sostegno più efficace per chi è in situazione di bisogno, grazie ad interventi universalistici, appropriati e adeguati alle specifiche situazioni;
2. distribuzione più equa dei benefici (superando in particolare l'attuale sbilanciamento a scapito delle famiglie giovani e con figli), che vengono assicurati a tutti coloro che sono in analoghe condizioni di bisogno e vengono rapportati alla consistenza e intensità dei loro bisogni (equità);

3. superamento del limite ricorrente della temporaneità e della episodicità, per una riconfigurazione strutturale del sistema assistenziale, su criteri di coerenza dell'insieme e di continuità degli interventi e dei relativi finanziamenti;
4. riallocazione di azioni e risorse entro le politiche considerate, con ridotta richiesta di risorse aggiuntive (economicità);
5. sviluppo di servizi sui territori finanziato con una quota delle risorse ora assorbite dai trasferimenti monetari, per creare occupazione, in particolare per le donne, facilitare l'emersione del lavoro informale;
6. maggiori economicità ed efficienza, grazie al decentramento delle responsabilità, delle funzioni, delle risorse che favorisce la mobilitazione e integrazione delle risorse presenti nelle persone, nelle famiglie e sul territorio, con maggiori possibilità di attivazione della comunità locale nelle sue diverse componenti sociali, pubbliche e private (n.d.r. si intenda rilancio del ruolo dei Piani Sociali di Zona);
7. responsabilizzazione dei governi locali, in una dimensione di intervento territoriale adeguata e maggiori opportunità per un governo e una gestione più partecipati;
8. riconoscimento delle persone nei loro progetti di vita e nelle loro relazioni, valorizzazione delle risorse loro e del contesto familiare e sociale, per un welfare comunitario" (Irs, 2013, pag. 6).

A nostro giudizio, in Molise ci sono adesso le condizioni per realizzare un modello di welfare diverso e più moderno, condizioni giuste per poter creare quella "regione laboratorio" capace di sperimentare processi innovativi e originali, agevolati dalle ridotte dimensioni territoriali e di popolazione. Solo in questo modo, anche per il welfare, si potrebbe continuare a sostenere, che "piccolo è bello" e il Molise potrebbe difendere la sua specificità regionale come modello di efficienza ed efficacia cui ispirarsi, almeno per le regioni del Sud Italia.

CAPITOLO 5



Il finanziamento del sistema di welfare regionale

di Mara Carnevale e
Mariadomenica Lombardi*



Questo capitolo illustra i finanziamenti relativi alle politiche sociali con particolare riferimento al *Fondo nazionale politiche sociali*, al *Fondo nazionale per le politiche per la famiglia*, al *Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza*, al *Fondo nazionale per le politiche giovanili*, al *Fondo nazionale per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati*, al *Fondo per le pari opportunità* e, infine, al *Fondo per le non autosufficienze*.

Tali fondi, destinati a finalità di carattere sociale, rappresentano uno strumento indispensabile della politica socio-assistenziale del nostro Paese e vanno, in larga parte, a finanziare il sistema di welfare molisano.

In questo capitolo si analizzeranno gli anni finanziari dal 2010 al 2013, al fine di descrivere l'evoluzione delle fonti di finanziamento della spesa sociale regionale.

La certezza di risorse in questo settore che serve a garantire ai cittadini servizi sociali programmati sul territorio e rivolti spesso alle fasce sociali più deboli, alla famiglia, agli anziani, ai minori, ai disabili è stata sollecitata con forza dalle Regioni al Governo ogni anno in vista delle manovre finanziarie. Nel corso della XVI Legislatura si è registrata, infatti, una diminuzione delle risorse stanziare dalle manovre finanziarie annuali per i fondi dedicati al welfare, con conseguente riduzione della spesa sociale dei livelli decentrati di governo.

Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS)

Il Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS) è la principale fonte di finanziamento statale delle politiche sociali italiane. È stato istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri dalla Legge 27 dicembre 1997, n. 449¹, con la finalità di promuovere interventi connessi al contrasto della povertà, alla promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, alla tutela della condizione

* Collaboratrici dell'Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

¹ Legge finanziaria per il 1998, articolo 59, commi 44-46.

degli anziani, alla prevenzione e al trattamento delle tossicodipendenze e all'inserimento dei cittadini stranieri.

Successivamente, con il D.Lgs. n. 112 del 1998², nel Fondo sono state inserite altre risorse previste da ulteriori leggi di settore e, in generale, dalle risorse statali destinate in materia di servizi sociali. Con la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali – Legge 328/2000, il FNPS ha assunto, ulteriore rilievo configurandosi come lo strumento attraverso il quale lo Stato concorre al finanziamento della spesa sociale.

La sua natura è quella di fondo indistinto, nel senso che le risorse del Fondo non possono essere vincolate ad una specifica destinazione e, quindi, non possono essere volte al finanziamento di determinati interventi o settori particolari individuati al livello nazionale nell'ambito delle politiche sociali. In altri termini, all'amministrazione centrale non spetta il compito di indirizzare *ex ante* l'uso delle risorse, ma solo di monitorarne *ex post* il corretto utilizzo.

A seguito dell'entrata in vigore della Legge Costituzionale 3/2001, ed in particolare con la modifica del titolo V, parte II, della Costituzione, si è determinato lo spostamento della materia dell'assistenza sociale dall'area della potestà legislativa concorrente Stato-Regioni a quella della potestà legislativa esclusiva delle Regioni.

Il FNPS va a finanziare un sistema articolato di Piani Sociali Regionali e Piani Sociali di Zona che descrivono, per ciascun territorio, una rete integrata di servizi alla persona rivolti all'inclusione dei soggetti in difficoltà, o comunque all'innalzamento del livello di qualità della vita.

La legge finanziaria 2010 (Legge 191/2009)³, ha stanziato per le politiche sociali, per l'anno 2010, 435.257.959 euro, mentre la legge di stabilità – Legge 220/2010 – ha previsto, per l'anno 2011, 218.084.045 euro. La quota inizialmente era pari a 273.874.000 euro da ripartirsi tra le regioni e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, in seguito il fondo ha subito dei tagli prima con la legge di stabilità – Legge 220/2010 – per un importo pari a 161.383.000 euro, poi dalle Leggi 10/2011 e 111/2011 per un importo di 55.790.000 euro, arrivando, in tal modo, ad una dotazione complessiva pari a 218.084,045 euro.

La legge di stabilità 2012 – Legge 183/2011⁴, ha destinato al FNPS 69.954.000 euro. Il Decreto 16 novembre 2012⁵ ha ripartito le risorse finanziarie realmente

² Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59.

³ Legge 23 dicembre 2009, n. 191 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010).

⁴ Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2012).

⁵ Ripartizione delle risorse finanziarie afferenti al Fondo nazionale per le politiche sociali, per l'anno 2012.



afferenti al Fondo, ammontanti ad euro 42.908.611,00, destinando euro 32.033.310 al Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Infine la legge di stabilità 2013 – Legge 228/2012⁶, all'articolo 1, comma 271, incrementa di 300 milioni di euro per l'anno 2013 lo stanziamento del FNPS arrivando così a 343.704.000,00 euro.

È da precisare che parte del FNPS viene trasferito dalle Regioni agli Enti Locali e una parte è trattenuta per interventi gestiti in forma diretta o è fatto confluire negli eventuali fondi regionali, che vengono a loro volta trasferiti agli Enti Locali o trattenuti dalle Regioni. Infatti, per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali le Regioni provvedono a ripartire i finanziamenti assegnati dallo Stato per obiettivi ed interventi di settore e istituiscono, per lo più con autonomi stanziamenti a carico dei propri bilanci, uno o più fondi sociali finalizzati al cofinanziamento, in forma sussidiaria, degli interventi e dei servizi sociali propri degli Enti Locali. Le Regioni di norma fanno confluire in tali fondi anche parte delle risorse dei fondi sociali nazionali prima del loro effettivo trasferimento agli Enti Locali.

Per il Molise, l'art. 50 della Legge regionale 13/2014 prevede l'istituzione del Fondo Sociale Regionale (FSR) specificando al contempo le fonti di finanziamento che in esso confluiscono e che si distinguono in vari livelli: a) risorse statali (Fondo Nazionale Politiche Sociali e altri fondi finalizzati); b) risorse regionali; c) risorse provenienti da organismi dell'Unione Europea.

Lo stanziamento delle risorse economiche confluite nel FSR viene programmato attraverso un Piano Sociale Regionale (PSR), che fornisce indicazioni su priorità e prassi operative da attivare e sul sistema di allocazione delle risorse. In generale i PSR, di durata triennale, costituiscono lo strumento di programmazione regionale le cui linee operative vengono recepite, a livello locale, attraverso i Piani triennali di Zona che rappresentano lo strumento operativo locale con cui vengono definiti gli obiettivi strategici, le priorità di intervento, gli strumenti e i mezzi per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali. Con la deliberazione del Consiglio Regionale n. 148 del 28 aprile 2009 è stato approvato il Piano Sociale Regionale 2009-2011 del Molise.

Il Piano Sociale Regionale qualifica il Fondo Sociale Regionale quale principale strumento finanziario per l'attuazione e lo sviluppo omogeneo su tutto il territorio regionale del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

La Giunta Regionale, con Delibera del 21 aprile 2011 n. 300, ha destinato al finanziamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali, le risorse finan-

⁶ “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (Legge di stabilità 2013).



ziarie costituenti il Fondo Sociale Regionale per l'anno 2011 di 4.356.000,00 euro rinvenienti da:

- Fondo Nazionale non autosufficienza per 2.656.692,76 euro;
- Fondo Nazionale Politiche Sociali per 1.400.000,00 euro;
- Risorse proprie del bilancio regionale 2011 per 300.000,00 euro.

Come si può notare, le risorse statali FNPS incidono in maniera cospicua sul totale delle fonti di finanziamento della spesa sociale regionale.

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 228 del 16 aprile 2012 e n. 594 del 10 novembre 2013 sono stati assegnati rispettivamente per l'anno 2012 e per l'anno 2013 2.300.000,00 euro, rinvenienti, esclusivamente, dal Fondo Sociale Nazionale.

Come si evince, le risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali sono fatte confluire interamente nel Fondo Sociale Regionale e quindi la quota attribuibile al FNPS costituisce la prima fonte di finanziamento del FSR non essendoci altre risorse dedicate.

Tabella 1

Fondo Nazionale per le Politiche Sociali dotazione dal 2008 al 2014 e quota assegnata alla Regione Molise

Anno	FNPS	FNPS Molise
2008	€ 670.797.414,00	€ 5.366.379,31
2009	€ 518.226.539,00	€ 4.145.812,31
2010	€ 380.222.941,00	€ 3.041.783,53
2011	€ 178.500.000,00	€ 1.428.000,00
2012	€ 10.680.362,00	€ 85.442,90
2013	€ 300.000.000,00	€ 2.400.000,00
2014	€ 262.618.000,00	€ 2.100.944,00

Fonte: MLPS elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Ciò che emerge è che nel corso degli anni ci sono stati notevoli *tagli* se consideriamo che nel 2004 lo stanziamento complessivo è stato di 1,884 miliardi di euro, cifra che rappresenta il massimo mai investito nel Fondo. Da quel momento le cifre stanziare a causa di manovre economiche, si sono ridotte fino al minimo registrato nel 2012 (42.908 milioni di euro) per poi risalire fino alla quota del 2013 di 343.704 milioni di euro. Infatti, i fondi statali destinati a politiche di carattere sociale, drasticamente tagliati con la Legge di stabilità 2011 e dalla Legge di stabilità 2012, sono stati in parte reintegrati con la Legge di stabilità 2013 (Legge 24 dicembre 2012, n. 228), che segna una prima (ancorché timida) inversione di ten-

denza prevedendo uno stanziamento sul Fondo Nazionale Politiche Sociali di 300 milioni di euro – quota alle Regioni – e di 275 milioni di euro per il Fondo per le non autosufficienze per l'anno 2013.

Fondo per le politiche della famiglia



213

Il Fondo per le *politiche della famiglia*, ricompreso a tutti gli effetti fra i fondi per le politiche sociali⁷, è stato istituito con la Legge 4 agosto 2006, n. 248⁸, ed è destinato a finanziare il funzionamento dell'Osservatorio nazionale sulla famiglia, l'elaborazione del Piano nazionale per la famiglia, il sostegno delle adozioni internazionali, le iniziative di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, il fondo di credito per i nuovi nati e alcuni interventi relativi ad attività di competenza regionale.

Il Fondo per le politiche per la Famiglia è stato dedicato ai servizi per la prima infanzia, per le famiglie, per gli anziani e per l'assistenza domiciliare.

Dal 2011 il Fondo ha subito un forte ridimensionamento, legato, secondo quanto affermato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), alla necessità di alimentare il costituendo Fondo per il federalismo, con conseguente azzeramento dei trasferimenti di risorse al sistema delle autonomie.

Per quanto riguarda la dotazione finanziaria di tale fondo, secondo quanto previsto dalla Legge Finanziaria 191/2009⁹, per l'anno 2010 è stata pari a 185.289.000 euro, mentre per l'anno 2011 con la Legge 220/2010¹⁰, la dotazione iniziale di 51.475.151 euro è stata ritoccata in più occasioni, determinando una consistenza effettiva del Fondo pari a circa 50.000.000 di euro di cui 25.000.000 di competenza statale e 25.000.000 per assegnazione quota Regioni e Province autonome.

Al contrario, nel 2012, con la Legge 183/2011¹¹ l'importo del Fondo, è stato pari a 55.849.000 euro, di cui 10.849.041 euro di competenza statale e 45.000.000 di euro assegnati alle Regioni e Province autonome.

⁷ Si veda <http://leg16.camera.it/561?appro=515&02%7CFondi+per+le+politiche+sociali>.

⁸ Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, recante disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale.

⁹ "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge finanziaria 2010)

¹⁰ "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge di stabilità 2011).

¹¹ "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge di stabilità 2012).

Come rinvenibile nella legge di bilancio 2013¹², le risorse allocate nel Fondo per le politiche della Famiglia per il 2013 hanno avuto inizialmente una dotazione pari a 19.784.000 euro, per poi arrivare ad un'assegnazione definitiva pari ad euro 16.921.426 totalmente di competenza statale.

Il Fondo sociale regionale per le politiche della famiglia. Al fine di utilizzare le risorse da destinare al finanziamento di azioni per le politiche a favore della famiglia, alla Regione Molise sono stati assegnati euro 797.665,00 per l'anno 2010, somma finalizzata (D.G.R. 169/2011¹³):

- a) in via prioritaria, al proseguimento dello sviluppo e al consolidamento del sistema integrato di servizi socio-educativi per la prima infanzia, utilizzabili per l'attivazione di nuovi posti, per sostenere costi di gestione dei posti esistenti e per il miglioramento qualitativo dell'offerta (asili nido e micronidi comunali e aziendali e nei servizi sperimentali ed innovativi);
- b) realizzazione di altri interventi a favore delle famiglie numerose o in difficoltà, sulla base della valutazione del numero e della composizione del nucleo familiare e dei livelli reddituali.

Per l'anno 2011, il riparto della quota del Fondo per le Politiche della Famiglia pari a 200.000,00 euro, è stato erogato per sostenere i soggetti, pubblici e privati, gestori di servizi socio-educativi per la prima infanzia (asili nido e micro nido e servizi innovativi), nell'implementazione dei progetti pedagogici attraverso l'introduzione di azioni innovative per facilitare l'accesso ai bambini appartenenti a famiglie con basso reddito contribuendo, altresì, ad assicurare la continuità degli interventi già finanziati dalla Regione Molise (D.G.R. 660/2012¹⁴).

Per l'annualità 2012, in base all'Intesa sancita in Conferenza Unificata del 19 aprile 2012, alla Regione Molise è stata assegnata una somma pari a 360.000,00 euro per il finanziamento di servizi socio-educativi per la prima infanzia e azioni in favore degli anziani e della famiglia (D.G.R. 659/2012¹⁵).

¹² "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge di stabilità 2013).

¹³ Accordo attuativo dell'Intesa del 7/10/2010 tra il Sottosegretario di Stato presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano in merito al riparto della quota del Fondo delle politiche della famiglia a favore dei servizi socio-educativi per la prima infanzia e di altri interventi a favore delle famiglie.

¹⁴ Intesa Fondo per le politiche della famiglia – Regione Molise.

¹⁵ Accordo attuativo dell'Intesa tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, concernente l'utilizzo di risorse da destinarsi al finanziamento di servizi socio-educativi per la prima infanzia e azioni in favore degli anziani e della famiglia, sancita in Conferenza Unificata del 19 aprile 2012 (n. 48/CU).

Tabella 2

Fondo per le politiche della famiglia per totale fondo nazionale e regionale – Anni 2010-2013

Anni	Fondo nazionale politiche per la famiglia	Fondo regionale politiche per la famiglia
2010	185.289.000	797.665,00
2011	50.000.000	200.000,00
2012	55.849.000	360.000,00
2013	16.921.426	0



Fonte: Ministero dell'Economia, Regione Molise – elaborazione a cura dell'Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Nel 2013, data l'esiguità del Fondo, il Ministero non ha ripartito la quota regionale.

Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza

Il Fondo nazionale per *l'infanzia e l'adolescenza*, introdotto dall'art. 1 della Legge n. 285 del 1997¹⁶ e destinato alla realizzazione di interventi a livello nazionale, regionale e locale a favore dell'infanzia e dell'adolescenza, è risultato pari a 40.000.000 di euro nelle annualità 2010 e 2011.

Per il 2012, in data 23 marzo 2011, la Conferenza delle Regioni, d'intesa con la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha raggiunto un accordo sul riparto del Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza facendolo passare così dai circa 40 milioni di euro, inizialmente stanziati, a 35 milioni.

Per l'anno 2013 è stata invece prevista una dotazione di 39 milioni di euro.

Dal 2010 al 2013, dato l'importo molto contenuto del fondo, questo non è stato ripartito tra le Regioni e quindi non è stato trasferito al Molise alcun finanziamento.

Ai sensi dell'art. 1, comma 2, del D.P.C.M. 535/1999¹⁷, per minore straniero non

¹⁶ "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza" – pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 207 del 5 settembre 1997.

¹⁷ Regolamento concernente i compiti del Comitato per i minori stranieri, a norma dell'articolo 33, commi 2 e 2-bis, del D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286 – GU n.19 del 25-1-2000.



accompagnato s'intende "il minorenni non avente cittadinanza italiana o di altri Stati dell'Unione europea che, non avendo presentato domanda di asilo, si trova per qualsiasi causa nel territorio dello Stato privo di assistenza e rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano".

Il Fondo nazionale per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, destinato alla copertura dei costi sostenuti dagli Enti locali per la loro accoglienza, è lo strumento concreto attraverso il quale il Governo ha riconosciuto l'urgenza di affrontare con un'ottica di sistema, questa problematica, in continuità con quanto sperimentato con il Programma nazionale di protezione dei minori stranieri non accompagnati.

Nel 2011 la presenza di minori stranieri non accompagnati in Italia è aumentata risultando pari a 7.750 (censiti al 31 dicembre 2011 dal Comitato per i minori stranieri), rispetto ai 5.879 presi in carico nel 2009 ed ai 4.588 del 2010 presi in carico dai comuni (dati ANCI).

Di fronte a queste cifre, il Governo italiano attraverso la Legge 135/2012¹⁸ cosiddetta "spending review"¹⁹, ha istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il Fondo nazionale per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati. Il fondo mette a disposizione dei comuni 5.000.000 di euro per la copertura dei costi sostenuti dai Comuni per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati che sono stati ospitati per almeno 10 giorni per l'anno 2012.

Per l'anno 2013 la dotazione iniziale è stata sempre di euro 5.000.000 a valere sulla quota del Fondo nazionale per le Politiche Sociali per l'anno 2013, ma successivamente nella riunione del Consiglio dei Ministri del 9 ottobre 2013, dedicata in parte al tema dell'immigrazione, il Governo ha incrementato di 20 milioni di euro il Fondo nazionale per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati.

A questo tipo di fondo i Comuni, in forma singola o associata, accedono direttamente, quindi le risorse di questo Fondo non confluiscono nel Fondo sociale regionale.

¹⁸ Conversione in legge, con modificazioni del Decreto-Legge 6 Luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini – pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 189 del 14.08.12 (supplemento ordinario n. 173).

¹⁹ Per *spending review* (in italiano revisione della spesa pubblica), si intende un processo diretto a migliorare l'efficienza e l'efficacia della macchina amministrativa attraverso la sistematica analisi e valutazione delle strutture organizzative, delle procedure di decisione e di attuazione, dei singoli atti all'interno dei programmi, dei risultati.

Fondo per le politiche giovanili



Il Fondo per le *politiche giovanili* è stato istituito ai sensi dell'articolo 19, comma 2, del D.L. 223/2006²⁰ e successivamente con Legge 4 agosto 2006, n. 248²¹, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, al fine di promuovere il diritto dei giovani alla formazione culturale e professionale e all'inserimento nella vita sociale, anche attraverso interventi volti ad agevolare la realizzazione del diritto dei giovani all'abitazione, all'accesso al credito per l'acquisto e l'utilizzo di beni e servizi finanziando azioni e progetti di rilevante interesse nazionale, nonché alle azioni ed ai progetti destinati al territorio, individuati di intesa con le Regioni e gli Enti Locali.

Per il 2007-2008 e 2009 sono stati stanziati 130 milioni di euro per ogni anno. Cifra che è scesa a 81 milioni di euro nel 2010 secondo quanto stabilito dalla Legge n. 191/2009²² per arrivare allo zero nel 2011 e nel 2012.

Per l'anno 2013, come rinvenibile dalla legge di stabilità 2013²³, si riduce ulteriormente la dotazione del Fondo portandola a 5.278.000 euro di cui 3.298.447,16 quota ripartita alle Regioni ammontante al 62,49% del totale del Fondo (ai Comuni il 12,50% e alle Province il 5,01%).

La Regione Molise al fine di ottimizzare le limitate disponibilità finanziarie e valorizzare le risorse strutturali, paesaggistiche e archeologiche presenti sul territorio molisano, per favorire la mobilità giovanile e le forme di turismo alternative, ha individuato uno specifico progetto che aderisce alla rete nazionale ed internazionale degli Ostelli della gioventù.

Al fine di rendere esecutivo tale progetto con Deliberazione 868/2011 e in attuazione dell'intesa sancita in Conferenza Unificata del 7/10/2010 con la quale è stato approvato il riparto delle risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Giovanili anno 2010, la Regione ha approvato "l'Accordo di Programma Quadro in materie di politiche giovanili. Esercizio finanziario 2010 – Proposta progettuale "Osthello Molise".

²⁰ "Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale" – GU n. 153 del 4-7-2006.

²¹ "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, recante disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale" – pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 186 dell'11 agosto 2006 – Supplemento Ordinario n. 183.

²² "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge finanziaria 2010) – pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 302 del 30 dicembre 2009 – Supplemento ordinario n. 243.

²³ "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge di stabilità 2013) – GU Serie Generale n. 302 del 29-12-2012 – Suppl. Decreto del Commissario Ordinario n. 212.

Altro intervento regionale in materia di politiche giovanili è stato il “Piano Integrato Giovani Molise”²⁴, che rappresenta lo strumento attraverso il quale, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e la Regione Molise, in un’unica cornice, hanno ricondotto il Programma Operativo regionale “Obiettivo Giovani” ed i programmi di valenza nazionale “Apprendistato e Mestieri a Vocazione Artigianale (AMVA)” e “Innovazione per l’Occupazione Scuola e Università”.

Obiettivo generale del Piano è agevolare l’ingresso dei giovani nel mercato del lavoro, favorendo la transizione scuola-lavoro e stimolando l’imprenditorialità ed il sistema produttivo regionale. Nel concreto, il Piano si traduce nella realizzazione di interventi per l’occupabilità e l’occupazione a favore di circa 1800 giovani diplomati e laureati, inoccupati/disoccupati, residenti nella Regione Molise.

Il Piano individua 3 AREE di INTERVENTO, strutturate in 5 LINEE di INTERVENTO, distinte in funzione dei risultati specifici che si intendono raggiungere:

1. AREA PLACEMENT – L’ambito è quello della promozione dell’inserimento lavorativo di giovani diplomati, laureati e dottori di ricerca disoccupati/inoccupati mediante l’offerta di misure che prevedono l’integrazione di più strumenti, quali sussidi, voucher formativi e di servizio e incentivi alle imprese, attuate mediante i tirocini di orientamento e formazione e i contratti di apprendistato. L’Area è articolata in 3 linee d’intervento:

- Linea di intervento 1 – Project Work Innovazione (PWI);
- Linea di intervento 2 – Apprendistato professionalizzante ed apprendistato di alta formazione;
- Linea di intervento 3 – Orientamento e *placement* nelle scuole secondarie, negli Istituti tecnici e professionali.

2. AREA CREAZIONE D’IMPRESA – L’ambito ha l’obiettivo di promuovere l’attitudine all’imprenditorialità di 100 giovani laureati e diplomati, supportandoli, mediante formazioni e servizi specialistici, nello sviluppo di un piano d’impresa e nella fase di start up dell’idea imprenditoriale innovativa, a base tecnica o tecnologica. L’area è realizzata attraverso la seguente linea di intervento:

- Linea di intervento 4 – Auto-imprenditorialità (supporto ed incentivi alla creazione di impresa).

²⁴ Con Determinazione del Direttore Generale n. 1153 del 18 dicembre 2012 è stato approvato l’Avviso Pubblico relativo all’Area OCCUPABILITÀ - Linea di Intervento 5 – del Piano Integrato Giovani Molise – “Percorsi sperimentali di orientamento e consulenza specialistica finalizzati all’occupazione dei giovani molisani”.



3. AREA OCCUPABILITÀ – L’ambito è quello dell’agevolazione dell’inserimento lavorativo e professionale di giovani inoccupati o disoccupati privi di rapporto di lavoro, mediante l’offerta di un’esperienza di formazione finalizzata a supportare le aspirazioni di quanti vogliono intraprendere un’attività imprenditoriale autonoma. L’area è realizzata attraverso la seguente linea di intervento:

- Linea di intervento 5 – Percorsi sperimentali di orientamento e formazione integrata finalizzati alla creazione di impresa.

Le attività vedono il coinvolgimento attivo di una rete di attori del territorio Molisano (enti pubblici locali, l’Università del Molise, le scuole secondarie, i servizi per il lavoro, le organizzazioni datoriali, ecc.) al fine di costituire un sistema integrato di risorse e competenze in grado di fornire servizi specialisti e supporto ai giovani, per favorirne l’inserimento occupazionale.

Tabella 3

Fondo per le Politiche Giovanili per totale fondo nazionale e regionale – Anni 2010-2013

Anni	Fondo Politiche Giovanili Nazionale	Fondo Politiche Giovanili Regionale
2010	81.087.000	299.373,20
2011	0	0
2012	0	0
2013	5.278.000	25.000

Fonte: Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Con le risorse del 2013, la Regione Molise ha dato il via ad un progetto per la realizzazione di un forum telematico dedicato ai giovani molisani.

Passando al Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità questo è stato istituito nel 2006 dalla Legge del 4 agosto 2006, n. 248, con una dotazione iniziale di 3 milioni di euro, successivamente incrementato con la Legge Finanziaria 2007²⁵ di 40 milioni di euro per gli anni 2007, 2008 e 2009.

Il Sottosegretario per i diritti e le pari opportunità, con decreto emanato di concerto con i Ministri della solidarietà sociale, del lavoro e della previdenza

²⁵ Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 299 del 27 dicembre 2006 la legge finanziaria 2007 (Legge 296/2006).



sociale, della salute e delle politiche per la famiglia, stabilisce i criteri di ripartizione del Fondo, che deve prevedere una quota parte da destinare all'istituzione di un Osservatorio nazionale contro la violenza sessuale e di genere e una quota parte da destinare al Piano d'azione nazionale contro la violenza sessuale e di genere.

Negli anni 2010 e 2011 non è stato stanziato alcun importo, mentre per il 2012 con l'intesa del 25 ottobre 2012, in sede di Conferenza Unificata, il totale fondo è risultato pari a 10.473.000 euro mentre sono stati ripartiti tra le Regioni 15.000.000 di euro (risorse del dipartimento destinate alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro). Per il 2013 con decreto interministeriale del 15 aprile 2013, è stata approvata la convenzione che istituisce la Sezione speciale "Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Pari opportunità" del Fondo centrale di Garanzia per le PMI, di cui alla Legge 23 dicembre 1996, n. 662²⁶.

La Sezione speciale ha una dotazione di 10.800.000 euro a valere sul Fondo per le Pari opportunità e 10.000.000 sul Fondo centrale di Garanzia e per l'imprenditoria femminile.

L'impegno della Regione Molise nel raggiungimento dell'obiettivo di eliminazione delle ineguaglianze, finalizzato al conseguimento della parità tra uomini e donne, lo si evince dagli atti di programmazione. Infatti, nella stesura del POR²⁷, si riscontra l'assenza di qualsiasi discriminazione nelle varie azioni volte a favorire lo sviluppo locale, evidenziando la presenza di misure, collocate non solo nell'ambito dell'Asse III (Risorse Umane), ma anche nell'ambito delle attività produttive e nel settore del lavoro dipendente.

In sede di riprogrammazione, la Regione ha rafforzato la propria attenzione verso lo sviluppo delle Politiche di genere, concentrandosi in modo particolare sulle misure di incentivo all'imprenditorialità e ai servizi alle imprese.

Inoltre, con Delibera di Giunta 529/2011²⁸ e in attuazione dell'intesa "Conciliazione dei tempi di vita e lavoro" del 29/04/2010, la Regione ha inteso realizzare due finalità definite dalla citata Intesa ossia:

1. Creazione o implementazione di nidi, nidi di famiglia, servizi ed interventi similari.
2. Erogazione di incentivi all'acquisto di servizi di cura in forma di voucher/buono per i servizi offerti da strutture specializzate o in forma di Buoni Lavoro per prestatori di servizi.

²⁶ "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" - pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 303 del 28 dicembre 1996.

²⁷ Programma Operativo Regionale 2007-2013 – Regione Molise.

²⁸ Programma in materia di conciliazione dei tempi di vita – Legge 131/2003 – Intesa attuativa del 29 aprile 2010 – Ulteriori provvedimenti.

In riferimento alla prima finalità, l'obiettivo è quello di attuare il servizio di Casa nido o nido familiare o "*tagesmutter*"²⁹.

Per quanto concerne la seconda finalità, l'intervento vuole sperimentare l'utilizzo di buoni lavoro come beneficio per le famiglie, soprattutto in presenza di disagio economico, e mezzo di pagamento della prestazione della Educatrice domiciliare/*tagesmutter*.

Con delibera 129/2011³⁰, è stata data attuazione all'Intesa sancita in Conferenza Unificata del 29 aprile 2010, che ha approvato i criteri di riparto delle risorse, le finalità e le modalità attuative, nonché il monitoraggio del sistema di interventi per favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro di cui al D.M. delle pari opportunità del 12/04/2009 inerente la ripartizione del Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità. L'Assessorato alle Politiche del Lavoro ed al Sociale, ha provveduto a sostenere l'intesa territoriale sugli obiettivi di azione ex art. 3, co. 8 lett. a) dell'Intesa, avente ad oggetto gli indirizzi programmatici quali:

- Creazione o implementazione di nidi, nidi famiglia, servizi ed interventi similari.
- Facilitazione per il rientro a lavoro di lavoratrici in congedo parentale o per motivi legati alla conciliazione.
- Erogazione di incentivi all'acquisto di servizi di cura o in forma di voucher/buono presso strutture specializzate o in forma di buono lavoro per prestatori di servizio.

Lo stanziamento erogato per la realizzazione di tali finalità è stato pari ad euro 171.430,00 di quota assegnata con la ripartizione ministeriale.

L'impegno della Regione Molise nelle policy di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, declinate principalmente nei termini dei servizi alla prima infanzia, va ben oltre la disponibilità di questo fondo. Per una ricostruzione di tali politiche negli ultimi anni si legga il capitolo "L'offerta dei servizi alla prima infanzia".

²⁹ *Tagesmutter* in tedesco vuol dire mamme di giorno.

³⁰ Programma in materia di conciliazione dei tempi di vita, Legge n. 131 del 5 giugno 2003 – Intesa attuativa del 29 aprile 2010 – Provvedimenti.



Fondo per la non autosufficienza (FNA)

Il Fondo nazionale per la non autosufficienza (FNA) è una forma di finanziamento autonoma, a carattere nazionale, che permette di ripartire annualmente le risorse alle Regioni, sulla base dei dati relativi alla popolazione non autosufficiente residente e di indicatori demografici e socio economici. È un fondo che garantisce, per le persone non autosufficienti, i livelli essenziali, senza avere una funzione sostitutiva delle prestazioni sanitarie, in quanto le risorse finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria risultano aggiuntive rispetto agli stanziamenti già destinati alle prestazioni ed ai servizi a favore delle persone non autosufficienti, da parte delle Regioni e delle autonomie locali.

In Italia, sono 2.615.000 le persone non autosufficienti secondo l'ultimo rapporto Istat del 2011. Si tratta di donne e uomini che riferiscono una totale mancanza di autonomia per almeno una delle funzioni che permettono di condurre una vita quotidiana normale. Osservando il campione in dettaglio, si scopre che gli anziani disabili di età superiore ai 65 anni rappresentano il 18,7%, mentre sale il numero degli over 80, stimato in 44,5% suddiviso tra il 35,8% di uomini e 48,9% di donne. È a questa fetta di popolazione che le Regioni erogano gli aiuti finanziati dal Fondo stesso.

Il FNA, è stato istituito dall'art. 1, comma 1264, della Legge 27 dicembre 2006³¹ presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Tale fondo, introdotto quindi dal 2007, come sostegno statale agli interventi degli enti locali a favore dei soggetti non autosufficienti, è stato oggetto nell'anno 2009 e nel 2010 di un investimento complessivo nazionale di 400 milioni di euro. Nel 2011 e 2012, invece, il fondo non è stato rifinanziato, ad eccezione di una quota di 100 milioni di euro, stanziata dall'art. 1, comma 40, della Legge 220/2010³², riservata esclusivamente alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali in favore di persone affette da SLA e risultante stanziata nell'anno 2011.

Nel 2013 la conversione del decreto sulla *spending review* riporta in vita il FNA. Sul "fondo per le esigenze indifferibili" vengono stanziati 275.000.000,00 con la Legge 228/2012³³, destinati all'assistenza domiciliare per le persone gravemente non autosufficienti ed i malati di SLA.

³¹ Legge finanziaria 2007 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato".

³² Legge di stabilità 2011 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato".

³³ Legge di stabilità 2013 art. 1 comma 271 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato".



Il Fondo regionale per la non autosufficienza, erogato dalla Regione Molise, è finalizzato, a livello locale, allo sviluppo e alla qualificazione di una rete integrata di servizi flessibili distribuiti in maniera omogenea nei differenti territori, centrati sui bisogni delle persone non autosufficienti, di chi vive accanto a loro e di coloro che se ne prendono cura.

È programmato e deliberato dalla Giunta regionale in collaborazione con la “cabina di regia” regionale per il welfare (luogo di concertazione tra la Regione e gli Enti locali delle politiche sociali e sanitarie), sottoposto al confronto ed al parere delle parti sociali (sindacati, terzo settore, volontariato) riguardo ad obiettivi, priorità e gestione delle risorse.

Il programma per l'utilizzo del Fondo regionale per la non autosufficienza è basato sulle linee strategiche del Piano Sociale della Regione Molise – Triennio 2009-2011³⁴ e rappresenta, quindi, una parte importante del processo di sviluppo del welfare regionale riguardante la Regione, gli Enti locali, l'ASReM, il Terzo settore, il volontariato e le organizzazioni sindacali, che assumono un impegno comune per realizzare il sistema integrato di servizi per le persone non autosufficienti e le loro famiglie. La priorità individuata dall'attivazione di tale Fondo, è il sostegno diretto ed indiretto della domiciliarità, con l'obiettivo di potenziare i servizi e supportare le risorse proprie di ogni persona, della sua rete familiare e della comunità in cui l'utente è inserito, mantenendo quanto più possibile la persona non autosufficiente nel suo contesto abituale di vita.

Con il Fondo per la non autosufficienza, in particolare, si punta allo sviluppo nella Regione Molise dell'assistenza domiciliare integrata di tipo sanitaria e sociale, all'aumento degli assegni di cura per anziani non autosufficienti, alla qualificazione delle assistenti familiari, all'implementazione dei servizi di telesoccorso e teleassistenza gestiti anche con il concorso del volontariato, alla realizzazione dei ricoveri temporanei “di sollievo” ed al sostegno alle reti informali di solidarietà sociale. Secondo quanto stabilito dal Programma attuativo per le persone in condizioni di non autosufficienza ed i minori con grave disabilità, sono destinatari di contributi economici:

1. PAZIENTI che presentano bisogni con un elevato livello di complessità, in condizione di dipendenza vitale da assistenza continua e vigile.
2. MINORI con grave disabilità che limita fortemente l'apprendimento delle competenze necessarie a favorire l'autonomia comunicativa-relazionale, bisognosi di interventi strutturati per l'acquisizione di soddisfacenti livelli di autonomia.

