

PIANO SOCIALE REGIONALE 2025-2027

e

PIANO REGIONALE DI CONTRASTO ALLA POVERTA' 2025 - 2027

Approvato dal Consiglio regionale nella seduta del 3 giugno 2025,
con deliberazione n. 34.

INDICE

Premessa

Cap. 1 Analisi di contesto

Cap. 2 La programmazione dei servizi e degli interventi sociali 2025-2027

Cap. 3 La Governance ed il percorso per la redazione del Piano Sociale di Zona

Cap. 4 Politiche integrate

Cap. 5 Integrazione sociosanitaria

Cap. 6 Sistema informativo sociale e sociosanitario

Cap. 7 Osservatorio regionale delle politiche sociali

Cap. 8 Sistema Regionale di Valutazione

Allegato 1 Tabelle 1-2-3

Allegato 2 Swot analysis

Allegato 3 Riferimenti normativi

Legenda

-

PREMESSA

La definizione della presente programmazione pluriennale avviene esattamente a venti anni dall'approvazione da parte del Consiglio regionale del primo Piano Sociale triennale 2004/2006, in attuazione della legge 328/2000: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e della L.R. 1/2000 (ora sostituita dalla L.R. 13/2014 "Riordino del sistema regionale di interventi e servizi sociali").

All'epoca si trattava di uno strumento di pianificazione innovativo in quanto introduceva la gestione associata dei servizi e delle prestazioni sociali attraverso gli Ambiti territoriali sociali e puntava alla realizzazione di un sistema integrato che promuovesse la reale fruibilità dei diritti di cittadinanza, che pur in una logica di universalità di accesso, si è realizzata con azioni a tutela delle persone fragili e a rischio di marginalità sociale.

L'ATS venne individuato dal legislatore nazionale, quale "dimensione territoriale e organizzativa necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggruppamento dei LEPS (LIVELLI ESSENZIALI PRESTAZIONI SOCIALI)".

A livello regionale i Comitati dei Sindaci dei singoli ATS ritennero di individuare, tra quelle previste dall'ex art. 30 del Testo unico degli Enti locali (TUEL), la Convenzione quale strumento di programmazione e gestione dei servizi associati, con la costituzione di un "ufficio comune" presso il Comune capofila.

Nella fase iniziale si registrarono delle resistenze da parte di molti enti locali, poi superate gradualmente in presenza di risultati che via via si sono rivelati positivi (si pensi alla diffusione del servizio sociale professionale e degli uffici di cittadinanza- segretariato sociale- in tutti i comuni molisani).

All'interno dei Comitati dei Sindaci si è diffuso e consolidato il confronto tra gli amministratori locali e si sono condivisi processi di progettazione che, attraverso l'approvazione e la realizzazione dei piani di zona susseguitesì negli anni, hanno consentito di realizzare livelli di assistenza sostanzialmente uniformi sull'intero territorio regionale.

Altrettanto importante e utile il costante scambio di idee e di proposte tra i coordinatori degli ATS che ha permesso, sulla scorta degli indirizzi regionali, l'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse finanziarie.

Elemento di criticità, soprattutto nella fase iniziale, è stata proprio l'assenza di uno "status giuridico autonomo" dell'ATS che, di fatto, scaricava sui comuni capofila tutti gli oneri in termini di gestione delle risorse economiche e organizzative e di tutti gli adempimenti relativi alle procedure di affidamento dei servizi e ai pagamenti ai soggetti gestori.

A ciò si aggiunga la mancata realizzazione di percorsi strutturati di integrazione socio-sanitaria, determinati in gran parte dalla situazione di commissariamento che interessa la Regione Molise per il rientro dal debito sanitario e la parziale attuazione della sussidiarietà orizzontale che ha visto un coinvolgimento molto limitato dei soggetti del Terzo settore (volontariato, associazioni di promozione sociale, fondazioni); la stessa cooperazione sociale ha partecipato marginalmente alle scelte di programmazione e progettazione ed è stata chiamata ad assumere funzioni quasi esclusivamente gestionali.

Il radicamento del sistema ha incontrato, almeno fino al 2018, difficoltà per l'assenza di certezze rispetto alle risorse finanziarie da investire per l'attuazione dei piani di zona, della esiguità del cofinanziamento da parte della Regione e degli stessi comuni e della compartecipazione dei cittadini beneficiari.

Già con la precedente programmazione (2020/2022) il quadro complessivo si è modificato in modo sostanziale grazie alla definizione a livello nazionale di importanti strumenti di programmazione di medio periodo: il Piano sociale nazionale, il Programma per la non autosufficienza, il Piano di contrasto alla povertà che hanno previsto lo stanziamento di risorse finanziarie importanti e strutturate, fondi che nell'ultimo periodo si sono ulteriormente incrementati grazie agli importi messi a disposizione dal PNRR, in particolare con la Missione 5.

La possibilità di contare su risorse certe e in aumento consente oggi di impostare una programmazione più ambiziosa rispetto al passato, modificando e migliorando l'azione di governance e rafforzando ed implementando le azioni già in essere.

Il presente Piano sociale regionale, valido per il triennio 2025/2027, sulla base della situazione demografica, sociale ed economica della nostra realtà territoriale (Vedi Cap.1 "Analisi di contesto), è improntato ad una logica di partecipazione, concertazione e condivisione delle scelte con tutta la rete territoriale pubblico/privato sociale/corpi intermedi, si pone alcuni obiettivi prioritari, che si riportano in maniera non esaustiva:

- a) Ridefinizione dell'assetto organizzativo degli ATS promuovendo, ai sensi dell'art. 8 – comma 3 – della Legge 328/2000 e del Piano Nazionale dei servizi sociali, la coincidenza tra gli ATS, i Distretti sociosanitari e i servizi per il lavoro (CPI), in funzione anche di una possibile sperimentazione, in luogo della convenzione attualmente utilizzata, di Consorzi pubblici o di ASP (Art.31 del TUEL). In tal senso si richiama anche il comma 2, dell'art. 23 del Decreto 147 che, nell'ottica del rafforzamento della programmazione prevede che "gli ambiti territoriali di programmazione omogenea per il comparto sociale, sanitario e delle politiche per il lavoro trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari e dei centri per l'impiego".
- b) Costituzione della Consulta regionale per le politiche sociali (art. 27 della L.R.13/2014), che attraverso la presenza di tutti gli attori istituzionali, delle rappresentanze sindacali e del Terzo settore avrà il compito di monitorare lo stato di attuazione del presente Piano sociale triennale e di avanzare al Consiglio regionale proposte integrative o correttive.
- c) Individuazione del Coordinatore di Ambito, che oltre ad assumere funzioni gestionali, sarà anche responsabile dell'Ufficio Piano e rafforzamento della equipe multiprofessionale e del servizio sociale. In questa direzione va completato il percorso di assunzione a tempo indeterminato di assistenti sociali con un rapporto di uno a cinquemila abitanti, con l'ulteriore obiettivo di servizio di arrivare a uno ogni quattromila (Si tratta di un LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) i cui costi sono a carico della finanza statale, con deroga ai vincoli della spesa del personale e con oneri a carico della quota servizi del Fondo povertà. Al raggiungimento di questo risultato concorrono anche le risorse del Fondo di solidarietà comunale).
- d) Realizzazione in maniera omogenea su tutto il territorio regionale dei nuovi Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), degli obiettivi di servizio e delle azioni prioritarie definiti dal nuovo Piano Nazionale dei servizi sociali (Vedi Cap. 3 "Livelli essenziali: la programmazione dei LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali).

- e) Valorizzazione della sussidiarietà orizzontale e riconoscimento del ruolo degli Enti di Terzo Settore in termini di coprogrammazione e coprogettazione, oltre che di gestione, ai sensi del D.Lgvo 117/2017 e della L.R. n. 21/2022 “Disciplina del Terzo settore” – artt. 11,12,13 e 14, con la costituzione della Consulta regionale del terzo settore art. 7- L.R. n. 21/2022);
- f) Riattivazione, in collaborazione con l’Università e altri istituti di ricerca, dell’Osservatorio regionale delle politiche sociali (art. 37 della L.R. 13/2014) per sostenere, anche attraverso il Sistema informativo regionale, mediante l’interoperabilità con quelli nazionali, i processi decisionali, le attività di programmazione, coordinamento e controllo regionale.
- g) Revisione, per apportare le necessarie integrazioni rispetto al mutato quadro normativo nazionale, del Regolamento regionale n. 1/2015 e ss.mm.ii. di attuazione della L.R. 13/2014, in materia di autorizzazione, accreditamento e controllo delle strutture residenziali e semiresidenziali e dei servizi sociali.
- h) Revisione delle tariffe per le strutture e i servizi sociali (Art.14 del Regolamento regionale n.1/2015 e ss.mm.ii.) con adeguamento agli indici ISTAT e alla nuova contrattazione collettiva per la cooperazione sociale.

Per la realizzazione degli interventi di cui al presente Piano sociale e dei conseguenti Piani di zona gli Ambiti territoriali potranno disporre, oltre che delle risorse provenienti dalla programmazione nazionale di medio periodo (Piano nazionale dei servizi sociali, con incluso quello di contrasto alla povertà, Programma nazionale per la non autosufficienza, fondi rivenienti dalla Missione 5 del PNRR - Piano nazionale di ripresa e resilienza-, Fondo di solidarietà comunale, cofinanziamento della Regione, cofinanziamento dei comuni, quantificato nella misura massima di euro 6 per ogni cittadino residente, compartecipazione dell’utenza determinata in base all’ISEE), anche delle risorse oggetto di riparto annuale disposte da vari Ministeri e finalizzate a sostenere progetti per l’attuazione delle pari opportunità, al sostegno ai caregivers, alla promozione di politiche per la famiglia e per i giovani, al sostegno, al trasporto e all’assistenza alla comunicazione per gli studenti in situazione di disabilità.

Una quota non inferiore al 50% del FNPS (Fondo Nazionale Politiche Sociali) è destinata all’attuazione di azioni per l’infanzia e l’adolescenza per la realizzazione di alcune arre prioritarie:

- interventi di sostegno al contesto familiare in cui vivono i bambini;
- interventi di sostegno ai contesti quotidiani dei bambini e dei ragazzi;
- sistema di intervento per i minori che vivono fuori famiglia (sviluppo e potenziamento dei servizi dedicati per l’affidamento familiare; promozione di buone pratiche di accoglienza residenziale; attuazione delle linee nazionali in materia di affido ed accoglienza residenziale).

Una quota annuale pari all’1% dell’FNPS (Fondo Nazionale Politiche Sociali) sarà destinata all’attuazione di azione di sistema a valenza regionale per il potenziamento della rete e lo sviluppo di sistemi di monitoraggio e valutazione dei servizi offerti.

In continuità con quanto realizzato in attuazione nell’ambito dei precedenti Piani di contrasto alla povertà e delle “Linee guida per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia” verranno assicurati servizi di presa in carico e di accoglienza per le persone senza dimora e/o in grave situazione di marginalità sociale attraverso la partecipazione della Regione a specifici bandi nazionali..

La disponibilità finanziaria potrà essere ulteriormente implementata con i fondi del PSC (Piano di sviluppo e coesione) e dell’FSE (Fondo sociale europeo): sono in via di definizione tre schede

progettuali: una per il sostegno triennale alle famiglie che hanno al loro interno persone con disturbo dello spettro autistico; una per il sostegno ai caregivers e una per la promozione della socialità e del benessere psico-fisico dei soggetti in età scolare, per rispondere a nuovi e vecchi fenomeni di disagio minorile (disturbi alimentari, bullismo, cyberbullismo, dipendenze etc.).

In favore delle politiche per l'integrazione dei migranti la Regione sta realizzando una serie di progetti pluriennali, gestiti da Enti del Terzo settore in possesso di adeguata esperienza, che attiveranno nel periodo di attuazione poco meno di 4 milioni di euro, mediante un'ampia rete partenariale: Università, ASReM, CPIA (Centri provinciali per l'istruzione degli adulti), Scuole, enti di formazione:

- S.O.L.E.I.L (Servizi di Orientamento al Lavoro ed Empowerment Interregionale legale) è un progetto Interregionale (Regione Lazio - Regione Abruzzo - Regione Marche-Regione Molise - Regione Toscana) di cui la regione Lazio è capofila e le altre regioni partner. Rientra nei progetti PN Inclusion e lotta alla povertà 2021-27 – Obiettivo Specifico ESO4.9 – Priorità 1 “Sostegno all’inclusione sociale e lotta alla povertà”.

Il progetto mira a realizzare un'azione di sistema interregionale per la presa in carico integrata delle persone vittime o potenziali vittime di sfruttamento lavorativo, attraverso un coordinamento multistakeholder; un sistema volto all'integrazione socio-lavorativa, alla prevenzione ed al contrasto dello sfruttamento lavorativo in settori quali: agricoltura, edilizia, commercio, logistica ecc. I destinatari diretti del progetto sono tutte le persone straniere vittime e/o potenziali vittime di sfruttamento lavorativo presenti nel territorio regionale.

- Progetto 231 – Zero Distanze. Obiettivo Specifico O.S. 2 Migrazione Legale/Integrazione. Piani regionali per la formazione civico linguistica dei cittadini di Paesi Terzi 2023-2026.

Zero Distanze è un progetto che vede la Regione Molise quale Beneficiario Capofila ed il CPIA (Centri provinciali per l'istruzione degli adulti) di Campobasso e di Isernia in qualità di partner di progetto. Promuove un insieme di azioni per la formazione linguistica dei cittadini dei Paesi Terzi, regolarmente soggiornanti sul territorio regionale, nonché per la promozione della storia e delle istituzioni italiane e dei principi della legalità.

- Progetto 842 – Health 4 All - Obiettivo Specifico O.S. 1 Asilo. Piani regionali per la tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità

Vede la Regione Molise quale Beneficiario Capofila e A.S.Re.M. quale partner di progetto ed è rivolto ai cittadini dei Paesi Terzi, residenti in Molise, sia maggiorenni che minorenni, e mira ad implementare la presa in carico delle vulnerabilità in accoglienza da parte dei servizi sociosanitari sul territorio. Il progetto intende facilitare l'accesso alle cure ed ai luoghi di cura dei CPT, sia intervenendo direttamente su di essi sia intervenendo sul sistema del welfare locale a partire dai professionisti del sociale e della sanità che vi operano.

- Progetto 1096 - Multiazione. MOLInclusive. O. S. 2. Migrazione Legale/Integrazione. Piani d'intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di Paesi Terzi

Il progetto MOLInclusive vede la Regione Molise quale Beneficiario Capofila punta al supporto al miglioramento della governance multilivello per l'integrazione socio-lavorativa dei migranti; alla valorizzazione e sviluppo delle competenze; alla promozione della partecipazione attiva dei cittadini migranti alla vita economica sociale e culturale.

La Regione è, inoltre, impegnata nella elaborazione, in collaborazione con il DAP(Dipartimento Affari Penali), il PRAP (Provveditorato regionale amministrazione penitenziaria) di Lazio, Abruzzo e Molise, gli Uffici Distrettuali per l'Esecuzione penale esterna e i referenti degli istituti penitenziari presenti in Molise di una serie di azioni, in risposta ad uno specifico avviso pubblico ministeriale “Una giustizia più inclusiva – Attuazione di modelli di intervento per l’inclusione attiva dei detenuti (AMAd) e dei soggetti in uscita ed esecuzione penale esterna (AMAES)”, finalizzate a promuovere l’inclusione socio-lavorative delle persone sottoposte a misura penale. Il progetto, di durata quadriennale, mette a disposizione della Regione oltre 4 milioni di euro.

Nella presente programmazione **non sono inclusi**, in linea con quanto accade a livello nazionale, le risorse destinate agli asili nido e ai servizi integrativi per la prima infanzia che possono contare su finanziamenti comunitari, nazionali e regionali dedicati.

Capitolo 1

ANALISI DI CONTESTO

Il Piano Sociale Regionale 2025-2027 del Molise rappresenta una cornice strategica innovativa e integrata, orientata al miglioramento della qualità della vita dei cittadini attraverso l'attuazione dei Livelli Essenziali di Prestazione Sociale (LEPS) in linea con il Piano Nazionale Sociale (PNS). In un contesto caratterizzato dalla necessità di garantire stabilità e coesione sociale a livello nazionale, questo piano si propone di assicurare l'accesso equo e uniforme ai servizi sociali sull'intero territorio regionale, con particolare attenzione alle categorie più vulnerabili. Il sostegno finanziario, derivante dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) e dal Fondo Sociale Regionale (FSR), appare idoneo a garantire l'efficacia delle risposte ai bisogni della comunità.

L'adozione dei Livelli Essenziali di Prestazione Sociale (LEPS) si articola su cinque ambiti di bisogno, che ne permettono la declinazione operativa e una gestione mirata: accesso, valutazione e presa in carico dell'utenza; misure per il sostegno e l'inclusione sociale; interventi a favore della domiciliarità; strutture diurne semi-residenziali e residenziali; azioni di sistema.

Tali indicatori rappresentano i pilastri attraverso cui il Molise intende ridefinire l'intervento sociale, in una visione integrata che mette al centro coesione sociale, inclusione e miglioramento della qualità della vita. Questi principi guida sono progettati non solo per garantire l'accesso ai servizi essenziali, ma anche elevarne lo standard qualitativo, costruendo un ambiente aperto allo sviluppo sostenibile.

Il piano dedica particolare attenzione al rafforzamento delle reti territoriali, promuovendo una collaborazione strutturata e proattiva tra enti locali, organizzazioni del terzo settore e comunità. Questo approccio è cruciale per affrontare le disparità sociali e assicurare che i servizi rispondano con tempestività e precisione alle necessità specifiche delle diverse aree del Molise.

Attraverso un modello di governance partecipativa, la regione Molise promuove il coinvolgimento diretto dei cittadini nella costruzione delle politiche sociali, creando un canale di dialogo aperto e trasparente. Questo processo partecipativo garantisce che le misure adottate siano in linea con le reali esigenze della popolazione, generando un contesto socioeconomico inclusivo e resiliente, dove ogni cittadino possa vivere e crescere con stabilità e sicurezza.

Fonti principali

L'analisi è basata sui dati di ISTAT (rapporto territoriale e censimento permanente della popolazione e delle abitazioni), Eurostat (sezione regionale), Banca d'Italia (rapporti sull'economia regionale), e ANPR (dati sull'anagrafe nazionale). Inoltre, alcuni dati sono estratti da documenti della Regione Molise e SISTAN (Sistema Statistico Nazionale).-Documento di sintesi sulle politiche sociali della Regione Molise a cura di Ass. Centro studi Affidato Progetto famiglia (Agosto 2024)

1. Analisi dati demografici

Il Molise sta affrontando una delle più complesse sfide demografiche in Italia, con una popolazione in costante diminuzione e un'età media in aumento. L'ultima rilevazione ISTAT rivela un trend di spopolamento e invecchiamento che colpisce particolarmente le aree rurali, dove scarseggiano le opportunità lavorative e le giovani generazioni emigrano in cerca di un futuro migliore. Tra tassi di natalità bassi, un saldo migratorio negativo e un sistema economico in difficoltà, il Molise rischia di trovarsi in una situazione di crescente fragilità. In questo scenario, emergono anche importanti questioni legate alla composizione familiare, all'istruzione e all'accesso ai servizi sanitari e sociali. Questi aspetti disegnano un quadro complesso, che richiede politiche mirate e interventi strategici per invertire il declino demografico e promuovere una crescita sostenibile della regione.

1.1 Popolazione e composizione demografica

- **Popolazione totale:** Secondo l'ISTAT, al 1° gennaio 2023, il Molise contava 290.769 abitanti, confermando una tendenza al calo demografico, ulteriormente confermato alla data del 1° gennaio 2024 che fa registrare una popolazione pari a 289.224 abitanti. Dal 2000 a oggi, la regione ha perso circa il 10% della popolazione, riflettendo un trend di declino demografico.
- **Età media:** L'età media è di circa **46,4 anni**, più alta della media nazionale che si attesta intorno ai 45 anni. Questo dato evidenzia un fenomeno di invecchiamento, particolarmente acuto nelle aree interne e rurali, dove le opportunità di lavoro sono limitate e l'emigrazione giovanile è più marcata (ISTAT, 2022).
- **Indice di vecchiaia:** L'indice di vecchiaia del Molise è di **240%** (2,4 anziani ogni giovane sotto i 15 anni), superiore alla media italiana di circa 180%. Questa caratteristica demografica indica una proporzione molto alta di anziani rispetto ai giovani, soprattutto nelle aree rurali (Fonte: ISTAT).

1.2 Natalità e Mortalità

- **Tasso di natalità:** Nel 2022, il tasso di natalità del Molise è stato di **5,8 nati per 1.000 abitanti**, uno dei più bassi in Italia (la media nazionale si attesta a **6,7 nati per 1.000 abitanti**). Questa tendenza alla diminuzione delle nascite è costante negli ultimi decenni (ISTAT).
- **Tasso di mortalità:** Nello stesso anno, il tasso di mortalità in Molise si è attestato al 14,7 per 1.000 abitanti, superiore alla media nazionale di 12,1 per 1.000. Questo ha determinato un saldo naturale negativo, con un decremento di 2.601 unità. (ISTAT).
- **Saldo migratorio:** Il saldo migratorio interno del Molise nel 2022 è stato negativo, con un bilancio di -1.186 persone, corrispondente a un tasso di -4,1 per 1.000 abitanti. Questo riflette un fenomeno di emigrazione, soprattutto giovanile, verso altre regioni italiane. (ISTAT).

Questi indicatori sottolineano le sfide demografiche che il Molise deve affrontare, tra cui lo spopolamento e l'invecchiamento della popolazione, con implicazioni significative per le politiche sociali e lo sviluppo regionale.

1.3 Struttura Familiare e Istruzione

I dati demografici e socioeducativi del Molise evidenziano alcune criticità rispetto alla media nazionale. Analizziamo i punti specifici:

Composizione familiare: Nel 2022, il numero medio di componenti per famiglia in Molise era di 2,19, leggermente inferiore alla media nazionale di 2,24. Questo dato riflette una tendenza verso nuclei familiari più piccoli, spesso composti da anziani o coppie senza figli, indicando un invecchiamento della popolazione e un basso tasso di natalità.

Livello di istruzione: Secondo i dati ISTAT, nel 2022, il 23,5% delle donne e il 17,1% degli uomini tra i 25 e i 64 anni in Italia possedevano un titolo di laurea. Sebbene non siano disponibili dati specifici per il Molise in questa fonte, altre indagini indicano che la regione presenta una percentuale di laureati inferiore alla media nazionale. Per quanto riguarda l'abbandono scolastico, nel 2022 il Molise ha registrato un tasso dell'8,3%, inferiore alla media italiana dell'11,5%.

Questi indicatori sottolineano la necessità di interventi mirati per migliorare il livello di istruzione e contrastare l'invecchiamento demografico nella regione.

1.4 Economia e Occupazione

- **Tasso di disoccupazione:** Il tasso di disoccupazione nel Molise è del **9,5%** (ISTAT, 2022), superiore alla media nazionale di circa 8%. Il tasso di disoccupazione giovanile (15-24 anni) è particolarmente alto, con un valore di circa **30%**. Questo dato contribuisce alla migrazione giovanile verso altre regioni italiane o l'estero.
- **Settori di occupazione:** Il settore agricolo rappresenta circa il **5,5%** dell'occupazione totale in Molise, mentre il settore dei servizi impiega oltre il **60%** della popolazione attiva. Tuttavia, la produttività è bassa, soprattutto nel settore agricolo e manifatturiero, composto principalmente da piccole e microimprese (Fonte: Banca d'Italia, 2023).
- **Reddito medio:** Il reddito medio pro-capite è di circa **18.000 euro annui**, inferiore alla media italiana (circa 21.500 euro). Questo livello di reddito relativamente basso porta molte famiglie a rischio di povertà relativa, specialmente nelle aree rurali (ISTAT).

1.5 Assistenza sanitaria e servizi educativi

- **Assistenza sanitaria:** La regione dispone di una rete sanitaria limitata, con pochi ospedali concentrati principalmente nelle città maggiori. Le aree interne, caratterizzate da una bassa densità abitativa, risentono maggiormente di questa distribuzione, rendendo l'accesso ai servizi sanitari meno agevole per i residenti. Secondo il Piano Operativo Sanitario 2023-2025 del Molise, la rete di emergenza/urgenza si articola su 16 postazioni di 118 e sui pronto soccorso dei quattro presidi ospedalieri. Tuttavia, persistono criticità legate ai tempi di attesa per alcune specialità mediche, influenzate dalla carenza di personale e risorse.
- **Servizi educativi:** Il Molise presenta un numero limitato di istituti scolastici superiori e strutture universitarie. Questa carenza spinge molti giovani a trasferirsi in altre regioni per proseguire gli studi, contribuendo al fenomeno dell'emigrazione giovanile. Secondo i dati del Ministero dell'Istruzione, nell'anno scolastico 2022/2023, le scuole statali della regione erano così distribuite: 118 sedi di infanzia, 112 sedi di primaria, 75 sedi di primo grado e 50 sedi di secondo grado. Nonostante gli sforzi per migliorare l'offerta formativa le infrastrutture educative rimangono insufficienti per trattenere i giovani talenti.

1.6 Migrazione e Immigrazione

- **Emigrazione:** Negli ultimi anni, il Molise ha registrato un aumento significativo dell'emigrazione giovanile, soprattutto verso regioni come Lombardia, Emilia-Romagna, e all'estero. Dal 2000 al 2022, la popolazione giovanile è diminuita di circa il **12%**, portando a un generale invecchiamento della popolazione residente (ISTAT, 2022).
- **Immigrazione straniera:** Gli immigrati rappresentano circa il **4%** della popolazione totale, con un incremento graduale negli ultimi anni. La maggior parte degli immigrati si impiega nell'agricoltura o nei servizi domestici, e la loro presenza contribuisce alla demografia e alla forza lavoro della regione (Fonte: ANPR, Eurostat).

2. Analisi comparativa tra i vari indicatori nei diversi ambiti.

In questa sezione, si procederà con un'analisi comparativa degli indicatori demografici e socio-economici attraverso sette specifici ambiti, per evidenziare le dinamiche e le disparità interne al territorio molisano. Questo confronto permetterà di comprendere meglio le criticità e i punti di forza delle diverse aree, offrendo una panoramica più dettagliata sulle necessità di intervento e le opportunità di sviluppo per la regione.

2.1 Struttura demografica ed età media

1. Distribuzione per fasce d'età (0-14 anni, 15-64 anni, 65+ anni):

Fascia 0-14 anni:

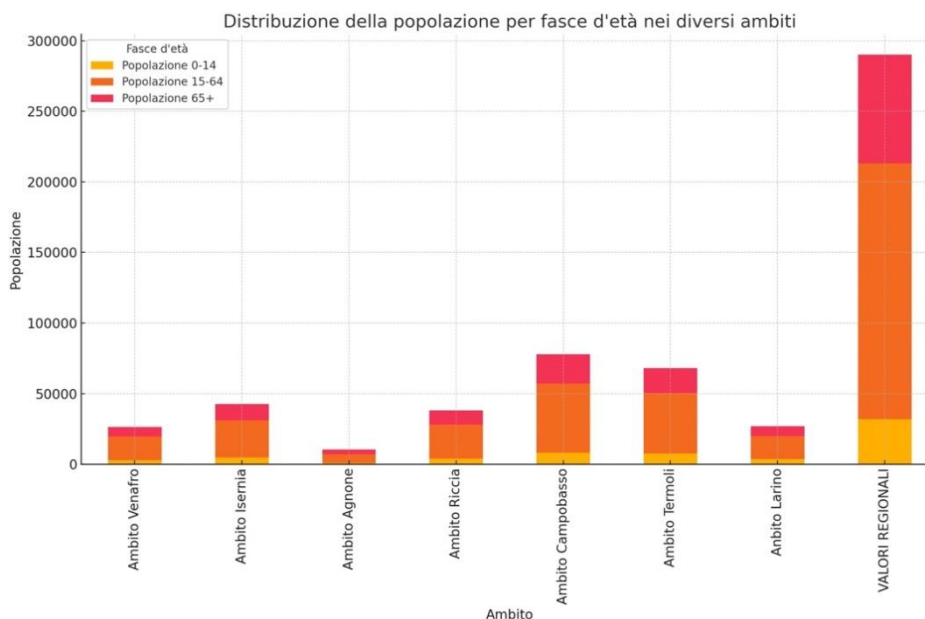
- La popolazione giovanile rappresenta tra il **10%** e il **15%** nei comuni osservati, con differenze significative. In ambiti come l'ATS di Venafro, si registra una percentuale vicina al 10%, evidenziando una base giovanile molto ridotta rispetto alla media nazionale (13% secondo ISTAT, 2022).
- Questo dato segnala una insufficiente capacità di ricambio generazionale, che nel medio-lungo termine potrebbe compromettere la stabilità demografica e ridurre la disponibilità di risorse umane nei settori produttivi.

Fascia 15-64 anni (popolazione attiva):

- La popolazione in età lavorativa costituisce circa il **60-65%** della popolazione totale, una quota consistente ma non uniforme.
- Ad esempio, nell'ATS di Larino, il **tasso di dipendenza demografica complessivo** supera il 58%, indicando una pressione crescente sulla popolazione attiva per sostenere le fasce non attive. In particolare, la **dipendenza anziana** è prevalente rispetto alla giovanile, riflettendo l'impatto dell'invecchiamento sulla capacità produttiva.

Fascia 65+ anni:

- Gli over 65 rappresentano mediamente il **20-25%** della popolazione, con punte superiori al 30% in ambiti come Agnone. Questo dato sottolinea un avanzato processo di invecchiamento demografico, con implicazioni significative per la pianificazione dei servizi sociali e sanitari.
- L'**indice di vecchiaia**, che in Molise supera il 240% (2,4 anziani per ogni giovane sotto i 15 anni), conferma l'urgenza di investire in servizi di assistenza domiciliare, strutture sanitarie specializzate e strategie per il contrasto alla solitudine degli anziani.



Il grafico illustra chiaramente le criticità del Molise: un invecchiamento significativo, una popolazione giovanile ridotta, e una pressione crescente sulla fascia attiva.

Questi aspetti richiedono interventi mirati per garantire la sostenibilità socio-economica della regione.

Aree con più anziani (es. ATS Agnone, ATS Venafro):

- Necessità di potenziare i servizi di assistenza per gli anziani, come l'assistenza domiciliare e le strutture sanitarie.
- Politiche per incentivare il ritorno della popolazione giovane o il ripopolamento.

Aree con più giovani (es. ATS Campobasso, ATS Termoli):

- Investire in servizi scolastici, trasporti e opportunità lavorative per trattenere la popolazione giovanile e attiva.

Disparità tra aree urbane e interne:

- Le aree urbane (es. ATS Campobasso, ATS Termoli) attraggono più popolazione attiva e giovane, mentre le aree rurali o montane soffrono di uno squilibrio demografico sempre più marcato.

2.2 Analisi dell'età media nei diversi ambiti:

- L'età media risulta più alta negli ambiti con una percentuale significativa di anziani, come Agnone, rispetto ad ambiti con una popolazione più giovane come Campobasso. Una maggiore età media è strettamente collegata alla richiesta di servizi sanitari avanzati e alle spese assistenziali a lungo termine. Nei comuni con età media inferiore e una base giovanile più forte, si osserva una tendenza alla stabilità demografica, suggerendo una parziale resilienza rispetto al calo della popolazione osservato altrove.
- In ambiti con elevata età media, si riscontra inoltre una correlazione negativa con il dinamismo economico locale, dove una minore proporzione di popolazione giovane contribuisce a un minor flusso di reddito e alla limitata vitalità del mercato del lavoro. Al contrario, aree con un'età media più bassa mostrano una capacità di adattamento economico leggermente più stabile e sostenibile.

2.3 Indice di invecchiamento e impatto sociale:

Indice di invecchiamento e squilibrio demografico: l'indice di invecchiamento, che varia tra il 130% e il 150% in molti ambiti del Molise, raggiunge **picchi superiori al 200% nell'ATS di Agnone**, indicando uno squilibrio significativo in favore della popolazione anziana. Questo valore è molto più alto rispetto alla media nazionale (circa 180%, ISTAT, 2022), evidenziando una grave difficoltà nel ricambio generazionale.

Impatto sul sistema di welfare: un alto indice di invecchiamento comporta una domanda crescente di servizi sanitari e assistenziali, soprattutto per la gestione della non autosufficienza e delle malattie croniche. Ambiti come **Agnone** e **Venafro**, con una popolazione giovane molto ridotta, sono particolarmente vulnerabili. La carenza di risorse umane e infrastrutture adeguate aggrava ulteriormente la sostenibilità del sistema di welfare locale.

Effetti sulla popolazione attiva: la diminuzione della popolazione giovane, unita alla crescente dipendenza dagli anziani, aumenta la pressione sulla popolazione attiva, con conseguenze come:

-un mercato del lavoro stagnante e una ridotta capacità di attrarre nuove imprese;

-un peso fiscale crescente per sostenere i costi assistenziali e sanitari.

- una ridotta capacità produttiva, che limita il dinamismo economico e la vitalità del territorio.

Sostenibilità sociale ed economica: Il progressivo invecchiamento e la migrazione giovanile rischiano di compromettere la sostenibilità a lungo termine di molti ambiti territoriali, specialmente quelli rurali. È necessario promuovere politiche di contrasto allo spopolamento e al declino economico per evitare il rischio di desertificazione sociale.

L'analisi della struttura demografica e dell'età media nel Molise evidenzia sfide significative, come l'invecchiamento della popolazione e il calo della natalità, che pongono pressioni sul sistema di welfare e sui servizi di assistenza. Le iniziative proposte possono affrontare efficacemente queste criticità, promuovendo autonomia e supporto per le persone vulnerabili.

2.4 Prospettive future per la popolazione giovanile:

- Nei comuni con percentuali ridotte di popolazione giovanile, come l'ATS di Venafro (dove l'indice di natalità si attesta intorno allo 0,03%), le prospettive per il ricambio generazionale

risultano limitate. Ambiti come Larino e Agnone, con tassi di natalità bassi, indicano una possibile ulteriore riduzione della popolazione giovane, amplificando le difficoltà di mantenimento delle reti sociali locali e delle istituzioni educative.

-
- Per garantire la stabilità demografica, emergono quindi la necessità di incentivare le giovani famiglie, attraverso politiche di sostegno economico e sociale, soprattutto in ambiti in cui si osserva un declino persistente della natalità. Un calo della popolazione giovanile potrebbe inoltre portare a una riduzione della domanda per i servizi educativi e dedicati ai giovani, con conseguente impatto sulle istituzioni scolastiche locali.

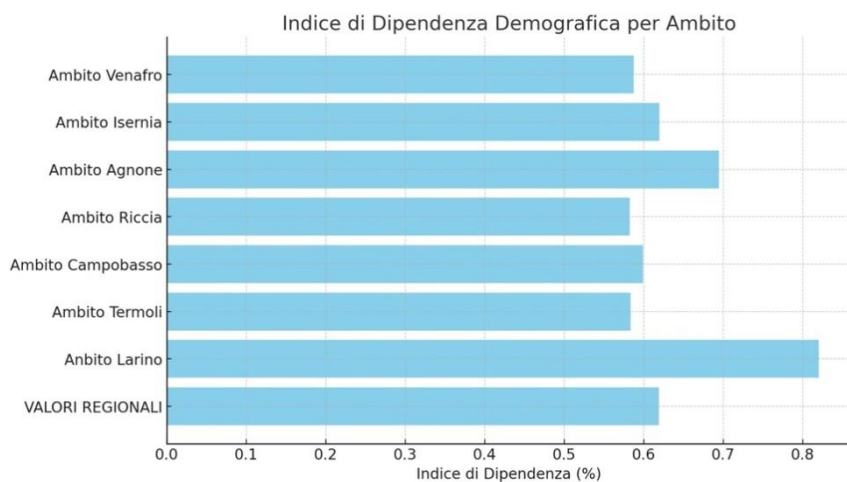
2.5 Impatti sul mercato del lavoro:

- La ridotta percentuale di popolazione attiva nei comuni di Larino e Agnone limita le risorse economiche locali e la capacità di sostenere i servizi essenziali. Ambiti con elevati indici di dipendenza (oltre il 50% in alcuni casi) sono esposti a rischi fiscali e sociali, a causa della scarsità di giovani adulti in grado di sostenere e innovare le economie locali.
- La limitata presenza di giovani adulti nei mercati del lavoro locali riduce le opportunità di espansione economica e di ricambio nei settori chiave, specialmente in ambiti ad alto tasso di dipendenza. Questa situazione richiede strategie di incentivazione che attraggano giovani lavoratori, cruciali per l'equilibrio economico e sociale di aree come Agnone.
- Infine, il mercato del lavoro stagnante e la crescente percentuale di popolazione anziana rappresentano una sfida per mantenere i livelli di servizio adeguati, in particolare nei settori della sanità e dell'assistenza sociale, che subiranno pressioni crescenti.

