



Politiche e servizi sociali

# **I FENOMENI SOCIALI E SOCIO-SANITARI IN MOLISE. RAPPORTO 2010**

a cura di Americo Cicchetti  
e Antonella Perrella

**FrancoAngeli**

## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.





I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

# **I FENOMENI SOCIALI E SOCIO-SANITARI IN MOLISE. RAPPORTO 2010**

a cura di Americo Cicchetti  
e Antonella Perrella

**FrancoAngeli**

Alla stesura del Rapporto hanno contribuito: Battista Angela, Bonaccio Antonietta, Bracone Tatiana, Carnevale Mara, Ciarlariello Valentina, De Caro Iolanda, Di Domenico Cinzia, Finelli Antonella, Giuliano Sandra, Giusti Iolanda, Guastaferrì Zaira, Lamanna Grazia, Loprevite Valentina, Manzo Patrizia, Morrone Benedetta, Padulo Katia, Panichella Mariella, Pano Patrizia, Pesino Maurizio, Roselli Lucia, Stefanelli Antonella, Trentalance Rita

*In copertina: Paul Klee, Constructed in colour with black graphic elements  
(particolare), 1919, Paul Klee Foundation*

Copyright © 2011 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy 1ª edizione.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# Indice

<b>Prefazione</b> , di <i>Angelo Michele Iorio e Angiolina Fusco Perrella</i>	pag.	9
<b>Introduzione</b> , di <i>Americo Cicchetti</i>	»	11
<b>1. Le politiche di welfare nella Regione Molise</b>	»	13
1. La programmazione del Piano Sociale Regionale	»	13
2. Le politiche sociali prima e dopo la riforma dei Servizi. La Legge 328/00. I cambiamenti apportati	»	16
3. Il nuovo sistema di programmazione e di progettazione integrata. I Piani di Zona	»	24
4. La coerenza degli obiettivi della progettazione tra le strategie regionali	»	26
5. Priorità e strategie del Piano	»	27
6. I criteri di riparto delle risorse	»	29
7. La nuova cultura dell'integrazione	»	31
<b>2. La promozione e la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria in Italia ed in Molise</b>	»	33
1. Definizione di integrazione socio-sanitaria	»	33
2. L'integrazione socio-sanitaria nella normativa nazionale	»	35
3. L'integrazione socio-sanitaria ed il contesto normativo regionale	»	38
4. Il ruolo ed il compito del Distretto Sanitario: la sanità sul territorio	»	46
5. La programmazione integrata tra Distretti Sanitari ed Ambiti Territoriali: i Protocolli Generali d'Intesa	»	53
6. Il sistema informatizzato unico socio-sanitario	»	60

<b>3. La non autosufficienza: definizione ed aree di intervento</b>	pag.	62
1. Politiche nazionali per la non autosufficienza	»	64
2. Politiche regionali per la non autosufficienza	»	66
3. Le demenze quale grave forma di non autosufficienza nell'anziano	»	75
<b>4. Le caratteristiche socio-demografiche della Regione Molise</b>	»	81
1. Il capitale umano	»	81
2. Uno sguardo agli immigrati	»	96
3. Conclusioni	»	109
<b>5. L'offerta dei servizi sociali a gestione associata nella Regione Molise</b>	»	111
1. Famiglia e minori	»	112
2. Disabili	»	115
3. Dipendenze	»	118
4. Anziani	»	120
5. Immigrati e nomadi	»	123
6. Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora	»	125
7. Multiutenza/trasversale	»	128
8. Conclusioni	»	129
<b>6. L'offerta dei servizi sociali a gestione associata negli Ambiti Territoriali Sociali</b>	»	131
1. Ambito di Campobasso	»	131
2. Ambito di Riccia-Bojano	»	144
3. Ambito di Larino	»	158
4. Ambito di Termoli	»	171
5. Ambito di Isernia	»	186
6. Ambito di Agnone	»	199
7. Ambito di Venafro	»	211
<b>7. I finanziamenti e la spesa sociale della Regione Molise</b>	»	224
1. Caratteristiche finanziarie della Legge 328/00	»	225
2. Le risorse complessive del FNPS e il trasferimento alla Regione Molise	»	227
3. Il FSR (Fondo Sociale Regionale)	»	230
<b>8. Le strutture residenziali e semiresidenziali per area di utenza (anno 2009)</b>	»	259
1. Anziani	»	259