³⁴ Approvato con Delibera del Consiglio Regionale n.190 del 9 Luglio 2008.

Con Deliberazione di Giunta regionale 896/2010³⁵ la Regione Molise ha approvato il “Programma regionale di interventi per la non autosufficienza – Anni 2009/2010”, al fine di assicurare un sistema assistenziale idoneo a tutelare le persone non autosufficienti e le loro famiglie, attraverso la completa presa in carico dell’assistito nell’ambito della rete integrata dei servizi socio-sanitari. Tuttavia, pur confermando le priorità individuate dalla suddetta programmazione, si è ritenuto di dover meglio assicurare la semplificazione dei sistemi di accesso e la presa in carico del malato, modificando le modalità di erogazione degli interventi. Pertanto, con Deliberazione di Giunta regionale 751/2010³⁶, sono state riprogrammate le azioni in materia di non autosufficienza, al fine di meglio coniugare i bisogni assistenziali con le risorse sociali e sanitarie operanti sul territorio regionale.

La programmazione in oggetto si concretizza nei seguenti interventi:

- attivazione di punti unici di accesso per la non autosufficienza; assistenza domestica e alla persona;
- assistenza domiciliare integrata (ADI) – assistenza domiciliare Alzheimer (ADA);
- teleassistenza/telecontrollo/telesoccorso; sostegno e promozione della vita indipendente; intervento socio-educativo; sostegno della mobilità.

Destinatari del programma sono i cittadini residenti in Molise che si trovano in condizioni di non autosufficienza totale o parziale, riconosciuti invalidi civili ai fini pensionistici e/o in possesso di attestazione di handicap *ex* Legge 104/1992³⁷ o minorazione sensoriale³⁸. Mentre, solo ai fini del sostegno e della promozione della vita indipendente, si richiede il requisito del grave handicap *ex* Legge 104/1992 art. 3, comma 3 e un’età compresa tra i 18 e 65 anni.

Le risorse disponibili nell’anno 2010 ammontano a euro 2.656.692.76, risorse ripartite tra gli ATS, in base alla popolazione residente.

Per l’anno 2011 con Delibera di Giunta regionale n.7 del 9 gennaio 2012, sono stati stanziati euro 650.000.00 quota destinata esclusivamente alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali in favore di persone affette da SLA.

³⁵ Approvazione del Piano Operativo di Interventi per la non autosufficienza Fondo 2010.

³⁶ Programma Regionale di interventi per la non autosufficienza – Anno 2010 – DGR seduta del 13 settembre 2010 n. 751.

³⁷ Legge-Quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

³⁸ Ciechi con residuo visivo non superiore a 1/20, ciechi assoluti *ex* Legge 381/70, sordomuti *ex* Legge 382/70.

Tabella 4

Fondo per la non autosufficienza per totale fondo nazionale e regionale – Anni 2010-2013

Anni	Fondo non Autosufficienza Nazionale	Fondo non autosufficienza Regionale
2010	400.000.000	2.656.692,72
2011	100.000.000	650.000
2012	0	0
2013	275.000.000	1.897.500



Fonte: MLPS, elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Nel 2012 non è stato previsto alcun importo per quanto riguarda gli interventi di non autosufficienza, a causa del mancato finanziamento statale del fondo. Questa è un'ulteriore prova di quanto il sistema di finanziamento del welfare molisano dipenda dai trasferimenti dello Stato centrale.

La Regione Molise ha impiegato, invece, per l'anno 2013 euro 1.897.500 con la Delibera di Giunta n. 434 del 6 settembre 2013³⁹, importo risultante dal Fondo nazionale per la non autosufficienza, finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e volto a sostenere i familiari che garantiscano un'assistenza costante per la cura del loro malato. Di tale importo, 400 mila euro sono stati destinati ai minori gravissimi ed il resto suddiviso tra i malati di SLA⁴⁰ ed i pazienti affetti da patologie invalidanti individuate a livello nazionale.

Le misure di assistenza garantite da tale Fondo prevedono la possibilità di fornire un contributo economico da utilizzare per i *caregivers*, relativamente a rimborsi per l'acquisto di presidi ed ausili non compresi nel nomenclatore sanitario al fine di migliorare la qualità della vita dei pazienti riducendone l'onere assistenziale, e per i cosiddetti soggiorni di sollievo volti a fornire un supporto fondamentale alla famiglia attraverso ricoveri in residenze sociosanitarie con l'assunzione dell'onere della quota sociale. Risultano finanziabili, inoltre, anche gli

³⁹ F.N.A. 2013. Programma attuativo "per le persone in condizione di dipendenza vitale da assistenza continua e vigile e minori con gravi disabilità residenti nella Regione Molise. Approvazione.

⁴⁰ La sclerosi laterale amiotrofica o SLA, chiamata anche morbo di *Lou Gehrig*, o malattia di Charcot malattia dei motoneuroni, è una malattia neurodegenerativa progressiva, che colpisce selettivamente i motoneuroni, sia centrali che periferici.

interventi personalizzati atti a favorire il raggiungimento delle capacità di autonomia personale dei minori con grave disabilità⁴¹.

Sintesi dei finanziamenti



226

Dai documenti analizzati si evidenzia spesso, in relazione ad una crescente povertà del nostro Paese e quindi della regione Molise, una inadeguatezza delle risorse disponibili ed un'incapacità a soddisfare i bisogni delle persone più deboli, in quanto le politiche sociali risultano un settore fortemente penalizzato dai tagli di risorse finanziarie da parte delle istituzioni nazionali e regionali.

Si evidenzia come il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali ha rappresentato fino ad oggi la primaria fonte di finanziamento per tutti i servizi che i comuni mettono in campo in favore di persone fragili e bisognose. In particolare attraverso il riparto alle Regioni, il fondo finanzia la promozione e la gestione della rete integrata dei servizi sociali previsti dalla Legge 328/2000 che, oltre alle strutture socio assistenziali, consente l'erogazione di tutti i servizi di prossimità e domiciliari alternativi alla residenzialità che coinvolgono in Italia una enorme fetta della popolazione. Ma dai dati acquisiti, si verifica una diminuzione negli anni di tale fondo, con una leggera ripresa solo nell'anno 2013.

L'azzeramento del fondo per la non autosufficienza, avvenuto già dal 2012, ha causato un venir meno dell'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore delle persone non autosufficienti, limite questo molto rilevante anche per la programmazione regionale. Si è assistito ad una limitazione delle risorse destinate alle politiche per la famiglia e delle politiche giovanili, mettendo così in discussione le politiche di welfare, che nel tempo, anche se con dei limiti, hanno consentito il rispetto del dettato costituzionale e posto al centro i diritti dei cittadini, in particolare alle categorie di poveri e malati.

Tale criticità del sistema socio-assistenziale nazionale si ripercuote ovviamente, su quello regionale attivando un meccanismo di sostegno come emergenza e non come regola generale, attraverso la predisposizione di interventi straordinari e non ordinari e facendo così venir meno l'azione continuativa e regolare con risposte istituzionali e diritti riconosciuti (vedi tabella 5).

Appare, quindi, opportuno e necessario porre attenzione alla necessità di garantire la disponibilità di somme utili all'erogazione di servizi essenziali alla tutela e alla promozione sociale delle persone e dei gruppi in difficoltà, anche a valere sulle risorse proprie della Regione.

⁴¹ Sulla necessità di riformare questo Fondo si legga Pasquinelli S., 2012.

Tabella 5

FNPS e FNA dal 2008 al 2014 per quota Molise e % di riduzione annua

Anno	FNPS	FNPS Molise	riduzione annua (%)	FNA	FNA per il Molise	riduzione annua (%)
2008	€ 670.797.414,00	€ 5.366.379,31	0%	€ 299.000.000,00	€ 2.063.100,00	0%
2009	€ 518.226.539,00	€ 4.145.812,31	-23%	€ 399.000.000,00	€ 2.753.100,00	33%
2010	€ 380.222.941,00	€ 3.041.783,53	-43%	€ 380.000.000,00	€ 2.622.000,00	27%
2011	€ 178.500.000,00	€ 1.428.000,00	-73%	€ 100.000.000,00	€ 690.000,00	-67%
2012	€ 10.680.362,00	€ 85.442,90	-98%	-	-	-100%
2013	€ 300.000.000,00	€ 2.400.000,00	-55%	€ 275.000.000,00	€ 1.897.500,00	-8%
2014	€ 262.618.000,00	€ 2.100.944,00	-61%	€ 340.000.000,00	€ 2.346.000,00	14%

Fonte: MLPS, elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.



Con la riforma della Parte II, Titolo V, della Costituzione, approvata con la Legge Costituzionale 3/2001, in base all'articolo 117, quarto comma, spetta alle Regioni la potestà legislativa, nonché la relativa potestà regolamentare, nella materia sociale e socio- assistenziale; questa potestà si fonda però su un elemento, indicato dal secondo comma dello stesso articolo 117 e riservato alla legislazione esclusiva dello Stato: quello dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, introdotti per contenere i rischi (peraltro, già realizzatesi) di disuguaglianze e disparità tra le diverse aree del Paese.

Emerge però ad oggi chiaramente il dato che la struttura prevista per il sociale dalla riforma costituzionale non sia stata completata, non essendo stati definiti i livelli essenziali delle prestazioni.

Molte le ragioni per questa mancata definizione, a partire da quelle di natura finanziaria: data l'attuale situazione economica, i volumi di spesa in corso per l'assistenza, nonché quelli ipotizzabili a breve, risultano del tutto inadeguati al finanziamento di LEP, quali diritti esigibili, anche ipotizzandone un processo graduale di definizione ed erogazione.

I volumi di spesa o meglio il "rispetto dei vincoli di finanza pubblica", non garantiscono il raggiungimento neanche dell'obiettivo intermedio, costituito da quei servizi/obiettivi di servizio, aventi caratteristiche di generalità e permanenza, individuati dal D.Lgs. 6 maggio 2011, n. 68⁴² (articolo 13, comma 5) in ma-

⁴² Recante ad oggetto "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario".



teria di autonomia finanziaria delle regioni a statuto ordinario. Manca, inoltre, una adeguata mappatura degli interventi e dei servizi sociali erogati nelle varie regioni, conseguenza diretta della mancata attuazione del sistema informativo dei servizi sociali già previsto dall'articolo 21 della Legge 328/2000: il che determina oggettive difficoltà nella individuazione dei volumi di spesa sostenuti e dei fabbisogni (standard o no che siano) futuri, nonché del numero e della tipologia delle prestazioni erogate e dei cittadini assistiti; rende altresì complessa la comparazione tra i diversi sistemi di servizi regionali, per l'individuazione delle specificità e delle omogeneità esistenti.

CAPITOLO 6



L'offerta dei servizi alla prima infanzia

di Antonio Petrone



Si è deciso di introdurre questa tematica nel Rapporto, in quanto le politiche per la prima infanzia, con l'adozione della Legge regionale 13/2014, entrano a pieno titolo nel sistema di welfare regionale. Citando il rapporto Istat, 2014b, "L'offerta comunale di asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia" possiamo asserire che il Molise, nell'anno educativo 2012/2013, si inserisce nello scenario del Sud d'Italia che vede, anche in questo settore, una cesura netta tra le regioni del Centro e del Nord e quelle del Sud, che pagano un forte ritardo sia in termini di diffusione dei nidi e dei servizi in generale, che del numero di bambini presi in carico.

Per servizi alla prima infanzia si intendono quei servizi sociali e socio-educativi, così come definiti dal Regolamento di attuazione della Legge regionale 6 maggio 2014, n. 13 "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e Servizi sociali", approvato con Delibera Giunta Regionale 10 febbraio 2015, n. 59, che hanno come utenza i bambini da 0 a 3 anni (non compiuti) e le loro famiglie, con particolare attenzione all'effetto che questi hanno sulla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro delle madri. Si tratta degli asili nido, dei micronidi, delle c. d. "Sezioni primavera" e dei servizi integrativi ed alternativi tra cui l'educatrice domiciliare, lo spazio gioco e i centri per le famiglie.

Si procede adesso ad una analisi dettagliata dello stato dei servizi per la prima infanzia in Molise e delle strategie regionali per il miglioramento della diffusione e della fruibilità di tali servizi.

Aspetti statistici e quantitativi

I dati della tabella successiva sono il frutto di un'analisi effettuata utilizzando la serie storica estratta dalla banca dati dell'Istat, per gli anni 2003-2006, e le proiezioni, previste dallo stesso Istituto, per gli anni 2007-2014. Per la stima del target al 2013 è stato necessario fare una previsione sul numero dei bambini re-

sidenti in Molise che, nel 2013¹, avrebbero avuto un'età compresa tra 0 e 3 anni (non compiuti).



232

Tabella 1

Andamento demografico della popolazione 0-3 anni (fino al compimento del 3° anno di età) residente in Molise dal 2002 al 2013

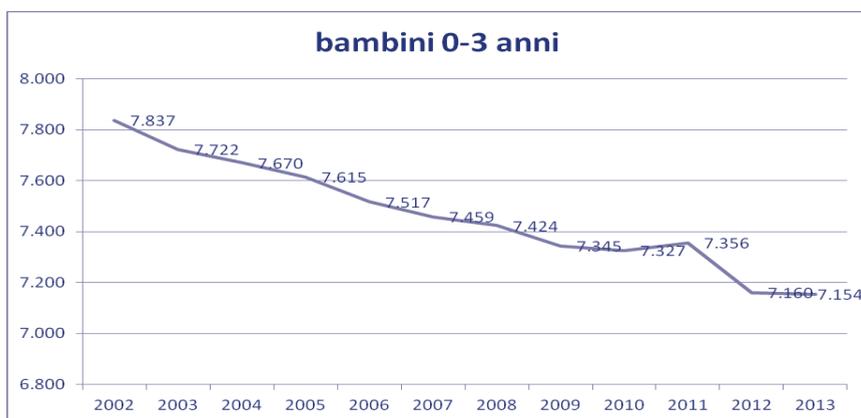
Anno	bambini da 0 -3 (media nell'anno)	Anno	bambini da 0 -3 (media nell'anno)
2002	7.837	2008	7.424
2003	7.722	2009	7.345
2004	7.670	2010	7.327
2005	7.615	2011	7.356
2006	7.517	2012	7.160
2007	7.459	2013	7.154

Fonte: convenzione DPS-ISTAT a supporto del meccanismo degli Obiettivi di Servizi – elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

La tabella mette in evidenza un trend negativo per il Molise e mostra una costante riduzione dei bambini residenti, che negli ultimi sei anni è stata pari all'1,38%. Il tasso medio annuo di riduzione è pari allo 0,6%.

Figura 1

Trend demografico della popolazione residente in Molise di età compresa tra 0 e 3 anni (non compiuti) dal 2002 al 2013



Fonte: Istat – elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

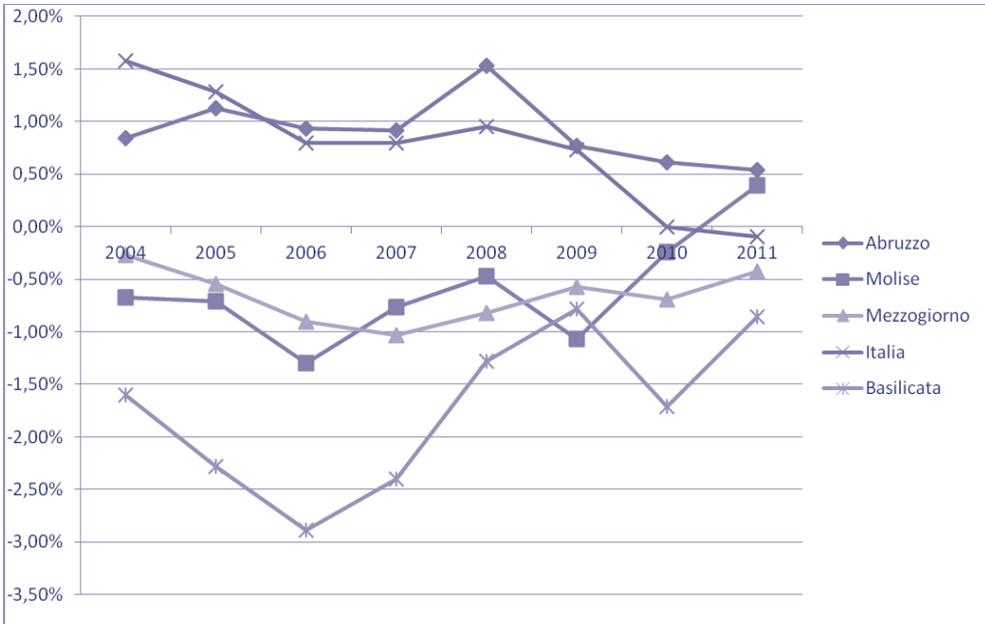
¹ Per la stima della popolazione in età 0-3 anni è stato utilizzato il valore al 31 dicembre 2013.

Il grafico della figura 1 rende ancor meglio l'idea di quanto il fenomeno demografico di invecchiamento della popolazione sia rapido e grave nella regione Molise.

Anche nel paragone con il Sud Italia e con la media italiana il Molise ne esce malissimo. Nel grafico qui sotto, nel paragone si vede come in Molise ci sia una tendenza consolidata alla perdita di popolazione 0-3 anni, come in Basilicata e come in media nel resto del Mezzogiorno d'Italia. Spicca il confronto con il vicino Abruzzo che, invece, ha una tendenza chiaramente positiva in linea con la media italiana che vede, comunque, una crescita complessiva della popolazione infantile, che altro non è che parte della crescita totale della popolazione.

Figura 2

Aumento annuale della popolazione 0-3 anni dal 2003 al 2011 per le regioni Molise, Abruzzo, Basilicata, Italia e Mezzogiorno (dati percentuali)

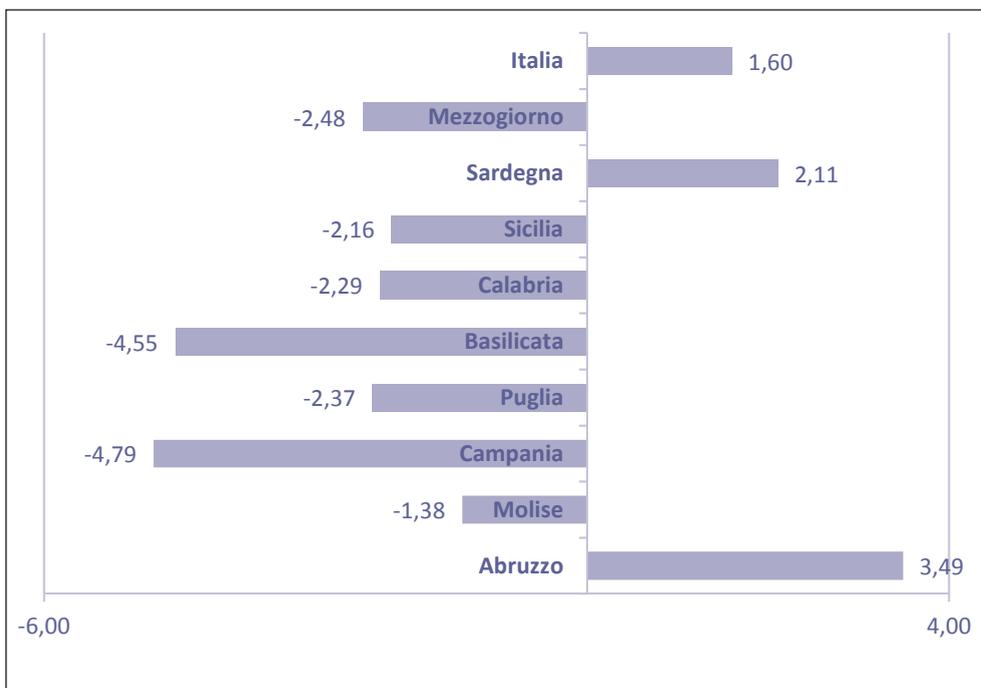


Fonte: Istat, indagine censuaria sugli interventi e servizi sociali nei comuni.

Analizzando la crescita percentuale della popolazione da zero a tre anni calcolata dal 2007 al 2011, si vede ancora più chiaramente che il Molise, come la maggior parte delle regioni del Sud Italia, perde popolazione. Risalta, anche qui, il confronto con il vicino Abruzzo che invece negli ultimi 5 anni ha guadagnato popolazione infantile molto più che della media nazionale che è comunque positiva.

Figura 3

Incremento della popolazione di età compresa tra 0 e 3 anni (non compiuti) tra il 2007 e il 2011 nelle regioni del Sud, Italia e Mezzogiorno (dati percentuali)



Fonte: Istat, Indagine censuaria sugli interventi e servizi sociali nei comuni.

Non potendo essere questa la sede per approfondire l'analisi circa le cause sociali ed economiche che determinano il fenomeno demografico appena descritto, è necessario prenderne atto al fine di contestualizzare le scelte in termini di policy che la Regione disegna per i prossimi anni.

Puntare su forme di servizi alla prima infanzia "leggere" e diffuse sul territorio, ad esempio, risponde alla constatazione che in Molise ci si trova e ci si troverà sempre di più, davanti a "piccoli numeri", che impongono scelte di investimento diverse, ad esempio, rispetto al sempre vicino Abruzzo.

Ancora, il forte spopolamento delle zone interne del Molise – ci sono comuni dove in alcuni anni non si registrano nuovi nati – spinge a ritenere che le politiche di sostegno alle famiglie sono più importanti della costruzione di nuovi edifici pubblici, i quali rimarrebbero certamente vuoti.

Come gli esperti sanno, un asilo nido, che in base alla direttiva regionale deve ospitare non meno di 17 bambini, tra 0 e 3 anni, e non più di 60, ha il suo punto





di sostenibilità finanziaria oltre i 40 bambini. Nella totalità dei territori molisani, attualmente sprovvisti di servizi per l'infanzia, questi numeri sono irraggiungibili, anche attraverso il consorzio tra comuni. Questo limite strutturale deve essere compreso fino in fondo per adeguare le politiche di settore alla particolarissima situazione del Molise.

Passiamo adesso all'analisi degli indicatori dell'Obiettivo che, altro non fanno che rafforzare le constatazioni fin qui svolte. I sub obiettivi, fissati negli indicatori S.04 e S.05 sono, ovviamente, correlati tra loro, in quanto uno ha il compito di realizzare strutture per i servizi per l'infanzia o implementare quelle già esistenti, l'altro la presa in carico degli utenti di detti servizi. La situazione ad oggi, è sintetizzata nella tabella seguente.

Tabella 2

Valori per il Molise degli indicatori S.04 e S.05 – trend 2008-2012

Indicatore	Oggetto della verifica	2008	2009	2010	2011	2012 ²
S.04	Percentuale di comuni che hanno attivato servizi per l'infanzia (asilo nido, micronidi o servizi integrativi e innovativi) sul totale dei comuni della regione	7,4	9,6	11,8	22,8	20,6
S.05	Percentuale di bambini tra zero e fino al compimento dei 3 anni che hanno usufruito dei servizi per l'infanzia (asilo nido, micronidi, o servizi integrativi e innovativi) di cui il 70% in asili nido, sul totale della popolazione in età 0-3 anni	4,8	5,4	5,5	11,0	10,18

Fonte: Istat, indagine censuaria sugli interventi e servizi sociali nei comuni. Per l'anno 2012 i dati sono stati raccolti dall'Osservatorio dei Fenomeni Sociali della Regione Molise.

Il target da raggiungere per l'indicatore S.04 è pari al 35%, per l'indicatore S.05, invece, è pari al 12%. Per il raggiungimento degli obiettivi è necessario, quindi, che, alla verifica del 2013 (in corso su dati del 2012), siano inseriti almeno 650³ bambini da 0 a 3 anni in asili nidi e che vengano coperti almeno 44 Comuni.

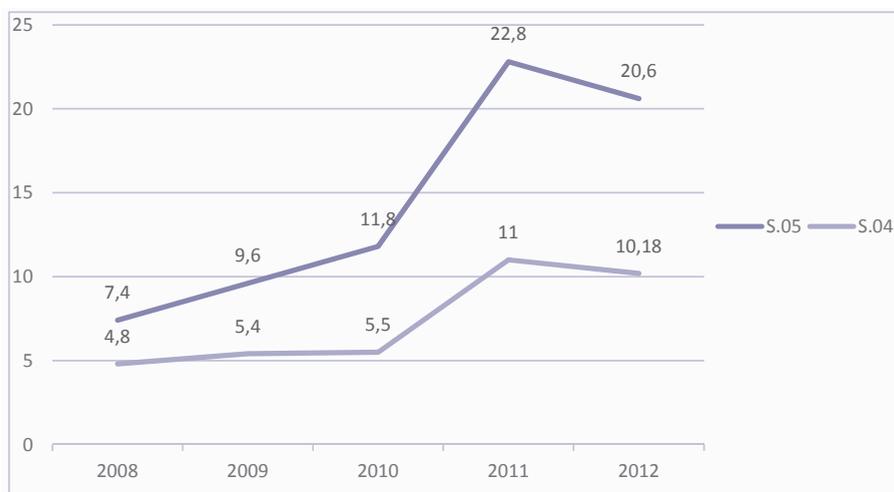
Dall'analisi del grafico seguente si nota un "salto" nel trend tra il 2010 e il 2011. Questo salto è dipeso dal fatto che la Regione Molise, a settembre 2012, ha attivato un servizio di assistenza alla rilevazione per l'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati – Anno 2011 – nei confronti dei comuni molisani, ottenendo un alto tasso di risposta e, soprattutto, la corretta im-

² Stima effettuata su dati dell'Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

³ L'indicatore esplicita che almeno il 70% della popolazione in età 0-3 anni dovrà usufruire del servizio di asilo nido.

Figura 4

Trend degli indicatori S.04 e S.05 periodo dal 2008 al 2012



Elaborazione su dati DPS-ISTAT a supporto del meccanismo degli Obiettivi di Servizio.

putazione dei costi e dei finanziamenti da parte dei comuni che avevano avuto servizi per l'infanzia finanziati dalla Regione stessa. Questa attività di assistenza è stata estesa a tutti i comuni della regione ed ha riguardato non soltanto il questionario asili nido, ma tutta la rilevazione della cosiddetta spesa sociale.

Stante ai dati raccolti dall'Osservatorio durante l'attività di assistenza ai comuni di cui si è detto, appare chiaro che il target 2013 non risulta conseguito. Questa constatazione, alla luce della Delibera CIPE 79/2012, non appare particolarmente negativa, se, ovviamente, letta nel contesto complessivo di "governo" delle policy per la prima infanzia. La Regione Molise è impegnata con tutte le risorse che riesce a mettere in campo, a potenziare e consolidare il sistema regionale di offerta di servizi per la prima infanzia e continuerà a farlo nei prossimi anni. L'aumento dell'offerta dei servizi, soprattutto negli ultimi anni, è stato convogliato in un sistema di regole, prima del tutto assente, e all'interno di una programmazione coordinata ed integrata che vede la collaborazione della Regione stessa, dei Comuni, delle scuole e non da ultime delle famiglie. Nell'ultimo anno, soprattutto grazie all'Avviso pubblico per il finanziamento delle "Sezioni primavera" la Regione ha deciso di aprire in maniera forte e decisa all'ingresso dei privati e del privato sociale in particolare, in questo settore.

Molte delle azioni proposte puntano al rafforzamento del sistema dei servizi alla prima infanzia con il contributo della parte pubblica, dei comuni e delle scuole,

ma anche in maniera determinante dei privati, senza nascondere una precisa volontà di trasformare un settore classico dell'assistenza in una occasione, moderna, di sviluppo locale.

Su 136 comuni della regione, soltanto 28 hanno, nel 2013, un servizio per la prima infanzia, con un tasso del 20,6% a fronte di un target del 35% da raggiungere. Inoltre, c'è da rilevare la circostanza che le "Sezioni primavera" finanziate con il fondo statale non sono censite dall'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati – anno 2011, in quanto il finanziamento viene erogato dall'Ufficio Scolastico Regionale direttamente alle scuole, sia pubbliche che paritarie, e, quindi, tali servizi non rientrano nel calcolo degli indicatori S.04 e S.05.

Migliore è il tasso di bambini in età 0-36 mesi che usufruiscono di un servizio per la prima infanzia. Infatti, nell'anno 2012/2013 sono stati censiti ben 728 bambini frequentanti a fronte di un obiettivo al 2013 pari a 870. In questo caso la percentuale del 10,4% non è distante da quella del 12% prevista dall'iniziale target al 2013 per gli Obiettivi di servizio. In questo caso lo scarto assoluto, quantificabile in 142 bambini, sembra non difficilmente abbattibile già nel corso del prossimo anno.

Per il Molise c'è da rilevare, su questo obiettivo, che il trend di crescita dell'espansione dei servizi per la prima infanzia, misurata da entrambi gli indicatori, è forte, solido e persino rapido, grazie ai forti investimenti che la Regione sta effettuando in questo settore. Dopo il periodo di pianificazione iniziale e nella considerazione che le risorse maggiori a disposizione della Regione, cioè quelle del PAR FSC 2007-2013, sono divenute utilizzabili soltanto ad agosto 2011, il conseguimento del target, seppur in ritardo "virtuale" rispetto all'iniziale meccanismo definito con la Delibera CIPE 166/07, è ormai a portata di mano.

Anzi, tenendo in considerazione gli ulteriori investimenti della Regione nel settore e l'intenzione di "mettere a regime" l'intera offerta di servizi all'infanzia, si stima che nei prossimi anni il target sarà conseguito e largamente superato.

I servizi per la prima infanzia

.....

In termini di *governance* generale il punto di riferimento normativo ancora vigente è la Legge Regionale n. 18 del 22 agosto 1973, recante ad oggetto "Legge per la costruzione, la gestione, controllo del Servizio sociale degli asili nido" e successive modificazioni ed integrazioni, a cui, per il Molise, si aggiunge un complesso di norme piuttosto frastagliato che coinvolge aspetti sociali, educativi e di politiche del lavoro. Questa complessità è conseguenza della mancanza di una legge nazionale organica che preveda e che determini i principi generali e i livelli

minimi essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti per tutti i bambini anche in età da zero a tre anni⁴.

Per questa materia, il riferimento normativo nazionale è costituito da due norme “simbolo”, quali la Legge del 28.08.1997 n. 285 “Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l’infanzia e l’adolescenza” e la Legge 328/2000.

Questa criticità, per il Molise, è stata superata con l’approvazione della Legge regionale 13/2014 normativa di recepimento regionale della Legge 328/2000. Tale legge consente di “stabilizzare” il meritorio lavoro che, annualmente, la Regione compie, finanziando le strutture e i servizi per la prima infanzia sia pubblici che privati (asili nido, “Sezioni primavera”, servizi alternativi). Inoltre, la Regione Molise ha approvato il Regolamento di attuazione della Legge regionale 6 maggio 2014, n. 13 “Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e Servizi sociali”, Delibera Giunta Regionale 10 febbraio 2015, n. 59, con il quale stabilisce i requisiti strutturali ed organizzativi dei servizi educativi per la prima infanzia, includendo altresì nuove tipologie dei servizi quali:

- spazio gioco per bambino, preferibilmente dai 18 a 36 mesi;
- centri per bambini e famiglie;
- servizi e interventi educativi in contesto domiciliare.

La nuova diversificazione dei sistemi di offerta dei servizi pubblici rivolti alla prima infanzia (basata sulle tipologie indicate dal Nomenclatore Interregionale degli Interventi e dei Servizi sociali), riflette la crescente importanza di soddisfare i bisogni espressi dalle famiglie in questo ambito e, al contempo, esprime la volontà di superare, progressivamente, gli elementi di rigidità che caratterizzavano l’offerta passata, contenendo, in alcuni casi, anche i costi per la realizzazione di strutture *ex novo* ed utilizzando, quindi, luoghi alternativi. Tale Regolamento va a colmare un vuoto normativo verificatosi con il susseguirsi dei Piani Sociali Regionali⁵, riuscendo, oltre a definire servizi innovativi molto utili per il Molise, a dare stabilità ai criteri strutturali e organizzativi per gli esistenti servizi come asili nido e “Sezioni primavera”.

Dal punto di vista dell’impegno finanziario e organizzativo, la Regione Molise ha adottato diversi atti volti a favorire la realizzazione ed il potenziamento di una rete estesa, qualificata e differenziata, in tutto il territorio regionale, di strutture

⁴ Si legga Gasbarrone M., 2013.

⁵ Si vedano: “Piano socio-assistenziale regionale Triennio 2004-2006”, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale del 12 novembre 2004 n. 251, “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” nella parte relativa alle Strutture area prima infanzia, e “Piano sociale regionale 2009/2011” approvato con Delibera del Consiglio Regionale del 28/5/2009 n. 148.

e servizi socio-educativi per la prima infanzia che comprenda, oltre al nido, una offerta diversificata caratterizzata da opportunità educative e ludiche tali da garantire la formazione dei bambini e la conciliazione dei tempi e delle responsabilità genitoriali.

In particolare, con la deliberazione di Giunta Regionale n. 747 del 15 luglio 2008, la Regione ha approvato gli “Avvisi pubblici per la realizzazione di asili nido, micronidi e nidi aziendali” che finanziano progetti, ad oggi in fase di completamento, coerenti con il sistema integrato dei servizi educativi per la prima infanzia di cui al Piano straordinario nazionale previsto dal comma 1259 dell’art. 1 della Legge 296/1996 (finanziaria 2007), per un importo complessivo di 2.022.691 euro.

Inoltre, con l’intento di sostenere e potenziare la rete degli asili nido e micronido, la Regione ha approvato, con la deliberazione di Giunta Regionale n. 168 del 21 marzo 2011, l’“Avviso pubblico per la selezione di progetti volti alla realizzazione di servizi socio-educativi per la prima infanzia: asili nido, micronido comunali, asili nido e micronido aziendali – spazi gioco. II annualità”.

Tabella 3

Comuni molisani per tipologia di servizio per l’infanzia, posti e importo finanziato nel 2008

Comune	Tipo di servizio/i	Posti previsti	Importo del finanziamento
Pozzilli	Asilo nido	35	€ 245.000,00
Baranello	Asilo nido	40	€ 364.000,00
Venafro	Asilo nido	36	€ 250.000,00
Fornelli	Asilo nido	20	€ 182.000,00
Termoli	Asilo nido	48	€ 100.800,00
Castelpetroso	Micro-nido	10	€ 91.000,00
Guglionesi	Asilo nido	30	€ 264.891,00
Campobasso	Asilo nido	20	€ 182.000,00
Busso	Micro-nido	10	€ 91.000,00
San Martino in Pensilis	Asilo nido	10	€ 91.000,00
Lupara	Micro-nido	10	€ 70.000,00
Palata	Micro-nido	10	€ 91.000,00
Venafro	Micro-nido	8	€ 44.600,00
Totale comuni: 13	Totale posti e finanziamento	287	€ 2.022.691,00

Fonte: Regione Molise – Servizio Assistenza Socio-Sanitaria e Politiche Sociali.

L'avviso pubblico ha avuto un riscontro positivo, con il conseguente finanziamento delle seguenti strutture⁶.



Tabella 4

Comuni e aziende molisane finanziati nel 2011, per tipologia di servizio per l'infanzia, posti e importo finanziato

Comune/Azienda	Tipo di servizio/i	Posti previsti	Importo del finanziamento
ITTIERRE Spa Pettoranello	Asilo nido	53	€ 112.793,20
Comune di Campodipietra	Asilo nido	18	€ 183.485,86
Comune di Agnone	Asilo nido	16	€ 137.011,86
Comune di Limosano	Micronido	10	€ 85.645,88
Comune di Cantalupo del S.	Spazio gioco	26	€ 24.970,00
Comune di Sant'Agapito	Spazio gioco	20	€ 20.059,20
Totale comuni: 5			
Aziende: 1	Totale posti e finanziamento	143	€ 563.966,00

Fonte: Regione Molise – Servizio Assistenza Socio-Sanitaria e Politiche Sociali.

Un ulteriore potenziamento del servizio è stato messo in campo dalla Regione con la riapertura dei termini del predetto avviso pubblico (deliberazione della Giunta Regionale n. 904 del 19 dicembre 2011), finanziato con 435.000,00 euro a valere sulla Linea di intervento IV.A del PAR FSC quota 2000/2006.

Questo Avviso ha consentito⁷ di finanziare 5 progetti di asili nido e 3 progetti per “spazi gioco” in altrettanti comuni della regione, ampliando in prospettiva, ulteriormente, l’offerta di servizi per l’infanzia e la loro diffusione sul territorio regionale.