L'analisi evidenzia una chiara necessità di politiche demografiche e sociali mirate che stimolino la partecipazione dei giovani e sostengano le famiglie. La distribuzione delle fasce d'età e l'elevato indice di invecchiamento in alcuni ambiti richiedono misure specifiche per migliorare la coesione sociale, la sostenibilità economica e l'integrazione intergenerazionale.

Gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), nell'ambito dell'attività ordinaria, coordinano l'attivazione di Tirocini di Inclusione Sociale e, nei percorsi di contrasto alla povertà, collaborano all'attuazione di Progetti di Utilità Collettiva (PUC) e attività formative. L'efficacia di tali interventi dipende dalla capacità di costruire una rete territoriale strutturata, che metta in sinergia gli ATS, i Centri per l'Impiego (CPI) e gli Enti di formazione locali. Una rete solida e inclusiva consente di integrare risorse e competenze, garantendo risposte tempestive e coordinate ai bisogni della popolazione e favorendo percorsi di reale inclusione sociale e lavorativa

2.6 Indice di Dipendenza Demografica e Sostenibilità Sociale



2.7 Panoramica dell'indice di dipendenza nei diversi ambiti:

- L'indice di dipendenza demografica, che rappresenta il rapporto tra popolazione non attiva e attiva, evidenzia valori elevati nei vari ambiti, con punte oltre il 60% in aree come **Agnone** (69,4%) e **Isernia** (61,9%). Questi valori segnalano una limitata capacità della popolazione attiva di supportare economicamente e socialmente le fasce di età dipendenti.
- Tale distribuzione sottolinea la pressione esercitata dalla popolazione non attiva sugli individui in età lavorativa, indicando una minore sostenibilità sociale a lungo termine.
- Ad esempio, l'ambito **Campobasso** registra un indice di dipendenza inferiore (sotto il 50%), suggerendo una distribuzione più equilibrata tra età attive e non attive, con un conseguente minor carico sui servizi pubblici e una maggiore autosufficienza economica.

2.8 Conseguenze sul sistema di welfare:

Gli ambiti con un elevato indice di dipendenza, come **Agnone** (69,4%) e **Venafro** (58,7%), richiedono un maggior impiego di risorse per welfare e servizi sanitari. La domanda di servizi assistenziali è proporzionale alla maggiore percentuale di popolazione anziana, che comporta un significativo impatto economico e organizzativo.

La bassa natalità in molti ambiti implica una graduale riduzione delle persone in età lavorativa, riducendo il flusso di entrate fiscali e aumentando la dipendenza dai sussidi. Per questi ambiti, si rende quindi necessaria l'adozione di politiche di welfare su misura per fronteggiare le sfide legate all'invecchiamento demografico.

2.9 Effetti sull'economia locale:

- L'indice di dipendenza influisce significativamente sulla stabilità economica locale. In aree come **Agnone** e **Larino**, dove oltre il 60% della popolazione è non attiva, le basi produttive ed economiche risultano fragili.
- Questi ambiti risentono di una minore capacità di investimento in infrastrutture, che compromette le opportunità di sviluppo economico e limita l'offerta di servizi.
- Al contrario, ambiti con un indice di dipendenza più basso, come **Campobasso**, presentano una forza lavoro sufficiente per mantenere dinamismo economico e stabilità, riducendo la vulnerabilità economica.

2.10. Impatto sui servizi sanitari e sociali:

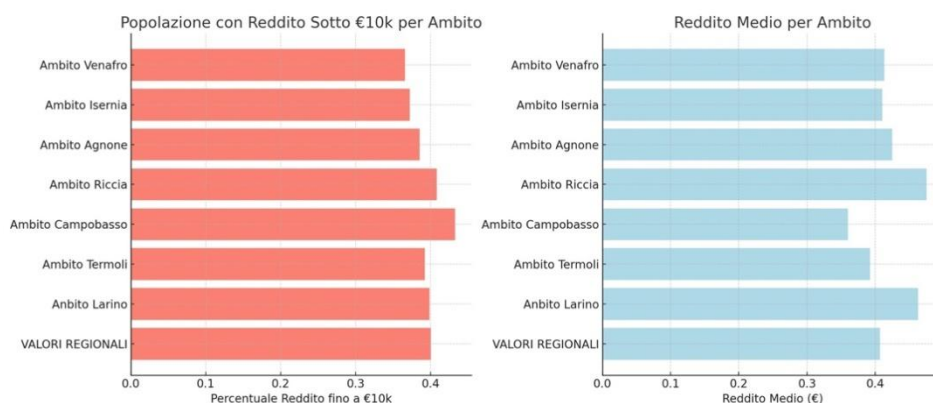
- Negli ambiti con alta incidenza di popolazione anziana, come **Larino** e **Venafro**, la domanda di assistenza sanitaria e domiciliare è elevata. Ciò porta a una pressione crescente sulle amministrazioni locali, che necessitano di risorse adeguate per rispondere a queste esigenze.
- Le spese sanitarie pro-capite risultano inevitabilmente più alte in ambiti con elevata dipendenza, poiché i costi di assistenza aumentano con l'età media della popolazione. La percentuale di edifici in buono stato in alcuni di questi ambiti potrebbe attenuare lievemente la pressione sui servizi, sebbene permangano forti carenze di infrastrutture per un'adeguata assistenza alla popolazione anziana.
- Nei comuni con un indice di dipendenza minore, come **Campobasso**, la gestione dei servizi sociali risulta meno gravosa, consentendo di mantenere una qualità del welfare più agevolmente.

2.11. Prospettive di intervento e mitigazione:

- Negli ambiti con indice di dipendenza elevato è cruciale incentivare l'occupazione giovanile e la permanenza di giovani famiglie, così da garantire un equilibrio demografico migliore.
- Investimenti mirati nei servizi di supporto per famiglie giovani e lavoratori possono favorire una popolazione più attiva e bilanciata nel lungo periodo, alleggerendo il carico sui servizi di assistenza.
- Programmi di sviluppo del mercato del lavoro locale, come osservato in ambiti più bilanciati, potrebbero migliorare la situazione economica e demografica. La promozione di infrastrutture per il benessere sociale e l'assistenza sanitaria risulta essenziale, soprattutto nelle zone con popolazione più anziana.

Questa analisi dei dati evidenzia come le aree con alto indice di dipendenza, quale Agnone, necessitano di politiche demografiche ed economiche specifiche per garantire la sostenibilità del territorio e migliorare la qualità della vita.

3. Indici di Povertà e Benessere Economico



3.1 Valori degli indici di povertà nei vari ambiti:

- L'indice di povertà relativa emerge con una notevole incidenza in molti comuni del Molise, riflettendo una distribuzione economica eterogenea tra gli ambiti territoriali. I dati mostrano percentuali rilevanti di popolazione con redditi sotto i €10.000,00 a conferma della vulnerabilità di alcune aree.
- Nell'ambito di **Agnone**, l'indice di povertà relativa supera il 20%, segnalando una condizione di forte fragilità economica e sociale. Questo dato sottolinea la presenza di una base economica debole e la necessità di misure di sostegno per le fasce più svantaggiate.
- In ambiti come **Venafro** e **Larino**, si riscontrano picchi di povertà assoluta analoghi, attribuibili a un sistema economico meno dinamico e a limitate opportunità occupazionali, che amplificano l'instabilità economica di queste aree.
- Al contrario, zone come **Campobasso** mostrano livelli di povertà inferiore alla media regionale, il che suggerisce una maggiore capacità di reddito e una struttura economica più equilibrata rispetto ad altre aree. Tale disparità riflette una marcata differenza socioeconomica tra aree più urbanizzate e aree rurali.
- Nei comuni rurali, l'accesso limitato ai servizi essenziali, associato a una popolazione prevalentemente anziana, acuisce il livello di povertà e ostacola il miglioramento delle condizioni di vita.

3.2 Conseguenze sul benessere sociale e la qualità della vita:

- I comuni con elevati indici di povertà relativa vedono un impatto significativo sulla qualità della vita. La scarsa disponibilità economica limita infatti l'accesso ai servizi di base, incidendo negativamente sul benessere dei residenti.
- Ambiti come **Agnone**, dove la povertà è elevata, soffrono anche di una carenza nei servizi di welfare, aumentando la vulnerabilità e l'esclusione sociale dei gruppi più deboli.
- Gli effetti della povertà si riflettono sul mercato del lavoro locale, caratterizzato da una bassa domanda di lavoro che a sua volta alimenta la precarietà economica. Questa situazione crea un ciclo di difficoltà economiche che ostacola il miglioramento delle condizioni sociali.
 - Nei comuni con alto indice di povertà, la carenza di infrastrutture sanitarie e sociali peggiora ulteriormente la qualità della vita, rendendo difficoltoso l'accesso ai servizi essenziali per la salute e il benessere.
 - La presenza predominante di anziani in aree con povertà elevata aumenta la necessità di servizi di supporto e assistenza economica, ponendo sfide significative ai sistemi di welfare locale.

3.3 Effetti sugli investimenti e sullo sviluppo economico:

- Gli ambiti con livelli elevati di povertà, come **Larino**, incontrano maggiori difficoltà ad attrarre investimenti, un fattore che limita le possibilità di sviluppo economico locale e perpetua lo stato di arretratezza.
- La mancanza di risorse economiche e la limitata iniziativa imprenditoriale ostacolano il miglioramento delle condizioni economiche e la creazione di nuove opportunità di lavoro, fondamentali per un incremento del reddito e del benessere.

- In contrasto, ambiti come **Campobasso**, con minore incidenza di povertà, mostrano una maggiore capacità di attrarre capitali e incentivare la crescita economica. Ciò permette un dinamismo economico che favorisce il miglioramento della qualità della vita.
- Le zone con indici di povertà elevati, inoltre, vedono spesso un deficit di sviluppo infrastrutturale, che amplia il divario rispetto alle aree più prospere. Tale lacuna infrastrutturale compromette anche l'accesso all'istruzione e ai servizi sanitari, riducendo le opportunità di miglioramento sociale ed economico.
 - Il deficit di investimenti, in particolare nelle aree rurali, è correlato a una mancanza di iniziative locali, che aggrava le difficoltà di accesso a servizi di qualità, limitando così il potenziale di crescita della comunità.

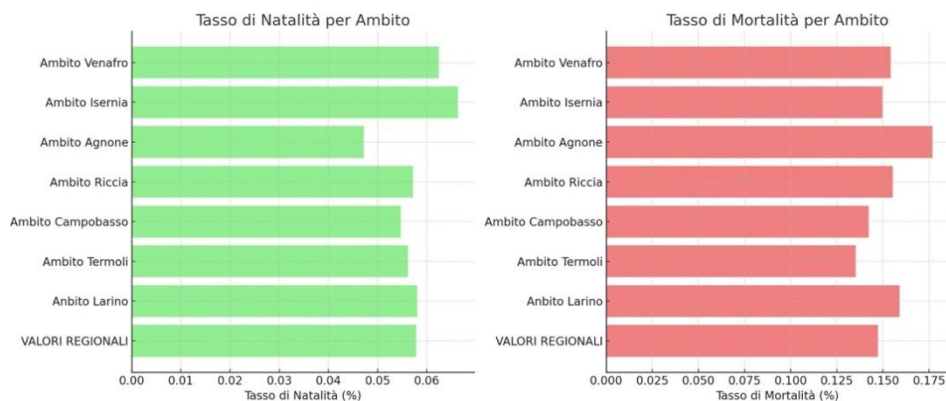
3.4 Impatto sulle fasce vulnerabili e sulle famiglie monogenitoriali:

- Gli indici di povertà relativa e assoluta rivelano una condizione critica per le famiglie vulnerabili, come quelle monogenitoriali, che rappresentano una quota significativa in diversi ambiti, arrivando fino al 10% in alcune aree.
- In particolare, le famiglie monogenitoriali in zone ad alto rischio di povertà, come **Venafro**, sono più esposte a condizioni di instabilità economica e dipendono maggiormente da supporti assistenziali.
- Nei comuni rurali, il sostegno per queste fasce vulnerabili è limitato, data la scarsità di programmi di welfare e l'accesso ridotto ai servizi pubblici. La mancanza di interventi mirati lascia molte famiglie in condizioni di precarietà.
- Le famiglie monogenitoriali affrontano un rischio maggiore in ambiti con basso reddito medio e poche opportunità di impiego, il che riduce le loro possibilità di migliorare il tenore di vita e accentua la necessità di un supporto socioeconomico.
- La combinazione di alta dipendenza dai servizi sociali e povertà elevata crea una situazione critica per i nuclei familiari con risorse economiche limitate, che richiedono interventi specifici per la loro sostenibilità.

3.5 Strategie e interventi per mitigare la povertà:

- Negli ambiti con alti rischi di povertà, è essenziale avviare interventi di supporto economico, come incentivi per le piccole imprese locali, per creare nuove opportunità di lavoro e sviluppo economico.
- Misure di sostegno al reddito per le famiglie monogenitoriali potrebbero ridurre l'incidenza della povertà in modo mirato, migliorando la stabilità finanziaria delle famiglie più vulnerabili.
- Programmi di formazione professionale e di sostegno all'occupazione giovanile rappresentano un'opportunità per ridurre i livelli di povertà e promuovere la coesione sociale, aumentando l'autosufficienza delle comunità.
- Incentivare investimenti in aree a rischio economico è fondamentale per creare un equilibrio tra i vari ambiti territoriali e offrire a tutti i residenti pari opportunità di sviluppo.
- Il potenziamento dei servizi sociali locali, in particolare dell'assistenza sanitaria e sociale, è indispensabile per migliorare la qualità della vita delle fasce più vulnerabili, garantendo un supporto solido a coloro che ne hanno maggiore necessità.
- Questa analisi evidenzia la necessità di interventi mirati per ridurre il divario socioeconomico tra i diversi ambiti, con l'obiettivo di creare un ambiente più equo e sostenibile per tutte le fasce di popolazione.

4. Indicatori di Natalità e Mortalità



4.1 Tendenze generali della natalità nei vari ambiti:

- Gli indici di natalità mostrano valori estremamente bassi in molti ambiti territoriali del Molise, con percentuali inferiori allo 0,05% in aree come **Venafro** e **Larino**. Questa tendenza è indicativa di un calo demografico che interessa la popolazione giovane e conferma le difficoltà di ricambio generazionale già osservate nei dati precedenti.
- Tale scarsità di nuove nascite nei comuni minori suggerisce uno spostamento di giovani e famiglie verso aree urbane o altre regioni che offrono migliori prospettive economiche e servizi. Questa dinamica è un sintomo di un'economia locale poco attrattiva per le nuove famiglie.
- In ambiti come **Campobasso**, dove i tassi di natalità sono leggermente superiori rispetto alla media regionale, si osserva una maggiore stabilità demografica. Anche se ancora sotto la media nazionale, questo dato indica una capacità di attrazione per le giovani famiglie, sebbene limitata.
- La ridotta natalità implica l'urgenza di politiche mirate a favorire le giovani famiglie, considerato che una popolazione più giovane è cruciale per il mantenimento dell'equilibrio sociale e per un futuro demografico sostenibile.

4.2 Tassi di mortalità e loro impatto sul bilancio demografico:

- I tassi di mortalità, alti in alcuni ambiti rurali come **Agnone** e **Venafro** (circa 0,2%), riflettono la prevalenza di una popolazione anziana e generano una domanda crescente di servizi sanitari. La presenza di un elevato numero di anziani accentua il fabbisogno di assistenza sanitaria e sociale.
- Nei comuni con bassi tassi di natalità e alte mortalità, come **Venafro**, si riscontra un saldo demografico negativo, il quale porta a una costante riduzione della popolazione. Questo fenomeno di spopolamento rappresenta una sfida rilevante per il sostegno socioeconomico delle aree rurali.
- Ambiti come **Campobasso** mostrano invece tassi di mortalità inferiori, con una distribuzione d'età relativamente equilibrata che contribuisce a una maggiore sostenibilità

demografica. Questo aspetto si traduce in una minore pressione sui servizi sanitari rispetto alle aree più anziane.

4.3 Differenze tra ambiti urbani e rurali:

- Gli ambiti rurali, come **Agnone** e **Larino**, evidenziano un mix di bassa natalità e alta mortalità, coerente con il progressivo invecchiamento e spopolamento di queste aree. L'impatto di questi dati mostra chiaramente le difficoltà che le comunità rurali affrontano per mantenere una popolazione giovane e attiva.
- In aree urbane come **Campobasso**, i tassi di natalità, pur rimanendo bassi, sono leggermente superiori rispetto a quelli dei comuni rurali, suggerendo una maggiore capacità di attrarre e mantenere giovani famiglie. Questo dato è probabilmente legato alla presenza di migliori opportunità lavorative e di servizi.
- Nei comuni rurali, la carenza di servizi sanitari e di incentivi alla natalità sembra influire negativamente sulla decisione delle giovani famiglie di risiedere in queste zone, esacerbando il divario con le aree urbane. Questi ambiti dimostrano una vulnerabilità strutturale alle sfide demografiche e richiedono incentivi specifici per limitare lo spopolamento.

4.4 Implicazioni per i servizi di welfare e assistenza sanitaria:

- Ambiti con alti tassi di mortalità, come **Larino**, devono far fronte a una crescente domanda di servizi sanitari e di supporto per gli anziani, aspetto che richiede una pianificazione sanitaria mirata. La bassa natalità riduce la pressione sui servizi educativi, ma amplifica le esigenze di assistenza a lungo termine.
- Nei comuni con elevata mortalità e una popolazione in progressivo invecchiamento, è essenziale una strategia mirata per migliorare le infrastrutture sanitarie e sociali. Una rete di servizi flessibile è indispensabile per rispondere alle necessità di una popolazione in prevalenza anziana.
- Gli ambiti con bassa natalità devono inoltre adeguare la rete dei servizi sociali per far fronte alla diminuzione della popolazione attiva, evitando così un indebolimento del supporto alle fasce vulnerabili.

4.5 Strategie per sostenere il bilancio demografico:

- Nei comuni con bassi tassi di natalità, come **Venafro** e **Agnone**, risulta necessario implementare politiche di sostegno alle famiglie, quali incentivi alla natalità e miglioramento dei servizi di maternità. Questi interventi possono favorire una popolazione più giovane e rallentare il calo demografico.
- Investire in servizi per la maternità e assistenza alla famiglia aiuterebbe a rendere le aree rurali più attrattive per le giovani coppie, contribuendo a bilanciare meglio la struttura demografica.
- Per ridurre la mortalità, soprattutto nei comuni con alta presenza di anziani, sono auspicabili programmi di prevenzione sanitaria, specifici per le esigenze delle diverse fasce d'età.
- Infine, per le aree più colpite dallo spopolamento, è essenziale sviluppare incentivi per la natalità e l'attrattività delle famiglie nelle zone rurali, come parte di una strategia volta a preservare il futuro demografico di queste comunità.

Questa analisi mette in luce l'urgenza di un piano strategico che favorisca la natalità e riduca la mortalità nei comuni a rischio, con l'obiettivo di migliorare la sostenibilità demografica e promuovere il benessere nelle aree vulnerabili.

5. Indice di Accesso ai Servizi Sociali

(CFR. Documento di sintesi sulle politiche sociali della regione molise a cura di Ass. Centro studi Affido Progetto famiglia (Agosto 2024))

Analisi dell'Accesso ai Servizi Sociali nelle Aree Territoriali Sociali del Molise

5.1 Servizio Sociale Professionale

Il servizio sociale professionale svolge un ruolo fondamentale nella presa in carico e nella definizione di progetti individualizzati per soggetti in stato di bisogno, rappresentando un livello essenziale di assistenza per rimuovere gli ostacoli al pieno sviluppo dell'individuo. In un sistema integrato, il servizio sociale si propone di valorizzare la dimensione sociale nella tutela della persona, basandosi su criteri di efficacia ed efficienza negli interventi. È responsabile della presa in carico, della valutazione dei casi, della progettazione degli interventi, dell'attivazione dei servizi, della gestione del caso e delle azioni di prevenzione e pronto intervento sociale.

5.2 Ruolo Istituzionale del Servizio Sociale

Il servizio sociale si rivolge a persone in difficoltà, ma si estende anche alla promozione del benessere collettivo e alla prevenzione delle situazioni di disagio sociale, operando all'interno di un sistema di welfare fondato su principi teorici, etici e deontologici. Considerato una meta istituzione, esso svolge un duplice ruolo: da un lato rileva e interpreta i bisogni emergenti della comunità, dall'altro contribuisce alla costruzione e all'attuazione delle politiche sociali locali e nazionali, promuovendo il cambiamento sociale e l'autonomia delle persone.

Nella regione Molise, secondo i dati ISTAT del 2021, i servizi sociali hanno raggiunto 10.120 beneficiari, suddivisi nelle sette Aree Territoriali Sociali (ATS). Tali interventi, rivolti principalmente a minori, anziani, famiglie e persone con disabilità, riflettono le principali sfide demografiche e sociali del territorio, come l'invecchiamento della popolazione e il calo della natalità. Questi dati rappresentano una base cruciale per la programmazione e il miglioramento continuo del sistema di welfare regionale, garantendo risposte sempre più mirate ai bisogni emergenti della comunità.

5.3 Distribuzione degli Utenti nelle ATS del Molise

I 10.120 residenti che hanno usufruito del servizio sociale professionale si distribuiscono nelle ATS del Molise. Ad esempio, l'ATS di Riccia – Bojano copre una quota del 23,43% con un totale di 2.371 utenti, ripartiti per area di bisogno: 783 per famiglia e minori (33,02%), 457 per disabili (19,27%), 197 per dipendenze (8,31%), 469 per anziani (19,78%), 148 per immigrati e gruppi etnici specifici (6,24%) e 317 per povertà e disagio adulti (13,37%).

5.4 Analisi degli Accessi al Segretariato Sociale

Nel 2021, il Segretariato Sociale in Molise ha registrato un totale di 6.549 accessi, distribuiti tra i vari ATS. Tale servizio funge da punto di accesso ai servizi sociosanitari e rappresenta un passo cruciale per i cittadini in necessità di informazioni e consulenza.

L'incremento richiesto porta a una distribuzione delle unità per il Segretariato Sociale in Molise come segue:

ATS di Riccia – Bojano con 1.351 unità	(20,62%);
ATS di Larino con 1.125 unità	(17,18%);
ATS di Venafro con 1.671 unità	(25,52%);
ATS di Termoli con 2.005 unità	(30,62%);
ATS di Campobasso con 397 unità	(6,06%).

Il totale aggiornato a livello regionale è ora pari a 80 unità.

5.5 Sistema di Accesso ai Servizi Sociali

In base alla Legge Regionale 13/2014, l'accesso ai servizi sociosanitari è garantito a tutta la popolazione residente in Molise, con priorità per categorie vulnerabili. Le amministrazioni locali collaborano con i distretti sanitari per garantire un'assistenza individualizzata, coordinando l'introduzione delle risorse necessarie. Tale approccio mira a facilitare l'inclusione sociale delle persone con disabilità, anziani e coloro in condizioni di esclusione sociale, contribuendo a migliorare il benessere della comunità.

5.6 Percorsi di Informazione e Consulenza ai Cittadini

Il Segretariato Sociale svolge un ruolo chiave nella fase di informazione e consulenza, assicurando che i cittadini siano adeguatamente informati sui diritti di cittadinanza e sulle prestazioni disponibili. Il primo incontro consente di chiarire le esigenze degli utenti e di instaurare una relazione collaborativa tra professionisti e utenti, promuovendo la partecipazione attiva dei cittadini nel proprio percorso di assistenza.

5.7 Servizio di Pronto Intervento Sociale

Il Pronto Intervento Sociale risponde tempestivamente alle emergenze e garantisce il supporto a categorie vulnerabili quali minori, donne vittime di violenza e adulti in difficoltà economica. Attraverso la mobilitazione di unità mobili e centri di prima accoglienza, il servizio si coordina con strutture di supporto per garantire una risposta adeguata. Questo intervento contribuisce a stabilizzare situazioni di crisi, con l'obiettivo di ridurre il rischio di esclusione sociale e promuovere un supporto continuo.

5.8 Assistenza Domiciliare per le Persone Fragili

La regione Molise supporta l'assistenza domiciliare attraverso il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), che consente agli utenti di ricevere supporto a casa evitando l'istituzionalizzazione. L'assistenza domiciliare integra anche l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), destinata a casi complessi, con un totale di 2.224 utenti nel 2021 suddivisi in diverse tipologie di intervento e categorie di necessità, come anziani, disabili e persone senza dimora.

5.9 Strutture Residenziali e Semi-Residenziali per Persone con Fragilità

Il Molise offre strutture residenziali e semi-residenziali, quali RSA e centri diurni, dedicate a persone con fragilità. Queste strutture garantiscono un'assistenza continuativa e personalizzata, assicurando la compartecipazione economica tra ASL, Comuni e famiglie. Tali strutture rappresentano un supporto cruciale per l'autonomia delle persone fragili, favorendo il loro inserimento sociale e la loro partecipazione attiva nella comunità.

L'analisi dei dati conferma l'importanza del Segretariato Sociale come strumento di accesso ai servizi sociosanitari. La riorganizzazione delle risorse e l'adozione di strategie di potenziamento, quali la digitalizzazione e l'incremento delle risorse economiche, possono migliorare la qualità dei servizi offerti. La gestione strategica dei fondi e l'incremento delle risorse umane qualificate consentiranno di mantenere un sistema di assistenza efficace e inclusivo, supportando la popolazione vulnerabile del Molise.

6. Indice di Integrazione degli Stranieri

6.1 Distribuzione dell'indice di integrazione negli ambiti territoriali:

- L'indice di integrazione della popolazione straniera nei comuni del Molise risulta generalmente basso, con valori che in molti casi restano sotto l'1%, segnalando una presenza limitata di popolazione straniera effettivamente integrata.
- Ambiti come **Agnone** mostrano valori di incidenza straniera sopra il 2%, segnalando una maggiore concentrazione rispetto ad altri ambiti, ma con ancora difficoltà di integrazione, probabilmente per la scarsa presenza di servizi di supporto.
- In **Venafro** e **Campobasso**, i livelli di integrazione sono inferiori alla media nazionale, nonostante la presenza di una struttura urbana più sviluppata in Campobasso, che potrebbe facilitare l'inclusione.
- La distribuzione limitata degli stranieri riflette una carenza di politiche per l'inclusione sociale e economica, specialmente in ambiti rurali dove infrastrutture e servizi di supporto sono scarsi.

6.2 Impatto economico della popolazione straniera:

- La presenza di stranieri integrati potrebbe costituire un elemento importante per il mercato del lavoro locale, in particolare nei settori dell'agricoltura e dei servizi, che soffrono di carenza di manodopera.
- Ambiti con bassa integrazione, come **Venafro** e **Riccia**, non traggono pieno vantaggio dal contributo economico che una popolazione straniera più inclusa potrebbe offrire.
- Nei comuni rurali, dove la popolazione attiva è ridotta, un aumento dell'integrazione degli stranieri potrebbe favorire la diversificazione del mercato del lavoro.
- A **Campobasso**, un maggiore livello di integrazione, accompagnato da programmi di formazione e inclusione lavorativa, potrebbe rafforzare ulteriormente il contributo economico della popolazione straniera.

6.3 Sfide sociali legate all'integrazione:

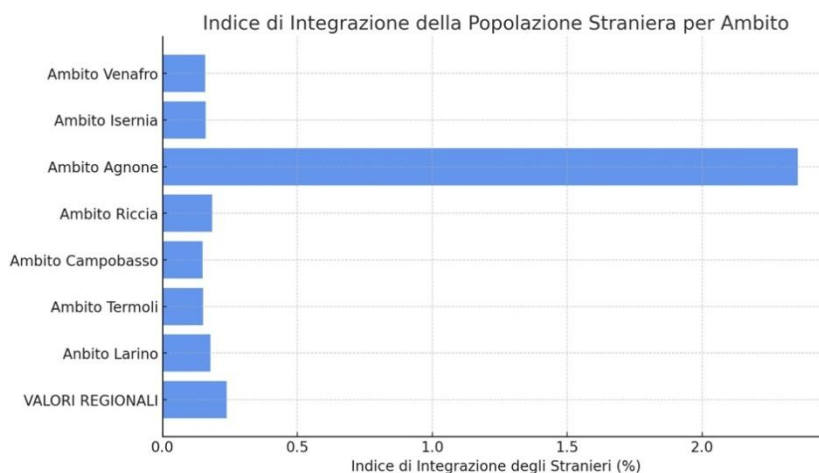
- Nei comuni rurali, la carenza di servizi adeguati limita l'inclusione sociale degli stranieri, causando isolamento e ostacolando l'integrazione culturale.
- Ambiti con basso indice di integrazione, come **Larino** e **Agnone**, mostrano una maggiore difficoltà nel promuovere la coesione sociale, aggravata dalla predominanza di una popolazione anziana che può essere meno aperta all'inclusione.
- L'accesso ridotto ai servizi sociali in questi ambiti costituisce una barriera significativa per l'integrazione degli stranieri, limitando le opportunità di partecipazione attiva alla vita locale.
- In questo contesto, la creazione di reti sociali per gli stranieri potrebbe aiutare a ridurre le barriere sociali, ma richiede risorse adeguate e un impegno istituzionale.

6.4 Implicazioni per il sistema di welfare e i servizi locali:

- La presenza di stranieri integrati può apportare benefici ai servizi di welfare, contribuendo non solo con manodopera, ma anche con il pagamento di imposte e contributi sociali.
- In ambiti come **Campobasso**, che presenta un indice di integrazione relativamente più elevato, il sistema di welfare potrebbe beneficiare di una maggiore diversificazione dei contributi, rafforzando i servizi sociali.
- Nei comuni con bassi livelli di integrazione, i servizi locali potrebbero risultare limitati a causa della ridotta popolazione attiva, riducendo così la capacità di supporto sociale.
- Un sistema di welfare inclusivo, che favorisca l'integrazione degli stranieri, potrebbe bilanciare la distribuzione delle risorse tra diverse fasce di età e nazionalità, migliorando la stabilità e il benessere complessivo.

6.5 Strategie per promuovere l'integrazione degli stranieri:

- Programmi educativi mirati, che facilitino l'apprendimento della lingua italiana e l'accesso ai servizi essenziali, sono essenziali per rafforzare l'integrazione.
- Incentivi per l'inserimento lavorativo potrebbero agevolare l'integrazione degli stranieri nei settori economici locali, rispondendo alle esigenze specifiche del mercato del lavoro.
- Nei comuni rurali, l'istituzione di spazi sociali e culturali per favorire l'aggregazione potrebbe migliorare la coesione e la partecipazione della popolazione straniera.
- Politiche di accesso facilitato alla casa e ai servizi essenziali sono cruciali per ridurre l'isolamento degli stranieri e favorire un'integrazione sostenibile.
- Collaborazioni con associazioni e organizzazioni locali potrebbero ampliare le risorse disponibili, garantendo programmi di inclusione efficaci e durevoli.



Il grafico mostra l'indice di integrazione della popolazione straniera per ciascun ambito. La maggior parte dei comuni presenta percentuali di integrazione basse, con **Agnone** che registra un valore relativamente più alto rispetto agli altri. **Campobasso** e **Venafro** mostrano livelli di integrazione inferiori alla media nazionale, nonostante la struttura urbana più sviluppata.

Questa distribuzione riflette l'urgenza di implementare politiche e servizi di inclusione per sostenere l'integrazione degli stranieri, specialmente nei comuni rurali, e garantire un contributo positivo al sistema socio-economico locale.

7. Indice di Invecchiamento e Sostenibilità del Sistema Socio-Sanitario

7.1 Valori dell'indice di invecchiamento nei vari ambiti:

- L'indice di invecchiamento è molto elevato in diversi ambiti del Molise, superando il 200% in aree come **Venafro** (243%) e **Agnone** (372%). Questi valori indicano una composizione demografica squilibrata, con una netta predominanza di popolazione anziana rispetto ai giovani.
- **Campobasso** presenta un indice di invecchiamento pari al 251%, un dato inferiore rispetto a molte aree rurali della regione Molise, ma comunque elevato rispetto alla media nazionale, che si attesta intorno al 180% (ISTAT, 2022). Questo valore indica una forte prevalenza di popolazione anziana rispetto a quella giovane (0-14 anni), riflettendo un processo di invecchiamento demografico che caratterizza anche i centri urbani. Nonostante Campobasso rappresenti un polo attrattivo regionale, l'alto indice di invecchiamento implica una crescente pressione sui servizi sanitari e assistenziali, evidenziando la necessità di politiche mirate al supporto degli anziani e al riequilibrio demografico."
- L'alto indice di invecchiamento è segnale di potenziale pressione sulle risorse locali, specialmente nei comuni con limitate risorse fiscali.
- Questa composizione demografica in squilibrio impone la necessità di interventi specifici per riequilibrare il rapporto generazionale, soprattutto nei territori con più alto invecchiamento.

7.2 Impatti sul sistema sanitario:

- L'elevato numero di anziani in comuni come **Larino** e **Agnone** richiede un'espansione dei servizi sanitari, sia ospedalieri che di assistenza domiciliare, per rispondere alle esigenze della popolazione anziana.
- Nei comuni con indice di invecchiamento elevato, la domanda di servizi sanitari, soprattutto per la cura delle patologie croniche, risulta significativamente alta, mettendo pressione sulle risorse e sul personale sanitario locale.
- In ambiti come **Venafro**, caratterizzati da una grande concentrazione di anziani, i costi sanitari pro capite sono superiori a causa della necessità di servizi di lungo termine e assistenza continuativa.
- Il sistema sanitario locale deve quindi adattarsi, sviluppando una rete di supporto che possa far fronte al crescente numero di anziani, evitando il sovraccarico delle strutture sanitarie.

7.3 Conseguenze sulle risorse economiche e sociali:

- Un indice di invecchiamento elevato, come quello di **Agnone** (372%), riduce la popolazione attiva e quindi la base fiscale che contribuisce al sistema di welfare. Questa situazione rende l'economia locale maggiormente dipendente dai fondi pubblici.
- In comuni con popolazione prevalentemente anziana, le risorse economiche sono principalmente destinate alla spesa assistenziale, limitando gli investimenti in sviluppo economico e infrastrutturale.
- La mancanza di giovani incide negativamente sulle attività economiche locali, riducendo la capacità di innovazione e crescita. Ciò può portare a un ristagno economico che interessa anche il settore dei servizi e del commercio.
- In territori con scarso ricambio generazionale, l'elevata dipendenza da pensioni e assistenza sociale grava significativamente sui bilanci locali, incrementando la vulnerabilità economica.