2. Disabili	pag. 270
3. Minori	» 277
4. Salute mentale	» 286
5. Dipendenze patologiche	» 296
<b>Conclusioni</b> , di <i>Michele Colavita</i>	» 317
<b>Allegato – Schede di rilevazione servizi ATS 2010</b>	» 319
<b>Bibliografia</b>	» 335



## Prefazione

*di Angelo Michele Iorio\* e Angiolina Fusco Perrella\*\**

La realizzazione di un efficace sistema integrato di servizi alla persona e alla famiglia è segno di una precisa volontà politica, orientata ad incidere sugli standard qualitativi del servizio erogato e sul livello di benessere di tutti i cittadini.

Al fine di garantire l'esigibilità dei diritti sociali a tutti i molisani, il governo regionale ha scelto con coraggio di investire risorse certe per la sperimentazione di modelli innovativi di intervento, puntando sulla riqualificazione e sul potenziamento della rete complessiva dell'offerta dei servizi socio-sanitari, con l'obiettivo di renderla moderna ed omogenea su tutto il territorio regionale.

Ciò ha comportato, nella quotidianità, la determinazione dei bisogni sociali e sanitari all'interno delle differenti realtà territoriali, la costante rimodulazione degli assetti organizzativi in funzione della domanda, la sinergia permanente di saperi per ottimizzare le risorse economiche ed umane.

L'analisi attenta e costante dei bisogni emergenti del territorio è imprescindibile per la ricerca di nuove forme di politiche sociali ed è al centro di questo nuovo lavoro editoriale.

Esito della ricerca svolta dall'Osservatorio regionale sui fenomeni socio-sanitari, esso costituisce un esempio tangibile di come può essere condotta un'indagine conoscitiva basata su un metodo razionale ed intende fornire un quadro informativo puntuale sugli interventi realizzati, ricostruendone l'attuazione nel territorio.

\* Presidente della Giunta Regionale della Regione Molise.

\*\* Assessore alle Politiche Sociali della Regione Molise con delega alle politiche della famiglia, politiche giovanili, lavoro e formazione professionale, cooperazione.

Ciò significa presentare in modo chiaro e ragionato le principali leggi e delibere e i più importanti dati di sintesi su come negli anni si è evoluto il sistema.

Il risultato è la formulazione di un lavoro assai ricco, in cui azione, ricerca e riflessione si coniugano con i contributi di molti ricercatori e operatori del settore.

Da sottolineare è l'importante contributo dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Campobasso, che ha svolto una qualificata attività di coordinamento tecnico e scientifico, con l'apporto di diverse professionalità.

Le analisi prodotte dimostrano che gli investimenti nell'ambito sociale sono assai produttivi perché generano nuova e buona occupazione, assicurano prestazioni sociali di qualità, concorrono a determinare le condizioni di attrattività del territorio regionale, sostengono gli obiettivi di conciliazione vita-lavoro, concorrono all'efficienza complessiva del sistema socio-sanitario e accrescono il livello di qualità della vita.

Un efficace strumento di orientamento per conoscere gli itinerari da percorrere per trovare risposte ai bisogni di salute; un importante strumento informativo per individuare le linee e le azioni di ulteriore impegno nella definizione delle scelte future, nella consapevolezza che il miglioramento del benessere delle persone costituisce l'obiettivo ultimo dello sviluppo economico e sociale.