Accanto al piano di finanziamento degli asili nido, micronidi e servizi alternativi, la Regione Molise, per gli anni scolastici 2008/09, 2009/10 e 2010/11 (Delibere di Giunta Regionale 508/2009, 95/2010, 127/2011 e 438/2012), ha finanziato, in col-

⁶ Si veda la Determina del Direttore Generale della Regione Molise del 23 settembre 2011 n. 79, recante ad oggetto “Avviso pubblico per la selezione di progetti volti alla realizzazione di servizi socio-educativi per la prima infanzia: asili nido, micronido comunali, asili nido e micronido aziendali – spazi-gioco. II annualità. Approvazione graduatorie”.

⁷ L’elenco degli interventi ammessi a finanziamento è stato approvato con Determinazione del Direttore Generale n. 697 del 16 luglio 2012.



Tabella 5

Comuni finanziati dalla Regione Molise nel 2012, per tipologia di servizio per l'infanzia, posti previsti e importo finanziato

Comune/Azienda	Tipo di servizio/i	Posti previsti	Fonte di finanziamento	Importo del finanziamento
Vinchiaturò	Asilo nido	22	PAR FSC 2000-2006	€ 30.500,00
Macchia d'Isernia	Asilo nido	12	PAR FSC 2000-2006	€ 84.000,00
Montenero di Bisaccia	Micronido	16	PAR FSC 2000-2006	€ 100.000,00
Isernia	Asilo nido	10	PAR FSC 2000-2006	€ 70.500,00
Termoli	Asilo nido	60	PAR FSC 2000-2006	€ 150.000,00
Totale posti e finanziamento		120	Tot. Fin.	€ 435.000,00

Fonte: Regione Molise – Servizio Assistenza Socio-Sanitaria e Politiche Sociali.

laborazione con il Ministero della Pubblica Istruzione, per il tramite dell'Ufficio Scolastico Regionale, le cosiddette "Sezioni primavera"⁸ come in parte già illustrato nel paragrafo precedente, ma nel dettaglio riportato nella tabella 6.

Tabella 6

Dati di sintesi sulle "Sezioni primavera" in Molise per gli anni educativi dal 2008/09 al 2014/15

Dato di sintesi "Sezioni primavera"	A. E. 2008/09	A. E. 2009/10	A. E. 2010/11	A. E. 2011/12	A. E. 2012/13	A. E. 2013/2014	A. E. 2014/15
Numero di sezioni attivate	26	50	46	57	51	48	59
Numero di bambini frequentanti	414	683	746	764	715	650	780
Importo erogato (in euro)	663.000,00	749.000,00	926.281,00	788.550,00	627.057,00	890.875,00	1.466.000,00

Fonte: Regione Molise – Servizio Assistenza Socio-Sanitaria e Politiche Sociali.

⁸ Le sezioni primavera sono state istituite in via sperimentale con la Legge 296/06 (finanziaria 2007) per offrire un servizio educativo ai bambini dai 24 ai 36 mesi previo Accordo in sede di Conferenza Unificata che di anno in anno stabilisce i criteri e le priorità da rispettare individuando, tra l'altro, anche la quota che lo Stato assegna ad ogni Ufficio Scolastico Regionale. A detto Accordo seguono appositi protocolli d'intesa tra la Regione Molise e l'Ufficio Scolastico Regionale che definiscono programmazione e gestione di dette sezioni con la previsione di cofinanziamento regionale al fine di ampliare e coprire larga parte del territorio regionale.

I dati evidenziano il progressivo aumento del numero di bambini che ha beneficiato dei servizi per la prima infanzia e che, ovviamente, è funzione del costante impegno finanziario della Regione su questi servizi. La riduzione dell'importo erogato nel 2012/2013, nonché la riduzione del numero di sezioni e del numero di bambini è dovuto ad un ritardo nell'attivazione delle procedure di finanziamento, solo in parte imputabile all'Amministrazione regionale.

Nonostante che i dati dell'ultimo anno non siano in linea con gli investimenti, appare evidente l'impegno finanziario della Regione Molise rispetto all'educazione infantile e ai servizi per la prima infanzia; impegno che, se ulteriormente potenziato, permetterà di conseguire, nel 2013, valori prossimi a quelli originariamente individuati come i target dell'Obiettivo.

Impegno che è proseguito e si è rafforzato, come detto, con l'adozione delle deliberazioni di Giunta Regionale n. 392 e 393 del 13 agosto 2013, con le quali la Giunta regionale ha rimodulato la precedente decisione ed ha attivato tutte le risorse disponibili sulla Linea di intervento IV.A, finalizzandole ad un ulteriore piano triennale di finanziamento e potenziamento del servizio "Sezioni primavera" e alla sperimentazione di buoni acquisto per servizi (voucher) per la prima infanzia da parte di famiglie in condizioni di disagio socio-economico, con l'obiettivo di consentire l'utilizzo dei servizi socio-educativi per la prima infanzia, sia pubblici che privati, da parte delle famiglie a basso reddito e/o in condizioni di disagio sociale, al fine di consentire alle giovani madri di reinserirsi nel mercato del lavoro. Con la determinazione del Direttore Generale 745/2013, recante ad oggetto "PAR – Asse IV "Inclusione sociale" – Approvazione Avviso Pubblico di Chiamata a Progetto per Comuni molisani – Servizio "Sezioni Primavera" – Anno educativo 2013-2014", si è proceduto ad approvare e a pubblicare l'Avviso per i comuni molisani. Sono pervenute richieste di finanziamento per 51 progetti "Sezioni primavera" per una disponibilità teorica di 508 posti. Le richieste di finanziamento, avanzate da parte di 29 comuni, ammontano ad un importo complessivo di 880.000 euro. Avendo a disposizione ulteriori risorse, la Regione ha riaperto i termini per la presentazione di ulteriori candidature per progetti "Sezioni primavera".

Sempre a valere sulla Linea di Intervento IV.A del PAR – FSC, si fa presente che, proprio mentre si redige questo rapporto, la Regione sta procedendo ad adottare gli atti necessari all'assegnazione dei 460.000 euro destinati a sostenere, tramite voucher, il pagamento delle rette dei servizi alla prima infanzia a favore di famiglie a basso reddito o in difficoltà socio-economica.

Per concludere, la Regione è intenzionata a proseguire, all'interno delle politiche sociali integrate, così come diseguate dalla Legge regionale 13/2014 e dal redigendo Piano Sociale Regionale, verso un sistematico rafforzamento dei servizi per la prima infanzia in Molise, al fine di ridurre il tasso di "esclusione" dal mercato del lavoro delle giovani donne molisane.

CAPITOLO 7





In questo capitolo si tenterà una descrizione, seppur necessariamente parziale, dell'offerta dei servizi socio-sanitari in Molise e del loro valore per l'attività di integrazione tra sociale e sanitario di cui già più volte si è detto nel presente rapporto.

Definizione di “assistenza sociosanitaria”

In questi ultimi anni si è discusso molto sul tema dell'integrazione sociosanitaria nonostante sia oggetto di studio solo da un decennio. “L'espressione integrazione socio-sanitaria si riferisce ad un insieme di pratiche, strumenti, culture e competenze professionali che cerca di fare interagire il settore sanitario con quello sociale per il raggiungimento di scopi comuni”¹. In Italia, in particolare, parlare di tali settori significa fare riferimento ad ambiti molto diversificati e frammentati, condizionati dal cambiamento delle norme regionali e locali.

Il termine “integrazione” si collega a quello di “integrare” che sta a significare “aggiungere ciò che manca” ad un “intero” ad un “intatto” nella sua espressione di unità. Il tutto richiama dunque all'unitarietà delle cose, dei soggetti, dei sistemi, delle realtà. Nel caso specifico che ci riguarda, si tratta di applicare questi significati ai due sistemi: “sistema sociale” e “sistema salute”.

In riferimento al primo sistema, quello “sociale”, dove persistono le due spinte opposte, quella della differenziazione e quella della integrazione, potremmo semplificare la questione affermando che con il concetto di “integrare” in sociologia intendiamo indicare un processo attraverso cui il “sistema” acquista e conserva “unità strutturale e funzionale”, pur mantenendo la differenziazione degli elementi. In relazione al sistema “salute” pensiamo sia opportuno riportare la que-

* Collaboratrici dell'Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

¹ Bissolo G., Fazzi L., 2005.



stione alla “persona” quale riferimento prioritario del sistema e alla sua “unicità” e “unitarietà” che fanno a loro volta riferimento sostanziale alla identità e individualità di ogni singola persona. L'integrazione ha senso, quindi, solo se parte dalla persona: solo così ci avviciniamo ad essa valutando *l'onere soggettivo emozionale*. Tutte le persone richiedono di essere considerate globalmente, ma le richieste sono diversificate.

Il tema dell'integrazione nasce negli anni Settanta e Ottanta con la nascita del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) coinvolgendo diverse politiche per la salute, con uno stretto rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione, privilegiando la continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Essa valorizza i diversi centri di responsabilità puntando sui rapporti tra soggetti pubblici e privati, nonché sulla solidarietà e gli investimenti di salute nelle comunità locali. Le tappe salienti che caratterizzarono il periodo tra gli anni Settanta e Novanta, furono l'entrata in vigore della prima riforma sanitaria, la Legge 833/1978², che focalizzava l'attenzione sul bisogno plurimo del cittadino fragile, prevedendo, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, la tutela della salute con l'istituzione dell'Unità Sanitaria Locale. Il successivo D.P.C.M. 8/8/1985 “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-sanitarie”, ha immesso, invece, norme di carattere generale che le Regioni hanno poi adeguato in base alle proprie scelte politiche e alle reti di servizi esistenti.

Il D.Lgs. 502/1992 sul riordino della disciplina in materia sanitaria, colloca in capo alle ASL la competenza per garantire i livelli essenziali di assistenza, fermo restando il diritto/dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali.

L'atto che genera la cosiddetta terza riforma sanitaria è la Legge 419/1998 che, all'art. 2, espone i principi e i criteri direttivi con cui procedere a revisionare il D.Lgs. 502/1998. La risoluzione definitiva, per la realizzazione degli interventi socio-sanitari si definisce con l'articolo 3 *septies* del D.Lgs. 229/1999 che delinea la prestazione socio-sanitaria.

In quest'ambito vengono definite tre distinte tipologie di prestazioni:

1. le prestazioni a rilievo sociale, finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;

² Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale – “art. 1... nel Servizio Sanitario Nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività...”.

2. le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria che hanno l'obiettivo di supportare la persona disabile ed emarginata;
3. le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione socio-sanitaria, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica assicurata dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla normativa e dai piani nazionali e regionali.

Attraverso la “concezione” delle tre tipologie di prestazioni, appare più chiaro per il futuro dell'integrazione vedere in una forma nuova il concetto e il senso stesso dell'integrazione sociosanitaria che, peraltro, è essenziale oltre che per ridurre la “sanitarizzazione” degli interventi, anche per accrescere la responsabilità ed il coinvolgimento sociale degli operatori e della *persona* interessata attraverso interventi personalizzati. È fondamentale promuovere la “persona” nella sua unità, il che significa supportarne i processi di autodeterminazione e restituirle la libertà e la responsabilità delle proprie scelte, ricondurla nel suo “stato di diritto” anche quando affetta da menomazioni o minorazioni o quando in stato di squilibrio e sofferenza.

È a partire dal D.Lgs. 229/1999 che si inizia a dare forza al tema dell'integrazione sociosanitaria e si dà avvio ad una prima definizione delle prestazioni e dei principali attori coinvolti nell'organizzazione e nella gestione di tale forma assistenziale.

Tuttavia, il riferimento normativo fondamentale in merito all'integrazione socio-sanitaria è costituito dall'“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie” (D.P.C.M. del 14 febbraio 2001). Esso stabilisce anche principi a cui le Regioni si devono attenere per programmare gli interventi sociosanitari, definendo, così, una cornice programmatica dove la Regione (attraverso atti regionali, aziendali e distrettuali) e i Comuni devono attivare specifici rapporti istituzionali ai fini della definizione e attuazione di concrete politiche sociosanitarie. Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sono stati emanati indirizzi e protocolli mirati a omogeneizzare a livello territoriale i criteri della valutazione multidisciplinare (UVM) e l'articolazione del piano di assistenza personalizzato.

Con il successivo D.P.C.M. 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” vengono definite le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal SSN, assegnando ai Comuni e quindi ai cittadini, quote di costo per prestazioni e servizi rientranti nei LEA³.

³ Regione Molise, Decreto Commissariale n. 56 del 3 agosto 2010, Allegato 1.C in attuazione al D.P.C.M. 29 novembre 2001, Area integrazione socio-sanitaria con applicazione alle seguenti aree: materno-infantile, disabili fisici, psichici e sensoriali, anziani, dipendenze da sostanze psicoattive, salute mentale, patologie per infezioni da HIV, pazienti terminali e assistenza penitenziaria.



Sul versante sociale, l'adozione della Legge 328/2000 (art. 3) introduce un più ampio concetto di integrazione e il metodo è quello “della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto di genere”⁴.

Le modifiche al Titolo V della Costituzione hanno sostanzialmente cambiato il sistema delle responsabilità in ordine all'assistenza sanitaria e sociale, responsabilizzando fortemente il livello regionale e locale nella garanzia dei diritti di cittadinanza.

La riforma costituzionale individua come luogo dell'integrazione la regione. Per costruire una visione organica dell'intera materia, mettendo in relazione la programmazione regionale e le priorità locali e permettendo che effettivamente le scelte locali affrontino in modo integrato i fattori sanitari e sociali della salute, la Legge 328/2000 ha individuato nel Piano di Zona lo strumento di collegamento istituzionale e di forte integrazione tra soggetti pubblici e privati e tra servizi sociali e sanitari.

L'articolo 19, in particolare, richiama la necessità di coerenza tra la programmazione sociale e quella sanitaria all'interno dei Piani, procedendo alla costruzione di “sistemi locali di intervento” basati sulla complementarietà degli interventi sanitari e sociali e sul coordinamento nel territorio delle attività. L'integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali è uno dei temi essenziali di ogni politica sociale.

Da un punto di vista culturale la separazione tra sociale e sanitario, che esiste soprattutto nel modo di procedere di chi lavora e che è stata favorita da una applicazione restrittiva delle leggi di riforma a partire dal 1992 (D.Lgs. 502/1992 e D.Lgs. 517/1993), risulta artificiosa. L'introduzione dei LEA sanitari (D.P.C.M. 29.11.2001) e la mancanza dei LIVEAS⁵ fanno sorgere il problema della esigibilità delle prestazioni sanitarie e sociali che è divenuto un aspetto centrale su cui operare.

Indicata dall'articolo 3 *septies* del D.Lgs. 502/1992 come modificato dal D.Lgs. 229/1999 e successivi:

a) prestazioni sanitarie a rilievo sociale: proprie dell'area medica, psicologica, in-

⁴ Legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge Quadro per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali”, art. 3, Principi per la programmazione degli interventi e delle risorse del SIdISS.

⁵ La nozione dei livelli essenziali concernenti le prestazioni degli utenti dei servizi sociali (LIVEAS) ha fatto ingresso nella materia dell'assistenza sociale con la Legge 328/00, che ha costituito un evento di portata storica: per la prima volta è stata emanata una legge organica nazionale che ha posto ordine nel settore dei servizi sociali.

fermieristica e riabilitativa che si strutturano nell'ambito ambulatoriale, domiciliare e delle strutture diurne e residenziali; tra queste vi sono quelle a *elevata integrazione sanitaria*, che per la rilevanza terapeutica sono sistema sanitario. Tali prestazioni in relazione ai *tempi* e all'*impegno assistenziale* si articolano in:

- *trattamenti intensivi*, richiedenti un elevato impegno clinico, di tipo diagnostico, di cura e recupero, con tempi definiti, in cui sono prevalenti le funzioni terapeutiche e riabilitative. Si effettuano in sede ospedaliera, residenziale extraospedaliera e a domicilio;

- *trattamenti estensivi o intermedi*, caratterizzati da un minor impegno terapeutico, elevata assistenza alla persona, per la prosecuzione del processo riabilitativo, con reinserimento sociale e con programmi assistenziali di medio/lungo periodo, effettuabili a domicilio e in sede residenziale extraospedaliera (ad esempio l'RSA);

- *trattamenti di lungo assistenza, o mantenimento*, per patologie cronicodegenerative, caratterizzati da un costante impegno sociosanitario per limitare gli esiti del deterioramento, ai fini della miglior qualità di vita acquisibile. I trattamenti sono effettuabili a domicilio e in sede residenziale.

b) prestazioni sociali a rilievo sanitario: consistono in azioni atte alla rimozione di ostacoli di natura sociale e assistenziale, che impediscono l'ottimizzazione dei risultati di cura e riabilitazione. Tali prestazioni consistono in:

- interventi di natura economica;
- aiuto domestico familiare e altre forme di sostegno alla domiciliarità;
- ospitalità di tipo "alberghiero" presso le strutture diurne e residenziali.

c) prestazioni ad elevata integrazione socio-sanitaria: sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria. Vengono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria. Tali prestazioni appartengono prevalentemente alle aree:

- materno-infantile
- anziani
- handicap
- malattie psichiatriche e dipendenze da sostanze
- inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronicodegenerative.

Il D.P.C.M. 11 novembre 2001 compie una scelta precisa, coerente con le linee di riforma del D.Lgs. 229/1999, definendo una cornice programmatica dove Regione e Comuni attivano rapporti istituzionali ai fini di concrete politiche socio-sanitarie. Se il decreto indica il campo dell'integrazione, la letteratura individua i livelli sui quali si articola il processo (Bissolo G., Fazzi L., 2010).

L'integrazione socio-sanitaria va attuata e verificata a tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale.



L'integrazione istituzionale nasce dalla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma (stipulati da circa la metà delle aziende sanitarie, per tre quarti nell'area dell'assistenza agli anziani).

Il distretto è la struttura operativa che meglio consente di governare i processi integrati fra istituzioni, gestendo unitariamente diverse fonti di risorse (del SSN, dei comuni, della solidarietà locale). Il controllo direzionale dovrà consentire il monitoraggio dei processi assistenziali integrati, correlando le risorse impiegate ai risultati ottenuti.

A questo scopo le Regioni, nei rispettivi *Piani, preferibilmente socio-sanitari*, provvedono a definire i criteri di finanziamento e gli indirizzi organizzativi, mettendo in grado le aziende Usl di programmare l'entità delle risorse da assegnare ai distretti.

L'integrazione gestionale si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni. Sul piano gestionale vanno incrementati gli approcci multidimensionali e le modalità operative basate sulla metodologia di lavoro per progetti.

Le unità multiprofessionali devono tenere conto della ripartizione delle risorse a carico del bilancio sanitario e sociale, sulla base di quanto definito dalle Regioni, utilizzando gli strumenti di contabilità analitica e dei corrispondenti centri di responsabilità.

Le azioni di verifica e di valutazione sono ad essi direttamente correlati e devono essere ricavabili dal sistema informativo del distretto. Vanno a questo scopo previste procedure idonee a facilitare la valutazione dei servizi da parte degli utenti. In Regione tale sistema è lacunoso, poiché le stazioni appaltanti, benché uniche, utilizzano il sistema informativo solo per l'area sanitaria, a discapito di quella sociale. Altra criticità è l'incomunicabilità tra il sistema delle Porte Uniche di Accesso e l'Ufficio di Cittadinanza, nonché la mancanza di Linee Guida per i Piani Assistenziali Individuali Integrati.

L'integrazione professionale è strettamente correlata all'adozione di profili aziendali e Linee Guida finalizzate a orientare il lavoro interprofessionale nella produzione dei servizi sanitari: domiciliari, intermedi e residenziali.

Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: la costituzione di unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la colla-



borazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie di intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate. Così come già detto, l'attuale quadro normativo di riferimento pone il Molise in una fase di stallo tra il livello professionale e quello istituzionale, parzialmente realizzato, non coinvolgendo il piano gestionale.

La qualificazione e messa a regime di tutti e tre i livelli e della gestione dell'area socio-sanitaria avrà come ricaduta finale l'implementazione su tutto il territorio della rete della domiciliarità integrata. Questo modo di procedere presenta dei limiti dovuti ad una carenza nella collaborazione in équipe multidisciplinare tra le competenze sanitarie e sociali. Il "sistema molisano" ha assunto la connotazione di sistema integrato con l'approvazione e la relativa applicazione dei due Piani Sociali Regionali che si sono succeduti nel corso del decennio, nonché il Piano Sanitario Regionale, come già illustrato.

Il Piano Socio-Assistenziale Regionale – triennio 2004-2006 e il Piano Sociale Regionale 2009-2011, che rappresentano i due documenti principali di programmazione del settore, sono stati costruiti in sostanziale continuità tra loro avendo entrambi come riferimento omogeneo la Legge 328/2000. Nel corso di questi anni si sono verificate modifiche normative, finanziarie e di policy – sia interne alla Regione che a livello nazionale – che hanno comportato modifiche anche radicali al percorso, al fine di raggiungere una sostanziale continuità e stabilità ad un modello molisano di welfare sociale.

La dimensione distrettuale resta a tutt'oggi l'ambito in cui è possibile implementare l'integrazione socio-sanitaria, grazie anche alla nuova attenzione al territorio "vicino al cittadino" determinata dalle logiche della sussidiarietà. Questo elemento può considerarsi ormai, sia da un punto di vista concettuale che normativo, legato alle modalità di attuazione dell'integrazione stessa, secondo quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale 2013-2015: perché possa realizzarsi compiutamente, è necessario che venga posta in atto sinergicamente ai tre livelli istituzionale, gestionale e professionale.

La scelta di un approccio integrato sociale e sanitario alle problematiche di salute, di benessere e di protezione sociale, sottolineata dalla Legge regionale 34/2008 di riordino del servizio sanitario della Regione Molise, è stata confermata da una serie di atti normativi regionali successivi⁶.

I tempi diversi di approvazione tra il Piano Sociale ed il Piano Sanitario hanno

⁶ Le tappe più significative di questo percorso sono rappresentate dall'approvazione dei seguenti atti:
– il Piano Sanitario Regionale triennio 2008-2010 pone quali obiettivi prioritari da raggiungere il riordino dei servizi, delle attività tra i Livelli assistenziali e il miglioramento degli stessi;



fatto sì che l'integrazione sociale e sanitaria siano speculari e complementari, se non nell'indice previsto nelle linee di indirizzo e nei contenuti, confermando l'unitarietà di intenti e di operatività. L'approvazione della Legge Regionale n. 13 del 2014 e di una serie di atti a valenza socio-sanitaria fa ben sperare per la prossima programmazione.

- Anche se il percorso di consolidamento e di stabilizzazione dell'assetto e dei processi di integrazione sociale e sanitaria non è stato ancora completato, è evidente che:
- la scelta di considerare l'integrazione sociale e sanitaria un'area da gestire unitariamente tra responsabilità e competenze sanitarie e sociali si è dimostrata positiva sia per il necessario rispetto dei diversi soggetti istituzionali coinvolti, sia per il fatto che non sono state create sovrastrutture organizzative e gestionali, sia perché ha permesso di ridurre sovrapposizioni e duplicazioni di interventi;
 - l'integrazione sociale e sanitaria ha assunto una sua visibilità ed una progressiva fisionomia sia a livello regionale (con le funzioni di raccordo fino ad ora svolte dall'Azienda Sanitaria Regionale del Molise – ASReM) che locale soprattutto a livello di Distretto Sanitario e Ambito Territoriale Sociale.

L'organizzazione dei Distretti sanitari

Il Distretto sanitario è un'articolazione territoriale dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (d'ora in poi ASReM) la cui missione dovrebbe garantire alla popolazione residente la disponibilità e l'accesso ai servizi e alle prestazioni di tipo sanitario, socio-sanitario e sociale secondo criteri di equità, accessibilità e appropriatezza.

Il Distretto Socio Sanitario è la struttura tecnico-funzionale mediante la quale l'ASReM assicura nel proprio ambito territoriale l'assistenza primaria attraverso un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione.

-
- Atto Aziendale triennio 2007-2009, in particolare il capitolo VIII che mette a punto il tema dell'integrazione socio-sanitaria;
 - il Piano Sociale Regionale 2009-2011, strumento propedeutico ad una possibile inclusione sociale di tutti i soggetti, che per vari motivi, ne sono esclusi;
 - Legge regionale 26 novembre 2008, n. 34, modifiche alla Legge regionale 1° aprile 2005, n. 9, ad oggetto: "Riordino del servizio sanitario regionale";
 - 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.

Il Distretto sanitario è centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi, polo unificante di quelli sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali territoriali, sede di gestione e coordinamento operativo e organizzativo dei servizi territoriali.

La sua articolazione è di tipo organizzativo-funzionale:

- rappresenta un centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute della popolazione è affrontata in modo unitario e globale;
- attiva tutti i percorsi di accesso del cittadino ai servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali gestiti;
- consente di governare i processi operativi integrati tra servizi anche di diverse istituzioni, utilizzando unitariamente le risorse provenienti da diverse fonti (SSN, Comuni, solidarietà sociale) e assegnate dalla Direzione Aziendale.

La coincidenza del territorio tra il Distretto sanitario e l'ATS prevede la costituzione di organismi unitari, dei livelli "amministrativo-istituzionale" e "tecnico-operativo" per la gestione del sistema integrato della rete dei servizi alla persona di competenza sociale e di competenza sanitaria. Si concretizza così, quanto previsto dal D.Lgs. 229/99⁷ che stabilisce che la funzione del Distretto sanitario è di dirigere l'intera rete dei servizi sanitari e sociosanitari della regione. Il Piano Sanitario Regionale 2013-2015 pone l'accento sul "Distretto forte", con l'obiettivo di rimodulare gli strumenti a disposizione.

In quest'ottica la strategia del Piano è rivolta a individuare un modello di Distretto sanitario che contemperi l'aspetto della dimensione organizzativo-gestionale con quella professionale, mirando agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento e presidiando sia il livello di conoscenza della domanda, sia il livello di uniformità e omogeneità di procedure, delle modalità di accesso all'assistenza, di erogazione di interventi e prestazioni.

I Distretti sanitari sono strutture complesse con capacità di organizzare e di gestire l'insieme dei servizi territoriali in funzione dei bisogni di salute dei cittadini. Il nuovo PSR prevede in particolare un ambito distrettuale che dovrà adeguarsi alla soglia minima degli 80.000 residenti, con conseguente riduzione, per il Molise, da sette a quattro Distretti sanitari. Ai sensi dell'art. 8 della Legge 328/2000 e in coerenza con le indicazioni regionali in materia, si tenderà a promuovere il graduale allineamento territoriale degli ATS ai Distretti sanitari, considerando che l'allineamento è uno strumento fondamentale per favorire la programmazione in-

⁷ D.Lgs. 229 del 1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419", artt. 3-4: il distretto diviene "struttura forte", dotata di autonomia gestionale, contabilità separata, in un sistema aperto, formato da tre macrostrutture (Distretto, Dipartimento di Prevenzione e Ospedale).

tegrata in ambito sociosanitario. Ciò nonostante allo stato attuale sia i Distretti sanitari che gli ATS restano 7.

Allo stato della redazione del presente rapporto, il Piano Operativo per il rientro dal debito sanitario prevede una riduzione dei Distretti sanitari da sette a quattro (Campobasso, Isernia, Termoli e Agnone), poiché la creazione dei nuovi Distretti sanitari intende rafforzarne il ruolo nelle decisioni strategiche ed operative per il potenziamento dei servizi sanitari territoriali. Potranno pertanto essere individuate aree sub-distrettuali, di tipo funzionale, come punti di riferimento per l'erogazione dei servizi ai cittadini e in coerenza ai principi fondamentali di accessibilità e prossimità delle attività sanitarie ai bisogni della popolazione. Nell'ambito delle attività sanitarie di pertinenza del Dipartimento Cure Primarie vengono garantite la funzione di raccordo con i Medici di Medicina Generale e le attività che riguardano la medicina specialistica, la medicina fiscale, l'assistenza integrativa e le funzioni di front-office con l'utenza. Le attività del Distretto sanitario per le funzioni sanitarie sono raggruppate per quattro macro aree:

- 1 assistenza primaria
- 2 assistenza anziani, cure domiciliari e residenziali
- 3 area dell'assistenza consultoriale
- 4 area di coordinamento delle attività dei Dipartimenti territoriali.

Il Distretto sanitario è organizzato in modo tale da consentire l'assolvimento sistemico, organico e non settoriale delle seguenti tre aree di macrofunzioni:

- Pianificazione distrettuale: garantisce il raccordo e le intese con i Comuni per l'integrazione tra servizi socio-sanitari e servizi sociali come strutturati nel Piano di Zona ed effettua il monitoraggio della rete dei servizi distrettuali e il loro costante aggiornamento della mappatura.
- Sportello socio-sanitario distrettuale per la Tutela dei servizi alla persona: luogo fisico che garantisce l'attività di informazione all'utenza e di accesso al SSR ed alle prestazioni direttamente erogate o anche esternalizzate, ma per la cui fruizione la Porta Unica di Accesso – PUA⁸ è costituita e presidiata dall'ASReM e al cui interno opera l'UVM. Con essa si dovrebbe realizzare concretamente il sistema integrato dei servizi socio-sanitari attraverso l'accoglienza della domanda e il soddisfacimento del bisogno tramite le informazioni sui diritti, sulle prestazioni e sulle modalità di accesso ai servizi.
- Unità di Valutazione Multidimensionale – UVM: è costituita da un'équipe professionale con competenze multidisciplinari in grado di leggere le esigenze

⁸ Provvedimento del Direttore Generale n. 1000 del 1° settembre 2010 "Assistenza territoriale distrettuale: approvazione Regolamento PUA.

dei cittadini con bisogni sanitari e sociali complessi e di rilevare e classificare le condizioni di bisogno, per poter definire il percorso più appropriato di trattamento dell'utente⁹. Assicura la valutazione e la successiva "presa in carico" dei bisogni dei cittadini, attuando percorsi di cura e assistenza dell'offerta sanitaria. È un organismo operativo chiamato dalla normativa di pianificazione socio-sanitaria vigente a garantire l'integrazione della rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio assistenziali a livello territoriale. L'ASReM attiva e qualifica le UVM la cui composizione prevede competenze specialistiche dell'area sanità e specifiche competenze dell'area sociale dei comuni associati¹⁰.



Nonostante ciò, nessun Distretto sanitario o Ambito Territoriale Sociale ha mai prodotto una programmazione integrata, infatti non si rilevano né PAT né PdZ integrati. Il processo si è fermato ad un livello di intenti con la sottoscrizione di più Protocolli d'Intesa tra l'ASReM e gli ATS, che, in sostanza, risultano inapplicati.

L'assistenza domiciliare integrata (ADI)

Con il D.P.C.M. 29 novembre 2001 sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza da garantire a tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale. Esso ha precisato che l'assistenza domiciliare costituisce un livello essenziale di assistenza per tutti i cittadini, i cui elementi di forza sono quelli di garantire attraverso un sistema integrato per le cure domiciliari, un percorso assistenziale preciso, costruito sul bisogno della persona e sull'intensità e complessità dell'assistenza¹¹, con l'istituzione di un Punto Unitario di Accesso (PUA), una valutazione multidimensionale, attraverso la realizzazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI), creato non solo con il numero di accessi, ma su obiettivi di tutela della salute verificabili.

La Regione Molise con il Piano Sanitario e con il Piano Sociale ha previsto un modello di assistenza domiciliare integrata che si propone di promuovere l'integrazione delle competenze professionali sanitarie con quelle professionali sociali. Realizza programmi di cura e di assistenza orientati soprattutto alle persone "fragili", che necessitano di un'assistenza continuativa o limitata nel tempo. Il suo obiettivo è quello di erogare un servizio di buona qualità, lasciando al proprio do-

⁹ Protocollo Operativo sulla valutazione multidimensionale: Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

¹⁰ Provvedimento del Direttore Generale n. 1001 del 1° settembre 2010 "Assistenza territoriale distrettuale: approvazione Regolamento UVM".

¹¹ Si legga Cavaliere B., 2009.

micilio l'ammalato, consentendogli di rimanere il più a lungo possibile all'interno del suo ambiente di vita domestico e diminuendo notevolmente, in questo modo, anche i costi dei ricoveri ospedalieri.

La rete dei servizi ed i presidi sanitari e socio-sanitari aziendali molisani sono articolati su due livelli¹²: territoriale e ospedaliero. In ogni Distretto sanitario è attivo il modello organizzativo dei servizi diretti all'assistenza domiciliare nell'ambito dei quali vanno ricompresi gli interventi a favore della popolazione assistibile a domicilio.

L'approccio assistenziale prevede un unico modello organizzativo per tutta la popolazione residente nei sette Distretti sanitari della regione, dove le diverse figure professionali sociali e sanitarie coinvolte operano in sinergia per realizzare progetti unitari per ogni cittadino-utente del servizio stesso e condivisi con le famiglie.

L'organizzazione del servizio ADI prevede un nucleo operativo di coordinamento integrato composto dai seguenti operatori:

- l'UVM (Unità Valutativa Multidisciplinare) composta dal Medico responsabile, da un'Assistente Sociale e da un Infermiere Professionale;
- l'Assistente Sociale che coordina le attività dei Comuni in materia di assistenza domiciliare, fa da tramite tra i servizi sociali professionali;
- il coordinatore della cooperativa appaltatrice del servizio.

L'attivazione del servizio ADI avviene con le seguenti modalità:

- richiesta di assistenza domiciliare da parte dell'utente o dai familiari o dai servizi sociali o dal MMG alla PUA o al Comune di residenza dell'utente;
- prima valutazione da parte dell'Unità Operativa di Cure domiciliari del Distretto o del Servizio Sociale comunale;
- valutazione del caso da parte dell'équipe ADI tramite visita domiciliare, e condivisione delle modalità di intervento domiciliare con i familiari dell'assistito;
- stesura del PAI (Piano Assistenziale Individuale) e approvazione del piano da parte dell'UVM.

Nella Regione Molise i pazienti anziani rappresentano il maggior numero di pazienti assistiti in ADI (tabella 3). Come si evince dalla tabella 1, la percentuale dei casi trattati in ADI mostra un costante aumento dal 2009 al 2012, nonostante che la popolazione totale anziana in Molise in questi anni sia aumentata.

¹² Provvedimento Direttore Generale dell'ASReM n. 836 del 20 Giugno 2011: "Assistenza territoriale distrettuale: piano aziendale per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare".



Per “numero di anziani trattati” si intendono gli assistiti in trattamento di assistenza domiciliare. La percentuale di anziani in ADI rispetto alla popolazione residente, nell’arco del quinquennio 2009/2013, rappresenta un indicatore di monitoraggio del Livello di Assistenza Distrettuale previsto dal sistema di controllo del Ministero della Salute sull’applicazione dei livelli minimi di assistenza (LEA). Inoltre, questo indicatore rientra tra quelli scelti per la definizione del Quadro Strategico Nazionale 2007/2013¹³ che prevede di aumentare, nelle regioni del Mezzogiorno, i servizi di cura alla persona, alleggerendo i carichi familiari, per innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro. Tra i servizi di cura alla persona è previsto lo specifico obiettivo di incrementare la percentuale di anziani beneficiari di assistenza domiciliare integrata, raggiungendo il target del 3,5%, al termine del quinquennio di programmazione. L’indicatore di riferimento è S.06 “presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata: percentuale di anziani trattati in ADI rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre)”. Al raggiungimento dell’obiettivo, sono associati specifici meccanismi di incentivazione attraverso risorse finanziarie dedicate.

Tabella 1

Presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) sul totale degli anziani

Regioni e ripartizioni geografiche	Anni			
	2009	2010	2011	2012
Abruzzo	4,8	5,0	4,7	4,9
Basilicata	5,1	5,1	5,9	5,4
Calabria	2,6	2,9	2,9	3,1
Molise	2,5	3,3	3,5	3,9
Mezzogiorno	2,2	2,3	2,7	3,3
Italia	3,7	4,1	4,1	4,3

Fonte: Istat e DPS su dati Ministero della Salute – elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Nello specifico gli anziani trattati in ADI, a partire dall’anno 2010, sono progressivamente aumentati (tabella 1) fino ad arrivare a 3.089 utenti presi in carico nel 2013, con una variazione tendenziale rispetto al 2012 del 13,5%. I dati evi-

¹³ L’Italia ha presentato all’UE un “Quadro Strategico Nazionale per la politica regionale di sviluppo 2007/2013” con l’obiettivo di indirizzare le risorse che la politica di coesione destinerà al nostro Paese, sia nelle aree del Mezzogiorno sia in quelle del Centro-Nord (Ministero dello Sviluppo Economico). Il dato S.06 relativo all’anno 2013 ad oggi non è ancora indicato sul sito del Ministero della Salute.