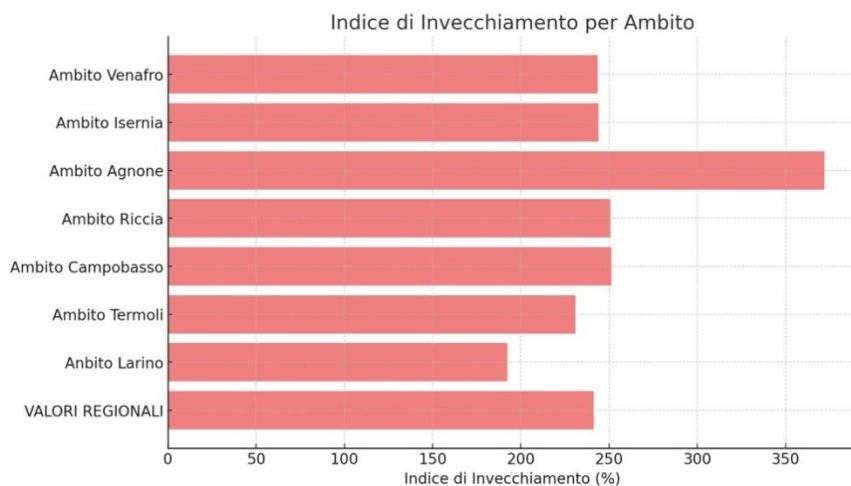
7.4 Sfide per il welfare e il supporto alle famiglie:

- Nei comuni con alto indice di invecchiamento, le famiglie spesso devono sostenere un carico assistenziale rilevante per prendersi cura dei parenti anziani.
- Il sistema di welfare locale, specialmente in ambiti come **Venafro**, è sotto pressione per fornire supporto alle famiglie che si prendono cura degli anziani. La crescente necessità di servizi di assistenza alla famiglia è fondamentale per alleggerire il carico sulle strutture sanitarie.
- L'indice di invecchiamento suggerisce anche la necessità di sviluppare reti di supporto per le famiglie, soprattutto per chi deve assistere anziani con malattie croniche.
- Un sistema di welfare adattato può fornire il supporto necessario alle famiglie, riducendo anche il rischio di isolamento sociale per la popolazione anziana.
-

7.5 Prospettive di intervento per riequilibrare l'indice di invecchiamento:

- È fondamentale incentivare la permanenza o il ritorno dei giovani nei comuni con alto indice di invecchiamento, creando opportunità lavorative e abitative che li motivino a rimanere.

- Programmi di supporto all'occupazione giovanile possono contribuire a riequilibrare la popolazione attiva, soprattutto in ambiti come **Agnone** e **Larino**.
- Investimenti in servizi di assistenza e supporto per gli anziani sono cruciali per garantire che le esigenze della popolazione anziana siano soddisfatte senza sovraccaricare le famiglie.
- Nelle aree rurali, il potenziamento delle infrastrutture e dei servizi essenziali può rappresentare un incentivo per i giovani a stabilirsi, contribuendo al riequilibrio demografico.
- Promuovere un approccio integrato, con interventi mirati a sostenere sia la popolazione anziana sia i giovani, può contribuire a migliorare la sostenibilità demografica e il benessere a lungo termine.



Il grafico illustra l'indice di invecchiamento per ciascun ambito, evidenziando come **Agnone** e **Venafro** superino valori del 200%, segno di una popolazione prevalentemente anziana. Anche in ambiti come **Campobasso** e **Riccia**, l'indice è elevato, confermando una tendenza comune nei comuni molisani verso un equilibrio demografico fortemente sbilanciato a favore degli anziani.

Questo squilibrio impone la necessità di politiche specifiche per incentivare la permanenza dei giovani, migliorare il supporto alle famiglie e adattare il sistema di welfare per sostenere adeguatamente la popolazione anziana

8. Indice di Assistenza Domiciliare e Accesso ai Servizi di Cura

(CFR. Documento di sintesi sulle politiche sociali della regione Molise a cura di Ass. Centro studi Affido Progetto famiglia (Agosto 2024))

Il sistema sociosanitario del Molise rivela la necessità di un'integrazione efficace tra servizi sanitari e sociali, particolarmente dopo le criticità emerse durante la pandemia del 2020. In risposta a questa sfida, è fondamentale stabilire percorsi assistenziali che includano interventi domiciliari, territoriali, residenziali e semi-residenziali, per garantire un'assistenza continuativa e personalizzata ai residenti. La normativa vigente (DPCM 2017) promuove una sinergia strutturata, in cui i bisogni di ogni individuo sono definiti attraverso un Progetto di Assistenza Individuale (PAI), ideato da un'equipe multidisciplinare che valuta esigenze sanitarie e sociali in modo complessivo.

L'organizzazione dell'assistenza sociosanitaria in Molise si fonda su tre tipologie principali di prestazioni integrate: sanitarie a rilevanza sociale, sanitarie propriamente dette e ad elevata integrazione sanitaria. Questa struttura è cruciale per gestire patologie croniche e condizioni di grave disabilità, rispondendo ai bisogni di una popolazione con un'età media di 46,4 anni, superiore alla media nazionale di 45 anni. I servizi mirano a prevenire e rallentare la progressione delle malattie, nonché a fornire cure intensive laddove la patologia richieda un intervento complesso. Tuttavia, i servizi residenziali sociosanitari disponibili sono solo 72, equivalenti allo 0,6% della capacità nazionale, e offrono 1.878 posti letto totali, dei quali oltre il 78% è riservato agli over 65, con una disponibilità di 197,5 posti letto per 10.000 residenti anziani, inferiore alla media italiana.

La popolazione del Molise è suddivisa in tre distretti sanitari: Campobasso, Termoli e Isernia, che coprono rispettivamente il 40%, 32% e 28% della popolazione regionale, secondo i dati ISTAT del 2021. L'offerta sanitaria risulta concentrata in poche strutture che garantiscono servizi clinici e diagnostici; tuttavia, circa il 22-24% delle prestazioni sanitarie sono fornite fuori regione. Questo fenomeno riguarda in particolare i pazienti neurochirurgici, tra cui il 52-60% necessita di assistenza extraregionale, evidenziando un limite nella capacità locale di gestione di casi complessi, nonostante i progressi registrati nella gestione di traumi gravi durante la pandemia.

Il territorio molisano mostra una bassa adesione ai programmi di screening preventivi, con solo il 21,29% delle donne che partecipano allo screening cervicale, e un 30,4% per quello mammografico, dati inferiori agli standard LEA nazionali. L'adesione al programma di screening del colon-retto si attesta intorno al 20,3%, indicatore di un bisogno di potenziamento della sensibilizzazione e dell'accesso a servizi preventivi. Durante il 2021, alcune azioni, come il potenziamento del centro prelievi a Riccia, hanno permesso di aumentare lievemente l'adesione rispetto al 2020, ma i numeri rimangono sotto il livello pre-pandemia e inferiori alle medie nazionali, compromettendo l'efficacia della prevenzione.

L'assistenza residenziale e semi-residenziale del Molise copre l'11,07% della popolazione anziana non autosufficiente, un dato lontano dal valore soglia LEA di sufficienza, fissato al 24,6%. Questo limite infrastrutturale aggrava l'accesso ai servizi di supporto per le fasce vulnerabili, costringendo una percentuale significativa della popolazione anziana a cercare soluzioni al di fuori del contesto regionale. Tale lacuna evidenzia la necessità di interventi per ampliare l'offerta di servizi, specie nelle aree interne con maggiori concentrazioni di anziani.

I dati mostrano che in Molise mancano strutture di assistenza per disabili fisici e psichici, mentre sono disponibili solo poche strutture per l'assistenza agli anziani, evidenziando una disparità nell'accesso ai servizi tra le diverse categorie di utenti fragili. La carenza di infrastrutture dedicate si riflette anche nel numero limitato di medici e personale sanitario, che pur registrando un lieve incremento nel 2022, si trova al di sotto della media nazionale. Tale scarsità di risorse professionali incide negativamente sulla qualità e sulla tempestività dei servizi erogati, creando una pressione su ASReM per attrarre e mantenere operatori sanitari qualificati.

Il D.P.C.M. del 2001 classifica le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, inclusi servizi per la gestione delle patologie croniche e il supporto alle persone in condizioni di marginalità. Nel Molise, l'erogazione di questi servizi risente di un'impostazione strutturale che rende difficile garantire continuità e accessibilità per la popolazione residente. Le risorse per il telesoccorso e la

teleassistenza, ad esempio, sono limitate a soli 18 utenti, inadeguate per una popolazione anziana che si avvicina a un indice di vecchiaia del 240%.

Per quanto riguarda le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria, le patologie psichiatriche, le dipendenze e le disabilità conseguenti a patologie degenerative richiedono interventi caratterizzati da un significativo impegno terapeutico. Tuttavia, il numero di utenti in assistenza domiciliare integrata, pari a 3.022 unità, appare contenuto rispetto al fabbisogno stimato, sottolineando l'esigenza di sviluppare ulteriormente l'assistenza domiciliare per favorire il mantenimento dell'autonomia e ridurre l'istituzionalizzazione.

Il Molise, con una popolazione di circa 290.000 abitanti, e in calo del 10% dal 2000, si trova ad affrontare gravi sfide per garantire servizi sociosanitari adeguati, specialmente nelle aree rurali. La mancanza di infrastrutture e la bassa capacità di attrarre investimenti aggravano le condizioni di vita delle fasce più vulnerabili, rendendo urgente l'attuazione di politiche che incentivino la crescita del sistema sanitario regionale e favoriscano una rete di servizi inclusiva e accessibile per tutti i cittadini.

9. Indice di Composizione Familiare e Dinamiche Sociali

9.1 Dimensione media dei nuclei familiari nei vari ambiti:

- La dimensione media dei nuclei familiari, misurata tramite il numero medio di figli per famiglia, varia tra i diversi ambiti territoriali, con valori tra 2 e 2,5 membri per famiglia. In ambiti come **Agnone** (2,18 membri) e **Venafro** (2,28 membri), si osserva una prevalenza di famiglie di piccole dimensioni.
- Nei comuni rurali, la dimensione familiare ridotta riflette un calo della natalità e una migrazione giovanile, con famiglie composte prevalentemente da anziani.
- **Campobasso** mostra dimensioni familiari leggermente superiori alla media regionale, con un numero medio di figli pari a 2,2. Questo dato può indicare una maggiore presenza di giovani famiglie e una tendenza a mantenere un nucleo familiare più ampio.
- Nei comuni con famiglie meno numerose, i servizi sociali devono essere strutturati per rispondere alle esigenze specifiche di una popolazione anziana e di nuclei familiari più piccoli.
- La prevalenza di famiglie di dimensioni contenute aumenta la domanda di servizi di supporto sociale, poiché molti anziani potrebbero trovarsi senza supporto familiare diretto.

9.2 Prevalenza delle famiglie monogenitoriali:

- Le famiglie monogenitoriali rappresentano una quota variabile nei diversi ambiti, attestandosi intorno al 5-10%. La percentuale risulta più alta nelle aree urbane come **Campobasso** (0,74%) rispetto ai comuni rurali come **Agnone** (0,49%).
- Le famiglie monogenitoriali hanno esigenze specifiche, tra cui un maggiore bisogno di supporto per l'assistenza ai figli e l'accesso ai servizi di sostegno economico.
- Nei comuni rurali con accesso ridotto ai servizi, le famiglie monogenitoriali sono esposte a rischi economici e sociali maggiori, date le difficoltà di accesso al welfare.

- In ambiti come **Venafro** e **Larino**, la mancanza di sostegno per le famiglie monogenitoriali limita le opportunità di crescita sociale e la possibilità di migliorare le condizioni economiche.
- L'elevata incidenza di famiglie monogenitoriali nelle aree urbane può riflettere cambiamenti sociali e una maggiore mobilità, ma richiede anche una rete di sostegno per garantire stabilità.

9.3 Ricadute sociali:

- La presenza di nuclei familiari piccoli e monogenitoriali influenza la domanda di servizi scolastici, che risulta spesso ridotta nelle aree con pochi bambini e giovani.
- Nei comuni con una popolazione giovanile in calo, come **Larino**, la domanda per strutture educative si riduce, portando talvolta alla chiusura di scuole e altri servizi per l'infanzia.
- La ridotta richiesta di servizi per giovani e famiglie limita inoltre le opportunità di socializzazione e crescita culturale per i bambini nelle aree rurali.
- In ambiti come **Campobasso**, dove è presente un numero maggiore di giovani e bambini, si rileva una maggiore domanda di servizi educativi e sociali, con un impatto positivo sulla coesione della comunità.
- Nei comuni con meno famiglie e bambini, le istituzioni devono spesso investire in attività di comunità per garantire un contesto stimolante per i giovani residenti
- Attivazione e/o potenziamento di spazi aggregativi e centri socio-educativi

9.4 Conseguenze economiche delle strutture familiari ridotte:

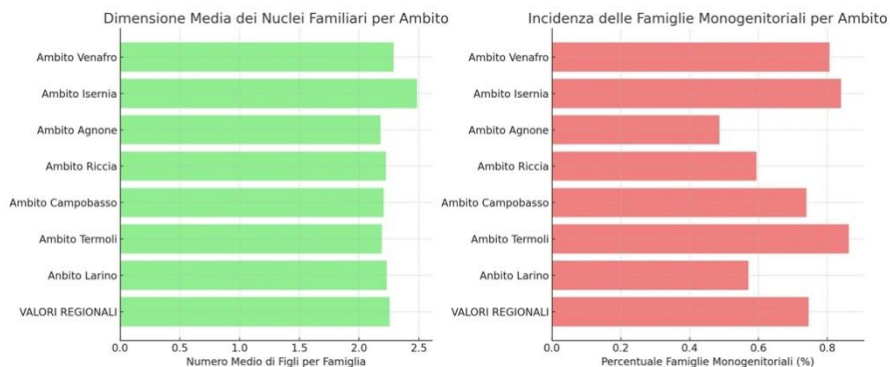
- Le famiglie con pochi membri tendono ad avere una minore capacità contributiva, riducendo così le risorse fiscali a disposizione delle amministrazioni locali.
- Nei comuni rurali con nuclei familiari di dimensioni ridotte, le spese pro capite per l'assistenza agli anziani aumentano, esercitando una pressione aggiuntiva sul bilancio locale.
- La scarsità di giovani famiglie e la prevalenza di nuclei ridotti limita la crescita economica dei comuni, riducendo la domanda di beni e servizi.
- In assenza di famiglie numerose, le attività commerciali locali possono subire una riduzione della clientela, con effetti negativi su commercio e imprenditorialità.
- La presenza di famiglie monogenitoriali e anziane sottolinea la necessità di politiche di supporto economico per prevenire l'impoverimento progressivo delle aree rurali.

9.5 Interventi per il sostegno alle famiglie:

- Nei comuni con nuclei familiari piccoli, è fondamentale promuovere incentivi per le giovani famiglie e per l'aumento della natalità, al fine di garantire stabilità demografica e sostenere il ricambio generazionale.
- Programmi di supporto economico per le famiglie monogenitoriali e i nuclei con anziani a carico possono migliorare il benessere sociale e rafforzare la coesione comunitaria.
- In ambiti con pochi bambini, il potenziamento delle strutture educative e sociali può migliorare l'accesso all'istruzione e ai servizi culturali.

- Investimenti in programmi di assistenza e inclusione per le famiglie con disabilità sono essenziali in comuni con strutture familiari ridotte e meno in grado di garantire supporto autonomo.
- Rafforzare i servizi per le famiglie e i giovani può incentivare la stabilità delle comunità rurali, contrastando il fenomeno dello spopolamento e migliorando il tessuto sociale.

Questa analisi evidenzia l'importanza di politiche mirate per supportare le famiglie e rafforzare i servizi, specialmente in ambiti rurali con una struttura familiare ridotta



Il grafico fornisce una rappresentazione visiva della composizione familiare nei vari ambiti:

1. **Dimensione Media dei Nuclei Familiari:** Il primo grafico mostra il numero medio di figli per famiglia nei diversi ambiti. In aree come **Agnone** e **Venafro**, si osservano valori inferiori alla media regionale, con famiglie di piccole dimensioni prevalentemente composte da anziani. **Campobasso**, al contrario, presenta una dimensione familiare leggermente più ampia.
2. **Incidenza delle Famiglie Monogenitoriali:** Il secondo grafico evidenzia la percentuale di famiglie monogenitoriali per ciascun ambito. **Campobasso** mostra un'incidenza relativamente più alta, riflettendo un maggiore bisogno di supporto per queste famiglie.

Questi dati evidenziano le sfide demografiche e sociali, con la necessità di politiche per sostenere sia le famiglie ridotte sia le monogenitoriali, soprattutto nelle aree rurali.

Capitolo 2

La programmazione dei servizi e degli interventi sociali 2025-2027

1. I LEPS, le priorità di intervento, le leve finanziarie ed il ruolo strategico degli ATS

La Legge 234/2021 (legge di bilancio 2022), nell'ampliare ed ordinare la platea dei LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali), introdotti dal precedente Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, **qualifica gli ambiti territoriali sociali (ATS) quale sede territoriale ed organizzativa necessaria** in cui programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali)) medesimi, che, a legislazione vigente, sono identificati nelle seguenti misure:

- Servizio sociale professionale nella misura di 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti assunto a tempo pieno ed indeterminato e con obiettivo di servizio sfidante 1:4000, con riferimento alla generalità dell'utenza, e precisamente per la presa in carico e la valutazione mono e/o multidimensionale dei cittadini in situazione di bisogno, ex L. 178/2020 art. 1 c. 797 e seguenti (legge di bilancio 2021);
- Servizio di pronto intervento sociale;
- Prevenzione dell'allontanamento familiare - Programma P.I.P.P.I.;
- Dimissioni protette
- Supervisione del personale dei servizi sociali;
- Servizi per la residenza fittizia;
- Progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente;
- Sostegno monetario al reddito nella forma del SIA prima, poi REI, successivamente RdC, già sostituito con le nuove misure SFL e AdI in vigore, rispettivamente dal 1^o settembre 2023 e 1^o gennaio 2024, giusto D.L. n. 48/2023 come convertito con modifiche con la Legge 5 luglio 2023 n. 85;
- Patto per l'inclusione sociale e relativi sostegni, come definiti art. 7 del D.Lgs. n. 147/2017;
- livelli essenziali delle prestazioni sociali specifici per le persone anziane non autosufficienti, da assicurare, altresì, in attuazione del nuovo PNNA (Piano per la non autosufficienza) 2022-2024, come obiettivo di servizio, anche alle persone in condizione di disabilità grave e gravissima:
 - LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) di erogazione riferiti ai servizi di cui all'art. 1 c. 162 lett. a), b) e c) della L.234/2021:
 - o assistenza domiciliare sociale (SAD) ovvero integrata con i servizi sanitari (ADI rif. art. 22 DPCM 12.01.2017), ivi comprese azioni a sostenere la domiciliarità (dimissioni protette, soluzioni abitative anche in forma di co-housing, telesoccorso e teleassistenza etc.);
 - o servizi sociali di sollievo (pronto intervento per le emergenze temporanee diurne o notturne, centri diurni e semiresidenziali, servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari per ferie, malattia e maternità, valorizzazione delle risorse informali e di prossimità nel lavoro di cura, etc.);

- servizi sociali di supporto (assistenza legale, gestionale ed amministrativa alle famiglie per l'espletamento degli adempimenti);

I predetti LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) di erogazione possono essere integrati, nelle forme previste nel PNNA (Piano per la non autosufficienza), da ulteriori contributi monetari diretti o indiretti (voucher ed assegni di cura), di cui all'art. 1 c. 164 della L.

234/2021, fermo restando quanto previsto al c. 163 e all'art. 1 c. 255 della L. 205/2017;

- LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) di processo come definito all'art. 1 c. 163 della L.234/2021 con esplicito riferimento all'art. 21 DPCM 12.01.2017 e teso garantire la presa in carico integrata delle persone non autosufficienti o con disabilità mediante la realizzazione del percorso assistenziale integrato, costituito dalle seguenti macro-fasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione PAI e monitoraggio esiti di salute.

Tali LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) sono stati espressamente richiamati dall'articolo 1, comma 170 della legge 234/2021 30 che al comma 159 esplicita che cosa debba intendersi per LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali), precisando appunto che *“i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS - Livelli essenziali prestazioni sociali) sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura, sulla base di quanto previsto dall'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione e in coerenza con i principi e i criteri indicati agli articoli 1 e 2 della legge 8 novembre 2000, n. 328, con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità”*. La medesima norma di fonte primaria all'articolo 1, comma 171, ha già provveduto a tipizzare le fonti di finanziamento dei LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) di cui ai commi 169 e 170, espressamente individuandole nelle risorse nazionali già destinate dal Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 e nelle risorse dei Fondi Europei e del PNRR (Piano nazionale di ripresa e resilienza) destinate a tali scopi di cui alla Missione 5.

È possibile affermare che il legislatore, con l'introduzione delle disposizioni normative di settore contenute nella L. n. 234/2021 art. 1 c. 159-171, ha sentito l'esigenza da un lato di fare il punto della situazione, ordinando tutti i LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) che nel frattempo erano stati definiti a più riprese in maniera frammentaria (dal D.Lgs. n. 147/2017, alla Legge 178/2020, al Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023), dall'altro di estendere il concetto di livello essenziale delle prestazioni sociali all'intero processo di accesso, valutazione e progettazione personalizzata. Di qui, la distinzione tra LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) di erogazione e LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) di processo:

- I primi LEPS di erogazione maggiormente identificabili in servizi ed interventi abbastanza standardizzati, almeno nelle rispettive specifiche minime, di cui alle schede tecniche contenute nel precedente ed attuale Piano Nazionale dei servizi e degli interventi sociali che ne fissano i livelli e i contenuti minimi servizio;
- il secondo LEPS di processo difficilmente identificabile in misura standard perché fortemente connesso allo specifico contesto politico - organizzativo di riferimento, ovvero alla capacità di quest'ultimo di costruire le infrastrutture sociali necessarie per implementare le pratiche per una efficace presa in carico (si pensi ad esempio quanto il ritardo di molti territori nel procedere all'assunzione a tempo indeterminato degli assistenti sociali stia pregiudicando la qualità e la continuità della presa in carico, precarizzando oltre modo il lavoro, impoverendo l'offerta complessiva dei servizi generando una spesa impropria che potrebbe essere altrimenti destinata

all'implementazione di alcuni interventi/aree di bisogno meno coperte dai canali di finanziamento di settore.)

In verità, detta operazione di concettualizzazione del *processo* era stata già avviata con il D.Lgs. 15 settembre 2017 n. 147 che, nel dare vita allo spirito della Legge Quadro n.328/2000 , innova profondamente il modello di gestione dell'intero sistema di risposta al bisogno, disegnando un nuovo paradigma nella definizione della nozione di presa in carico, che può dirsi trovare la sua migliore declinazione pragmatica nelle Linee Guida Ministeriali per la definizione dei Patti per l'inclusione sociale (PaIS), oggi trasposte nell'ultimo aggiornamento ai fini AdI di cui al D.M. n. 72 del 2.05.2024. Le predette linee guida possono essere considerate a ragione una guida operativa utile nonché un riferimento teorico fondamentale per comprendere che, per rispondere efficacemente alla complessità del bisogno, si rende necessario superare l'approccio emergenziale, categoriale e settoriale in favore di un approccio maggiormente strutturato di tipo olistico, sistemico ed integrato con le altre politiche. Invero, capace di mettere al centro la persona umana nella sua interezza e il suo mondo di relazioni con l'ambiente circostante. La multidimensionalità del bisogno richiede una risposta multidisciplinare, unitaria e strutturata che si sviluppa su più livelli di integrazione: intersettoriale, interdisciplinare, inter-organizzativa. Da qui, la necessità per gli ambiti sociali di strutturare, secondo i principi di sussidiarietà verticale ed orizzontale, un modello gestionale di governance multilivello e pluri attore che sappia integrare gli interventi e servizi sociali con quelli sanitari e dell'istruzione, nonché con le politiche attive del lavoro e formazione oltre che con i soggetti del terzo settore. Al riguardo, occorre sottolineare che questo modello di governance non è da intendersi in forma statica e rigida, ma intrinsecamente concepito come una struttura dinamica, mobile, flessibile, aperta ed inclusiva, perché capace di adattarsi agli stimoli e alla mutevolezza della realtà del contesto sociale nel quale opera. Nell'ambito della gestione dei servizi sociali, la performance del livello tecnico-organizzativo non può essere misurata solo sul principio di risultato (mera realizzazione di un servizio), ma soprattutto sulla capacità di concorrere con gli altri sistemi (fare/costruire/implementare reti di scopo) a generare cambiamenti e protezione sociale restituendo alla persona in difficoltà la giusta autonomia. Di certo, l'integrazione non si realizza con la mera stipula delle varie intese inter istituzionali, ma necessita di un linguaggio, obiettivi e pratiche comuni continuamente alimentate dallo scambio e dalla circolarità delle informazioni, significando che la presa in carico è un processo organizzativo complesso che in quanto tale necessita continuamente di: revisione delle procedure, ri-negoziazione degli obiettivi con gli utenti e l'équipe multidisciplinare, condivisione e circolarità delle informazioni, allargamento dell'équipe multidisciplinare.

È indubbio, quindi, che dal D.Lgs. 147/2017 in poi si impone la necessità di imprimere al settore un deciso cambio di marcia teso a sostenere la capacità amministrativa, gestionale ed organizzativa degli ambiti sociali chiamati a realizzare il più uniformemente possibile i livelli essenziali delle prestazioni sociali. Un sistema, in definitiva, capace di garantire un ampio universalismo teso ad assicurare la piena esigibilità dei diritti sociali da parte di tutti i cittadini in condizione di fragilità anche temporanea a prescindere dall'area geografica di provenienza. Quella dei LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) può, quindi, essere considerata, a ragione, una vera e propria sfida che investe in maniera trasversale tutti gli aspetti delle politiche sociali, laddove i vari livelli di governance sono chiamati in sinergia e ciascuno per il rispettivo ambito di responsabilità a compiere scelte organizzative e gestionali consone a coniugare l'unitarietà, la flessibilità e la tempestività della risposta sociale con la qualità, l'accessibilità, la sostenibilità e la continuità dei servizi erogati.

È chiaro che il delicato passaggio dalla definizione alla concreta attuazione dei LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) non può essere affrontato in solitaria perché è strettamente connesso,

in un rapporto di reciproca influenza, ad altri aspetti strutturali del e di sistema, quali quelli maggiormente dibattuti nell'ultimo periodo:

- la centralità della programmazione quale momento strategico per la lettura dei bisogni e costruzione delle risposte più efficaci;
- il riconoscimento indiscusso degli ambiti sociali ed il relativo dibattito sulla forma associativa di gestione, tra quelle previste nel TUEL, più funzionale alla realizzazione dei LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali), ancorché maggiormente confacente alla stabilità organizzativa del personale;
- il riconoscimento del processo organizzativo di accesso, valutazione e progettazione personalizzata quale LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) infrastrutturale propedeutico per garantire una ampia rete di protezione sociale di prossimità e percorsi di aiuto integrati adeguati alla fuoriuscita responsabile dal bisogno di cui l'utente è parte attiva e consapevole (il processo si riferisce al "come fare" non tanto per realizzare un determinato servizio (output) ma per raggiungere gli obiettivi generali e specifici dell'intervento programmato (outcome) e mantenerli nel tempo a beneficio dell'intero comunità (impact);
- il lungo e tormentato percorso di parificazione dei due codici (CCP – Codice degli appalti e contratti pubblici D.L.gs. n. 36//2023 e CTS – Codice del terzo settore D.Lgs. n. 117/2017) a supporto degli Ambiti nella scelta dello strumento di affidamento più adeguato, il primo fondato sul principio di concorrenza e l'altro su quello di solidarietà.

Ai predetti LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) infatti, si aggiungono ulteriori priorità di intervento trasversali per i quali il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi sociali 2024-2026 raccomanda l'opportuna implementazione, in quanto strategici e funzionali alla piena realizzazione dei LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) medesimi, tra i quali figurano:

- <<PT.1. Coincidenza tra gli ambiti sociali e quelli del lavoro e sanitari. Il Piano assume la necessità di arrivare all'individuazione di ambiti sociali, sanitari e del lavoro omogenei che trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi. La norma assegna alle Regioni la funzione di stabilire le delimitazioni territoriali degli ambiti sociali, dei distretti sanitari e dei centri per l'impiego per renderle coincidenti. È strategica l'integrazione tra programmazioni settoriali che concorrono al contrasto delle condizioni di fragilità e di rischio di esclusione sociale delle comunità locali. Ciò implica una forte capacità di governance di sistema a tutti i livelli di governo delle politiche e l'impegno a dare coerenza agli interventi allo scopo di ottimizzare l'uso delle risorse. In questa prospettiva sono qui integrati il Piano sociale nazionale 2024-2026 e il Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2024-2026, ma è importante che essi trovino armonizzazione anche con altre pianificazioni fondamentali, ad esempio il Piano per la Non autosufficienza 2022-2024, i Programmi Operativi regionali e nazionali finanziati dai fondi strutturali e le missioni pertinenti del PNRR>>;
- rafforzamento delle reti territoriali <<risulta fondamentale lavorare all'infrastruttura dei servizi – come approfondito in seguito – per dare attuazione ai programmi nazionali per costituire la filiera che consente di trasformare le risorse finanziarie in progettazione. L'infrastruttura è determinata dalla dotazione organica del servizio sociale professionale (cfr PT. 3) e da un arricchimento della dotazione organica minima di altre figure quali gli educatori e psicologi (cfr. PT. 6) che sta in connessione con gli altri attori del territorio (ambito sanitario, scolastico), ma anche dalla dotazione organica del personale che svolge

funzioni amministrative, gestionali e finanziarie. Le competenze dei soggetti del Terzo settore si integrano in tutte le diverse funzioni delle reti, da quelle di indirizzo, con ruolo di advocacy, a quelle di programmazione e progettazione, secondo il modello della amministrazione condivisa, a quelle di attuazione o di gestione di funzioni delegate>>>;

- rafforzamento della gestione associata;
- potenziamento degli uffici di piano per rafforzare la capacità amministrativa degli ATS;
- potenziamento del servizio sociale professionale per garantire la stabilità occupazionale e la qualità della presa in carico, quale preconditione necessaria di natura infrastrutturale dell'intero sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali;
- potenziamento delle équipes multidisciplinari per garantire la piena esigibilità dei LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) che insistono sulle aree di intervento afferenti alla povertà e famiglia e minori;
- sviluppo della cartella sociale informatizzata e dell'interoperabilità tra i sistemi informativi (SIOSS (sistema informativo servizi sociali), SIUSS (sistema informativo unitario servizi sociali), SIIL (sistema informativo per l'inclusione sociale), GEPI,(piattaforma del ministero del lavoro e delle politiche sociali), RPMonline (rilevazione, progettazione e monitoraggio programma P.I.P.P.I) Piattaforma Multifondo (programmazione, monitoraggio e rendicontazione della QSFP e PN);
- attuazione del pronto intervento sociale.

Il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026, nel replicare lo schema concettuale del precedente atto di pianificazione, si articola in due parti:

- il Piano Sociale Nazionale 2024 – 2026 con il quale viene programmato il Fondo Nazionale delle Politiche Sociali (FNPS) per il triennio di riferimento a fronte di una dotazione complessiva di € 1.192.551,94;
- il Piano Nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contratto alla povertà 2024 – 2026 con il quale viene programmato il Fondo Povertà (QSFP – quota servizi fondo povertà e QME – quota marginalità estrema) per il triennio di riferimento a fronte di una dotazione complessiva di € 1.812.798,31.

Alle sopra elencate priorità trasversali, comuni ai due piani, sono individuate, per ciascun fondo, le rispettive modalità di utilizzo e le priorità di intervento specifiche, come di seguito rappresentato:

Utilizzo del Fondo nazionale politiche sociali FNPS 2024 - 2026			
	2024	2025	2026
a) Azioni di sistema e altri interventi	162.962.839,00 €	162.962.839,00 €	162.962.839,00 €
<i>azioni di sistema (comprese professioni sociali, PUA, valutazione multidimensionale e altri servizi nelle ulteriori Aree di intervento)</i>	<i>162.962.839,00 €</i>	<i>162.962.839,00 €</i>	<i>162.962.839,00 €</i>
b) Interventi per famiglia e minori	192.962.839,00 €	192.962.839,00 €	192.962.839,00 €
<i>di cui:</i> <i>Prevenzione dell'allontanamento familiare P.I.P.P.I.</i>	<i>15.000.000,00 €</i>	<i>15.000.000,00 €</i>	<i>15.000.000,00 €</i>
<i>di cui:</i> <i>Affido familiare</i>	<i>*</i>	<i>7.500.000,00 €</i>	<i>7.500.000,00 €</i>
c) I livelli essenziali delle prestazioni sociali	30.000.000,00 €	30.000.000,00 €	30.000.000,00 €
<i>di cui:</i> <i>supervisione personale servizi sociali</i>	<i>10.000.000,00 €</i>	<i>10.000.000,00 €</i>	<i>10.000.000,00 €</i>

<i>di cui:</i> <i>dimissioni protette (solo interventi integrativi sociali)</i>	20.000.000,00 €	20.000.000,00 €	20.000.000,00 €
d) Somme attribuite al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, per la copertura degli oneri di funzionamento e delle assistenze tecniche finalizzati al raggiungimento degli obiettivi istituzionali	5.000.000,00 €	5.000.000,00 €	5.000.000,00 €
Totale	390.925.678,00 €	390.925.678,00 €	390.925.678,00 €
e) Risorse riassegnazioni che incrementano il fondo a favore degli interventi di affido familiare*	19.774.910,17 €		

Per il triennio 2024-2026 sono state confermate le medesime risorse del FNPS 2021-2023, mantenendo la quota riservata per l'attuazione dei LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali), già definiti con la Legge 234/2021. Le azioni del Fondo qualificate come LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) confermano quei servizi, attività e/o prestazioni connotati dal carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità, ovverosia: LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) Supervisione del personale dei servizi sociali; LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) Dimissioni protette; LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) Prevenzione allontanamento familiare - P.I.P.P.I. (Programma intervento per prevenire l'istituzionalizzazione)

Costituiscono, pertanto, interventi prioritari nella programmazione regionale del FNPS 2024-2026:

a) Azioni di sistema:

1. rafforzamento dei Punti Unici di Accesso;
2. implementazione delle équipes multiprofessionali per una valutazione e presa in carico multidisciplinare, in vista del suo prossimo riconoscimento come LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali);
3. sviluppo della cartella sociale informatizzata;

b) Interventi rivolti alle persone di minore età:

1. Interventi di sostegno al contesto familiare (sostegno socioeducativo domiciliare, interventi di supporto alla genitorialità positiva, azioni di supporto in presenza di bambini nei primi mille giorni di vita, attivazione di percorsi gruppalì, famiglie di appoggio, prevenzione e protezione nelle situazioni di violenza, assistenza agli orfani di femminicidio, etc.);
2. Interventi di sostegno nei contesti quotidiani di vita e dei ragazzi (interventi co-progettati e co-gestiti con e nelle scuole finalizzati alla prevenzione precoce dei casi, di prevenzione e contrasto alla dispersione scolastica, esclusione sociale, attivazione di servizi socio-educativi a carattere comunitario, educativa di strada, etc.)
4. Attivazione in ogni ATS di un servizio/centro per l'affidamento familiare, in vista del suo prossimo riconoscimento come LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali);

c) Servizi ed interventi connessi all'implementazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali:

1. LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) prevenzione allontanamento familiare di cui al programma P.I.P.P.I.;
2. LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) supervisione del personale dei servizi sociali;

3. LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) Dimissioni protette.

Utilizzo del Fondo Povertà 2024-2026			
	2024	2025	2026
a) Rafforzamento servizio sociale professionale mediante assunzioni a tempo indeterminato di assistenti sociali*	180.000.000,00	180.000.000,00	180.000.000,00
b) AdI (quota servizi QSFP)	394.677.545	401.120.765	417.000.000
di cui:			
Segretariato sociale e altri servizi per la presa in carico (valutazione multidimensionale e progetto personalizzato)	369.677.545	376.120.765	392.000.000
Pronto Intervento Sociale	20.000.000	20.000.000	20.000.000
Azioni di sistema a titolarità del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali per supportare, accompagnare e favorire l'attuazione territoriale degli interventi previsti dal Piano Nazionale per gli interventi e servizi di contrasto alla povertà	5.000.000	5.000.000	5.000.000
c) povertà estrema (QME)	20.000.000	20.000.000	20.000.000
di cui:			
housing first	5.000.000	5.000.000	5.000.000
servizi di posta e per residenza virtual	2.500.000	2.500.000	2.500.000
pronto intervento sociale	2.500.000	2.500.000	2.500.000
Altri servizi:	10.000.000	10.000.000	10.000.000
- presa in carico, accompagnamento e centri servizi			
- povertà alimentare e deprivazione materiale			
Totale	594.677.545	601.120.765	617.000.000

Nell'ambito delle risorse stanziare per il Fondo alla lotta alla povertà e all'esclusione sociale, al fine di potenziare il sistema dei servizi sociali comunali territoriali, è strutturalmente dedicata una quota massima di 180 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021 previsti dall'art. 1 co. 797 e ss. della Legge di bilancio 2021 (L. 178/2020). Nella prospettiva del raggiungimento del livello essenziale delle prestazioni e dei servizi sociali di sistema, come è noto, questo provvedimento ha definito un rapporto minimo tra assistenti sociali e popolazione minimo di 1:5000 ed ha introdotto il contributo in funzione del numero degli assistenti sociali assunti a tempo indeterminato dell'ambito. Per accedere al contributo Assistenti Sociali è necessario che ciascun ATS abbia raggiunto l'obiettivo minimo di 1 assistente sociale ogni 6:500 abitanti, obiettivo raggiungibile anche con l'utilizzo della quota servizi del Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale. Le risorse del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale sono destinate all'attuazione degli interventi e servizi contemplati dall'art. 7 del d.lgs. del 15 settembre 2017, n. 147 per quanto concerne la Quota Servizi, nonché agli interventi e servizi in favore di persone in condizione di povertà estrema e senza dimora, ai sensi dell'articolo 7, comma 9, dello stesso decreto, in coerenza con le "Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia", oggetto di accordo in sede di Conferenza Unificata del 5 novembre 2015.