# Introduzione

*di Americo Cicchetti*

La promozione e la concreta realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria sono attività nelle quali gli organi di governo, gli enti locali, le aziende sanitarie e le organizzazioni di volontariato si stanno sempre più sperimentando, da molto tempo, sia a livello nazionale che internazionale. La crescente consapevolezza che i fattori determinanti per la salute della popolazione possono essere influenzati in maniera incisiva ed efficace attraverso la realizzazione di iniziative in grado di coinvolgere molteplici competenze e differenti organizzazioni, sta concorrendo allo sviluppo effettivo dell'integrazione.

Tuttavia, molte delle prassi inerenti l'integrazione socio-sanitaria finora realizzate, evidenziano la presenza di numerosi ostacoli e difficoltà da superare per la collaborazione interorganizzativa. L'obiettivo da raggiungere, pertanto, risulta essere la cooperazione efficace tra le organizzazioni che programmano e gestiscono prestazioni a carattere sociale, sanitario e socio-sanitario, diffondendo la conoscenza di modelli concettuali e prassi significative che possono offrire l'opportunità di riflettere sulle difficoltà da affrontare per realizzare un'efficace cooperazione interorganizzativa in ambito socio-sanitario.

La normativa nazionale, a partire dalla legge 833/78 "Istituzione del servizio sanitario nazionale", percepisce il problema del bisogno plurimo del cittadino fragile che richiede risposte integrate e molto spesso continuative, ma i principi dell'integrazione sono sistematicamente "cancellati" dalle leggi finanziarie che devono "ripulire" la spesa sanitaria; è così che l'integrazione diviene "altalenante": mentre la programmazione unisce, le leggi finanziarie, dal 1984 in poi dividono.

Altre criticità che emergono nei primi anni dell'applicazione di interventi integrati sul territorio nazionale è la disomogeneità degli interventi,

difatti, i principi dell'integrazione vengono applicati sul territorio nazionale in maniera disomogenea asseconda dei diversi assetti organizzativi regionali.

Il presente volume, *I fenomeni sociali e socio-sanitari in Molise, Rapporto 2010*, si propone, attraverso la definizione di una struttura operativa, di indagare con sistematicità, analiticità ed esaustività non soltanto le risorse impiegate e le attività svolte sul territorio, ma le problematiche vitali dei diversi attori presenti nel sistema di welfare, così come le risorse latenti o già espresse dal tessuto sociale.

L'obiettivo sarà quello di intervenire su un piano culturale e su un piano operativo allo scopo di definire e accompagnare il legame tra soggetti portatori di bisogni e soggetti erogatori di servizi.

Il presente rapporto, a seguito del rilevamento dello "status" delle politiche sociali e socio-sanitarie in Regione, propone la definizione di un sistema di strumenti e/o strutture in grado di rilevare e leggere l'insieme di attività (organizzative, formative, informative, promozionali, di scambio di esperienze, di socializzazione, ecc.), che si possono stabilizzare nel tempo e, in seguito, a loro volta, coordinare e organizzare per monitorare e analizzare un determinato fenomeno sociale complesso (in questo caso la rete regionale dei servizi e delle politiche sociali e socio-sanitarie), focalizzando su di esso l'attenzione di responsabili pubblici, operatori sociali, mass media, forze sociali e cittadini.

Le attività oggetto di rilevazione sono state classificate in tre macro-categorie: le politiche di *welfare* nella Regione Molise, la promozione e la realizzazione dell'integrazione socio sanitaria in Molise e l'offerta dei servizi sociali strutturata per Ambiti Territoriali Sociali.

Tali contenuti sono legati ad un'attenta ed approfondita analisi delle caratteristiche socio-demografiche e della struttura dei finanziamenti della spesa sociale.

Da un punto vista della presentazione dei dati, le informazioni vengono presentate per area di intervento, ovvero tipologia di destinatari: *famiglia e minori; disabili; dipendenze; anziani; immigrati e nomadi; povertà, disagio adulti e senza fissa dimora; multiutenza.*

Il volume, frutto della collaborazione strutturata tra Università Cattolica del Sacro Cuore, Regione Molise ed ASREM Molise, intende fornire uno strumento programmatico alle future iniziative di settore.