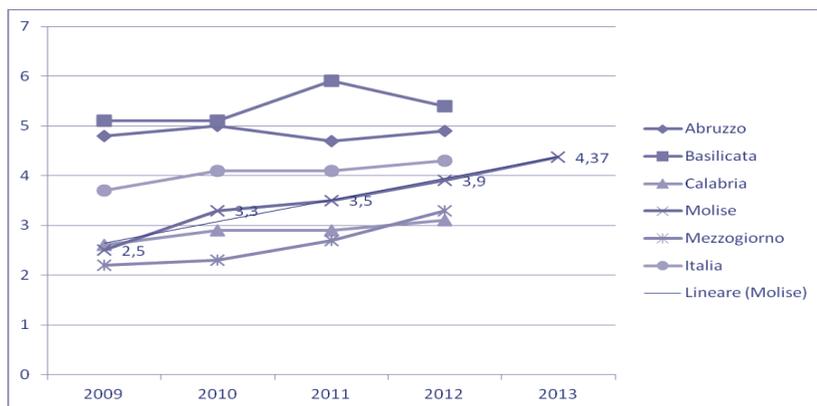


denziano come già dal 2011 la Regione Molise sia stata in grado di garantire agli anziani il livello minimo di assistenza indicato dal Servizio Sanitario Nazionale. Nel 2012 e nel 2013 la presa in carico degli over 65 anni subisce un ulteriore miglioramento che porta il valore dell'Indicatore S.06 a raggiungere la percentuale del 4,37.

Nel grafico che segue si nota chiaramente il trend di crescita dell'indicatore S.06 e, per il Molise, il balzo in avanti del dato riferito dall'ASReM per il 2013. Si nota come su questo indicatore il Molise si colloca non troppo distante dalla media nazionale, ma ancora molto distante dall'Abruzzo e dalla Basilicata che guidano il gruppo delle regioni del Sud alle quali il Molise dovrebbe "ispirarsi" vista la loro similitudine socio-economica.

Figura 1

Andamento dell'indicatore S.06 per regioni del Sud, Mezzogiorno e Italia – Anni 2009-2012 (per il Molise anche 2013 su dati ASReM)



Fonte: Istat e DPS su dati Ministero della Salute – Sistema Informativo sanitario.

Un'ulteriore buona notizia è che l'incremento dell'indicatore, come si vede dalla tabella successiva, si è verificato in presenza di un costante aumento del numero degli anziani residenti in regione e, soprattutto, in presenza di un costante aumento dell'incidenza della spesa per l'ADI sul totale della spesa sanitaria regionale, questo a garanzia, come del resto richiesto dallo stesso Ministero della Salute, che il servizio ADI sia composto da prestazioni complesse erogate con una intensità assistenziale tale da comportare un costo non marginale per il SSR.

Tabella 2

Anziani trattati in ADI, anziani residenti in Molise e incidenza del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria – Molise – Anni 2009-2012

	2009	2010	2011	2012	2013 ¹⁹²
Numero anziani trattati in ADI	1.714	2.317	2.456	2.722	3.089
Popolazione residente in età 65 anni e più (<i>media nell'anno</i>)	70.160	70.107	69.791	69.557	70.617
Incidenza percentuale del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria regionale (%)	0,3	0,2	1,1	3,2	n.d.



Fonte: Istat e DPS su dati Ministero della Salute – elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Nello specifico, i servizi risentono dell'estrema polverizzazione della popolazione residente sul territorio prevalentemente montano, delle differenze organizzative e di una dinamica demografica che vede un forte aumento della fascia di popolazione in età avanzata, per la quale si richiedono nuove modalità e nuove tipologie di programmazione, organizzazione e verifica dei servizi alternativi al ricovero ospedaliero, per la cura del paziente in condizione di “fragilità”. La “fragilità” è una condizione particolarmente frequente nelle persone di età avanzata con conseguente rapido deterioramento dello stato di salute che non è completamente spiegabile sulla base di una patologia specifica perché

Tabella 3

Numero casi trattati in ADI e numero di over 65, percentuale di anziani residenti in regione assistiti in ADI e incidenza percentuale degli anziani sul totale dei casi in ADI – Molise – Anni dal 2009 al 2013

Annualità	Numero casi trattati in ADI	di cui anziani over 65	% anziani residenti in regione in ADI	Incidenza % degli anziani sui pazienti in ADI
2009	2.108	1.714	2,4	81,3
2010	2.934	2.317	3,0	79,0
2011	2.619	2.104*	3,0	80,0
2012	2.906	2.300*	3,3	79,0
2013	2.388	2.165	3,0	90,0
Media	2.591	2.120	3,0	82,0
* il dato non è comprensivo del Distretto sanitario di Larino				

Fonte: dati ASReM – elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

spesso malattia e disagio psico-sociale si sovrappongono ed interagiscono reciprocamente. Prendersi cura della “fragilità” rappresenta la *mission* specifica dei servizi di ADI¹⁴.

I dati riportati nella tabella 4 sono stati forniti dall'ASReM. Dalle informazioni riportate è possibile evidenziare come l'utenza affluita presso la PUA è maggiore nei Distretti sanitari di Termoli e Isernia. Si conferma, inoltre, una netta prevalenza di anziani over 65 tra i pazienti assistiti in ADI a dimostrazione che il servizio è particolarmente dedicato alla fragilità e volto a ridurre il più possibile il ricovero in ospedale o in strutture residenziali.

Ad un più basso livello assistenziale si pone l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) quale servizio mirato a prevenire il ricorso a forme di assistenza più complessa (ricovero ospedaliero, ADI, ecc.) in soggetti anziani, ma non solo, non deambulabili, affetti da patologie croniche e soggetti a scompenso. Assicura visite programmate del medico di famiglia presso il domicilio dei pazienti, che non sono in grado di recarsi o di essere trasportati presso l'ambulatorio. La proposta di attivazione viene formulata dal medico di famiglia. Nei sette Distretti sanitari risulta avere un dato maggiore Termoli con una media negli ultimi 3 anni di 1.515 pazienti, seguito da Isernia con 1.107 assistiti. La situazione più critica appare essere quella relativa all'assistenza domiciliare oncologica (ADO), che è presente solo nei Distretti sanitari di Isernia (63 pazienti medi all'anno), Campobasso (28) e Bojano-Riccia (7) a discapito degli altri territori i cui malati oncologici non possono usufruire del servizio.

I dati strutturali di diffusione territoriale dell'assistenza domiciliare mostrano una notevole diversificazione nei Distretti sanitari. I dati statistici relativi all'assistenza dei malati oncologici denunciano una sostanziale carenza quantitativa, aggravata negli altri contesti territoriali da livelli di prestazione pari a zero.

Per Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si intende l'intervento, al domicilio del paziente, di infermieri professionali, terapisti della riabilitazione, personale addetto all'igiene del paziente (ASA/OSS) ed altri operatori sanitari secondo un piano di cura personalizzato (Piano di Assistenza Individuale – PAI). L'ADI è rivolta a persone in situazioni di fragilità, senza limitazioni di età o di reddito, con situazione di non autosufficienza parziale o totale di carattere temporaneo o definitivo e non trasportabili presso i presidi sanitari ambulatoriali. Il dato riferito alle prestazioni ADI è costituito per la maggior parte dai pazienti over 65 ed anche per queste erogazioni, il Distretto sanitario di Venafro risulta essere quello con

¹⁴ Piano d'Azione Tematico Dossier S.06 – “*Servizi di cura per gli anziani*”. Obiettivi, Indicatori e Target per la Regione Molise.



più pazienti anziani (205 in media negli ultimi 3 anni) sul totale dei pazienti in ADI (586), a differenza del Distretto di Campobasso dove il servizio sta andando a regime proprio in questi ultimi anni.

Tabella 4

Pazienti assistiti per tipo di assistenza domiciliare e distretto sanitario – Media degli anni 2011, 2012 e 2013

Distretto Sanitario	Utenti PUA	Prestazioni ADE	Pazienti ADP	Pazienti ADI	Pazienti in ADI over 65	Pazienti in ODO o ADO	Pazienti ADHA
Campobasso	945	98	447	442	389	28	28
Bojano-Riccia	574	4	245	312	271	7	9
Larino	1.234	34	975	258	83	0	5
Isernia	1.360	1	1.107	379	334	63	29
Agnone	393	171	186	148	137	0	10
Venafro	1.087	155	723	586	501	0	4
Termoli	2.027	9	1.505	514	475	0	21
Totale	7.619	471	5.188	2.638	2.107	98	106

Fonte: dati ASReM – elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Per motivi di sintesi si è deciso di riportare nella tabella 4 il dato medio degli anni 2011, 2012 e 2013, ma dai dati annuali si evince una costante crescita, in tutti i territori, dei servizi appartenenti alle c.d. “cure domiciliari”. Questo fenomeno è frutto di precise scelte di politica socio-sanitaria tutte volte, come si dirà più avanti, al contenimento delle spesa legata al ricovero improprio in ospedale della persona fragile. È necessario, comunque, continuare l’opera di “messa a regime” del sistema delle cure domiciliari in tutti i Distretti sanitari della regione, puntando, nei prossimi anni, come molte volte si è detto, all’erogazione di prestazioni e servizi domiciliari in forma integrata con le prestazioni e gli interventi di natura socio-assistenziale. Infatti, quasi nessuno dei pazienti censiti nella tabella sono definibili casi a reale integrazione socio-sanitaria, perché la loro presa in carico non ha visto la redazione di PAI approvati in UVM anche da parte dell’ATS di residenza e/o che beneficino di prestazioni socio-assistenziali coordinate con quelle sanitarie (ad eccezione di rarissimi casi statisticamente irrilevanti).

Come si diceva, il livello della spesa sanitaria nel settore ADI presenta, nell'anno 2013, un aumento in linea con gli obiettivi che la Regione si è proposta. L'ASReM, attraverso le azioni previste per l'attuazione del Piano di rientro, ha programmato un costante aumento della spesa in favore dell'Assistenza a domicilio pianificando, nei prossimi anni, un lieve miglioramento del servizio reso con un aumento delle persone prese in carico attraverso il potenziamento del percorso di continuità delle cure ospedale-territorio. Nonostante gli impegni assunti, il livello della spesa sanitaria nel settore delle cure domiciliari si presenta ancora in parte inadeguato in relazione agli obiettivi che la Regione si propone: la situazione finanziaria regionale risulta in parte critica e richiede un deciso impegno nella ristrutturazione del sistema sanitario.

La razionalizzazione degli interventi sanitari, socio-sanitari ed assistenziali in favore degli anziani, deve rappresentare un obiettivo importante della strategia regionale. È necessario incentivare i processi di deospedalizzazione, sottolineando il ruolo del distretto socio-sanitario quale punto di riferimento per il soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini attraverso la realizzazione di interventi coordinati e mirando alla semplificazione dei percorsi. La sede distrettuale deve diventare concretamente il luogo dove le funzioni assistenziali domiciliari non solo si devono aggregare ma anche integrare, coordinare e cooperare in una logica di complementarietà a garanzia di una reale continuità assistenziale. Dal quadro demografico delineato (si veda il capitolo 2), si evince come il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è ormai giunto a livelli tali da meritare un'attenzione strategica operativa. L'andamento degli indicatori demografici della popolazione molisana devono essere oggetto di attenta valutazione dalla quale far scaturire la definizione dei bisogni e la programmazione dei servizi sanitari e nello stesso tempo identificare soluzioni organizzative e gestionali adeguate per affrontare e superare le difficoltà ambientali che ostacolano la realizzazione di un sistema organizzativo in grado di coordinare in maniera integrata i servizi territoriali. Per l'anno 2013 sono stati stanziati 3,00 milioni di euro ripartiti in base ai Distretti sanitari, ma la scarsa densità demografica, caratteristica della regione, è una variabile importante, per i servizi domiciliari, in quanto la morfologia del territorio condiziona gli aspetti organizzativi e gestionali del servizio. I dati rafforzano la percezione di una regione con una evidente tendenza all'invecchiamento, infatti gli anziani residenti, al 31/12/2013 sono 71.997, con una percentuale che rispetta la dimensione dei Distretti sanitari. A livello regionale si sta lavorando attraverso il riordino del Sistema Sanitario Regionale (SSR) per il rientro del deficit della sanità, soprattutto in termini di deospedalizzazione e di sviluppo di attività di cura alternative al ricovero.



Il confronto dei dati indicati nella tabella 5, evidenzia che, a fronte dei servizi ADI offerti sul territorio, è intervenuta una riduzione direttamente proporzionale dei ricoveri ospedalieri su tutta la regione. I Distretti, escluso quello di Agnone, riportano una graduale diminuzione e nel triennio, la durata di degenza media¹⁵ ha visto aumentare i giorni, da 5,9 giorni nel 2011, a 6,3 nel 2012 e 8,2 nel 2013.

L'offerta ospedaliera in regione appare caratterizzata da un numero di piccoli ospedali, la cui esistenza non sempre è sostenibile con motivazioni di carattere sanitario o geografico, ma riconvertibili in strutture socio-sanitarie, finalizzate a intercettare la domanda che si rivolge impropriamente verso il ricovero e a facilitare il percorso successivo alla degenza.

Con ciò non intendiamo dire che non vi sia un "incremento fisiologico" connesso a miglioramenti organizzativi e allo sviluppo delle tecnologie, ma è improbabile che ciò si traduca in una ulteriore sostanziale riduzione di posti letto e di tassi di ospedalizzazione.

Un incremento nella efficienza dell'assistenza ospedaliera e nella appropriatezza va quindi ricercato in due direzioni:

- Un diverso rapporto fra ospedale e territorio, ma concentrandosi sugli investimenti, affinché le strutture territoriali siano in grado, dal punto di vista delle professionalità, delle tecnologie, della connessione con gli ospedali (organizzativa, informatica), di intercettare l'utenza che si rivolge impropriamente agli ospedali, ed in particolare ai Pronto soccorso.
- Una ulteriore riduzione della degenza sarà possibile solo con un netto incremento della ricettività e della qualità delle strutture riabilitative e RSA, rivolte in particolare al settore anziani e non autosufficienza, in carenza delle quali non sarà possibile un effettivo miglioramento di molte performance ospedaliere.

Per quanto riguarda l'ADA (Assistenza Domiciliare Alzheimer) la Regione Molise con le Delibere di Giunta Regionale n. 542 e n. 543 del 9/05/2005 prevede un servizio di assistenza con lo scopo di favorire la permanenza a domicilio dell'utente, valorizzare la risorsa famiglia, evitare i ricoveri impropri, sostenere il mantenimento/recupero delle abilità residue del malato e dell'unità familiare. Nel corso degli anni, il servizio ADA, nell'ambito dei sette Distretti Sanitari, ha assistito un numero di pazienti non elevato. Il dato potrebbe non corrispondere agli

¹⁵ Degenza media indica la durata media di un ricovero nella struttura ospedaliera (in giorni) con riferimento ad un intervallo temporale. DM= Numero di giornate di degenza nel periodo/Numero di ricoveri nel periodo.



Tabella 5

Numero di dimessi, degenza ospedaliera e spesa sanitaria per Distretto sanitario – Anni 2011, 2012 e 2013

Distretto	ANNO 2011			ANNO 2012			ANNO 2013		
	Dimessi Deg.	Importo in euro	Deg.M.	Dimessi Deg.	Importo in euro	Deg.M.	Dimessi Deg.	Importo in euro	Deg.M.
Agnone	1.204	2.932.995	8	1.106	2.943.482	9	1.065	3.052.737	9
Bojano	3.433	9.967.789	8	3.197	9.613.048	8	3.084	9.850.429	8
Campobasso	6.585	18.886.565	8	6.015	19.172.212	8	5.889	19.625.297	8
Isernia	3.499	10.930.457	9	3.313	11.323.082	9	3.454	12.254.789	9
Larino	2.360	6.682.892	9	1.905	6.282.229	9	1.969	6.169.421	8
Termoli	4.849	12.546.129	7	4.433	12.580.757	7	4.503	13.273.020	7
Venafro	1.899	6.451.532	9	1.698	6.327.173	10	1.747	6.490.923	9
Totale	23.829	68.398.360	6	21.667	68.241.982	6,3	21.711	70.716.616	8,2

Fonte: dati ASReM – elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.



effettivi casi diagnosticati sul territorio regionale. Nonostante il numero modesto, resta importante sottolineare l'utilità di erogare interventi continuativi di assistenza domiciliare e ritardare il più possibile il momento della istituzionalizzazione. Sembra opportuno assicurare a questi malati un'assistenza riabilitativa domiciliare come obiettivo prioritario di una rete integrata di servizi che raccordi l'aspetto domiciliare, semiresidenziale e quello del ricovero¹⁶.

Nel corso degli anni, in Molise sebbene i pazienti affetti da tale patologia non siano diminuiti, a causa del taglio delle risorse si è penalizzato un settore a discapito della sua continuità e qualità (tabella 6).

Tabella 6

Anziani trattati in assistenza domiciliare Alzheimer (ADA), per Distretto sanitario – Anni 2011, 2012 e 2013

Assistenza Domiciliare Alzheimer	2011			2012			2013		
	Over 65	Under 65	Totale	Over 65	Under 65	Totale	Over 65	Under 65	Totale
Distretto Isernia	25	2	27	29	1	30	27	2	29
Distretto Venafro	3	0	3	5	0	5	5	0	5
Distretto Agnone	11	0	11	11	0	11	7	0	7
Distretto Campobasso	26	1	27	32	1	33	24	1	25
Distretto Bojano-Riccia	6	0	6	10	0	10	9	1	10
Distretto Larino	5	0	5	5	0	5	4	0	4
Distretto Termoli	18	0	18	24	0	24	22	0	22
Totale	94	3	97	116	2	118	98	4	102

Fonte: dati ASReM – elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

È evidente che a fronte di un enorme aumento della domanda, il servizio è fermo agli “storici” 100 pazienti.

Sul territorio regionale, l'assistenza domiciliare, è garantita solo in parte a forme di assistenza di medio-bassa complessità, come sottolineato dal Provvedimento del Direttore Generale ASReM n. 999 dell'01.09.2010 che prevede lo sviluppo e il potenziamento della rete dei servizi territoriali.

Di conseguenza aumentare la quantità dei servizi domiciliari facilita la riduzione dei ricoveri ospedalieri, il cui numero dipende soprattutto dalla qualità della diagnosi e della prognosi.

Priorità della Regione oggi è quella di migliorare il servizio, contraendo il numero degli accessi inappropriati ospedalieri, arruolando un maggior numero di as-

¹⁶ DGR n. 423 del 17/10/2005 “Linee guida per l'erogazione del Servizio di assistenza domiciliare in favore dei pazienti affetti da malattia di Alzheimer”.

sistiti a domicilio. L'intento è quello superare le differenze organizzative e strutturali nelle diverse realtà territoriali e garantire così omogeneità delle prestazioni su tutta la Regione. Solo se tale obiettivo verrà raggiunto, si potrà giustificare una riduzione dei posti letto nei presidi ospedalieri.

Dai dati qui esaminati si evidenzia un'estensione non uniforme dei servizi domiciliari sul territorio che lascia intendere una diffusione della "cultura della domiciliarità" a macchia di leopardo. Quasi nessuno dei pazienti trattati a domicilio si può definire un caso ad alta integrazione socio-sanitaria con conclamati problemi di salute. Prova di ciò è che in nessun caso è attiva l'assistenza tutelare di base che il DCMP assegna per il 50% ai Distretti sanitari e per il 50% ai Comuni. Questa assenza fa supporre che i casi più complessi non vengano intercettati dall'ADI.

Le politiche e i servizi socio-sanitari sul territorio

Il Distretto sanitario fornisce ai cittadini l'assistenza sanitaria "territoriale", cioè si occupa di tutti quei bisogni di salute che richiedono risposte non ospedaliere, come le visite specialistiche ambulatoriali, l'assistenza domiciliare, quella in strutture residenziali come le RSA, o semiresidenziali come i centri diurni.

Il Poliambulatorio si propone di soddisfare i bisogni e le aspettative dell'utente attraverso il continuo miglioramento del servizio offerto. La politica dei poliambulatori ha come principio fondamentale la soddisfazione dell'utenza, in termini di apprezzamento complessivo ed è perseguita attuando il miglioramento continuo della qualità del servizio reso. Il servizio offre la possibilità all'utenza di scegliere, all'atto della prenotazione, oltre al giorno e all'ora dell'appuntamento, anche il nome dello specialista, con l'intento di qualificare il rapporto fiduciario tra medico e paziente.

Il Poliambulatorio è la struttura territoriale afferente al Distretto sanitario ove si concentrano le attività medico-specialistiche. Per favorire un'equa distribuzione delle diverse prestazioni specialistiche ambulatoriali nella Regione Molise, l'utente ha la possibilità di rivolgersi presso i servizi presenti presso il Distretto sanitario di appartenenza. Le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono fornite in regime istituzionale o in regime libero-professionale. Quelle fornite in regime istituzionale (cioè a carico del SSN) sono garantite agli utenti aventi diritto iscritti al Servizio Sanitario Nazionale e il cittadino accede alla prestazione pagando un ticket stabilito dalla normativa vigente, se non esente.

Per ottenere una visita specialistica o una qualsiasi prestazione ambulatoriale, il cittadino deve essere munito della richiesta del medico curante (medico di me-



dicina generale, medico pediatra di libera scelta, medico specialista del S.S.N.), redatta nell'apposito ricettario del S.S.N.

Nel caso di attività ambulatoriale libero-professionale, la prescrizione che il medico rilascia durante la visita in libera professione (a pagamento) non può essere utilizzata come impegnativa: in tale caso per le prestazioni eventualmente richieste a seguito della suddetta visita l'utente è tenuto a pagare¹⁷ per intero la prestazione.

I Distretti sanitari della provincia di Campobasso, sono quelli con il maggior numero di poliambulatori, avendo un territorio con maggior densità di popolazione. I poliambulatori in Molise, come si denota nella tabella successiva, offrono un'ampia gamma di branche specialistiche pur non avendo la stessa distribuzione e utilizzo nei diversi Distretti sanitari. Le prestazioni specialistiche presenti in tutti i sette Distretti sanitari sono legate alle patologie più diffuse (Cardiologia, Dermatologia, Ginecologia ed Ostetricia, Oculistica, Otorino, Punto Prelievi e Urologia), ma la loro offerta non sempre è omogenea all'interno di uno stesso territorio. Contesto critico risulta essere quello dei poliambulatori di Agnone e Venafro che presentano forti carenze nelle offerte dei servizi sanitari all'utenza. Isernia, invece, con due poliambulatori di cui uno a Frosolone, sopperisce solo in parte ai servizi mancanti della provincia, con un andamento costante, nel triennio considerato.

Nella realtà molisana molti servizi mancano del tutto, mentre quei pochi assicurati, spesso sono svolti in una situazione precaria. Tanti sono i piccoli comuni, geograficamente "isolati" e molto distanti dal presidio ospedaliero di appartenenza e prevalentemente popolati da persone anziane. In molti casi, essi non possono muoversi dalla propria abitazione e vengono ulteriormente gravati dalla carenza di figure di medici specialisti con la conseguente mancanza di un'offerta di prevenzione, diagnosi e cura. Vista la percentuale di persone anziane e di cittadini con gravi carenze di mobilità, in tali contesti sarebbe auspicabile potenziare alcune figure come il fisiatra, il cardiologo, il diabetologo, l'urologo e il neurologo.

La politica sanitaria regionale è comunque interessata da un processo di profonda revisione, che mira a garantire il rafforzamento della medicina sul territorio e la riduzione dell'ospedalizzazione. In tal senso, si può affermare che è necessario lavorare per creare le condizioni per un'inversione di tendenza rispetto alla problematica della carenza dei servizi di medicina specialistica assicurati sul territorio.

Altra nota dolente, in Regione, riguarda le *liste d'attesa che* rappresentano un

¹⁷ Il cittadino che, dopo avere prenotato la visita specialistica, è impossibilitato a presentarsi all'appuntamento fissato, deve informare il CUP della propria rinuncia. In mancanza di tale comunicazione il cittadino è tenuto, ove non esente, a pagare il ticket previsto per la mancata presenza all'appuntamento.

problema per ogni servizio sanitario capace di offrire un livello d'assistenza avanzato, qualunque sia il modello organizzativo adottato.

Il diritto dei cittadini ad usufruire dell'erogazione delle prestazioni garantite dai LEA richiede che il governo abbia, come obiettivo prioritario in materia di salute, il contenimento dei tempi di attesa, la riduzione dei costi e la razionalizzazione delle spese. In tal senso la Regione Molise ha da tempo adottato atti e avviato attività volte ad affrontare il fenomeno delle liste d'attesa¹⁸.

Con il DGR n. 1420 del 2004, la Regione Molise avviò l'introduzione sperimentale dei criteri di priorità nelle prenotazioni delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri, fissando tempi massimi d'attesa per alcune prestazioni critiche. Si è intrapreso l'adeguamento dei programmi informativi del CUP regionale alle nuove esigenze, con la richiesta dell'adozione delle Agende di Prenotazione di Ricovero alle strutture ospedaliere, individuando nell'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari (ORQSS) l'organismo referente e di coordinamento in materia di tempi d'attesa.

Nonostante ciò, le liste d'attesa nelle principali branche specialistiche, proprio quelle a maggiore incidenza epidemiologica, sono molto lunghe, soprattutto in relazione ai tempi previsti dalle norme nazionali.

Le fonti normative che hanno preceduto il D.P.C.M. 29.11.2001¹⁹, e che nello stesso sono richiamate, non forniscono una definizione esplicita di cosa si debba intendere per assistenza specialistica ambulatoriale, definizione dalla quale si possa poi dedurre (direttamente ed indirettamente) un elenco di prestazioni riferibili a tale livello di assistenza. In questo modo, non essendo definite le proprietà del livello (assistenza specialistica ambulatoriale) ma solo il suo contenuto di dettaglio (le prestazioni elencate nel nomenclatore) ogni modifica (anche minore) dell'elenco costringe concettualmente a ridefinire il livello di assistenza.

Questa filosofia trova conferma nel D.P.C.M. 29.11.2001 nel quale si indica che il livello di assistenza specialistica ambulatoriale è costituito dalle "*Prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale erogate in regime ambulatoriale*"²⁰. Le prestazioni che, per quanto presenti nel D.M. 22.7.1996 o nei nomenclatori regionali, sono chiaramente riconducibili ai livelli essenziali di assistenza, ed in particolare:

¹⁸ DGR del 3 novembre 2004, n. 1420 recante "Indicazioni regionali sulle modalità e priorità d'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali e in regime di ricovero e sui tempi massimi d'attesa. Recepimento dell' Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 e del D.P.C.M. del 16 aprile 2002".

¹⁹ Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

²⁰ Ministero della Salute "Progetto Mattoni SSN" – Mattone 2 Classificazione delle prestazioni ambulatoriali. Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN. Regione Lombardia e collaborazione della Regione Molise.



Tabella 7

Branche specialistiche presenti nei Poliambulatori Territoriali per Distretto sanitario – Anni 2011/2012/2013

Branca Specialistica	Poliambulatorio Ambiti												Castelmauro		Venafrò						
	Agnone	Campobasso via Petrella	Campobasso via Gramsci	Campobasso Trivento	Isernia Leggègo Cappuccini	Isernia Frosolone	Larino	S. Croce di Magliano	Bojano	Riccia	Sant'Elia a Pianisi	Termoli	Montenero di Bisaccia	Castelmauro Attivo nel 2011	Castelmauro Attivo nel 2012	Castelmauro Attivo nel 2013	Venafrò Attivo nel 2011	Venafrò Attivo nel 2012	Venafrò Attivo nel 2013		
Allergologia		X					X	X													
Anestesia					X																
Audiometria		X						X	X	X											
Cardiologia		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Chirurgia		X	X	X	X	X		X	X	X											
Chirurgia - Ecografie		X																			
Chirurgia plastica		X	X																		
Chirurgia Vascolare		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dermatologia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Diabetologia			X	X	X	X															
Endocrinologia		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fisiatria																					
Fisiochinesiterapia			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fonolatria																					
Gastroenterologia							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Geriatría																					
Ginecologia ed Osterica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Igiene dentale		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(segue)



- *Assistenza sanitaria* collettiva in ambiente di vita e di lavoro, con specifico riferimento alla profilassi delle malattie infettive e parassitarie ed alle attività di prevenzione rivolte alla persona (programmi di diagnosi precoce).
- *Assistenza distrettuale*, con specifico riferimento alla assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare nonché alla assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale.
- *Assistenza ospedaliera*, con specifico riferimento alle prestazioni terapeutiche e riabilitative nonché alle attività di diagnostica strumentale e di laboratorio condotte durante un episodio di ricovero, ed alle attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti.

In Molise l'andamento calante delle prestazioni risente anche della sottostima del fabbisogno di queste e della scure del Piano di rientro dal deficit. I tagli lineari attuati negli ultimi anni hanno progressivamente depauperato il finanziamento per l'assistenza specialistica (radiologia, patologia clinica, cardiologia, diabetologia e branche a visita), incidendo così su una contrazione o addirittura un non ampliamento di nuovi servizi.

In particolare, come si evince dalla tabella 7, alcuni Poliambulatori hanno visto la riduzione e a volte l'interruzione dell'erogazione di alcune prestazioni specialistiche, e addirittura il venir meno di intere branche medico-specialistiche, negli ultimi anni, la maggior parte delle volte a causa di cessazioni del personale per pensionamento dei medici e della loro mancata sostituzione. Evidente esempio in tal senso è quello del Poliambulatorio di Agnone che passa da 5 a 2 branche specialistiche e quello di Sant'Elia che passa, negli ultimi 3 anni, da 10 a 6 branche. Anche i Poliambulatori di Riccia e di via Gramsci a Campobasso subiscono riduzioni significative. È chiaro che, come le norme impongono al Molise, si dovrà perseguire una riorganizzazione della macroarea organizzativa ospedaliera, con la chiusura o la riconversione di diversi ospedali in regione; non si potrà non intervenire con una profonda riorganizzazione della medicina territoriale e in particolare con un importante potenziamento dei Poliambulatori, soprattutto nelle aree interne e disagiate della regione.

Il Consultorio Familiare

Il Consultorio Familiare è nato per rispondere ai vari bisogni della famiglia, della donna, della coppia, dell'infanzia e dell'adolescenza ed è stato istituito con la Legge 29 luglio 1975, n. 405. È il luogo della prevenzione e della cura del disagio legato al ciclo di vita personale e di coppia che ha tra i compiti istituzionali primari, il sostegno alla donna, alla famiglia ed in particolare alla genitorialità.

È un servizio fornito istituzionalmente dalle ASL e appartiene, quindi, al S.S.N.



Esso rappresenta il primo servizio territoriale che ha affiancato all'attività sanitaria anche quella psico-sociale. Infatti, pur essendo caratterizzato dall'attività ambulatoriale, ha sviluppato una competenza peculiare nell'affrontare le problematiche socio-sanitarie in un'ottica globale che considera il soggetto che vi si rivolge non solo in quanto utente, ma soprattutto in quanto persona che vive una problematica. Tuttavia la parola chiave del consultorio è "prevenzione": per questo motivo, infatti, in molte strutture vengono realizzati dei corsi di preparazione alla nascita per le donne e le coppie che aspettano un bambino, e attività di educazione alla salute nelle scuole, allo scopo di promuovere l'adozione di comportamenti sani e le relazioni con le istituzioni sanitarie del territorio.

Per i servizi consultoriali con finalità di prevenzione, promozione ed educazione per la salute si accede al consultorio liberamente, quindi senza la prescrizione del medico di medicina generale.

A titolo di esempio vengono elencate alcune delle principali aree di intervento:

- informazioni e consulenze per la procreazione responsabile e prescrizione contraccettivi;
- informazioni per la prevenzione dei rischi genetici e per il controllo della gravidanza a rischio;
- informazioni sulla sterilità della coppia;
- consulenze per l'interruzione volontaria di gravidanza (I.V.G.), supporto medico e psico-sociale (anche per i minorenni);
- prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile (visite, pap-test, esame del seno e tecniche dell'autoesame);
- monitoraggio della gravidanza e corsi di preparazione alla nascita;
- consulenza psicologica con sostegno psico-terapeutico;
- procedure per l'espletamento delle pratiche di adozione (nazionali e internazionali) e affidamento familiare dei minori;
- interventi sociali sul territorio per la prevenzione del disagio giovanile, della coppia e della famiglia.

Per lo svolgimento dei molteplici compiti previsti dalle normative vigenti, nel consultorio familiare operano diverse figure professionali dell'area sanitaria, sociale ed educativa, che possono variare in base ai bisogni specifici del territorio. Per lo svolgimento delle sue attività dovrebbe avvalersi, di norma, di un organico multidisciplinare e le figure più presenti sembrano essere, rispettivamente, quella dell'ostetrica, dello psicologo, dell'assistente sociale e del ginecologo ma, in molti casi, non sono presenti contemporaneamente nella stessa struttura consultoriale, così da rendere spesso difficile l'attività di équipe.

È importante che ogni figura professionale abbia il giusto peso e la giusta collocazione, in funzione degli obiettivi prefissati e della pianificazione delle attività.



Altre figure come ad esempio i pediatri, le infermiere pediatriche e le assistenti sanitarie sono meno presenti negli organici dei consultori. La carenza di alcuni ruoli così come la presenza “ad ore” di diverse figure professionali, comporta una notevole frammentazione dell’assistenza consultoriale, anche perché le varie figure professionali sono spesso costrette a svolgere la loro attività in maniera discontinua ed in più sedi. I problemi legati alle carenze di risorse economiche e di personale si ripercuotono direttamente sull’attività ed in molte realtà molisane il servizio all’utenza e, quindi, l’orario di apertura del consultorio, viene garantito a scapito del lavoro d’équipe.

L’accertamento delle sedi e delle caratteristiche dei Consultori della regione Molise ha evidenziato alcune problematiche. Per quanto riguarda le attività non è stato possibile effettuare una ricognizione attendibile in quanto i sistemi di registrazione non sono sempre presenti e, soprattutto non sono omogenei.

Nel triennio 2011, 2012 e 2013 sono stati censiti sette Consultori Familiari pubblici, quanti sono i suoi Distretti sanitari. Le schede di rilevazione annuali delle prestazioni sono state stilate dalla Regione e predisposte, secondo uno schema condiviso in Conferenza Stato-Regioni, compilate dai vari Consultori presenti sul territorio regionale.

Dall’analisi dei dati trasmessi, così come riportato in tabella 8, si evidenzia, in prima battuta, che nonostante il questionario inviato sia stato identico per i sette Consultori, la procedura di compilazione, da parte del personale degli stessi Consultori, è stata molto disomogenea. Infatti, si rilevano molte mancate risposte, qualche caso di modifica della griglia di interviste e alcuni casi di “frintendimento semantico”. In diversi punti le prestazioni sono state riportate più volte. Tutti questi errori rendono il dato, in larga parte, non utilizzabile, se non per macro voci e sulle prestazioni principali. Quindi si è deciso di tentare un’analisi dei dati trasmessi limitandosi alle informazioni circa l’utenza e le principali categorie di prestazioni.

Le tipologie d’intervento maggiormente erogate, risultano essere le prestazioni medico-sanitarie, le consulenze sociali e a seguire quelle psicologiche. Le consulenze sociali per i minorenni, nell’arco del triennio, sono numerose, perché raggruppano varie attività riguardanti l’affidamento, le adozioni, le questioni matrimoniali e le tutele minorili.

Le prestazioni, suddivise per area in rapporto alla popolazione, mostrano una prevalenza di quelle medico sanitarie nei due capoluoghi di regione, e a seguire nel Distretto sanitario di Termoli. Nell’arco del triennio il flusso dell’utenza si è ridotto: infatti il Consultorio Familiare del Distretto sanitario di Campobasso è passato da 25.502 interventi nel 2011 a 15.725 del 2013 con una notevole contrazione; ad Isernia si è passati da 17.667 interventi nel 2011 ai 14.388 interventi del 2013.

Si fa presente che la somma degli interventi delle diverse aree di attività risulta superiore al numero totale di utenti, in quanto un utente può aver usufruito nello stesso anno di prestazioni consultoriali relative ad aree diverse.