Costituiscono, pertanto, interventi prioritari nella programmazione regionale del Fondo povertà 2024-2026:

- a) a valere sulla QSFP (quota servizi fondo povertà) ai fini AdI e in favore dei soggetti in condizioni di svantaggio economico AdI (calcolo indice)) o anche ai nuclei familiari e gli individui che si trovino in simili condizioni economiche, in possesso di attestazione ISEE non superiore a 9.360 euro per i quali sussista una “presa in carico sociale” come definita nelle Linee di indirizzo sugli elementi fondanti la presa in carico, sociale integrata e il progetto personalizzato aggiornate con decreto del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, n. 104 del 24.06.2024, ovvero: *“Funzione esercitata dal servizio professionale in favore di una persona o di un nucleo familiare in risposta a bisogni complessi che richiedono interventi personalizzati di valutazione, consulenza, orientamento, attivazione di prestazioni sociali, nonché attivazione di interventi in rete con altre risorse e servizi pubblici e privati del territorio, al fine di identificare percorsi di accompagnamento verso l’autonomia”*:
 1. LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) – rafforzamento del servizio sociale professionale;
 2. rafforzamento del segretariato sociale;
 3. LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) – Valutazione multidimensionale, patto per l’inclusione sociale e sostegni. In esito alla valutazione multidimensionale, il Patto per l’inclusione sociale (PaIS) prevede che accanto all’esplicitazione degli obiettivi/risultati attesi e agli impegni che i singoli componenti assumono (partecipazione ai PUC, azioni di cura, frequenza scolastica, ecc.), siano individuati gli specifici sostegni di cui il nucleo necessita. Per i componenti con responsabilità genitoriali attivabili al lavoro è prevista anche la definizione di un Patto di servizio personalizzato (PSP) con i Centri per l’impiego. Il PaIS (Patto per l’inclusione sociale), in integrazione con il PSP (Patto di servizio personalizzato), investe le diverse dimensioni del benessere del nucleo – lavoro, formazione, istruzione, salute, casa – e riporta ad unitarietà gli interventi che possono essere messi in campo da parte delle diverse filiere amministrative di governo dei servizi territoriali (servizi sociali, centri per l’impiego, agenzie regionali per la formazione, ASL, scuola, servizi specialistici sociosanitari, uffici per le politiche abitative, ecc.). In continuità con quanto previsto dal precedente Piano, nello specifico degli interventi e servizi sociali, la quota servizi del Fondo Povertà interviene a rafforzare i sostegni da prevedere nei progetti personalizzati, nell’ottica dell’attuazione dei LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali). Oltre al segretariato sociale rivolto a tutti i cittadini e al servizio sociale professionale, l’elenco degli interventi e servizi finanziabili, previsto all’art. 7 comma 2 del D.Lgs. 147/2017, comprende:
 - a. tirocini finalizzati all’inclusione sociale, all’autonomia delle persone e alla riabilitazione;
 - b. il sostegno socioeducativo domiciliare o territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare;
 - c. l’assistenza domiciliare socioassistenziale e servizi di prossimità;
 - d. il sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare;
 - e. il servizio di mediazione culturale;
 - f. il servizio di pronto intervento sociale;

4. LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) – Pronto Intervento Sociale
 5. Adeguamento del sistema informativo territoriale con particolare riferimento agli interventi volti a favorire l'interoperabilità con la piattaforma GePI per la gestione dei piani per l'inclusione sociale;
 6. PUC (Progetti utili alla collettività) ai fini AdI (Assegno di inclusione) e SFL (supporto per la Formazione e il Lavoro), di cui al Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 156 del 15 dicembre 2023 che, in esecuzione dell'art. 6 comma 5 bis del D.L. n. 48 del 4 maggio 2023 recante "Misure urgenti per l'inclusione sociale e l'accesso al mondo del lavoro" convertito con modificazioni dalla Legge n. 85 del 3 luglio 2023, definisce le modalità e i termini di attuazione dei PUC (Progetti utili alla collettività);
- b) a valere sulla valutazione QME per il finanziamento dei servizi per la povertà e la marginalità estrema:
1. LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) – residenza fittizia
 2. Centri servizi per il contrasto alla povertà estrema
 3. Housing first

Al finanziamento dei LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) e del complesso dei servizi e degli interventi sociali concorrono, in aggiunta e complementarietà al FNPS e Fondo Povertà, un'ulteriore pluralità di risorse, tra le quali, in questa sede, è fondamentale richiamare le risorse UE, il cui utilizzo deve essere inteso come contributo all'avvio e alla sperimentazione, riservando poi al bilancio nazionale il compito di sostenere in modo strutturale l'attuazione dei LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali).

Nell'ambito del PNRR, nella Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", sono riservati 1,456 miliardi alla Sottocomponente "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", ad integrazione delle politiche e degli investimenti nazionali volti a garantire un approccio multiplo nell'ambito della dimensione sociale, ovvero per interventi a titolarità del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (MLPS) che interessano le persone più fragili, nella loro dimensione individuale, familiare e sociale. A tal fine, la Sottocomponente 1 si articola in tre investimenti, e sette linee di sub-investimenti:

MSC2 - INVESTIMENTI 1.1, 1.2, 1.3 PER 7 LINEE DI ATTIVITA'																
REGIONE	N.ATS	1.1.1. sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini		1.1.2 autonomia degli anziani non autosufficienti		1.1.3 rafforzamento dei servizi sociali a sostegno della domiciliarità		1.1.4 Pafforzamento dei servizi sociali e prevenzione fenomeno del burn out tra gli operatori		1.2 percorsi di autonomia persone con disabilità (progetto individualizzato, abitazione e lavoro)		1.3.1 Housing first - assistenza alloggiativa temporanea		1.3.2 Servizi di posta - Centri servizi per il contrasto alla povertà		TOTALE
		nr. progetti	€	nr. progetti	€	nr. progetti	€	nr. progetti	€	nr. progetti	€	nr. progetti	€	nr. progetti	€	
MOLISE	7	3	634.500	1	2.460.000	1	330.000	1	210.000	4	2.860.000	1	710.000	1	1.090.000	8.294.500
			211.500		2.460.000		330.000		210.000		715.000		710.000		1.090.000	
INVESTIMENTO 1.1		Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti														
INVESTIMENTO 1.2		Percorsi di autonomia delle persone con disabilità														
INVESTIMENTO 1.3		Housing temporaneo e stazioni di posta														

Di seguito, l'organizzazione regionale dell'attuazione delle misure PNRR (Piano nazionale di ripresa e resilienza) in essere:

AZIONE	DESCRIZIONE	PROGETTI	CAPOFILA	ATS PARTNERS	
1.1.1	Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini	1	ISERNIA	AGNONE	VENAFRO
		2	CAMPOBASSO	RICCIA	
		3	LARINO	TERMOLI	
AZIONE	DESCRIZIONE	PROGETTI	CAPOFILA	ATS PARTNERS	
1.1.2	Autonomia degli anziani non autosufficienti	1	CAMPOBASSO	AGNONE	VENAFRO
				ISERNIA	RICCIA
				TERMOLI	LARINO
AZIONE	DESCRIZIONE	PROGETTI	CAPOFILA	ATS PARTNERS	
1.1.3	Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione	1	AGNONE	ISERNIA	VENAFRO
				CAMPOBASSO	RICCIA
				TERMOLI	LARINO
AZIONE	DESCRIZIONE	PROGETTI	CAPOFILA	ATS PARTNERS	
1.1.4	Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori sociali	1	LARINO	ISERNIA	VENAFRO
				AGNONE	CAMPOBASSO
				RICCIA	TERMOLI
AZIONE	DESCRIZIONE	PROGETTI	CAPOFILA	ATS PARTNERS	
1.2	Percorsi di autonomia persone con disabilità	1	ISERNIA		
		2	VENAFRO	RICCIA	AGNONE
		3	CAPOBASSO		
		4	TERMOLI	LARINO	
AZIONE	DESCRIZIONE	PROGETTI	CAPOFILA	ATS PARTNERS	
1.3.1	Povertà estrema. Housing first	1	CAMPOBASSO	AGNONE	VENAFRO
				ISERNIA	RICCIA
				TERMOLI	LARINO
AZIONE	DESCRIZIONE	PROGETTI	CAPOFILA	ATS PARTNERS	
1.3.2	Povertà estrema.Centri servizi	1	CAMPOBASSO	AGNONE	VENAFRO
				ISERNIA	RICCIA
				TERMOLI	LARINO

Parimenti, il PN Inclusion e lotta alla povertà 2021-2027 impatta su tutto il territorio nazionale, destinando le proprie risorse ai territori secondo quanto definito dall'Accordo di Partenariato predisposto dall'Italia ed approvato dalla Commissione Europea, disponendo di una dotazione finanziaria pari a oltre 4 miliardi di euro, di cui circa 3,5 cofinanziati dal FSE+ (Fondo Sociale Europeo) e 570 milioni cofinanziati dal FESR, nella quali sono ricomprese azioni riconducibili ai Livelli essenziali di prestazione sociale previsti dalla L 234/2021.

Nello specifico, il Programma Nazionale Inclusion e lotta alla povertà 2021-2027 si articola in un quadro strategico incentrato su quattro priorità principali:

1. Sostegno all'inclusione sociale e lotta alla povertà, per combattere attivamente la povertà e favorire l'inclusione sociale delle categorie più svantaggiate;
2. *Child Guarantee*, per garantire l'accesso ad una vita dignitosa e ai servizi di base ai minorenni a rischio povertà o esclusione sociale;
3. Contrasto alla deprivazione materiale, per aiutare attivamente le persone, le famiglie e gli individui in condizione di povertà assoluta e grave deprivazione materiale;
4. Interventi infrastrutturali per l'inclusione socioeconomica, per potenziare le infrastrutture sociali al fine di agevolare l'inclusione sociale di tutti i destinatari del Programma.

I LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) che insistono sull'area della non autosufficienza, di cui alla L. 234/2021, sono sostenuti e finanziati dall'altro fondo nazionale di rilevanza strutturale, ovverossia a valere sul FNA (Fondo nazionale per la non autosufficienza) allo scopo programmato a livello nazionale e regionale, ed attuato dagli ATS:

- Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024 – cd PNNA 2022-2024 - adottato con D.P.C.M. del 03.10.2022, pubblicato sulla GU n. 294 del 17 dicembre 2022;
- Programma Regionale FNA 2022-2024, giusta D.G.R. n. 131 del 21.04.2022 a fronte di una dotazione finanziaria di € 15.840.000,00;
- Piano Operativo per l'attuazione del Programma Regionale FNA 2022-2024 innanzi detto disciplinante i servizi, i tempi e le procedure di accesso e realizzazione degli stessi ex D.G.R. 414 del 28.12.2023.

2. La programmazione regionale degli interventi e dei servizi sociali per il triennio 2025-2027

Il presente Piano Sociale Regionale, in attuazione del sopra richiamato Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026, rappresenta il principale strumento di programmazione regionale per l'utilizzo da parte degli ATS delle risorse attribuite dallo Stato (Fondo Nazionale delle Politiche Sociali e Fondo Povertà) per l'implementazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali. **In esso sono definiti i servizi e le priorità di intervento utili al raggiungimento dei LEPS (livelli essenziali delle prestazioni sociali), la distribuzione delle risorse tra le varie linee di intervento, nonché i target di spesa e di servizio che si intendono perseguire nel triennio 2025-2027.**

In relazione all'attuazione dei Piani di Zona, ai predetti fondi strutturali concorrono, altresì, le risorse derivanti dalla quota di compartecipazione posta a carico del Bilancio Regionale (di seguito, FSR) nonché quella a carico dei Bilanci Comunali (di seguito, PDZ). Nello specifico, gli ATS costituiscono il Fondo unico d'ambito (FUA) per la realizzazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi territoriali attraverso l'istituzione, nel proprio bilancio, di uno o più capitoli dedicati nei quali confluiscono le risorse destinate al finanziamento del sistema integrato locale.

Il FUA (Fondo unico d'ambito) è costituito da:

- a) Risorse del Fondo nazionale politiche sociali (FNPS);
- b) Risorse del Fondo nazionale povertà quota servizi (QSFP);
- c) Risorse del Fondo per la non autosufficienza (FNA);
- d) Risorse provenienti dal Fondo Sociale Regionale (FSR);
- e) Risorse del Fondo di solidarietà aggiuntivo per il potenziamento dei servizi sociali (FSC), ex L. 178/2020, commi 791-792, nella misura % stabilita da ciascun ATS;
- f) Risorse del Fondo Nazionale per il Dopo di NOI (FDN);
- g) Risorse del Fondo nazionale Risorse del Fondo nazionale povertà quota povertà estrema (QME);
- h) Risorse provenienti dalla quota di compartecipazione comunale (PDZ), posta a carico dei rispettivi bilanci degli Enti associati e quantificato in € 6,00 per abitante con riferimento alla popolazione residente al 1° gennaio dell'anno precedente a quello di riferimento;
- i) Fondi europei (PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), FSE (Fondo sociale europeo), FESR (Fondo europeo di sviluppo regionale), FSC (Fondi coesione, ecc.);
- j) Altre risorse provenienti da altri soggetti del settore pubblico o privato.

L'ATS assicura la tenuta della contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, tale da consentire una corretta e puntuale rendicontazione delle risorse costituenti il FUA (Fondo unico d'ambito).

La programmazione delle predette risorse per il triennio 2025-2027 (tabelle A e B), è definita sulla base del modello SIOSS (Sistema informativo servizi sociali), di cui all'allegato 2 del DM 103 del 22 agosto 2019. Nella tabella che segue sono individuati **i servizi e le priorità di intervento, che, ai fini del presente Piano, sono identificati quali livelli minimi delle prestazioni sociali che ogni ATS si impegna a programmare e realizzare nel triennio 2025-2027.**

Il predetto complesso dei servizi e degli interventi è raggruppato nelle cinque macro-attività definite dal SIOSS (Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali) con riferimento alle seguenti aree di utenza:

Area 1 – Famiglia e persone di minore età; Anziani fragili autosufficienti;

Area 2 – Persone con disabilità; Anziani non autosufficienti;

Area 3 – Povertà;

Area 4 – Disagio adulto: dipendenze e salute mentale;

Area 5 – Multiutenza. In questa area rientrano i servizi sociali che si rivolgono a più tipologie di utenza, nonché le attività generali e le azioni di sistema svolte dagli ATS (Ambiti territoriali sociali).

Per ogni servizio ed intervento sono, altresì, individuati i rispettivi canali di finanziamento, tenuto conto dei vincoli di programmazione definiti a livello nazionale.

TABELLA A - I LEPS E LE PRIORITA' DI INTERVENTO PER IL TRIENNIO 2025-2027

MACRO AREE DI BISOGNO	INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI						AREE DI INTERVENTO								
	COD. CISIS	COD. SIUSS	COD.SI OSS	LEPS/Priorità	CATALOGO REGIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI MINIMI PER IL TRIENNIO 2025-2027	CANALI DI FINANZIAMENTO	AREA 1 Famiglia e minori	AREA 2 Anziani autosufficienti	AREA 2 Persone con disabilità	AREA 2 Enti autosufficienti	AREA 2 Anziani non autosufficienti	AREA 3 Povertà	AREA 3 dipendenti, salute mentale	AREA 3 Disagio adulto:	AREA 4 Multitutezza
A. - Accesso, valutazione e presa in carico	A1	NR	A1	PT	USS - Segretariato sociale e PUA	FNPS -QSFP - Altro									
	D1	NR	A2	LEPS	SSP - Servizio sociale professionale	QSFP - FSC agg. - Altro									
	NR	NR	NR	PT	EM - Equipe multidisciplinare	FNPS - QSFP - PN									
	NR	NR	A3	PT	CAV - Centri anti violenza	Fondo statale dedicato - Altro									
	azioni di sistema				LEPS	Supervisione	FNPS-PNRR								
					PT	Ufficio di Piano	PDZ-FSC agg. - Altro								
					PT	Sistema Informativo e Cartella sociale informatizzata	FNPS - PDZ - altro								
				PT	Attività ed interventi di supporto all'implementazione delle Reti formali ed informali di aiuto	FNPS - Altro									
B. - Misure per il sostegno e l'inclusione sociale	F3	A2.02	B2	PT	ADE - Assistenza educativa domiciliare o territoriale	FNPS - FSR- Altro									
	F1	A2.11	B3	PT	SSES - Sostegno socio-educativo scolastico	FNPS - Fondo statale dedicato -FSR - Altro									
	D6	A2.28	B4	PT	SSG - Sostegno alla genitorialità	FNPS - QSFP - Altro									
	NR	NR	B4	LEPS	Programma P.I.P.P.I.	FNPS - PNRR									
	D5	A2.28	B4	PT	Servizio di mediazione familiare	FNPS - Altro									
	D7	A2.24	B4	PT	SAF - Servizio di affidamento familiare	FNPS-FSR - Altro									
	F3	A2.09	B6	PT	TIS - Tirocini di Inclusione Sociale	FNPS-QSFP- Altro									
	C1	NR	B7	LEPS	PIS - Pronto intervento sociale	QSFP-PN - Altro									
	NR	NR	NR	PT	Servizi ed interventi spettro autistico - scheda ESO 4.11 PRIORITA'6	PR MOLISE FESR FSE+ 2021-2027									
	ex D.Lgs. N. 62 del 3 maggio 2024					Progetto di vita personalizzato e partecipato	FNA - FDN - Altro								
	NR	NR	NR	PT	Interventi per la gestione del Budget di Salute - scheda MO.4k.3_01	PN Equità Salute 2021-2027									
	NR	NR	B7	LEPS	Servizi per la residenza fittizia	QME (Fondo Povertà) - PNRR - PN									
	B1	NR	B8	PT	Attività di prevenzione e sensibilizzazione, interventi per l'invecchiamento attivo, etc.	FNPS - FSR- Altro									
NR	NR	NR	LEPS	PaS - Patto per l'inclusione sociale e relativi sostegni	QSFP										
NR	NR		PT	CL - Care leavers	PN										
C. - Interventi per favorire la domiciliarità	G1	A2.07	C1	PT	SAD - Assistenza domiciliare socio-assistenziale	FSR - Altro									
	G5	A9.01.01 e ss.	C1-2-3	LEPS	interventi e servizi previsti nel Programma Regionale per la non autosufficienza	FNA - PNRR									
	NR	NR	NR	PT	Sostegno al ruolo di cura del caregiver familiare - scheda ESO 4.11 PRIORITA'6	PR MOLISE FESR FSE+ 2021-2027									
	NR	NR	NR	LEPS	DP - dimissioni protette	FNPS - PNRR									
D. - Strutture diurne semi-residenziali	LA2	A3.01	D1	PT	CSE - centro diurno socio educativo per disabili	FNA - FSR - Altro									
	LA4	NR	D4	PT	Stazioni di posta - centri servizi per povertà estrema	PNRR - PN									
E. - Strutture comunitarie e residenziali	MA5	NR	E2	PT	Casa rifugio per donne vittime di violenza	Fondo statale dedicato									
	MA5	A9.02.01 e seg	E2	LEPS	Progetti di housing e co-housing per la Vita indipendente e Dopo di Noi	FDN - PNRR									
	MA5	NR	E2	LEPS	Housing first	QME (Fondo Povertà) - PNRR - PN									

Tabella B - Descrizione interventi e servizi Allegato 2 SIOSS (SISTEMA INFORMATIVO SERVIZI SOCIALI)	
Interventi e servizi	Descrizione
A1. Segretariato sociale	Servizio di informazione rivolto a tutti i cittadini — Centri di ascolto e sportelli sociali tematici - Telefonia sociale
A2. Servizio sociale professionale	Attività svolte dalla figura professionale dell'assistente sociale per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio.
	Interventi di valutazione, di consulenza e di presa in carico, progettazione individuale e attività di supporto alle persone in difficoltà al fine di individuare e attivare possibili soluzioni ai loro problemi. Include inserimento in centri diurni e strutture residenziali
A3. Centri anti violenza	Strutture nelle quali sono accolte e ascoltate, a titolo gratuito e indipendentemente dal luogo di residenza, le donne vittime o esposte alla minaccia di ogni forma di violenza fisica e/o psicologica, eventualmente esercitata anche in presenza o verso i figli minorenni. Offrono servizi di ascolto, tutela, accoglienza, assistenza psicologica c/o legale, supporto psicologico educativo ai minori vittime di violenza assistita, orientamento al lavoro ed all'autonomia abitativa nell'ambito di un percorso personalizzato di sostegno elaborato insieme alla donna
B1. Integrazioni al reddito	Sussidi economici, anche una tantum, ad integrazione del reddito di persone bisognose (non sono ricompresi contributi per l'attivazione di servizi ovvero contributi ad integrazioni di rette).
B2. Sostegno socioeducativo territoriale o domiciliare	Interventi di sostegno destinati ai soggetti a rischio di emarginazione e alle relative famiglie, erogati a domicilio in strutture o in luoghi di aggregazione spontanea.
B.3 Sostegno socioeducativo scolastico	Interventi mirati a favorire il processo di integrazione nelle strutture educative e scolastiche dei minori con problemi sociali.
B4. Supporto alle famiglie e alle reti familiari	Sostegno alla genitorialità - Mediazione familiare - Centri per le famiglie - Affidamento dei minori - Adozione nazionale e internazionale
B.5 Attività di mediazione	Mediazione sociale – Mediazione culturale – Supporto per il reperimento di alloggi
B.6 Sostegno all'inserimento lavorativo	Interventi mirati per l'inserimento e il reinserimento lavorativo di soggetti disabili o a rischio di fragilità o di emarginazione
B.7 Pronto intervento sociale e Interventi per le povertà estreme	Interventi attivati per offrire sostegno e soccorso a specifici target in situazioni di emergenza sociale, anche attraverso unità mobili – Distribuzione beni prima necessità (esclusa distribuzione presso centri servizi) – Servizio residenza anagrafica
B.8 Altri interventi per l'integrazione e l'inclusione sociale	Attività socio-ricreative – Corsi di lingua per stranieri – Interventi per l'invecchiamento attivo – Attività di informazione, sensibilizzazione e prevenzione: campagne informative promozione dell'amministrazione di sostegno etc.
C1. Assistenza domiciliare socioassistenziale	Compresi Voucher
C.2 Assistenza domiciliare Integrata con servizi sanitari	Compresi Voucher – Assegno di cura – Buono socio-sanitario
C.3 Altri interventi per la domiciliarità	Servizi di prossimità/buon vicinato/gruppi di auto-aiuto – Telesoccorso e teleassistenza – Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio
C.4 Trasporto sociale	Mezzi di trasporto (pubblici o privati) volti a garantire lo spostamento di persone a ridotta mobilità
D1. Centri con funzione socioeducativa ricreativa	Ludoteche/laboratori – Centri di aggregazione/sociali – Centri diurni estivi
D2. Centri con funzione socioassistenziale	Centri diurni con funzione di protezione sociale e prevenzione dei rischi
D3. Centri e attività a carattere socio-sanitario	Assistenza sanitaria medio-alta
D4. Centri servizi per povertà estrema	Centri diurni per persone senza dimora – Mensa sociale – Distribuzione abiti e medicinali – Servizi per l'igiene personale (“albergo diurno”) -

	Laboratori
D5. Integrazione retta/voucher per centri diurni	
E1. Alloggi per accoglienza di emergenza	Alloggi di varie dimensioni atti a rispondere con immediatezza ai bisogni urgenti e temporanei di ospitalità e tutela per evitare l'esposizione a particolari fattori di rischio, in attesa dell'individuazione di soluzioni più adeguate da parte dei servizi sociali territoriali
E2. Alloggi protetti	Alloggi di piccole dimensioni (max. 5 utenti) con funzione di protezione tutelare osservazione e accompagnamento all'autonomia (include gruppi appartamento per disabili a bassa intensità, alloggi per persone con problemi di salute mentale e dipendenze patologiche, strutture per il dopo di noi, housing first, co-housing, alloggi per care leavers)
E3. Strutture per minori a carattere familiare	Carattere: familiare per via della presenza di uno o due adulti che svolgono funzioni genitoriali
E4. Strutture comunitarie a carattere socioassistenziale	Carattere: comunitario. Funzione: prevalente accoglienza abitativa/tutelare/socioeducativa/emergenza. Assistenza sanitaria: assente.
E5. Strutture comunitarie a carattere sociosanitario	Carattere: comunitario. Funzione: integrazione sociosanitaria. Assistenza sanitaria: bassa o medio-alta.
E6. Strutture di accoglienza notturna per povertà estrema	Dormitori, piano freddo per accoglienza di emergenza
E.7 Servizi per Aree attrezzate di sosta per comunità rom, sinti e caminanti	Aree di insediamento dotate di infrastrutture e servizi
E8. Integrazione retta/voucher per strutture residenziali	

La Regione Molise ripartisce tra gli ATS le risorse FNPS 2024-2026 (Fondo nazionale politiche sociali) e quelle FSR 2025 – 2027 (Fondo sociale regionale) sulla base della rispettiva popolazione residente al 1° gennaio 2024 (tot. abit. Molise al 1° gennaio 2024 - 289.413 – dati Demo Istat), trattenendo 1% del FNPS 2024-2026 per l’attuazione delle azioni di sistema tese all’implementazione:

- dell’Osservatorio delle Politiche Sociali, cui al prossimo cap. 7, per il monitoraggio continuo della domanda e dei bisogni sociali, ancorché teso alla valutazione dell’adeguatezza dell’offerta territoriale dei servizi, ivi compreso il raggiungimento dei LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) e delle priorità di intervento realizzate dagli ATS;
- delle reti formali ed informali finalizzate all’integrazione delle politiche sociali con quelle sanitarie, di istruzione, lavoro, abitative e di comunità, perseguendo i principi di sussidiarietà orizzontale, solidarietà, equità sociale, partecipazione attiva del cittadino-utente e del terzo settore, nonché di amministrazione condivisa.

Di contro, il Fondo Povertà è trasferito dallo Stato direttamente agli ATS.

Ai fini della realizzazione della necessaria infrastruttura organizzativa funzionale alla piena attuazione dei LEPS, la Giunta Regionale, entro 60 giorni dalla pubblicazione nel BURM del presente Piano Sociale Regionale, adotta, anche aggiornando quelle esistenti, le linee guida regionali regolanti la valutazione multidimensionale per l’attuazione dell’integrazione socio-sanitaria, socio-lavorativa e socio-educativa in favore dei cittadini con bisogni complessi che necessitano di una presa in carico multidisciplinare.

Alla stesura delle predette linee guida è preposta, ai sensi dell’art. 28 della L.R. n. 13/2024, la Conferenza regionale delle politiche sociali eventualmente supportata da esperti del settore.

Nel Piano Sociale di Zona è programmato, a livello locale, il complesso degli interventi e dei servizi, di cui alla tabella A, che ciascun ATS è chiamato ad attuare nel corso del triennio 2025-2027, nel rispetto dei target di spesa e di servizio di seguito stabiliti (tabelle C e D). I servizi sono organizzati ed assicurati nei limiti delle risorse disponibili oltre che secondo le specifiche tecniche e le rispettive caratteristiche minime stabilite a livello nazionale e regionale.

DOTAZIONE FINANZIARIA BASE	ANNO DI ATTUAZIONE DEL PIANO SOCIALE DI ZONA		
	2025	2026	2027
FONTE DI FINANZIAMENTO			
FNPS ANNO 2024	3.286.174,76 €		
FNPS ANNO 2025		3.125.997,99 €	
FNPS ANNO 2026			3.125.997,99 €
QSFP ANNO 2024	2.397.187,46 €		
QSFP ANNO 2025		2.338.909,60 €	
QSFP ANNO 2026			2.060.000,00 €
FSR ANNO 2025	1.000.000,00 €		
FSR ANNO 2026		1.000.000,00 €	
FSR ANNO 2027			1.000.000,00 €
PDZ ANNO 2025	1.736.478,00 €		
PDZ ANNO 2026		1.736.478,00 €	
PDZ ANNO 2027			1.736.478,00 €
FNA 2023	5.104.000,00 €		
FNA 2024		5.418.000,00 €	
FNA 2025			5.000.000,00 €
PR MOLISE FESR-FSE+ 2021 - 2027 - scheda cofinanziamento FNA	270.000,00 €	265.000,00 €	265.000,00 €
PR MOLISE FESR-FSE+ 2021 - 2027 - scheda intervento autismo	1.399.200,00 €	1.399.200,00 €	1.399.200,00 €
PR MOLISE FESR-FSE+ 2021 - 2027 - scheda intervento caregiver	1.000.000,00 €		
PR MOLISE PN EQUITA' SALUTE 2021-2027- salute mentale		375.000,00 €	375.000,00 €
	16.193.040,22 €	15.658.585,59 €	14.961.675,99 €

Tabella C – target di spesa	
Canale di finanziamento	Target di spesa
FNPS 2024-2026	<p>Il FNPS concorre all'implementazione della rete territoriale dei servizi e degli interventi sociali nella misura del:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 65% per i servizi afferenti all'area di intervento Famiglia e Minori, di cui il 7% riservato al servizio di affidamento familiare; - 27% per le azioni di sistema, i servizi di accesso, valutazione e presa in carico; - 8% per i LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) di riferimento, di cui: il 5% per le dimissioni protette (solo interventi integrativi di carattere e rilevanza sociale) e il 3% per la supervisione del personale dei servizi sociali. <p>La Regione Molise individua l'ATS attuatore del LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) P.I.P.P.I. (Programma di intervento per prevenire l'istituzionalizzazione) sulla base del criterio di rotazione dando precedenza all'ambito con minore esperienza nella realizzazione del programma.</p>
FSR 2025-2027	<p>Le risorse FSR (Fondo sociale regionale), al netto della spesa occorrente e necessaria per il Coordinatore d'Ambito, concorrono, nella misura % stabilita da ciascun ATS sulla base del proprio fabbisogno, all'implementazione della rete territoriale dei servizi e degli interventi sociali afferenti esclusivamente alle seguenti tre aree di intervento: Famiglia e Minori, Anziani Autosufficienti e Persone con disabilità. Le risorse FSR (Fondo sociale regionale) non possono essere impiegate per sostenere i costi dell'Ufficio di Piano.</p>
PDZ 2025-2027	<p>È rimessa a ciascun ATS la programmazione delle risorse poste a carico del PDZ, avuto conto dei target di spesa qui definiti e della matrice di programmazione dei LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) e delle priorità di interventi per il triennio 2025-2027, di cui alla Tabella A.</p>
Fondo Povertà 2024 - 2026	<p>Le risorse della QSFP (Fondo povertà) sono programmate ed utilizzate per la realizzazione dei LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) di area e delle priorità di servizio individuate nell'atto di pianificazione nazionale e come sopra richiamate, riservando una quota minima del 5% per l'attuazione del LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) del pronto intervento sociale.</p> <p>Le risorse della QME sono impiegate per i servizi e gli interventi dedicati alla povertà estrema secondo i criteri e le modalità stabilite nel sopra richiamato atto di pianificazione nazionale.</p>

Tabella D – target di servizio 2025-2027		
Servizio/intervento di cui alla tabella A	Specifiche tecniche (riferimento normativo ed operativo)	Target
Servizio Sociale Professionale	Legge 178/2021 art. 1 c. 797 e seguenti. DM n. 206 del 16 dicembre 2014 art. 1 c. 2 lett. H e I. Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026. Linee di indirizzo nazionali aggiornate sugli elementi fondanti la presa in carico, sociale integrata e il progetto personalizzato per la valutazione delle condizioni di svantaggio approvate con D.M. 104 del 24.06.2024.	1 assistente sociale ogni 5:000 abitanti assunto a tempo pieno ed indeterminato, con obiettivo sfidante 1:4000 abit. Il servizio sociale professionale assicura le prestazioni di professionali di competenza presso il comune di residenza del cittadino portatore di bisogno, ovvero presso la PUA del distretto sanitario di riferimento territoriale per la componente sociale in UVM afferente gli interventi e i servizi a rilevanza socio-sanitaria con particolare riferimento alle misure riconducibili al FNA. Entro 60 gg. dalla pubblicazione nel BURM del presente Piano Sociale Regionale, sono approvate dalla Giunta Regionale le linee guida regionali regolanti le procedure di accesso, valutazione e presa in carico, all'uopo definite d'intesa con gli ATS e l'Ordine Regionale degli Assistenti Sociali.
Segretariato Sociale e PUA (Punto unico di accesso)	Scheda tecnica 2.4.1 contenuta nel Piano Sociale Nazionale 2024-2026. Piano Nazionale per i servizi e gli interventi di contrasto alla povertà 2024-2026. D.M. n. 154 del 13 dicembre 2023 di attuazione dell'AdI ai sensi del D.L 4 maggio 2023, n. 48, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 luglio 2023, n. 85, recante «Misure urgenti per l'inclusione sociale e l'accesso al mondo del lavoro». (Piano per la non autosufficienza) 2022-2024. Regolamento Regionale 1/2015 della L.R. 13/2014.	1 sportello di segretariato sociale ogni 10.000 abitanti attivo da lunedì al venerdì per 52 settimane l'anno. Le prestazioni di servizio sono affidate nella misura minima del 30% alla figura professionale dell'assistente sociale. Min. 3 assistenti sociali da assicurare nella PUA di riferimento territoriale.
Equipe multidisciplinare (valutazione multidimensionale)	Piano Sociale Nazionale 2024-2026. Decreto MLPS n. 72/2024; DLG n. 62/2024 L. 234/2021 art. 1 c. 163	EM di base: - 1 psicologo a tempo pieno ogni 20.000 abitanti. - 1 educatore professionale socio-pedagogico ogni 15.000 abitanti. L'equipe multidisciplinare di base, ove necessario, è allargata alle figure professionali appartenenti alle altre filiere amministrative del comparto sanitario, del lavoro, dell'istruzione favorendo la partecipazione degli ETS.
Ufficio di Piano	Piano Sociale Nazionale 2024-2026	Dotazione minima: - 1 istruttore amministrativo a tempo pieno ed indeterminato; - 1 istruttore contabile a tempo pieno ed indeterminato. Sarà costituito presso ogni Comune ex capofila un punto territoriale dell'Ufficio di Piano.