# **1. Le politiche di welfare nella Regione Molise**

## **1. La programmazione del Piano Sociale Regionale**

La nascita nel sistema italiano di un moderno sistema di welfare che guarda alla globalità dei servizi socio-sanitari con una logica di integrazione, nasce in Italia nel novembre 2000, della Legge n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”. In seguito, con momenti temporali differenti, si è aperta una fase di profonda trasformazione nella strutturazione di un moderno welfare regionale e locale, che ha visto impegnati i diversi livelli di governo nell’introduzione di innovazioni significative sia all’interno del sistema di relazioni tra i soggetti, istituzionali e sociali, sia all’interno della rete dei servizi stessi.

Nell’ottica di miglioramento delle strategie di programmazione regionale e locale, la Regione Molise ha attivato un percorso di sostegno e di sviluppo dei processi di integrazione e del partenariato nelle politiche territoriali.

Facendo tesoro dell’esperienza della precedente programmazione, la Regione ha puntato molto sulla responsabilizzazione delle Amministrazioni locali, chiamate ad assumere un ruolo da protagoniste per l’attivazione di meccanismi di sviluppo, attraverso l’introduzione di regole generali di valutazione, monitoraggio e premialità.

In tal senso, anche le politiche del welfare trovano nella programmazione, monitoraggio e verifica una nuova metodologia che si propone di riorganizzare l’esistente e di orientare il lavoro nel settore sociale, secondo principi di promozione di processi di autonomia nei singoli e nelle comunità, nonché sull’integrazione dei servizi e delle prestazioni.

L’analisi dei sistemi regionali di welfare consente di facilitare forme di valutazione pubblica e sociale dei sistemi regionali, rendendo possibili verifiche di impatto delle scelte regionali in termini di livelli e qualità della

spesa, di quantità e organizzazione dell'offerta, di indici di efficacia idonei a documentare l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza.

Il nuovo Piano Sociale Regionale 2009/2011 approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale del 28 aprile, n. 148 propone strumenti di pianificazione delle politiche sociali più incisivi e restituisce al territorio la capacità di interpretare i bisogni e programmare i servizi sociali. È questo l'obiettivo che si è posta la Regione Molise: aumentare la qualità e la quantità dei servizi al cittadino.

Un sistema sociale, dunque, che deve garantire un benessere sociale al cittadino, ossia, la tutela del diritto allo star bene, a essere membro attivo di una società, ad affermare, dunque, il proprio diritto di cittadinanza.

Il Piano Regionale è l'atto di indirizzo che fornisce alle autonomie locali i parametri progettuali di riferimento e i principi regolativi per la pianificazione sociale individuando le aree di criticità, suscettibili di intervento sociale prioritario, gli obiettivi generali del sistema dei servizi che dovranno orientare l'azione strategica degli EE.LL., anche oltre il tempo di validità del Piano.

Sia la Legge Quadro sia le indicazioni del Piano nazionale lasciano alla programmazione locale uno spazio di autonomia che consente di aderire alle peculiarità ed alle differenze dei diversi contesti aprendo a percorsi di sviluppo coerenti con la definizione di priorità, obiettivi generali e obiettivi di avvicinamento.

In questo orizzonte il Piano Regionale costituisce una personalizzazione del welfare locale incardinato su due fondamentali paradigmi:

- la dimensione comunitaria-territoriale, intesa come ampia valorizzazione delle autonomie sociali in sede di programmazione condivisa, in sede di produzione di servizi con la costruzione di partnership, in sede di gestione di segmenti della propria realtà sociale come esercizio di sovranità pratica da parte delle famiglie e dei cittadini;
- la dimensione collaborativa-partecipativa, intesa come costruzione di un sistema di governo allargato, governance, dove tutti i livelli di governo e tutti i soggetti concorrono a definire, progettare, realizzare le politiche sociali.