Tabella 8

Tipologia e numero di interventi e prestazioni erogati presso i Consultori Familiari della Regione Molise – Anni 2011-2012-2013

Tipologia degli interventi	Agnone			Campobasso			Isernia			Larino			Bojano-Riccia			Termoli			Venafro			TOTALI PRESTAZIONI		
	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013
	Attività medico -santitaria	123	0	0	20135	14526	9493	1902	2305	2300	3602	2417	2944	7554	6519	9034	8292	7752	8438	8787	6229	5460	50395	39748
Colloqui psicologici	595	410	120	2026	1905	1840	1670	0	1750	0	2498	0	500	563	688	938	914	898	20	0	0	5749	6290	5296
Consulenza sociale per affidamento, adozione e matrimonio minori*	1057	946	670	2654	2881	2431	9232	9332	9578	274	405	0	569	530	308	2273	2268	2195	0	10	0	16059	16372	15182
Interventi per IVG minori	0	0	0	9	23	35	8	1	13	0	0	0	0	3	10	5	23	0	0	0	0	22	50	58
Consulenza legale	0	0	0	103	80	0	0	10	0	0	0	0	0	115	0	32	13	0	0	0	0	145	218	0
Osservazione comp. Genit.	0	0	0	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60	0	0
Riabilitazione (prestazioni)	0	0	0	0	0	0	2720	2720	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2720	2720	0
Consulenza Psichiatra	0	0	0	1210	1505	1000	988	0	473	671	0	591	233	53	2041	0	0	0	0	0	0	4105	3102	1558
Altro	0	0	7	315	300	0	0	0	0	0	0	0	65	60	0	0	0	0	0	0	0	315	365	67
Attività pediatrica**	0	0	0	nd	nd	nd	0	0	0	0	0	877	0	0	0	0	1782	1439	551	0	0	551	1782	2316
Attività dell'Unità Multidisciplinare e di gruppo **	0	0	130	0	0	0	757	1473	539	306	338	413	0	10	0	1109	1045	1034	0	0	0	2172	2866	2116
Attività Pedagogica****	0	0	0	170	0	0	356	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	362	170	0
Psico Proflessi Ostetrica-Training Autogeno	0	0	0	13	0	0	0	0	208	0	0	41	0	0	0	0	0	0	383	780	430	383	793	679
Respiratorio*****	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Attività di gruppo	0	0	0	200	324	421	12	0	0	0	0	38	0	0	75	0	0	0	6	0	0	218	324	534
Totale interventi	1775	1356	927	25502	21432	15725	17667	16829	14388	4661	6329	4313	9214	8038	10228	14690	13797	14004	9747	7019	5890	83256	74800	65475

**L'attività sociale per affidamento, adozioni e matrimoni minori, è comprensivo anche del dato sulle consulenze sociali per tutela, per altri problemi minori e relazioni al tribunale

*** l'attività pediatrica è comprensiva del dato relativo: visite di controllo, colloqui, vaccini non obbligatori, assistenza puerperio e neonatologica.

**** l'attività dell'Unità Multidisciplinare è comprensiva del dato relativo: pdf, diagnosi funzionale, visita neuropsichiatrica e neuropsicologiche, gruppi, glih e colloqui con operatori scolastici

***** l'attività Pedagogica è comprensiva del dato relativo: cons/incontri con operatori, inc. con op. scolastici, inc. c/o scuole e glih

***** l'attività Proflessi Ostet.-Training è comprensiva del dato relativo al numero dei corsi organizzati dal Consultorio

Fonte: ASReM – elaborazione Osservatorio del Fenomeni Sociali



Affrontare il discorso dei Consultori significa focalizzarne le evidenti criticità. Il Consultorio Familiare in Molise sta subendo un progressivo depauperamento del suo ruolo all'interno della comunità regionale. Il calo dei finanziamenti pubblici, la riduzione dell'offerta, la sua difficoltà ad adeguarsi alla società che cambia e ad integrarsi con gli altri livelli di cura, porta inevitabilmente ad una contrazione generale delle prestazioni offerte dal servizio.

I Consultori Familiari rappresentano i primi servizi territoriali che hanno affiancato all'attività sanitaria anche quella psico-sociale e infatti, pur essendo caratterizzati dall'attività ambulatoriale, hanno sviluppato una competenza nell'affrontare le problematiche socio-sanitarie in un'ottica globale. Dai dati della tabella 8, si evince che è stata penalizzata soprattutto la parte sanitaria che opera prevalentemente in relazione a gravidanza e post parto, dando maggior rilievo alla parte sociale (psicologo e assistente sociale).

Di fatto la funzione sanitaria è stata svuotata a scapito di quella puramente sociale. Il taglio delle risorse ha avuto pesanti ricadute sui servizi producendo un progressivo impoverimento sia della tipologia degli interventi che sul lavoro d'équipe, caratteristiche peculiari dell'attività consultoriale.

Ci preme avvalorare che gli ulteriori scopi, individuati sulla base dei bisogni sanitari e sociosanitari del territorio, possono essere realizzati con la collaborazione degli enti pubblici e organizzazioni private, nonché con associazioni di volontariato o singoli operatori volontari. Soluzioni diversificate, che cercano e avvalorano la funzione prioritaria del Consultorio Familiare, come struttura ad alta integrazione socio-sanitaria, da rafforzare e potenziare per un concreto sostegno all'utenza.

I nuclei familiari che si sono rivolti ai Consultori Familiari dal 2011 al 2013, distinti per coppie e famiglie, riportano un'affluenza maggiore per le coppie, con un simile aumento del dato nell'arco del triennio anche per le famiglie (tabella 9).

Tabella 9

Nuclei familiari che si sono rivolti ai Consultori della Regione Molise – Anni 2011-2012-2013

Nuclei familiari	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013*
Coppie	425	448	863
Famiglie	229	277	724
Totale	654	725	1587
* per l'anno 2013 il dato è mancante per gli ambiti di: Agnone e Venafro			

La distribuzione per tipologia di utenza mostra che la maggioranza di essa riguarda il genere femminile, sebbene si è avuto un decremento da 20.097 utenti nel 2011 a 18.398 unità nel 2013 e, di conseguenza, si è registrata una diminuzione anche dei nuovi utenti. Tendenza inversa, invece è quella degli uomini e dei bambini che hanno riportato, nell'arco del triennio, un graduale incremento, con i rispettivi nuovi utenti. Dato atipico è quello della fascia adolescenziale, che a fronte di un iniziale aumento, nell'anno 2013 vede riportare un calo. Ci preme sottolineare che sebbene siano state riconsegnate tutte le schede di rilevazione dei dati sull'organizzazione e le attività dei Consulteri Familiari al Servizio regionale che, come si è detto, si occupa di monitorarne l'attività, le informazioni risultano lacunose relativamente agli Ambiti di Agnone e Venafro anno 2013. La parte omessa riguarda, ad eccezione del numero delle donne, proprio le caratteristiche dell'utenza (uomini, adolescenti e bambini), e dei nuclei familiari (coppie e famiglie), la qual cosa non ci ha permesso di avere una panoramica esaustiva e di poter procedere ad un paragone della situazione regionale nel triennio preso in considerazione.

Tabella 10

Utenti che hanno avuto accesso ai Consulteri Familiari della Regione Molise per tipologia – Anni 2011-2012-2013

	Utenza Anno 2011		Utenza Anno 2012		Utenza Anno 2013 ²¹	
	Totale	di cui nuovi	Totale	di cui nuovi	Totale	di cui nuovi
Donne	20097	3.498	18.887	2.532	18.398	2.178
Uomini	1.261	256	1.816	244	2.579	812
Adolescenti	1.093	395	1.222	272	850	263
Bambini	2.742	539	2.852	591	3.667	595
Totale Utenti	25.193	4.688	24.777	3.639	25.494	3.848

Fonte: dati Servizio Politiche Sociali - Regione Molise - elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Non è facile ricostruire la situazione dei consultori familiari, per la dispersione dei dati e soprattutto per il loro parziale aggiornamento, ma le informazioni sulle caratteristiche dell'utenza a noi pervenute, mostrano un volume di utilizzo dei servizi in prevalenza da donne adulte, che hanno avuto, nel periodo preso in con-

²¹ Per l'anno 2013 il dato sugli uomini, adolescenti e bambini è mancante per gli Ambiti di Agnone e Venafro.

siderazione, un calo progressivo di presenze. Il numero sempre maggiore, rispetto alle altre fasce della popolazione, è ovviamente giustificato dal ruolo particolare di riferimento che il Consultorio Familiare svolge nei confronti della donna stessa. Infatti, vengono offerti i mezzi necessari e le informazioni più idonee a promuovere o a prevenire la gravidanza, tutelando quindi la salute della madre e del bambino fin dal suo concepimento. Questo dato è legato a quello della presenza di bambini, che ha visto, invece, un graduale aumento, da 2.742 nel 2011 fino ad arrivare, nel 2013, a 3.667 bambini assistiti.

In pratica, viene garantita tutta la consulenza pediatrica, dallo spazio allattamento al sostegno alla genitorialità, alla puericultura e allo svezzamento, fino alla consulenza sanitaria.

Preoccupante invece è, come si evince dalla tabella precedente, il calo del dato sull'affluenza degli adolescenti, soprattutto per l'anno 2013 con sole 850 presenze.

Bisogna aumentare l'attenzione su tale fascia, affinché essi possano trovare nei Consultori un luogo di ascolto dove parlare liberamente dei loro problemi attraverso un rapporto diretto con il personale sanitario. Hanno bisogno di avere informazioni adeguate sulla contraccezione e sulle malattie sessualmente trasmesse, peraltro in continuo aumento. È doveroso quindi, fare informazione corretta, supportata da adeguati progetti e campagne che diano ampio spazio a laboratori di formazione educativa sulla sessualità e sulla relazione.

Ultima fascia di utenti che si sono rivolti ai Consultori Familiari è quella degli uomini, che riporta un aumento costante dal 2011 con 1.261 utenti a 2.579 del 2013.

Oggi assistiamo al nascere di nuovi bisogni e fasce di nuova utenza che entrano nel concetto di "fragilità" e rappresentano nuovi utenti/pazienti o semplicemente persone da aiutare. Ad esempio tra queste il fenomeno della emersione di identità sessuali non etero che oggi chiedono ascolto. E dunque è urgente intercettare questi bisogni rafforzando il ruolo e le competenze del consultorio familiare e della sua funzione ad alta integrazione socio-sanitaria.

Medici di medicina generale

L'assistenza distrettuale, allo scopo di coordinare ed integrare tutti i percorsi di accesso ai servizi sanitari da parte del cittadino, si avvale *in primis* dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS), convenzionati con il SSN. Essi, valutando il reale bisogno sanitario del cittadino, regolano l'accesso agli altri servizi offerti dal SSN.

Il contratto dei medici di medicina generale e di pediatria prevede, salvo ecce-

zioni, che ciascun medico di medicina di base assista al massimo 1.500 pazienti adulti (dai 13 anni in su). Esistono realtà territoriali in cui, per carenza di medici pediatri o per scelta dei genitori, è consentito che i bambini siano assistiti da medici di medicina generale²². L'organizzazione attuale della Assistenza primaria molisana ha, fra i tanti vantaggi, la capillare diffusione sul territorio urbano ed extraurbano. In particolare, la maggioranza dei MMG²³ lavora in uno studio medico indipendente. Tale attività fa spesso parte di un'associazione semplice con condivisione della cartella clinica informatizzata (Medicina di gruppo o associazione in rete). Inoltre in ogni Distretto sanitario è presente almeno una forma di associazionismo più complessa (Gruppo di Cure Primarie) dove all'attività del MMG si aggiungono quelle di altri professionisti sanitari e di impiegati con funzioni amministrative.

Nelle ore notturne feriali e nelle ore diurne e notturne festive sono attivi i medici di continuità assistenziale (Guardia Medica) che hanno normalmente sedi separate rispetto agli ambulatori dei MMG, e che svolgono attività di filtro telefonico e/o di visita domiciliare.

L'offerta di prestazioni sanitarie territoriali è pertanto ampia, molto articolata, ma anche molto complicata per il cittadino e talvolta anche per lo stesso operatore sanitario. Il cittadino in caso di bisogno ha spesso difficoltà ad attivare in maniera appropriata questo complesso sistema delle cure primarie, sovra utilizzando il sistema 118 e i vari Pronto Soccorso ospedalieri per patologie di lieve entità²⁴

²² I medici iscritti negli elenchi di Medicina Generale possono acquisire un numero massimo di scelte pari o inferiori a 1.500 unità. I medici che avevano acquisito la possibilità del raggiungimento della quota individuale di 1.800 scelte ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 13 agosto 1981 rientrano nel massimale di 1.500 scelte gradualmente mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte. Eventuali deroghe al massimale individuale possono essere autorizzate dalla Regione, su proposta dell'Azienda ai sensi dell'art. 48, comma 3, punto 5, della Legge 833/78, e per un tempo determinato, non superiore comunque a mesi sei.

²³ Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei Rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e succ. mod. ed integrazioni: predisposizione Graduatoria Unica Regionale Provvisoria per i Medici di Medicina Generale a valere per l'anno 2014.

²⁴ Codice Bianco nessuna urgenza; il paziente non necessita del Pronto Soccorso (PS) e può rivolgersi al proprio medico. Codice Verde urgenza minore; il paziente riporta delle lesioni che non interessano le funzioni vitali ma vanno curate. Si stima che i Codici Minori (o Codici Bianchi) riguardino una media percentuale degli interventi del 118 e costituiscano una percentuale di gran lunga maggiore dei casi di Pronto Soccorso. Le situazioni di non urgenza sono anche caratterizzate dal significativo tempo necessario per identificare la patologia e risolvere il problema. La scarsa casistica storica e la frequente sovrastima delle patologie classificate come Codici Verdi ma in realtà di minore gravità complicano ulteriormente il problema e portano a una facile saturazione delle strutture progettate per le reali emergenze. La difficoltà della materia è sempre stata quella del delicato equilibrio tra ottimizzazione delle risorse e mantenimento delle qualità di servizio ai cittadini.

(i codici bianchi e verdi corrispondono alla maggioranza degli accessi). Ne consegue che il cittadino-utente utilizza poco il MMG o la Guardia Medica per risolvere problemi legati a patologie non acute. In realtà la maggior parte degli assistiti dimessi come “codice bianco” si reca successivamente dal MMG per secondo parere o per prescrizioni diagnostico-terapeutiche e ciò determina una ripetizione di prestazioni sanitarie.

In sintesi le altre criticità dell’Assistenza primaria sono le seguenti:

- 1 Contatto e/o risposta telefonica con il MMG o con i Medici di guardia, non sempre tempestivi per le richieste di visita o di consulto telefonico.
- 2 Orari degli ambulatori limitati ad alcune ore, non sempre confacenti alle esigenze degli assistiti.
- 3 Tempi di attesa in ambulatorio lunghi, specialmente dove non sia presente un collaboratore di studio e/o un infermiere.
- 4 Incremento progressivo dei tempi per il disbrigo delle attività burocratiche e delle certificazioni medico legali in genere.
- 5 Aumentata conflittualità con gli assistiti a causa di regole sull’appropriatezza prescrittiva sempre più restrittive.
- 6 Difficoltà nell’effettuare prestazioni ambulatoriali quali ECG, prelievi venosi, infusioni endovenose, lavaggi auricolari, ecc.

I dati contenuti nella tabella 11, riferiti agli anni 2011, 2012 e 2013 per i sette Distretti sanitari, forniscono una panoramica generale sulle presenze dei Medici di Base in Regione. Ciò che emerge in maniera chiara, è l’andamento costante di tali servizi, forniti dai MMG, nel periodo considerato.

Tenuto conto della bassa percentuale di popolazione residente, per i Distretti sanitari di Agnone e Venafro si ravvisa comunque una carenza, in particolare per i Medici in associazione, in rete e in gruppo che per il Distretto di Larino è addirittura pari a zero.

La maggior parte delle criticità appena elencate può essere risolta attraverso la diffusione della cosiddetta “medicina in associazione”. Una prassi che in Molise, vuoi per motivi culturali, che per carenze infrastrutturali, stenta a decollare. In questo senso la programmazione regionale dovrebbe porre maggiori sforzi, anche per rendere realmente integrate e funzionali le costituenti “Case della Salute”.



Tabella 11

MMG, singoli o in associazione e PLS dei Distretti sanitari del Molise – Anni 2011-2012-2013

Medicina di Base	Agnone			Campobasso			Isernia			Larino			Riccia-Bojano			Termoli			Venafro		
	Attivo nel 2011	Attivo nel 2012	Attivo nel 2013	Attivo nel 2011	Attivo nel 2012	Attivo nel 2013	Attivo nel 2011	Attivo nel 2012	Attivo nel 2013	Attivo nel 2011	Attivo nel 2012	Attivo nel 2013	Attivo nel 2011	Attivo nel 2012	Attivo nel 2013	Attivo nel 2011	Attivo nel 2012	Attivo nel 2013	Attivo nel 2011	Attivo nel 2012	Attivo nel 2013
Numero di MMG	11	10	10	72	72	71	40	40	41	27	27	26	36	36	36	61	63	65	24	25	26
Numero di PLS	1	1	1	10	10	10	6	6	6	3	3	3	5	5	5	8	8	8	4	4	4
Numero di medici in associazione	2	2	2	22	21	20	10	10	10	0	0	0	24	24	24	49	48	49	0	0	0
Numero di medici in rete	3	3	3	37	34	31	12	12	11	0	0	0	2	3	3	34	32	29	11	11	11
Numero di medici in gruppo	0	0	0	18	18	22	7	7	8	0	0	0	2	2	2	8	8	3	4	4	4

Fonte: dati ASReM – elaborazione Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Il sistema informativo sociale e socio-sanitario

Il Sistema Informativo Socio Sanitario è inteso come l'insieme delle applicazioni e delle infrastrutture informatiche presenti sul territorio che contribuiscono all'erogazione dei servizi socio-sanitari all'interno della Regione Molise.

La Regione, fin dal 2010²⁵, sta utilizzando tale supporto tecnologico e informatico per offrire servizi innovativi ai cittadini e agli operatori socio-sanitari.

Successivamente all'installazione del software presso le postazioni ASReM e dei Comuni, sono stati attivati i Flussi SIAD (Assistenza Domiciliare Integrata) e FAR (Assistenza Residenziale). Attraverso il Sistema Informativo si è voluto costruire un apparato aperto, flessibile e sicuro che consenta di collegare in rete gli operatori dell'ASReM e degli ATS, permettendo ai cittadini di accedere ad un servizio integrato di qualità ed efficace.

L'obiettivo del Sistema informativo è quello di favorire una maggior efficienza e qualità nell'ambito della assistenza socio-sanitaria, ottimizzando le risorse disponibili.

Tutto ciò attraverso:

²⁵ Grazie alla DGR n. 417 del 31 maggio 2010 – “Procedure Informatiche di gestione dell'Assistenza Domiciliare Integrata, della Assistenza Sanitaria Residenziale e semiresidenziale Integrata con la Porta Unica di Accesso”.



1. il miglioramento dei servizi grazie alla riduzione della “distanza” tra i cittadini e gli Enti/Strutture eroganti;
2. la continuità del processo di cura ed il miglioramento della qualità dei processi di prescrizione, diagnosi e cura;
3. la pianificazione e l’equilibrio del Sistema Socio Sanitario.

Attualmente con il Provvedimento del Direttore Generale n. 84 del 26 gennaio 2012 “Cartella sanitaria territoriale ed implementazione e sviluppo flussi informativi territoriali” il software acquistato dalla Regione Molise, denominato ASTER e fornito dalla ditta CARIBEL di Pisa, permette la gestione dei flussi dati su: ADI e Consultori. Successivamente, tale sistema è stato ampliato per le aree della Salute Mentale, delle RSA e della Protesica, agevolando così la creazione della Cartella Sanitaria Territoriale che attualmente è da considerare solo un tassello di un processo più ampio di informatizzazione dei processi nei Distretti dell’ASReM.

La Regione Molise, con il supporto dell’Osservatorio dei Fenomeni Sociali, ha organizzato due eventi formativi – il 27 e 28 marzo 2014 – in cui si è dato inizio ai lavori per la definizione di una proposta di modello di Sistema Informativo Sociale²⁶, da sottoporre agli organi istituzionali preposti. Tale occasione è da considerarsi un punto per un concreto inizio di una rinnovata collaborazione tra sanitario e sociale. In tale senso un ruolo fondamentale riveste l’Osservatorio quale mezzo per raccogliere e veicolare dati e informazione.

Perché migliorare i sistemi informativi? La leva dei sistemi informativi, lungi dal rappresentare soltanto un’opportunità “tecnica”, è fondamentale nello sviluppo del sistema sociosanitario molisano.

La disponibilità, infatti, d’informazioni tempestive e corrette consente di “abilitare” il processo di pianificazione e programmazione, di assumere quindi decisioni appropriate e di offrire ai cittadini servizi adeguati. Al riguardo, una prima area d’attenzione è rappresentata dalla carenza nelle fonti informative e nella qualità dei dati di riferimento. Tale criticità potrà essere affrontata all’interno di sistemi di monitoraggio e valutazione continua dei fenomeni salute-malattia nella popolazione, attraverso l’attivazione d’interventi strutturali ed organizzativi. È da rilevare, tuttavia, come tale criticità non faccia capo soltanto a responsabilità d’ordine sanitario, a livello regionale o aziendale. In questo senso, s’impone il rafforzamento organizzativo nella gestione dei sistemi informativi regionali, anche in

²⁶ Per un monitoraggio sui sistemi informativi sociali delle regioni si veda Ministero delle Politiche Sociali, 2011, “Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali. Monitoraggio annualità 2011”, in *Quaderni della Ricerca Sociale*, n. 28/2011, Roma.

connessione alle raccomandazioni sulle funzioni di staff centrali regionali, illustrate in precedenza.

Compiti essenziali, in questo senso, saranno la definizione di piattaforme tecnologiche ed informative comuni, la maggior centralizzazione possibile delle risorse di sviluppo e gestione del sistema, il presidio continuo dei processi di alimentazione, teso a garantire la qualità dei dati e quindi delle informazioni per le decisioni.

Un'ultima ma essenziale area d'intervento connessa all'evoluzione dei sistemi informativi, è quella riferita allo sviluppo di progetti relativi a servizi per i cittadini.

L'elemento essenziale nella scelta dei progetti sui quali concentrare le risorse disponibili è dato dalla soddisfazione delle esigenze degli utenti, secondo l'approccio della *customer satisfaction*, e dalla coerenza con le modalità organizzative prima delineate.

A quest'elemento va aggiunta la prospettiva dell'integrazione, tramite le tecnologie informatiche in rete, dell'assistenza territoriale con quell'ospedaliera.

Quest'integrazione, che consentirebbe ad esempio al medico di base la conoscenza della storia clinica del paziente ed alla struttura ospedaliera di conoscere il percorso clinico del paziente, riveste carattere strategico.

Ciò in relazione tanto al tema generale della continuità assistenziale quanto al tema specifico della gestione del percorso di cura del paziente secondo l'approccio proposto della "specializzazione mirata".

Un'integrazione informatica, quale quella descritta, consentirebbe infatti alle strutture specialistiche ed a quelle assistenziali di realizzare in modo efficace ed efficiente il modello descritto in precedenza.

Va sottolineato che in Molise è già in sperimentazione un progetto coerente con quest'impostazione: si tratta del progetto di Smart Card sanitaria che, con la possibilità data ai diversi operatori di memorizzare su di un microchip le informazioni anagrafiche e sanitarie del paziente, costituisce un primo significativo passo nella direzione indicata.

Oltre al rafforzamento dei progetti già in corso o realizzati come quello della Smart Card sanitaria, occorre così attivare rapidamente il ciclo di sviluppo per altri servizi ritenuti importanti dalla cittadinanza.

L'indagine sulla *customer satisfaction* realizzata nel corso del progetto, ha evidenziato una forte di richiesta di servizi "di accessibilità": servizi di prenotazione telematica, numeri verdi per le informazioni e le prenotazioni, la possibilità di accedere ad un centro unico di prenotazione (C.U.P.), la cui istituzione per gli utenti risulta tra le azioni/progetti per migliorare l'informazione in ambito sanitario, la più importante da realizzare.

Questi contenuti segnano peraltro anche le direttrici di sviluppo del sistema

web, con siti non meramente informativi ma anche e soprattutto di servizio. È su queste direttrici che andrà quindi indirizzato lo sviluppo dei sistemi regionali.

L'adozione da parte dell'organo pubblico di decisioni programmatiche utili e coerenti con le esigenze e le richieste dei cittadini, passa per l'acquisizione d'opportune conoscenze in merito allo stato di salute della popolazione, ai servizi offerti ed utilizzati, all'emergere di criticità in aree epidemiologiche ed assistenziali.

In sostanza, si tratta di adottare anche qui una buona prassi di gestione, consistente nel basare l'intero processo decisionale sull'evidenza d'informazioni ed analisi, non su base episodica ma attraverso un sistematico e costante *evidence based approach*.

Quest'approccio diventa necessario non solo con riferimento ad una conoscenza più approfondita del territorio e della popolazione, ma anche con riferimento alle proprietà strutturali del sistema sanitario, caratterizzato da forti elementi di competitività pubblica tra i diversi attori, che obbligano a trasformare la conoscenza in concreti obiettivi di performance, come ad esempio la riduzione della mobilità passiva.

L'insieme di queste considerazioni porta a valutare necessaria la costituzione presso la Regione, di un'Unità Operativa di staff, in grado di presidiare fortemente l'analisi epidemiologica, la qualità delle prestazioni ed il governo clinico, di supportare il processo di programmazione e monitoraggio dell'Assessorato alla Sanità.

In sostanza, quest'UO assolverebbe i compiti svolti in altri contesti regionali da Agenzie, ma con minori costi e difficoltà di coordinamento ed integrazione.

Collegata alla precedente è la necessità che le articolazioni territoriali dell'assistenza sanitaria, i Distretti sanitari, siano messi in condizione di esercitare le funzioni di rispondenza dei bisogni di salute della popolazione, attraverso l'adozione di strumenti di valutazione/programmazione socio-sanitaria. È di fondamentale importanza, anche attraverso un'attività formativa di supporto, creare una cultura epidemiologica, affinare le capacità d'analisi dei bisogni sociosanitari della popolazione e programmare i corrispondenti e più appropriati interventi.

In questo modo, sarà possibile attuare il Programma delle attività territoriali distrettuali (P.A.T.) (D.Lgs. 229/1999) che rappresenta "l'ambito d'integrazione, sul piano della definizione degli obiettivi e della destinazione delle rispettive risorse, fra i servizi sanitari distrettuali e quelli sociali, al fine di offrire al cittadino interventi coordinati e completi, in un'ottica di ottimizzazione nell'impiego delle risorse disponibili e sulla base di una comune analisi dei bisogni di salute presenti sul territorio di riferimento".

Tale attività di programmazione sarà coordinata ed integrata con il Piano di zona dei servizi sociali e socio-sanitari ex Legge 328/2000. In questo modo il PAT definirà gli "obiettivi da perseguire, in attuazione delle strategie aziendali e sulla base della situazione esistente e del fabbisogno rilevato nell'area di riferimento, indi-

viduando le attività da svolgere per conseguirli e la relativa distribuzione delle risorse assegnate”.

Tutti i compiti e le funzioni appena elencate hanno come principale finalità quella di consentire alla Regione di programmare, monitorare e valutare le proprie politiche sociali e socio-sanitarie in maniera non più “artigianale”, come è stato finora, ma utilizzando la base conoscitiva offerta dal nuovo Osservatorio, per costruire policy sempre più efficaci ed efficienti, scopo ovviamente di rilevanza assoluta in una fase di ulteriore contrazione delle risorse economiche a disposizione del sistema di welfare e al contempo una persistenza della crisi economica e sociale inattesa.

Appare chiaro che nei momenti di crisi economica e di doverosa riduzione dei costi una delle principali funzioni che viene “tagliata” è quella conoscitiva, nell’assunto che “il buon senso” e la conoscenza diretta dei fatti possano sopperire a tale taglio. In realtà così non è. I fenomeni sociali sono fenomeni complessi che vanno statisticamente e sociologicamente conosciuti, per poter poi definire economicamente risposte adeguate al tanto citato “bisogno sociale”.

Tutto ciò detto si chiede di considerare sin da adesso l’opportunità di dotare l’Osservatorio di un’autonomia finanziaria almeno triennale, che lo metta in condizione di disegnare e realizzare le complesse attività citate in coerenza con il periodo di programmazione del prossimo Piano Sociale Regionale.

Riflessione di sintesi

Per fronteggiare i cambiamenti sociali e demografici il Molise ha bisogno di una solida infrastruttura socio-sanitaria. Ma questa rete oggi è debole. Superare l’em-passe è possibile solo affrontando alcuni nodi critici sulla governance, la programmazione delle risorse e i livelli essenziali, in un quadro più avanzato di sussidiarietà.

I nodi critici del Sistema sanitario regionale sono evidenti, e non è di aiuto il fatto che la Regione sia sottoposta a Commissariamento dal 2007²⁷ con l’alternarsi di molti Commissari e Sub-Commissari.

Gli standard minimi di servizio dovrebbero essere al centro di una programmazione che superi le vistose differenze esistenti tra i diversi Distretti sanitari rispetto alla possibilità di difendere e recuperare la propria salute. Vi è la necessità di definire, territorio per territorio, un compiuto piano di integrazione tra le po-

²⁷ Il Piano è stato siglato il 27 marzo 2007. Tutte le informazioni sono scaricabili dal sito www.salute.gov.it

litiche sanitarie e quelle dell'assistenza e della promozione sociale. Oggi tale processo è talvolta ostacolato dalle procedure poco snelle che impediscono all'utenza un accesso fluido ai servizi. Valorizzare il ruolo degli operatori, dare maggiore autonomia ai Distretti sanitari, costruire tavoli per la pianificazione integrata appare pertanto necessario, soprattutto per settori e problematiche a forte integrazione socio-sanitaria, quali il materno-infantile, gli anziani, la lotta alle tossicodipendenze, la psichiatria, l'handicap.

Per un'effettiva integrazione tra servizi sanitari e sociali nodo essenziale per rispondere ai bisogni della popolazione e delle comunità è la riorganizzazione delle cure per i cittadini come elemento essenziale per garantire l'efficacia degli interventi e il contenimento dei costi. Pertanto, si impone oggi, sempre di più, una riflessione su come sviluppare un percorso di deospedalizzazione e una crescita delle reti territoriali e di cure primarie, e su come riorganizzare il socio-sanitario, sperimentando nuovi modelli organizzativi e gestionali che garantiscano la difesa dei LEA in tutta la Regione.

Servirebbe una riflessione su cosa è avvenuto e cosa si può migliorare per capire quali sono i punti di forza e di debolezza dell'intero sistema dei servizi socio-sanitari in Regione. Tuttavia tale osservazione permette di chiudere un ciclo, analizzarlo, e aprirne un altro con i dovuti miglioramenti.

In prospettiva dell'approvazione del nuovo Piano Sociale Regionale 2015-2017 sarebbe auspicabile programmare, non solo sulle criticità e i ritardi accumulati, per i servizi ancora non del tutto attivati, per i LIVEAS non sempre garantiti, ma facendo delle scelte, sulla base di un ordine di priorità.

Un dialogo costante tra l'Ufficio di Piano e il Distretto sanitario può davvero rappresentare la chiave di volta per ridisegnare i Piani di Zona in modo più efficace, con l'apporto della professionalità di figure stabili, incaricate *ad hoc* per il solo servizio, che garantiscano l'avvio e la gestione dei servizi sociali.

CAPITOLO 8



287

Le strutture residenziali e semi-residenziali

di Angela Battista e
Maria Ida Celeste*



Questo capitolo illustra gli esiti di una rilevazione che tenta di delineare un quadro d'insieme sui minori, anziani e disabili accolti nelle strutture residenziali e semiresidenziali che operano nella regione Molise¹.

Il progetto portato avanti dall'Osservatorio dei Fenomeni Sociali della Regione Molise ha l'obiettivo di migliorare il coordinamento delle politiche volte a favorire l'accesso ai servizi pubblici di assistenza alle fasce di popolazione più deboli.

La realizzazione dell'indagine ha reso necessaria una prima fase in cui sono state individuate le strutture oggetto del monitoraggio presenti sul territorio.

A tal fine è stata effettuata una ricognizione degli elenchi delle strutture già a disposizione del Servizio Politiche Sociali della Regione Molise, nonché di ogni altra informazione utile proveniente da ulteriori elenchi o soggetti operanti sul territorio. Questa operazione si è dimostrata complessa in particolare per poter censire le nuove strutture operanti da poco, ancora non inserite in alcun elenco e non conosciute dalla rete degli operatori.

Questa prima fase ha condotto alla compilazione di un elenco delle strutture presenti sul territorio regionale, così suddiviso: 60 strutture per anziani, 14 strutture per minori e 13 strutture per disabili.

Parallelamente si è proceduto a redigere lo strumento di indagine: un questionario da somministrare ai responsabili delle strutture articolato in due parti; la prima attinente ai dati generali sulla tipologia di presidio, sulle dimensioni strutturali, gestionali, economiche ed operative; la seconda riguardante le informazioni degli utenti accolti.

La seconda fase si è espletata attraverso l'invio per posta ordinaria di una lettera formale di presentazione della rilevazione con allegato il questionario per la raccolta dei dati.

* Collaboratrici dell'Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

¹ Un parziale raffronto è possibile tra le regioni e il dato medio italiano leggendo Istat, 2014.

Successivamente si è avuto un contatto telefonico con i responsabili delle strutture al fine di sollecitare la compilazione del questionario e/o fornire informazioni.

Delle 87 strutture censite sul territorio che componevano il campione originario oggetto dell'indagine, tutte hanno risposto alla ricerca, conseguendo un tasso di risposta del 100% che è rarissimo nell'utilizzo della tecnica di rilevazione definita questionario postale.

La terza fase è consistita nell'attenta lettura e controllo dei questionari ricevuti debitamente compilati, nel reperimento delle informazioni ritenute più importanti per la ricerca, e nell'immissione dei dati nella matrice predisposta per la successiva analisi.

Le strutture per disabili

I termini disabilità, accanto a quello di handicap storicamente più datato, sono diventati ormai da molti anni vocaboli di uso comune non solo nei diversi ambiti specialistici di studio e di intervento (medico, psicologico, pedagogico, ecc.) ma anche nel linguaggio quotidiano dei non addetti ai lavori.

Cercando una definizione per delimitare un fenomeno dalle accezioni così ampie, non possiamo non riportare la Legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate", alla quale si è conformata tutta la successiva legislazione relativa alla protezione e tutela dei diritti delle persone con disabilità.

Essa dà una definizione di handicap "È persona handicappata colui che presenta una menomazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione".

Una tappa fondamentale da ricordare è rappresentato dalla Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, approvata dall'Assemblea Generale dell'ONU il 13 dicembre 2006.

La Convenzione rappresenta un importante risultato raggiunto dalla comunità internazionale, in quanto fino a quel momento, non esisteva in materia di disabilità uno strumento emanato a livello sovranazionale vincolante per gli Stati.

La Convenzione Onu ha superato l'approccio focalizzato solamente sul deficit delle persone con disabilità, a favore di un "modello sociale della disabilità" centrato sui diritti umani e sull'interazione delle persone con barriere comportamentali ed ambientali.

L'articolo 1 parla esplicitamente di persone disabili, definendole come "coloro che presentano una duratura e sostanziale alterazione fisica, psichica, intellettiva o sensoriale la cui interazione con varie barriere può costituire un impedimento alla loro piena ed effettiva partecipazione nella società, sulla base dell'uguaglianza con gli altri".



Con la Legge del 3 marzo 2009, n. 18, il Parlamento italiano ha ratificato la Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità. Tale ratifica ha aperto un nuovo scenario di riferimento sul piano giuridico culturale e politico. Le persone con disabilità non devono più chiedere il riconoscimento dei loro diritti, bensì sollecitare la loro applicazione e implementazione, sulla base del rispetto dei diritti umani. Passando da un modello medico/individuale che vedeva nelle persone con disabilità “dei malati e dei minorati”, a cui doveva essere garantita solo protezione sociale e cura, ad un modello bio-psico-sociale della condizione di disabilità basata sul rispetto dei diritti umani, la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, CRPD, valorizza le diversità umane e rileva che la condizione di disabilità non deriva da qualità soggettive delle persone, bensì dalla relazione tra le caratteristiche delle persone e le modalità attraverso le quali la società organizza l'accesso ed il godimento di diritti, beni e servizi.

Le strutture per disabili si configurano come centri di erogazione di servizi che rispondono ai bisogni dei disabili, organizzate in forma semiresidenziale o residenziale.

L'inserimento e l'integrazione sociale del disabile si realizzano anche mediante “l'organizzazione e il sostegno di comunità alloggio, case famiglia e analoghi servizi residenziali inseriti nei centri abitati per favorire la de-istituzionalizzazione e per assicurare alla persona handicappata, priva anche temporaneamente di un'adeguata sistemazione familiare, naturale o affidataria, un ambiente di vita adeguato”².

I Centri Diurni, secondo quanto previsto dalla Legge 104/1992, art. 8, si configurano come strutture semi-residenziali aperte e flessibili, in cui, attraverso interventi integrati assistenziali, educativi/rieducativi, abilitativi/riabilitativi, si agisce per lo sviluppo ed il mantenimento delle capacità residue e dei livelli di autonomia raggiunti, fornendo valide occasioni per sviluppare e/o migliorare le capacità relazionali e i legami che l'individuo instaura con la comunità.

L'indagine relativa ai Centri Socio-educativi per disabili in Molise ha lo scopo di fornire un quadro relativo alla presenza di servizi per disabili dislocati sull'intero territorio regionale, nonché sul numero di utenti accolti e sulle tipologie di interventi e prestazioni erogate dalle strutture³.

² Legge 5 febbraio 1992, n. 104.