Supervisione del personale dei servizi sociali	Piano Sociale Nazionale 2024-2026. Strumento di accompagnamento agli ATS nell'attuazione del LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) redatto dal MLPS.	Il LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) si identifica nello sviluppo e realizzazione delle seguenti azioni: <ul style="list-style-type: none"> - Supervisione di gruppo mono professionale riservata agli assistenti sociali per almeno 16 ore annue; - Supervisione individuale riservata agli assistenti sociali per almeno 15 ore annue; - Supervisione organizzativa di équipe multiprofessionale per almeno 6 ore annue.
Sistema Informativo e Cartella sociale informatizzata	Piano Sociale Nazionale 2024-2026	Implementazione del sistema informativo territoriale e adeguamento dello stesso teso all'interoperabilità con le altre piattaforme di rendicontazione e di gestione dei flussi.
Reti formali ed informali di aiuto		Stipulazione di uno o più protocolli /intese operative per l'implementazione e l'effettività del sistema integrato multilivello degli interventi e servizi sociali.
Assistenza educativa domiciliare o territoriale	Scheda tecnica 2.4.3 contenuta nel Piano Sociale Nazionale 2024-2026. Regolamento Regionale 1/2015 della L.R. 13/2014.	Il servizio è garantito per minimo 48 settimane l'anno per 3 ore medie settimanali pro-utente.
Sostegno socioeducativo scolastico	Regolamento Regionale 1/2015 della L.R. 13/2014.	Il servizio è garantito durante il periodo di durata dell'anno scolastico per 6 ore medie settimanali pro-utente.
Sostegno alla genitorialità	Piano Nazionale per gli interventi e i servizi di contrasto alla povertà 2024-2024. Regolamento Regionale 1/2015 della L.R. 13/2014.	1 attivazione per ogni famiglia vulnerabile con bisogni complessi e con bambini nei primi mille giorni di vita.
Programma di intervento per prevenire l'istituzionalizzazione - P.I.P.P.I.	Piano Sociale Nazionale 2024-2026. Linee di indirizzo nazionali sugli interventi con bambini e famiglie in situazioni di vulnerabilità approvate in Conferenza Unificata Stato – Regioni il 17 dicembre 2017.	Il LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) si indentifica nelle seguenti azioni: <ul style="list-style-type: none"> - attivazione dell'EM e relativa presa in carico delle famiglie target attraverso il complessivo ed articolato progetto di accompagnamento - attivazione dei dispositivi di servizio previsti.
Servizio di affidamento familiare	Piano Sociale Nazionale 2024-2026. Linee di indirizzo nazionali aggiornate per l'affidamento familiare approvate in Conferenza Unificata Stato – Regioni l'8 febbraio 2024. Scheda tecnica 2.4.2 contenuta nel Piano Sociale Nazionale 2024-2026.	1 centro/servizio per l'affidamento familiare in ogni ATS.
Tirocini di Inclusione Sociale	Accordo del 22.01.2015, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul documento recante: "Linee Guida per i tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale,	I TIS (Tirocini di inclusione sociale) sono attivati in favore dei soggetti con bisogni complessi, ovvero in condizioni di svantaggio, come definite alla lettera b) del D.M. 104 del 24.06.2024, con PIC (presa in carico) attiva da almeno tre mesi prima della presentazione del progetto personalizzato di inclusione sociale.

	all'autonomia e alla riabilitazione” recepito con Deliberazione di Giunta Regionale n.105/2016; D.G.R. n. 487 del 11.12.2019 “Approvazione direttiva regionale attuativa delle Linee Guida per i tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia e alla riabilitazione”. Piano Nazionale per i servizi e gli interventi di contrasto alla povertà 2024-2026.	
Pronto Intervento sociale	Scheda Tecnica 3.7.1 del Piano Nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023. Piano Nazionale per i servizi e gli interventi di contrasto alla povertà 2024-2026.	1 PIS in ogni ATS.
Servizi per la residenza fittizia	Scheda Tecnica 3.7.2 del Piano Nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023. Piano Nazionale per i servizi e gli interventi di contrasto alla povertà 2024-2026.	Ogni ATS garantisce il LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) costituzionalmente garantito.
PaIS - Patto per l'inclusione sociale e relativi sostegni	Linee Guida Ministeriali per la definizione dei Patti per l'inclusione sociale (PaIS), di cui al D.M. n. 72 del 2.05.2024	In esito alla valutazione multidimensionale, il Patto per l'inclusione sociale (PaIS) prevede che accanto all'esplicitazione degli obiettivi/risultati attesi e agli impegni che i singoli componenti assumono (partecipazione ai PUC, azioni di cura, frequenza scolastica, ecc.), siano individuati gli specifici sostegni di cui il nucleo necessita. Per i componenti con responsabilità genitoriali attivabili al lavoro è prevista anche la definizione di un Patto di servizio personalizzato (PSP) con i Centri per l'impiego. Il PaIS, in integrazione con il PSP, investe le diverse dimensioni del benessere del nucleo – lavoro, formazione, istruzione, salute, casa – e riporta ad unitarietà gli interventi che possono essere messi in campo da parte delle diverse filiere amministrative di governo dei servizi territoriali (servizi sociali, centri per l'impiego, agenzie regionali per la formazione, ASL, scuola, servizi specialistici sociosanitari, uffici per le politiche abitative, ecc.).
Assistenza domiciliare socioassistenziale	Regolamento Regionale 1/2015 della L.R. 13/2014.	Il servizio è garantito per 52 settimane l'anno per 3 ore medie settimanali pro-utente.
Dimissioni protette	Piano Sociale Nazionale 2024-2026.	Il LEPS è garantito da ogni ATS nei limiti del budget disponibile e conformemente alle specifiche tecniche di servizio contenute nell'atto di pianificazione nazionale.
Interventi e servizi previsti nel Programma Regionale per la non autosufficienza	Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024. Programma Regionale FNA 2022-2024, giusta D.G.R. n. 131 del 21.04.2022.	I servizi e gli interventi per la non autosufficienza, costituenti LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali), sono garantiti da ogni ATS nei limiti del budget disponibile e conformemente alle specifiche tecniche di

	Piano Operativo per l'attuazione del Programma Regionale FNA 2022-2024.	servizio contenute nel piano operativo regionale.
Centro diurno socioeducativo per disabili	Regolamento Regionale 1/2015 della L.R. 13/2014 – cod. C1 art. 42	Il servizio è garantito per almeno 48 settimane l'anno nelle strutture pubbliche o private in possesso dei provvedimenti di autorizzazione ed accreditamento. Gli ATS destinano il budget di servizio ripartendo le risorse tra i CSE di competenza territoriale in misura proporzionale al rispettivo numero degli utenti iscritti.

Gli ATS si impegneranno a garantire tutti i livelli occupazionali preesistenti alla ridefinizione geografica degli Ambiti Territoriali Sociali di cui al presente PSR.

La Regione, a riguardo, assicurerà le giuste azioni di supervisione e coordinamento per il fine di cui al precedente capoverso.

Il Piano Sociale di Zona può prevedere altri servizi ed interventi aggiuntivi ai livelli minimi sopra indicati, purché contemplati nell'allegato 2 del SIOSS (Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali), ovvero ricompresi nel nomenclatore interregionale degli interventi e dei servizi sociali elaborato dal CISIS 2009- 2013 o nel Regolamento Regionale n. 1/2015 e ss.mm.ii., attuativo della L.R. n. 13/2014, o riconducibili ad altri strumenti di programmazione nazionale o regionale di settore.

La Governance e il percorso per la redazione del Piano Sociale di Zona (PSZ)

1. L'assetto organizzativo e gli aspetti di gestione dell'Ambito Territoriale Sociale.

Questa parte del Piano descrive l'assetto organizzativo e gestionale dell'intero sistema di protezione sociale della Regione Molise, in ossequio al dettato della Legge regionale 13/2014 e successive modifiche e/o integrazioni.

1.2 Gli Ambiti Territoriali Sociali (di seguito ATS).

In attuazione dell'art. 26 della Legge regionale 13/2014, qui si definiscono gli ATS del Molise, cui la stessa Legge regionale 13/2014, all'art. 32, riconosce **il ruolo di riferimento unico per la gestione associata delle funzioni, dei servizi e degli interventi sociali**.

I 136 comuni molisani **sono suddivisi in maniera vincolante**, ai fini dell'applicazione del presente PSR, in 3 (tre) ATS (Alto, Medio e Basso Molise) costituiti da più comuni e coincidenti con i rispettivi Distretti Sanitari e Centri per l'Impiego.

Nell'Allegato 1) al presente PSR è riportata la composizione degli ATS del Molise per comuni, popolazione e chilometri quadrati.

Come è noto, a proposito della coincidenza territoriale Ambiti Sociali/Distretti Sanitari, la normativa nazionale (in particolare: articolo 8, comma 3, legge 328/2000 "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*"; articolo 3-septies, comma 8, decreto legislativo 229/1999 "*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*"; ed ancor di più il D.lgs. 15 settembre 2017, n. 147 "*Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà*", ed in ultimo le Linee Guida Nazionali per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti Territoriali Sociali per l'Attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni di cui all'intesa sancita in Conferenza Stato – Regioni il 18 dicembre 2024) **raccomanda in via prioritaria (pt1 del Piano Sociale Nazionale 2024-2026)** l'istituzione di ATS e Distretti sanitari omogenei che trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi sociali e sanitari da parte delle Regioni.

Da qui il tentativo di razionalizzare il sistema attraverso la previsione nel presente Piano di tre ATS omogenei (Basso, Medio ed Alto Molise), destinati a interfacciarsi con i tre Distretti di Termoli, Campobasso e Isernia e con i relativi tre Centri per l'impiego, auspicando che, nel prosieguo, per dare maggiore razionalità, efficacia ed efficienza al nostro sistema regionale di servizi, tutta la programmazione regionale, anche nelle altre materie di competenza, possa gradualmente e tendenzialmente incentrarsi su tale unico concetto di "**ambito territoriale ottimale**".

In particolare, non è consentito lo spostamento di un Comune da un ATS all'altro. Il Comune che decide di non aderire al proprio ATS o di recedervi, anche temporaneamente, non beneficerà dei servizi e degli interventi di cui al presente PSR e previsti dalla Legge regionale 13/2014, né, tantomeno, potrà beneficiare di trasferimenti di risorse finanziarie, in materia di Politiche Sociali, da parte della Regione Molise per i fondi afferenti agli Ambiti Sociali.

2. Il sistema di governance.

In applicazione di quanto disposto dall'art. 33 della Legge regionale 13/2014, la gestione associata delle funzioni, dei servizi e degli interventi di competenza dei Comuni avviene nelle forme previste dalla legislazione vigente.

Il TUEL disciplina l'esercizio associato di funzioni e servizi da esso previsti da parte dei Comuni, riconoscendo la possibilità, a quest'ultimi, di poter ricorrere alle forme associative di cui al D.Lgs. 267/2000 capo V rubricato "Forme associative", ovvero ai sensi dell'art 114 del predetto Decreto.

Data la conformazione territoriale e geografica regionale, l'elevato numero dei comuni appartenenti a ciascun ATS e, in media, la loro contenuta popolazione, nonché la scarsità di risorse economiche dedicate alle funzioni sociali, gli ATS hanno finora prescelto come forma di associazione per la gestione dei servizi sociali la Convenzione ex art. 30 del TUEL, con l'individuazione di un "**ufficio comune**", presso il Comune capofila, denominato "**Ufficio di Piano**".

Tuttavia, per il futuro, nell'esercizio dell'autonomia amministrativa, gestionale e regolamentare che la legge riconosce ai Comuni, i Comitati dei Sindaci dei singoli ATS potranno scegliere, tra quelle consentite dalla legge, la forma giuridica per la gestione associata dei servizi ritenuta più confacente alle caratteristiche, alle esigenze ed agli interessi dei propri territori. In particolare, tenuto conto della riduzione del numero degli ATS e delle conseguenti economie di scala, considerata l'esigenza di conferire autonomia alla gestione associata e stabilità al personale, anche in funzione del pieno conseguimento dei livelli essenziali di prestazione sociale, sarebbe auspicabile che gli ATS valutassero la possibilità di passare a forme di gestione più strutturate e dotate di propria personalità giuridica.

La Regione si riserva la facoltà, nel corso del periodo di validità del presente PSR, di individuare modalità incentivanti per agevolare tale processo di trasformazione gestionale. L'istituzione dell'Ufficio di Piano, per l'esercizio delle fondamentali funzioni di cui in prosieguo, è in ogni caso obbligatoria, qualsiasi sia la forma associativa prescelta.

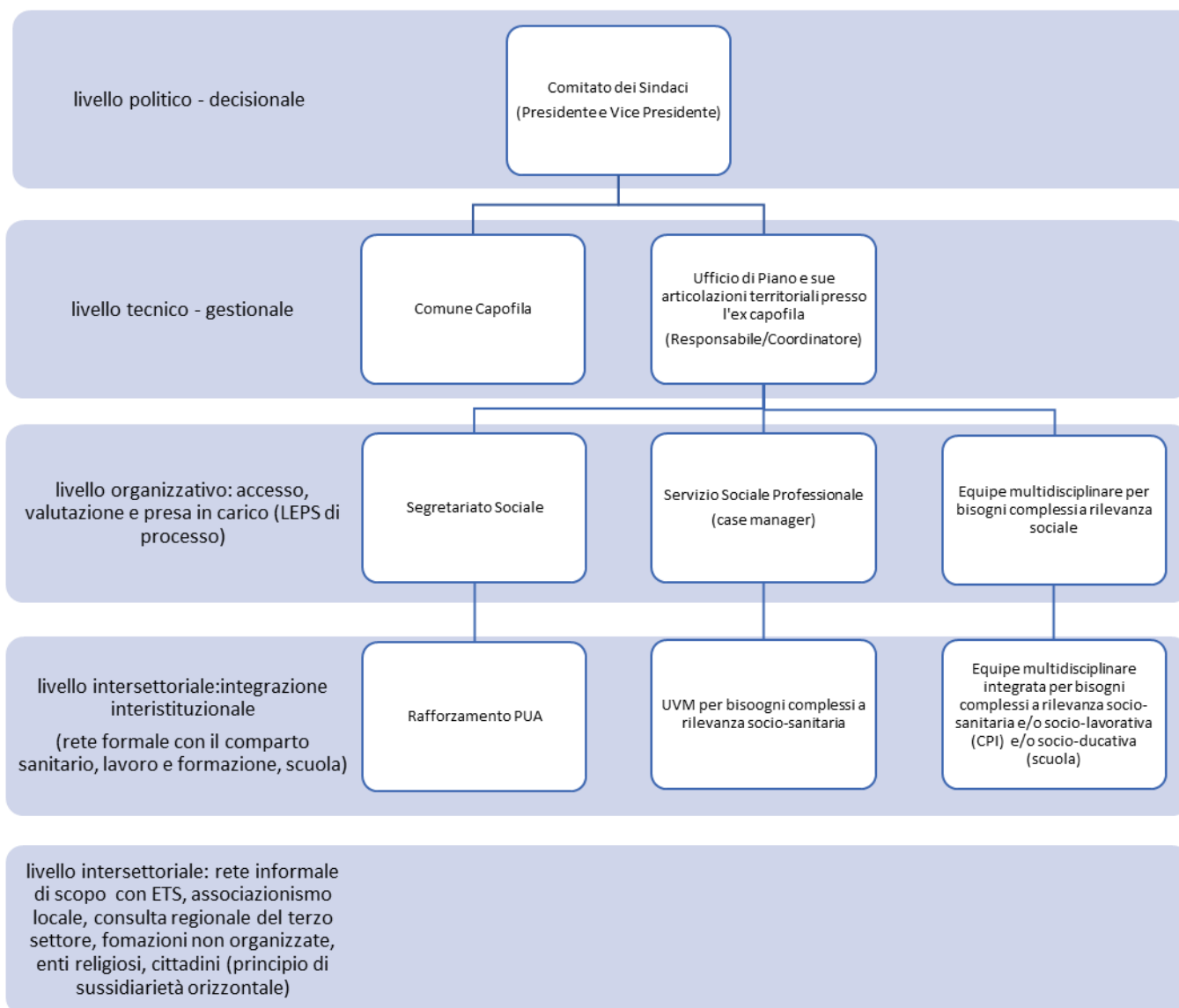
Al costituendo Ufficio di Piano è affidata la competenza amministrativa e gestionale dei servizi sociali per l'intero ATS.

Il Comitato dei Sindaci, ove individuato nello strumento della Convenzione ex art 30 del D.Lgs. 267/2000 la forma associativa prescelta, individua l'Ente Capofila al quale è delegata la gestione amministrativa e contabile dei servizi territoriali secondo l'indirizzo fornito dal Comitato dei Sindaci. Il Comune Capofila, che agisce per nome e conto di tutti gli Enti deleganti, esercita le proprie funzioni per il tramite esecutivo dell'Ufficio di Piano (Ufficio Comune), da costituire ai sensi dell'art. 30 c.4 del D.Lgs. 267/2000.

Tutti gli adempimenti relativi all'attuazione del presente Piano sociale fanno comunque capo all'Ente Capofila; l'ex Comune Capofila può essere delegato in nome e per conto del nuovo ATS alla gestione di uno o più servizi territoriali.

Tutti gli adempimenti finalizzati all'attuazione della presente programmazione e del nuovo modello di governance si attuano sulla base del cronoprogramma riportato nelle pagine seguenti.

I soggetti che partecipano alla *governance* dell'ATS sono di seguito rappresentati:



2.1 Il Comitato dei Sindaci.

Il Comitato dei Sindaci è l'organo di indirizzo politico dell'ATS ed è composto dai Sindaci dei Comuni appartenenti all'ATS stesso. Esso si riunisce periodicamente e almeno 2 volte l'anno, per approvare il rendiconto delle attività svolte nell'anno precedente e il piano attuativo annuale della programmazione triennale.

I compiti del Comitato, in ordine cronologico, sono:

- Convocare, a cura del Sindaco del Comune più popoloso del costituendo Ambito, entro 15 giorni dalla pubblicazione degli elenchi degli idonei al ruolo di coordinatore d'ambito, la prima riunione del Comitato, dandone comunicazione alla Regione;
- approvare, nella prima riunione, il regolamento di funzionamento del Comitato stesso e provvedere all'elezione del Presidente e del Vicepresidente;
- individuare, nella prima riunione, il Comune capofila, che entro 15 gg., individua e contrattualizza il Coordinatore d'Ambito;
- approvare gli atti necessari alla fase di "avvio" dell'ATS;
- individuare, in base alle peculiarità istituzionali del territorio, la modalità di gestione dell'ATS (convenzione, unione di comuni, consorzio, azienda di servizi alla persona o altra forma prevista dalla legge), attraverso la quale procedere alla nuova organizzazione dei servizi tra Comuni a livello d'ambito, determinando le forme organizzative più idonee per la realizzazione della rete integrata dei servizi e delle prestazioni sociali, anche attraverso specifici ulteriori accordi di programma, convenzioni, deleghe ad altri comuni, protocolli d'intesa per la realizzazione di progetti e servizi specifici, progettazioni sovracomunali concertate;
- istituire l'Ufficio di Piano;
- individuare i progetti specifici e dell'intero PdZ tramite il supporto tecnico del Coordinatore d'Ambito e di un eventuale "tavolo tecnico di supporto";
- istituire il "tavolo di concertazione" per garantire il coinvolgimento dei soggetti di cui all'art. 1 della Legge n. 328/2000, del D.Lgvo n.117/2017 (cd Codice del Terzo Settore) e della L.R. n.21/2022 "Disciplina del Terzo settore" nella progettazione e realizzazione degli interventi e per promuovere la partecipazione attiva dei cittadini;
- approvare, entro 60 giorni dalla prima seduta, il Piano Sociale di Zona con il relativo accordo di programma e gli atti di gestione connessi (schema di convenzione per la gestione associata, regolamento di funzionamento dell'Ufficio di Piano). Il PdZ entrerà in vigore il giorno dopo la sottoscrizione della Convenzione per la gestione associata, ovverosia dal 1° gennaio 2026. Il periodo di transizione, a carico del nuovo Coordinatore, decorrerà dal 1° gennaio al 30 giugno 2026. Costituiscono parte integrante e sostanziale del PdZ:
 - ❖ le linee guida regionali regolanti le procedure di accesso, valutazione e presa in carico;
 - ❖ le linee guida regionali regolanti la valutazione multidimensionale.
- approvare la relazione consuntiva annuale (art. 39 della Legge regionale 13/2014) e la Carta dei diritti di cittadinanza sociale (ex art. 31 della Legge regionale 13/2014).

Nell'ambito della propria azione di indirizzo politico, il Comitato dei Sindaci, inoltre, approva i piani attuativi annuali del PdZ, la relazione consuntiva annuale con il relativo rendiconto annuale, inviandoli alla Regione.

2.2 Il Coordinatore d'Ambito.

Il Coordinatore della rete dei servizi dell'ATS (da adesso Coordinatore d'Ambito) si configura come organo tecnico del Comitato dei Sindaci, fatta salva la titolarità esclusiva delle amministrazioni Comunali della responsabilità di governo del sistema dei servizi sociali.

Il suo ruolo è quello di supportare il Comitato dei Sindaci nella programmazione dei "Livelli essenziali delle prestazioni" sociali, così come definiti nel PSR e nel PdZ, dei servizi di rilievo intercomunale, delle nuove progettualità e sperimentazioni. Inoltre, ha il compito di facilitare le connessioni tra i soggetti pubblici e privati che operano sul territorio, monitorare l'andamento delle iniziative e dei servizi inseriti nel PdZ, supportare il Comitato nella definizione della relazione consuntiva annuale (art. 39 della Legge regionale 13/2014).

Il Coordinatore d'Ambito deve essere in possesso:

- a. del diploma di laurea conseguito secondo l'ordinamento universitario previgente alla riforma di cui al D.M. 509/99 (vecchio ordinamento), ovvero laurea specialistica (LS) conseguita ai sensi del D.M. 3 novembre 1999 n. 509 del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, ovvero laurea magistrale (LM) conseguita ai sensi del D.M. 22 ottobre 2004 n.270 del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca). Se il titolo di studio è stato conseguito all'estero, il candidato dovrà indicare l'autorità competente, nonché gli estremi del provvedimento che ha riconosciuto tale titolo equipollente al titolo italiano o con il quale è stato richiesto il riconoscimento;
- b. di documentata esperienza di almeno cinque anni nell'attività di coordinatore d'ambito con responsabilità gestionale dei servizi sociali territoriali pubblici organizzati a livello di Ambito Territoriale Sociale.

Nel caso in cui il candidato sia in possesso di dottorato di ricerca e/o specializzazione conseguita presso le Scuole di specializzazione individuate con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con il MIUR, il requisito di servizio indicato alla lett. b. è ridotto a tre anni.

La Regione emanerà, entro 15 giorni dalla pubblicazione sul BURM del presente Piano Sociale Regionale, un avviso pubblico finalizzato alla formazione di tre distinti elenchi, uno per ciascun ATS, in cui saranno inseriti i candidati al ruolo di Coordinatore d'Ambito, in possesso dei suddetti requisiti.

Ciascun candidato avrà la facoltà di presentare la propria candidatura per uno o più ATS.

La commissione d'esame è costituita con provvedimento del Direttore generale della Regione Molise. La commissione sarà composta da un docente universitario ordinario o magistrato con qualifica di consigliere di Cassazione o Consigliere di Stato, con funzioni di presidente, e da due esperti nelle materie sulle quali vertono le prove scelti tra dirigenti regionali o dello Stato con almeno dieci anni di esercizio della funzione dirigenziale o tra docenti universitari di ruolo. Almeno un componente della commissione deve essere di sesso femminile. Le funzioni di segretario sono svolte da un dipendente regionale di categoria D.

La Commissione procederà alla valutazione dei candidati, purché in possesso dei predetti requisiti, secondo i criteri di valutazione stabiliti nel suddetto Avviso regionale.

All'esito la Commissione predisporrà gli elenchi dei candidati ammessi e valutati, ordinati secondo il punteggio da ciascuno di essi riportato. Gli elenchi, così come approvati, mirano a rilevare l'idoneità dei candidati a ricoprire l'incarico di coordinatore d'Ambito. Pertanto, l'inserimento nei predetti elenchi non attribuisce alcun diritto alla nomina. Gli elenchi saranno resi pubblici secondo la normativa vigente.

Ciascun ATS, per il tramite del Comune capofila, procederà, autonomamente e nel rispetto delle relative competenze, alla emanazione di un interpello degli iscritti nel rispettivo elenco regionale per il conferimento dell'incarico di Coordinatore d'Ambito con responsabilità gestionale.

Successivamente, il Comune capofila di ogni ATS provvederà, previo colloquio motivazionale, all'individuazione ed alla nomina del Coordinatore d'ambito scegliendo tra coloro che hanno presentato manifestazione di interesse nei termini e nei modi prescritti nel relativo avviso, tenendo conto del punteggio attribuito dalla Commissione Unica di Valutazione a ciascun candidato inserito nel rispettivo elenco di idonei, salvo onere di specifica motivazione in caso di differente valutazione.

La nomina di Coordinatore d'Ambito è incompatibile con la carica di Sindaco, Assessore e Consigliere Comunale degli Enti partecipanti, nonché con l'incarico di Direttore Generale, Sanitario, Amministrativo e di Direttore e/o Coordinatore Sociosanitario dell'ASL.

I compiti, le competenze e le responsabilità del Coordinatore d'Ambito sono riconducibili a quelli propri degli incarichi dirigenziali negli Uffici della pubblica amministrazione, quali previsti e regolati dalla disciplina legislativa, regolamentare e contrattuale nel tempo in vigore, e saranno meglio descritti e specificati nell'apposito provvedimento di nomina.

Il rapporto di lavoro del Coordinatore d'Ambito è disciplinato con contratto di lavoro a tempo pieno e determinato, anche ai sensi dell'articolo 110 del D.Lgs 267/2000, di durata pari a 3 anni con l'Ente gestore dell'ATS (Comune capofila, unione dei Comuni, etc). Al Coordinatore d'Ambito è attribuito il trattamento economico e normativo previsto dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro del personale delle Funzioni Locali.

L'incarico di Coordinatore, necessariamente oneroso, ha carattere di esclusività e, per i dipendenti pubblici, è subordinato al collocamento in aspettativa senza assegni o fuori ruolo.

Il contratto disciplina la revoca dall'incarico, nonché la risoluzione anticipata del rapporto di lavoro, anche con riferimento a cause imputabili alla responsabilità dello stesso Coordinatore d'Ambito, ovvero a cause legate a mutamenti degli assetti organizzativi, ovvero della trasformazione della forma di gestione associata dell'Ambito.

Gli oneri relativi alla contrattualizzazione del Coordinatore d'Ambito devono essere considerati già nella fase di progettazione del PdZ e imputati al 100% a carico della Regione Molise a valere sul FSR (Fondo sociale Regionale).

Al Coordinatore d'Ambito sono conferite, fra l'altro, le seguenti funzioni:

- coadiuva gli organi competenti nella predisposizione dei documenti di programmazione;
- formula proposte di deliberazione da sottoporre all'esame e all'approvazione del Comitato dei Sindaci;
- esegue le deliberazioni del Comitato dei Sindaci;
- controlla e verifica il livello di raggiungimento degli obiettivi;
- recluta e gestisce le risorse umane dell'Ufficio di Piano e di tutte le ulteriori strutture del sistema integrato regionale, nel rispetto delle rispettive competenze;

- partecipa con funzioni consultive e di verbalizzazione alle sedute del Comitato dei Sindaci;
- dirige il personale dell'Ufficio di Piano, ne organizza e disciplina le funzioni e le attribuzioni, e sovrintende al funzionamento dei servizi e degli uffici;
- stipula contratti;
- esercita ogni altra funzione attribuitagli da norme regolamentari o da specifiche deleghe approvate dal Comitato dei Sindaci.

2.3 Il Coordinatore strategico

La Regione Molise individua, tra gli idonei al ruolo inseriti nei predetti elenchi, il Coordinatore regionale quale figura strategica della Regione per accompagnare gli ATS nell'attuazione dei LEPS, con funzioni di supporto, monitoraggio e controllo del raggiungimento degli obiettivi di servizio stabiliti nel presente strumento di programmazione e in altri documenti di pianificazione o atti di indirizzo regionale.

2.4 L'Ufficio di Piano.

L'Ufficio di Piano costituisce il luogo preposto alla pianificazione territoriale e alla realizzazione dei servizi e degli interventi programmati nel PdZ. Esso, infatti, riveste un ruolo strategico in quanto ha il compito di elaborare e attuare la progettazione esecutiva della programmazione di zona e di gestire i servizi e gli interventi previsti nel PdZ).

Le funzioni dell'Ufficio di Piano sono le seguenti:

- analisi del sistema d'offerta dei servizi (localizzazione, funzioni, prestazioni, professioni, costi) presenti nell'ATS, per valutarne l'appropriatezza e l'eventuale ridefinizione;
- supporto al Coordinatore d'Ambito per l'elaborazione della programmazione complessiva delle politiche sociali territoriali, comprensive anche di servizi svolti da singoli comuni finanziati con fondi propri;
- supporto al Coordinatore d'Ambito per l'attivazione della concertazione territoriale per l'analisi dei problemi sociali e dei bisogni dei cittadini;
- supporto al Coordinatore d'Ambito per il monitoraggio dei problemi e della domanda sociale e l'individuazione di eventuali nuovi bisogni, attraverso l'organizzazione di momenti concertativi con i soggetti presenti nel territorio dell'Ambito Territoriale;
- raccordo degli Uffici di Segretariato Sociale, il Servizio Sociale Professionale e i singoli Comuni;
- predisposizione dell'organizzazione necessaria a realizzare le funzioni unitarie di accesso ai servizi sociosanitari attraverso la PUA (Punto unico di accesso) e l'UVM (Unità valutativa multidisciplinare) del Distretto sanitario competente per territorio;
- predisposizione di piani di comunicazione sociale;
- aggiornamento in materia di normativa regionale, nazionale, europea anche al fine di intercettare nuove e differenti risorse economiche;
- definizione e attuazione delle procedure amministrative connesse alla programmazione, gestione, controllo e rendicontazione delle risorse finanziarie;
- definizione delle modalità di individuazione, allocazione delle risorse economiche, strutturali, umane;

- organizzazione e affidamento dei servizi ai soggetti del terzo settore previsti dal PdZ;
- definizione dei regolamenti d'accesso e di compartecipazione ai servizi da parte degli utenti;
- predisposizione di sistemi di monitoraggio e valutazione dei servizi;
- costruzione e alimentazione dei sistemi di monitoraggio amministrativo, contabile e finanziario;
- monitoraggio della qualità offerta ai destinatari dei servizi attraverso l'alimentazione costante del sistema di monitoraggio regionale sugli indicatori di qualità;
- supporto al Coordinatore/ d'Ambito nella predisposizione di sistemi di valutazione del Piano di zona in grado di sostenere il suo processo di adeguamento o la sua ridefinizione;
- monitoraggio delle procedure di affidamento dei servizi previsti nel Piano di Zona con particolare attenzione alle caratteristiche dei soggetti a cui affidare, ai criteri di valutazione delle proposte progettuali ed ai vincoli posti nei bandi e negli avvisi per sostenere il rispetto della normativa vigente in materia di contratti di lavoro per tutte le risorse umane impegnate dai soggetti affidatari per la erogazione dei servizi;
- predisposizione e alimentazione costante dei sistemi informativi per l'elaborazione di dati territoriali locali, provinciali e regionali.

In caso di gestione associata in convenzione, l'Ufficio di Piano si configura, ai sensi dell'art. 30 c.4 del TUEL, come un **“ufficio comune”** al servizio dei comuni che aderiscono all'ATS; esso, è posto all'interno del Comune capofila, svolge le attività di progettazione esecutiva, gestione e monitoraggio del sistema dei servizi sul territorio di riferimento, ai fini dell'attuazione del PdZ.

L'Ufficio di Piano deve prevedere la seguente composizione minima, garantendo nel contempo sia la rappresentatività multiprofessionale delle figure sia la snellezza nella composizione e l'agilità di funzionamento:

- Coordinatore dell'Ufficio di Piano d'Ambito in qualità di responsabile;
- Figure professionali sociali, amministrative e/o contabili (Cfr: come definite nella programmazione dei LEPS, Cap.2, Tabella D – Target di servizio 2025/2027);
- Esperto in materia di integrazione sociosanitaria nominato dall'ASREM, senza oneri per il bilancio regionale;
- Esperto dei Centri per l'impiego indicato dalla Regione, senza oneri per il bilancio regionale.

L'Ufficio di Piano è disciplinato da apposito regolamento, che è parte integrante del PdZ, redatto in applicazione del dettato del PSR.

3. Il Sistema di decentramento.

Con la revisione dell'assetto degli Ambiti Territoriali Sociali, la Regione intende conseguire un rilevante obiettivo strategico: la riduzione del numero degli ATS e l'aumento delle loro dimensioni, raggiungere, per ciascuno di essi, un livello minimo di “massa critica”, in termini di popolazione e risorse finanziarie, tale da consentire le necessarie economie di scala a tutto vantaggio di una gestione più efficiente, funzionale, specializzata, stabile ed efficace.

Presso ogni ex Comune capofila sarà istituito un punto territoriale dell'Ufficio di Piano per facilitare la fase di transizione e la successiva gestione ordinaria, anche nel rispetto del principio di prossimità.

Nella fase di transizione tra il nuovo Comune Capofila e gli ex Comuni Capofila, i rapporti in materia organizzativa, gestionale e contabile saranno oggetto di apposita regolamentazione nell'accordo di programma e/o convenzione.

Per tutto quanto non disciplinato nel presente PSR si rinvia alla normativa in materia, in quanto applicabile.

4. Fase di attuazione della nuova programmazione

È fatto obbligo ai Coordinatori d'Ambito garantire entro il 30.06.2026 l'uniformità di tutte le procedure organizzative e di regolamentazione dei servizi preordinate all'effettiva integrazione territoriale.

5. I poteri sostitutivi

Ai sensi dell'art. 22 della Legge regionale 13/2014 e dell'art. 24 del Regolamento 1/2015, la Regione, per il tramite del competente Servizio regionale dell'Assessorato alle Politiche Sociali, in presenza di circostanze di particolare rilievo, e, nel caso di accertate violazioni alla Legge Regionale e/o del Regolamento 1/2015 o al presente PSR, esercita i poteri sostitutivi.

Il potere sostitutivo tende ad assicurare che il quadro normativo delineato dalla Legge, dal Regolamento e dal presente PSR, oltre ad essere rispettato, sia anche applicato ed attuato.

Viene riconosciuto alle Regioni, in quanto titolari di competenza legislativa esclusiva in materia di servizi socioassistenziali e responsabili per le relative determinazioni di politica generale.

Nei casi in cui la Regione riscontri casi di inadempienza ed inosservanza degli obblighi espressamente previsti anche dai propri atti di indirizzo, interviene mediante l'attivazione della procedura per l'esercizio dei poteri sostitutivi.

La mancata adozione del Piano di Zona e la mancata contrattualizzazione del Coordinatore d'Ambito, già individuato con la citata procedura, rientrano tra le ipotesi di esercizio dei poteri sostitutivi regionali.

La Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore competente in materia di politiche sociali, invita l'ATS interessato a provvedere entro un congruo termine, comunque non inferiore a quindici giorni e non superiore a trenta giorni, a sanare la situazione che ha prodotto inadempienza ovvero inosservanza degli obblighi normativi e regolamentari.

Sono comunque assicurate congrue garanzie procedimentali, in conformità con il principio di leale collaborazione, in modo che l'ente sostituito sia comunque messo in grado di evitare la sostituzione attraverso l'autonomo adempimento e di interloquire nel medesimo procedimento.

In attuazione del principio di sussidiarietà ai sensi dell'art. 119 della Costituzione, si prevede ai sensi dell'art. 120 della stessa Costituzione, il seguente procedimento dell'intervento sostitutivo, pur facendo eccezione per i casi di assoluta urgenza. Il procedimento si articola in:

- a) una fase di diffida ad adempiere, in cui viene assegnato all'ente interessato un congruo termine per adottare i provvedimenti dovuti o necessari;
- b) una fase di partecipazione, in cui viene sentito l'organo interessato;
- c) una fase decisoria, in cui decorso inutilmente il termine, la Regione adotta i provvedimenti necessari, anche normativi, ovvero nomina un commissario ad acta.