Il modello di welfare ipotizzato chiama gli enti e le istituzioni preposte a chiarire modalità trasparenti di attuazione dell'offerta sociale e spinge il terzo settore e le imprese sociali a giocare un ruolo importante, attivo e propositivo.

La Giunta Regionale, attraverso il Piano, ha inteso fornire a tutti gli attori, coinvolti nelle politiche sociali, una guida e contemporaneamente uno strumento per raggiungere standard elevati, condivisi e diffusi di pianifica-



zione sociale. La flessibilità di questo strumento di programmazione consente un costante aggiornamento, una lettura e una diffusione di informazioni sui bisogni sociali dei cittadini del Molise e cerca di stimolare uno scambio virtuoso tra cittadini e amministrazione.

Tra le scelte strategiche della programmazione triennale grande importanza assume il principio di sussidiarietà con il riconoscimento del ruolo delle comunità locali nella guida del proprio sviluppo, chiamate a darsi obiettivi e programmi propri nell'ambito di una definita cornice programmatica e con l'impiego degli strumenti della collaborazione partecipazione e impegno comune previsti nel Piano stesso.

Al fine di fronteggiare le nuove esigenze di rappresentanza, promozione e protezione di interessi specifici della collettività altra scelta, che ha favorito cambiamenti importanti nella gestione dei servizi, è stata quella della individuazione dei Ambiti Territoriali omogenei ed adeguati, per territorio e popolazione.

L'attribuzione alla Regione per l'individuazione delle modalità organizzative unitamente agli standard da adottare per raggiungere l'obiettivo della garanzia delle prestazioni, unitamente ai sistemi organizzativi da utilizzare è scaturita dall'intento di operare per Livelli Assistenziali di Assistenza Sociale (LIVEAS).

Il tema della definizione dei LIVEAS viene affrontato con la consapevolezza di dover operare delle scelte prioritarie unitamente a quello delle risorse finanziarie necessarie a garantirle; il legame tra determinazione delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali da garantire su tutto il territorio regionale e risorse economiche per finanziarle, fanno sì che si debba necessariamente pensare ad un sistema di definizione dei livelli graduale e progressivo in cui le priorità indicate guidino sia il lavoro di programmazione che la realizzazione delle prestazioni stesse.

La pianificazione legislativa ha definito azioni finalizzate a migliorare l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza sociale investendo soprattutto sulle modalità di funzionamento dei servizi e degli interventi per l'esigibilità dei diritti sociali.

La principale differenza rispetto al precedente programmazione – in via generale – si può individuare nella scelta strategica di favorire lo sviluppo complessivo del sistema integrato di interventi e servizi sociali, in una prospettiva di superamento della visione tradizionale delle politiche di inclusione, fondata solo sull'assistenza.

I maggiori investimenti del Piano Sociale sono orientati:

- allo sviluppo delle collaborazioni istituzionali all'interno dei 7 Ambiti Territoriali per la gestione unitaria dei servizi sociali;

- alla convergenza delle responsabilità istituzionali e sociali nell'area dei servizi alla persona;
- alla riqualificazione della spesa sociale.

I 7 Ambiti Territoriali Sociali, con i loro Piani di Zona, sono chiamati ad individuare ed attuare, per ciascuna delle aree prioritarie precisi obiettivi e azioni legati alla realtà territoriale di riferimento, prevedendo anche strumenti di verifica.

Il nuovo strumento programmatico si pone, dunque, in evoluzione rispetto al passato introducendo numerosi aspetti innovativi in particolar modo la scelta di favorire una modalità di programmazione sociale basata su obiettivi di efficacia, oltre che di miglioramento del sistema di offerta, e il progressivo cambiamento del Piano di Zona da strumento prevalentemente di gestione dei servizi a livello locale (associata, unitaria, integrata...) a strumento di programmazione generale dei servizi alla persona.