³ All'atto della rilevazione, la Deliberazione di Giunta Regionale del 6 marzo 2006, n. 203, “Direttiva in materia di autorizzazione e accreditamento dei servizi e delle strutture, con partecipazione degli utenti al costo dei servizi, rapporto tra enti pubblici ed enti gestori”, identifica e classifica i CSE (Centri Socio-educativi), i Centri Residenziali, le comunità alloggio e le comunità di tipo familiare. In particolare, il “Centro socio-educativo per persone con disabilità è un servizio territoriale a carattere diurno rivolto a persone con disabilità con diversi profili di autosufficienza che fornisce interventi a carattere educativo-riabilitativo-assistenziale”. Attualmente il settore è disciplinato dal Regolamento di attuazione della Legge regionale 6 maggio 2014, n. 13 “Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e Servizi sociali”, approvato con Delibera Giunta Regionale 10 febbraio 2015, n. 59.

Dall'indagine risulta che i centri socio-educativi sul territorio regionale sono 13, così dislocati: 4 nell'ambito di Larino, 3 nell'Ambito di Campobasso, 2 nell'Ambito di Riccia-Bojano, 2 nell'Ambito di Isernia, 1 nell'Ambito di Termoli e infine 1 in quello di Agnone. Non si riscontrano centri socio-educativi nell'Ambito di Venafro. Dal confronto dei dati relativi alle strutture per disabili a disposizione dell'ultima rilevazione effettuata nel 2009, si riscontra che nell'Ambito di Termoli i centri sono diminuiti di un'unità, mentre per ciascuno degli Ambiti di Campobasso, Larino, Agnone, Isernia e Riccia-Bojano si rileva la presenza di un nuovo centro socio-educativo. L'Ambito di Venafro non presenta alcun centro, dato già riscontrato nel 2009 (tabella 1).

Tabella 1

Centri socio-educativi per disabili per ATS. Molise – Anni 2009 e 2013

ATS	2009	2013
Ambito di Agnone	0	1
Ambito di Campobasso	2	3
Ambito di Larino	3	4
Ambito di Isernia	1	2
Ambito di Riccia-Bojano	1	2
Ambito di Termoli	2	1
Ambito di Venafro	0	0
Molise	9	13

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Dei 13 centri socio-educativi, 10 mantengono la loro caratteristica di servizio diurno mentre i restanti 3 vengono identificati come “Dopo di Noi”, ossia servizio residenziale per disabili gravi privi di sostegno familiare o di adeguato supporto familiare rivolto a “soggetti minori e adulti con disabilità, non autosufficienti e un bisogno assistenziale di rilievo sanitario”.

La realizzazione di tali strutture “Dopo di noi” nasce dall'esigenza di sviluppare sul territorio servizi continuativi per i disabili che siano di aiuto e sostegno alla famiglia quando non è in grado di occuparsene. Il numero degli utenti accolti nei centri nell'anno 2013 è di 196 unità. La maggiore presenza, ossia 180, si rileva nelle strutture a carattere diurno; dei 35 disabili presenti nelle strutture “Dopo di Noi” solo 16 usufruiscono del servizio in tipologia di residenzialità, mentre i restanti 19 utenti si avvalgono del servizio a carattere semiresidenziale.

Tabella 2

**Disabili accolti nei centri socio-educativi per tipologia di regime e per ATS.
Molise – Anno 2013**

Ambiti	Residenziale	Semiresidenziale	Totale
Ambito di Agnone	5	1	6
Ambito di Riccia-Bojano	0	22	22
Ambito di Campobasso	0	57	57
Ambito di Isernia	6	37	43
Ambito di Larino	5	43	48
Ambito di Termoli	0	20	20
Ambito di Venafro	0	0	0
Molise	16	180	196

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

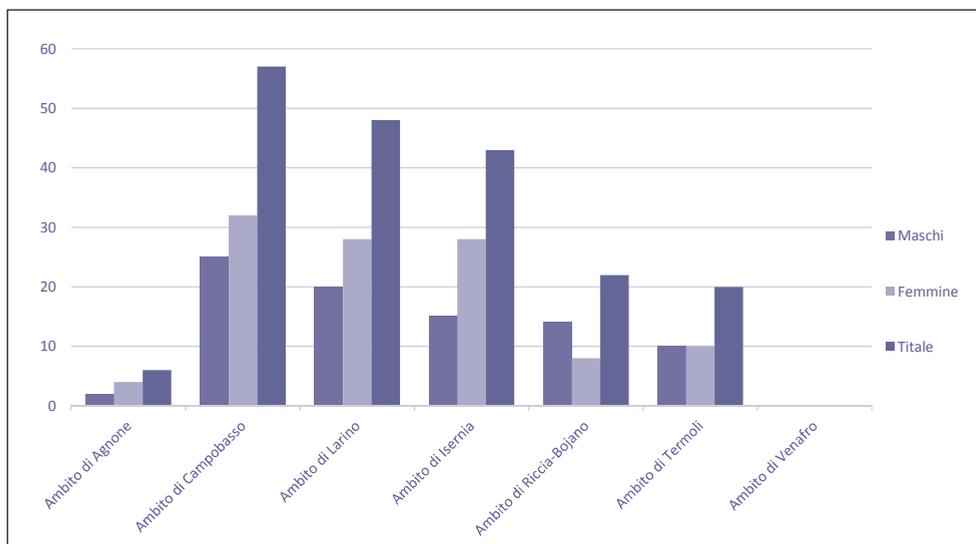
Dalla rilevazione è possibile analizzare il numero dei disabili che hanno usufruito di tali servizi suddivisi per sesso. Si riscontra che il numero più alto di soggetti è rappresentato dal sesso femminile, 56%, rispetto a quello maschile, 44%, e ciò è da attribuire sia al fatto che l'appartenenza di genere abbia importanti ripercussioni sulla salute della donna disabile in quanto in media più longeve dei disabili maschi, sia ad una maggiore partecipazione ad attività sociali ed extradomestiche da parte delle donne disabili (figura 1).

La disponibilità dei posti nei centri socio-educativi è stata analizzata considerando il totale della popolazione residente per ambito e non la popolazione disabile in quanto non sono disponibili dati aggiornati in merito. Tale indicatore da un lato è utile a rappresentare la distribuzione geografica dell'offerta dei centri socio-educativi che come si rileva presenta delle carenze in corrispondenza nell'ATS di Venafro, dall'altro mette in evidenza un tasso più elevato solo per l'Ambito di Larino a svantaggio dell'ATS di Campobasso e Termoli sebbene aree quest'ultime densamente più popolate (tabella 3).



Figura 1

Disabili accolti nei centri socio-educativi per sesso e ATS. Molise – Anno 2013



Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Tabella 3

Tasso di posti per abitante nei centri socio-educativi per ATS. Molise – Anno 2013

Ambiti	totale posti	tot. popolazione	% posti
Ambito di Agnone	10	12.256	0,08
Ambito di Campobasso	49	82.203	0,06
Ambito di Larino	72	29.393	0,24
Ambito di Isernia	40	46.130	0,08
Ambito di Riccia-Bojano	40	42.157	0,09
Ambito di Termoli	20	72.464	0,03
Ambito di Venafrò	0	28.738	0,00
Molise	231	313.341	0,07

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Dalla tabella si nota una marcata disparità territoriale che conferma quanto detto circa la spesa sociale comunale e per ATS nel capitolo 4.

Nell'analisi per fasce d'età compare un numero maggiore di utenti compresi tra

31 e 50 anni nell'Ambito di Isernia, segue la fascia tra 19 e 30 anni che è maggiormente presente nell'ambito di Campobasso. Il dato mette in evidenza come siano proprio le fasce dei giovani e degli adulti a frequentare i centri socio-educativi a discapito dei soggetti appartenenti alla fascia infantile e adolescenziale, e a quella degli anziani a cui si rivolgono probabilmente altre istituzioni (tabella 4).



Tabella 4

Disabili accolti nei centri socio-educativi per classe di età e per Ambito territoriale sociale. Molise – Anno 2013

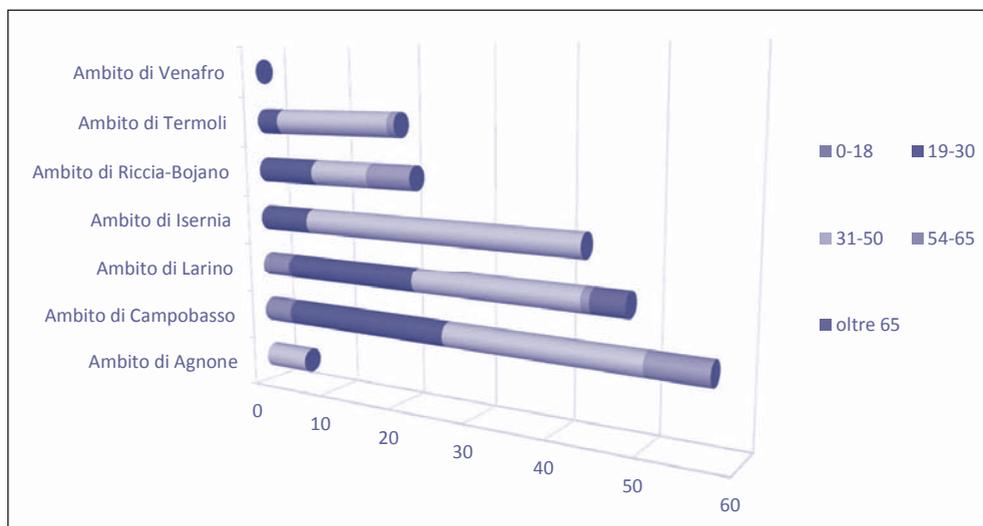
Ambiti	Classi d'età					Totale
	0-18	19-30	31-50	51-65	oltre 65	
Ambito di Agnone	0	0	6	0	0	6
Ambito di Campobasso	4	22	24	7	0	57
Ambito di Larino	4	18	21	1	4	48
Ambito di Isernia	0	7	36	0	0	43
Ambito di Riccia-Bojano	0	8	8	6	0	22
Ambito di Termoli	0	3	16	1	0	20
Ambito di Venafro	0	0	0	0	0	0
Molise	8	58	111	15	4	196

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Anche il grafico che segue mostra molto bene le differenze tra gli ATS sia in termini assoluti che per fasce d'età. Ancora una volta corre l'obbligo di sottolineare che una forte disparità territoriale, certo in parte determinata dai differenti bisogni espressi da ciascun territorio, può comportare una *diminutio* dei diritti dei disabili residenti nei territori privi o con scarsissimi servizi residenziali o semiresidenziali per la disabilità.

Figura 2

Disabili accolti nei centri socio-educativi per classe di età e Ambito territoriale sociale. Molise – Anno 2013



Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Dall'analisi del numero dei disabili accolti nei centri relativamente alla ricerca effettuata per l'anno 2009 e 2013, si rileva il netto aumento dei soggetti che usufruiscono del servizio che sono passati rispettivamente da 141 a 196 (tabella 5).

Tabella 5

Disabili accolti nei centri socio-educativi per classe di età negli anni 2009 e 2013

Anni	Classi d'età					Totale disabili accolti
	0 - 18	19 - 30	31 - 50	51 - 65	oltre 65	
2009	14	47	64	15	1	141
2013	8	58	111	15	4	196

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Analizzando il dato relativo alla provenienza, si evince che i disabili accolti nelle strutture provengono per il 75% dai comuni in cui sono localizzati i servizi; solo

il 25% proviene, invece, dai comuni limitrofi, mentre è zero il dato degli utenti provenienti da fuori regione o dall'estero (tabella 6).

Tabella 6

Disabili accolti nei centri socio-educativi per provenienza e per Provincia. Molise – Anno 2013

Provincia	Comuni in cui è localizzato il servizio	Comuni limitrofi	Fuori Regione	Eestero	Totale
Campobasso	112	35	0	0	147
Isernia	35	14	0	0	49
Molise	147	49	0	0	196

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.



I Centri accolgono cittadini diversamente abili di cui alla Legge 5 febbraio 1992 n. 104 “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate” e successive modifiche e integrazioni. Gli interventi offerti sono di tipo socio-educativi o socio-animativi, finalizzati all’autonomia personale e sociale, al mantenimento dei livelli espressivi, delle capacità psichiche, sensoriali cognitive e manuali.

Dall’analisi dei questionari emerge che le prestazioni maggiormente erogate all’interno dei centri fanno riferimento in particolare ad attività di animazione e socializzazione, assistenza e aiuto alla persona, attività culturali, motorie, assistenza psicologica oltre al servizio di trasporto garantito dalla maggioranza dei centri.

Sono pochi i centri che offrono un servizio mensa diurno e serale proprio per la presenza quasi esclusiva di centri che hanno carattere di semiresidenzialità.

Le modalità di gestione delle prestazioni vengono erogate in maggioranza mediante una gestione diretta da parte del centro, seguono le prestazioni mediante gestione in convenzione con soggetti terzi e solo in minima parte con gestione mista tra personale del centro e del privato sociale (tabella 7).

Tabella 7

Centri socio-educativi per disabili per modalità di gestione/erogazione e tipologia di prestazione erogata. Molise – Anno 2013

298

Tipologia di prestazione	Gestione diretta	Gestione in convenzione	Gestione mista
Assistenza fisica e psicologica alla persona	21	11	3
Attività culturali/animazione e sportive	19	7	0
Pasti	4	1	0
Pulizia spazi/camere	9	1	0
Lavanderia	2	0	0
Servizi amministrativi/segretariato sociale	14	0	1
Trasporti	7	1	1
Vacanze estive	3	0	0
Totale prestazioni	79	21	5

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Le prestazioni offerte dalle strutture sono spesso soggette a forme di compartecipazione al costo del servizio da parte dei disabili o delle loro famiglie. Tale condizione infatti, si riscontra per quasi l'80% dei casi; in 10 centri socio-educativi le prestazioni sono a pagamento, diversamente solo in 3, presenti nell'Ambito di Larino, le prestazioni sono a titolo gratuito.

I Centri, per lo svolgimento delle loro attività, hanno sottoscritto accordi di collaborazione con Enti pubblici, privati o del privato sociale, con lo scopo di coinvolgere i diversi servizi territoriali nella predisposizione dei progetti.

Per accordi di collaborazione si intende lo svolgimento delle attività socio-assistenziali di carattere collaterale alle funzioni del servizio, ovvero eventuali accordi con i comuni o altri Enti, con associazioni che si adoperano per lo svolgimento di attività quotidiane o saltuarie per gli utenti dei centri, di socializzazione, animazione, attività culturali o sportive. Gli accordi, in particolare 4, sono stati sottoscritti con gli ATS, seguono 3 stipulati con associazioni di volontariato, 2 con cooperative sociali; infine si riscontra la sottoscrizione di 1 accordo con Comune, Provincia, scuola, Università degli studi del Molise e altro ente.

Dall'analisi dei dati, emerge la notevole presenza di volontari rispetto alle figure professionali dipendenti. Ciò fa pensare al fatto che siano sempre meno le procedure di assunzione attivate per l'erogazione di servizi socio-assistenziali, rispetto al reclutamento di personale con contratti "flessibili" o con altre forme "atipiche" se non addirittura, al forte ricorso del Terzo settore, mediante prestazioni volontarie e gratuite. La motivazione essenziale è legata alla necessità di abbattere i costi per il personale dipendente che rappresenta sicuramente una voce onerosa, spesso non sostenibile dai servizi.

A conferma di quanto affermato, si può osservare che il 34% sul totale degli addetti è costituito da personale volontario rispetto al 27% del personale dipendente, il 22% da altre forme contrattuali, il 16% da rapporto di collaborazioni (tabella 8).



Tabella 8

Professionalità impiegate nella gestione dei Centri socio-educativi per tipologia di rapporto. Molise – Anno 2013

Qualifica professionale	Dipendente	Collaboratore	Volontario	Altro	Totale
Dirigente/amministrativi	6	1	14	0	21
Terapista riabilitazione	0	0	1	3	4
Psicologo/sociologo/ass. soc	13	2	2	4	21
Operatori/animatori/educatori	20	17	2	23	62
Insegnante/Formatore	3	3	0	0	6
Ausiliare, servizi generali	2	3	0	3	8
Volontari	0	0	35	0	35
Tirocinanti/altro	0	1	0	3	4
Totale operatori	44	27	54	36	161

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Dai questionari somministrati si rileva che al 31.12.2013 i centri per disabili che hanno dichiarato di aver ottenuto l'autorizzazione al funzionamento sono 8; quelli accreditati solo 3 (tabella 9).

All'atto della rilevazione, le norme che regolano la materia dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle strutture e dei servizi socio-assistenziali in ambito regionale sono il Piano Sociale Regionale 2004-2006, la "Direttiva in materia di autorizzazione e accreditamento dei servizi e delle strutture, compartecipazione degli utenti ai costi dei servizi, rapporto tra Enti Pubblici ed Enti gestori" approvata con Delibera di Giunta Regionale n. 203 del 6 marzo 2006, e successive modifiche ed integrazioni, nonché la 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"⁴.

Le strutture autorizzate iscritte nel registro regionale sono 10, quelle accreditate 4. Si rileva pertanto l'aumento di due strutture autorizzate e di una accreditata

⁴ Attualmente il settore è disciplinato dal Regolamento di attuazione della Legge regionale 6 maggio 2014, n. 13 "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e Servizi sociali", approvato con Delibera Giunta Regionale 10 febbraio 2015, n. 59.



iscritte nel registro regionale rispetto al dato rilevato dalla somministrazione dei questionari al 31.12.2013 probabilmente da attribuirsi alla Delibera di Giunta Regionale n. 67 del 24 febbraio 2014 che ha prorogato, a tutto il mese di maggio 2014 il termine per l'adeguamento ai requisiti organizzativi, funzionali e strutturali previsti dalla normativa in materia.

Tabella 9

Centri socio-educativi autorizzati e/o accreditati per ATS. Molise – Anno 2013

Ambiti	Autorizzazione		Totale strutture	Accreditamento		Totale strutture
	si	no		si	no	
Ambito di Agnone	1	0	1	0	1	1
Ambito di Campobasso	1	2	3	0	3	3
Ambito di Larino	2	2	4	1	3	4
Ambito di Isernia	2	0	2	2	0	2
Ambito di Riccia-Bojano	1	1	2	0	2	2
Ambito di Termoli	1	0	1	0	1	1
Ambito di Venafro	0	0	0	0	0	0
Molise	8	5	13	3	10	13

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Molto spesso il disabile e la sua famiglia si scontrano con la carenza di politiche e servizi di qualità e la conseguente riduzione delle opportunità di inclusione e partecipazione attiva all'interno della comunità.

La famiglia costituisce la prima e più importante rete sociale, composta da molti soggetti in grado di dare un forte sostegno in quanto uniti da legami di tipo affettivo che continuano a svolgere e a farsi carico della maggior parte delle attività di cura e di aiuto in favore dei loro componenti in condizione di disabilità. La famiglia, quindi, ha bisogno di essere sostenuta attraverso interventi normativi di carattere anche fiscale e di interventi socio-assistenziali a livello territoriale, dall'assistenza economica e psicologica ai servizi integrativi quali, appunto, i centri diurni.

L'obiettivo è garantire alla persona con disabilità contesti di benessere e di relazione per prevenire o contrastare isolamento, emarginazione ed aggravamento delle condizioni di fragilità di tipo relazionale e/o sociale. Dai dati analizzati relativi ai centri socio-educativi è evidente la crescita rilevata per l'anno 2013 rispetto all'anno 2009 sia in termini di strutture presenti sul territorio che di au-

mento dei soggetti disabili accolti. È utile sottolineare che l'aumento delle strutture è riconducibile alle tipologie del "dopo di noi".

Progettare il "dopo di noi" è una esigenza che a volte i genitori sentono per individuare l'intervento migliore nei confronti del disabile quando la loro rete verrà meno.

I dati scaturiti dalla rilevazione mettono in risalto l'alta percentuale di impiego di forme di volontariato all'interno dei centri socio-educativi che può essere interpretato sia come sgravio economico dovuto al minore ricorso di personale dipendente, sia come l'attivazione di una logica della solidarietà e del dono, in cui il personale presta la propria opera nella maggior parte dei casi a titolo gratuito.

Un punto fermo di quello che la Legge 328/2000 definisce sistema integrato di interventi e servizi sociali è proprio la creazione di una rete di enti diversi che contribuiscano all'offerta dei servizi; in questo contesto, una delle finalità del lavoro di rete è quella di restituire alle persone, a volte travolte dalla complessità di una patologia, un quadro unitario della loro situazione, che li renda consapevoli dei limiti e delle potenzialità, del contesto relazionale e del contesto sociale nel quale sono inseriti, in modo da essere in grado di fronteggiarla con tutti i mezzi disponibili. Certo, i centri socio-educativi in Molise non sono una realtà ancora molto diffusa sul territorio ma il riscontro avuto dalla rilevazione rispetto alla crescita dei centri seppur di poche unità, è sinonimo di un'attenzione sempre più crescente verso il processo di integrazione dei soggetti disabili e sostegno alle loro famiglie.

Le strutture per minori

In Italia l'affidamento familiare è stato previsto e regolamentato dalla Legge 184/1983. La Legge 149/2001 che modifica la Legge 4 maggio 1983, 184, recante "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori", nonché al titolo VIII del libro primo del codice civile, interviene nell'ordinamento giuridico italiano a modificare la disciplina dell'adozione e affidamento dei minori, in particolare regolamenta l'affidamento dei minori, l'adozione (requisiti, procedure, affidamenti pre-adoptivi e dichiarazioni di adozione), l'adozione in casi particolari e le modifiche al titolo VIII del libro I del codice civile.

La legge ribadisce il diritto del minore a una famiglia. Il compito di educare, mantenere e istruire i figli spetta alla famiglia di origine e pertanto l'istituto dell'affidamento e dell'adozione devono essere previsti come ultima soluzione, dovendo lo Stato e gli enti locali, nell'ambito delle rispettive competenze, intervenire per sostenere le famiglie in difficoltà. Punto di forza della legge è proprio la possibilità di poter attuare interventi diversificati e innovativi in grado di rendere effettivo il diritto di ogni bambino a una famiglia.



Qualora il minore, nonostante gli interventi di aiuto disposti, si trovi a vivere in un ambiente familiare non idoneo, viene affidato temporaneamente ad una famiglia, ad una persona singola e, solo in ultima analisi “è consentito l’inserimento del minore in una comunità di tipo familiare”.

La rilevazione condotta sulle tipologie di presidi dislocati sul territorio molisano ha permesso di individuare 15 strutture per l’accoglienza di minori allontanati dalle famiglie di origine o senza più una famiglia, anche se i dati rilevati attengono a 14 strutture, in quanto una presente nell’ATS di Riccia-Bojano è in fase di riorganizzazione e nell’anno di riferimento non ha ospitato nessun minore.

Iniziando ad esaminare le informazioni ricavate dai questionari, emerge che al 31 dicembre 2013 sette strutture sono presenti nell’ATS di Campobasso, tre nell’ATS di Isernia, due in quello di Riccia-Bojano, una nell’ATS di Isernia e infine una in quello di Venafro.

Dai dati è possibile rilevare che le strutture sono riconducibili in particolare alle tipologie di case famiglia e comunità alloggio, cui si aggiungono due centri diurni presenti nell’ATS di Campobasso. Le 14 strutture rilevate non differiscono in termini quantitativi rispetto a quelle prese in considerazione nella rilevazione del 2009, ma ciò che si rileva è una trasformazione in funzione di problemi ed esigenze delle realtà locali: un esempio chiaro al riguardo, sono le comunità che si sono dedicate e “specializzate” all’accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, che conta 3 strutture dislocate rispettivamente nell’ATS di Campobasso, Isernia e Venafro.

La tipologia di strutture maggiormente presenti sul territorio sono quattro case famiglia, di cui tre presenti nell’ATS di Campobasso e una nell’ATS di Riccia-Bojano; seguono quattro comunità alloggio di cui una nell’ATS di Campobasso, due in quello di Isernia e una nell’Ambito di Riccia-Bojano.

Tre sono i centri educativi per minori stranieri non accompagnati presenti, rispettivamente, uno nell’ATS di Campobasso, uno in quello di Isernia e uno nell’ATS di Venafro. I centri diurni sono due, entrambi presenti nell’Ambito di Campobasso. Infine si riscontra un solo centro multiutenza presente nell’Ambito di Termoli.

Le strutture hanno un potenziale di accoglienza pari a 152 posti disponibili, di cui 23 riservati all’emergenza e 18 all’ospitalità temporanea. Si può affermare che considerato i 182 minori accolti a fronte di una ricettività di 152 posti le strutture che in regione ospitano i minori sono sature (tabella 10).

Al 31 dicembre 2013 i minori accolti temporaneamente nelle diverse strutture della Regione sono 182, di cui 168 nelle strutture residenziali e solo 14 in quelle semiresidenziali (tabella 11).



Tabella 10

Ricettività delle strutture per minori per Provincia. Molise – Anno 2013

Province	Posti per ricettività ordinaria	Posti per l'emergenza	Posti per l'ospitalità temporanea
Campobasso	84	22	18
Isernia	68	1	0
Molise	152	23	18

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Tabella 11

Minori accolti nelle strutture per tipologia di regime e ATS. Molise – Anno 2013

Ambiti	Tipologia di regime		
	Residenziale	Semiresidenziale	Tot. minori accolti
Ambito di Agnone	0	0	0
Ambito di Campobasso	30	14	44
Ambito di Larino	0	0	0
Ambito di Isernia	69	0	69
Ambito di Riccia-Bojano	32	0	32
Ambito di Termoli	4	0	4
Ambito di Venafro	33	0	33
Molise	168	14	182

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

In particolare la distribuzione nel territorio regionale dei minori, secondo la tipologia delle strutture residenziali e semiresidenziali, vede il 38% dei minori collocato nelle strutture appartenenti all'Ambito di Isernia, il 24,2% all'Ambito di Campobasso, il 18% all'Ambito di Venafro, il 17,6% all'Ambito di Riccia-Bojano e infine il 2,2% all'Ambito di Termoli.

È da precisare però che in questa ricerca non vengono considerati i minori che per motivi diversi sono stati collocati in strutture ubicate fuori del territorio regionale. È invece possibile conoscere il dato relativo ai minori in affidamento consensuale e giudiziario per l'anno 2013. Queste due realtà, seppur con aspetti diversi hanno come denominatore l'allontanamento del minore dalla sua famiglia di origine. I dati acquisiti dai Tribunali Ordinari della Regione, quali il capoluogo, Iser-

nia e Larino con la sezione distaccata di Termoli e dal Tribunale per i Minorenni di Campobasso, mettono in evidenza il maggior ricorso all'affidamento giudiziario con 25 minori, rispetto all'affidamento consensuale con solo 2 minori.

Ciò che è auspicabile parlando di minori collocati nelle strutture è sicuramente una progressiva diminuzione del ricorso a tale istituto verso un rafforzamento di altri percorsi di presa in carico e politiche tese a supportare le famiglie per evitare l'allontanamento dei figli.

Dai dati emersi nella presente rilevazione si riscontra un aumento significativo rispetto all'ultima indagine effettuata nel 2009 (Cicchetti A., Perrella A., 2010) e cioè i minori accolti nelle strutture sono passati rispettivamente da 69 a 182. Tale dato non deve essere inteso come un maggior ricorso al collocamento in strutture, ma la crescita è, in parte, attribuibile all'elevato numero di stranieri non accompagnati che sottoposti generalmente ad un provvedimento di protezione, a seguito della loro individuazione da parte delle forze dell'ordine, trovano accoglienza quasi esclusiva nei servizi residenziali.

L'incremento della popolazione di origine straniera nel territorio regionale ha comportato per gli immigrati significative difficoltà, sia lavorative e abitative, che di integrazione culturale. Questa condizione si riflette anche sulla possibilità di esercitare un'adeguata funzione educativa genitoriale e di tutela dei propri figli. Ancora più grave è la situazione dei minori stranieri senza alcun accompagnamento e tutela familiari, presenti nelle strutture in misura numericamente significativa.

Rispetto alla mobilità dell'affidamento, ovvero all'inserimento di un bambino all'interno o fuori dalla propria regione di residenza si rileva che escludendo i minori stranieri e non accompagnati, non ci sono inserimenti di minori provenienti da altre regioni; ciò non pone nessun dubbio sulla prassi maggiormente utilizzata che è quella di privilegiare il luogo di vita del minore; questa è la regola che si cerca di seguire ed applicare quando possibile anche nel rispetto della legge "... è consentito l'inserimento del minore in una comunità di tipo familiare o, in mancanza, in un istituto di assistenza pubblico o privato, che abbia sede preferibilmente nel luogo più vicino a quello in cui stabilmente risiede il nucleo familiare di provenienza"⁵. A tal proposito, però, non è possibile indicare se vi siano minori inseriti in strutture extraregionali e se le motivazioni siano riconducibili alla necessità di una maggiore distanza dalla propria residenza per motivi di tutela (tabella 12).

Analizzando i dati per genere, si riscontra che dei 182 minori in strutture, ben 116 sono maschi (63,7%) rispetto alle 66 femmine (36,3%).

⁵ Legge 28 marzo 2001, n. 149 "Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori", nonché al titolo VIII del libro primo del codice civile.



Tabella 12

Minori accolti nelle strutture per provenienza. Molise – Anno 2013

Provenienza dei minori	Regime residenziale	Regime semiresidenziale	Totale
residenti in Molise	50	14	64
residenti in altra regione	0	0	0
stranieri	13	0	13
stranieri non accompagnati	105	0	105
Totale	168	14	182

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

In particolare, sono le strutture appartenenti all’Ambito di Isernia ad accogliere 61 maschi (il 52% sul totale dei minori accolti), seguito da 33 maschi inseriti nelle strutture dell’Ambito di Venafro, 19 sono i maschi presenti nell’Ambito di Campobasso, mentre solo 3 i maschi accolti nelle strutture dell’Ambito di Riccia-Bojano. È proprio in quest’ultimo Ambito che si concentra la maggiore presenza di femmine 29 (il 44% sul totale dei minori accolti) seguito dall’Ambito di Campobasso con 25 femmine, dall’Ambito di Isernia con 8 femmine e solo 4 presenti nell’Ambito di Termoli.

Dall’analisi dei dati per età, emerge che la maggioranza dei minori accolti, ben 50 presenti nell’Ambito di Isernia, hanno un’età compresa tra 15 ai 17 anni, seguono 13 minori tra i 6 e i 10 anni, e 9 tra gli 11 e i 14 anni accolti nelle strutture appartenenti all’Ambito di Campobasso, e solamente un minore tra 0-2 anni. Al crescere dell’età si tende maggiormente a scegliere l’ingresso nelle comunità residenziali, mentre per i piccolissimi si preferisce decisamente trovare soluzioni alternative quali l’affidamento a famiglie, come del resto indicato dalla legge nazionale di riferimento.

Il collocamento nelle strutture è un mezzo di protezione all’infanzia fino al compimento della maggiore età. Allo scadere di tale termine, il soggetto divenuto maggiorenne è chiamato a provvedere a se stesso in maniera autonoma.

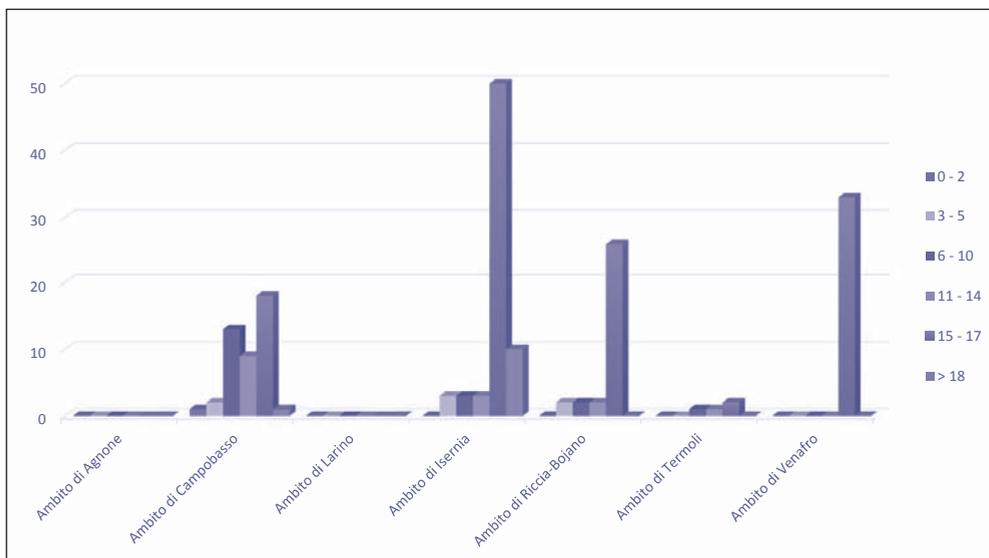
La presenza nelle strutture di 11 maggiorenni, testimonia che quanto detto non sempre è applicabile, che spesso si continua ad ospitare nelle strutture i minori anche dopo il compimento della maggiore età, segnale inequivocabile delle difficoltà di un reinserimento nel contesto familiare, sociale e territoriale di appartenenza spesso determinato forse anche da una carenza di progetti per l’autonomia.

Un aspetto importante da considerare è quello della durata della permanenza dei minori nella struttura.

Dei 182 minori accolti nei presidi residenziali, 129 hanno un periodo di per-

Figura 3

Minori accolti nelle strutture per classe d'età e Ambito territoriale sociale. Molise – Anno 2013



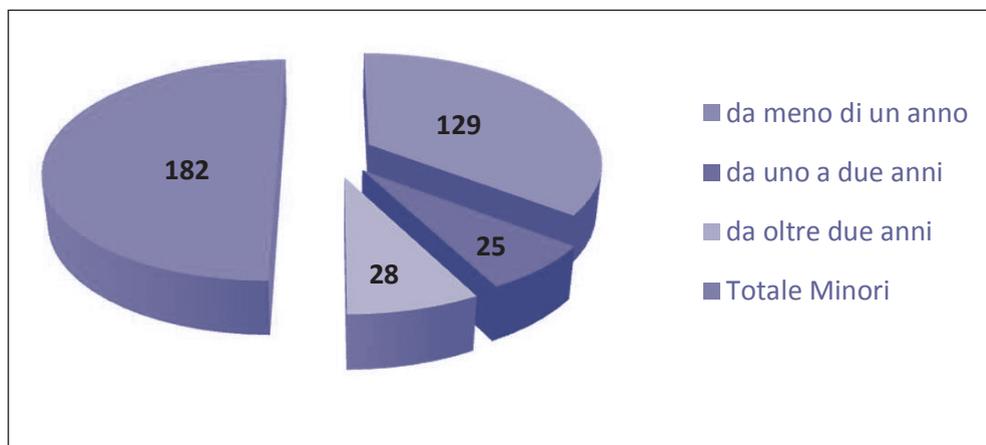
Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

manenza inferiore all'anno, dato da attribuire in parte alla notevole presenza di minori stranieri e non accompagnati per i quali spesso vi è un primo momento di ospitalità presso le strutture residenziali, 25 i minori con un periodo di permanenza da uno a due anni, 28 oltre due anni.

È sicuramente indispensabile impegnarsi per far sì che la permanenza sia solo un periodo di transizione, un arco temporaneo in cui si offrono degli aiuti sia sostitutivi che integrativi nella vita di un minore. L'allontanamento dal nucleo familiare di origine a volte è condizione indispensabile per poter attuare dei programmi di sostegno e aiuto alla famiglia che si trova in condizione di difficoltà, per attivare programmi specialistici e differenziati in vista del superamento delle cause che hanno determinato l'allontanamento del minore e del rientro dello stesso nella propria famiglia d'origine. Caratteristica dell'affidamento è la temporaneità, intesa nel senso del tempo necessario affinché la condizione di rischio per il minore cessi, anche se non è possibile circoscrivere la durata in un tempo prestabilito e uguale per tutti, di solito rapportato al tempo necessario al recupero della famiglia d'origine.

L'esame delle motivazioni che stanno alla base dell'inserimento in struttura è molto importante, in quanto consente di identificare gli ambiti di vulnerabilità psicosociale maggiormente presenti e di individuare le migliori strategie di sostegno

Figura 4

Minori accolti nelle strutture per periodo di permanenza. Molise – Anno 2013

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

e aiuto per un minore che non può vivere nel suo contesto familiare. Si evidenzia il dato significativo di profughi-clandestini che sono per la maggior parte di sesso maschile (86) rispetto alle 23 femmine.

Seguono a parità numerica, 10 minori inseriti nelle strutture a causa di problemi relazionali con la famiglia e di condotta del nucleo familiare includendo in tali categorie una vasta gamma di situazioni multiproblematiche spesso difficili da codificare, comunque una situazione familiare disfunzionale che pone a grave rischio lo sviluppo del minore, con genitori travolti dalle proprie problematiche e quindi incapaci di comprendere i bisogni di un bambino.