La nomina del commissario ad acta viene effettuata tenendo conto dei principi di sussidiarietà e di leale collaborazione.

6. Il Cronoprogramma

CRONOPROGRAMMA

definizione fasi e relative attività per l'iter di attuazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali 2025-2027	livello di responsabilità	2025				2026	
		1 ^a trim	2 ^a trim	3 ^a trim	4 ^a trim	1 ^a trim	2 ^a trim
fase 1 - pre-implementazione							
1. Stesura del Piano Sociale Regionale 2025-2027	gruppo tecnico ex DGR 88/2024	31-mar					
2. Proroga del vigente assetto territoriale degli ATS nelle more dell'entrata in vigore del nuovo Piano Soc. di Zona	giunta regionale			lug-dic			
3. Approvazione Piano Sociale Regionale 2025-2027:	consiglio regionale		30-giu				
3.1 Indizione ed espletamento delle procedure selettive per la formulazione degli elenchi degli idonei al ruolo di coordinatore	servizio programmazione politiche soc.		lug-ago				
3.2 Stesura linee guida regionali regolanti le procedure di accesso, valutazione e presa in carico	ATS/Regione/Ordine Ass.Sociali		lug-ago				
3.3 Stesura linee guida regionali regolanti la valutazione multidimensionale	Conferenza regionale delle polit. Soc.		lug-ago				
3.4 Attivazione procedure propedeutiche e preordinate al cambio di gestione	Coordinatori in carica			lug-dic			
4. Convocazione della 1 ^a seduta del costituendo neo Comitato dei Sindaci entro 15 gg. dall'approvazione degli elenchi di cui sopra 3.1:	Sindaco del Comune più popoloso			15-set			
4.1 Approvazione Regolamento Comitato dei Sindaci, elezione presidente e vice presidente, individuazione del comune capofila	Comitato dei Sindaci						
5. Individuazione e contrattualizzazione del nuovo Coordinatore d'ambito	Comune Capofila			30-set			
6. Stesura ed approvazione del Piano Sociale di Zona 2025-2027, entro 60 gg. dalla prima seduta del Comitato dei Sindaci	ATS/neo coordinatore				15-nov		
7. Validazione dei Piani Sociali di Zona 2025-2027	giunta regionale				15-dic		
8. Passaggio di consegne tra precedente e nuovo Coordinatore	Coordinatori				31-dic		
fase 2 - implementazione							
9. Sottoscrizione della Convenzione per la gestione associata	ATS				31-dic		
10. Entrata in vigore del nuovo Piano Sociale di Zona	ATS					01-gen	
11. Periodo di transizione	neo Coordinatore					genn-giu 26	

Capitolo 4

Politiche integrate

Introduzione

Questo capitolo introduce le sinergie che potrebbero essere attuate con il Fondo per lo Sviluppo e la Coesione (FSC 2021-2027) e il Piano Attuativo Regionale GOL Molise (PAR GOL), due strumenti fondamentali per la crescita inclusiva e lo sviluppo socioeconomico del territorio.

Il FSC 2021-2027, principale strumento dell'Unione Europea per la coesione territoriale, ha come obiettivo il riequilibrio delle disuguaglianze economiche, sociali e territoriali. Le risorse del fondo sostengono il potenziamento dei servizi sociali e delle infrastrutture nelle aree più vulnerabili, la formazione degli operatori sociali e l'innovazione nei servizi pubblici. Nel Molise, il FSC finanzia progetti strategici che spaziano dall'inclusione sociale all'autonomia abitativa e al recupero della socialità, tra cui:

1. **Sostegno alla socialità per persone con disturbo dello spettro autistico**
2. **Recupero della socialità e del benessere psico-fisico degli studenti**
3. **Co-housing "Dopo di Noi" e centro per anziani**

Il PAR GOL (Piano Attuativo Regionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori), parte del Programma Nazionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori previsto dal PNRR, è stato approvato con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 89 del 31 marzo 2022. Grazie a risorse assegnate il PAR GOL (Piano Attuativo Regionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori) mira a promuovere l'occupabilità e l'autonomia dei beneficiari, contribuendo a ridurre le disuguaglianze generazionali, di genere e territoriali:

- **Inserimento e reinserimento lavorativo**
- **Supporto alla transizione professionale.**
- **Coinvolgimento degli attori regionali**
- **Monitoraggio e valutazione.**
- **Inclusione sociale e lavorativa**

La collaborazione tra PSR 2025-2027, FSC 2021-2027 e PAR GOL consentirà di integrare politiche sociali e lavorative, promuovendo una rete territoriale in cui Ambiti Territoriali Sociali, Centri per l'Impiego, Distretti Sanitari, Terzo Settore e imprese operano in sinergia. Nei paragrafi successivi, saranno analizzate le interazioni tra questi strumenti per ogni macroarea di servizio prevista dal Piano Sociale Regionale.

1. Macroarea "Accesso valutazione e presa in carico"

La macroarea "Accesso, valutazione e presa in carico" rappresenta il fulcro operativo del sistema di welfare regionale, garantendo l'attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS). Si

tratta di un insieme coordinato di servizi progettati per rispondere ai bisogni delle comunità locali in modo tempestivo, efficace e inclusivo.

L'integrazione con le politiche attive del PAR GOL Molise e il Programma Regionale Molise (FSC 2021-2027) rappresenta un passo decisivo verso una rete di servizi coordinata e capillare.

Gli obiettivi strategici da perseguire sono:

- **Accesso Universale:** Garantire che i cittadini possano accedere ai servizi con equità e semplicità.
- **Integrazione dei Servizi:** Favorire la cooperazione tra sistemi sociali, sanitari e del lavoro.
- **Efficienza Operativa:** Ottimizzare le risorse umane e finanziarie per una gestione efficace e sostenibile.
- **Qualità e Innovazione:** Implementare soluzioni tecnologiche e innovative per migliorare l'efficienza e l'efficacia degli interventi.

1.1 Segretariato Sociale

Questo paragrafo si propone di identificare i punti di connessione operativa tra il Segretariato Sociale, i servizi previsti dal PAR GOL Molise ((Piano Attuativo Regionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori)) e i progetti finanziati dal FSC (Fondo sviluppo e coesione) 2021-2027, evidenziando come ciascun attore possa contribuire al rafforzamento del sistema di welfare. L'obiettivo è valorizzare il ruolo del Segretariato Sociale quale snodo cruciale per l'accesso ai servizi e per l'attivazione di percorsi personalizzati, che integrino interventi di inclusione lavorativa e misure di supporto sociale. L'analisi si concentra sulla creazione di una rete territoriale coordinata, in cui gli enti coinvolti condividano dati, risorse e competenze, al fine di ottimizzare gli interventi e ridurre le sovrapposizioni. Questo approccio consente di sviluppare percorsi individualizzati per i beneficiari, con un impatto concreto sulla loro autonomia e inclusione sociale, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi, dei LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) e dei programmi strategici regionali.

1.1.1 Segretariato Sociale e Servizi per il lavoro (PAR GOL Molise): Un'alleanza per l'inclusione lavorativa

Il Segretariato Sociale, forte della sua posizione di contatto diretto con i cittadini, può svolgere un ruolo cruciale nell'individuare coloro che potrebbero beneficiare dei percorsi offerti dal PAR GOL (Piano Attuativo Regionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori).

La sinergia tra Segretariato Sociale e PAR GOL ((Piano Attuativo Regionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori)) permette di sfruttare al meglio le politiche attive del lavoro per favorire l'inclusione lavorativa delle fasce vulnerabili.

1.1.2 Integrazione tra Segretariato Sociale e FSC 2021-2027

L'integrazione tra i Progetti FSC 2021-2027 della Regione Molise, il Piano Sociale Regionale 2025-2027 (PSR) e il LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) "Segretariato Sociale" rappresenta un passo decisivo per costruire un sistema sociale regionale più coeso, inclusivo e reattivo ai bisogni delle diverse fasce di popolazione. Questa sinergia rafforza non solo l'efficacia degli interventi individuali, ma promuove un modello di welfare territoriale capace di rispondere tempestivamente e in modo mirato ai bisogni emergenti. Il LEPS Segretariato Sociale, in collaborazione con i progetti FSC (Fondo sviluppo e coesione) 2021-2027, può assumere un ruolo strategico nel monitoraggio degli interventi. Attraverso l'utilizzo di indicatori chiari e misurabili, sarà possibile valutare l'impatto delle azioni sulle comunità beneficiarie e garantire la qualità delle prestazioni erogate. Questo processo di

valutazione continua permette di affinare le strategie e migliorare l'efficacia del sistema di welfare regionale.

1.2 Servizio Sociale Professionale

Il Servizio Sociale Professionale (SSP) come evidenziato nei precedenti capitoli, rappresenta un pilastro fondamentale del sistema di welfare locale.

Servizio Sociale Professionale e Servizi per il lavoro (PAR GOL Molise). Un percorso sinergico verso "Lavoro e Inclusione"

L'integrazione tra Servizio Sociale Professionale (SSP) e PAR GOL (Garanzia occupabilità giovani) si focalizza sul supporto ai percorsi "Lavoro e Inclusione", offrendo ai beneficiari strumenti concreti per raggiungere l'autonomia. Il Servizio Sociale Professionale, con la sua profonda conoscenza delle dinamiche individuali e familiari, può agire come ponte tra i beneficiari e le opportunità offerte dal PAR GOL (Garanzia occupabilità giovani). In particolare consente:

- **Valutazione multidimensionale e progettazione di percorsi personalizzati:**
- **Supporto e accompagnamento durante i percorsi:**
- **Promozione di tirocini di inclusione sociale:**
- **Collaborazione con il Terzo Settore:**

1.3 Equipe Multidisciplinare

L'equipe multidisciplinare come espressamente definita nei precedenti capitoli valuta e interviene nei casi complessi, combinando competenze sociali, psicologiche e educative. La sua integrazione con il PAR GOL (Programma di garanzia di occupabilità dei lavoratori) e FSC 2021-2027 (Fondo per lo sviluppo e la coesione) evidenzia un approccio collaborativo e multidimensionale per affrontare le fragilità sociali e promuovere l'inclusione lavorativa.

1.3.1 Integrazione Equipe multidisciplinare con i Servizi per il lavoro (PAR GOL Molise).

Il PAR GOL (Piano Attuativo Regionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori) si pone l'obiettivo di promuovere l'occupabilità dei lavoratori, con particolare attenzione alle fasce più vulnerabili. L'Equipe Multidisciplinare, grazie alla sua composizione e al suo approccio integrato, può contribuire in modo significativo al raggiungimento di questo obiettivo:

- **Presa in carico multidimensionale dei beneficiari con fragilità sociali:**
- **Individuazione di percorsi formativi e di inclusione lavorativa personalizzati:**
- **Collaborazione con i CPI per l'attivazione di tirocini e misure di supporto:**
- **Monitoraggio e valutazione dei percorsi.**
-

1.3.2 Integrazione tra Equipe Multidisciplinare e Progetti FSC 2021-2027 della Regione Molise

Il LEPS **Équipe Multidisciplinare** non solo facilita l'integrazione dei servizi previsti dai progetti FSC 2021-2027, ma assicura anche un approccio olistico e partecipativo ai bisogni delle diverse categorie di beneficiari. La sinergia tra competenze professionali diverse permette di affrontare problematiche complesse in modo coordinato, migliorando significativamente l'efficacia degli interventi e promuovendo un sistema di welfare territoriale inclusivo e sostenibile:

- **Intervento Coordinato per il Sostegno alla Socialità delle Persone con Disturbo dello Spettro Autistico.**
- **Supporto Integrato per il Benessere Psico-Fisico degli Studenti.**
- **Valutazione e Personalizzazione dei Percorsi nei Progetti di Co-Housing.**
- **Supervisione e Monitoraggio Continuo degli Interventi.**
- **Formazione e Sensibilizzazione degli Operatori e delle Comunità Locali.**

1.4 Pronto Intervento Sociale (PIS)

Il Pronto Intervento Sociale (PIS) rappresenta un Livello Essenziale delle Prestazioni Sociali (LEPS) ed è un servizio cruciale per garantire la sicurezza e il benessere della comunità.

1.4.1 Pronto Intervento Sociale e Servizi per il lavoro (PAR GOL Molise). Dalla crisi all'inclusione

Come già detto il PAR GOL (Piano Attuativo Regionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori) si propone di migliorare l'occupabilità dei lavoratori, in particolare di quelli più vulnerabili.

- **Rilevazione di casi critici idonei ai percorsi inclusivi.**
- **Segnalazioni dirette ai CPI.**

1.4.2 Integrazione tra Pronto Intervento Sociale e Progetti FSC 2021-2027 della Regione Molise

I LEPS **Pronto Intervento Sociale (PIS)** rappresenta uno strumento cruciale per garantire una risposta rapida, efficace e integrata alle situazioni di emergenza. La sua azione non si limita alla gestione della crisi, ma si estende alla prevenzione delle fragilità sociali e alla costruzione di percorsi di inclusione a lungo termine, in sinergia con i servizi territoriali. L'integrazione tra PIS (Pronto intervento sociale) e i progetti (Fondo per lo sviluppo e coesione) FSC 2021-2027 contribuisce a rafforzare il sistema di welfare regionale, promuovendo un approccio proattivo e resiliente alle sfide sociali emergenti.

- **Risposta Immediata alle Emergenze nei Progetti di Sostegno alla Socialità per Persone con Disturbo dello Spettro Autistico.**
- **Supporto Immediato per il Benessere Psico-Fisico degli Studenti in Crisi.**
- **Interventi di Emergenza nei Progetti di Co-Housing e Centri per Anziani.**
- **Prevenzione dell'Aggravamento delle Fragilità Sociali.**
- **Integrazione e Raccordo con i Servizi Territoriali.**

1.5 Centri Antiviolenza

I Centri Antiviolenza (CAV) svolgono un ruolo cruciale nel sostegno alle donne vittime di violenza, offrendo un'ampia gamma di servizi volti a proteggerle, supportarle e aiutarle a raggiungere l'autonomia. L'integrazione dei CAV (Centri antiviolenza) con i programmi PAR GOL (Garanzia occupabilità lavoratori) e Fondi sviluppo e coesione (FSC 2021-2027) evidenzia l'importanza di un approccio integrato che, oltre alla protezione immediata, mira al reinserimento sociale e lavorativo delle donne vittime di violenza.

I Centri Antiviolenza sono strutture specializzate che offrono sostegno alle donne vittime di violenza, attraverso servizi di:

- **Accoglienza:**
- **Consulenza legale:**
- **Consulenza psicologica:**

1.5.1 L'integrazione con il PAR GOL: verso l'autonomia economica e lavorativa

L'integrazione dei CAV (Centri antiviolenza) con il PAR GOL (Piano Attuativo Regionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori) mira a favorire l'autonomia economica e lavorativa delle donne vittime di violenza, creando percorsi di formazione e inserimento lavorativo.

- **Avvio di percorsi formativi e lavorativi:**
- **Collaborazione con ATS e aziende per tirocini e opportunità lavorative:**

1.5.2 Integrazione tra i Centro Anti Violenza ed i Progetti FSC 2021-2027 della Regione Molise.

Il **LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) Centro Anti Violenza** si configura come un pilastro fondamentale nella realizzazione dei progetti FSC2021-2027, garantendo interventi tempestivi, specialistici e personalizzati nei casi di violenza, abuso o sfruttamento. Grazie alla sua azione integrata con gli altri servizi sociali, il CAV (Centro antiviolenza) contribuisce non solo alla protezione delle vittime, ma anche alla costruzione di una rete sociale più consapevole, inclusiva e sicura. La sua capacità di intervenire nei tre ambiti progettuali rafforza la resilienza delle comunità locali e promuove il rispetto dei diritti fondamentali di ogni individuo.

2 Macroarea "Misure per il sostegno e l'inclusione sociale"

2.1 Assistenza Educativa Domiciliare (ADE).

Come evidenziato nei precedenti capitoli l'ADE (Assistenza domiciliare educativa) mira a: favorire l'autonomia personale e sociale dei minori attraverso attività educative e relazionali, migliorare le competenze genitoriali e promuovere relazioni familiari positive; contrastare l'emarginazione e il disagio sociale, prevenendo fenomeni di esclusione o devianza; sostenere i nuclei familiari nella gestione delle difficoltà quotidiane, creando un ambiente sereno e stimolante per il minore.

2.1.2. Analisi del Servizio ADE e la sua integrazione con PAR GOL

L'integrazione del servizio ADE (Assistenza domiciliare educativa) con il PAR GOL (Piano Attuativo Regionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori) si concentra sul favorire l'inclusione lavorativa dei genitori dei minori beneficiari, riconoscendo l'importanza di conciliare le esigenze di cura con le opportunità lavorative.

- **Percorsi di inclusione lavorativa:**
- **Iniziative per migliorare la partecipazione lavorativa dei caregiver.**

2.1.3 Integrazione tra Assistenza Educativa Domiciliare e Progetti FSC 2021-2027 della Regione Molise

Il LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) Assistenza Educativa Domiciliare rappresenta uno strumento cruciale per garantire interventi educativi mirati, flessibili e personalizzati nei tre progetti FSC 2021-2027. L'intervento domiciliare non solo facilita la partecipazione attiva dei beneficiari nei percorsi educativi, ma contribuisce anche a rafforzare le reti familiari e comunitarie, promuovendo l'autonomia, l'inclusione sociale e il benessere complessivo delle persone più vulnerabili. L'integrazione del LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) ADE (Assistenza domiciliare educativa), con i servizi territoriali e le équipe multidisciplinari crea un sistema di supporto educativo resiliente e sostenibile, rispondendo in maniera efficace alle sfide emergenti.

2.2 Sostegno Socio-Educativo Scolastico (SSES)

Il LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) rappresenta un elemento fondamentale per garantire il successo degli interventi previsti dai progetti FSC2021-2027

2.2.1 Integrazione tra Sostegno Socio-Educativo Scolastico e PAR GOL. Orientare al lavoro e sviluppare competenze

L'integrazione del servizio SSES (Servizio di sostegno educativo scolastico) con il PAR GOL si concentra sulla creazione di percorsi di orientamento al lavoro e tirocini formativi per gli studenti, con l'obiettivo di prepararli al mondo del lavoro e di sviluppare competenze trasversali.

- **Percorsi di orientamento al lavoro:**
- **Tirocini formativi:**
- **Sviluppo di competenze trasversali.**

2.2.2 Integrazione tra Sostegno Socio-Educativo Scolastico e Progetti FSC 2021-2027 della Regione Molise.

- **Inclusione Scolastica per Persone con Disturbo dello Spettro Autistico.** Nell'ambito del progetto di **sostegno alla socialità per persone con disturbo dello spettro autistico**, il LEPS (livelli essenziali prestazioni sociali) SES (Sostegno educativo scolastico) può garantire interventi mirati per favorire l'inclusione scolastica degli studenti con autismo. Gli operatori SES (Sostegno educativo scolastico) possono supportare gli studenti nelle attività didattiche quotidiane, promuovere l'integrazione con i coetanei e collaborare con insegnanti e famiglie per costruire un ambiente scolastico inclusivo e privo di barriere.
- **Supporto Psicologico ed Educativo per Studenti in Situazioni di Fragilità.**
- **Accompagnamento Educativo nei Progetti di Co-Housing per Giovani Adulti.**
- **Collaborazione Attiva con il Personale Scolastico e le Famiglie.**
- **Prevenzione e Riduzione della Dispersione Scolastica.**

2.3 Sostegno alla Genitorialità (SSG)

Il **Servizio di Sostegno alla Genitorialità (SSG)** è concepito per offrire un supporto multidimensionale ai genitori che si trovano in situazioni di difficoltà, attraverso interventi di consulenza educativa e psicologica.

L'integrazione del SSG (Servizio di Sostegno alla Genitorialità) con i programmi **PAR GOL** (Garanzia occupabilità giovani) e **FSC 2021-2027** si propone di sviluppare un sistema di supporto completo e interconnesso, in grado di:

- **Rafforzare il benessere delle famiglie:**
- **Facilitare la conciliazione tra vita familiare e lavoro.**

L'obiettivo è aiutare i genitori a sviluppare una maggiore consapevolezza di sé e delle proprie competenze genitoriali, migliorando la comunicazione e la gestione delle emozioni all'interno della famiglia.

Il **LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) SSG (Sostegno alla Genitorialità)** rappresenta un tassello fondamentale per garantire il successo dei progetti FSC2021-2027. La sua azione si concentra sul rafforzamento delle competenze genitoriali, sul supporto emotivo e psicologico delle famiglie e sulla prevenzione delle fragilità. Attraverso un approccio personalizzato e partecipativo, questo LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) contribuisce a creare un contesto familiare stabile e resiliente, favorendo l'inclusione sociale dei beneficiari e migliorando l'efficacia complessiva degli interventi previsti dai programmi regionali.

2.3.1 Integrazione del SSG con PAR GOL. Conciliare famiglia e lavoro

- L'integrazione del SSG (Servizio di Sostegno alla Genitorialità) con il PAR GOL (Garanzia occupabilità giovani) si concentra sulla definizione di percorsi formativi e lavorativi per i genitori e sulla progettazione di interventi personalizzati per conciliare vita familiare e lavoro. L'obiettivo è aiutare i genitori a raggiungere una maggiore stabilità economica e sociale, favorendo la loro partecipazione al mondo del lavoro e migliorando la qualità della vita familiare.
- **Supporto nella definizione di percorsi formativi e lavorativi:**
- **Progettazione di interventi personalizzati.**

2.3.2 Integrazione del SSG (Servizio di Sostegno alla Genitorialità) con FSC 2021-2027. Rafforzare le competenze genitoriali

- **Supporto alle Famiglie di Persone con Disturbo dello Spettro Autistico.**
- **Sostegno ai Genitori per il Benessere Psico-Fisico degli Studenti.**
- **Accompagnamento delle Famiglie nei Percorsi di Co-Housing e nei Centri per Anziani.**
- **Prevenzione del Disagio Familiare e Riconoscimento dei Segnali di Fragilità. Il LEPS (livelli essenziali prestazioni sociali) SSG (Sostegno alla genitorialità).**
- **Promozione di una Cultura della Genitorialità Consapevole e Partecipativa.**

3 Programma Prevenzione dell'allontanamento dei minori dalla famiglia d'origine (P.I.P.P.I.) e Servizio di Affidamento Familiare (SAF).

3.1 Integrazione Programma P.I.P.P.I. (Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) con PAR GOL (Piano Attuativo Regionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori). Rafforzare l'autonomia economica

L'integrazione del P.I.P.P.I. (Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) con il PAR GOL (Garanzia occupabilità giovani) si concentra sul collegamento con percorsi di inclusione lavorativa per i genitori, con l'obiettivo di rafforzare l'autonomia economica delle famiglie. Questo

aspetto è fondamentale per affrontare la povertà economica che spesso è alla base delle difficoltà familiari.

- Collaborazione con i CPI (Centri per l'impiego): Il programma prevede la creazione di reti di sostegno tra i CPI (Centri per l'Impiego) e i servizi sociali per facilitare l'accesso dei genitori a percorsi di formazione e lavoro.
- Supporto nella ricerca di lavoro: Il programma offre supporto ai genitori nella ricerca di lavoro, nella redazione del curriculum vitae e nella preparazione ai colloqui di lavoro.
- Orientamento al lavoro: I genitori possono beneficiare di servizi di orientamento al lavoro per identificare le proprie competenze e le opportunità lavorative disponibili sul territorio.
- Integrazione con FSC2021: ampliare la copertura territoriale e formare gli operatori
- L'integrazione del Programma PIPPI con il FSC2021 si concentra su due aspetti principali:
- Ampliamento del programma a nuove aree territoriali: Il FSC2021 prevede l'utilizzo di risorse dedicate per ampliare la copertura territoriale del programma, consentendo a un maggior numero di famiglie di beneficiarne. Questo è in linea con l'obiettivo di garantire l'accesso universale ai servizi di supporto alla genitorialità.
- Formazione specialistica per operatori: Il FSC2021 finanzia percorsi di formazione specialistica per gli operatori che lavorano nel programma, focalizzandosi sui metodi di gestione multidisciplinare. La formazione è fondamentale per garantire la qualità degli interventi e la capacità di affrontare le complessità delle situazioni familiari.

Il **FSC 2021-2027** amplia ulteriormente le potenzialità del P.I.P.P.I. (Programma di interventi per la prevenzione dell'istituzionalizzazione) e del SAF (Servizio Affidamento Familiare), garantendo risorse dedicate per estendere la copertura territoriale e per sostenere la formazione degli operatori. Attraverso interventi multidisciplinari e innovativi, viene assicurato un accompagnamento personalizzato per le famiglie, che include dispositivi come educativa domiciliare, vicinanza solidale e partenariati con scuole e servizi educativi.

3.2 L'approccio complementare del SAF

Nel contesto del **PAR GOL (Garanzia occupabilità giovani)**, il SAF (Servizio Affidamento Familiare) promuove percorsi di autonomia lavorativa sia per le famiglie d'origine sia per i ragazzi prossimi alla maggiore età che escono dai percorsi di tutela. Per i giovani affidati, in particolare, vengono attivati progetti personalizzati come tirocini e apprendistati, con il coinvolgimento del settore privato e del Terzo Settore. Questa strategia integra la formazione e l'inserimento lavorativo, facilitando la transizione verso l'autonomia.

Il **FSC 2021-2027** sostiene il SAF (Servizio Affidamento Familiare) finanziando la formazione continua degli operatori e rafforzando le reti territoriali, favorendo interventi tempestivi ed efficaci. L'integrazione tra SAF (Servizio Affidamento Familiare), P.I.P.P.I. (Programma di Intervento per Prevenire l'Istituzionalizzazione), PAR GOL (Piano Attuativo Regionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori) e FSC 2021-2027 (Fondo sviluppo e coesione) garantisce un approccio sistemico e sostenibile alla tutela dei minori e al supporto delle famiglie, promuovendo inclusione sociale, coesione territoriale e benessere della comunità.

4 Tirocini di inclusione sociale (TIS)

Il LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) TIS (Tirocini di inclusione sociale) garantisce l'attivazione di percorsi formativi e lavorativi per persone in condizione di svantaggio, presenta una forte integrazione con i programmi PAR GOL (Piano Attuativo Regionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori) e FSC 2021-2027 (Fondo sociale di coesione). L'obiettivo è quello di creare un sistema di welfare inclusivo ed efficace, in grado di rispondere in modo completo ai bisogni delle persone svantaggiate e favorirne l'inserimento socio-lavorativo.

Il **LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) TIS (Tirocini di Inclusione Sociale)** rappresenta uno strumento chiave per promuovere l'autonomia, la dignità e l'integrazione sociale dei beneficiari dei tre progetti FSC2021-2027. Attraverso percorsi di formazione pratica, tutoraggio e collaborazione con le reti territoriali, il TIS non solo facilita l'inserimento lavorativo delle persone vulnerabili, ma contribuisce anche alla costruzione di una comunità più inclusiva e resiliente. L'integrazione con gli altri servizi sociali e la personalizzazione degli interventi garantiscono un impatto positivo duraturo sia per i beneficiari che per il tessuto sociale ed economico regionale.

5 Patto per l'Inclusione Sociale (PAIS)

5.1 Integrazione con servizi per il lavoro (PAR GOL Molise):

- **Allineamento dei PaIS con i percorsi "Lavoro e Inclusione" del PAR GOL:** L'integrazione tra PaIS (Patto per l'inclusione sociale) e PAR GOL (Piano Attuativo Regionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori) è evidente nell'allineamento dei percorsi di inclusione sociale con i percorsi "Lavoro e Inclusione" previsti dal PAR GOL (Piano Attuativo Regionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori). Questo allineamento garantisce che i percorsi di inclusione sociale tengano conto delle esigenze del mercato del lavoro e offrano ai beneficiari opportunità concrete di formazione e inserimento lavorativo.
- **Sviluppo di strumenti digitali per il monitoraggio e la valutazione:** Il PAR GOL (Piano Attuativo Regionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori) promuove l'utilizzo di strumenti digitali per migliorare l'efficienza e l'efficacia dei servizi per l'impiego. Lo sviluppo di strumenti digitali per il monitoraggio e la valutazione dei PaIS (Patto per l'inclusione sociale) si inserisce in questa strategia, consentendo di raccogliere dati e informazioni utili per migliorare la progettazione e l'implementazione dei percorsi di inclusione.

5.2 Integrazione tra LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali) PaIS (Patto per l'Inclusione Sociale) e Progetti FSC (Fondo sociale e di coesione) 2021-2027 della Regione Molise.

- **Presenza in Carico Personalizzata per Persone con Disturbo dello Spettro Autistico.**
- **Supporto ai Minori e alle Famiglie nel Recupero del Benessere Psico-Fisico degli Studenti**
- **Percorsi di Inclusione Sociale nei Progetti di Co-Housing e Centri per Anziani.**
- **Monitoraggio e Valutazione dei Percorsi di Inclusione Sociale.**
- **Rafforzamento della Rete Territoriale di Supporto.**

6 Care Leavers – (CL)

6.1 Integrazione con PAR GOL

Il **PAR GOL (Piano Attuativo Regionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori)** offre strumenti fondamentali per l'inserimento lavorativo dei care leavers, mettendo a disposizione percorsi di formazione e lavoro mirati a rafforzare le loro competenze e promuovere la loro indipendenza.

- **Percorsi di autonomia abitativa e lavorativa:** Il PAR GOL (Piano Attuativo Regionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori) promuove progetti integrati che considerano non solo l'aspetto professionale, ma anche quello abitativo. Grazie a percorsi personalizzati, i care leavers possono beneficiare di soluzioni congiunte che garantiscano sia un alloggio stabile sia un inserimento nel mercato del lavoro. Misure come tirocini extracurricolari, apprendistato e formazione specifica permettono di costruire una transizione sostenibile verso l'autonomia.

- **Tirocini e apprendistati dedicati.** I tirocini e gli apprendistati rappresentano un pilastro del PAR GOL (Piano Attuativo Regionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori) per l'inclusione lavorativa. Attraverso programmi dedicati, i care leavers possono acquisire competenze pratiche in contesti lavorativi reali, beneficiando di un accompagnamento continuo che li aiuti a costruire relazioni professionali e migliorare la loro occupabilità.

Questa integrazione permette di creare percorsi personalizzati che tengano conto delle esigenze specifiche dei giovani care leavers, combinando politiche attive del lavoro con misure di supporto sociale.

7 Integrazione con FSC 2021-2027

Il **Fondo per lo Sviluppo e la Coesione (FSC 2021-2027)** rappresenta un ulteriore strumento chiave per il rafforzamento dei servizi dedicati ai care leavers, con l'obiettivo di migliorare la loro qualità della vita e favorire la coesione territoriale.

- **Sostegno abitativo innovativo:**
- **Incentivi per l'inclusione lavorativa:**
- **Sviluppo di reti territoriali integrate.**

8 Conclusioni

Quanto esposto evidenzia come l'integrazione tra i LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali), il PAR GOL (Garanzia Occupabilità dei Lavoratori) e il FSC (Fondo per lo sviluppo e la coesione) 2021-2027 rappresenti un'opportunità strategica per la costruzione di un sistema di welfare regionale capace di rispondere in maniera efficace e sostenibile ai bisogni complessi della popolazione.

Attraverso un approccio multidimensionale, fondato sulla collaborazione tra istituzioni, Terzo Settore e attori economici, è possibile superare le frammentazioni che spesso limitano l'efficacia degli interventi, garantendo al contempo maggiore equità nell'accesso ai servizi e una migliore qualità delle prestazioni.

Un elemento chiave emerso è il potenziamento delle sinergie tra ambiti sociali, educativi e lavorativi, che permette di personalizzare i percorsi di inclusione e di rispondere in modo puntuale alle necessità dei beneficiari, favorendo il loro benessere e la loro autonomia. Il ruolo strategico degli Ambiti Territoriali Sociali, in collaborazione con i Centri per l'Impiego e il Terzo Settore, emerge con forza quale cardine di questa rete integrata, capace di accompagnare le persone in situazioni di fragilità attraverso un percorso che tenga conto sia delle loro competenze e potenzialità, sia delle loro esigenze personali e familiari.

In prospettiva, la sfida principale sarà quella di consolidare le innovazioni introdotte e di renderle strutturali, assicurando la continuità degli interventi anche al termine dei programmi finanziati.

La creazione di un sistema informativo integrato, lo sviluppo di competenze professionali avanzate attraverso percorsi di formazione continua e l'adozione di modelli sperimentali derivanti dai progetti pilota rappresentano basi solide per un welfare moderno e resiliente.

Altrettanto importante sarà il monitoraggio costante dei risultati, accompagnato da un'attenta valutazione delle esperienze per individuare criticità e replicare le buone pratiche.

La Regione Molise, grazie alla capacità di cogliere le opportunità offerte dal PNRR (Piano nazionale di ripresa e resilienza) e dalla programmazione europea, può porsi come laboratorio di innovazione

sociale, in grado di rispondere non solo alle sfide locali ma anche di proporre modelli replicabili in contesti più ampi.

Il futuro del welfare regionale dipenderà dalla capacità di rafforzare la coesione tra territori, promuovendo un dialogo costante tra gli attori coinvolti e una visione condivisa che metta al centro il benessere delle persone, la riduzione delle disuguaglianze e la costruzione di comunità più inclusive e solidali.

Capitolo 5

Integrazione sociosanitaria

1. Integrazione sociosanitaria.

L'allocazione delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale nella Regione Molise, caratterizzata da un progressivo invecchiamento della popolazione, è fortemente condizionata dalla non autosufficienza e dalla disabilità, nonché dal peso crescente dei casi che richiedono l'applicazione di alte tecnologie e/o di alte intensità assistenziali (cronicità ad alta complessità).

Invecchiamento, cronicità e disabilità, che spesso si associano a più complessive situazioni di esclusione sociale, comportano la definizione di un modello di risposta alla domanda di assistenza, che renda il sistema più prossimo ai cittadini e ai loro bisogni. Questi fattori impongono, pertanto, la definizione di strategie di assistenza sanitaria coordinate ed integrate con azioni e prestazioni di natura socioassistenziale.

Il sistema di welfare regionale dovrebbe quindi essere caratterizzato da una forte connotazione "integrata" tra prestazioni di sostegno sociale, di assistenza alla persona, di cura e riabilitazione, capaci di rispondere anche a situazioni di deprivazione complessa nel quale vengano particolarmente valorizzati l'autonomia del paziente e la sussidiarietà orizzontale (famiglie, reti parentali, volontariato, formazioni sociali) e verticale (Comune, Regione, Stato).

Riguardo all'accesso ai servizi territoriali-distrettuali, la Regione Molise ha puntato sulla strategica presenza di una "Porta Unica di Accesso" (PUA) ai servizi sanitari e sociosanitari, funzionalmente o strutturalmente organizzata, capace di dare una risposta efficace ed immediata al paziente con un bisogno di salute e assistenza semplice, o pronto ad avviare un percorso articolato di presa in carico del paziente che presenta bisogni di salute più complessi, per i quali è necessario valutare anche la situazione familiare, sociale ed economica.

La PUA (Porta Unica di Accesso) rappresenta un modello d'assistenza, basato sulla cosiddetta "presa in carico", frutto del passaggio dal concetto del "curare" a quello del "prendersi cura" della persona nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto di riferimento.

Nell'ambito dell'organizzazione sociosanitaria, la Regione Molise in collaborazione con la ASReM può ritenere di aver effettuato durante l'ultimo periodo di programmazione, un passo importante nell'ottica di informatizzazione dei servizi. In particolar modo è stato costituito un substrato di dati inerenti la gestione del territorio che costituiscono un patrimonio informativo che va oltre le aree strettamente ospedaliere e che contribuisce all'erogazione puntuale di flussi atti a soddisfare i debiti informativi Regionali e Ministeriali.

La ASReM per raggiungere tale obiettivo si è mossa secondo le normative nazionali e regionali. Da ultimo, la Deliberazione di Giunta Regionale n. 447 del 28.11.2017 avente ad oggetto: "Definizione delle Linee guida per l'accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari e socio assistenziali: gli strumenti operativi PUA, UVM e PAI" e approvazione degli schemi di regolamento per PUA (Porta Unica di Accesso) e UVM (Unità valutativa multidisciplinare).