In sintesi i caratteri della programmazione sociale di territorio condivisa consistono:

- nella pratica della concertazione e condivisione allargata alle autonomie sociali;
- nell'assumere a riferimento "l'Ambito Territoriale" come pluralità di realtà istituzionali di diverse dimensioni e di diverso segno e, quindi, nella capacità sviluppare un punto di vista territoriale;
- nell'assumere la dimensione "micro" come standard territoriale ed organizzativo;
- nel considerare il sociale una infrastruttura che tiene insieme altri comparti del welfare;
- nel rivisitare i modelli di erogazione distinguendo fra l'intervento sociale per la generalità dei cittadini e per la generalità delle problematiche e gli interventi complessi che richiedono piani di aiuto alla persona altrettanto complessi con l'impiego di équipe interdisciplinari.

## **2. Le politiche sociali prima e dopo la riforma dei servizi. La Legge 328/00. I cambiamenti apportati**

Il sistema di sicurezza sociale italiano è stato interessato, a partire dagli ultimi 30-40 anni, da un processo di rinnovamento che ha interessato sia il livello delle competenze amministrative che quello delle modalità di intervento degli attori chiamati in causa nella gestione ed erogazione dei

servizi. Tale processo ha avuto inizio negli anni '70 con l'istituzione delle Regioni. Successivamente con il DPR 616 del 1977 si realizzò il decentramento cioè il trasferimento, alle Regioni, delle funzioni amministrative e in particolare con l'attribuzione, ai Comuni, delle funzioni di organizzazione dei servizi sociali. Ulteriori innovazioni vennero introdotte negli anni '90 e in particolare con la prima Legge Bassanini (L. n. 59 del 1997) che introdusse il principio di sussidiarietà in base al quale le decisioni vengono prese dall'organo di governo più vicino ai cittadini (il Comune) e cioè da quello che è maggiormente in grado di interpretare i bisogni e le risorse della comunità territoriale di riferimento. Tale principio ha portato allo sviluppo di modelli organizzativo-istituzionali che attribuiscono ai Comuni la titolarità delle funzioni amministrative riguardanti i servizi sociali e che valorizzano la collaborazione tra pubblico e privato. Questo quadro di ridefinizione del rapporto Stato-Regioni-Enti Locali è stato completato attraverso l'introduzione della Legge Quadro di Riforma dell'assistenza, la L. 328 del 2000 e dalla Riforma del Titolo V della Costituzione (L. 3 del 2001).

La "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" ha ridefinito il profilo delle politiche sociali apportando tutta una serie di elementi di novità. Questa Legge si colloca in un vuoto legislativo di oltre 110 anni in cui è mancata una regolamentazione organica dei servizi socio-assistenziali. Prima della 328, infatti, solo la Legge Crispi del 1890 aveva costituito la norma organica di riferimento per l'assistenza sociale. Tra le due norme numerosi sono stati i cambiamenti e le riforme ma solo con la Legge del 2000 si è giunti alla creazione di un quadro normativo unitario valido per l'intero territorio nazionale.

Essa ha innanzitutto segnato il passaggio dalla concezione di utente quale portatore di un bisogno specialistico a quella di persona nella sua totalità costituita anche dalle sue risorse e dal suo contesto familiare e territoriale; quindi il passaggio da una accezione tradizionale di assistenza, come luogo di realizzazione di interventi meramente riparativi del disagio, ad una di protezione sociale attiva, luogo di rimozione delle cause di disagio ma soprattutto luogo di prevenzione e promozione dell'inserimento della persona nella società attraverso la valorizzazione delle sue capacità.

L'attenzione con tale Legge si è spostata poi:

- dalla prestazione disarticolata al progetto di intervento e al percorso accompagnato;
- dalle prestazioni monetarie volte a risolvere problemi di natura esclusivamente economica a interventi complessi che intendono rispondere ad una molteplicità di bisogni;

- dall'azione esclusiva dell'ente pubblico a una azione svolta da una pluralità di attori quali quelli del terzo settore.