Si è ricorso all'inserimento in struttura per 8 minori vittime di maltrattamento o incuria da parte di uno o più membri del nucleo familiare d'origine e, a seguire, motivi legati ad abbandono del minore, inteso come situazioni di estrema deprivazione, anche culturale, nelle quali le esigenze normali di sviluppo di un bambino non sono prese nella giusta considerazione (tabella 13).

Molti dei minori ospitati nelle strutture sono stranieri che giungono in Italia spinti a lasciare il proprio paese per motivi di vera e propria sopravvivenza.

Dei 118 minori stranieri e stranieri non accompagnati, 89 sono maschi e 29 femmine. Tale differenza è probabilmente riconducibile al fatto che in genere questi minori provengono da contesti socioculturali in cui è il maschio a dover supportare economicamente la famiglia intraprendendo un piano migratorio quale possibile risorsa economica per la famiglia che rimane nel luogo d'origine.

Tabella 13

Minori presenti nelle strutture residenziali e semiresidenziali secondo il motivo prevalente dell'inserimento per sesso ed età. Molise – Anno 2013

Motivi	Sesso		
	Maschi	Femmine	Totale
Problemi di condotta dei genitori	3	7	10
Crisi delle relazioni familiari	3	3	6
Maltrattamento o incuria	5	3	8
Problemi giudiziari dei genitori	1	1	2
Problemi relazionali con la famiglia	7	3	10
Minore orfano di uno o entrambi i genitori	0	0	0
Profugo-clandestino	86	23	109
Problemi abitativi della famiglia	0	4	4
Problemi scolastici	0	3	3
Violenza sessuale sul minore	0	1	1
Stato di abbandono del minore	3	4	7
Problemi comportamentali del minore	5	1	6
Altro	2	14	16
Molise	115	67	182

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Altro dato a supporto di tale tesi è quello evidenziato dall'età; ben il 90,5% dei minori stranieri ha un'età compresa tra i 15-17 anni; inoltre vi sono 5 maggiorenni ancora presenti nelle strutture (tabella 14).

Tabella 14

Minori stranieri e non accompagnati accolti nelle strutture per classe d'età e sesso. Molise – Anno 2013

Sesso	Classi d'età						Totale
	0 - 2	3 - 5	6 - 10	11 - 14	15 - 17	>18	
Maschi	0	0	0	2	83	4	89
Femmine	0	0	3	1	24	1	29
Totale	0	0	3	3	107	5	118

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.





Esaminando le nazionalità dei minori stranieri presenti, si individua una grande eterogeneità: sono 19 le nazionalità rappresentate. Dei 118 minori stranieri e non accompagnati 23 provengono dalla Somalia, 22 dall'Egitto, 21 dall'Eritrea, 13 dal Bangladesh e 6 sono i minori provenienti da Ghana e da altre nazioni.

L'équipe educativa all'interno dei presidi rappresenta un importante punto di riferimento per minori in cui la relazione educativa da costruire deve basarsi sulla personalizzazione dell'intervento e sull'unicità di ogni minore.

Dalla seguente tabella si può osservare che le figure professionali maggiormente presenti sono rappresentate dai volontari (22), segue il personale amministrativo (16), gli animatori ed educatori (15). Ciò che sicuramente si rileva è che la tipologia di rapporto di lavoro si bilancia al 50% tra personale dipendente e volontario, ma sommando quest'ultimo ai rapporti di collaborazione o ad altre tipologie si raggiunge il 70% del personale impiegato, che potrebbe essere sinonimo di presenza non stabile.

Tabella 15

Professionalità impegnate nelle strutture per minori per qualifica professionale e tipologia di rapporto. Molise – Anno 2013

Qualifica professionale	Dipendente	Collaboratore	Volontario	Altro	Totale
Amministrativo/Dirigente	5	3	2	6	16
Psicologo	1	7	1	0	9
Sociologo	0	0	1	0	1
Assistente sociale	8	2	0	0	10
Operatore Socio-sanitario	1	8	1	0	10
Educatore professionale	9	0	0	0	9
Medico/Infermiere	0	0	1	4	5
Animatore/Educatore	7	1	4	3	15
Insegnante/Formatore	1	0	4	0	5
Senza qualifica specifica	0	0	3	0	3
Ausiliare, servizi generali	10	1	2	0	13
Volontari	0	0	22	0	22
Totale operatori	42	22	41	13	118

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Come già detto, le norme che regolano la materia delle autorizzazioni al funzionamento e dell'accreditamento delle strutture e dei servizi socio-assistenziali, in ambito regionale, asseriscono che è il Comune l'ente competente per il rilascio

del provvedimento di autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento previa verifica delle condizioni e dei requisiti strutturali, organizzativi, funzionali previsti dalla normativa di riferimento.

Dalla rilevazione effettuata al 31.12.2013 emerge che 10 strutture hanno ottenuto l'autorizzazione al funzionamento e solo 3 sono quelle accreditate.

La D.G.R. n. 67 del 24 febbraio 2014 ha prorogato a tutto il mese di maggio 2014 il termine per l'adeguamento ai requisiti organizzativi, funzionali e strutturali dei servizi e delle strutture sociali previsti nella direttiva precedente, pertanto dopo tale data le strutture autorizzate iscritte nel registro regionale sono 6, quelle accreditate 2.

Tabella 16

Strutture per minori autorizzate e/o accreditate per Ambito territoriale sociale. Molise – Anno 2013

Qualifica professionale	Dipendente	Collaboratore	Volontario	Altro	Totale
Amministrativo/Dirigente	5	3	2	6	16
Psicologo	1	7	1	0	9
Sociologo	0	0	1	0	1
Assistente sociale	8	2	0	0	10
Operatore Socio-sanitario	1	8	1	0	10
Educatore professionale	9	0	0	0	9
Medico/Infermiere	0	0	1	4	5
Animatore/Educatore	7	1	4	3	15
Insegnante/Formatore	1	0	4	0	5
Senza qualifica specifica	0	0	3	0	3
Ausiliare, servizi generali	10	1	2	0	13
Volontari	0	0	22	0	22
Totale operatori	42	22	41	13	118

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

La ricerca condotta ha messo in evidenza una rete di servizi con accoglienza diversificata, non adeguatamente distribuita su tutto il territorio molisano. In particolare, ciò che emerge rispetto alla precedente rilevazione del 2009 è l'istituzione di comunità che si sono dedicate e "specializzate" all'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, fenomeno emerso relativamente da poco tempo nel nostro territorio, nonché un aumento dei minori presenti nelle strutture passati rispettivamente dai 69 dell'ultima rilevazione del 2009 agli attuali 182.

È da sottolineare però che tale dato si compone di 118 tra minori stranieri e stra-



nieri non accompagnati per i quali si riscontra il sostenuto ricorso al collocamento in comunità rispetto all'attivazione di percorsi diversi.

È sicuramente motivo di insoddisfazione rilevare la presenza di minori superiore alla disponibilità complessiva d'accoglienza delle strutture. Pertanto è possibile supporre che alcuni minori siano stati inseriti in comunità fuori regione, determinando così un allontanamento del minore dal proprio contesto di vita, nonché un ulteriore aggravio di costi per i comuni di residenza.

Una criticità che si riscontra, come già rilevato negli anni precedenti, si riferisce al fatto che le strutture operanti sul territorio risultano in gran parte ancora prive di autorizzazione e accreditamento così come previsto dalla Delibera di Giunta Regionale del 6 marzo 2006, n. 203 ed ora dal Regolamento di attuazione della Legge regionale 6 maggio 2014, n.13 "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e Servizi sociali", approvato con Delibera Giunta Regionale 10 febbraio 2015, n. 59.

Sarebbe opportuno che tutte le strutture si adeguassero ai requisiti strutturali, organizzativi e funzionali, nonché agli standard qualitativi così come previsto dalla normativa.

Sarebbe naturalmente auspicabile poter contare su un numero sempre maggiore di famiglie affidatarie in grado di assicurare al minore il mantenimento, l'educazione, l'istruzione e le relazioni affettive di cui ha bisogno e così conferire alle strutture residenziali quel ruolo residuale di "ultima istanza" quando non vi è la possibilità di collocamento presso una famiglia affidataria.

Le strutture per anziani

Il lavoro di rilevazione delle strutture residenziali per anziani ha coinvolto 60 presidi, con un tasso di risposta del 100%, permettendo di ottenere sia l'elenco delle strutture presenti e attive sul territorio, sia di aggiornare i dati di utenza al 31.12.2013.

L'aggiornamento della rilevazione effettuata permette di restituire il dato conoscitivo dell'attuale offerta di servizi relativo alla fascia di popolazione anziana nella regione Molise, offrendo una lettura dell'attuale rete dei servizi presenti e misurandone l'effettiva aderenza ai reali bisogni di assistenza espressi dalla popolazione ultrasessantacinquenne molisana.

L'attività di ricerca è stata orientata all'analisi dei fenomeni e al supporto della programmazione della politica regionale. È quindi evidente che, le informazioni raccolte in questi anni sulla popolazione anziana e la loro condizione, sono di aiuto all'individuazione di politiche attente a queste necessità.



Sull'andamento demografico della popolazione anziana si veda il capitolo 2.

Gli importanti cambiamenti demografici in atto in Europa e in Italia, non escludono sicuramente il Molise alle prese con una diminuzione delle nascite, un aumento della durata della vita, un aumento della popolazione ultrasessantacinquenne che comporta un cambiamento nella struttura della popolazione e un progressivo invecchiamento.

È evidente che la permanenza più prolungata delle persone nella condizione di anzianità, determina una maggiore richiesta di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali specifici per tale fascia di popolazione. Ciò è dovuto anche ai cambiamenti demografici e socio economici della famiglia, che è passata da famiglia "estesa" e "nucleare" tipica degli anni cinquanta e sessanta, ad una famiglia sempre più unipersonale o bipersonale non sempre in grado di accogliere e sostenere il soggetto anziano al suo interno.

Dalla rilevazione effettuata risulta che le strutture per anziani presenti nel territorio regionale sono in totale 60, di cui 39 nella provincia di Campobasso e 21 in quella di Isernia. In particolare, si rileva che solamente una di queste è un servizio semi residenziale. I Centri diurni sono realtà ancora poco diffusi, ma ad essi si riconosce il compito fondamentale di mediatore tra ambiente di vita del soggetto anziano e i legami con la famiglia, perché servizio intermedio tra assistenza domiciliare e assistenza residenziale.

Dall'analisi dei dati si evince che i presidi si suddividono in 20 case di riposo, 25 comunità alloggio, 10 residenze protette, 2 comunità di tipo familiare, 1 residenza sanitaria assistenziale, 1 casa albergo e 1 centro diurno. In particolare è l'Ambito di Campobasso che vede la presenza del 25% delle strutture, al contrario l'Ambito di Venafro che fa riscontrare la presenza di solo 6 strutture (tabella 17). Pertanto, i servizi offerti rientrano nella tipologia di servizi individuati con 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 approvata con Deliberazione della Giunta Regionale 6 marzo 2006 n. 203 e successive modifiche e integrazioni.

Occorre rilevare che, rispetto alla precedente mappatura effettuata al 31 dicembre 2011, il dato delle strutture ha registrato un aumento di 14 unità, passando da 46 alle attuali 60 strutture.

Tabella 17

Strutture residenziali per anziani per tipologia di presidio e Ambito territoriale sociale. Molise – Anno 2013

Ambiti	Tipologia di presidio						Centro Diurno	Totale strutture
	case di riposo	casa albergo	comunità alloggio	comunità familiare	Residenze Protette	Residenza Sanitaria Assistenziale		
Ambito di Agnone	2	0	3	0	1	1	0	7
Ambito di Campobasso	4	0	6	1	3	0	1	15
Ambito di Isernia	2	0	6	0	2	0	0	10
Ambito di Larino	3	0	3	1	2	0	0	9
Ambito di Riccia-Bojano	3	1	4	0	1	0	0	9
Ambito di Termoli	4	0	1	0	1	0	0	6
Ambito di Venafro	2	0	2	0	0	0	0	4
Molise	20	1	25	2	10	1	1	60



Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

I posti disponibili sono complessivamente 1.946, soltanto alcune delle strutture però prevedono posti per l'emergenza, per l'ospitalità temporanea nonché posti per anziani non autosufficienti (tabella 18).

Tabella 18

Strutture residenziali per anziani per ricettività massima, posti riservati all'emergenza, posti riservati all'ospitalità temporanea e posti riservati agli anziani non autosufficienti per ATS. Molise – Anno 2013

ATS	Totale posti	Posti riservati all'emergenza	Posti riservati all'ospitalità temporanea	Posti per anziani non autosufficienti
Ambito di Agnone	179	7	5	36
Ambito di Campobasso	405	7	22	110
Ambito di Isernia	386	4	2	142
Ambito di Larino	254	38	37	44
Ambito di Riccia-Bojano	249	32	32	15
Ambito di Termoli	245	7	9	21
Ambito di Venafro	228	13	6	32
Molise	1946	108	113	400

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

A fronte dei 1.946 posti disponibili, gli anziani inseriti nelle strutture sono complessivamente 1.640, denotando una risposta adeguata alla domanda. Com'è possibile notare, i posti riservati ad anziani non autosufficienti rappresentano solo il 20% rispetto al totale della ricettività. Tale dato è sicuramente da imputare alle tipologie di strutture maggiormente riconducibili alle Residenze Assistenziali (case di riposo, case albergo, comunità alloggio, ecc.), che sono caratterizzate da diversi livelli di protezione sociale e di assistenza tutelare destinata ad anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti non bisognosi di assistenza sanitaria specifica.

Sono invece le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), in Molise ne è presente solo una privata nell'Ambito di Agnone e una pubblica dell'ASReM presso l'ex presidio ospedaliero di Larino, che realizzano un livello medio di assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera. Sono rivolte ad anziani non autosufficienti e ad altri soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio⁶.

La panoramica sulla rete dei servizi socio-sanitari e socio assistenziali nella regione assume più significato e interesse se rapportata alla popolazione target, cioè a quella parte della popolazione totale che usufruisce, o meglio, che potenzialmente potrebbe usufruire di tali prestazioni.

La tabella 19 si occupa di questo aspetto e analizza la rete dei servizi erogati sulla popolazione di riferimento, gli anziani di età superiore ai 65 anni, attraverso il tasso di copertura.

Quest'ultimo, dato dal rapporto tra il numero di posti e la popolazione residente ultra 65enne, è una prima, grossolana ma molto utile, approssimazione del livello complessivo dell'offerta presente negli ATS.

In particolare si dà una misura dell'impatto che la struttura esercita su tale fascia di popolazione; più il tasso è elevato più importante è il ruolo dell'offerta sulla potenziale domanda. Si riscontrano delle differenze per territorio in quanto la disponibilità dei posti letto varia dal 5% nell'Ambito di Agnone, al 3,8% nell'Ambito di Isernia fino al 1,6% nell'Ambito di Termoli.

In relazione alla tipologia del soggetto gestore emerge che un alto numero di strutture sono gestite da società private o da cooperative sociali, mentre esiguo è il numero di quelle gestite da congregazioni religiose.

In merito al pagamento della retta, si rileva che solo un numero marginale beneficia gratuitamente dei servizi delle strutture. Per la quasi totalità degli assistiti la retta è interamente a carico dell'utente o della famiglia; le integrazioni alle

⁶ Linee guida del Ministero della Sanità n. 1 del gennaio 1994, "Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali"; Deliberazione della 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.

Tabella 19

Tasso di copertura della popolazione di età uguale o superiore a 65 anni per ATS. Molise – Anno 2013

Ambiti	Totale posti	Anziani residenti	% posti letto ogni 1000 anziani
Ambito di Agnone	179	3.503	5.1%
Ambito di Campobasso	405	18.490	2.2%
Ambito di Isernia	386	10.089	3.8%
Ambito di Larino	254	6.931	3.6%
Ambito di Riccia-Bojano	249	10.086	2.5%
Ambito di Termoli	245	15.284	1.6%
Ambito di Venafro	228	6.234	3.6%
Molise	1946	70.617	2.7%



Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

rette si rilevano in particolare all'interno della RSA, piuttosto che nelle residenze socio-assistenziali dove, di norma, le rette sono interamente a carico degli utenti.

La tabella successiva mostra che su 1.640 anziani presenti nelle strutture, il 44,5% è accolto nelle case di riposo, con una maggiore incidenza nell'Ambito di Venafro, segue il 25,4% accolti nelle comunità alloggio con una rilevante presenza nell'Ambito di Campobasso, il 25,3% degli utenti è accolto nelle c.d. Residenze Protette, con lungo distacco seguono il centro diurno che accoglie l'1,3% degli anziani, le comunità familiari che ospitano l'1,2% degli anziani, la residenza sanitaria assistenziale con l'1,1% e infine la casa albergo con lo 0,9%.

Tabella 20

Anziani accolti nelle strutture residenziali per tipologia di presidio e ATS. Molise – Anno 2013

Comuni	Anziani accolti nei diversi presidi						
	Casa di riposo	Casa albergo	Comunità alloggio	Comunità di tipo familiare	Residenza Protetta	Residenza Sanitaria Assistenziale	Centro Diurno
Ambito di Agnone	65	0	39	0	11	20	0
Ambito di Campobasso	93	0	119	4	106	0	22
Ambito di Isernia	78	0	94	0	127	0	0
Ambito di Larino	87	0	43	17	60	0	0
Ambito Riccia-Bojano	82	16	67	0	51	0	0
Ambito di Termoli	132	0	22	0	60	0	0
Ambito di Venafro	192	0	33	0	0	0	0
Molise	729	16	417	21	415	20	22

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Di seguito si illustra la composizione per genere della popolazione anziana presente nelle strutture. Si rileva come, a prescindere dalla tipologia, la componente femminile risulti maggioritaria tra gli ospiti presenti in struttura al 31.12.2013. La differenza nella speranza di vita tra uomini e donne incide notevolmente tra i due generi e in particolare si intensifica dopo i 75 anni e la spiegazione è riconducibile alla maggiore sopravvivenza delle donne.

Tabella 21
Anziani accolti nelle strutture residenziali per sesso e ATS. Molise – Anno 2013

ATS	Sesso		Totale anziani
	maschi	femmine	
Ambito di Agnone	37	98	135
Ambito di Campobasso	114	230	344
Ambito di Isernia	100	199	299
Ambito di Larino	68	139	207
Ambito di Riccia-Bojano	81	135	216
Ambito di Termoli	50	164	214
Ambito di Venafro	109	116	225
Molise	559	1081	1640

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

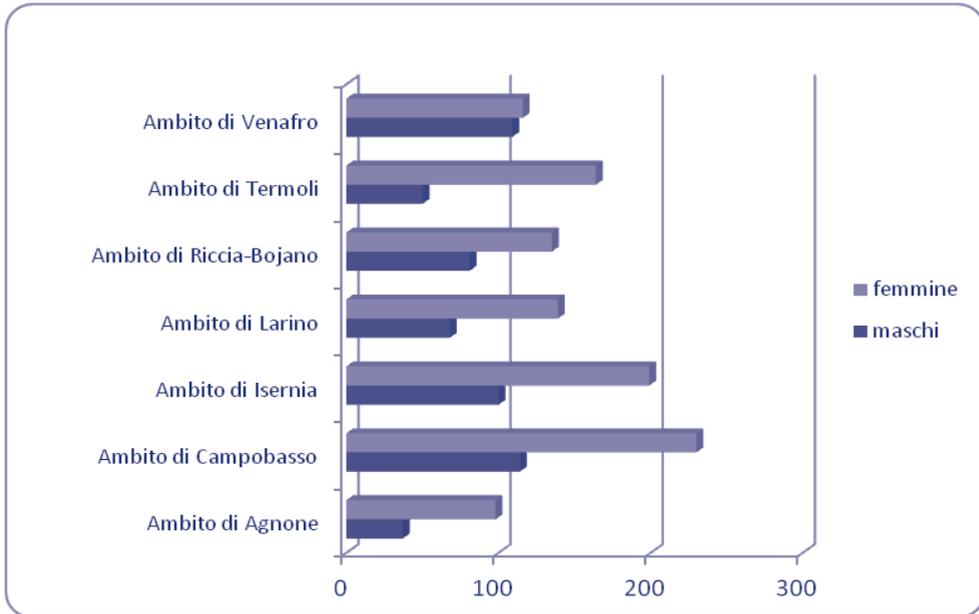
Ciò ha però delle implicazioni: sono sempre più le donne che si ritrovano sole e in condizione di vedovanza, mentre gli uomini continuano a vivere spesso in coppia fino al loro decesso. Inoltre, una maggiore longevità è spesso accompagnata da molteplici patologie o forme di non autosufficienza, tutti fattori che rendono difficile, se non impossibile, la permanenza nel proprio contesto familiare da parte delle donne anziane.

L'età degli anziani inseriti nelle strutture è così distribuita: il 48,5% ha un'età compresa tra i 65 e gli 84 anni, mentre il 51,5% della popolazione anziana ospitata è ultraottantacinquenne.

È evidente che con l'avanzare dell'età aumentano anche le patologie connesse e in particolare quelle a carico del sistema muscolo scheletrico e neurologico. Spesso si parla di comorbidità proprio per indicare la presenza concomitante di due o più patologie nello stesso soggetto, che aumentano il rischio di deterioramento improvviso dello stato di salute e di compromissione dell'autonomia funzionale.

Figura 5

Anziani accolti nelle strutture per sesso e ATS. Molise – Anno 2013



Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Molteplici sono le descrizioni usate in letteratura per indicare la non autosufficienza.

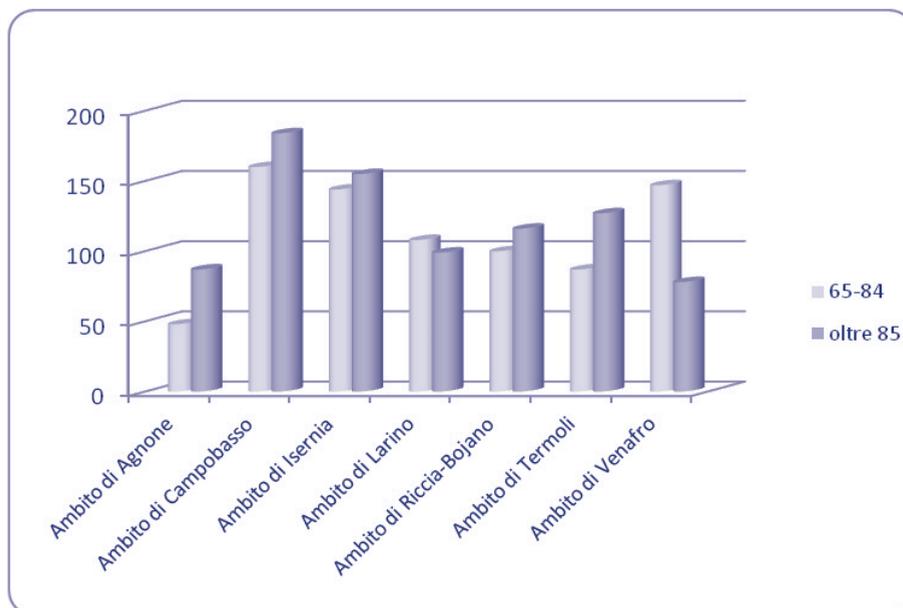
Nel Testo Unificato⁷ presentato alla Camera per l'istituzione di un Fondo per il sostegno dei non autosufficienti, si precisa che: "Sono considerate non autosufficienti le persone che per una minoranza singola o plurima, hanno subito una riduzione dell'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione". In conformità ai criteri utilizzati dall'Istat, la definizione di persone non autosufficienti, fa riferimento alla capacità della persona di svolgere autonomamente o meno le funzioni essenziali della vita quotidiana e che richiede un intervento assistenziale permanente e continuativo sia nella vita individuale che di relazione.

⁷ "Istituzione di un Fondo per il sostegno delle persone non autosufficienti" presentato alla XII Commissione Affari sociali nel 2004".



Figura 6

Anziani accolti nelle strutture per classe d'età e ATS. Molise – Anno 2013



Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio del Fenomeni Sociali.

A fronte delle difficoltà di avere una definizione univoca, spesso si fa riferimento a quella introdotta nel 2001 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS, secondo cui sono non autosufficienti le persone che hanno una riduzione, o una perdita, delle capacità funzionali di condurre un'attività in modo considerato "normale" per un essere umano⁸.

Dalla ricerca emerge che su 1.640 anziani ricoverati, 852 risultano non autosufficienti, quasi il 52% degli anziani accolti nelle strutture, sono in una condizione di non autosufficienza che necessitano di interventi e servizi integrati. In linea generale, nella tipologia delle residenze assistenziali rientrano le case di riposo e le altre strutture residenziali a carattere socio-assistenziale, che ospitano in genere anziani autosufficienti e non autosufficiente di grado lieve.

In particolare sono proprio le residenze sanitarie assistenziali (RSA) ad essere dedicate a persone con ridotta autonomia, non assistibili a domicilio⁹.

⁸ OMS, 2001.

⁹ Deliberazione della 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.



Pertanto è da ritenere insufficiente la presenza delle strutture socio-sanitarie in Molise considerata l'alta percentuale di anziani non autosufficienti che vengono accolti nei vari presidi che hanno a disposizione posti riservati agli stessi (tabella 17).

Così come più volte riportato, l'autorizzazione è il provvedimento che consente l'esercizio delle attività da parte dei soggetti pubblici e privati. L'accreditamento istituzionale è il provvedimento con il quale si riconosce alle strutture pubbliche e private già autorizzate lo *status* di potenziali erogatori di prestazioni.

Ogni regione si è dotata di un assetto normativo in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sociali e sanitarie, nonché in materia di accreditamento istituzionale.

La Regione Molise con la Delibera di Giunta del 6 Marzo 2006, n. 203 "Direttiva in materia di autorizzazione e accreditamento dei servizi e delle strutture, partecipazione degli utenti al costo dei servizi, rapporto tra Enti Pubblici ed Enti Gestori" e successive modifiche ed integrazioni, ha individuato i requisiti strutturali, organizzativi, funzionali minimi per l'autorizzazione al funzionamento, nonché gli ulteriori requisiti tecnici di qualificazione per l'accreditamento.

Dai questionari si rileva che su 60 strutture censite, 50 hanno ottenuto l'autorizzazione al funzionamento, 9 ne risultano prive e 1 struttura ha omesso di indicare tale informazione. Sono solo 7 le strutture che hanno dichiarato di essere accreditate, e 6 le strutture che non hanno fornito alcuna indicazione in merito. (tabella 22)

Tabella 22

Strutture per anziani autorizzate e/o accreditate per ATS. Molise – Anno 2013

Comuni	Autorizzate				Accreditate			
	si	no	non indica	Totale	sì	no	non indica	Totale
Ambito di Agnone	5	2	0	7	2	4	1	7
Ambito di Campobasso	15	0	0	15	1	14	0	15
Ambito di Isernia	9	1	0	10	1	8	1	10
Ambito di Larino	6	2	1	9	1	6	2	9
Ambito di Riccia-Bojano	7	2	0	9	1	8	0	9
Ambito di Termoli	4	2	0	6	1	5	0	6
Ambito di Venafro	4	0	0	4	0	2	2	4
Molise	50	9	1	60	7	47	6	60

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

L'elenco delle strutture residenziali e semiresidenziali autorizzate già a disposizione del Servizio Assistenza Socio-Sanitaria e Politiche Sociali della Regione Molise predisposto su avvenuta comunicazione da parte del Comune competente della documentazione attestante il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento, non fa evidenziare uno scostamento numerico significativo di quante anno dichiarato di aver ottenuto l'autorizzazione mediante il questionario somministrato dalla ricerca rispetto alle strutture iscritte nel registro.

Vista la Deliberazione di Giunta Regionale del 24 febbraio 2014, n. 67 che ha prorogato a tutto il mese di maggio 2014 il termine per l'adeguamento ai requisiti organizzativi, funzionali e strutturali previsti nelle precedenti deliberazioni, dopo tale data le strutture per anziani autorizzate e iscritte nel registro regionale risultano essere 51, quelle accreditate 5.

Le tipologie di professionalità maggiormente impiegate nella gestione delle strutture sono gli operatori che si occupano della cura e dell'assistenza quotidiana degli anziani e gli ausiliari per servizi generali e operatori senza specifica qualifica, impegnati principalmente nella gestione ordinaria della struttura (tabella 23).

Mentre per il personale presente all'interno delle strutture, il 68% delle professionalità impegnate operano in modo continuativo con contratto di dipendenza. Nel restante 32%, le professionalità si alternano in modo saltuario come collaboratori esterni, figure volontarie o altro.

Tabella 23
Professionalità impegnate nella gestione delle strutture per qualifica professionale. Molise – Anno 2013

Professionalità	Tipologia di struttura						
	Case di riposo	Residenze Protette	Centro Diurno	Comunità Alloggio	Comunità di tipo Familiare	Residenze Sanitarie Assistenziali	Casa Albergo
Dirigenti/ Amministrativi	31	17	1	26	1	0	1
Medici/infermieri/terapisti	63	83	2	38	4	9	0
Psicologi, Sociologi, Assistenti Sociali	10	9	1	26	0	0	0
OSS o OSA	124	86	7	125	1	5	5
Animatori o Educatori	15	12	1	8	0	0	0
Ausiliari senza qualifica	126	62	2	67	8	0	0
Volontari/altro	23	18	3	38	2	1	0
Totale	392	287	17	328	16	15	6

Fonte: indagine sulle strutture socio assistenziali in Molise – Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Punto di forza dovrebbe essere quello di fornire assistenza agli anziani nella propria abitazione e permettere loro di invecchiare all'interno della propria famiglia. Se ne deduce che la collocazione in strutture residenziali dovrebbe essere presa in considerazione solo come ultima soluzione.

Di fatto la situazione non è questa; negli ultimi anni per effetto del progressivo invecchiamento della popolazione e delle modificazioni intervenute nella struttura e nel comportamento delle famiglie, i presidi assistenziali hanno registrato un continuo aumento, dato confermato dalla presenza di 60 strutture rilevate rispetto alle 46 individuate nel 2009.

Non possiamo, comunque, ignorare il fatto che nella nostra realtà territoriale è la famiglia in molti casi a sostenere, ancora in modo principale, il peso dell'assistenza all'anziano o, in alternativa, a ricorrere al sempre più diffuso fenomeno del badantato, pur di mantenere l'anziano nel proprio ambiente abituale di vita. L'auspicio sarebbe quello di ripensare alla funzione delle strutture residenziali per anziani.

La rilevazione seppur non indaga aspetti definibili "qualitativi" del fenomeno permette di restituire, il dato conoscitivo quantitativo dell'attuale offerta di servizi a questa fascia di popolazione nei sette ATS, offrendo una lettura dell'attuale rete dei servizi presenti, misurandone l'effettiva aderenza ai reali bisogni di assistenza espressi dalla popolazione anziana.

La comparazione dei dati relativi ai due monitoraggi, effettuati ad oggi, di cui il primo al 31 dicembre 2009 e l'attuale al 31 dicembre 2013, consente di affermare che i posti offerti dalle strutture socio assistenziali dedicati alle persone anziane sono aumentati e risultano in grado di coprire le richieste di accoglienza.

Anche se anzianità e non autosufficienza non sono sinonimi, esiste un evidente collegamento tra l'avanzare dell'età e la riduzione delle capacità funzionali che portano l'individuo a non poter più condurre autonomamente la propria esistenza. Per il Molise, che ha tassi record di invecchiamento, è cruciale la creazione di residenze sanitarie assistenziali (RSA) a valenza socio-sanitaria, che assistano gli anziani non autosufficienti. Le strutture socio-sanitarie, che sono quelle appropriate per le condizioni di non autosufficienza, sono fortemente carenti in Molise. Al momento della redazione del presente rapporto, in Molise è attiva, ad esempio, una sola RSA pubblica ubicata nel comune di Larino e una sola privata nel Comune di Castel del Giudice, in regime di convenzionamento/accreditamento.

In conclusione, è proprio di qualche settimana l'approvazione del Regolamento attuativo della Legge regionale 13/2014, che riformula le tipologie di strutture semi-residenziali e residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie. L'effetto combinato con l'approvazione del Decreto del Commissario n. 37 del 3 novembre 2014, che ri-disciplina le strutture socio-sanitarie riabilitative (per anziani non autosufficienti e disabili), tende a costruire un nuovo scenario.

Infatti, una delle maggiori carenze del sistema socio-sanitario residenziale del



Molise è l'assenza delle cosiddette "strutture intermedie". Questo è particolarmente vero nel socio-sanitario ed è in parte dovuto alla funzione di "supplenza" svolta dalle strutture socio-assistenziali nei confronti dei bisogni socio-sanitari, soprattutto grazie al ruolo svolto negli anni dalle "Residenze Protette" socio-assistenziali (di cui quattro addirittura risultano convenzionate con il SSR).

A questo si è in parte posto rimedio con l'approvazione degli atti appena citati, ma rimane la constatazione che l'accoglienza residenziale delle persone fragili e non autosufficienti in Molise, dei disabili in particolare, è carente e sostanzialmente delegata al sociale. Per la disabilità la situazione è peggiore, perché è quasi del tutto assente la rete dei Centri Diurni e delle strutture semi-residenziali in generale dedicate alle persone disabili. Anche qui la funzione di supplenza del sociale nei confronti del settore sociosanitario, attraverso i centri socio-educativi, è evidente.

CONCLUSIONI



Conclusioni

di Michele Colavita*



325

Al termine del presente rapporto corre l'obbligo di tirare le somme del lavoro svolto dall'Osservatorio dei Fenomeni Sociali.

Già nelle conclusioni del Rapporto 2010 (Cicchetti A., Perrella A., 2011) si avanzava la necessità di estendere lo spettro di analisi degli interventi e dei servizi sociali regionali alla componente socio-sanitaria, nonché delle problematiche legate alla povertà, che rappresenta l'altra parte della sfida delle integrazioni tra politiche di welfare.

È in questa direzione che la Regione Molise, attraverso atti normativi di programmazione e di gestione, sta spostando il baricentro della sua azione nel campo delle politiche sociali, le quali diventano, ogni giorno di più, politiche di benessere, con attenzione alla non autosufficienza, alla disabilità, ma anche alla povertà e alla qualità della vita in generale.

Il presente lavoro prova con successo a mettere in luce queste mutazioni, sia sul piano dei dati, che su quello dell'analisi dei cambiamenti del sistema di welfare regionale.

Così come per lo scorso rapporto, è necessario ribadire che questo lavoro, nato dall'attività, appunto, dell'Osservatorio dei Fenomeni Sociali della Regione Molise, svolta dalla metà del 2013 a marzo 2014, testimonia l'importanza di dare una qualche continuità ad una struttura che, tra molte vicissitudini, svolge una funzione di ascolto dei processi del welfare in Molise ormai da più di dieci anni.

È necessario riflettere, quindi, circa la necessità, di dotarsi, anche in Molise in maniera compiuta, di un Sistema Informativo Sociale e Socio-sanitario integrato e di un Osservatorio che ne supporti la realizzazione e la costante alimentazione, ma ne "amplifichi" anche la portata in termini di analisi, valutazione delle performance e proposte di programmazione.

Del resto la Legge regionale 13/2014, agli articoli 35, 36 e 37, ha previsto l'attivazione e la stabilizzazione sia del Sistema informativo che dell'Osservatorio,

* Dirigente della Regione Molise.

affermando proprio, a livello legislativo, la necessità di perseguire gli obiettivi appena discussi.

L'analisi della spesa sociale, ma anche dei fenomeni e dei bisogni, in un contesto di forti mutamenti legislativi, gestionali e finanziari, così come descritti nel dettaglio in questo rapporto, pone le basi per vincere la sfida della integrazione.

Attraverso l'integrazione tra politiche, sia sul piano concettuale-normativo che su quello gestionale-finanziario, la Regione potrà superare le "secche" di un *welfare state* in profondo mutamento e decidere di proporre un modello inedito per questa Regione. Per far ciò le conoscenze, le competenze e gli stimoli intellettuali provenienti dall'attività dell'Osservatorio non potranno che costituire un asse portante e irrinunciabile dell'intero processo di mutamento del welfare molisano.





BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI



AA.VV., 2013, “L’Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° rapporto Tra crisi e ripartenza”, San Marino, Maggioli Editore.

AA.VV., 2013, “La qualità del servizio sociale territoriale in Emilia e Romagna. Rapporto finale di ricerca”, dossier 223, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale.

AA.VV., 2011, “Preoccupante documento delle regioni: agli assistiti non sono riconosciuti diritti esigibili e ai loro congiunti sono richiesti nuovi contributi economici”, in *Prospettive assistenziali*, n. 173, <http://www.fondazionepromozionesociale.it/PA.html>.

Alfieri R., 2010, “Riforme e programmi politici: cosa fare per la sanità”, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 4, pag. 3-7.

Alfieri R., 2007, “Le idee che nuocciono alla sanità e alla salute”, Milano, FrancoAngeli.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), 2013, “Relazione scientifica sulle attività svolte e sui costi sostenuti periodo luglio 2013 – marzo 2014”.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), 2012, “La presa in carico degli anziani non autosufficienti. Un contributo per conoscere e decidere”, in *Quaderni Monitor*, supplemento al n. 30.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), 2011, “La rete dei distretti sanitari in Italia”, in *Quaderni Monitor*, supplemento al n. 27.

Alesina A., Ichino A., 2009, “L’Italia fatta in casa. Indagine sulla vera ricchezza degli italiani”, Milano, Mondadori.

Ardigò A., 1997, “Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria”, Milano, FrancoAngeli.

Arlotti M., 2012, “Tagli al welfare: andamenti e caratteristiche della spesa sociale regionale” in *la Rivista delle Politiche Sociali*, n. 3.

Ascoli U. (a cura di), “Il welfare in Italia”, Bologna, il Mulino.

Baldi B., 2006, “Regioni e Federalismo. L’Italia e l’Europa”, Bologna, Clueb.



- Baldini M., Toso S., 2009, "Diseguaglianza, povertà e politiche pubbliche", Bologna, il Mulino.
- Banca d'Italia, 2014, "Economie regionali. L'economia del Molise".
- Barberio M., 2014, "L'inclusione sociale e la lotta alla povertà", in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 4.1.
- Barberis E., 2010, "Rapporti territoriali e coordinamento. Una contestualizzazione della governance sociale in Italia", in *La Rivista delle Politiche Sociali*, n. 1, pp. 79-101.
- Barretta A. D. (a cura di), 2009, "L'integrazione socio-sanitaria", Bologna, il Mulino.
- Barretta A. D., 2009, "Fattori che possono impattare sulle relazioni interorganizzative in ambito socio-sanitario", in Barretta A.D. (a cura di), op. cit.
- Bertin G. (a cura di), 2013, "Governance ed inclusione sociale le regioni a confronto", in *Quaderni della Ricerca Sociale*, n. 23 del 2013, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
- Bertin G. (a cura di), 2009, "Invecchiamento e politiche per la non autosufficienza", Gardolo (TN), Erickson.
- Bertoni F., Bosi P., Lorenzini M., Silvestri P., 2009, "La spesa sociale integrata nei distretti della provincia di Modena. Verso la definizione e il monitoraggio dei Livelli Essenziali delle Prestazioni sociali", documento prodotto dall'Osservatorio delle Politiche sociali della Provincia di Modena.
- Bezzi C., Cannavò L., Palumbo M., 2010, *Costruire e usare indicatori nella ricerca sociale e nella valutazione*, Milano, FrancoAngeli.
- Bissolo G., Fazzi L. (a cura di), 2010, "Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi", Roma, Carocci.
- Bissolo G., Fazzi L. (a cura di), 2005, "Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi", Roma, Carocci.
- Boria S. (a cura di), 2008, "Un protocollo d'intesa per l'integrazione socio-sanitaria in area infanzia e adolescenza: il percorso della Regione Marche", in *Autonomie locali e servizi sociali*, 1, pp. 69-77.
- Bosi P., 2010, "Il finanziamento dei Leps", in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 8-9, pp. 10-15.
- Bosi P., 2007, "L'irresistibile attrazione dei trasferimenti monetari", in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 19-20, pp. 7-14.
- Braga M., 2014, "La cultura della valutazione in ambito sociale", in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 1, p. 12-17.



- Bronzini M., 2011, “Dieci anni di welfare territoriale: pratiche di integrazione socio-sanitaria”, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.
- Bruni C., 2007, “Sociologia e pianificazione sociale. Teorie e modelli”, Milano, FrancoAngeli.
- Bruni C., Ferrao U., 2009, “Pianificazione e gestione dei servizi sociali. L’approccio sociologico e la prassi operativa”, Milano, FrancoAngeli.
- Caciagli M., 2006, “Regioni d’Europa. Devoluzioni, regionalismi, integrazione europea”, Bologna, il Mulino.
- Camboa P., 2004, “Organizzazione e gestione del distretto sanitario”, Roma, Edizioni internazionali.
- Cappellini E., Maitino M., Sciclone N., 2011, “L’Isee come strumento di equità nel welfare locale”, *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 16-18, pp. 26-35.
- Caruso E., Gori C., Pelliccia L., Pesaresi F., 2013, “Le politiche nazionali per gli anziani non autosufficienti”, in N.N.A. Network Non Autosufficienza (a cura di), 2013, “Rapporto Nazionale Non Autosufficienza. 4° Rapporto Tra crisi e ripartenza”, Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli Editore.
- Casarico A., 2011, “Universalismo e selettività nella spesa sociale”, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 16-18.
- Castegnaro C. (a cura di), 2010, collana i Quid n. 8 “I sistemi informativi per il sociale” supplemento n. 10 di *Prospettive Sociali e Sanitarie*, Milano.
- Cavaliere B., 2009, “Misurare la complessità assistenziale”, Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli Editore.
- Cepiku D., Meneguzzo M., 2005, “Le scelte delle regioni nel processo di governance del sistema sociosanitario”, in Ministero del lavoro e delle politiche sociali, “Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto”, Roma.
- Cepiku D., Meneguzzo M., 2009, “Politiche e strategie regionali di integrazione sociosanitaria: un’indagine empirica”, in Barretta A.D. (a cura di), 2009, op. cit.
- Chiatti C., Di Rosa et. al., 2011, “La bussola di NNA: lo stato dell’arte basato sui dati, in “L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia”, Rapporto 2011, a cura di Network Non Autosufficienza, Maggioli, Sant’Arcangelo di Romagna, disponibile in www.maggioli.it/rna
- Cicchetti A., Perrella A. (a cura di), 2011, “I fenomeni sociali e socio-sanitari in Molise. Rapporto 2010”, Milano, FrancoAngeli.
- Cicchetti A., Palmieri A. (a cura di), 2009, “Assistenza socio-sanitaria in Molise. Rapporto 2009”, Milano, FrancoAngeli.



- Cipolla C., 2005, "Manuale di sociologia della salute. L'accessibilità", Milano, FrancoAngeli.
- Crivello S., Davico L., 2013, "Innovazioni nei servizi per la prima infanzia 0-2 anni", Torino, Istituto di ricerche economico sociali del Piemonte (IRES Piemonte).
- Di Nicola P., 2011, "Welfare societario e diritti di cittadinanza", in *Autonomie locali e servizi*, 2, pp. 199-211.
- Demuru P., 2006, "I processi di programmazione sociale di zona in alcune Regioni italiane", in *Studi Zancan*, 6, pp. 161-178.
- Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica (DPS), 2014, "Quaderno Strutturale Territoriale: Principali indicatori macroeconomici delle regioni italiane al 2013" Anno XII - Luglio 2014 a cura della Direzione Generale per la Politica Regionale Unitaria Comunitaria Divisione X: Analisi in materia di struttura e tendenze socioeconomiche territoriali, Roma.
- Donati P. (a cura di), 2006, "Fondamenti di politica sociale. Teorie e modelli", Roma, Carocci.
- Donati P., 1998, "Manuale di sociologia della famiglia", Roma-Bari, Laterza.
- Donolo C., 2002, "Politiche integrate come contesto dell'apprendimento istituzionale", in Battistelli F. (a cura di), "La cultura delle amministrazioni fra retorica e innovazione", Milano, FrancoAngeli.
- Esping Andersen, G., 2000, "I fondamenti sociali delle economie postindustriali", Bologna, il Mulino.
- Fadda A., Merler A., 2006, "Politiche sociali e cultura dei servizi", Milano, FrancoAngeli.
- Ferrera M., Madama I., 2006, "Le politiche di assistenza sociale", in Ferrera M., "Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata", Bologna, il Mulino.
- Formez, 2004, "La programmazione sociale in Molise 2004-2006", Roma, Formez.
- Foglietta F., Ricci G. (a cura di), 2002, "Modelli di distretto e integrazione socio-sanitaria. Soluzioni di un percorso di ricerca", Fondazione Emanuela Zancan, Padova.
- Frymier I., 1992, "Growing up is a risky business and school are not to blame" vol. 1, Bloomington, Plii Delta Kappa.
- Frudà L., 1989, *Sociologia applicata all'analisi dei bisogni e alla pianificazione sociale*, Euroma, Roma.
- Gasbarrone M., 2013, "Asili nido, facciamo chiarezza", in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 4, pp. 30-31.



- Giddens A., 1990, “*The consequences of modernity*”, Polity Press, Cambridge, 1990, trad. it., “Le conseguenze della modernità”, Bologna, il Mulino, 1994.
- Giddens A., 1991, “*Modernity and self identity*”, Polity Press, Cambridge, 1991, trad. it., “Identità e società moderna”, Napoli, Ipermedium Libri, 1999.
- Giorni G., 2008, “Programmazione regionale e sistemi di governance”, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 15, pp. 2-5.
- Gioncada M, Trebeschi F., Mirri A. P., 2011, “Le rette nei servizi per persone con disabilità e anziane”, Maggioli Editore.
- Gori C. (a cura di), 2010, “Quale futuro per il welfare? Le politiche sociali tra delega assistenziale e prospettive di sviluppo. Un’analisi a partire dai dati”, Forum Nazionale del Terzo Settore, pp. 115-29, <http://www.forumterzosettore.it>
- Gori C., Madama I., 2007, “Che cosa è andato storto? L’influenza della Commissione Onofri sulle politiche socio-assistenziali in Italia”, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 19-20, pp. 24-33.
- Gregori E., Paterniti G. (a cura di) (2011), “Sistema informativo sui servizi sociali per le non autosufficienze (SINA). Indagine pilota sull’offerta dei servizi sociali per la non autosufficienza”, in *Quaderni della ricerca sociale*, n. 16, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
- Gualdani A., 2009, “Tutela e obblighi delle istituzioni. Perché i diritti sono esigibili”, in Costa G. (a cura di), “La solidarietà frammentata. Le leggi regionali sul welfare”, Milano, Mondadori.
- Guarino C., 2015, “Dalle disuguaglianze sociali alle disuguaglianze in sanità”, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 1, pp. 17-20.
- Habermas J., Luhmann N., 1973, “Teoria della società o tecnologia sociale”, Etas Kompass Libri, Milano.
- Kazepov Y., 2011, “Le politiche socio assistenziali”, in Ascoli U., op. cit., pp. 103-146.
- Kazepov Y., (a cura di), 2009, “La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia”, Roma, Carocci.
- Irs - Istituto per la ricerca sociale, 2013, “Costruiamo il welfare di domani. Nella crisi, oltre la crisi”, numero speciale di *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 8-10.
- Irs - Istituto per la ricerca sociale, 2011, “Speciale disegniamo il welfare di domani: una proposta di riforma dell’assistenza attuale e fattibile”, in *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 20-22.
- Istat, 2014, “Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati. Anno 2011”, maggio 2014.



- Istat, 2014b, "I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari – al 31 dicembre 2012", Roma, disponibile al sito internet: <http://www.istat.it>
- Istat, 2014c, "L'offerta comunale di asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia", Roma, disponibile al sito internet: <http://www.istat.it>
- Istat, 2013, "Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli o associati - Anno 2010", Roma, disponibile al sito internet: <http://www.istat.it>
- Lisetto M., 2014, "È ancora possibile sostenere le persone fragili in un sistema di vita oscillante?", in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 2, pp. 25-29.
- Longo F., Salvatore D., Tasselli S., 2010, "Organizzare la salute nel territorio", Bologna, il Mulino.
- Madama I., 2010, "Le politiche di assistenza sociale", Bologna, il Mulino.
- Madama I., 2008, "Le politiche di assistenza sociale tra stato e regioni", paper presentato alla prima conferenza ESPANet Italia.
- Mancini, A., 2004, "Il contesto del Molise: per un'analisi della condizione dell'infanzia" in *Quaderni di studi sociologici*, n. 12, del Dipartimento SEGES dell'Università del Molise.
- Maretti M., 2008, "Welfare locali. Studio comparativo sulla programmazione dei servizi sociali nelle regioni italiane", Milano, FrancoAngeli.
- Mari A., 2012, "La programmazione sociale. Valori, metodi e contenuti", Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli Editore.
- Marco G., D. Zola, 2008, "Le politiche sociali partecipative in Italia. Quattro casi e un decalogo di buone pratiche", in *Autonomie locali e servizi sociali*, 1, pp. 531-548.
- Ministero delle Politiche Sociali, 2013, "Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali. Monitoraggio annualità 2011", in *Quaderni della Ricerca Sociale*, n. 28, Roma.
- Misiani A., 2014, "Fondi statali per le politiche sociali: la stabilità (parzialmente) ritrovata", disponibile al sito internet: <http://www.nens.it>
- Mari A., 2012, "La programmazione sociale. Valori, metodi e contenuti", Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli Editore.
- Marradi A., 1981, "Concetti e metodo della ricerca sociale", Firenze, La Giuntina.
- Milio A., Novara C., Serio M. L., 2007, "Welfare locale e piani di zona. Modelli, interventi di comunità e buone prassi", Milano, FrancoAngeli.
- Montella M., Mostacci F., Roberti P., 2012, "I costi della crisi pagati dai più deboli", in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 7, pp. 29-31.
- Naldini M., Saraceno C., 2001, "Sociologia della Famiglia", Bologna, Il Mulino.



- Niero M. (a cura di), 2002, "Qualità della vita e della salute. Strategia di analisi e strumenti per la misurazione", Milano, FrancoAngeli.
- Moretti C., Mammoli M., 2011, Progetto PASSI: l'integrazione del Servizio Sociale negli studi medici, in Bronzini M. (a cura di), Dieci anni di welfare territoriale: pratiche di integrazione socio-sanitaria, ESI, Napoli.
- N.N.A. Network Non Autosufficienza (a cura di), 2013, "Rapporto Nazionale Non Autosufficienza. 4° Rapporto Tra crisi e ripartenza", Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli Editore.
- Ogburn W. F., 2006, "Tecnologia e mutamento sociale", Armando, Roma ed. or. 1964, "*On cultural and social change*", University of Chicago Press, Chicago.
- Olivetti Manoukian F., 2012, "Lavorare per la costruzione di un welfare territoriale", in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 6, pp. 1-5.
- Osservatorio dei Fenomeni Sociali Regione Molise, 2004, "Il contesto sociale in Molise - Dati e servizi", Campobasso, Arti grafiche La Regione.
- Palermo A., 2011, "Il territorio fra "strutture" e "strategie"", Milano, FrancoAngeli.
- Pasquinelli S., 2012, "Non autosufficienza: le riforme che aspettiamo", in *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 5, pp. 1-2.
- Pavesi N., 2012, "L'integrazione sociosanitaria con particolare attenzione alla dimensione di integrazione professionale. Una ricerca su 12 regioni italiane", *Salute e società*, 2, pp. 237-247.
- Pasquinelli S., Decci C., 2012, "I punti unici d'accesso. L'esperienza toscana", in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 4, p. 4-7.
- Pavolini E., 2011, "Le dinamiche dell'integrazione socio sanitaria in Italia", in Bronzini M., "Dieci anni di welfare territoriale: pratiche di integrazione socio-sanitaria", Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.
- Pavolini E., 2008, "Governance regionali: modelli e stime di performance", in *La Rivista delle Politiche sociali*, n. 3, pp. 149-178.
- Perrini F., Tencati A., 2008, "*Corporate social Responsibility*. Un nuovo approccio strategico alla gestione dell'impresa" Milano, Egea.
- Pesaresi F., 2010, "La 328 nelle Regioni: un bilancio sintetico", in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 15-20, 2010, pp. 3-5.
- Petrone A., 2003, "Aspetti della condizione degli anziani dopo il ricovero ospedaliero: il campione molisano", in Saporiti A. (a cura di), 2003, "Reti sociali e qualità della vita dei grandi anziani: uno studio in Molise", Soveria Mannelli (CZ), Rubbettino.
- Pirone F., 2013, "Le politiche di assistenza sociale nella crisi: frammentazione e ridimensionamento dell'azione pubblica", in *Democrazia e diritto*, n. 1-2.



- Pugliese E., 2013, "Servizio sociale e welfare nella crisi" in *Servizio sociale e crisi del welfare*, Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli Editore.
- Ponzini G., Pugliese E. (a cura di), 2008, "Un sistema di welfare mediterraneo. Rapporto IRPPS-CNR sullo stato sociale in Italia 2007-2008", Roma, Donzelli editore.
- Putnam R., 1993, "La tradizione civica nelle regioni italiane", Milano, Mondadori.
- Ranci C., 2004, "Politica sociale. Bisogni sociali e politiche di welfare", Bologna, il Mulino.
- Regione Molise - "Osservatorio dei Fenomeni Sociali, 2009, Il contesto sociale in Molise", Arti grafiche "La Regione" Ripalimosani (CB).
- Ricolfi L., 2010, "Il sacco del Nord. Saggio sulla giustizia territoriale", Milano, Guerini Associati.
- Raciti M., 2009, "La costruzione di un sistema di monitoraggio e valutazione in Emilia-Romagna", in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 15-16.
- Sala M., 2013, "Uno studio sui costi dei NEET: che cosa possiamo imparare", in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 12, pp. 6-8.
- Saporiti A., (a cura di), 2003, "Reti sociali e qualità della vita dei grandi anziani: uno studio in Molise", Soveria Mannelli (CZ), Rubbettino.
- Serio M. L., Novara C., Milo A., 2007, "Welfare locale e piani di zona. Modelli, interventi di comunità e buone prassi", Milano, FrancoAngeli.
- Stiglitz J. E., Sen A., Fitoussi J. P., 2010, "La misura sbagliata delle nostre vite", Milano, Rizzoli.
- Tomba R., Vinci D., 2010, "Oltre le prestazioni sociali già esigibili", in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 8-9, pp. 23-25.
- Svimez, 2014, "Rapporto Svimez 2014 sull'economia del Mezzogiorno", pubblicato su www.svimez.info
- Tondini E., 2007, "La spesa sociale tra differenze territoriali ed equità", in *Quarto rapporto sulla povertà in Umbria*, edito da Agenzia Umbria Ricerche - Osservatorio sulle povertà, <http://www.aur-umbria.it/default.htm>
- Valerio M., Di Matteo A., Corrado D., Tognoni G., 2005, "Dai bisogni alla soddisfazione" in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 18-19.
- Villa M., 2013, "Contrasto all'esclusione e promozione della partecipazione: opportunità, paradossi e implicazioni per la ricerca e l'intervento sociale", in Ruggeri F., "Stato sociale, assistenza, cittadinanza", vol. 1, Milano, FrancoAngeli.

Questionari di rilevazione delle strutture



337



Regione Molise
Direzione Generale
Della Giunta Regionale
Area III
Servizio per le Politiche Sociali

Rilevazione sulle strutture residenziali e semiresidenziali per minori - Anno 2013

0. DATI GENERALI

0.1. Denominazione struttura: _____

Indirizzo _____ n. _____ CAP _____ Città _____
Prov. _____ Tel. 1 _____ Tel. 2 _____ Fax _____
e-mail: _____ sito internet: _____

Responsabile della struttura: _____

0.2. Tipologia strutturale:

- comunità alloggio
 comunità di tipo familiare per minori
 centro diurno per minori
 comunità educativa mamma – bambino
 altro, *specificare* _____

0.3. L' erogazione dei servizi avviene secondo quale dei seguenti regimi:

1. residenziale
 2. semiresidenziale
 3. entrambi

0.4. Soggetto titolare della struttura:

Denominazione _____
 Indirizzo _____ n. _____ CAP _____ Città _____
 Prov. _____ Tel. 1 _____ Tel. 2 _____ Fax _____
 e-mail: _____ URL: _____

0.5. Soggetto gestore della struttura:

Denominazione _____
 Indirizzo _____ n. _____ CAP _____ Città _____
 Prov. _____ Tel. 1 _____ Tel. 2 _____ Fax _____
 e-mail: _____ URL: _____

0.6. Per lo svolgimento della propria attività, la struttura ha ottenuto specifiche autorizzazioni al funzionamento da parte del Comune?

(Delibera di Giunta Regionale 6 marzo 2006, n. 203 "Direttiva in materia di autorizzazione e accreditamento dei servizi e delle strutture, con partecipazione degli utenti al costo dei servizi, rapporto tra enti pubblici ed enti gestori"). Si evidenzia che le strutture e i servizi dovranno adeguarsi ai requisiti organizzativi, funzionali e strutturali previsti dalla Direttiva della delibera di Giunta Regionale n. 808 del 18 dicembre 2012, entro e non oltre il 31 Dicembre 2013:

1. sì 2. no

0.6.1. se sì indicare la data di rilascio dell'ultima autorizzazione all'esercizio:

gg |__|__| m |__|__| a |__|__|

0.7. La struttura ha ricevuto l'accreditamento?

1. sì 2. no

0.7.1. se sì indicare la data del rilascio dell'accreditamento:

gg |__|__| m |__|__| a |__|__|

1. DIMENSIONI STRUTTURALI

1.1. Indicare la ricettività massima della struttura (1) n. |__|__|__|

1.2. Indicare il numero di posti riservati all'emergenza n. |__|__|__|

1.3. Indicare il numero di posti riservati all' ospitalità temporanea n. |__|__|__|

2. DIMENSIONI GESTIONALI

2.1. Anno di inizio attività della struttura: |__|__|__|__|

2.2. Indicare i mesi di apertura della struttura nell'anno 2013

1. 12 mesi

2. mesi apertura >

Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
01 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>	08 <input type="checkbox"/>	09 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>



3. DIMENSIONI ECONOMICHE

3.1. Indicare nella tabella sottostante l'entità delle rette/quote applicate dalla struttura per ciascun minore al 31/12/2013

	minima	Massima
retta giornaliera	_ _ _ _ , _ _ _	_ _ _ _ , _ _ _
retta mensile	_ _ _ _ , _ _ _	_ _ _ _ , _ _ _
retta annuale	_ _ _ _ , _ _ _	_ _ _ _ , _ _ _

4. DIMENSIONI OPERATIVE

4.1. Indicare numero totale di minori accolti nella struttura al 31/12/2013, in regime residenziale e semiresidenziale (2)

minori in regime residenziale n. |_|_|_|_|

minori in regime semiresidenziale n. |_|_|_|_|

totale minori accolti n. |_|_|_|_|

4.2. Per i minori accolti al 31/12/2013 specificare la tipologia dell' Ente che ha disposto il provvedimento di affidamento

Tribunale per i Minorenni di Campobasso n. |_|_|_|_|

Altro Tribunale per i Minorenni n. |_|_|_|_|

Altri Enti _____ n. |_|_|_|_|

4.3. Indicare le caratteristiche dell'utenza al 31 dicembre 2013

4.3.1. sesso:

1. Maschi n° |_|_| 2. Femmine n° |_|_|

4.3.2. classi d'età:

1. 0 – 2 anni Maschi n° |_|_| Femmine n° |_|_|

2. 3 – 5 anni Maschi n° |_|_| Femmine n° |_|_|

3. 6 - 10 anni Maschi n° |_|_| Femmine n° |_|_|

4. 11 – 14 anni Maschi n° |_|_| Femmine n° |_|_|

5. 15 – 17 anni Maschi n° |_|_| Femmine n° |_|_|

6. 18 e più Maschi n° |_|_| Femmine n° |_|_|



4.3.3. Minori presenti nella struttura secondo il motivo prevalente dell’inserimento e il sesso al 31 dicembre 2013 (3)

Motivi	maschi	femmine
Problemi economici della famiglia	-----	-----
Problemi di condotta dei genitori	-----	-----
Crisi delle relazioni familiari	-----	-----
Maltrattamento o incuria	-----	-----
Problemi lavorativi dei genitori	-----	-----
Problemi giudiziari dei genitori	-----	-----
Problemi relazionali con la famiglia	-----	-----
Minore orfano di uno o entrambi i genitori	-----	-----
Profugo - clandestino	-----	-----
Problemi abitativi della famiglia	-----	-----
Problemi scolastici	-----	-----
Violenza sessuale sul minore	-----	-----
Stato di abbandono del minore	-----	-----
Problemi comportamentali del minore	-----	-----
Altro	-----	-----

4.3.4. Periodo di permanenza (solo per le strutture residenziali):

1. da meno di un anno n° |__| 2. da 1 a 2 anni n° |__|
3. da più di 2 anni n° |__|

4.3.5. Per provenienza (4)

1. Minori residenti nella regione n° |__|
2. Minori provenienti da fuori regione n° |__|
3. Minori stranieri n° |__|
4. Minori stranieri non accompagnati (5) n° |__|

4.3.6. Nel caso di minori stranieri, specificarne il paese di provenienza, sesso ed età

n. _____ provenienti da: _____ sesso _____ età _____

n. _____ provenienti da: _____ sesso _____ età _____



n. _____ provenienti da: _____ sesso _____ età _____

n. _____ provenienti da: _____ sesso _____ età _____

n. _____ provenienti da: _____ sesso _____ età _____

n. _____ provenienti da: _____ sesso _____ età _____

4.3.7. nel caso di minori stranieri non accompagnati, specificarne il paese di provenienza, sesso ed età

n. _____ provenienti da: _____ sesso _____ età _____

n. _____ provenienti da: _____ sesso _____ età _____

n. _____ provenienti da: _____ sesso _____ età _____

n. _____ provenienti da: _____ sesso _____ età _____

n. _____ provenienti da: _____ sesso _____ età _____

n. _____ provenienti da: _____ sesso _____ età _____

n. _____ provenienti da: _____ sesso _____ età _____

4.3.8. Nell'ambito del servizio erogato è prevista la figura di un coordinatore responsabile?

1. sì 2. no

4.3.9. se sì, indicare la figura professionale che svolge tale funzione

.....

4.4. Figure professionali impegnate nella struttura nell'anno 2013 (per ciascuna figura professionale indicare quante ne risultano presenti per ciascuna tipologia) (6)

TIPOLOGIA	Totale	Dipendente	Collaboratore	Volontario	Altro
1. <input type="checkbox"/> Dirigenti	_	_	_	_	_
2. <input type="checkbox"/> Amministrativi	_	_	_	_	_
3. <input type="checkbox"/> Medici	_	_	_	_	_



4. <input type="checkbox"/> Infermieri	<input type="checkbox"/>				
5. <input type="checkbox"/> Terapisti riabilitazione	<input type="checkbox"/>				
6. <input type="checkbox"/> Psicologi	<input type="checkbox"/>				
7. <input type="checkbox"/> Sociologi	<input type="checkbox"/>				
8. <input type="checkbox"/> Assistenti sociali	<input type="checkbox"/>				
9. <input type="checkbox"/> Operatori socio-sanitari	<input type="checkbox"/>				
10. <input type="checkbox"/> Animatori	<input type="checkbox"/>				
11. <input type="checkbox"/> Educatori professionali	<input type="checkbox"/>				
12. <input type="checkbox"/> Educatori	<input type="checkbox"/>				
13. <input type="checkbox"/> Pedagogista	<input type="checkbox"/>				
14. <input type="checkbox"/> Insegnanti/Formatori	<input type="checkbox"/>				
15. <input type="checkbox"/> Ausiliari, servizi generali	<input type="checkbox"/>				
16. <input type="checkbox"/> Senza qualifica specifica	<input type="checkbox"/>				
17. <input type="checkbox"/> Volontari	<input type="checkbox"/>				

18. Volontari del Servizio civile |__| |__| |__| |__| |__|

19. Altro specificare _____

5. ULTERIORI INFORMAZIONI

5.1. La struttura ha predisposto un apposito registro degli utenti del servizio con l'indicazione del relativo progetto educativo individualizzato?

1. sì 2. no

5.1.1. se no, la struttura si sta attivando in tal senso?

1. sì 2. no

5.1.2. La struttura ha adottato la Carta dei servizi sociali?

1. sì 2. no

5.2. E' stato attivato un sistema di valutazione della qualità del servizio?

1. sì 2. no

Compilatore del questionario/referente a cui è stato somministrato il questionario

Cognome _____ Nome _____

Ruolo nella Struttura: _____ Tel. _____ Fax _____

e-mail: _____



Questionario disabili



Regione Molise
 Direzione Generale
 Della Giunta Regionale
 Area III
 Servizio per le Politiche Sociali



345

Rilevazione delle strutture per persone con disabilità Anno 2013

0. DATI GENERALI

0.1. Denominazione della struttura: _____

Indirizzo _____ n. _____ CAP _____ Città _____

Prov. _____ Tel. 1 _____ Tel. 2 _____ Fax _____

e-mail: _____ sito internet: _____

0.2. Indicare i riferimenti del soggetto gestore della struttura:

Denominazione _____

Indirizzo _____ n. _____ CAP _____ Città _____

Prov. _____ Tel. 1 _____ Tel. 2 _____ Fax _____

e-mail: _____ URL: _____

0.3. Ente titolare

01. Ambito Territoriale

02. Comune/i di.....

03. A.S.Re.M

04. Altro (specificare).....

0.4. Tipologia strutturale

01. Centro Socio Educativo

02. Comunità di tipo familiare

03. Comunità Alloggio

04. Residenze Protette per disabili gravi

05. Altro(specificare).....

0.4.1. L'erogazione dei servizi avviene secondo quale dei seguenti regimi:

01. Residenziale

02. Semiresidenziale

03. Entrambi



0.5. Per lo svolgimento della propria attività, la struttura ha ottenuto specifiche autorizzazioni al funzionamento da parte del Comune? (Delibera di Giunta Regionale 6 marzo 2006, n. 203 “Direttiva in materia di autorizzazione e accreditamento dei servizi e delle strutture, con partecipazione degli utenti al costo dei servizi, rapporto tra enti pubblici ed enti gestori”). Si evidenzia che le strutture e i servizi dovranno adeguarsi ai requisiti organizzativi, funzionali e strutturali previsti dalla Direttiva della delibera di Giunta Regionale n. 808 del 18 dicembre 2012, entro e non oltre il 31 Dicembre 2013)

1. sì 2. no

0.5.1. se sì indicare la data di rilascio dell’ultima autorizzazione all’esercizio

gg |__|__| m |__|__| a |__|__|

0.6. La struttura ha ricevuto l’accreditamento?

1. sì 2. no

0.6.1. se sì indicare la data del rilascio dell’accreditamento

gg |__|__| m |__|__| a |__|__|

0.7. La struttura ha adottato la Carta dei servizi sociali?

1. sì 2. no

1. DIMENSIONI STRUTTURALI

1.1. Indicare la ricettività massima della struttura n. |__|__|__|

1.2. Indicare il numero di posti riservati all’emergenza n. |__|__|__|

1.3. Indicare il numero di posti riservati all’ospitalità temporanea n. |__|__|__|

2. DIMENSIONI GESTIONALI

2.1 Anno di inizio attività della struttura: |__|__|__|__|

2.2 Indicare i mesi di apertura del servizio nell’anno 2009:

1. 12 mesi

2. mesi apertura >

Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
01 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>	08 <input type="checkbox"/>	09 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>

2.3 Per lo svolgimento dell’attività sono stati sottoscritti accordi di collaborazione con enti pubblici, privati o del privato sociale?

1. sì 2. no

2.3.1 se sì, indicare con quali soggetti sono stati sottoscritti accordi di collaborazione

(anche più di una risposta)

1. _____ 2. _____

3. DIMENSIONI ECONOMICHE**3.1 Le prestazioni offerte dalla struttura sono soggette a forme di pagamento da parte dei disabili o delle loro famiglie**1. sì 2. no**4. DIMENSIONI OPERATIVE****4.1. Numero totale di disabili ospiti della struttura al 31/12/2009, in regime residenziale e semiresidenziale***disabili in regime residenziale* n. |__|__|__|*disabili in regime semiresidenziale* n. |__|__|__|*totale disabili accolti* n. |__|__|__|**4.1.1. sesso:**

1. Maschi n° |__| 2. Femmine n° |__|

4.1.2. età

1. da 0-18 anni n° |__| 2. da 31 a 50 n° |__|

3. da 19 a 30 n° |__| 4. da 51 a 65 n° |__|

3. oltre 65 n° |__|

4.1.3 periodo di permanenza (da compilare solo nel caso in cui si tratti di una comunità alloggio)

1. da meno di un anno n° |__| 2. da 1 a 2 anni n° |__|

3. da 2 a 5 anni n° |__| 4. da 5 a 10 anni n° |__|

5. oltre 10 anni n° |__|





4.1.4. per provenienza:

- 1. Residenti nel Comune in cui è localizzato il servizio n° |__|
- 2. Residenti in altri Comuni in cui è localizzato il servizio n° |__|
- 3. Provenienti da fuori Regione n° |__|
- 4. Provenienti da fuori Italia n° |__|

4.2. Professionalità impegnate nella gestione della struttura nell'anno 2009 e tipologia di contratto

TIPOLOGIA	Totale	Dipendente	Collaboratore	Volontario	Altro
1. <input type="checkbox"/> Dirigenti	__	__	__	__	__
2. <input type="checkbox"/> Amministrativi	__	__	__	__	__
3. <input type="checkbox"/> Medici	__	__	__	__	__
4. <input type="checkbox"/> Infermieri	__	__	__	__	__
5. <input type="checkbox"/> Terapisti riabilitazione	__	__	__	__	__
6. <input type="checkbox"/> Psicologi	__	__	__	__	__
7. <input type="checkbox"/> Sociologi	__	__	__	__	__
8. <input type="checkbox"/> Assistenti sociali	__	__	__	__	__



9. <input type="checkbox"/> Operatori socio-sanitari	_	_	_	_	_
10. <input type="checkbox"/> Educatori	_	_	_	_	_
11. <input type="checkbox"/> Educatori professionali	_	_	_	_	_
12. <input type="checkbox"/> Animatori	_	_	_	_	_
13. <input type="checkbox"/> Mediatori sociali	_	_	_	_	_
14. <input type="checkbox"/> Insegnanti/Fo rmatori	_	_	_	_	_
15. <input type="checkbox"/> Operai	_	_	_	_	_
16. <input type="checkbox"/> Ausiliari, servizi generali	_	_	_	_	_
17. <input type="checkbox"/> Senza qualifica specifica	_	_	_	_	_
18. <input type="checkbox"/> Volontari	_	_	_	_	_
18. <input type="checkbox"/> Volontari del Servizio civile	_	_	_	_	_
19. <input type="checkbox"/> Altro specificare	_	_	_	_	_


4.3. Indicare l'attività svolta, le principali prestazioni erogate e le modalità di gestione/erogazione

TIPOLOGIA	Gestione diretta	Gestione in convezione	Gestione mista
1. <input type="checkbox"/> Accompagnamento	___	___	___
2. <input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica	___	___	___
3. <input type="checkbox"/> Assistenza Medica	___	___	___
4. <input type="checkbox"/> Assistenza psicologica	___	___	___
5. <input type="checkbox"/> Assistenza riabilitativa	___	___	___
6. <input type="checkbox"/> Assistenza diurna/aiuto alla persona	___	___	___
7. <input type="checkbox"/> Assistenza notturna	___	___	___
8. <input type="checkbox"/> Attività culturali	___	___	___
9. <input type="checkbox"/> Attività di animazione/socializzazione	___	___	___
10. <input type="checkbox"/> Attività ginnico/sportiva	___	___	___
11. <input type="checkbox"/> Vacanze estive	___	___	___
12. <input type="checkbox"/> Lavanderia	___	___	___
13. <input type="checkbox"/> Pulizia e riordino camere/locali/abitazione	___	___	___
14. <input type="checkbox"/> Pulizia spazi comuni	___	___	___
15. <input type="checkbox"/> Segretariato sociale	___	___	___
16. <input type="checkbox"/> Servizi amministrativi	___	___	___
17. <input type="checkbox"/> Trasporti	___	___	___
18. <input type="checkbox"/> Pasti	___	___	___
19. <input type="checkbox"/> Altro specificare	___	___	___

Compilatore del questionario/referente a cui è stato somministrato il questionario

Cognome _____ Nome _____

Ruolo nella Struttura: _____ Tel. _____ Fax _____

e-mail: _____

Formez PA

Centro servizi, assistenza, studi e formazione
per l'ammodernamento delle PA

viale Marx 15, 00137 Roma

tel. 06/84892643

editoria@formez.it

www.formez.it


GANGEMI EDITORE*
INTERNATIONAL PUBLISHING

FINITO DI STAMPARE NEL MESE DI GIUGNO 2015
www.gangemieditore.it

Pubblicazione non in vendita

In questo volume si consegna un quadro quanto più "organico" delle politiche di welfare in Molise a partire dal 2012. Attraverso un'analisi che ha coinvolto i 136 Comuni della Regione si sono raccolti dati e informazioni riguardo i servizi e le forme della nuova riorganizzazione del welfare, che dal 2008 risente della contrazione delle risorse pubbliche dedicate. Di fatto emerge che la spesa per i servizi sociali è a carico per il 63% dei Comuni che andrebbero sostenuti da politiche di sussidiarietà regionale. La Regione Molise, con il recepimento della Legge 328/2000, ha accettato la sfida di un welfare proattivo e orientato a garantire a tutti i cittadini molisani i livelli minimi di assistenza.