Le linee guida approvate dalla Regione Molise si applicano ai servizi e alle prestazioni a valenza sociosanitaria che prevedono percorsi assistenziali integrati, domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali, mediante l'erogazione congiunta di interventi afferenti l'area dei servizi sanitari e l'area dei servizi sociali, quest'ultimi come individuati nel Regolamento Regionale n.1/2015 della L.R. 13/2014, nonché in ossequio a quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 (i c.d. Nuovi LEA) per la parte relativa alla integrazione sociosanitaria. Le predette linee guida saranno oggetto di apposito aggiornamento in virtù dell'art. 24 del D.Lgs. n. 62 del 3 maggio 2024 e dell'art. 1 comma 163 della L. 234/2021. La finalità generale del documento è quella di fornire indicazioni operative e procedurali, idonee a rendere coerenti sul territorio regionale le procedure di presa in carico, tenendo conto al tempo stesso, e per quanto possibile dell'inopportunità, per un territorio limitato come quello della regione Molise, di avere differenti assetti organizzativi, che, alla prova dei fatti, ne limita la funzionalità. Obiettivo della regolamentazione è quello di disciplinare le procedure e individuare le strutture deputate alla ricezione e la decodifica del bisogno di assistenza sociale e sociosanitaria dei cittadini residenti in Molise (o domiciliati per esigenze sanitarie), alla decodifica del bisogno attraverso procedure di valutazione multidimensionale (scale e UVM), alla pianificazione della risposta assistenziale (PAI) e all'organizzazione della risposta stessa (erogazione, controllo e verifica delle prestazioni e degli interventi).

I punti chiave dell'integrazione sono rappresentati da:

- l'approccio multidisciplinare, volto a promuovere i meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie rese sia dalle professionalità oggi presenti, sia da quelle nuove da creare nei prossimi anni;
- presa in carico del paziente da parte dei servizi e delle istituzioni allo scopo di coordinare tutti gli interventi necessari al superamento delle condizioni che ostacolano il completo inserimento nel tessuto sociale, quando possibile, o che limitano la qualità della vita.

Il processo di integrazione sociosanitaria si sviluppa compiutamente attraverso la definizione dei servizi necessari per rispondere ai bisogni sanitari e sociali del territorio, realizzabile attraverso i Piani per la Salute, i Piani di Zona, il Programma delle attività territoriali e i Protocolli d'intesa Ambiti Sociali – Distretti Sanitari.

Nel rapporto tra Distretti sanitari e Ambiti Territoriali Sociali deve realizzarsi sia l'incontro tra i soggetti istituzionali responsabili dell'integrazione sociosanitaria sia lo sviluppo di modalità concrete di gestione integrata delle varie aree a cui concorrano servizi sanitari e servizi sociali attraverso un forte impulso centrale, proveniente dalla Regione.

Sulla base di queste premesse è necessario:

- prevedere servizi sociali e sanitari innovativi ed implementare quelli già esistenti, che si occupino delle esigenze specifiche della persona, della famiglia e della società in continua evoluzione;
- migliorare l'offerta di servizi;
- utilizzare strumenti di coordinamento per implementare in modo ottimale sul territorio le risorse destinate al trattamento/l'assistenza di persone con cronicità e fragilità, nel rispetto della pianificazione sociosanitaria.

Ciò comporta, di conseguenza, la necessità di attivare, da parte della Regione, una serie di azioni volte a:

- a) riorganizzazione della rete dei diversi servizi, unitamente alla garanzia della continuità assistenziale e delle specifiche esigenze di persone, famiglie e società;

- b) miglioramento dell'integrazione tra assistenza di base, medicina specialistica, strutture ospedaliere e territoriali e politiche sociali, allo scopo di offrire un modello di assistenza proattiva alla popolazione;
- c) applicazione di percorsi clinici diagnostico-terapeutici per l'assistenza di soggetti affetti da patologie croniche;
- d) redazione di un Piano assistenziale individuale per ogni paziente (PAI);
- e) l'empowerment del singolo e della popolazione;
- f) prevenzione delle patologie croniche mediante programmi di prevenzione e sostegno alla salute;
- g) tempestivo riconoscimento, mediante adeguati strumenti, delle persone con fragilità o patologie croniche;
- h) divulgazione di informazioni in merito a servizi e percorsi clinici, al fine di migliorare la gestione autonoma delle persone interessate e dei loro familiari;
- i) tempestivo accesso del soggetto e della sua famiglia alle strutture e ai servizi di assistenza più adeguati;
- j) corretta distribuzione sul territorio e adeguato utilizzo di apparecchi, tecnologie e soluzioni IT per soggetti con disabilità fisiche e/o mentali;
- k) riduzione degli accessi e degli inutili ricoveri a lungo termine nelle strutture ospedaliere di persone con patologie e fragilità croniche;
- l) supporto alla formazione professionale continua del personale sociosanitario, così come alla ricerca clinica e organizzativa.

Il modello dell'integrazione sociosanitaria che la Regione Molise intende costruire non prevede una "linea di produzione" sociosanitaria, ma propone di mettere in atto un sistema integrato dei servizi sociali e sanitari, inseriti in una rete e gestiti insieme dai soggetti istituzionali a ciò preposti. Si riconosce dunque la specifica competenza in ambito sanitario dell'ASReM, attuata attraverso l'azione dei Distretti sanitari, mantenendo la competenza dei Comuni nell'erogazione dei servizi sociali, favorendo forme di programmazione.

Tutto quanto sopra riportato è possibile implementando l'integrazione funzionale tra i servizi sanitari e sociali, con le modalità previste dall'attuale normativa (Piani attuativi locali, accordi di programma tra i Comuni e le ASL, Piani delle attività territoriali, etc.), per il raggiungimento di obiettivi comuni tramite la concertazione degli interventi e la condivisione delle risorse.

Si rende necessario, inoltre, garantire, in tutti i Distretti sanitari e gli Ambiti Territoriali Sociali, con uniformità di procedure, la valutazione multidimensionale dei pazienti fragili e l'attuazione del piano personalizzato di assistenza tramite il concorso di professionalità sanitarie e sociali per affrontare i bisogni complessi.

E' importante promuovere la partecipazione alla rete sociosanitaria dei gruppi formali ed informali presenti sul territorio e del privato, valorizzando il ruolo della famiglia, lì dove presente in modo da renderli partecipi delle attività poste in essere dagli Enti di riferimento sanitari e sociali.

Realizzare concretamente una programmazione partecipata ed integrata, sulla base della condivisione di obiettivi e priorità d'intervento sociale e al tempo stesso sanitario, in relazione ai quali destinare le risorse disponibili in capo a ciascun comparto deve rappresentare punto di arrivo di tutta la programmazione sociosanitaria.

Il nuovo DPCM del 12.01.2017 prevede al Capo IV (Articoli 21-35) le norme riguardanti l'assistenza sociosanitaria. Il provvedimento individua e descrive le diverse tipologie di assistenza caratterizzate da diversi livelli di complessità ed impegno assistenziale, ai quali corrispondono diversi percorsi assistenziali, confermando sostanzialmente quanto già previsto precedentemente, se non per

l'introduzione delle cure palliative domiciliari, del servizio di neuropsichiatria infantile, non menzionati dal D.P.C.M. del 2001, e l'estensione dell'area delle dipendenze a tutte le dipendenze patologiche e i comportamenti di abuso (fra queste anche la ludopatia, come fra l'altro stabilito dall'art. 5 del decreto legge 158/2012).

2. La presa in carico unica

Con il DM 77 del maggio 2022 il Ministero della Salute ha approvato il “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”.

Si tratta di un decreto molto importante ed atteso perché per la prima volta vengono:

- forniti gli standard strutturali, tecnologici ed organizzativi per l’assistenza territoriale;
- introdotti modelli organizzativi ed assistenziali nuovi come le Case della Comunità, le COT (Centrali operative territoriali), etc;
- forniti il contesto organizzativo e professionale entro il quale si sviluppano gli investimenti del PNRR.

Con il DCA 25 del 26.5.2022 la Regione Molise ha decretato il “Piano Operativo Regionale per gli investimenti derivati dalla Missione 6 del PNRR e il programma dei obiettivi previsti dall’investimento Ministeriale”.

Il decreto, anche per l’accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari e socioassistenziali, interviene in un quadro normativo, regolamentare e programmatico previsto dal PNRR sufficientemente organico ed esaustivo. Vuole rappresentare, pertanto, per l’intero territorio regionale un punto di riferimento omogeneo, con l’obiettivo di supportare i Distretti sanitari e gli Ambiti sociali nel continuo processo di messa a sistema degli strumenti qui descritti.

Si applica ai servizi e alle prestazioni a valenza sociosanitaria che prevedono percorsi assistenziali integrati, domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali, mediante l'erogazione congiunta di interventi afferenti all'area dei servizi sanitari e all'area dei servizi sociali, quest'ultimi come individuati nel Regolamento Regionale n.1/2015 della L.R. 13/2014, nonché in ossequio a quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 (i c.d. Nuovi LEA) per la parte che qui rileva.

La finalità generale del presente documento è anche quella di fornire indicazioni operative e procedurali, idonee a rendere coerenti sul territorio regionale le procedure di presa in carico, tenendo conto - al tempo stesso, e per quanto possibile - dell’inopportunità, per un territorio limitato come quello della regione Molise, di avere differenti assetti organizzativi, che, alla prova dei fatti, ne limita la funzionalità.

Qui si intende anche sottolineare l’esigenza, scaturita a seguito dell’approvazione del DM 77/2022, di aggiornare le procedure e individuare le strutture deputate alla ricezione e la decodifica del bisogno di assistenza sociale e sociosanitaria dei cittadini residenti in Molise (o domiciliati sanitarmente), alla decodifica del bisogno attraverso procedure di valutazione multidimensionale (scale e UVM), alla pianificazione della risposta assistenziale (PAI) e all’organizzazione della risposta stessa (erogazione, controllo e verifica delle prestazioni e degli interventi).

Come tale si applica all’ASReM (nell’articolazione dei Distretti sanitari), agli Ambiti Territoriali Sociali del Molise, così come individuati dal presente Piano Sociale Regionale, per i servizi in gestione associata, e ai Comuni molisani per i servizi e le funzioni sociali non associate, tenuto conto, altresì,

delle caratteristiche strutturali dei due comparti e delle relative risorse economiche e strumentali a disposizione.

La rete dei servizi offerti e la programmazione regionale, l'offerta delle prestazioni e dei servizi sociosanitari nella regione Molise prevede le seguenti prestazioni:

- a) L'assistenza sociosanitaria viene prestata alle persone con bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali.
- b) Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è subordinata di norma alla valutazione multidimensionale e multidisciplinare del bisogno, alla definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e alla valutazione periodica dei risultati ottenuti.
- c) Le prestazioni, per le quali si può accedere alla PUA (Porta Unica di Accesso), sono quelle socioassistenziali previste dal Piano Sociale Regionale e dalla Legge regionale 5 maggio 2014, n. 13, nonché dal relativo regolamento attuativo, e quelle sociosanitarie previste dal DPCM 12 gennaio 2017 (Nuovi LEA Livelli essenziali di assistenza), ovvero quelle nelle quali la componente sanitaria e sociale non risultano operativamente distinguibili.
- d) Le prestazioni sociosanitarie possono essere fruite in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, sono pertanto di competenza congiunta dell'ASReM e del Comune di residenza dell'assistito, associato in Ambito sociale, e sono tutte quelle riportate nel Capo IV "Assistenza sociosanitaria" del DPCM 12 gennaio 2017.

I servizi erogati sono:

- Assistenza domiciliare: di Base, di primo livello, secondo livello, terzo livello;
- Cure Palliative domiciliari: di Base, Specialistiche;
- Assistenza semiresidenziale: assistenza sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali. Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi e attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani. Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per anziani non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi gli interventi di sollievo;
- Assistenza residenziale:
 - Attività sanitaria e sociosanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie. Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale.
 - Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali. Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi.
 - Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali. Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili privi del sostegno familiare.
 - Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone affette da AIDS. Cura, riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungo-assistenza in regime residenziale a favore di persone affette da AIDS.

3. I programmi finanziati

Banco di prova, nei prossimi anni, dell'applicazione concreta dei principi di presa in carico unica e di progetto di vita (evoluzione del PAI) saranno le azioni previste dal Programma Nazionale di promozione dell'Equità in Salute (PNES), finanziato dal Ministero della Salute a valere su risorse europee (FESR e FSE Fondo sociale europeo).

Il Programma ha due componenti principali: la prima è dedicata al contrasto alla povertà in sanità ed è programmato, per un valore complessivo per la Regione Molise di circa 3 milioni di euro, dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP). L'Istituto è un ente pubblico oggi centro di riferimento della rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo sociosanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, nonché centro nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario.

La seconda componente, programmata dalla Regione Molise (come Organismo Intermedio), del valore di circa 6,5 milioni di euro, ha come obiettivi il rilancio dei consultori familiari, l'arruolamento di popolazioni disagiate ai programmi di screening e l'implementazione dello strumento del "budget di salute" in favore degli utenti e dei pazienti dei centri di salute mentale della regione.

Le azioni, a spiccato valore sociosanitario, come si diceva, consentiranno ai Distretti Sanitari e agli Ambiti Territoriali Sociali di declinare, fattivamente e concretamente, i principi della presa in carico comune, anche grazie all'esperienza di collaborazione che le PUA (Porta Unica di Accesso) e le UVM (Unità valutativa multidisciplinare) hanno maturato nello scorso ciclo di programmazione, soprattutto nel campo della non autosufficienza e dell'assistenza domiciliare.

Queste le azioni e gli interventi delle due componenti del PNES (Programma nazionale Equità nella Salute):

Piano povertà (a gestione INMP)

Progetti	TOTALE max Euro
Costituzione delle equipe multidisciplinari per attività clinica	1.127.000,00 €
Dotazione di farmaci ed erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitari	594.027,21 €
Co-progettazione realizzata da ETS e ASL funzionale all'erogazione delle prestazioni	53.130,00 €
Mediazione di sistema	12.236,00 €
Investimento strutturale, tecnologico, strumentale e di risorse umane funzionale alla implementazione delle attività di <i>outreach</i>	641.422,79 €

Acquisizione di protesi odontoiatriche per persone in povertà sanitaria	505.540,00 €
Produzione di materiale per attività di educazione sanitaria presso la popolazione target	12.880,00 €
Totale	2.946.236,00

Piano Equità (a gestione Regione Molise)

Aree tematiche	Numero progetti	Risorse assegnate	Eventuale cofinanziamento
Povertà sanitaria	0	€ 0	€ 0,00
Il genere al centro della cura	3	€ 1.381.000,00	€ 0,00
Prendersi cura della salute mentale	3	€ 3.300.000,00	€ 0,00
Maggiore copertura degli screening oncologici	4	€ 1.869.072,00	€ 0,00
TOTALE	10	€ 6.550.072,00	€ 0,00

Capitolo 6

Sistema informativo sociale e sociosanitario

L'esistenza di un sistema informativo coordinato tra i vari livelli di governo e integrato rispetto all'insieme delle politiche di settore deve essere basata su principi di sostenibilità per gli operatori che devono farsi carico di alimentarlo, semplicità e interoperabilità e costituisce elemento essenziale per il monitoraggio e il rafforzamento dei servizi a livello regionale e all'interno dei singoli ATS.

Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali che un sistema informativo adeguato deve:"

- a) Disporre di un vasto patrimonio di informazioni da utilizzare a supporto delle decisioni e della programmazione degli interventi in materia di politiche sociali e sociosanitarie;
- b) Disporre di un sistema informativo integrato e di documentazione utile alla conoscenza degli esiti dei processi e quindi alla valutazione ed all'eventuale ridefinizione degli interventi;
- c) Disporre delle informazioni necessarie per il monitoraggio delle condizioni di benessere e di bisogni dei cittadini, con particolare riferimento ai target più vulnerabili;
- d) Disporre di informazioni aggiornate per poter intercettare aree di vulnerabilità e di disparità territoriali nelle possibilità di accesso ai servizi;
- e) Disporre delle informazioni necessarie per il monitoraggio della spesa sociale e la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi;
- f) Monitorare il rispetto dei LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali);
- g) Rafforzare i controlli sulle prestazioni indebitamente percepite;
- h) Costruire la migliore gestione degli interventi e delle prestazioni, associate ad una presa in carico del servizio sociale professionale, grazie alla disponibilità di informazioni aggregate relative alle condizioni economiche e sociali individuali e alle prestazioni erogate;
- i) Garantire un processo di miglioramento continuo degli interventi grazie alla possibilità che i dati singoli e aggregati offrono di tracciare i processi di intervento e di documentare gli esiti che tali processi hanno contribuito a raggiungere;
- j) Garantire ai beneficiari una reale partecipazione ai progetti che li riguardano, potendo accedere alla documentazione relativa ai loro processi di "presa in carico"."

Per raggiungere tali obiettivi è prevista la predisposizione di una Cartella sociale informatizzata che dovrà essere utilizzata da tutte le Regioni/Pa e che consentirà una gestione uniforme dei flussi informativi su tutto il territorio nazionale.

I contenuti della Cartella sono in fase di definizione e formeranno oggetto di una specifica direttiva ministeriale; i costi per la messa a regime della Cartella stessa saranno garantiti dal Ministero del Lavoro e delle politiche sociali.

Va evidenziato che, in attuazione dell'art.34 della L.R. 13/2014, tutti gli ATS si sono dotati di un proprio sistema informativo. Anche se i modelli non sono uniformi hanno fin qui consentito la trasmissione dei dati, delle rendicontazioni e delle relazioni intermedie e finali al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, con particolare riferimento al SIOSS (Sistema Informativo dei Servizi Sociali).

In sede di attuazione del presente Piano sociale andrà implementata l'interoperabilità dei sistemi in uso per consentire l'accesso a tutte le piattaforme digitali dei soggetti accreditati al sistema sociale e del lavoro.

Osservatorio regionale delle politiche sociali

Proposta di Strutturazione e Funzionamento dell'Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali del Molise

1. Contesto e Finalità

L'Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali del Molise si propone come un organo strategico per la conoscenza, il monitoraggio e la pianificazione delle politiche sociali sul territorio. Nasce dall'esigenza di garantire una programmazione basata su evidenze scientifiche, capace di rispondere tempestivamente alle esigenze della popolazione e di promuovere l'equità e l'inclusione sociale. Il suo ruolo è cruciale per garantire la qualità, l'efficacia e la sostenibilità del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

2. Obiettivi Strategici

1. **Supporto alla programmazione e alla gestione:** Fornire analisi puntuali e integrate per agevolare la pianificazione degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) e l'elaborazione dei Piani Sociali di Zona.
2. **Monitoraggio continuo:** Valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi sociali e l'impatto delle politiche sul benessere delle comunità locali.
3. **Trasparenza e partecipazione:** Favorire il coinvolgimento degli stakeholder e dei cittadini nella definizione e nella valutazione delle politiche pubbliche.
4. **Integrazione intersettoriale:** Promuovere la cooperazione tra servizi sociali, sanitari, educativi e lavorativi, in linea con i principi della legge quadro 328/2000.

3. Necessità di Collaborazione con Professionisti Esterni

L'Osservatorio dovrà avvalersi del contributo di esperti esterni per garantire un approccio multidisciplinare e innovativo:

- **Università e centri di ricerca:** Per analisi avanzate, modelli predittivi e studi su fenomeni emergenti.
- **Professionisti del terzo settore:** Per una conoscenza approfondita delle dinamiche locali e delle comunità.
- **Esperti di monitoraggio e valutazione:** Per sviluppare indicatori di performance e metodologie di valutazione d'impatto.
- **Consulenti in digitalizzazione e data analysis:** Per garantire un uso efficace delle tecnologie e dei big data.

Questa collaborazione permette di integrare conoscenze accademiche, esperienze operative e innovazioni tecnologiche, migliorando la capacità dell'Osservatorio di rispondere alle sfide del territorio.

4. Funzioni Principali

- **Raccolta dati:** Gestione di banche dati sui servizi sociali, in collaborazione con il Sistema Informativo dei Servizi Sociali), SIUSS (sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali).
- **Analisi e reporting:** Produzione di report periodici su indicatori demografici, economici e sociali.
- **Supporto decisionale:** Elaborazione di scenari e proposte per migliorare l'efficacia delle politiche.
- **Monitoraggio dei LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali):** Verifica dell'attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali su scala regionale.

5. Strumenti Operativi

- **Piattaforme digitali:** Sistemi interoperabili per raccogliere e analizzare dati in tempo reale.
- **Indicatori di performance:** Strumenti per misurare l'efficacia e l'impatto delle politiche sociali.
- **Forum e incontri pubblici:** Spazi di confronto con cittadini, enti locali e organizzazioni del terzo settore.

6. Benefici Attesi

1. **Miglioramento della pianificazione:** Decisioni più informate grazie a una base dati solida e aggiornata.
2. **Riduzione delle disuguaglianze:** Interventi mirati per contrastare la povertà e l'esclusione sociale.
3. **Integrazione dei servizi:** Una rete più coesa tra servizi sociali, sanitari ed educativi.
4. **Partecipazione attiva:** Maggior coinvolgimento della società civile nel processo decisionale.

7. Finanziamento e Sostenibilità

L'Osservatorio sarà finanziato attraverso:

- L'1% delle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS) destinate alle azioni di sistema.
- Cofinanziamento regionale per garantire la sostenibilità economica e progettuale.
- Collaborazioni con partner privati e accesso a fondi nazionali ed europei per progetti specifici.

8. Integrazione con le Politiche Regionali e Nazionali

L'Osservatorio sarà in linea con:

- Il Piano Sociale Nazionale 2024-2026, che enfatizza la co-progettazione e il monitoraggio dei LEPS (Livelli essenziali prestazioni sociali).
- Il Piano Regionale 2020-2022, con un focus su interventi integrati e reti di collaborazione.
- Le strategie del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), per il rafforzamento della resilienza territoriale.

9. Coinvolgimento degli ATS

Gli Ambiti Territoriali Sociali saranno attori chiave nella fornitura di dati e nella definizione delle priorità territoriali. La collaborazione tra ATS e Osservatorio garantirà un monitoraggio capillare delle necessità locali e una risposta coordinata alle emergenze sociali.

10. Innovazione e Resilienza

L'Osservatorio adotterà un approccio proattivo e innovativo, sfruttando tecnologie avanzate per il monitoraggio e l'analisi predittiva. Sarà inoltre un centro di competenza per gestire situazioni di crisi, come emergenze sanitarie o sociali, rafforzando la resilienza del sistema regionale di welfare.

Conclusioni

L'Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali rappresenta un elemento essenziale per garantire un sistema di welfare moderno, inclusivo e sostenibile. Il coinvolgimento di esperti esterni, combinato con l'utilizzo di strumenti avanzati e un forte legame con il territorio, assicurerà interventi più efficaci e una maggiore equità sociale. La sua riattivazione segnerà un passo cruciale verso una governance sociale basata su conoscenza, innovazione e partecipazione.

CAPITOLO 8

Sistema Regionale di Valutazione

La Regione intende elaborare e condividere con gli Enti Locali e tutti i soggetti coinvolti nella programmazione un sistema di valutazione in merito alla rete dei servizi degli Ambiti sociali per mezzo di specifici strumenti che, in maniera continuativa, descrivano le principali azioni, i progetti ed i servizi presenti sul territorio ed un sistema di valutazione che misuri l'efficacia delle scelte programmatiche e degli interventi realizzati.

Il Sistema Regionale di Valutazione, strettamente interconnesso con il sistema informativo e l'Osservatorio regionale delle politiche sociali, si pone come obiettivo l'individuazione e la condivisione di strumenti per la raccolta dei dati, di indicatori che consentano comparazioni e raffronti temporali e richiede l'impegno da parte di tutti gli attori coinvolti nel fornire le informazioni e nel rielaborarle, anche al fine di costruire uno strumento utile sia agli amministratori, per riorientare la loro azione, sia ai cittadini per conoscere i servizi attivati, le scelte organizzative e gli effetti prodotti.

Si tratta di un percorso di ricerca che intende evidenziare, confermare e correggere le strade scelte ed intraprese, fino a diventare parte integrante e qualificante di una politica sociale e va inteso come un'occasione di crescita e di miglioramento continuo a più livelli, pur configurandosi come una attività di controllo sulla efficacia delle politiche e sulla correttezza dei processi.

La complessità insita in tale modalità di valutazione dipende dal fatto che ad ogni passo si determinano effetti sul sistema complessivo, per cui si tratta di continuare a riproporre un confronto su senso e finalità del lavoro svolto, affinché intorno ad esso si sviluppi quella necessaria attenzione di tutti i soggetti coinvolti, al fine di garantirne la realizzazione, l'accoglimento e la considerazione.

Il Sistema Regionale di Valutazione è il frutto della costruzione di una programmazione che mira ad essere congruente, progressiva, rispondente alle esigenze di contesto, attenta ai segnali inattesi, orientata agli obiettivi.

Perché la valutazione sia efficace è necessario adottare una prospettiva di costruzione progressiva dell'indagine e dell'esplorazione che può rendersi necessario riformulare in itinere.

Si tratta di procedere costruendo un vero e proprio processo, tenendo come riferimento alcune coordinate di metodo. In avvio del lavoro vero e proprio di valutazione diventa indispensabile un'esplorazione preliminare per dar forma ad una ipotesi di valutazione.

È necessaria un'iniziale condivisione, con i soggetti coinvolti, delle finalità e degli obiettivi del progetto di ricerca valutativa nel suo complesso.

Vanno considerate le caratteristiche e le responsabilità dei soggetti presenti nel contesto, le aspettative, le motivazioni e le precondizioni che possano favorire una concertazione relativa ad aspetti e questioni da considerati concretamente nel lavoro valutativo.

COMPOSIZIONE AMBITI TERRITORIALI SOCIALI DELLA REGIONE MOLISE (Allegato 1)

Tab. 1 - ATS BASSO MOLISE (ex ATS Termoli + ex ATS Larino): 93.642 abitanti, 33 comuni

<i>N.</i>	<i>COMUNE</i>	<i>POP.</i>	<i>SUP.</i>	<i>DENSIT</i>	<i>ALTITUDINE</i>
1	Acquaviva Collecroce	558	28,34	20	425
2	Campomarino	7854	76,41	103	52
3	Casacalenda	1849	66,91	28	641
4	Castelmauro	1148	44,08	26	692
5	Civitacampomarano	308	38,23	7,61	520
6	Colletorto	1648	36,81	45	515
7	Guardialfiera	942	43,26	22	285
8	Guglionesi	4880	101,19	48	369
9	Larino	6324	88,66	71	341
10	Lupara	400	25,46	16	505
11	Mafalda	1091	32,71	33	459
12	Bonefro	1195	31,83	37	620
13	Montecilfone	1227	22,58	54	405
14	Montefalcone nel Sannio	1352	32,4	42	659
15	Montelongo	289	12,98	23	591
16	Montemitro	283	16,35	17	508
17	Montenero di Bisaccia	6235	93,02	67	273
18	Montorio nei Frentani	350	31,02	11	654
19	Morrone del Sannio	516	46,26	11	839
20	Palata	1498	43,97	34	520
21	Petacciato	3511	35,52	98	225
22	Portocannone	2314	13,22	175	148
23	Provvidenti	101	14,39	6,88	570
24	Ripabottoni	430	32,23	13	654
25	Rotello	1120	70,72	16	360
26	San Felice del Molise	544	24,24	22	548
27	San Giacomo degli S.	1372	11,51	119	169
28	San Giuliano di Puglia	975	41,19	24	452
29	San Martino in Pensilis	4475	101,65	44	281
30	Santa Croce di Magliano	3915	53,54	73	608
31	Tavenna	581	21,81	27	550
32	Termoli	31957	55,06	581	15
33	Ururi	2400	31,19	77	262
	TOTALE	93.642,00	1.418,74		

Tab. 2 - ATS ALTO MOLISE (ex ATS Isernia + ex ATS Agnone + ex ATS Venafro): 79.236 abitanti, 52 comuni

<i>N.</i>	<i>COMUNE</i>	<i>POP.</i>	<i>SUP.</i>	<i>DENSIT</i>	<i>ALTITUDINE</i>
1	Acquaviva d'Isernia	352	13,76	26	730
2	Agnone	4602	96,03	48	830
3	Bagnoli del Trigno	621	37,11	17	660
4	Belmonte del Sannio	626	20,97	30	864
5	Cantalupo nel Sannio	713	15,78	45	588
6	Capracotta	774	42,48	18	1421
7	Carovilli	1242	41,33	30	860
8	Carpinone	1017	32,39	31	636
9	Castel del Giudice	305	14,91	20	800
10	Castel San Vincenzo	433	21,8	20	749
11	Castelpetroso	1516	22,9	67	872
12	Castelpizzuto	131	15,33	8,41	836
13	Castelverrino	93	6,15	15	600
14	Cerro al Volturno	1120	23,41	48	572
15	Chiauci	198	15,83	13	868
16	Civitanova del Sannio	874	49,75	18	655
17	Colli a Volturno	1265	25,24	50	408
18	Conca Casale	162	14,57	11	657
19	Filignano	567	30,63	18	460
20	Forlì del Sannio	632	32,22	20	610
21	Fornelli	1792	23,29	77	530
22	Frosolone	2781	49,52	56	894
23	ISERNIA	20684	69,27	299	423
24	Longano	626	27,08	23	700
25	Macchia d'Isernia	1028	17,61	58	360
26	Macchiagodena	1626	34,22	48	864
27	Miranda	934	22,38	42	860
28	Montaquila	2282	25,61	89	460
29	Montenero Val Cocchiara	477	22,24	22	950
30	Monteroduni	2121	37,2	57	468
31	Pesche	1477	12,94	114	732
32	Pescolanciano	788	34,65	23	819
33	Pescopennataro	229	18,67	13	1190
34	Pettoranello del Molise	446	15,77	28	737
35	Pietrabbondante	598	27,42	22	1027
36	Pizzone	301	33,73	8,89	730
37	Poggio Sannita	559	25,83	22	705
38	Pozzilli	2172	34,12	63	235
39	Rionero Sannitico	958	29,35	33	1051
40	Roccamandolfi	817	53,25	15	850
41	Roccasicura	472	29,04	16	758
42	Rocchetta a Volturno	1063	23,43	45	540
43	San Pietro Avellana	408	44,38	9,24	960
44	Sant'Agapito	1339	16,05	84	547
45	Sant'Angelo del Pesco	317	15,67	21	805
46	Sant'Elena Sannita	281	13,9	21	780
47	Santa Maria del Molise	662	17,05	39	650

48	Scapoli	584	18,81	31	611
49	Sessano del Molise	682	25,64	26	796
50	Sesto Campano	2129	34,96	61	323
51	Vastogirardi	592	60,94	9,78	1200
52	Venafro	10768	46,87	230	222
	TOTALE	79.236,0	1.533,48		

Tab. 3 - ATS MEDIO MOLISE (ex ATS CB + ex ATS Riccia-Bojano): 116,346 abitanti, 51 comuni

N.	COMUNE	POP.	SUP. KM2	DENSITA	ALTITUDINE	NOTE
1	CAMPOBASSO	47.418	56	847	701	
2	Baranello	2.464	24,99	98,60	610	
3	Bojano	7.535	53,15	142	482	
4	Busso	1.158	23,38	50	756	
5	Campochiaro	580	35,82	16	750	
6	Campodipietra	2.425	19,93	122	520	
7	Campolieto	846	24,8	35	735	
8	Casalciprano	444	20,13	22	658	
9	Castelbottaccio	235	11,55	20	618	
10	Castellino del Biferno	421	15,29	28	450	AD OGGI Fuoriuscito dall'ATS
11	Castropignano	864	26,54	33	619	
12	Cercemaggiore	3.616	57,28	63	930	
13	Cercepiccola	640	16,66	38	679	
14	Colle d'Anchise	738	15,82	47	649	
15	Duronia	393	22,63	17	918	
16	Ferrazzano	3.330	16,58	201	872	
17	Fossalto	1.153	28,72	40	511	
18	Gambatesa	1.277	43,37	30	468	
19	Gildone	752	29,75	25	608	
20	Jelsi	1.590	28,83	56	580	
21	Guardiaregia	689	43,32	16	730	
22	Limosano	672	28,77	23	617	
23	Lucito	632	31,45	20	480	
24	Macchia Valfortore	470	26,57	18	477	
25	Matrice	1.044	20,09	52	690	
26	Mirabello Sannitico	2.036	21,76	94	600	
27	Molise	145	5,22	28	868	
28	Monacilioni	464	27,31	17	606	
29	Montagano	976	26,16	37	801	
30	Oratino	1.699	17,95	95	795	
31	Petrella Tifernina	1.033	26,55	39	651	
32	Pietracatella	1.234	50,42	24	666	
33	Pietracupa	205	10,1	20	695	
34	Riccia	4.792	70,08	68	710	
35	Ripalimosani	3.004	33,9	88	640	
36	Roccavivara	608	21,18	29	650	
37	Salcito	633	28,11	22	678	
38	San Biase	134	11,89	11	804	
39	San Giovanni in G.	506	19,48	26	552	
40	San Giuliano del S.	981	24	41	621	
41	San Massimo	823	27,32	30	630	
42	San Polo Matese	456	15,21	30	730	
43	Sant'Angelo	299	16,82	18	894	
44	Sant'Elia a Pianisi	1.521	67,78	23	666	
45	Sepino	1.817	61,66	30	698	
46	Spinete	1.175	17,84	66	600	

47	Torella del Sannio	700	16,65	42	837	
48	Toro	1.221	24,23	50	588	
49	Trivento	4.351	73,93	59	599	
50	Tufara	776	35,53	22	420	
51	Vinchiaturò	3.371	35,08	96	620	
	TOTALE	116.346	1.532,57			

Grafico nuova organizzazione ATS (Basso, Alto e Medio Molise)



Punti di Forza

1. Capacità di Assicurare Accesso ai Servizi Sociali di Base

La Regione Molise ha dimostrato un impegno significativo nello sviluppo di politiche sociali mirate a garantire l'accesso ai servizi essenziali, ponendo particolare attenzione alle fasce più vulnerabili della popolazione. Questo obiettivo è perseguito attraverso un sistema integrato di interventi che mirano a rispondere alle esigenze di cittadini in condizioni di fragilità, con un'attenzione specifica per anziani, persone con disabilità e famiglie con carichi di cura gravosi.

Nel 2021, il servizio sociale professionale della regione ha raggiunto un totale di 10.120 residenti, pari al 3,5% della popolazione totale di circa 290.000 abitanti, dimostrando un'efficace capacità di intercettare e supportare situazioni di disagio. Tra i principali strumenti utilizzati vi è il Segretariato Sociale, che nello stesso anno ha registrato 6.549 accessi, confermandosi il principale punto di contatto per l'orientamento e l'accesso ai servizi sociali. Il Segretariato Sociale svolge un ruolo cruciale nell'offrire informazioni, orientamento e collegamento con i servizi territoriali, con un focus particolare su anziani e persone con disabilità, garantendo loro un canale diretto di supporto.

La conformazione geografica del Molise, caratterizzata da territori montuosi, strade interpoderali e collegamenti limitati con i mezzi pubblici, rappresenta una sfida significativa per l'accessibilità. In risposta, il Segretariato Sociale ha adottato misure flessibili, tra cui l'apertura periodica di sportelli di cittadinanza, organizzati in base alle esigenze della popolazione, con possibilità di accesso su appuntamento in caso di particolari necessità. Questo approccio territoriale mira a ridurre le barriere geografiche, favorendo una maggiore inclusione sociale.

Un altro elemento critico che sottolinea l'importanza di politiche sociali mirate è rappresentato dall'alto indice di dipendenza demografica (misura il rapporto tra la popolazione in età non lavorativa e la popolazione "attiva", in età lavorativa in un determinato territorio). Questo indice fornisce informazioni utili sulla pressione economica e sociale esercitata dalle fasce di popolazione non produttive sulle persone in età lavorativa, che varia tra il 50% e il 69,4% nelle diverse aree regionali. Questo dato evidenzia un significativo squilibrio tra la popolazione attiva e le persone a carico (soprattutto anziani), accentuando la pressione sulle risorse assistenziali e richiedendo un rafforzamento dei servizi di welfare locale.

L'esperienza della Regione Molise rappresenta un esempio concreto di politiche sociali integrate, in cui l'adozione di strumenti flessibili e territorialmente orientati risponde alle necessità di una popolazione con bisogni complessi. Tuttavia, per affrontare le sfide future, sarà fondamentale:

1. Potenziare i servizi di prossimità, con soluzioni innovative come l'utilizzo di tecnologie digitali per facilitare l'accesso remoto ai servizi;
2. Rafforzare il coordinamento tra enti locali e servizi regionali, per garantire un'erogazione omogenea dei servizi sociali;
3. Promuovere politiche di prevenzione del disagio sociale, attraverso l'attivazione di percorsi educativi e formativi per le fasce più giovani, riducendo la dipendenza assistenziale.

Con queste azioni, la Regione può rafforzare ulteriormente il proprio sistema di welfare, assicurando un sostegno più capillare e inclusivo alle comunità locali.

2. Supporto Esteso di Assistenza Domiciliare per la Popolazione Anziana e Disabile

Il Molise si distingue per un sistema di assistenza domiciliare che rappresenta un punto di forza del welfare regionale, rispondendo in modo efficace alle esigenze di una popolazione con un alto indice di vecchiaia, tra i più elevati in Italia (240% a livello regionale, con picchi del 372% nell'area dell'Alto

Molise). La conformazione geografica del Molise, in particolare nelle zone montane e rurali, rappresenta una difficoltà significativa per la copertura dei servizi. Le aree montane soffrono di limitata accessibilità ai servizi a causa della dispersione demografica e della carenza di infrastrutture, che complicano il raggiungimento degli utenti più isolati. Tuttavia, la Regione ha saputo affrontare queste criticità attraverso una forte integrazione tra i servizi.

Nel 2021, il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) hanno supportato 2.224 utenti, dimostrando un'efficace capacità di gestione e una rete organizzativa solida. I servizi SAD e ADI offrono una risposta personalizzata che favorisce la permanenza degli anziani e dei disabili nella propria casa, mantenendo il legame con il territorio e riducendo la necessità di ricoveri in RSA. Un elemento di grande valore è la possibilità di garantire dimissioni protette, accompagnando il paziente nel passaggio dall'ospedale al domicilio e preservandone autonomia e qualità della vita.

Questo approccio dimostra come la Regione riesca a trasformare le proprie sfide in opportunità, promuovendo un modello di welfare che si distingue per inclusività, sostenibilità e attenzione alle specificità territoriali.

3. Disponibilità di Strutture Residenziali e Semi-Residenziali per Anziani

Il Molise, pur non raggiungendo la media nazionale in termini di disponibilità di strutture residenziali per anziani, si distingue per l'impegno costante nel supportare questa fascia fragile della popolazione. Attualmente, la regione offre 1.878 posti letto dedicati agli anziani e alle persone con fragilità, coprendo circa l'11,07% della popolazione anziana non autosufficiente. Sebbene questo dato evidenzia una copertura inferiore rispetto alle regioni del Centro-Nord, il Molise ha sviluppato una rete infrastrutturale capace di rispondere con qualità e prossimità alle esigenze dei cittadini, con un impegno continuo per potenziare l'offerta residenziale.

Un punto di forza del sistema regionale è la capacità delle infrastrutture residenziali di mantenere gli anziani all'interno del territorio, evitando trasferimenti fuori regione, che risulterebbero non solo più onerosi economicamente, ma anche destabilizzanti dal punto di vista sociale e relazionale. Accanto alle strutture residenziali, il Molise ha sviluppato un sistema di servizi semi-residenziali, che rappresentano una soluzione flessibile e innovativa: queste strutture offrono supporto agli anziani che necessitano di assistenza parziale, preservandone l'autonomia e garantendo un forte legame con la comunità. Questo approccio ibrido è particolarmente efficace per rispondere ai bisogni di una popolazione che desidera mantenere uno stile di vita indipendente il più a lungo possibile, senza rinunciare alla sicurezza di un supporto professionale.

4. Modello di Governance Partecipativa e Coinvolgimento dei Cittadini

Il Molise si distingue per un approccio partecipativo nella governance delle politiche sociali, che coinvolge attivamente cittadini, enti locali e attori del terzo settore nel processo decisionale. Questo modello inclusivo migliora la trasparenza e garantisce che le politiche adottate siano strettamente allineate con i bisogni concreti della popolazione, rafforzando al contempo la fiducia tra istituzioni e comunità.

Nel quadro del Piano Sociale Regionale 2025-2027, il Molise ha promosso una rete strutturata di collaborazione che integra istituzioni pubbliche, enti del terzo settore e comunità locali. Questo approccio mira a potenziare la coesione sociale e a ridurre le disuguaglianze territoriali, con particolare attenzione alle aree rurali, che storicamente soffrono di minore accesso ai servizi. La partecipazione attiva dei cittadini e degli stakeholder locali contribuisce a creare un contesto socioeconomico resiliente e coeso, in cui tutti possono sentirsi protagonisti dello sviluppo del territorio.

Un esempio significativo di questa governance partecipativa è rappresentato dall'integrazione dei Livelli Essenziali di Prestazione Sociale (LEPS) nel sistema assistenziale regionale. Questa

integrazione ha permesso di strutturare interventi specifici in cinque ambiti di bisogno prioritari, tra cui l'accesso ai servizi, la presa in carico dell'utenza e le misure per il sostegno alla domiciliarità. Grazie a questa metodologia, il Molise è riuscito a garantire una gestione più mirata e personalizzata dei servizi sociali, assicurando una copertura progressivamente più omogenea su tutto il territorio regionale. L'efficacia degli interventi è stata potenziata attraverso un'attenta pianificazione che valorizza il contributo delle comunità locali e l'interazione tra attori pubblici e privati.

5. Iniziative di Integrazione dei Servizi Socio-Sanitaria

A seguito delle criticità emerse durante la pandemia del 2020, il Molise ha compiuto passi significativi verso una più stretta integrazione tra servizi sociali e sanitari, con l'obiettivo di garantire una continuità assistenziale efficace per la popolazione anziana e fragile. Questa strategia mira a rispondere alle esigenze complesse dei cittadini, riducendo al contempo la pressione sui servizi ospedalieri e rafforzando la rete territoriale di prossimità. Un ruolo centrale in questo modello è svolto dagli operatori di Segretariato Sociale, dai Medici di Medicina Generale e dagli Enti del Terzo Settore, che, grazie alla loro presenza capillare, agiscono come "sentinelle" in grado di intercettare precocemente situazioni di vulnerabilità.

Attualmente, il Molise deve ancora far fronte a una significativa mobilità sanitaria extraregionale: il 22-24% delle prestazioni sanitarie e oltre il 52-60% dei pazienti neurochirurgici necessitano di cure fuori regione, specialmente per patologie complesse. Tuttavia, gli investimenti nella rete territoriale integrata hanno già iniziato a ridurre questa dipendenza, migliorando la gestione delle emergenze locali e la qualità dei percorsi assistenziali. I servizi domiciliari, territoriali e semi-residenziali rappresentano il fulcro di questo approccio, offrendo un supporto personalizzato e continuo che consente ai pazienti di rimanere nel proprio contesto familiare e sociale, con evidenti benefici in termini di qualità della vita.

La crescente attenzione alle patologie croniche è un ulteriore punto di forza del sistema sanitario regionale, particolarmente rilevante in una regione come il Molise, dove l'età media della popolazione è di 46,4 anni, superiore alla media nazionale di 45 anni. Questo ha portato a un miglioramento nella gestione delle malattie croniche, grazie a percorsi assistenziali integrati e a una maggiore sinergia tra servizi sociali e sanitari. L'ottimizzazione dell'erogazione delle cure sta contribuendo a rendere il sistema sanitario del Molise più autosufficiente, un passo cruciale per contenere i costi e incrementare la qualità complessiva dei servizi.

6. Promozione dell'Inclusione Sociale nelle Aree Rurali e Sviluppo di Reti Territoriali

Il piano sociale del Molise pone un'attenzione strategica alle aree rurali, spesso caratterizzate da un accesso limitato ai servizi e da minori opportunità economiche. La regione ha implementato una strategia innovativa, finalizzata a rafforzare le reti territoriali attraverso il coinvolgimento attivo degli enti locali, delle organizzazioni del terzo settore e delle comunità stesse. Questo approccio mira a ridurre le disuguaglianze territoriali, promuovendo un'inclusione sociale più efficace e mirata.

Secondo i dati del Segretariato Sociale, una quota significativa delle persone che accedono ai servizi sociali risiede in aree rurali e necessita di interventi che vadano oltre il semplice accesso ai servizi di base. Ad esempio, nel 2021, l'ATS di Riccia-Bojano ha registrato un accesso elevato, con il 23,43% dei 10.120 residenti che ha usufruito di servizi sociali a livello regionale. Tra questi, il 19,78% ha ricevuto assistenza per anziani e il 13,37% per situazioni di povertà e disagio adulto. Questi dati riflettono una domanda diversificata, che il sistema molisano affronta con interventi mirati e con una forte attenzione ai bisogni delle fasce più vulnerabili della popolazione.

Un punto di forza del piano sociale è il coinvolgimento diretto delle comunità locali, che assumono un ruolo attivo nell'individuazione delle necessità e nella collaborazione con le istituzioni per fornire risposte personalizzate. Questo modello partecipativo è particolarmente efficace in un contesto caratterizzato da disuguaglianze territoriali, in cui le aree rurali rischiano spesso di essere marginalizzate. La stretta collaborazione tra cittadini, enti pubblici e terzo settore consente di rispondere con maggiore precisione e tempestività alle esigenze specifiche di ciascun ambito

territoriale, contribuendo alla riduzione dell'isolamento e al miglioramento della qualità della vita delle persone.

7. Sostegno all'Autonomia della Popolazione Fragile con Progetti di Utilità e Formazione

Il Molise si distingue per la promozione di programmi innovativi di utilità e formazione, pensati per favorire l'autonomia economica e l'inclusione sociale delle fasce più fragili della popolazione. Grazie al coinvolgimento degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), la regione offre tirocini di inclusione sociale, orientati al reinserimento comunitario di persone in condizioni di vulnerabilità, e collabora con altri enti per garantire una presa in carico integrata dei soggetti abili al lavoro.

I tirocini di inclusione sociale, realizzati con il supporto delle organizzazioni del terzo settore e degli enti di formazione locali, rappresentano uno strumento efficace per migliorare le competenze relazionali e sociali dei partecipanti, facilitandone il reinserimento nella vita comunitaria. Secondo i dati del Segretariato Sociale, un 8,31% dei beneficiari ha ricevuto supporto per la gestione delle dipendenze, mentre il 19,27% ha usufruito di assistenza dedicata ai disabili. Questo approccio consente di rispondere in maniera multidimensionale alle esigenze sociali, affrontando situazioni complesse con interventi mirati.

Parallelamente, il Servizio Sociale Professionale collabora attivamente con i Centri per l'Impiego (CPI) per la presa in carico integrata dei beneficiari di misure come l'Assegno di Inclusione (ADI) e il Supporto per la Formazione e il Lavoro (SFL). Questa sinergia consente di individuare percorsi personalizzati per i soggetti abili al lavoro, valorizzandone le potenzialità e offrendo opportunità di formazione e inclusione lavorativa.

L'insieme di queste iniziative contribuisce non solo a migliorare le condizioni economiche e sociali dei partecipanti, ma anche a promuovere una comunità più inclusiva e resiliente. Attraverso percorsi strutturati e integrati, i cittadini svantaggiati possono acquisire strumenti per una vita più indipendente, riducendo la dipendenza dai servizi assistenziali e partecipando attivamente alla crescita economica e sociale della regione.

8. Riduzione della Dipendenza da Servizi Ospedalieri Esterni

Grazie agli sforzi di integrazione tra i servizi sociosanitari e a una maggiore capacità di gestione delle emergenze locali, il Molise ha compiuto progressi significativi nel ridurre la dipendenza dai servizi ospedalieri fuori regione. Attualmente, circa il 22-24% delle prestazioni sanitarie è ancora fornito fuori dal territorio regionale, principalmente per patologie complesse che non possono essere gestite a livello locale. Tra i casi più critici figurano i pazienti neurochirurgici, di cui circa il 52-60% necessita di assistenza extraregionale.

Questa riduzione della dipendenza è particolarmente importante per una regione come il Molise, caratterizzata da un alto indice di invecchiamento e da una crescente incidenza di malattie croniche. Gli investimenti in strutture sanitarie e in percorsi assistenziali integrati hanno permesso di migliorare la capacità del sistema regionale di offrire supporto continuo e cure specializzate a livello locale. Questi interventi non solo contribuiscono a ridurre il disagio e i costi legati ai trasferimenti fuori regione, ma garantiscono anche una maggiore vicinanza e assistenza per i pazienti anziani e fragili, preservando il loro legame con la comunità di appartenenza.

L'obiettivo strategico del Molise è creare un sistema sanitario sempre più autosufficiente, capace di rispondere in modo efficace alle esigenze complesse della popolazione. Grazie alla continuità assistenziale garantita a livello territoriale, il Molise punta a mantenere i pazienti all'interno del proprio contesto familiare e sociale, rafforzando il senso di appartenenza e riducendo le disparità nell'accesso alle cure.

Punti di Debolezza

1. Declino Demografico e Alto Tasso di Invecchiamento

Il Molise sta affrontando un marcato calo demografico e un accentuato processo di invecchiamento della popolazione. Dal 2000, la regione ha registrato una perdita di circa il 10% della sua popolazione totale, che attualmente conta circa 290.000 abitanti. L'indice di vecchiaia regionale supera il 240%, con picchi del 372% in aree come i comuni dell'Alto Molise, riflettendo la presenza di 2,4 anziani per ogni giovane sotto i 15 anni. Questo squilibrio demografico esercita una forte pressione sul sistema di welfare, chiamato a rispondere ai bisogni di una popolazione prevalentemente anziana e meno autonoma. Questa situazione riduce il numero di persone in età lavorativa, limitando le possibilità di crescita economica e di sostenibilità del sistema regionale nel lungo periodo. Inoltre, la scarsità di giovani indebolisce il tessuto sociale e richiede interventi strutturali per incentivare il rinnovamento generazionale.

2. Saldo Naturale Negativo

Il Molise registra uno dei tassi di natalità più bassi in Italia, pari a 6,4 nati ogni 1.000 abitanti, rispetto a una media nazionale di 7,6. Nel 2022, il saldo naturale della popolazione è stato negativo di circa -1.600 persone, a causa del numero di decessi nettamente superiore a quello delle nascite. Questo andamento contribuisce al progressivo spopolamento, particolarmente accentuato nelle aree rurali, e rende più difficile il ricambio generazionale. Il saldo naturale negativo incide sulla disponibilità di risorse umane per sostenere il sistema economico e sociale regionale. Senza politiche adeguate per invertire questa tendenza, il Molise rischia una crescente fragilità demografica, con un aumento delle necessità assistenziali e una riduzione della forza lavoro.

3. Elevato Tasso di Emigrazione Giovanile

Il Molise continua a essere interessato da una significativa emigrazione giovanile, con molti giovani che lasciano la regione per cercare opportunità di studio e lavoro altrove. Dal 2000 al 2022, la popolazione giovanile è diminuita di circa il 12%, principalmente a causa della mancanza di offerte lavorative adeguate. Questo fenomeno priva la regione di risorse umane fondamentali e ostacola il rinnovamento del tessuto economico e sociale. L'assenza di politiche efficaci per la conciliazione tra vita lavorativa e familiare e la limitata attrattività economica rendono difficile invertire questa tendenza, aggravando ulteriormente il declino della popolazione attiva.

4. Disoccupazione e Scarsa Diversificazione Economica

Il tasso di disoccupazione in Molise è pari al 9,5%, superiore alla media nazionale, con un picco del 30% per i giovani tra i 15 e i 24 anni. La struttura economica regionale è caratterizzata da una forte dipendenza dal settore dei servizi, che impiega oltre il 60% della popolazione attiva, mentre il settore agricolo rappresenta solo il 5,5% dell'occupazione totale. Il settore manifatturiero, invece, soffre di una produttività bassa, sostenuta principalmente da piccole e microimprese. La mancanza di opportunità di lavoro qualificate, unita a un alto tasso di abbandono scolastico, limita le prospettive di sviluppo economico, favorendo l'esodo dei giovani e accentuando la fragilità del tessuto economico regionale.

5. Povertà Elevata e Rischio di Esclusione Sociale

Molte aree del Molise, in particolare quelle rurali, presentano un'elevata incidenza di povertà relativa. Ad esempio, nell'area di Agnone (Alto Molise), si stima che l'incidenza della povertà possa superare il 20%, riflettendo disuguaglianze economiche significative e opportunità occupazionali limitate. Le

famiglie più vulnerabili accedono spesso a misure di integrazione del reddito, come il Reddito di Cittadinanza, ma non sempre riescono a beneficiare delle azioni correlate (formazione, progetti di utilità collettiva, tirocini). L'accesso limitato ai servizi essenziali e la carenza di infrastrutture nelle aree isolate amplificano il rischio di esclusione sociale e impattano negativamente sulla coesione delle comunità.

6. Servizi Sanitari Limitati e Dipendenza da Assistenza Extraregionale

Il sistema sanitario regionale presenta criticità, in particolare nella gestione di patologie complesse. Circa il 22-24% delle prestazioni sanitarie è erogato fuori regione, con una percentuale tra il 52% e il 60% dei pazienti neurochirurgici che necessita di assistenza extraregionale. Questa dipendenza da servizi esterni comporta costi aggiuntivi per il sistema sanitario regionale e difficoltà logistiche per i pazienti, soprattutto nelle aree più isolate. La scarsità di infrastrutture e servizi sanitari locali incide negativamente sull'accesso alle cure, creando disparità significative tra le aree urbane e rurali e aggravando il rischio di esclusione sanitaria per le fasce più deboli.

7. Carente Integrazione degli Stranieri

La popolazione straniera nel Molise, pur rappresentando circa il 4% del totale regionale, è scarsamente integrata, soprattutto nelle aree rurali dove spesso costituisce meno dell'1% della popolazione locale. La mancanza di servizi di mediazione linguistica e culturale e di programmi strutturati per favorire l'inclusione limita il contributo economico e sociale che questa popolazione potrebbe offrire. Questa carenza ostacola la possibilità di valorizzare gli stranieri non solo nel settore agricolo o nei servizi, ma anche in ruoli chiave come mediatori culturali e sociali, riducendo le opportunità di creare una comunità più inclusiva e coesa.

8. Mancanza di Infrastrutture per l'Assistenza alla Fragilità

Il Molise dispone di una rete limitata di strutture per l'assistenza domiciliare e residenziale, con 1.878 posti letto per anziani non autosufficienti, che coprono circa l'11,07% della popolazione anziana in questa condizione. Sebbene non esista un valore soglia nei LEA (Livelli essenziali di assistenza), questo dato è nettamente inferiore alla media di molte altre regioni italiane. La carenza di infrastrutture costringe le famiglie a sostenere un elevato carico assistenziale, con conseguenti rischi di burnout per i caregiver e tensioni familiari. L'assenza di risorse dedicate, come équipe multidisciplinari specializzate, accentua la dipendenza del Molise dai servizi esterni, con un aumento dei costi e una ridotta sostenibilità del sistema assistenziale regionale.

Opportunità

1. Ampliamento della Rete di Assistenza Domiciliare

Con l'invecchiamento progressivo della popolazione, il Molise ha l'opportunità di potenziare i servizi di assistenza domiciliare, in particolare il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Attualmente, questi servizi raggiungono 2.224 utenti, ma un incremento delle risorse, una migliore ottimizzazione gestionale e l'impiego di personale qualificato potrebbero ampliare la copertura e migliorare la frequenza degli interventi. Un'organizzazione più efficiente, ad esempio con l'assegnazione dei casi agli operatori domiciliari nei comuni di residenza dei pazienti,

garantirebbe una maggiore continuità del servizio. L'espansione dell'assistenza domiciliare ridurrebbe l'istituzionalizzazione degli anziani, mantenendoli nel proprio contesto sociale e familiare. Oltre a migliorare la qualità della vita dei residenti fragili, questa strategia renderebbe il sistema assistenziale regionale più sostenibile, rispondendo in modo efficace alle crescenti esigenze della popolazione anziana.

2. Integrazione delle Tecnologie Digitali nei Servizi Sociali

La digitalizzazione offre al Molise un'opportunità unica per migliorare l'accesso e la qualità dei servizi sociali, soprattutto nelle aree rurali e difficili da raggiungere. Strumenti come la teleassistenza e il telesoccorso potrebbero essere implementati per monitorare le condizioni di salute di anziani e disabili, consentendo un controllo continuo e interventi tempestivi in caso di emergenza. Queste tecnologie alleggerirebbero la pressione sulle strutture sanitarie locali, migliorando al contempo l'autonomia delle persone fragili. Inoltre, faciliterebbero una comunicazione più diretta tra servizi sociali e cittadini, superando le barriere logistiche e rendendo il welfare più accessibile. L'adozione della digitalizzazione si inserisce perfettamente nelle esigenze demografiche del Molise e promuove un sistema sociosanitario moderno ed efficiente.

3. Formazione di Operatori Sociali Specializzati

Investire nella formazione di professionisti altamente qualificati è essenziale per rispondere alla crescente domanda di servizi personalizzati per la popolazione vulnerabile. Attualmente, il sistema di assistenza soffre di una carenza di competenze specialistiche, in particolare nel supporto psicologico, legale, educativo e sociale. Promuovere percorsi formativi avanzati per operatori sociali, anche attraverso la costituzione di équipes multidisciplinari, rafforzerebbe l'efficacia dei servizi e garantirebbe una gestione adeguata dei casi complessi. La creazione di tavoli tecnici tra Regione, Università ed Enti di Formazione permetterebbe di strutturare percorsi condivisi e spendibili sul territorio, migliorando l'offerta locale e incentivando i giovani professionisti a restare nella regione.

4. Espansione dei Servizi di Inclusione Sociale per la Popolazione Vulnerabile

Il Molise ha l'opportunità di rafforzare i programmi di inclusione sociale rivolti a disabili, persone in condizioni di povertà e migranti, implementando progetti di utilità collettiva e percorsi formativi dedicati. Questi interventi favorirebbero l'autonomia economica e sociale dei beneficiari, riducendo la dipendenza dai servizi assistenziali e promuovendo la coesione comunitaria.

I tirocini di inclusione sociale, gestiti dai servizi sociali professionali in collaborazione con il terzo settore, rappresentano un valido strumento per sostenere il reinserimento comunitario dei soggetti vulnerabili. Parallelamente, la collaborazione tra il Servizio Sociale Professionale e i Centri per l'Impiego (CPI) per la presa in carico integrata dei beneficiari abili al lavoro può garantire percorsi personalizzati per il loro inserimento lavorativo.

Questa strategia integrata rafforza l'inclusione sociale e attiva, contrastando al contempo l'emigrazione giovanile e offrendo opportunità concrete di formazione e lavoro. Inoltre, progetti condivisi con le organizzazioni del terzo settore possono ampliare l'offerta di servizi, assicurando un supporto più capillare e mirato alle esigenze delle diverse categorie di vulnerabilità.

5. Miglioramento della Collaborazione con il Terzo Settore

Il Molise ha la possibilità di strutturare meglio la collaborazione con il terzo settore, potenziando l'efficacia dei servizi sociali. Le organizzazioni non governative e le realtà associative possono fornire risorse aggiuntive, come volontari e specialisti, e garantire una distribuzione capillare dei servizi, soprattutto nelle aree rurali. L'istituzione di tavoli tecnici e la creazione di protocolli operativi

condivisi migliorerebbero gli standard di servizio e la valutazione dell'impatto delle prestazioni, favorendo un welfare partecipativo e sostenibile.

6. Attivazione di spazi di aggregazione per la Comunità

La realizzazione di spazi di aggregazione sociale per anziani, giovani e famiglie può rafforzare il senso di comunità e ridurre l'isolamento sociale, soprattutto nelle aree rurali. La creazione di centri diurni, strutture per attività ricreative e luoghi di incontro potrebbe promuovere il dialogo intergenerazionale e offrire supporto psicologico e sociale. Questi spazi rappresenterebbero punti di osservazione privilegiati per individuare i bisogni emergenti, migliorando la qualità della vita e riducendo l'emigrazione giovanile.

7. Accesso a Fondi Europei per la Riquilificazione dei Servizi Sociali

Il Molise può utilizzare i finanziamenti europei per migliorare le infrastrutture sociali e sanitarie, aumentando la disponibilità di posti letto per anziani, migliorando i servizi per i disabili e sviluppando centri di assistenza. Questi fondi potrebbero essere impiegati per soluzioni innovative, come la digitalizzazione, contribuendo a un welfare più moderno e accessibile. L'accesso ai fondi europei consentirebbe al Molise di ridurre la dipendenza da servizi esterni, migliorando la sostenibilità del sistema assistenziale e riducendo le disuguaglianze territoriali.

8. Sviluppo di Programmi di Prevenzione e Supporto Psicosociale

Il rafforzamento dei servizi di supporto psicologico e consulenza sociale è un'opportunità chiave per prevenire situazioni di disagio e migliorare il benessere della popolazione. Programmi di prevenzione nelle scuole, nei centri di aggregazione e nei contesti comunitari possono rilevare precocemente vulnerabilità emergenti e ridurre la pressione sul sistema sanitario. Questi interventi promuoverebbero una comunità più inclusiva e resiliente, capace di affrontare le sfide socioeconomiche con un approccio preventivo e integrato.

Minacce

1. Carenza di Personale Specializzato nei Servizi Sociali

Con un'età media di 46,4 anni, superiore alla media nazionale di 45 anni, il Molise affronta un aumento delle necessità assistenziali legate all'invecchiamento della popolazione. Tuttavia, il numero di operatori sociali e sanitari qualificati non cresce proporzionalmente, creando una carenza di personale che minaccia la sostenibilità del sistema di welfare. Questa situazione è particolarmente critica nelle aree rurali, dove le risorse sono già limitate. Senza interventi mirati per attrarre, formare e trattenere nuovi operatori, il rischio è una riduzione della qualità e della tempestività dei servizi, con conseguenze dirette sull'accesso equo ai servizi sociali e sanitari per i residenti, soprattutto quelli più vulnerabili.

2. Limitata Copertura dei Servizi nelle Aree Rurali

La copertura residenziale e semi-residenziale per anziani non autosufficienti in Molise raggiunge solo l'11,07% della popolazione anziana, un dato inferiore rispetto alla media nazionale. Questa limitazione colpisce soprattutto le aree rurali, dove la carenza di infrastrutture sociali e sanitarie rende più difficile l'accesso alle cure per chi vive lontano dai centri abitati. Questa situazione accentua le disuguaglianze territoriali, lasciando molte comunità prive di un supporto adeguato. Di conseguenza, le famiglie devono spesso sopportare il carico assistenziale, con un impatto negativo sul benessere e sulla coesione

sociale. Senza un potenziamento delle infrastrutture nelle aree isolate, il Molise rischia di aggravare le disparità territoriali, compromettendo la qualità della vita per molti residenti.

3. Elevata Dipendenza dai Finanziamenti Nazionali e Regionali

Il sistema di welfare del Molise è fortemente dipendente da fondi nazionali e regionali, come il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNA). Questa dipendenza rappresenta una vulnerabilità: eventuali riduzioni o ritardi nei finanziamenti potrebbero compromettere l'efficacia e la sostenibilità del sistema assistenziale regionale. Senza una diversificazione delle fonti di finanziamento, ad esempio attraverso fondi europei o contributi privati, il Molise potrebbe non essere in grado di garantire continuità e qualità nei servizi sociali e sanitari, specialmente in un contesto di crisi economica o di restrizioni sui bilanci pubblici.

4. Rischio di Sovraccarico dei Servizi di Assistenza per Anziani

Con un indice di vecchiaia del 240% e picchi del 372% in aree come i comuni dell'Alto Molise, (Agnone, Capracotta, Pescopennataro ecc.) il Molise si trova a fronteggiare una domanda crescente di servizi di assistenza per anziani. L'attuale offerta di servizi è insufficiente a soddisfare le esigenze legate all'aumento delle cure di lungo termine, esponendo il sistema assistenziale a rischi di sovraccarico. Questa pressione potrebbe compromettere la qualità dell'assistenza e generare ritardi negli interventi, con effetti negativi sia per i pazienti che per le famiglie. Senza un'espansione delle risorse e delle infrastrutture, il Molise rischia di non essere in grado di rispondere efficacemente all'invecchiamento della popolazione.

5. Crescente Domanda di Assistenza per Malattie Croniche

L'invecchiamento demografico comporta un aumento della domanda di assistenza per patologie croniche, ma il sistema sanitario regionale fatica a gestire questa necessità. Circa il 22-24% delle prestazioni sanitarie è erogato fuori regione, e oltre il 50% dei pazienti neurochirurgici necessita di assistenza extraregionale. Questa crescente pressione sui servizi rischia di sovraccaricare il sistema locale, aumentando i costi e riducendo la continuità delle cure. Senza un potenziamento delle strutture e dei servizi dedicati alle malattie croniche, il Molise potrebbe trovarsi in una situazione di insostenibilità, con difficoltà a garantire assistenza tempestiva e di qualità per i pazienti più fragili.

6. Bassa Capacità di Attrazione per i Giovani nei Servizi Sociali

Solo il 16% della popolazione molisana possiede un diploma di laurea, rispetto alla media nazionale del 20%, e le limitate opportunità di crescita professionale nella regione riducono l'attrattività del Molise per i giovani lavoratori specializzati, inclusi quelli interessati al settore sociale. Questa difficoltà nel trattenere e attrarre giovani qualificati rappresenta una minaccia per il ricambio generazionale nel sistema di welfare. Senza incentivi adeguati per favorire la crescita professionale nel territorio, il Molise rischia di subire una progressiva carenza di personale specializzato, con conseguenze negative sulla capacità del sistema di rispondere alle esigenze della popolazione.

7. Incremento delle Esigenze di Inclusione per la Popolazione Migrante

Gli stranieri rappresentano circa il 4% della popolazione molisana, ma la loro integrazione rimane limitata, soprattutto nelle aree rurali, dove la percentuale di stranieri integrati è molto bassa. La mancanza di servizi di supporto, come programmi di mediazione culturale e linguistica, ostacola la loro inclusione sociale ed economica. Senza interventi mirati, il Molise rischia di perdere il contributo economico e sociale che la popolazione migrante potrebbe offrire, specialmente in un contesto di

declino demografico. I migranti rappresentano una risorsa preziosa per contrastare il calo della popolazione e contribuire al rinnovamento del tessuto economico e sociale regionale.

8. Concorrenza tra Settori per l'Assegnazione delle Risorse Sociali e Sanitarie

La disponibilità di posti letto per anziani nel Molise è pari a 197,5 per 10.000 residenti, un dato inferiore alla media nazionale. Solo il 78% dei letti totali è riservato agli over 65. Questa situazione crea una competizione tra i diversi settori del welfare per l'assegnazione delle risorse, rendendo difficile garantire una distribuzione equilibrata. La concorrenza tra settori rischia di compromettere la qualità e l'accessibilità dei servizi, in particolare per le categorie più vulnerabili e nelle aree rurali. Senza una strategia efficace per l'allocazione delle risorse, il Molise potrebbe vedere aumentare le disuguaglianze territoriali e sociali, con un impatto negativo sulla coesione della comunità.

RIFERIMENTI LEGGI REGIONALI (Allegato 3)

Allegato 3)

Tipo	n.	del	Descrizione	Area	Note
L.R.	18	1992	Interventi sociali e sanitari per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'alcolismo e per il trattamento dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicotrope.	dipendenze	
L.R.	17	2000	Norme per l'attuazione e lo sviluppo della cooperazione sociale	Terzo settore	
L.R.	9	2004	Provvedimenti per l'adozione internazionale di minori da parte di coppie residenti in Molise	minori	
L.R.	13	2014	Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali	sistema	
L.R.	20	2016	Disposizioni per la prevenzione del gioco d'azzardo patologico	dipendenze	
L.R.	22	2017	Legge regionale 18 dicembre 2017, n.22 Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza	anziani	
L.R.	10	2018	Legge regionale 17 dicembre 2018, n.10 modifiche ed integrazioni alla legge regionale 10 ottobre 2013, n. 15 (Misure in materia di prevenzione e contrasto alla violenza di genere).	Parità di genere	
L.R.	13	2020	Istituzione della Consulta regionale della famiglia		
L.R.	10	2021	Contributi in favore di soggetti trapiantati o in attesa di trapianto o affetti da patologie gravi o rare, non trattabili nelle strutture sanitarie della Regione Molise	Cittadini e famiglie	
L.R.	12	2022	Modifiche alla legge regionale 28 ottobre 2002, n. 26 (Istituzione del Fondo per l'occupazione dei disabili, ai sensi dell'articolo 14 della legge n. 68/1999)	Disabili	
L.R.	9	2004	Provvedimenti per l'adozione internazionale di minori da parte di coppie residenti in Molise		
L.R.	18	2010	Interventi regionali per la vita indipendente		
L.R.	15	2013	Misure in materia di prevenzione e contrasto alla violenza di genere.	Parità di genere	
L.R.	13	2020	Istituzione della Consulta regionale della famiglia		
L.R.	21	2022	Disciplina del Terzo settore		

LEGENDA

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADL	Calcolo indice
AMADE	Modelli di intervento per l'inclusione attiva dei detenuti
AMAES	Modelli di Intervento Per I Soggetti In Uscita Ed Esecuzione Penale Esterna
ASREM	Azienda Sanitaria Regionale del Molise
ATS	Ambito Territoriale Sociale
CARE LEAVERS	Giovani che al Compimento del diciottesimo anno di età vivono al di fuori dalla Famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità Giudiziaria
CAREGIVER	Prestatore di Cura
COT	Centrali Operative Territoriali
CPI	Centri per L'impiego
CPIA	Centri Provinciali per l'istruzione degli Adulti
DAP	Dipartimento Affari Penali
FNA	Fondo Nazionale per Le Politiche Sociali
FNPS	Fondo Nazionale Politiche Sociali
FSC	Fondo per Lo Sviluppo e la Coesione
FSE	Fondo Sociale Europeo
FUA	Fondo Unico Ambito
GEPI	Piattaforma del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
INMP	Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà
LEA	Livelli Essenziali Assistenza
LEPS	Livelli Essenziali Prestazioni Sociali
PAI	Piano Assistenziale Individuale per ogni Paziente
PAIS	Patto Per L'inclusione Sociale
PAR GOL	Piano Attuativo Regionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori
PDZ	Piano Di Zona
PIPI	Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione
PIS	Pronto Intervento Sociale
PNES	Programma Nazionale Equità nella Salute

PNNA	Piano per la Non Autosufficienza
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PRAP	Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria
PSC	Piano di Sviluppo e Coesione
PSN	Piano Sociale Nazionale
PSP	Patto Dd Servizio Personalizzato
PSR	Piano Sociale Regionale
PUA	Porta Unica Dd Accesso
PUC	Progetti Utili alla Collettività
QME	Quota Marginalità Estrema
QSFP	Quota Servizi Fondo Povertà
RPMONLINE	Rilevazione, Progettazione E Monitoraggio, Piattaforma Multifondo-Pon Inclusione
S.O.L.E.I.L.	Servizi di Orientamento al Lavoro ed Empowerment Interregionale Legale
SAD	Servizio di Assistenza Domiciliare
SAF	Servizio Affidamento Familiare
SIIL	Sistema Informativo per L'inclusione Sociale
SIOSS	Sistema Informativo Servizi Sociali
SIUSS	Sistema Informativo delle Prestazioni e dei Bisogni Sociali
SSES	Sostegno Socio-Educativo Scolastico
SSG	Servizio di Sostegno Alla Genitorialità
SSP	Servizio Sociale Professionale
TIS	Tirocini di Inclusione Sociale
UVM	Unità Valutativa Multidisciplinare