Le moderne politiche sociali, dopo la L. 328 del 2000, si stanno quindi orientando verso quella che è definita *community care*, concetto-guida già dato per scontato nel welfare di tutti gli altri stati occidentali. Per *community care* si intende quel completo ripensamento del sistema di interventi e servizi sociali in vista della realizzazione di politiche per la comunità e da parte della comunità stessa cioè orientato alla creazione di una *caring society*. Primo principio della *community care* è quindi la presa in carico della comunità da parte della comunità in tutti i suoi elementi attraverso l'intreccio di questi aiuti informali spontanei. Poiché però questi aiuti difficilmente si attivano al di là della cerchia ristretta delle reti più immediate quali la famiglia, bisogna promuovere anche la partecipazione, che non può più essere pensata come residuale o integrativa, del privato sociale (cooperative sociali, associazioni di volontariato e di auto e mutuo aiuto).

Nuove competenze vengono quindi richieste all'operatore che deve concentrare la sua disponibilità operativa in un dato territorio provvedendo alle necessità della comunità di quel territorio attraverso il raccordo di una pluralità di apporti e di risorse locali. In particolare l'AS deve essere capace di lavorare in rete con altri servizi (dalla ASL al privato sociale) e professionisti (psicologi, educatori, medici...) e saper realizzare "pacchetti" di servizi in un'ottica di rete cioè coinvolgendo le reti formali (parenti, amici, vicini di casa, colleghi di lavoro...) e informali.

Con la Legge 328 del 2000 si realizza quindi il passaggio da una programmazione che utilizzava una prospettiva di tipo "government" in cui era il soggetto pubblico a prendere decisioni (a governare), a una prospettiva di tipo "governance" in cui il governo si realizza grazie alla mobilitazione di una serie di soggetti (pubblici, di privato sociale e della società civile) e dove il raggiungimento di un obiettivo è frutto dell'azione autonoma, ma non isolata, dei diversi attori – Stato, Regioni, Province, Enti Locali, Terzo settore e privati – che debbono/possono dare un contributo al processo di attuazione delle politiche sociali.

La partecipazione attiva degli attori sopracitati è resa possibile dall'avvenuta decentralizzazione e/o la tendenza al decentramento istituzionale della politica stessa, in una logica di governo non più gerarchico ma declinato territorialmente che crea le condizioni per la loro azione.

---

## QUADRO EVOLUTIVO DELLA NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE

### NORMATIVA NAZIONALE OGGETTO

<b>Legge n. 833/78</b>	"Istituzione del servizio sanitario nazionale"
<b>DPR n. 309/90</b>	"Fondo nazionale per la lotta alle tossicodipendenze"
<b>Legge n. 241/90</b>	"Norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"
<b>Legge n. 104/92</b>	"Legge Quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate" e ss.modifiche ed integrazioni (L. 284/97 – L. 162/98 – L.17/99)
<b>D.lgs. n. 502/92</b>	"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L. 421/92"
<b>Legge n. 29/93</b>	"Razionalizzazione delle organizzazioni delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'art. 2 della L. 421/92"
<b>Legge n. 675/96</b>	"Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati sensibili"
<b>Legge n. 59/97</b>	"Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle Regioni ed Enti Locali, per la riforma della Pubblica amministrazione e per la semplificazione amministrativa"
<b>Legge n. 285/97</b>	"Fondo Nazionale per l'infanzia e adolescenza"
<b>Legge n. 40/98</b>	"Fondo Nazionale per le politiche migratorie"
<b>D.lgs. n. 112/98</b>	"Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti Locali, in attuazione del capo I della L. n. 59/97 e ss. modificazioni"
<b>Legge n. 162/98</b>	"Modifiche alla Legge 5 febbraio 1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave"
<b>Legge n. 68/99</b>	"Norme per l'inserimento lavorativo dei disabili"
<b>D.lgs. n. 229/99</b>	"Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della Legge n. 419/98"
<b>D.lgs. n. 267/00</b>	"Testo unico delle Legge sull'ordinamento degli Enti Locali"
<b>Legge n. 328/00</b>	"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
<b>L.Cost. n. 3/01</b>	"Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione"